

V. KẾT LUẬN

Tổn thương trên nhu mô não nhiều nhất là tổn thương phối hợp nhiều vị trí chiếm 28,18%, sau đó đến cầu não chiếm 22,73%.

Phân bố vị trí tổn thương mạch đa dạng, gặp nhiều nhất là tổn thương các động mạch cầu não chiếm 54,55%.

Rối loạn ý thức, bất thường đồng tử, rối loạn nuốt, rối loạn ngôn ngữ là các yếu tố tiên lượng nặng bệnh

Ở nhóm bệnh nhân có điểm pc-Aspect 0-7 điểm thì tình trạng lâm sàng nặng hơn, tỷ lệ tử vong và tàn tật cao hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đoàn Thị Bích** (2011). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, yếu tố nguy cơ và nguyên nhân của nhồi máu não ở bệnh nhân dưới 50 tuổi. Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Lê Thị Mỹ** (2015). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học nhồi máu não thuộc hệ động mạch sống nền. Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
3. **Lê Văn Thính**. Nhồi máu não lớn do tổn thương động mạch não giữa: "Đặc điểm lâm sàng và nguyên nhân". Báo cáo khoa học.
4. **Nguyễn Duy Trinh**: Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và giá trị của cộng hưởng từ 1.5Tesla trong chẩn đoán và tiên lượng Nhồi máu não gia đoạn cấp tính [Luận án tiến sĩ]. Đại học Y Hà Nội;
5. **Bamford J, Sandercock P, Dennis M, Burn J, Warlow C**. Classification and natural history of clinically identifiable subtypes of cerebral infarction. Lancet. ;337(8756):1521-6.
6. **Devuyst G, Bogousslavsky J, Meuli R, Moncayo J, de Freitas G, van Melle G**. Stroke or transient ischemic attacks with basilar artery stenosis or occlusion: clinical patterns and outcome. Arch Neurol. Tháng Tư 2002; 59(4):567-73.
7. **Goldschmidt A.J, Caplan L.R** (2010), Cẩm nang xử trí tại bệnh viện (PGS.TS Nguyễn Đạt Anh dịch). Nhà xuất bản Y học.
8. **Puetz V, Khomenko A, Hill MD, Dzialowski I, Michel P, Weimar C, và c.s**. Extent of hypoattenuation on CT angiography source images in basilar artery occlusion: prognostic value in the Basilar Artery International Cooperation Study. Stroke. Tháng 12 2011; 42(12):3454-9.

BÁO CÁO CA BỆNH: PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ U TỦY THƯỢNG THẬN HAI BÊN Ở TRẺ EM

Phạm Duy Hiền¹, Vũ Mạnh Hoàn¹, Trần Xuân Nam¹,
Phan Hồng Long¹, Nguyễn Thọ Anh¹, Đặng Hanh Tiệp¹,
Vũ Chí Dũng¹, Cần Thị Bích Ngọc¹, Lê Đình Công¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: trình bày đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật nội soi điều trị u tủy thượng thận hai bên ở trẻ em. **Phương pháp:** Nghiên cứu lâm sàng, mô tả một ca bệnh. **Kết quả:** Trẻ nam 14 tuổi, phát hiện tình cờ cao huyết áp sau khi khám sức khỏe do tai nạn giao thông ngã xe đạp. Khám lâm sàng: bệnh nhân không sờ thấy khối ở thành bụng, không có phản ứng thành bụng, mạch nhanh và huyết áp duy trì cao liên tục. Siêu âm bụng và chụp cắt lớp ghi nhận có khối u thượng thận 2 bên kích thước bên trái 8cm, bên phải 7cm. Xét nghiệm máu: giá trị các chỉ số trong công thức máu và đông máu cơ bản trong ngưỡng giới hạn bình thường. Chỉ số HVA niệu bình thường (2,34 micromol/l) và VMA niệu tăng (18,58 micromol/l). Bệnh nhân được chẩn đoán trước mổ là u tủy thượng thận 2 bên. Bệnh nhân được điều trị nội khoa ổn định huyết áp trước mổ. Bệnh nhân đã được nút động mạch thượng thận trái kết hợp phẫu thuật nội soi cắt u tuyến thượng thận 2 bên. Tình trạng ổn

định sau phẫu thuật, bệnh nhân được ra viện sau 10 ngày. Kết quả giải phẫu bệnh lý u sắc tố bào (pheochromocytoma) 2 bên, diện phẫu thuật không có u. Bệnh nhân được theo dõi và điều trị bằng liệu pháp hormone thay thế sau mổ. Theo dõi tới thời điểm hiện tại sau 3 tháng phẫu thuật, tình trạng bệnh nhân ổn định. **Kết luận:** U tủy thượng thận 2 bên rất hiếm gặp ở trẻ em. Phối hợp điều trị giữa các bác sĩ nội tiết, gây mê, ngoại khoa và phẫu thuật cắt u triệt để đem lại kết quả khả quan.

Từ khóa: u tủy thượng thận hai bên, ở trẻ em.

SUMMARY

LAPAROSCOPIC SUGERY FOR BILATERAL PHEOCHROMOCYTOMA IN CHILDREN: A CASE REPORT

Objective: to present clinical and laboratory findings of bilateral pheochromocytoma and laparoscopic bilateral adrelectomy results in children. **Methods:** a case report. **Results:** a male - 14 years old accidentally was found of hypertension after traffic accident. Clinical examination revealed: no abdominal mass, no tenderness, hypercardia and hypertension. On abdominal ultrasound and CT scanner described bilateral adrenal mass (Right: 8cm, Left: 7cm). Laboratory findings showed that: total blood count and coagulation test is normal. HVA in urine was normal (2,34 micromol/l) and increased VMA in urine

¹Bệnh viện Nhi Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Duy Hiền

Email: duyhien1972@yahoo.com

Ngày nhận bài: 5.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 14.12.2023

(18,58 micromol/l). The patient was diagnosed of biliateral pheochromocytoma pre-operatively. He was admitted at VN National Children's Hospital to control blood pressure. After that, the management was the combination of L-adrenal artery blockage by stent and laparoscopic bilateral adrenalectomy. The patient's condition after operation was stable. He was discharged after 10 days. The pathology result was bilateral pheochromocytoma without tumor on the borderline tissue. He was treated by hormone therapy and monitored carefully. The patient has been followed up (3 months) until now with good result.

Conclusion: Bilateral pheochromocytoma is a rare disease in children. The discussion between endocrinology doctor, anesthesia, surgeon and totally bilateral adrenalectomy show a good result.

Keywords: bilateral pheochromocytoma, in children

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U sắc tố bào (pheochromocytoma-PHEO) là một tổn thương u thần kinh nội tiết hình thành từ các tế bào chromaffin ở tủy thượng thận gây tăng tiết catecholamine vào máu [1]. Khoảng 10-20% PHEO xuất hiện trong thời kì thiếu niên, với tỉ lệ 0,2 – 0,5 ca trên một triệu trẻ đẻ sống [2]. Các khối u này gây tăng tiết catecholamine và các chất chuyển hóa của nó, chiếm 80-85% các khối u tăng tiết catecholamine ở người, và là nguyên nhân gây ra tăng huyết áp ở trẻ em (chiếm 0,5-2%). Những bệnh nhân xuất hiện PHEO biểu hiện tam chứng kinh điển: đánh trống ngực, đau đầu và tăng tiết mồ hôi hậu quả của tăng catecholamine. Chẩn đoán bệnh hiếm khi tình cờ, hay gặp dựa vào triệu chứng lâm sàng, các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm các chất chuyển hóa của catecholamine trong máu và nước tiểu [3]

Tỉ lệ gặp u tủy thượng thận 2 bên rất hiếm, Kinh điển điều trị u tủy thượng thận một bên là mổ mở hoặc nội soi cắt triệt để u tủy thượng thận. Tuy nhiên, với u tủy thượng thận 2 bên, việc cắt triệt để u 2 bên là hết sức khó khăn và sẽ làm bệnh nhân thiếu hụt chức năng nội tiết của thượng thận, do vậy cần liệu pháp hormone thay thế cả đời [4]. Chúng tôi báo cáo ca bệnh u tủy thượng thận 2 bên được điều trị Ngoại khoa phối hợp với liệu pháp hormone sau mổ thành công

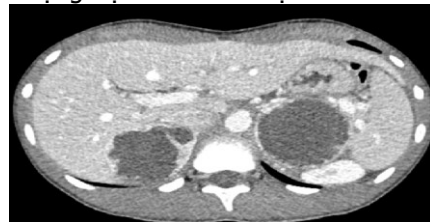
II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam, 14 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, phát hiện tình cờ cao huyết áp sau khi khám sức khỏe do tai nạn giao thông ngã xe đạp. Khám lâm sàng: không sờ thấy khối ở thành bụng, không có phản ứng thành bụng. Bệnh nhân được ghi nhận mạch nhanh (130ck/ phút) và huyết áp duy trì cao liên tục (150/ 90mmHg).

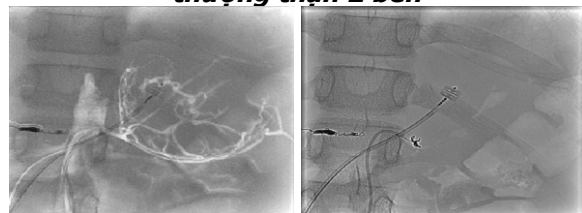
Siêu âm bụng và chụp cắt lớp ghi nhận có

khối u thượng thận 2 bên kích thước bên trái 8cm, bên phải 7cm. Với tính chất khối: Xét nghiệm máu: giá trị các chỉ số trong công thức máu và đông máu cơ bản trong ngưỡng giới hạn bình thường. Chỉ số HVA niệu bình thường (2,34 micromol/l) và VMA niệu tăng (18,58 micromol/l). Bệnh nhân được chẩn đoán trước mổ là u tủy thượng thận 2 bên. Bệnh nhân được điều trị nội khoa ổn định huyết áp trước mổ. Bệnh nhân đã được nút động mạch thượng thận 2 bên, tinh mạch thượng thận trái kết hợp phẫu thuật nội soi cắt u tuyến thượng thận 2 bên. Quá trình phẫu thuật, u tủy thượng thận trái được cắt hoàn toàn qua phẫu thuật nội soi, u tủy thượng thận phải: trong quá trình phẫu tích có làm rách nhánh tĩnh mạch nhỏ đổ về tĩnh mạch chủ dưới, phải chuyển mổ mở do khó khăn trong quá trình cầm máu bằng phẫu thuật nội soi

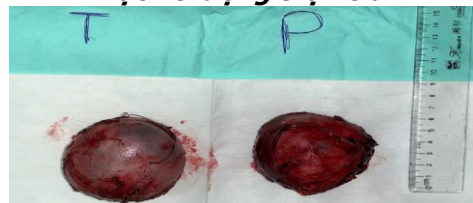
Sau mổ bệnh nhân được về khoa hồi sức nằm điều trị sau 2 ngày. Dẫn lưu ổ bụng được rút sau 3 ngày. Tình trạng ổn định, bệnh nhân được ra viện sau 10 ngày. Kết quả giải phẫu bệnh là u sắc tố bào (pheochromocytoma) 2 bên, diện phẫu thuật không có u. Bệnh nhân được điều trị bằng liệu pháp hormone thay thế và tái khám định kì, Theo dõi tới thời điểm hiện tại tình trạng bệnh nhân ổn định



Hình 1: CT ổ bụng với hình ảnh u tủy thượng thận 2 bên



Hình 2: Hình ảnh can thiệp nút tĩnh mạch mạch thượng thận trái



Hình 3. Bệnh phẩm u tủy thượng thận trái và phải sau mổ

III. BÀN LUẬN

U sắc tố bào (PHEO) ở lứa tuổi trẻ em rất hiếm gặp và mặc dù triệu chứng lâm sàng khá điển hình tuy nhiên chẩn đoán xác định thường bị để muộn. Theo báo cáo của Alaa Younes [3], đa phần các bệnh nhân u tủy thượng thận xuất hiện các triệu chứng do tăng huyết áp, và tác giả khuyến cáo bất kì bệnh nhi nào ghi nhận triệu chứng tăng huyết áp cần làm sàng lọc các u thần kinh nội tiết nhằm tránh bỏ sót tổn thương. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân được phát hiện tăng huyết áp tình cờ khi đi khám sức khỏe sau tai nạn giao thông ngã xe đạp. Siêu âm bụng sàng lọc ghi nhận khối u tủy thượng thận 2 bên.

Biểu hiện bệnh có thể điển hình hoặc có có nhiều đợt không điển hình. Tam chứng kinh điển của bệnh bao gồm: đau đầu, ra mồ hôi và đánh trống ngực gặp ở nhiều bệnh nhân. Nguyên nhân đều do hậu quả của tăng bài tiết catecholamine vào máu. Đa phần ở trẻ em, ghi nhận tăng huyết áp liên tục [5]. Chẩn đoán xác định PHEO trước mổ dựa vào xét nghiệm tăng catecholamine hoặc các chất chuyển hóa của chúng trong máu hoặc nước tiểu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, xét nghiệm nước tiểu của bệnh nhân ghi nhận tăng vanilylmandelic acid (VMA) trong nước tiểu.

Hiện tại, phương tiện chẩn đoán hình ảnh để chẩn đoán u tủy thượng thận bao gồm siêu âm bụng, chụp CT ổ bụng hoặc chụp cộng hưởng từ. Chụp CT ổ bụng là phương tiện hay được sử dụng nhất để đánh giá tình trạng u ổ bụng. Nó có độ nhạy cao trong đánh giá những khối choán chỗ trên 1 cm ở thượng thận. CT ổ bụng được chứng minh có độ chính xác cao (97%) để đánh giá các tổn thương bên trong khối u tuy nhiên ít có giá trị trong đánh giá các tổn thương ở ngoài hoặc u tái phát [6]. MRI ổ bụng được cho là có giá trị tốt hơn trong đánh giá liên quan của u tới các mạch máu xung quanh. Độ nhạy được báo cáo gần tới 100% với giá trị dự đoán dương tính và âm tính tương ứng là 83% và 100%. Trong nghiên cứu, bệnh nhân được chụp CT ổ bụng ghi nhận khối choán chỗ hai bên lần lượt đường kính 6cm và 6cm, với tính chất khối: có phần đặc ở ngoại vi ngấm thuốc mạnh, phần tỷ trọng dịch ở trung tâm không ngấm thuốc, và nhiều vách hóa có giới hạn rõ nét. Khối bên trái đè đẩy đuôi tụy ra trước. Bệnh nhân được tầm soát CT ngực và MRI sọ não không ghi nhận tổn thương thứ phát. Bệnh nhân có khối u không có IDRF do vậy chúng tôi không chỉ định chụp MRI ổ bụng cho bệnh nhân.

U tủy thượng thận 2 bên còn hiếm gặp hơn nữa. Trong 30 năm, tại bệnh viện Nhi Trung Ương mới ghi nhận trường hợp thứ hai bị u tủy thượng thận hai bên. Với u tủy thượng thận một bên, chỉ định cắt toàn bộ là tuyệt đối vì chức năng tuyến thượng thận còn lại sẽ bù lại được. Tuy nhiên với u tủy thượng thận một bên, chỉ định cắt u tủy thượng thận hai bên còn tranh cãi khi cắt toàn bộ hay cắt 1 phần. Nhiều tác giả lo ngại với kĩ thuật cắt một phần u sẽ không đạt được kết quả về mặt ung bướu như mong muốn mặc dù với các nghiên cứu gần đây không nhấn mạnh về nguy cơ tái phát của u [7]. Mục đích chủ yếu của kĩ thuật cắt một phần u tuyến thượng thận nhằm để lại một lượng tế bào tuyến đủ chức năng, tránh phải phụ thuộc vào steroid sau mổ. Do vậy, chỉ có các xét nghiệm hóa sinh sau mổ giúp đánh giá thành công của phẫu thuật cắt một phần u tuyến.

Tỉ lệ tái phát theo nghiên cứu của Rubalcava [4] là 25% trong thời gian theo dõi. Mặc dù những trường hợp u nhỏ tái phát khó để phát hiện, trong y văn ghi nhận tỉ lệ tái phát từ 0-40% thay đổi tùy theo thời gian theo dõi [8]. Cũng theo Rubalca [4], không ghi nhận các biến chứng dài hạn do PHEO tái phát hoặc di căn với thời gian theo dõi 86 tháng.

Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành cắt toàn bộ u tủy thượng thận hai bên sau khi đã hội chẩn nhóm chuyên gia nội tiết, gây mê và thảo luận với gia đình bệnh nhân về khả năng dùng liệu pháp hormone thay thế sau phẫu thuật. Phương pháp này nhằm làm giảm thấp nhất nguy cơ tái phát u và bệnh nhân sẽ được tái khám định kì và theo dõi về mặt nội tiết đầy đủ. Bệnh nhân đánh giá có khối u lớn (kích thước 6cm và 7cm, tăng sinh mạch và ngấm thuốc mạnh) nguy cơ chảy máu trong mổ lớn, nên đã được hội chẩn với các bác sĩ can thiệp chẩn đoán hình ảnh tiến hành nút động mạch thượng thận 2 bên và TM thượng thận trái trước mổ, nhằm giảm mất máu trong mổ. Chúng tôi bắt đầu tiến hành phẫu thuật nội soi cắt u tủy thượng thận hai bên như các khuyến cáo từ các nghiên cứu khác. Phẫu thuật nội soi được thực hiện hoàn toàn cắt toàn bộ u tủy thượng thận trái, còn với khối u bên phải, do chảy máu từ TM thượng thận bất thường đổ về TM chủ dưới, cầm máu khó khăn nên phải chuyển mổ mở. Phẫu thuật nội soi cắt u tủy thượng thận giúp giảm các biến chứng sau mổ, bệnh nhân hồi phục nhanh hơn. Theo Rubalcava [4], 63% các bệnh nhân được phẫu thuật nội soi sau mổ sẽ không phải dùng giảm đau opioid. Bệnh nhân đỡ đau,

sẽ rút ngắn thời gian nằm viện. Các nghiên cứu gần đây nhấn mạnh, mổ mở cắt u tủy thượng thận hiếm khi được chỉ định [4]. Hơn nữa với thao tác qua phẫu thuật nội soi sẽ hạn chế cầm nắm u trong mổ, giảm nguy cơ tăng huyết áp kích phát trong mổ do tăng giải phóng catecholamine từ u.

Bệnh nhân trong nghiên cứu có hậu phẫu ổn định. Khối u hai bên được cắt trọn vẹn và không vỡ u trong mổ. Bệnh nhân được theo dõi và dùng liệu pháp hormone thay thế cho kết quả tốt thời điểm hiện tại là khả quan

IV. KẾT LUẬN

U tủy thượng thận, đặc biệt là u tủy thượng thận hai bên đặc biệt hiếm gặp ở trẻ em. Bệnh có thể điều trị thành công bằng cắt triệt để khối u ức thượng thận hai bên. Đánh giá lâm sàng và cận lâm sàng trước mổ cần thận, phối hợp giữa bác sỹ ngoại khoa, gây mê và nội tiết sẽ đem đến kết quả điều trị tốt nhất cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jain A, Baracoo R, Kapur G (2020). Pheochromocytoma and paraganglioma – an update on diagnosis, evaluation and management, *Pediatric Nephro*, 35(4): 581- 594
2. de Tersant M, Gen er e L, Freyçon C, et al.

Pheochromocytoma and para-ganglioma in children and adolescents: experience of the French society of pediatric oncology (SFCE). *J Endocr Soc.* 2020;3;4(5):1e12. <https://doi.org/10.1210/jendso/bvaa039>.

3. Alaa Younes, Almed Elgendy, Wael Zekri et al. (2021) Operative management and outcome in children with pheochromocytoma, *Asian Journal Surgery*, 45(1), 419-424.
4. Rubalcava NS, Overman RE, Kartal TT et al. (2022) Laparoscopic adrenal –sparing approach for children with bilateral pheochromocytoma in Von Hippel Lindau disease, *Journal of Pedia Surg*, 57(3), 414-417.
5. Sheps SG, Jiang NS, Klee GG, et al. Recent developments in the diagnosis and treatment of pheochromocytoma. *Mayo Clin Proc* 1990;65(1):88-95
6. Glazer GM, Francis IR, Quint LE. Imaging of the adrenal glands. *Invest Radiol* 1988;23(1):3-11
7. Volkin D, Yerram N, Ahmed F, Lankford D, Baccala A, Gupta GN, et al. Partial adrenalectomy minimizes the need for long-term hormone replacement in pediatric patients with pheochromocytoma and von Hippel-Lindau syndrome. *J Pediatr Surg* 2012;47:2077–82
8. Brauckhoff M, Gimm O, Thanh PN, Bär A, Ukkat J, Brauckhoff K, et al. Critical size of residual adrenal tissue and recovery from impaired early postoperative adrenocortical function after subtotal bilateral adrenalectomy. *Surgery* 2003;134:1020–7

THỰC TRẠNG BỆNH SÂU RĂNG CỦA BỆNH NHÂN CÓ BỆNH LÝ TOÀN THÂN TẠI VIỆN ĐÀO TẠO RĂNG HÀM MẶT

Trần Kiều Anh¹, Trịnh Thị Thái Hà¹, Nguyễn Thị Châu¹,
Nguyễn Thúy Anh¹, Trần Nhật Yên¹,
Phan Thị Bích Hạnh², Nguyễn Đức Hoàng¹

thân, đái tháo đường, tăng huyết áp, Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt.

SUMMARY

DENTAL CARIES STATUS OF PATIENTS WITH SYSTEMIC DISEASE AT SCHOOL OF DENTISTRY

A descriptive cross-section in order to determine dental caries status is conducted on 50 patients with systemic diseases, including 12 diabetic patients and 38 hypertensive patients at the Dental and Maxillofacial Training Institute from May 2022 to June 2023. The results showed that: The rate of tooth decay was 84%, in the diabetic group it was 91,67%, in the hypertension group it was 81,58%. DMFT index: 6,3 (D=1,92, M=2,54, F=1,84). Diabetes is associated with tooth decay. Hypertension is associated with tooth loss.

Keywords: dental caries, DMFT, systemic diseases, diabetes, hypertension, school of dentistry.

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang xác định thực trạng sâu răng thực hiện trên 50 bệnh nhân có bệnh lý toàn thân gồm 12 bệnh nhân đái tháo đường và 38 bệnh nhân tăng huyết áp tại Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt từ tháng 05 năm 2022 đến tháng 06 năm 2023. Kết quả cho thấy tình trạng sâu răng chiếm tỷ lệ là 84%, ở nhóm đái tháo đường là 91,67%, ở nhóm tăng huyết áp là 81,58%. Chỉ số là DMFT = 6,3 (D=1,92, M=2,54, F=1,84). Đái tháo đường có liên quan với tình trạng sâu răng. Tăng huyết áp có liên quan với sự mất răng. **Từ khóa:** sâu răng, DMFT, bệnh lý toàn

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Kiều Anh

Email: kanhi31@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 11.12.2023