
Bildeundersøkelser ved hyperparatyreoidisme

REDAKSJONELT

NERDRUM HJ

Hyperparatyreoidisme er en sykdomstilstand fremkalt ved patologisk økt funksjon av parathyreoideavev, entenhyperplasi eller adenom. Diagnosen stilles ved bestemmelse av ionisert kalsium og parathyreoideahormon etter at den kliniske mistanke har oppstått.

Bildedagnostikk er ikke nødvendig og er ikke en normal del av den diagnostiske utredning ved mistenkt hyperparatyreoidisme. Bildemessig utredning gjøres imidlertid ofte etter at diagnosen er stilt og da vesentlig som en preoperativ prosedyre for å lokalisere patologisk fungerende parathyreoideavev. I dette nummer av Tidsskriftet skriver Thordarson og medarbeidere om bruk av scintigrafi for preoperativ lokalisasjon av ektopisk parathyreoideavev (1). Metoden er nærmere beskrevet annetsteds (2). Det kan være av interesse å se nærmere på bildediagnostiske metoder ved hyperparatyreoidisme, anvendelsesområde og hvilken nytteverdi de har.

Parathyreoideavev kan påvises bildemessig ved de fleste av de vanlige bildeteknikker, ultralyd, CT, MT og nukleærmedisinsk teknikk (scintigrafi). Scintigrafi er i sterkere grad enn de øvrige metoder en funksjonsundersøkelse og har derfor ofte en viss fordel ved undersøkelse av vev og organer med endret funksjon. Parathyreoideascintigrafi har fått økende oppmerksomhet de senere år, siden man har fått bedre metodikk etter å ha tatt i bruk preparater merket med ^{99m}Tc-MIBI. Sestamibi, som egentlig er utviklet for undersøkelse av myokardperfusjon, har til nå vært det mest anvendte preparat og har, som referert i Thordarson og medarbeideres artikkel, vist bedre sensitivitet og spesifisitet enn andre lokaliseringmetoder. Deres bruk av et annet hjertepreparat, tetrofosmin, synes ikke å ha endret på dette forhold (2, 4). I deres arbeid var den preoperative lokalisering av ektopisk parathyreoideavev med scintigrafif vesentlig bedre enn med ultralydundersøkelse og CT.

Et problem med bildeundersøkelser av parathyreoidea, uansett metode, er en relativt lav sensitivitet, vanligvis omkring 70%. Adenomer påvises riktignok med stor sikkerhet, mens funnene ved hyperplasi er langt mer usikre, de kan være vanskelige å tolke og til dels virke mer villedende enn veiledende. Bruk av positronemisjonstomografi (PET-skanning) kan muligvis gi bedre resultater, med sensitivitet på 90% i en undersøkelse (5). Erfaring med PET-skanning er imidlertid liten. For Norge er dette uansett en teoretisk problemstilling, idet vi, som snart det eneste land i Vest-Europa, ikke har en eneste PET-skanner. Verdien av PET-skanning også i annen sammenheng, f.eks. ved malignitet og vurdering av myokardviabilitet, er så stor at man må håpe at metoden snart blir tilgjengelig også i Norge.

Uansett hvilken av de tilgjengelige metoder som blir brukt, er det foreløpig usikkert i hvilken grad kirurgen bør benytte seg av bildeinformasjon ved inngrepet når kjertlene ligger i sitt vanlige leie på halsen. I disse tilfellene vil en erfaren kirurg kunne oppnå helbredelse hos omkring 90% av tilfellene, mens bildeinformasjonen, spesielt ved hyperplasi, kan være villedende. For å påvise ektopisk vev og derved unngå et betydelig antall reoperasjoner er imidlertid preoperativ bildeundersøkelse meget verdifullt. Scintigrafi synes i dag å være klart det beste alternativ og bør være den primære undersøkelse, eventuelt supplert med MT eller CT i utvalgte tilfeller (3, 5). Ultralyd har verkens sensitivitet eller spesifisitet til å forsvare bruk ved hyperparatyreoidisme.

Den scintigrafiske undersøkelse er ikke teknisk krevende, men forutsetter gammakamera med mulighet for tomografi. Dette utstyret finnes ved de fleste nukleærmedisinske seksjoner i dag. Det kan derfor være fristende å laparathyreoideascintigrafi inngå i det vanlige nukleærmedisinske repertoar ved sentral- og regionsykehus. Jeg tror dette ville være uheldig. Scintigrafien og eventuelle supplerende bildeundersøkelser er ikke diagnostiske, men preoperative undersøkelser, hvor samarbeidet med kirurg er særlig viktig. Antallet pasienter er heller ikke større enn at den operative virksomhet og de preoperative bildeundersøkelsene bør reserveres for de få sykehus som skal ha ansvaret for parathyreoideakirurgi.

Hans Jacob Nerdrum

LITTERATUR

1. Thordarson H, Fjeld JG, Rootwelt K, Pfeffer Å, Bollerslev J. Scintigrafisk lokalisering av ektopisk parathyreoideavev. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3949-52.
2. Fjeld JG, Erichsen K, Pfeffer PF, Clausen OPF, Rootwelt K. Technetium-99m-tetrofosmin for parathyroid scintigraphy: a comparison with sestamibi. J Nucl Med 1997; 38: 831-4.
3. O'Doherty MJ. Radionuclide parathyroid imaging. J Nucl Med 1997; 38: 840-1.
4. Ishibashi M, Nishida H, Strauss HW, Kazuyuki K, Fujito H, Watanabe J et al. Localization of parathyroid glands using technetium-99m-tetrofosmin imaging. J Nucl Med 1997; 38: 706-11.
5. Neumann DR, Esseltyn CB, MacIntyre WJ, Go RT, Obuchowski NA, Chen EQ et al. Comparison of FDG-PET and sestamibi-SPECT in primary hyperparathyroidism. J Nucl Med 1996; 37: 1809-15.

Publisert: 10. november 1997. Tidsskr Nor Legeforen.

