

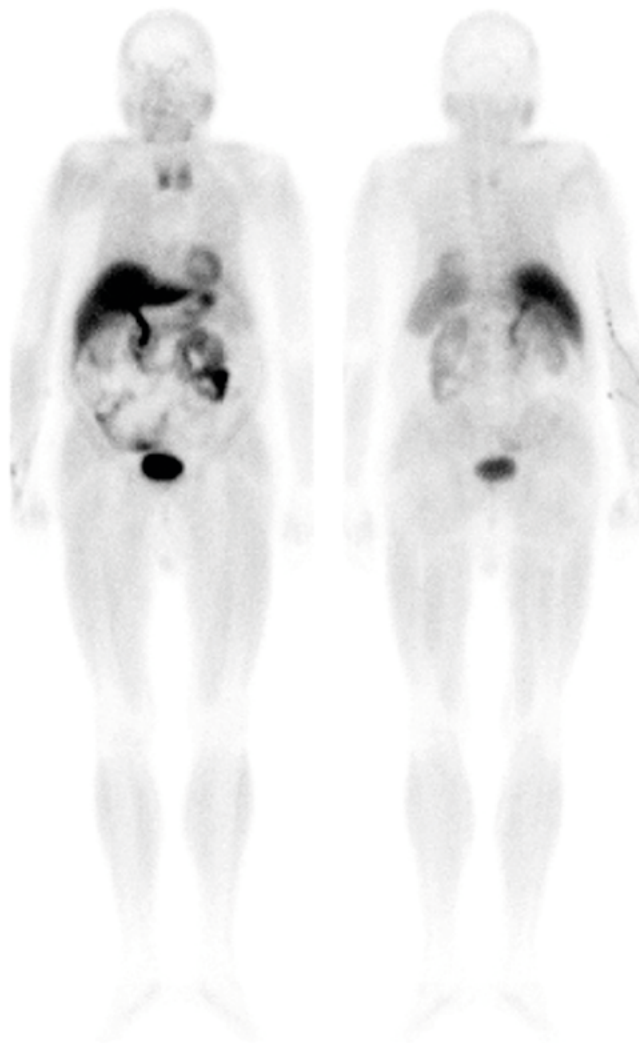
adenomu příštítného tělíska. Vyšetření prokázalo ložisko vyšší depozice MIBI za dolním okrajem pravého laloku štítné žlázy, kdy jeho chování na dvoufázovém vyšetření bylo charakteristické pro přítomnost adenomu/hyperplazie příštítného tělíska (Obr. 2 a 3). Zároveň bylo přistoupeno k biopsii osteolytického ložiska lopaty kyčelní kosti vlevo pod CT kontrolou. Histologicky bez průkazu klonálních plazmatických buněk – struktury myelomu nebyly přítomny. Z hematologického hlediska byl případ uzavřen jako MGUS a pacient byl předán do péče Interní kliniky k dořešení hyperparatyreózy.

Zde byl pro přetrvávající hyperkalcemii do medikace přidán cinalcet (kalcimimetikum) s postupným poklesem kalcemie. Vzhledem ke kostním komplikacím a renální insuficienci ve stadiu 3 dle KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes) byla indikována radiačně navigovaná paratyreoidektomie, při které byl odstraněn a následně i histologicky verifikován adenom pravého dolního příštítného tělíska o velikosti 4,5 × 3 × 1,2 cm a hmotnosti 9 g.

Diferenciální diagnostika osteolytických ložisek skeletu

Za fyziologických podmínek jsou kostní resorpce a kostní formace úzce spjaty, přičemž novotvorba kosti probíhá v diskretních okrcích předešlé kostní resorpce. Tato „spolupráce“ je z velké části závislá na komunikaci mezi osteoklasty a osteoblasty cestou obousměrné signální dráhy, kde je podstatou negativní zpětná vazba. V určitých situacích může být tato rovnováha narušena a véde k ložiskovému poškození skeletu, které může být buď osteolytické, osteoplastické nebo smíšené (12). Ložiskově nejčastěji postihuje skelet mnohočetný myelom (v době diagnózy 80 %) a metastázy solidních malignit (v době diagnózy: tumor plic 7,2–7,6 %, tumor močového měchýře 6,3 %, tumor ledvin 5,2 %, tumor prostaty 1,7 %, tumor prsu 0,5–1,5 %, tumor štítné žlázy 0,6 %) (6, 12–18).

Obr. 3. Celotělová scintigrafie 10 min po aplikaci ^{99m}Tc -MIBI, nápadnější je depozice radiofarmaka v oblasti štítné žlázy, asymetricky více vpravo. Jiná ložiska patologicky zvýšené akumulace MIBI nejsou diferencovatelná



Obr. 2. Scintigrafické dvoufázové vyšetření po aplikaci ^{99m}Tc -MIBI. a–c) časná fáze 15 min po aplikaci radiofarmaka, d–f) pozdní fáze 180 min po aplikaci radiofarmaka. a), d) MIP projekce SPECT sledované oblasti krku a hrudníku, b), e) fúzované transaxiální řezy SPECT/CT s patrnou přetrvávající zvýšenou akumulací radiofarmaka v ložisku naléhajícím na dorzální okraj pravého laloku tyreoidy (šipky), c), f) ložisko odpovídající patrně hyperplazii či adenomu příštítného tělíska lze diferencovat i na nativním CT

