

SIÊU ÂM CHẨN ĐOÁN BỆNH LÝ CƯỜNG TUYÊN CẬN GIÁP NGUYÊN PHÁT: NHÂN 26 TRƯỜNG HỢP ĐƯỢC PHÁT HIỆN TẠI HỆ THỐNG Y KHOA MEDIC TPHCM VÀ CẦN THƠ

Hồ Chí Trung, Nguyễn Văn Công***

SUMMARY

Primary hyperparathyroidism is a rare disease, difficult to diagnose early due to non specific clinical findings. The radiographic signs often misinterpreted. X-ray signs often show a condition of osterosporosis, fractures or urinary tract stones. Biochemical examination are still insufficient at some hospital, so a majority of cases were detected too late with severe skeletal sequelae, and sometimes irreversible.

Retrospective study of 26 cases diagnosed at Medic Medical system and follow-up after treatment, we observed that:

- 26 Patients: 8 Man (31%) 18 Female (69%), 15YO-54YO, Average:38.5YO
- Clinical symptoms are often nonspecific, often showing pathology of the skeletal system 92%, urinary stones : 46%, digestive tract: 77%-85%.
- Radiographic skeletal specific sign of of osterosporosis77% , fractures 42%, Osteolytic 52% or urinary tract stones.46%. suggest diagnosing hyperparathyroidism.
- PTH (Parathyroid hormone) value are elevated in 100% of cases.
- Neck ultrasound: 100% of patients (26/26) have parathyroid adenoma, most on one side of the lower lobe is the main cause of hyperparathyroidism.
- Primary hyperparathyroidism are radically cured by surgically removal of the adenoma, so the early diagnosis of this condition is imperative before severe skeletal deformities occurred.

* BV Hòa Hảo - Medic Cần Thơ

** Trung tâm Y khoa MEDIC.

I. TỔNG QUAN

Tuyến cận giáp: Ở người bình thường có 4 tuyến cận giáp nằm ở mặt sau 4 cực của tuyến giáp, kích thước 2x3x6mm, nặng 30-50mg, tiết ra ParaThyroid Hormon (PTH) để điều hòa nồng độ calci máu. Cường tuyến cận giáp nguyên phát là bệnh lý hiếm gặp, do tăng tiết quá mức hormon tuyến cận giáp (PTH) đưa đến tình trạng cường tuyến cận giáp (Hyperparathyroidism), nguyên nhân chính là do U tuyến lành tính của 1 hay nhiều tuyến (Adenoma) tuyến cận giáp, hiếm khi do Adenocarcinoma.

Khi PTH tăng quá mức sẽ kích hoạt hủy cốt bào (osteoclast) tăng cường hoạt động tiêu xương để tăng calci-máu, hậu quả: loãng xương, hủy xương, gãy xương bệnh lý, giảm thải calci và tăng thải phospho làm: sạn niệu, tăng hấp thu calci từ ruột làm : rối loạn tiêu hóa v.v... nếu chẩn đoán trễ, hệ xương sẽ bị tổn thương trầm trọng với sự biến dạng xương, hệ tiêu hóa: cơ thể suy kiệt, suy thận.

Cường tuyến cận giáp do Adenoma là bệnh được điều trị tuyệt căn nếu chúng ta cắt trọn u này, do đó việc chẩn đoán sớm bệnh lý này rất cần thiết để tránh những di chứng nặng nề cho bệnh nhân.

II. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cường tuyến cận giáp là bệnh lý hiếm gặp từ 1996-2019: 26 trường hợp.

Lâm sàng như mệt, chán ăn và đau cơ xương khớp gặp trong nhiều bệnh.

Đa số các trường hợp thường được chẩn đoán sai hoặc trễ. Lý do vì ta không nghĩ đến và không quen các dấu hiệu của bệnh này.

Do đó để chẩn đoán sớm, chính xác bệnh lý này

Ngoài các triệu chứng lâm sàng thì chẩn đoán hình ảnh:

X quang: Đóng vai trò gợi ý hướng tới tình trạng cường tuyến cận giáp.

Siêu âm: Xác định số lượng, vị trí, kích thước, tính chất khối u là nguyên nhân gây ra bệnh lý cũng như hướng dẫn điều trị phẫu thuật.

Xét nghiệm: PTH xác định tình trạng cường tuyến cận giáp.

1. Giá trị của triệu chứng lâm sàng?
2. Giá trị của X quang?
3. Giá trị Siêu âm
4. Theo dõi kết quả điều trị?

III. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng nghiên cứu

Hồi cứu hồ sơ bệnh lý 26 trường hợp cường tuyến cận giáp nguyên phát do adenoma được chẩn đoán tại trung tâm MEDIC và BV Hòa Hảo Medic CT từ năm 1996 đến 2019, đã được chẩn đoán xác định bằng tế bào học sau điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Bình Dân, BV Chợ Rẫy, BV ND Gia Định, BV ĐKTV Cần Thơ... và có theo dõi sau điều trị.

2. Phương pháp nghiên cứu

Chúng tôi khảo sát lại các dấu hiệu lâm sàng, X quang, siêu âm, sinh hóa, kết quả bệnh lý học và diễn tiến các dấu hiệu này sau điều trị của các bệnh nhân này.

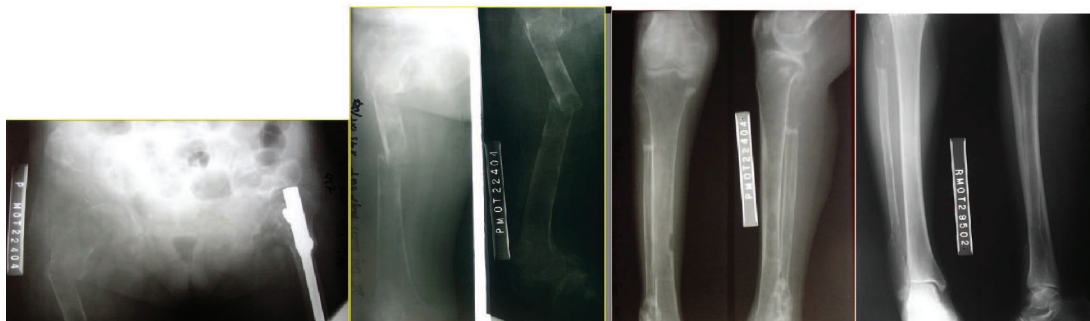
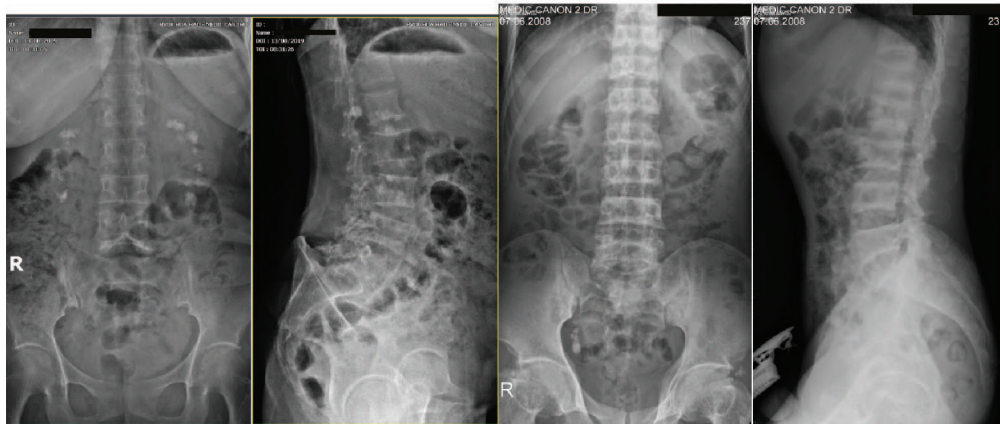
- Tìm các dấu hiệu đặc trưng trên X quang thường có của tình trạng cường giáp

- Phương pháp hình ảnh học để xác định vị trí u tuyến cận giáp.

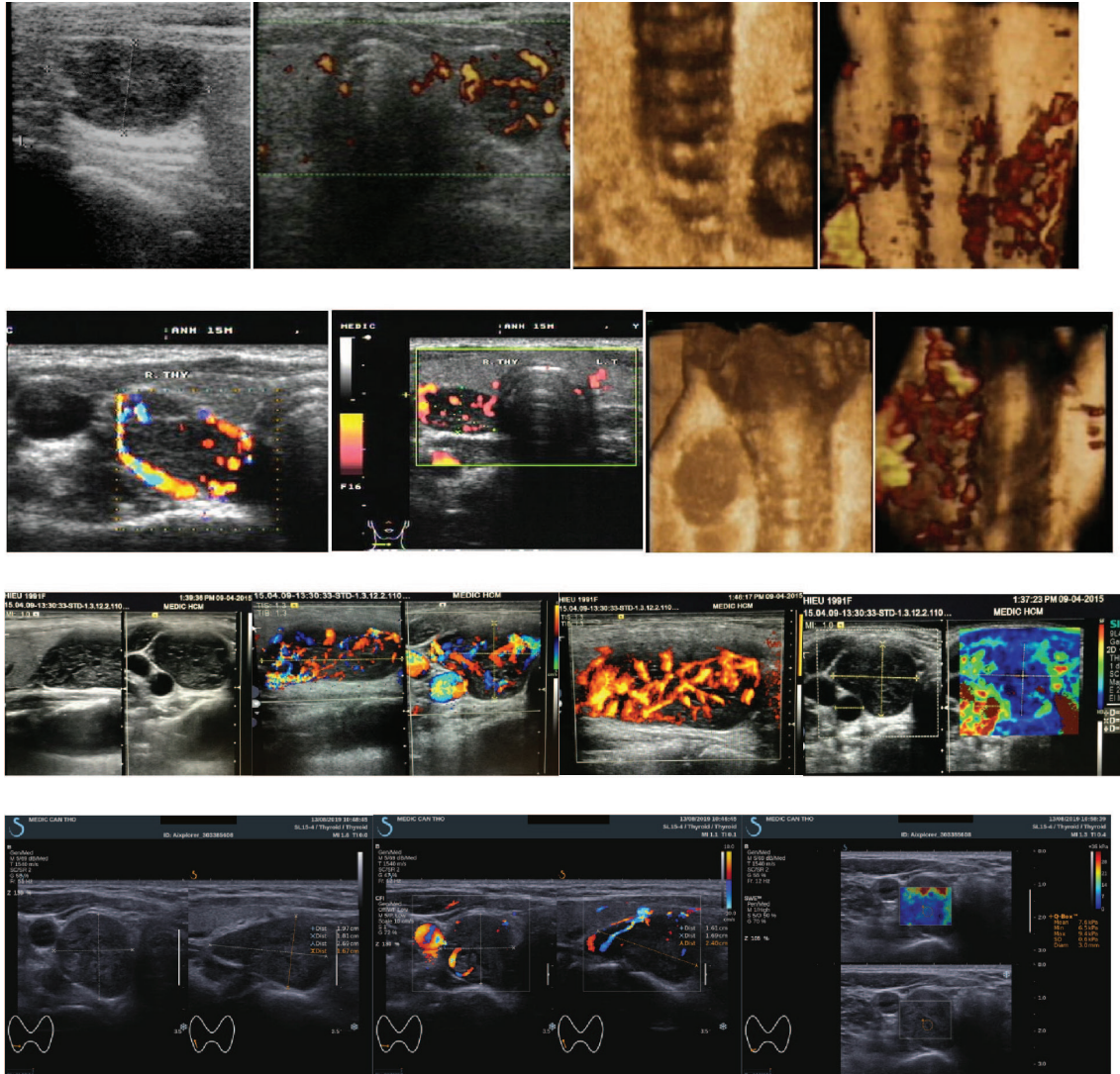
- Các dấu chứng diễn tiến sau khi chẩn đoán đúng và điều trị hữu hiệu.

Hình ảnh X quang tổn thương xương khớp gợi ý tình trạng cường tuyến cận giáp

Mức độ nhẹ đến nặng



Hình ảnh siêu âm u tuyến cận giáp



IV. TỔNG KẾT

Tuổi nhỏ nhất là 15, lớn nhất là 56. 18 nữ (69%) và 8 nam (31%), tuổi trung bình 38.5, thường gặp nhất 20-50: 19 cases, tuổi 20 < : 3 trường hợp, 4 trường hợp < 50 t.

Lâm sàng: các triệu chứng lâm sàng: đau nhức xương khớp 24 (92%), ăn uống kém 22 (85%), đầy bụng, đau thượng vị 20 (77%), mệt mỏi 17 (65%), giảm chiều cao 14 (54%) thiếu xương 5 (19%), loãng xương 20 (77%), sạn tiết niệu 12 (46%), không có trường hợp nào phát hiện tình cờ, không có triệu chứng lâm sàng.

Sau điều trị tất cả các trường hợp lâm sàng cải thiện rất nhanh như không còn đau nhức, các triệu chứng rối loạn tiêu hóa hết hoặc giảm nhiều.

X quang: giai đoạn sớm có tiêu xương đầu chi dưới sụn và dưới màng xương (subchondral & subperiosteal acro-osteolysis) 13(50%), đặc trưng nhất ở xương đốt bàn tay và đầu xa xương đòn. Giai đoạn trễ hơn có loãng xương nhiều lan tỏa 20 (77%), gãy xương bệnh lý không liền xương, u nâu 11 (42%)... thể hiện tình trạng cường tuyến cận giáp.

Siêu âm: Xác định nguyên nhân, tất cả 26 trường hợp đều tìm được u cận giáp do siêu âm, kích thước

1-3 cm, khối u nằm ở cực dưới: bên phải 15 (58%) bên T11 (42%), 100% khối u có vỏ bao, cấu trúc hồi âm kém, tăng sinh mạch máu mạnh, 3 cases đàn hồi mô: mềm 6-7 Kpa. 1 case xuất hiện u tuyến cận giáp bên đối diện sau khi đã phẫu thuật cắt u 3 tháng, 1 case lạc chỗ ra mặt sau khí quản.

Không có trường hợp nào cần phải xác định bằng CT Scanner, MRI, Xạ hình.

Sau điều trị, sự phục hồi các xương rất tốt sau vài tháng, siêu âm xác định rõ không còn u cận giáp.

Sinh hóa: Trị số PTH bình thường: 16-65Picrog/l, 100% trường hợp tăng cao, 1 trường hợp thấp nhất =200, cao nhất > 3000, 24 trường hợp: 500 - 2500 (92%) sau khi cắt bỏ u tuyến cận giáp PTH trở về trị số bình thường rất nhanh 1 ngày sau mổ.

Calci máu tăng 12 (46%).

V. BÀN LUẬN

So với y văn:

Lứa tuổi hay gặp: 30-50. Nam/Nữ = 1/3. Tần suất: 28-42/100000. Phân bố: 87% ở 1 tuyến, 9% ở cả 4 tuyến, 2-3% ở 2-3 tuyến. K tuyến cận giáp < 1%.

- Trong 26 trường hợp của chúng tôi lứa tuổi thay đổi từ trẻ đến trung niên, không có lứa tuổi đặc trưng.

- Về giới tính thì phù hợp với y văn là nữ mắc bệnh nhiều hơn nam. Tất cả bệnh nhân đều có triệu chứng:

- **Lâm sàng:** phù hợp với y văn tất cả đều có triệu chứng: mệt mỏi, chán ăn, đau nhức cơ - xương - khớp, đi đứng khó khăn, giảm chiều cao giai đoạn trẻ.

- Chẩn đoán hình ảnh:

X quang: 20 trường hợp bị loãng xương nặng (77%), 13 biến dạng xương, mỏng vỏ xương (50%), 11 bị gãy xương được chẩn đoán giai đoạn trẻ sau 2-3 năm phát bệnh (42%). 15 trường hợp, chúng tôi phát hiện sớm, khi chưa có xương nào bị gãy (58%), loãng xương trung bình, đặc biệt có dấu đặc trưng: tiêu xương dưới cốt mạc nhất là đốt 2, ngón 2,3 phía bờ xương quay, và tiêu xương đầu chi (Acro-osteolysis). Các dấu hiệu X quang chủ yếu giúp chúng tôi phát hiện tình trạng cường cận giáp.

Siêu âm vùng cổ chủ yếu giúp chúng tôi phát hiện ra nguyên nhân là u tuyến cận giáp (26 trường hợp) . Siêu âm trong tay bác sĩ có kinh nghiệm là phương tiện tốt nhất tìm ra u.

Không có trường hợp nào cần phải xác định bằng CT Scanner, MRI, Xạ hình.

Xét nghiệm sinh hóa: chủ yếu xác định tình trạng cường cận giáp 100% PTH tăng cao hơn bình thường.

Ngoài ra các xét nghiệm chủ yếu được dùng là:

Calci-huyết: tăng ít, có trong 12 bệnh nhân (46%).

Số đo PTH sẽ xuống rất nhanh trong trường hợp điều trị hữu hiệu: một phương cách rất tốt để theo dõi bệnh nhân, vì sự đáp ứng nhanh hơn rất nhiều so với X quang cần thời gian vài tháng để xương phục hồi.

Lý do giúp chúng tôi chẩn đoán đúng bệnh trong các trường hợp trên đều nhờ gợi ý của X quang: sự loãng xương so với tuổi bệnh nhân, gây ra gãy xương bệnh lý hoặc không, gây ra sự nghi ngờ để tìm những dấu hiệu đặc trưng X quang khác là tiêu xương đầu chi (chụp bàn tay và đầu xa xương đòn), y văn xác nhận đây là dấu đặc hiệu (pathognomonic) của tình trạng cường cận giáp. Trước khi có XN đo PTH (thực hiện từ đầu năm 2002), chúng tôi tiến hành tiếp siêu âm vùng cổ: trong 26 trường hợp, chúng tôi đã tìm ra ngay u tuyến cận giáp khi siêu âm lần đầu. Ngày nay, khi phim X quang có dấu nghi ngờ chúng tôi đo ngay PTH, và khi PTH tăng, chúng tôi sẽ đi tìm nguyên nhân bằng siêu âm. May mắn của chúng tôi là chỉ gặp 1 trường hợp u tuyến cận giáp lạc chỗ ở gần vị trí giải phẫu.

Chẩn đoán phân biệt: một số trường hợp chúng tôi hay gặp là

- Đa u tuyến.

- Tổn thương di căn xương.

- Bệnh Cushing

- Loãng xương do thuốc (steroid)

- Cường tuyến cận giáp thứ phát: thường gặp trong suy thận mãn, khi đó, số đo PTH bình thường, chúng tôi có kiểm chứng khám siêu âm vùng cổ và không thấy được u tuyến cận giáp.

V. KẾT LUẬN

Theo chúng tôi, việc chẩn đoán cường tuyến cận giáp không khó: khi gặp 1 bệnh nhân với lâm sàng có chứng mệt mỏi, đau nhức xương toàn thân, trên phim X quang có những dấu hiệu đặc trưng như tiêu xương đầu chi, hoặc trễ hơn nữa với dấu loãng xương lan tỏa,

gãy nhiều xương, nên đo PTH. Sau khi xác định là có tình trạng cường tuyến cận giáp, siêu âm là công cụ tốt nhất để tìm u tuyến cận giáp. Và theo dõi sau mổ, đo PTH đáp ứng nhanh nhất nếu chúng ta chẩn đoán đúng và điều trị hữu hiệu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mai Thế Trạch, Nguyễn Thy Khuê. *Cường cận giáp - Nội tiết học đại cương*. NXB TP.HCM 1999: 653-663.
 2. Lê Chí Dũng: *U tuyến cận giáp: Nghiên cứu giải phẫu bệnh 6 trường hợp*. Tạp chí y học tập 5 phụ bản số 4 2001:51- 57.
 3. Hyperparathyroidism - April 15, 1998 - American Academy of Family Physicians.htm.
 4. Hyperparathyroidism - Endocrinology Health.htm
 5. Wang CA: Surgical Management of primary hyperparathyroidism .In Endocrinology, vol2. Edited by Degroot L New York: Grune and Stratton 1979: 735-73.
 6. *Journal of the American College of Surgeons 03/1998*
-

TÓM TẮT

Cường tuyến cận giáp nguyên phát là bệnh lý hiếm gặp, khó chẩn đoán sớm do các triệu chứng lâm sàng thường không đặc hiệu. Cận lâm sàng: dấu hiệu Xquang thường thể hiện bệnh cảnh của loãng xương, gãy xương hoặc sỏi hệ tiết niệu. Các xét nghiệm sinh học còn thiếu ở các tuyến cơ sở nên bệnh thường được phát hiện muộn, di chứng về xương thường nặng nề và đôi khi không hồi phục.

Hội cứu 26 trường hợp cường tuyến cận giáp nguyên phát đã được phát hiện và theo dõi điều trị tại hệ thống y khoa MEDIC, kết quả:

- 26 Bệnh nhân 8 nam (31%), 18 nữ (69%) từ 15t - 54t. tuổi trung bình: 38.5.
- Triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu, thường thể hiện bệnh lý đau nhức hệ xương khớp 92%, sỏi tiết niệu 46% , tiêu hóa : ăn uống kém 85%, đầy bụng 77%.
- X quang: với các dấu hiệu khá đặc trưng của loãng xương 77%, gãy xương 42%, hủy xương 52%, xẹp đốt sống 42% hoặc sỏi hệ tiết niệu (46%) gợi ý chẩn đoán tình trạng cường cận giáp.
- Siêu âm vùng cổ: 100% các bệnh nhân (26/26) đều có u tuyến cận giáp (Adenome), tất cả chỉ ở một bên Phải (58%), trái (42%), cực dưới, 100% có: cấu trúc hồi âm kém, có vỏ bao, tăng sinh mạch máu nhiều , 8 bn khối u có hóa nang do hoại tử trung tâm (30%).

Đây là nguyên nhân chính gây ra tình trạng cường tuyến cận giáp.

- Xét nghiệm: PTH (Parathyroid hormone): tăng trong 100% các trường hợp bệnh, Calci máu tăng hơn bình thường: 46%.
 - Cường tuyến cận giáp nguyên phát do u tuyến cận giáp được điều trị rất tốt bằng phẫu thuật, cần được phát hiện sớm, trước khi xảy ra những biến dạng không phục hồi của hệ xương.
-

Người liên hệ:

Ngày nhận bài: 05.12.2019. Ngày chấp nhận đăng: 15.12.2019