

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CẮT U TUYẾN CẬN GIÁP TẠI KHOA TAI MŨI HỌNG BỆNH VIỆN BẠCH MAI

VŨ TRUNG LƯƠNG – KHOA TAI MŨI HỌNG BỆNH VIỆN BẠCH MAI

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: U tuyến cận giáp là bệnh ít gặp trong các khối u đầu mặt cổ, chủ yếu là u tuyến lành tính. Chẩn đoán u hay bị nhầm lẫn hoặc bỏ sót do bệnh cảnh lâm sàng rất đa dạng biểu hiện nhiều chuyên khoa khác nhau. Điều trị chủ yếu bằng phẫu thuật cắt u. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật. **Đối tượng:** 20 bệnh nhân được chẩn đoán u cận giáp có chỉ định can thiệp phẫu thuật. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả từng ca có can thiệp. **Kết quả:** 20 bệnh nhân có độ tuổi từ 29 đến 70 trung bình là 47,8 đến viện với những lý do rất khác nhau: mệt mỏi, tiểu nhiều, khát nhiều, đau khớp. Các dấu hiệu lâm sàng chủ yếu là biểu hiện ở thận, xương khớp, và các dấu hiệu không đặc hiệu như mệt mỏi, gày sút. Xét nghiệm canxi máu, PTH luôn tăng. Độ nhạy của siêu âm và xạ hình cận giáp tìm thấy vị trí u trong 17/20 và 14/20 trường hợp. Phương pháp cắt lạnh giúp khẳng định lấy đúng u. Tất cả bệnh nhân đều có giảm nồng độ PTH trên 50% sau 10 phút. Nồng độ PTH trở về bình thường sau 24h, còn canxi máu trở về bình thường sau 3 ngày. **Kết luận:** U cận giáp biểu hiện lâm sàng rất đa dạng, không có triệu chứng đặc hiệu. Chẩn đoán dựa vào xét nghiệm canxi máu và PTH. Xạ hình cận giáp là một biện pháp có độ nhạy cao. Việc phẫu thuật lấy u dưới hướng dẫn xạ hình, cắt lạnh và định lượng PTH trong mổ mang lại kết quả tốt.

Từ khóa: cường cận giáp, tăng canxi máu, u cận giáp.

SUMMARY

Background: Parathyroid adenoma is a rare disease in head and neck, mostly benign. The diagnosis is often confused or missed due to variable clinical manifestations in different specialties. The standard treatment is surgical remove. **Objective:** Study the clinical manifestations, laboratory findings and surgical treatment outcome. **Patients:** 20 patients suffering from parathyroid adenoma treated with surgical removal. **Method:** descriptive retrospective study. **Results:** 20 patients, men and women aged from 29 to 70 average 47.8 come with the very variable chief complaints including fatigue, polydipsia, polyuria, arthralgia. The clinical manifestations are mainly renal signs, bone and non-specific signs like fatigue, weight loss. All have hypercalcemia, elevate PTH. The sensitivity of ultrasound and Tc 99m sestamibi scan can localize the tumor in 17/20 and 14/20 cases respectively. Frozen section helps to confirm the tumor removed. All patients have a decrease more than 50% intraoperative PTH 10 minutes after tumor extirpation. PTH level is normal after 24 hours and Calcemia

returns normal after 3 days. **Conclusion:** The manifestations of the parathyroid adenoma is very variable with non-specific signs. Diagnosis is based on hypercalcemia and elevated PTH. Scintigraphy is an useful tool, high sensitivity, specificity. Surgical extirpation under the guidance of the scintigraphy, frozen section, intraoperative PTH assure successful outcome.

Keywords: hyperparathyroidism, hypercalcemia, parathyroid adenoma.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Cường cận giáp là một bệnh khá hiếm gặp. Bệnh được phát hiện từ khoảng năm 1920. Trường hợp u cận giáp lần đầu tiên được tiến hành phẫu thuật năm 1926 bởi E.J. Lewis. Từ đó đến nay cùng với sự phát triển của khoa học, y học, bệnh đã được hiểu biết đầy đủ hơn. Đặc biệt là với sự ra đời của kỹ thuật chụp xạ hình cận giáp, việc phẫu thuật đã chuyển từ kỹ thuật thăm dò cả bốn tuyến cận giáp sang phẫu thuật cắt tuyến tối thiểu kết hợp định lượng hormon trong khi phẫu thuật đã làm giảm đáng kể thời gian phẫu thuật, ít gây tổn thương cho bệnh nhân hơn.

Trong chuyên ngành Tai Mũi Họng, cho tới nay chưa có báo cáo nào nghiên cứu về bệnh, cũng như báo cáo kết quả điều trị bệnh bằng phẫu thuật. Việc áp dụng kỹ thuật mới để phẫu thuật cường cận giáp đã được áp dụng tại khoa Tai Mũi Họng từ khoảng 5 năm trở lại đây. Chúng tôi áp dụng phương pháp can thiệp tối thiểu dưới hướng dẫn xạ hình cận giáp, kết hợp cắt lạnh, định lượng PTH ngay trong khi mổ bước đầu đã mang lại kết quả khả quan. Chúng tôi tiến hành tổng kết đánh giá kết quả điều trị nhằm hoàn thiện phương pháp điều trị cho bệnh nhân tới.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

- Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh u cận giáp lành tính.
- Đánh giá kết quả điều trị bằng phẫu thuật can thiệp tối thiểu.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Là những bệnh nhân vào điều trị tại khoa TMH với chẩn đoán cường cận giáp và được phẫu thuật từ năm 2005 – 3/2012.

Chúng tôi sử dụng các hồ sơ bệnh án ghi chép lại, tiến hành thu thập thông tin về dịch tễ học, phương pháp điều trị, các biến chứng...

Chúng tôi làm bệnh án theo mẫu có sẵn để thu thập thông tin.

Nội dung:

- Sử dụng phương pháp thống kê y học tìm hiểu về dịch tễ học mẫu nghiên cứu.
- Tìm hiểu về triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, các loại phẫu thuật đã thực hiện.

- Các biến chứng sau mổ.
- Kết quả xử lý biến chứng.

NHẮC LẠI PHÔI THAI HỌC VÀ GIẢI PHẪU

1. Phôi thai học và giải phẫu

Phần lưng của nội bì cung mang thứ ba và bốn phát triển thành tuyến cận giáp dưới và trên. Tuyến cận giáp dưới di chuyển cùng tuyến ức. Tuyến cận giáp trên ít di chuyển hơn, liên quan mật thiết với 1/3 giữa thùy bên tuyến giáp. Sự khác nhau về nguồn gốc phôi thai học giải thích vị trí tuyến cận giáp trên thường ít thay đổi hơn so với tuyến cận giáp dưới.

Vị trí bình thường của tuyến cận giáp dưới ở mặt sau cực dưới thùy bên tuyến giáp, thường trong dải tổ chức liên kết giữa tuyến ức với tuyến giáp. Vị trí bất thường của tuyến có thể nằm trong trung thất, trong tuyến ức hoặc cạnh tim. Sự bất thường về vị trí làm cho việc phẫu thuật gặp nhiều khó khăn.

Tuyến cận giáp có từ 3 tới 8 tuyến nằm ở mặt sau của tuyến giáp, thường là 4 tuyến. Tuyến có màu vàng nhạt. Kích thước khoảng 3 – 6mm dài, rộng 2 – 4mm, dày 0.5 – 2mm. Tuyến có hình tròn hoặc bầu dục và hơi dẹt. Trọng lượng tuyến cận giáp thường khoảng 35g. Tuyến cận giáp dưới thường lớn hơn một chút so với tuyến cận giáp trên.

2. Vai trò PTH

PTH là hormone do tuyến cận giáp tiết ra có vai trò:

- Tăng hấp thu calci tại thận.
- Kích thích thận tiết Calcitriol có tác dụng tăng hấp thu calci ở ruột.
- Tăng hoạt động của các hủy cốt bào, ức chế hoạt động của tạo cốt bào.
- Tăng thải tiết Phospho ở thận.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật trên 20 bệnh nhân, trong đó 13 nữ, 7 nam. Độ tuổi từ 29 – 70, trung bình là 47,8.

1. Lý do đến khám

Chúng tôi tiến hành tìm hiểu lý do đến khám bệnh và thu được kết quả sau:

Bảng 1: Lý do đến 2 viện

Lý do khám	Số lượng	Tỷ lệ
Mệt mỏi	9	45%
Rối loạn tiểu tiện	2	10%
Tiểu máu	2	10%
Tiểu buốt	2	10%
Sưng đau các khớp	3	15%
Đau đầu	1	5%
Khàn tiếng	1	5%
Đau bụng	2	10%

Nhận xét: Bệnh nhân đến khám vì những lý do khác nhau, phân tán. Lý do đến khám hay gặp nhất là mệt mỏi, sau đó là sưng đau các khớp, các rối loạn về nước tiểu, đau bụng. Các dấu hiệu kể trên có thể gặp trong nhiều bệnh lý khác nhau, và không đặc hiệu cho một bệnh nào. Điều này làm cho người thầy thuốc không chú ý tới bệnh của tuyến cận giáp mà tìm nguyên nhân khác. Không có bệnh nhân nào đến khám vì lý do tự sờ thấy khối u vùng cổ.

2. Dấu hiệu lâm sàng

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ %	
Dấu hiệu thận	Sỏi thận	16	80
	Vôi hóa thận	3	15

Dấu hiệu xương	Tiểu nhiều	13	65
	Suy thận	8	40
	Đau xương	4	20
	Loãng xương	2	10
	U xương	1	5
Các dấu hiệu không đặc hiệu	Gãy xương	1	5
	Mệt mỏi	16	80
	Gày sút	12	60
	Khát nhiều	13	65
	Viêm loét dạ dày	6	30
	Trầm cảm	1	5
	Viêm tụy cấp	5	25
	Viêm gan	1	5
	Đau đầu	9	45
	Sỏi mật	3	15
	Gout	4	20
	Tăng huyết áp	4	20
	Buồn nôn	2	10

Nhận xét: Trong số những bệnh nhân nghiên cứu, Chúng tôi nhận thấy thường gặp nhất là các dấu hiệu không đặc hiệu như mệt mỏi (80%), khát nhiều, tiểu nhiều (65%). Các dấu hiệu về thận gặp: sỏi thận (80%), vôi hóa thận gặp 15% số bệnh nhân. Nhóm các dấu hiệu về xương gặp đau xương (20%), loãng xương (20%), gãy xương bệnh lý (5%), u xương (5%).

Theo J.P. Gardin thì các dấu hiệu thận gặp 29%, dấu hiệu xương 4%. Các dấu hiệu không đặc hiệu lại gặp tới 67%.

Khối u cận giáp thường có kích thước nhỏ, khó sờ thấy. Dấu hiệu lâm sàng chủ yếu do tình trạng cường cận giáp gây ra. Chúng tôi thấy 15 trong 20 bệnh nhân có sờ thấy khối u trên lâm sàng. Tỷ lệ này của chúng tôi cao hơn các tác giả khác có lẽ do bệnh nhân đến giai đoạn muộn. Lievre nghiên cứu 34 u cận giáp thì chỉ có 4 trường hợp sờ thấy u khi thăm khám lâm sàng.

3. Cận lâm sàng

Chúng tôi đã tiến hành xét nghiệm định lượng PTH, canxi, phospho máu trước mổ. Kết quả được trình bày trong bảng sau:

Bảng 3: Nồng độ PTH, Canxi trước mổ

	Trung bình	Giá trị bình thường	Đơn vị đo
Canxi máu	3,36 ± 0,43 (2,82 – 4,44)	2,15 – 2,55	Mmol/l
PTH	97,44 ± 73,45 (13,05- 274,30)	1,6 – 6,9	Pmol/l

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân của chúng tôi có biểu hiện tăng PTH và canxi máu, trong khi đó phospho máu giảm. Việc tăng đồng thời cả PTH và canxi máu có giá trị chẩn đoán cường cận giáp. Đồng thời có sự song hành giữa nồng độ PTH và canxi máu.

4. Xác định vị trí u trước mổ

U cận giáp thường u nhỏ, không sờ thấy. Vị trí u có thể bị lạc chỗ khỏi vị trí cận giáp bình thường do bản thân tuyến lạc chỗ hoặc u di chuyển do sự đè đẩy các cơ vùng cổ. Việc xác định vị trí u trước mổ rất quan trọng. Xác định chính xác u giúp giảm thiểu thời gian phẫu thuật. Chúng tôi xác định vị trí u bằng xạ hình với Technitium 99m sestamibi, siêu âm, chụp CT và cộng hưởng từ vùng cổ.

Bảng 4: Phát hiện vị trí u

	Phát hiện vị trí u	Không phát hiện u
Xạ hình cận giáp	14	6
Siêu âm	17	3
Chụp MRI	7	4
Chụp CT	6	1

Xạ hình với Technitium 99m sestamibi xác định được u (độ nhạy) trong 70% các trường hợp. Tỷ lệ âm tính giả là 30%. Độ nhạy của siêu âm là 85%, âm tính giả 15%. Tuy nhiên, siêu âm, chụp cộng hưởng từ, chụp CT là những xét nghiệm không đặc hiệu cho tuyến cận giáp. Những xét nghiệm này không thể phân định được u cận giáp và hạch.

5. Loại phẫu thuật

Chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật cắt tuyến cận giáp can thiệp tối thiểu cho cả 20 bệnh nhân. Bảy trường hợp (35%) cắt u tuyến cận giáp đơn thuần, 13 trường hợp (65%) cắt u cận giáp kèm theo cắt thùy tuyến giáp do có bệnh lý bướu nhân tuyến giáp hoặc do khối u dính tuyến giáp.

Bảng 5: Loại phẫu thuật

Loại phẫu thuật	Số lượng	Tỷ lệ
Cắt u cận giáp	7	35%
Cắt u cận giáp + cắt thùy TG	13	65%

6. Vị trí u cận giáp

Theo Claude Dobust u tuyến cận giáp dưới hay gặp hơn u tuyến cận giáp trên, bên trái hay gặp hơn bên phải. Trong số 20 bệnh nhân của chúng tôi, 18 (90%) bệnh nhân có u tuyến cận giáp dưới, trong đó 14 trường hợp bên dưới trái (70%), 6(30%) trường hợp u cận giáp dưới phải. Có 1 trường hợp (5%) có hai u cận giáp đồng thời.

Bảng 6: Vị trí u khi phẫu thuật

Vị trí u		Số lượng	Tỷ lệ
Một u cận giáp đơn độc	U cận giáp trên trái	2	10%
	U cận giáp dưới trái	11	55%
	U cận giáp dưới phải	5	25%
	U cận giáp trên phải	1	5%
Hai u cận giáp đồng thời	U cận giáp dưới trái và trên trái	1	5%

7. Kích thước khối u

Bảng 7: Kích thước u khi mổ

Kích thước u	< 1cm	1 – 2 cm	> 2cm
Số lượng	2	3	16
Tỷ lệ	9,5%	14,3%	76,2%

Nhận xét: Trong tổng số 20 bệnh nhân có 16 bệnh nhân (76,2%) có khối u kích thước trên 2cm. U càng lớn thì nồng độ PTH càng cao. Theo Lièvre, khối u cận giáp thường nhỏ, không sờ thấy trên lâm sàng. Bệnh nhân của chúng tôi thường đến giai đoạn muộn khi u đã lớn.

8. Giải phẫu bệnh

Trong khi mổ chúng tôi sử dụng phương pháp cắt lạnh để khẳng định vị trí cần phẫu thuật. Đây là xét nghiệm có giá trị do đặc tính khối u cận giáp thường nhỏ, hay lạc chỗ nên rất dễ nhầm. Chúng tôi lần đầu tiên sử dụng phương pháp này trong khi mổ. Kết quả được trình bày trong bảng sau:

Bảng 8: Kết quả cắt lạnh và mô bệnh học sau mổ

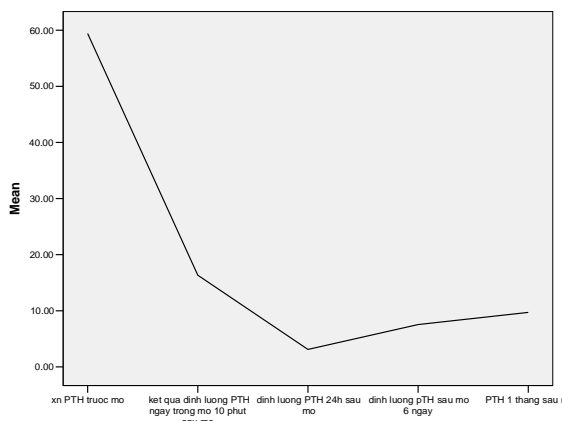
Mô bệnh học	U tuyến lành	Tăng sản tuyến
-------------	--------------	----------------

Cắt lạnh	20 (100%)	0
Mô bệnh học sau mổ	20(100%)	0

Nhận xét: Trong số 20 bệnh nhân của chúng tôi, mô bệnh học của tất cả u đều là u tuyến lành tính, không có trường hợp nào là quá sản tuyến. Kết quả giải phẫu bệnh tức thì đều khẳng định 100% là u lành. Không có trường hợp nào kết quả cắt lạnh dương tính giả hoặc âm tính giả. Giải phẫu bệnh tức thì trong mổ giúp khẳng định tổ chức cận giáp, đồng thời có thể xác định u tuyến. Tuy nhiên, giá trị của xét nghiệm này trong việc xác định u tuyến hay quá sản tuyến cần phải tiếp tục nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn.

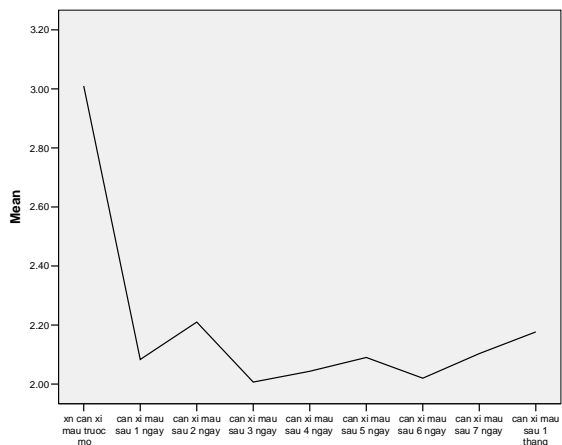
9. Định lượng PTH và Canxi trong và sau mổ

Chúng tôi tiến hành định lượng PTH ngay trong khi mổ. Sau khi cắt bỏ khối u khoảng 20 phút thấy cả 20 trường hợp nồng độ PTH giảm rõ rệt trên 50% và trở về bình thường sau 24h. Việc định lượng này giúp rút ngắn thời gian phẫu thuật, đảm bảo u cận giáp đã được lấy bỏ.



Biểu đồ 1: Diễn biến nồng độ PTH trước trong và sau mổ

Canxi máu sau mổ cũng trở về bình thường sau mổ nhưng chậm hơn, ổn định sau khoảng ngày thứ 6 sau mổ. Trong ngày thứ 3 – 4 sau mổ cần đề phòng hạ canxi máu.



Biểu đồ 2: Diễn biến nồng độ canxi máu trước và sau mổ

Diễn biến sau mổ tất cả bệnh nhân đều thuận lợi. Không có bệnh nhân nào có diễn biến chứng tụ máu, liệt quặt ngược, nhiễm trùng vết mổ.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu này của chúng tôi tổng kết trên 20 bệnh nhân, có một số nhận xét sau:

- Bệnh cảnh lâm sàng u cận giáp rất thay đổi. Lí do đến khám chủ yếu là: mệt mỏi, rối loạn tiêu tiện (tiểu nhiều, tiểu máu), đau khớp. Các dấu hiệu lâm sàng không đặc hiệu chiếm 80% chủ yếu là: mệt mỏi, gày sút, khát nhiều, tiểu nhiều. Các dấu hiệu về thận gặp 80% với những biểu hiện: tiểu nhiều, sỏi thận, vôi hóa thận, suy thận. Các dấu hiệu về xương gặp 20% chủ yếu loãng xương, đau xương.

- Nồng độ PTH và Canxi máu trước mổ luôn tăng.

- Xạ hình tuyến cận giáp với Tc Sestamibi có giá trị định khu vị trí u, độ nhạy là (70%), âm tính giả (30%). Siêu âm, chụp MRI, CT giúp xác định vị trí u nhưng không đặc hiệu.

- Định lượng PTH trong mổ có giá trị, khẳng định đúng u tuyến đã lấy. Nồng độ PTH trở về bình thường sau mổ 24h. Nồng độ Canxi máu trở về bình thường sau mổ 3 - 4 ngày.

- Cắt lạnh khối u trong mổ khẳng định mô cận giáp và có thể khẳng định u tuyến, tránh nhầm lẫn với hạch hoặc nhân tuyến giáp. Đây là một xét nghiệm rất hữu ích cho phẫu thuật.

- Cắt bỏ u tuyến cận giáp can thiệp tối thiểu là biện pháp điều trị hiệu quả, kết quả tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dubost C. Tourmer R. Bay M – Glandes parathyroides: anatomie normale et pathologique, histology, exploration et recherche chirurgicales – Edition Techniques – Encycl. Médz. Chir. (Paris – France). Endocrinologie – Nutrition, 10011 A 10, 1991, 9p.

2. Eugene P. Clerkin: Hyperparathyroidism. Surgery of the Thyroid and Parathyroid glands, W.B.Saunders, third edition, 243 – 253.

3. Gardin J.P. et Paillard M. – Hyperparathyroides – Edition Techniques - Edition Techniques - Encycl. Méd. Chir. (Paris – France). Endocrinologie – Nutrition, 10012 B10, 1991,9p

4. Houllier P. Paillard M. - Physiologie des parathyroides – Edition Techniques – Encycl. Méd. Chir. (Paris – France). Endocrinologie – Nutrition, 10 – 011 – C – 10, 1992,10P.

5. Perrin Cl. Jacquier A. et Floquet J. Système A.P.U.D et Pathologie cervico – Faciale, Encycl. Méd. Chir. Paris, Oto – Rhino – Laryngologie, 20945 A10, 5 – 1980.

§ NH GI § KẾT QUẢ §IỀU TRỊ U VỎ TUYẾN THẬN Ở NGƯỜI THÊN B»NG PHẪU THUẬT NỘI SOI QUA § ĐÈNG BÔNG

ĐỖ TRƯỜNG THÀNH, Trần Hồng Giang

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khoa phẫu thuật bệnh viện Việt Đức từ nhiều năm nay, phẫu thuật nội soi là lựa chọn hàng đầu để điều trị u tuyến thượng thận (TTT). Đề tài nghiên cứu của chúng tôi nhằm mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị u vỏ tuyến thượng thận. **Tư liệu và phương pháp:** Nghiên cứu thực hiện theo phương pháp hồi cứu mô tả cắt ngang, bao gồm tất cả các bệnh nhân u vỏ tuyến thượng thận được chuẩn đoán xác định và phẫu thuật cắt bỏ qua nội soi trong thời gian từ tháng 1 năm 2010 đến tháng 7 năm 2013. **Kết quả:** 68 BN u vỏ thượng được phẫu thuật theo phương pháp nội soi qua ổ bụng, tuổi trung bình là $43,3 \pm 11,8$. Hội chứng Cushing có 25 (36,8%) trường hợp. Hội chứng Conn có 30 (44,1%) trường hợp. Chúng tôi không gặp trường hợp nào có Hội chứng Apert-Gallais. U không chế tiết có 13 trường hợp (19,1%).

* Kết quả phẫu thuật:

60 BN (88,2%) thực hiện cắt toàn bộ TTT, cắt chọn lọc u chỉ chiếm 11,8% (8 BN).

- Thời gian mổ trung bình là 86,2 phút, Lượng máu mất trung bình là 72,9 ml.

- Tai biến: 2 trường hợp chảy máu trong mổ, chuyển mổ mở 2 trường hợp.

- Hạ kali máu sau phẫu thuật có 3 trường hợp chiếm 4,4%, suy tuyến thượng có 5 trường hợp thận chiếm 7,3%. Tất cả đều được điều trị ổn định sau 2 ngày.

- Thời gian nằm viện trung bình là 4,5 ngày.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi qua ổ bụng là phẫu thuật an toàn, có tính khả thi với những ưu điểm như: đường mổ thuận lợi, trường mổ rộng, tỷ lệ tràn khí dưới da và áp lực hơi thấp, thao tác bơm hơi đơn giản, dễ dàng xử lý được các thương tổn phổi hợp.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi qua ổ bụng; u vỏ tuyến thượng thận. Top of Form.

SUMMARY

Objective: Our department urology for many years, laparoscopic adrenalectomy is the first choice to treat adrenal tumor. The our aim study was: evaluation of laparoscopic treatment of adrenal cortex tumors focused on length of hospital stay, operating time, intraoperative blood loss and postoperative analgesic use.

Materials and methods: The study included the cross-sectional descriptive methods, including all patients with adrenal cortex tumor diagnosis and surgical removal laparoscopic in period from January 2010 to July 2013. **Results:** 68 patients with adrenal cortex tumors underwent laparoscopic surgery through the abdomen, the average age was 43.3, Cushing's syndrome 25 (36.8%) cases, Conn's syndrome 30 (44.1%) cases. We have not seen any cases of Apert - Gallais syndrome and 13 cases

(19.1%) non-functioning adrenal tumors.

* Surgical results:

60 patients (88.2 %) made total adrenalectomy, selective cutting tumors only 11.8% (8 patients).

- Average operation time is 86.2 minutes, average blood loss was 72.9 ml.

- 2 cases of bleeding in surgery, open surgery 2 transfer case.

- 3 cases hypokalemia accounted for 4.4%, 5 adrenal failure kidney in 7.3% cases. All were on stable treatment after 2 days.

- The average hospital stay was 4.5 days.

Conclusions: Laparoscopic adrenalectomy is a safe, effective and useful procedure involving a shorter hospital stay, lower intraoperative blood loss and a lower postoperative analgesics requirement compared with the open approach. The laparoscopic approach is the procedure of choice for all benign adrenal pathologies.

Keywords: laparoscopy; adrenalectomy; adrenal surgery.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tuyến thượng thận (TTT) là tuyến nội tiết quan trọng, nằm sâu sau phúc mạc. U vỏ tuyến thượng thận gây nhiều hội chứng bệnh lí, thường phải điều trị bằng ngoại khoa. Từ năm 1992 Gagner thực hiện thành công phẫu thuật cắt bỏ u TTT qua nội soi, nó đã khắc phục được những nhược điểm của phẫu thuật kinh điển, mở ra trang mới trong lịch sử điều trị ngoại khoa u tuyến thượng thận. Tại khoa phẫu thuật bệnh viện Việt Đức từ nhiều năm nay, phẫu thuật nội soi cắt u TTT là lựa chọn hàng đầu để điều trị u TTT. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị u vỏ tuyến thượng thận.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thực hiện theo phương pháp mô tả cắt ngang, bao gồm tất cả các bệnh nhân u vỏ tuyến thượng thận được chuẩn đoán xác định và phẫu thuật cắt bỏ qua nội soi trong thời gian từ tháng 1 năm 2010 đến tháng 7 năm 2013 tại Bệnh viện Việt Đức. Bao gồm: U vỏ TTT có triệu chứng: Hội chứng Cushing, Hội chứng Conn, Hội chứng Apert-Gallais và u vỏ TTT không triệu chứng.

* Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định dựa vào dấu hiệu lâm sàng. Các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm sinh hóa máu và nước tiểu xác định nồng độ các hormon u vỏ TTT. Xét nghiệm giải phẫu bệnh lý khẳng định u lành tính vỏ TTT (kể cả u không chế tiết).

* Đánh giá trong mổ:

- Biến đổi huyết động dựa trên chỉ số mạch, huyết áp ĐM và áp lực tĩnh mạch trung ương.

- Số lượng máu mất, Các biến chứng trong mổ