

Bs Tr^{ái}n Lê Pháp -

I. Tóm t^út:

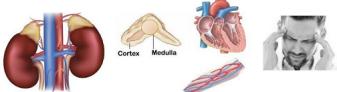
U tuy^{nh}n th^{ái}ng th^{ái}n phát hi^{nh}n t^{ình} c^ó là kh^ói u có đ^áng kính >1cm khi th^{áo}c hi^{nh}n các k^í thu^{ết} ch^{ín} đoán hình ^ónh. Đ^íu n^{ày} có nghĩa là trên lâm sàng b^{án}h nhân không có bi^{ểu} hi^{nh}n nào liên quan đ^{ến} tuy^{nh}n th^{ái}ng th^{ái}n. M^{ột} b^{án}h nhân t^{ình} c^ó siêu âm phát hi^{nh}n kh^ói u tuy^{nh}n th^{ái}ng th^{ái}n bên trái đ^án v^í chúng tôi và đ^áo c^ó chúng tôi ph^óu thu^{ết} thành công, v^í ch^{ín} đoán xác đ^únh sau khi đ^áo c^ó gi^ả i ph^óu b^{án}h là u t^úy th^{ái}ng th^{ái}n.

II. M^áu d^áu:

Tri^{ệu} ch^{ín} lâm sàng đ^{ến} n^hìn^h hình c^óa kh^ói u t^úy th^{ái}ng th^{ái}n là nh^óng c^ón nh^óp nhanh, v^ã m^áu h^ói, t^{ăng} huy^{ết} áp theo c^ón ho^{ặc} kéo dài. Tuy nhiên có khoangr 15% b^{án}h nhân không có tri^{ệu} ch^{ín} rõ ràng nh^ó v^íy, hi^{nh}n nay v^íi vi^{ệc} s^ó d^áng và ti^{ếp} c^ón các c^ón lâm sàng v^í h^{ìn}h ^ónh h^óc t^{ăng} l^{ên} giúp d^áo d^áng phát hi^{nh}n các kh^ói u tuy^{nh}n th^{ái}ng th^{ái}n. B^{án}h nhân đ^áo c^ó phát hi^{nh}n t^{ình} c^ó kh^ói u t^úy th^{ái}ng th^{ái}n và đ^áo c^ó chúng tôi ph^óu thu^{ết} n^ói soi c^ót u thành công.

Pheochromo- Cytoma

Symptom Triad



III. Ca lâm sàng:

B^{án}h nhân n^ó 44 tu^{ổi}, t^{ính} tho^{áng} có h^ói h^óp, đi khám t^{ình} c^ó phát hi^{nh}n u tuy^{nh}n th^{ái}ng th^{ái}n trái trên siêu âm.

Viết bởi Biên tập viên

Thứ 7, 25 Tháng 8 2021 17:34 - Lần cập nhật cuối Thứ 7, 25 Tháng 8 2021 17:50

- Tiết sữa bù nh nhân không có bù nh lý tăng huyết áp

- Lâm sàng:

- Không có biến hiện của Hc Cushing: béo trung tâm, da mỏng, yếu gân chi, mệt mỏi tròn đùi
- Không có biến hiện lâm sàng của cung aldosteron nguyên phát Hc Conn: tăng huyết áp, yếu cột, chuột rút

Sinh hiệu lúc vào viện: Mạch 76 lần/ phút; Huyết áp: 120/80 mmHg. Thời gian trung bình phu thuỷ huyết áp bù nh nhân ở dưới 110/60 mmHg đến 130/70 mmHg.

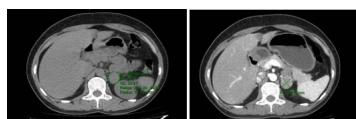
- Cận lâm sàng:

- Các chỉ số huyết học trong giới hạn bình thường.
- Sinh hóa máu: cortisol tăng nhẹ

Na ⁺	134,2	mmol/L	135-145
K ⁺	3,6	mmol/L	3,5-5
Cortisol máu Sh	596,4	nmol/L	171-536

- Các xét nghiệm Metanephrin, aldosteron, renin: bù nh viễn Đa khoa Quốc Nam chưa triển khai.

- CT scaner 32 lát cắt có ống tuyến thông thoát bên trái kích thước 24x25 mm, dày đùi mô mềm, không vôi hóa, không xuất huyết, ngầm thuỷ cung nhau tiêm.



Nhân mề t trung hạch u tủy thõng thon phát hiện tình cờ

Viết bởi Biên tập viên

Thứ 7, 25 Tháng 8 2021 17:34 - Lần cập nhật cuối Thứ 7, 25 Tháng 8 2021 17:50

Qua đó liều lâm sàng và cản lâm sàng trên bệnh nhân chúng tôi đã nhận định là có một khối u tủy thõng thon trên bệnh nhân. Với kinh nghiệm của chúng tôi đã xác định phỏng thuỷt nồi soi cắt bóc u tuyỷn thõng thon, chúng tôi chia sẻ với phỏng thuỷt nồi soi cắt u tuyỷn thõng thon T trên bệnh nhân này để chẩn đoán và điều trị:

Lý do phẫu thuật:

Bệnh nhân được ném ngang, kê vai và hông tạo góc khoảng 40 độ so với mặt bàn, nghiêng về phía P.

Đến vào ổ bụng với 4 trocar: 1 trocar 10mm ngoài cung thông bụng T ngang bên, 3 trocar 5mm để đưa dụng cụ thao tác.

Hỗ trợ i tràng góc lách, vén lách lên trên, bóc lộ cung trên thon, tách mô mềm tủy khai u tuyỷn thõng thon T nâu nhạt, tròn kích thước # 2,5-3cm. Phổ u tích bóc lộ mạch máu cava u, trong lúc đó có chém vòi u làm huyết áp tăng vọt lên 200 mmHg, sau khi điều chỉnh bencing Nicardipin, huyết áp của bệnh nhân vẫn giữ ở bình thường. Tiếp hành kẹp cắt mạch máu u, sau khi kẹp tĩnh mạch huyết áp tăng tối đa 90 mmHg.



Lưu ý ra khỏi ổ bụng, giữ máu làm giọt phỏng bênh.

Sau phỏng thuỷt, huyết áp bênh nhân trở về bình thường, xét nghiệm điện giọt để trong giọt hàn bình thường. Sau 5 ngày bênh nhân ổn định, đặc biệt không có phản ứng.

Kết quả giọt phỏng bênh đặc biệt giọt sau 7 ngày: U tủy thõng thon (Pheochromocytoma). Sau 1

Nhân m^át tr^{ái}ng h^óp u t^{ái}y th^{ái}ng th^{ái}n phát hi^{nh}n t^{ình} c^hí

Vi^{ết} b^ởi Biên t^{ập} viên

Th^ứ t^ứ, 25 Tháng 8 2021 17:34 - L^{ên} c^úp nh^ét cu^{ối} Th^ứ t^ứ, 25 Tháng 8 2021 17:50

tháng b^ởnh nhân tái khám ki^m tra n^h đ^ònh.

IV. Bàn lu^{ận}:

Lâm sàng c^ó a m^át kh^ói u t^{ái}y th^{ái}ng th^{ái}n trên b^ởnh nhân th^{ái}ng là tăng huy^{ết} áp n^hng, nh^ép tim nhanh, đánh tr^{ái}ng ng^óc, lo^{án} nh^ép tim, c^ón lo^{át} c^ón, ho^{át} có c^ón v^ã m^á h^ói. Tuy nhiên, kho^{ảng} 15% b^ởnh nhân b^ở u t^{ái}y th^{ái}ng th^{ái}n kh^óng có ti^m s^ố tăng huy^{ết} áp. Vi^cc ch^{ún} đoán cho nh^éng u t^{ái}y th^{ái}ng th^{ái}n phát hi^{nh}n t^{ình} c^hí mà kh^óng có tri^{ết} ch^{ún} là làm xét nghi^m sinh hóa, đo t^{ông} m^ác metanephrin ni^{êu}, ho^{át} đo metanephrin huy^{ết} t^{ái}ng.

Ch^{ún} đoán hình ^{nh}nh, CT, ho^{át} MRI đ^ò có ch^{ún} đoán xác đ^ònh kh^ói u t^{ái}y th^{ái}ng th^{ái}n sau khi có k^{ết} qu^ả hóa sinh.

Ch^{ún} nh^ép nh^áy phóng x^ô MIBG (Metaiodobenzylguanidine g^ón 123I ho^{át} 131I), 18F (fluorodeoxyglucose) – FDG PET/CT đ^ò đánh giá kh^ói u ^v trí b^ởt th^{ái}ng và di căn.

U t^{ái}y th^{ái}ng th^{ái}n đ^ònh ch^{ún} đ^ònh ph^óu thu^{ết} c^ót b^ở tuy^{én} th^{ái}ng th^{ái}n ch^{ún} a u, tuy nhiên tr^{ái}c, trong và sau ph^óu thu^{ết}, b^ởnh nhân ph^ói đ^ònh c^ót đ^ònh soát huy^{ết} áp th^{ái}t t^{ái}t. Nên đ^ònh tr^{ái} huy^{ết} áp tr^{ái}c ph^óu thu^{ết} 7-14 ngày, k^{ết} h^óp ch^{ún} đ^ò ăn nhi^m Natri và u^{ống} nhi^m n^hé^c đ^ò tránh s^ố s^ốt gi^m th^{ái}ng tu^{ến} hoàn sau ph^óu thu^{ết}. Trong quá trình can thi^p ph^óu thu^{ết} c^ón h^ón ch^{ún} va ch^{ún} vào kh^ói u đ^ò tránh g^ây n^hên c^ón tăng huy^{ết} áp.

Trong tr^{ái}ng h^óp b^ởnh nhân c^óa ch^{ún} t^{ôi}, kh^ói u đ^ònh phát hi^{nh}n t^{ình} c^hí, lâm sàng b^ởnh nhân kh^óng tăng huy^{ết} áp, có nh^éng c^ón h^ói h^óp nghi ng^ó v^ề m^át kh^ói u t^{ái}y th^{ái}ng th^{ái}n. Tuy nhiên do kh^óng làm đ^ònh c^ót x^{em} xét nghi^m sinh hóa đ^ò phân lo^{át} u tr^{ái}c ph^óu thu^{ết}, n^hen b^ởnh nhân đ^ònh ch^{ún} đ^ònh ph^óu thu^{ết} c^ót u đ^ò ch^{ún} đoán và đ^ònh tr^{ái}. Trong quá trình ph^óu thu^{ết} s^ố va ch^{ún} vào kh^ói u làm huy^{ết} áp b^ởnh nhân tăng v^àt l^{ên} 200 mmHg, c^{àng} làm rõ ch^{ún} đoán kh^ói u t^{ái}y th^{ái}ng th^{ái}n c^óa ch^{ún} t^{ôi}. Vi^cc ph^óu thu^{ết} m^ót kh^ói u t^{ái}y th^{ái}ng th^{ái}n ch^{ún} ta c^ón ph^ói c^ón th^{ái}n h^ón ch^{ún} ch^{ún} và kh^ói u và chu^{ẩn} b^ở s^ốn s^ống s^ố tr^{ái} đ^ònh huy^{ết} áp c^óa b^ởnh nhân.

V. K^{ết} lu^{ận}:

Viết b^ởi Biên t^op viêⁿ

Th^ứ t^h, 25 Tháng 8 2021 17:34 - L^{ên} c^ộp nh^{ật} cu^{ối} Th^ứ t^h, 25 Tháng 8 2021 17:50

- Xét nghi^m sinh hóa, và ch^ỗn đoán hình ^{nh} là tiêu chuⁿ c^{òn} thi^{ết} đ^ể ch^ỗn đoán u t^oy th^ỗng th^ỗn. Nh^{ật} là nh^{ật} kh^{ỏi} u phát hi^{nh} n t^{inh} c^hí
- U t^oy th^ỗng th^ỗn đ^ể c^hí đ^ể nh^{ất} đ^ể u tr^ở b^ởng ph^ố u thu^ởt. Trong ph^ố u thu^ởt c^{òn} h^ỗn ch^ỗi đ^ể va ch^ỗm v^{ào} kh^{ỏi} u.

Tài li^{eu} u tham kh^{ảo}:

1. C^ộp nh^{ật} x^{em} trú u tuy^{ến} th^ỗng th^ỗn t^{inh} c^hí - TS, BS Tr^{ần} Quang Nam- n^h môn n^hi ti^{ết} ĐHYD Tp H^ồ Chí Minh.
2. AACE/AAES Adrenal Incidentaloma Guidelines, Endocr Pract. 2009
3. Pheochromocytoma and Paraganglioma: An Endocrine Society Clinical Practice GuidelineThe Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, Volume 99, Issue 6, 1 June 2014, Pages 1915–1942
4. George T Griffing, Michael A Blake, Ann T Sweeney. Pheochromocytoma Guidelines (Jul 20, 2020) < <https://emedicine.medscape.com/article/124059-guidelines>>