

Kết quả bước đầu điều trị u tuyến cận giáp gây cường cận giáp bằng sóng cao tần qua 2 trường hợp bệnh nhân

Initial result of radiofrequency ablation in treatment of parathyroid adenoma in primary hyperparathyroidism

Phạm Thế Đức, Nguyễn Khắc Hoàng, Đỗ Văn Quyền,
Mai An Giang, Bùi Đức Nguyên, Phạm Thanh Oai,
Nguyễn Thị Thúy Hằng

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Chúng tôi báo cáo 2 trường hợp sử dụng RFA điều trị cường cận giáp nguyên phát do u tuyến cận giáp với kỹ thuật moving-shot technique với kết quả ban đầu rất khả quan, qua đó nêu ra một số bàn luận về chẩn đoán cũng như kỹ thuật thực hiện. Để hạn chế nguy cơ tổn thương nhiệt lên thần kinh, chúng tôi sử dụng kỹ thuật cô lập khối u với dung dịch glucose 5% lạnh. *Kết quả:* Không có biến chứng kèm theo sau áp nhiệt bằng sóng cao tần (RFA), nồng độ hormone tuyến cận giáp (PTH), Calci-Ion, phosphat huyết thanh trở về bình thường tại thời điểm kiểm tra lại sau 2 tháng. *Kết luận:* RFA là phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị u tuyến cận giáp gây cường cận giáp nguyên phát.

Từ khóa: Sóng cao tần, tuyến cận giáp, cường cận giáp.

Summary

We present two case with hyperparathyroidism, treated with ultrasound-guided percutaneous RFA using moving-shot technique with positive result. Some discussions on diagnosis and techniques of RFA procedure were given. RFA assisted by cold glucose 5% dissection to separate the parathyroid adenoma from RLN, is a safe technique that prevents burn injury to the nerve. The completeness of tissue ablation was evaluated based on Doppler ultrasound imaging. There were no complications associated with RFA. Serum PTH, Calci-Ion, Phosphat level normalized after 2 months follow-up. RFA is safe and effective in treatment of parathyroid adenoma in primary hyperparathyroidism.

Keywords: RFA, parathyroid, hyperparathyroidism.

1. Đặt vấn đề

U tuyến cận giáp là bệnh lý có thể gặp ở mọi lứa tuổi và thường gặp ở phụ nữ với tỉ lệ cao gấp 3 lần nam giới. Đa phần các khối u tuyến cận giáp là lành tính và 80 - 85% các trường hợp cường tuyến cận

giáp do u tuyến cận giáp đơn độc gây ra [1]. Phẫu thuật cắt bỏ khối u hiện tại vẫn được coi là phương pháp điều trị chủ yếu [2]. Tuy nhiên, nhược điểm của phương pháp này là bệnh nhân phải nằm viện, thời gian hồi phục sau mổ kéo dài và để lại sẹo xấu vùng

Ngày nhận bài: 02/01/2021, ngày chấp nhận đăng: 19/01/2021

Người phản hồi: Phạm Thế Đức, Email: phd.dr.duc@gmail.com - Bệnh viện TWQĐ 108

cổ. Áp nhiệt bằng sóng cao tần (RFA) là phương pháp điều trị ít xâm lấn với hiệu quả cao và hiện đang được áp dụng trong điều trị các khối u phổi, u gan, u tuyến giáp ... Đối với RFA u tuyến cận giáp, hiện đã có nhiều báo cáo trên thế giới khẳng định hiệu quả trong việc giảm thể tích và điều chỉnh các rối loạn sinh hóa máu [3], [4], [5], [6], [7]. Tại Việt Nam, RFA hiện tại chưa được áp dụng trong điều trị u tuyến cận giáp. Trong bài này, chúng tôi báo cáo kết quả áp dụng RFA điều trị u tuyến cận giáp gây cường cận giáp trên lâm sàng cũng như nêu ra các bàn luận chỉ định, kỹ thuật thực hiện.

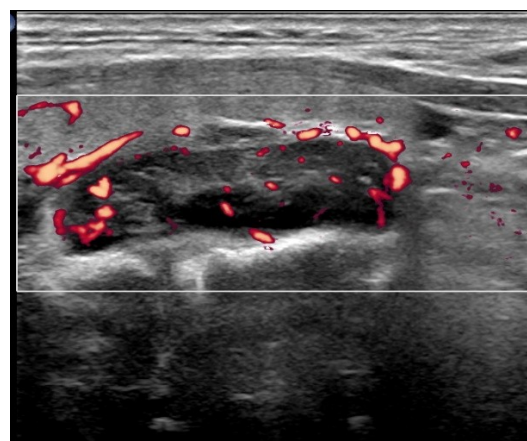
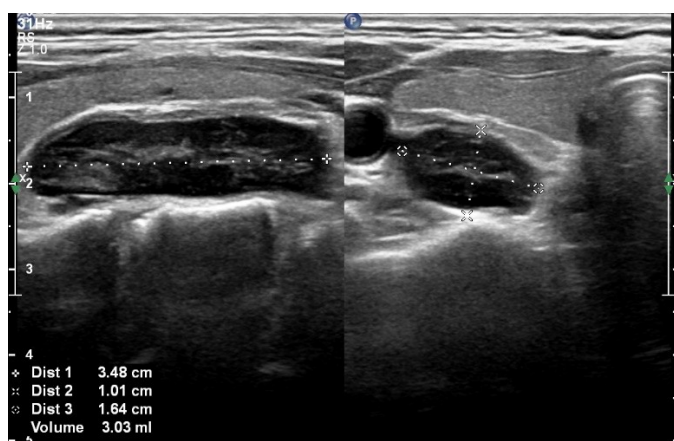
2. Trường hợp lâm sàng

2.1. Trường hợp 1

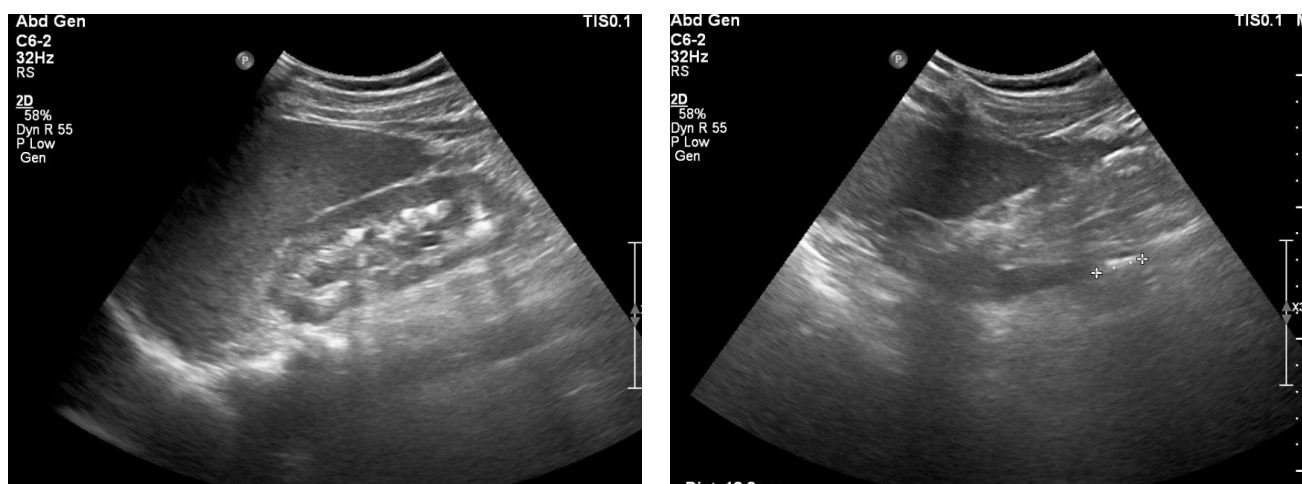
Bệnh nhân nam 58 tuổi tiền sử sỏi thận tái phát nhiều lần. Lần này kiểm tra sức khỏe tổng quát phát hiện tăng calci máu, trên siêu âm tuyến giáp phát hiện khối giảm âm ở cực dưới mặt sau tuyến giáp thể tích 3,03mL. Phổ Doppler năng lượng thấy hình ảnh tăng sinh mạch vi mô xung quanh và trung tâm khối. Kết quả chọc hút tế bào bằng kim nhỏ không

thấy tế bào ác tính. Định lượng hormone tuyến cận giáp (PTH): 341pg/mL (15 - 68pg/mL), Calci Ion: 1,77mmol/L (1,1 - 1,3mmol/L), phosphat 0,5mmol/L (0,8 - 1,4mmol/L). Đo mật độ xương thể hiện loãng xương mức độ nặng, không có lún xẹp đốt sống. Siêu âm ổ bụng phát hiện sỏi thận và niệu quả trái gây giãn đài bể thận độ II. Chức năng thận trong giới hạn bình thường. Bệnh nhân được chẩn đoán cường cận giáp nguyên phát theo dõi do adenoma tuyến cận giáp và lựa chọn điều trị RFA.

Kỹ thuật: Gây tê tại chỗ và quanh bao giáp bằng lidocain 1%. Tiến hành bóc tách và cô lập khối u bằng dung dịch glucose 5% lạnh. Tiến hành tiếp cận khối u qua eo tuyến giáp. Sử dụng điện cực đốt Starmed 18G, đầu đốt 7mm, sử dụng Moving Shot Technique tiến hành RFA khối u với công suất 30W. Kết thúc kỹ thuật khi khối u tăng âm toàn bộ trên siêu âm và không còn tín hiệu mạch trên phổ Doppler năng lượng. Toàn bộ quá trình trình kỹ thuật thực hiện dưới hướng dẫn của siêu âm, bệnh nhân tỉnh hoàn toàn và giao tiếp bình thường với bác sĩ. Theo dõi trong và sau điều trị không ghi nhận biến chứng.



Hình 1. U tuyến cận giáp thùy phải, tăng sinh mạch mức độ trung bình (case 1)

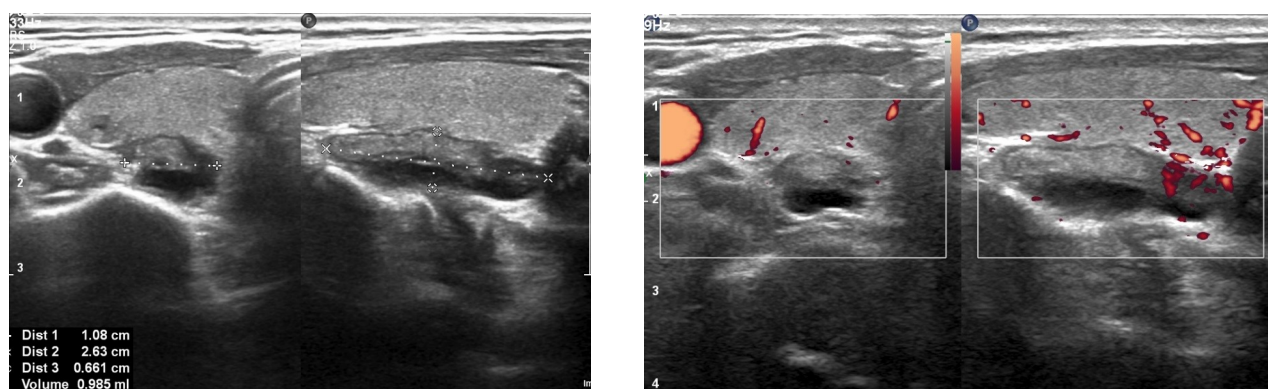


Hình 2. Sỏi thận – niệu quản gây giãn đài bể thận và niệu quản trên siêu âm (case 1)



Hình 3. Sỏi thận và niệu quản gây giãn đài bể thận trái (case 1)

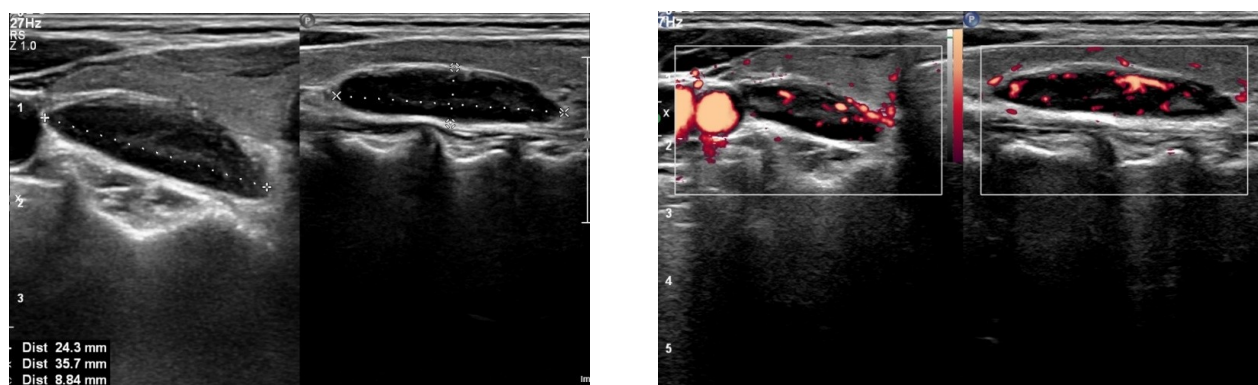
Kết quả: Kiểm tra lại sau 2 tháng các chỉ số sinh hóa trở về ngưỡng bình thường: PTH: 73,7pg/mL (15 - 68pg/mL), Calci ion: 1,2mmol/L (1,1 - 1,3mmol/L), phosphat 0,95mmol/L (0,8 - 1,4mmol/L). Thể tích khối u trên siêu âm giảm còn 0,98mL không còn tín hiệu mạch trên phổ Doppler. Bệnh nhân tiếp tục được điều trị chống loãng xương.



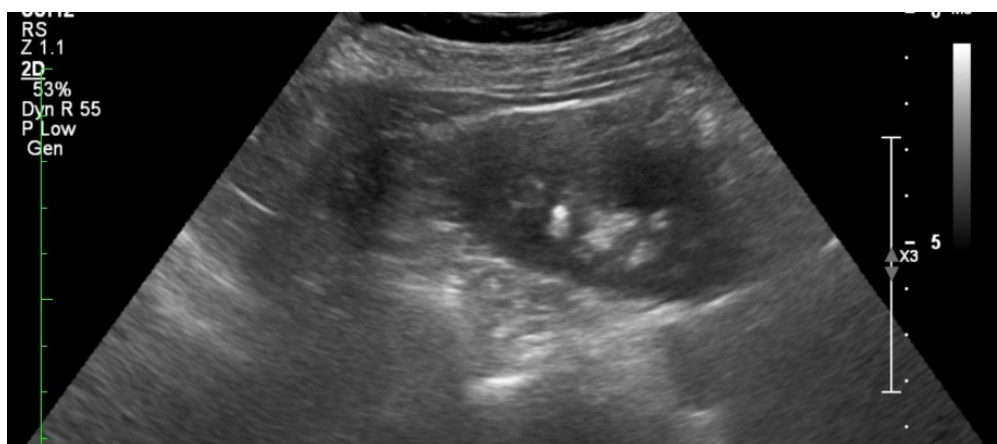
Hình 4. U tuyến cận giáp sau RFA 2 tháng, không tăng sinh mạch trên siêu âm (case 1)

2.2. Trường hợp 2

Bệnh nhân nữ 58 tuổi tiền sử sỏi thận tái phát nhiều lần, kiểm tra sức khỏe tổng quát thấy calci máu tăng cao, trên siêu âm theo dõi hình ảnh u tuyến cận giáp bên phải thể tích 4,0mL. Bệnh nhân được đề nghị bổ sung thêm các xét nghiệm chẩn đoán và điều trị. Kết quả: Định lượng PTH: 350pg/mL (15 - 68pg/mL), calci ion: 1,9mmol/L (1,1 - 1,3mmol/L), phosphat 0,3mmol/L (0,8 - 1,4mmol/L). Đo mật độ xương thể hiện loãng xương mức độ nặng, không có lún xẹp đốt sống. Siêu âm ổ bụng phát hiện vài sỏi nhỏ thận hai bên, không gây giãn đài bể thận. Chức năng thận trong giới hạn bình thường. Bệnh nhân được chẩn đoán cường cận giáp nguyên phát theo dõi do adenoma tuyến cận giáp và lựa chọn điều trị RFA.



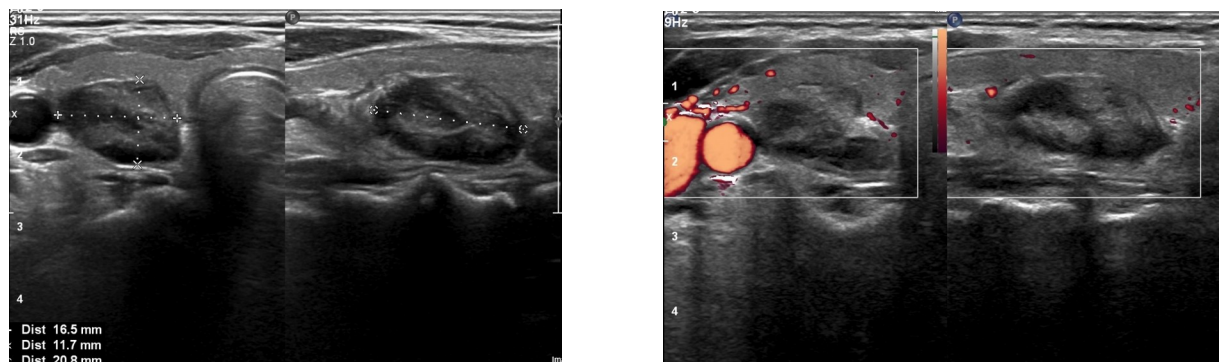
Hình 5. U tuyến cận giáp thùy phải, tăng sinh mạch mức độ trung bình (case 2)



Hình 6. Nhiều sỏi thận nhỏ chưa gây giãn đài bể thận (case 2)

Kỹ thuật: Gây tê tại chỗ và quanh bao giáp bằng lidocain 1%. Tiến hành bóc tách và cô lập khối u bằng dung dịch glucose 5% lạnh. Tiến hành tiếp cận khối u qua eo tuyến giáp. Sử dụng điện cực đốt Starned 18G, đầu đốt 7mm, sử dụng Moving Shot Technique tiến hành RF khối u với công suất 40W. Kết thúc kỹ thuật khi khối u tăng âm toàn bộ trên siêu âm và không còn tín hiệu mạch trên phổ Doppler năng lượng. Toàn bộ quá trình kỹ thuật thực hiện dưới hướng dẫn của siêu âm, bệnh nhân tỉnh hoàn toàn và giao tiếp bình thường với bác sĩ. Theo dõi trong và sau điều trị không ghi nhận biến chứng.

Kết quả: Kiểm tra lại sau 1 tháng các chỉ số calci ion và phosphat tương ứng 1,1mmol/L và 0,9mmol/L. PTH giảm còn 70pg/mL. Thể tích khối u trên siêu âm giảm còn 3,0mL không còn tín hiệu mạch trên phổ Doppler.



Hình 7. U tuyến cận giáp sau RFA 1 tháng, không tăng sinh mạch trên Doppler (case 2)

3. Bàn luận

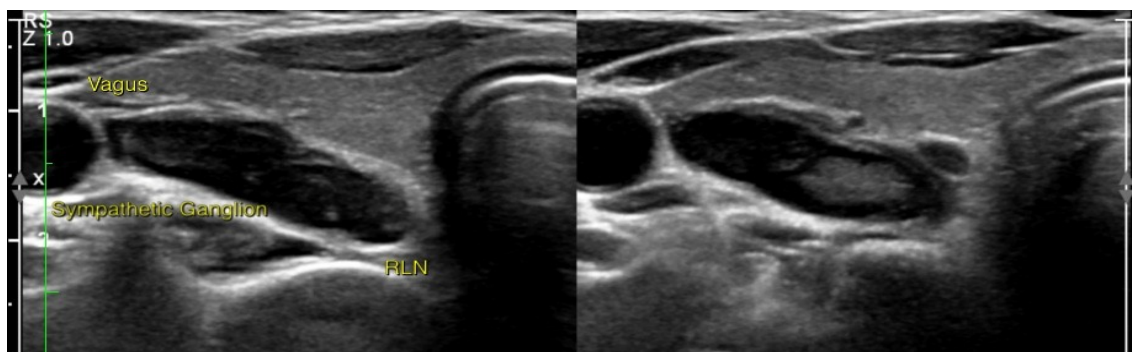
Về triệu chứng và chẩn đoán: Cường cận giáp là tình trạng tăng tiết quá nhiều hormone tuyến cận giáp trong máu do hoạt động quá mức của một hoặc nhiều trong bốn tuyến cận giáp của cơ thể. Cường cận giáp thứ phát là kết quả của một vấn đề làm giảm nồng độ calci máu kéo dài như thiếu hụt calci - vitamin D trầm trọng, bệnh thận mạn tính dẫn đến việc tuyến cận giáp phải làm việc quá mức để bù đắp cho việc mất calci. Trong cường cận giáp tiên phát 80% nguyên nhân là do u tuyến cận giáp đơn độc, ung thư tuyến cận giáp chỉ chiếm tỉ lệ rất nhỏ khoảng dưới 1% [8] và thường vô tình được chẩn đoán qua sự tăng đồng thời nồng độ Calci và PTH trong máu. Các triệu chứng lâm sàng như loãng xương, sỏi thận, đau bụng, mệt mỏi, buồn nôn - nôn hoặc chán ăn thường không đặc hiệu và mờ nhạt. Cả hai trường hợp bệnh nhân của chúng tôi đều có tiền sử sỏi thận tái phát nhiều lần, tuy nhiên đều chỉ được điều trị theo hướng loại bỏ sỏi mà chưa đánh giá giải quyết nguyên nhân. Lần này đều vô tình được phát hiện và chẩn đoán cường cận giáp nguyên phát do u tuyến cận giáp. Từ đó cho thấy

mặc dù tỉ lệ tái phát trong đời có thể lên tới 60 - 80% đối với bệnh nhân tiền sử sỏi thận và cơ chế hình thành sỏi có lẽ thường liên quan tới nồng độ chất khoáng trong nước uống [9], tuy nhiên chúng ta cũng cần lưu ý xem xét tới cường tuyến cận giáp để tránh bỏ sót.

Về chỉ định: Phẫu thuật vẫn là lựa chọn đầu tiên và chuẩn mực để giải quyết các khối u tuyến cận giáp gây cường cận giáp trên lâm sàng [2]. Tuy nhiên trong các trường hợp bệnh nhân từ chối phẫu thuật, đặc biệt ở nữ giới với nguy cơ sẹo xấu, RFA có thể là một lựa chọn. Đã có nhiều báo cáo cho thấy hiệu quả cũng như tính an toàn trong áp dụng RFA điều trị u tuyến cận giáp gây cường giáp [3], [4], [5], [6], [7], tuy nhiên do vẫn tiềm ẩn nguy cơ tổn thương thần kinh thanh quản quặt ngược gây khàn tiếng vĩnh viễn nên RFA vẫn chưa được áp dụng phổ biến.

Về kỹ thuật: Giải phẫu tuyến cận giáp nằm sát cạnh bên dây thần kinh thanh quản quặt ngược. Siêu âm cho chúng ta hình ảnh khối u nằm sát vị trí tam giác nguy hiểm nhưng không thể hiện chính xác hình ảnh dây thần kinh quặt ngược thanh quản. Sử dụng

kỹ thuật gây tê quanh bao tuyến giáp bằng lidocain 1% sau đó tiếp cận khối u qua eo tuyến giáp.



Hình 8. Vị trí giải phẫu u tuyến cận giáp nằm sát vị trí có dây thần kinh thanh quản ngược đi qua (RLN)

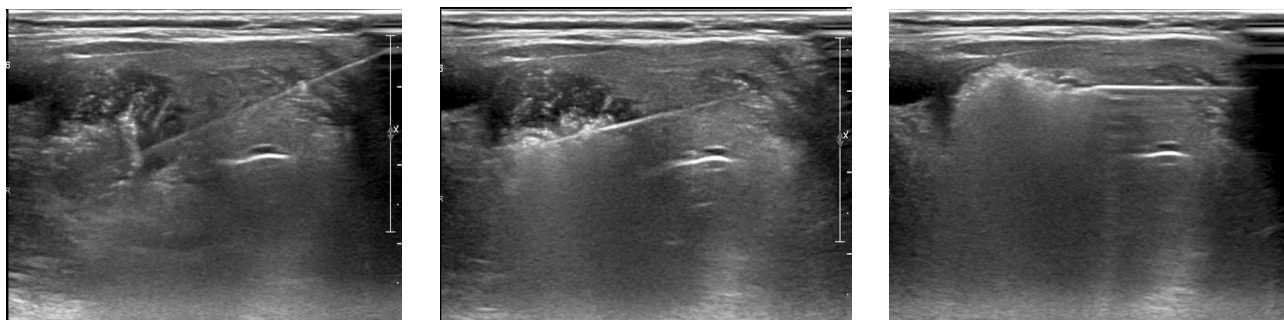


Hình 9. Cô lập khối u bằng dung dịch glucose 5% lạnh

Tuyến cận giáp thường nằm ở mặt sau tuyến giáp, có vỏ bọc riêng, tách rời khỏi tuyến giáp và nối với tuyến giáp bằng một bó mạch - thần kinh trong đó có thần kinh thanh quản ngược và các hạch giao cảm cổ. Trên siêu âm thấy khối u nằm tại vị trí tam giác nguy hiểm. Quá trình RFA có thể lan nhiệt sang các vùng lân cận dẫn đến tổn thương không hồi phục các tổ chức này mà biểu hiện trên lâm sàng

thường thấy là khàn tiếng. Một số trường hợp có thể gặp hội chứng Horner, bọng thực quản [7]. Để kiểm soát các tổn thương này, chúng tôi tiến hành cô lập khối u bằng dung dịch glucose 5% lạnh.

RFA khối u với kỹ thuật moving - shot technique và artery Ablation qua eo tuyến giáp [10], đảm bảo khối u tăng âm toàn bộ và không còn phổ mạch sau RFA. Kết thúc kỹ thuật không có biến chứng, bệnh nhân nói rõ.



Hình 10. Kỹ thuật Moving - shot technique: Di chuyển kim đốt hình nan quạt, tiếp cận qua eo tuyến giáp



Hình 11. Kỹ thuật Moving - Shot technique, tiếp cận qua eo giáp

Về kết quả: Cả hai trường hợp điều trị đều cho thấy kết quả tốt trong giai đoạn sớm. Các chỉ số xét nghiệm PTH, calci, phospho trở về trong ngưỡng bình thường sau 2 tháng. Đối với phẫu thuật, xét nghiệm PTH 20 phút hậu phẫu thường được sử dụng để đánh giá thành công của kỹ thuật (do thời gian bán thải PTH chỉ có 4 phút) [11]. Tuy nhiên, sau RFA, do khối u hoại tử và mất chức năng dần dần, chúng tôi đánh giá kết quả sau 2 tháng. Đối với trường hợp thứ nhất, sau 2 tháng theo dõi, khối u giảm 70% thể tích. Đối với trường hợp thứ 2, sau 2 tháng theo dõi thể tích u giảm 33%.

4. Kết luận

RFA u tuyến cận giáp điều trị cường cận giáp nguyên phát tuy không phải lựa chọn đầu tay tuy nhiên bước đầu cho thấy tính an toàn và hiệu quả. Kết quả áp dụng điều trị trên 2 bệnh nhân đầu tiên tại Bệnh viện TWQĐ 108 là rất khả quan, đưa các chỉ số calci, phospho trở về trong ngưỡng bình thường. Tuy nhiên để đảm bảo an toàn và hiệu quả cần không bỏ sót chẩn đoán và thành thạo kỹ thuật điều trị.

Tài liệu tham khảo

1. Edafe O, C.E., Ubhi CS (2018) *Balasubramanian SP, Current predictive models do not accurately differentiate between single and multi gland disease in primary hyperparathyroidism: A retrospective cohort study of two endocrine surgery units.* Ann R Coll Surg Engl 100: 140-145.
2. Sharma, S.A.W.S. (2020) *Parathyroid Adenoma.* NCBI.
3. Ha EJ, Baek JH, and Baek SM (2020) *Minimally invasive treatment for benign parathyroid lesions: treatment efficacy and safety based on nodule characteristics.* Korean J Radiol 21(12): 1383-1392.
4. Kim BS et al (2001) *Radiofrequency ablation of parathyroid adenoma in primary hyperparathyroidism.* J Med Ultrason 41(2): 239-243.
5. Korkusuz H, Wolf T, and Grunwald F (2018) *Feasibility of bipolar radiofrequency ablation in patients with parathyroid adenoma: A first evaluation.* Int J Hyperthermia 34(5): 639-643.
6. Sormaz IC et al (2017) *The results of ultrasonography-guided percutaneous radiofrequency ablation in hyperparathyroid*

- patients in whom surgery is not feasible. Cardiovasc Intervent Radiol* 40(4): 596-602.
7. Zeng Z et al (2020) *Efficacy of ultrasound-guided radiofrequency ablation of parathyroid hyperplasia: single session vs. two-session for effect on hypocalcemia.* *Sci Rep* 10(1): 6206.
 8. Mackenzie-Feder J et al (2011) *Primary hyperparathyroidism: an overview.* *Int J Endocrinol* 251410.
 9. Ross Morton A, E.A.I., and James WL Wilson, *Nephrology: 1. Investigation and treatment of recurrent kidney stones.* *CMA Journal* 166: 213-218.
 10. Kim JH et al (2018) *2017 thyroid radiofrequency ablation guideline: Korean society of thyroid radiology.* *Korean J Radiol* 19(4): 632-655.
 11. Lew JI, I.G (2009) *Focused parathyroidectomy guided by intra-operative parathormone monitoring does not miss multiglandular disease in patients with sporadic primary hyperparathyroidism: A 10-year outcome.* *Surgery* 146(6): 1021-1027.