

2 CASES OF HYPERPATHYROIDISM DUE TO ECTOPIC PARATHYROID TUMORS

Hoang Vu, Ngo Gia Khanh

Bach Mai Hospital - 78 Giai Phong Street, Kim Lien Ward, Hanoi City

Received: 07/05/2025

Revised: 07/06/2025; Accepted: 07/09/2025

SUMMARY

Two patients had hyperparathyroidism syndrome due to primary parathyroid tumor, located in the mediastinum, so it was detected when complications had already occurred. After entering the Thoracic Surgery Department of Bach Mai Hospital, the patient was examined: ultrasound, computed tomography, magnetic resonance imaging and parathyroid scintigraphy, which determined the parathyroid tumor was located in the mediastinum. Endoscopic mediastinal parathyroid tumor was performed for 1 case, and open mediastinal surgery for the other case. Postoperative results progressed well, PTH (Parathyroid Hormone) and other indicators returned to normal.

Key words: hyperparathyroidism, primary parathyroid tumor, mediastinal tumor

*Corresponding author

Email: vu.hvqy@gmail.com **Phone:** (+84) 904062202 **https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD14.3141**

NHÂN 2 TRƯỜNG HỢP CƯỜNG CẬN GIÁP DO U TUYẾN CẬN GIÁP LẠC CHỖ TRONG

Hoàng Vũ, Ngô Gia Khánh

Bệnh viện Bạch Mai - 78 Đường Giải Phóng, Phường Kim Liên, Thành phố Hà Nội

Ngày nhận: 07/05/2025

Ngày sửa: 07/06/2025; Ngày đăng: 07/09/2025

TÓM TẮT

Hai bệnh nhân bị hội chứng cường cận giáp do u tuyến cận giáp nguyên phát lạc chỗ trong trung thất, phát hiện muộn khi đã có biến chứng. Chẩn đoán dựa trên siêu âm, CT, MRI và xạ hình tuyến cận giáp. Một bệnh nhân được phẫu thuật nội soi trung thất, bệnh nhân còn lại được mổ mở. Sau mổ, cả hai đều hồi phục tốt, nồng độ PTH và các chỉ số sinh hóa trở về bình thường.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến cận giáp (Parathyroid adenoma) xuất phát từ một hay nhiều tuyến cận giáp làm tăng chế tiết Hormon PTH (Para thyroid Hormon) gây ra bệnh cường cận giáp trạng.

Theo thống kê gần đây, từ tỉ lệ mắc bệnh trên thế giới 0,1 – 0,4% dân số, ở độ tuổi từ 50 – 60, nữ nhiều hơn nam là 3/1. Hàng năm, tại khoa phẫu thuật lồng ngực bệnh viện Bạch Mai chúng tôi điều trị cho 70 - 80 ca bệnh cường cận giáp do u tuyến cận giáp.

Bệnh có thể xuất hiện tiên phát hay thứ phát, nguyên nhân gây bệnh chưa rõ ràng, 85 -90% là khối u với kích thước nhỏ nguyên phát, đơn độc lành tính. Bệnh diễn biến rất âm thầm, kín đáo trong thời gian dài không có biểu hiện triệu chứng lâm sàng, vì thế không phát hiện ra bệnh hoặc chẩn đoán nhầm với những bệnh lý khác. Bệnh nhân được phát hiện ở giai đoạn đã có biến chứng: sỏi tiết niệu, suy thận, viêm thận, đau nhức xương, gãy xương bệnh lý, rối loạn tiêu hóa, rối loạn dẫn truyền thần kinh tim, ngừng tim, rối loạn tâm thần, nặng hơn là rối loạn ý thức, hôn mê...

Chẩn đoán bệnh dựa vào chỉ số hormon PTH, canxi trong huyết thanh tăng cao, phosphat giảm. Việc xác định vị trí của khối u cùng mô tuyến cận giáp bằng: chụp CT, MRI, siêu âm, chụp xạ hình tuyến cận giáp.

Phẫu thuật cắt bỏ khối u tuyến cận giáp là biện pháp điều trị triệt căn. Tuy nhiên, kết quả phẫu thuật phụ thuộc rất nhiều vào việc tìm được chính xác khối u cùng tuyến cận giáp trong khi mổ. Đây là vấn đề hết sức khó khăn do khối u thường là kích thước nhỏ nằm phía sau tuyến giáp, liên quan đến nhiều cơ quan quan trọng vùng cổ như dây thần kinh quặt ngược, động tĩnh mạch cảnh, khí quản, thực quản.

Chẩn đoán và điều trị u tuyến cận giáp trạng đã khó khăn, sẽ khó hơn gấp bội khi tuyến cận giáp có khối u nằm ở vị trí bất thường về giải phẫu thay vì nằm ở khoang cổ trước phía mặt sau cực trên, dưới 2 thùy tuyến giáp. Điều này dẫn đến sự nhầm lẫn, hoặc bỏ sót tổn thương.

Trên thế giới và trong nước đã có một số công trình khoa học đề cập về bệnh lý này, song thông tin còn nhiều hạn chế. Nhân 2 trường hợp u tuyến cận giáp trạng lạc chỗ được điều trị thành công tại khoa phẫu thuật lồng ngực Bệnh viện Bạch Mai, chúng tôi xin thông báo để các bạn đồng nghiệp tham khảo với mục tiêu:

Nhận xét những xét nghiệm cận lâm sàng nào hữu hiệu cho việc chẩn đoán vị trí tuyến cận giáp trạng lạc chỗ cùng khối u.

Bước đầu đánh giá chỉ định phương pháp phẫu thuật cắt u tuyến cận giáp.

*Tác giả liên hệ

Email: vu.hvqy@gmail.com Điện thoại: (+84) 904062202 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD14.3141>

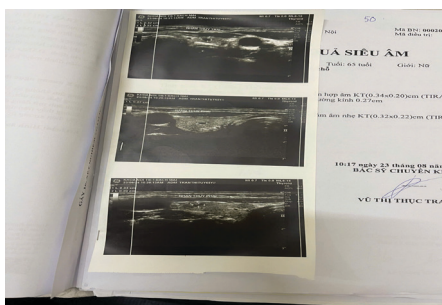
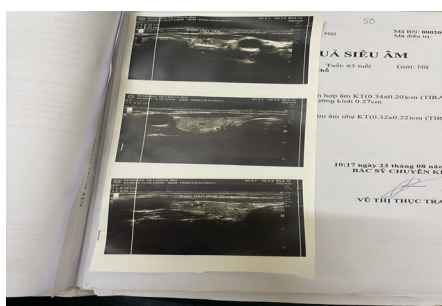
* CA BỆNH 1

Bệnh nhân nữ 65 tuổi, tiền sử tăng huyết áp, gout, bệnh nhân đã phẫu thuật điều trị sỏi thận năm 2005, không có tiền sử gia đình về tăng calci máu, cường cận giáp hay các u nội tiết khác. Đợt này bệnh nhân xuất hiện mệt mỏi nhiều, khám phát hiện các chỉ số bất thường về máu, với các kết quả gợi ý bệnh lý cường chức năng tuyến cận giáp.

Chỉ số	Kết quả	Giá trị bình thường
Canci toàn phần	3.58	2.1 – 2.55
PTH	42.1	1.6 – 6.9
Phospho	0.59	0.81 – 1.45
Na	141	136 – 145
K	4.4	3.4 – 4.5
Clo	107	98 - 107

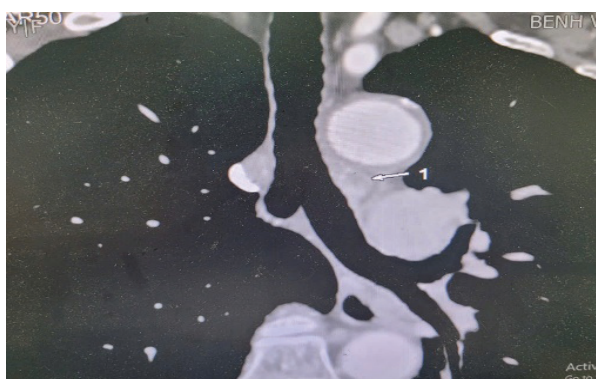
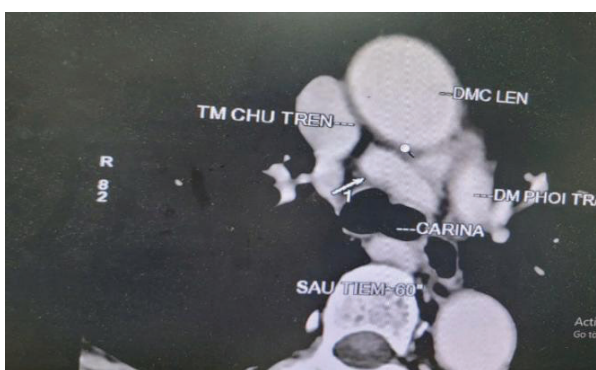
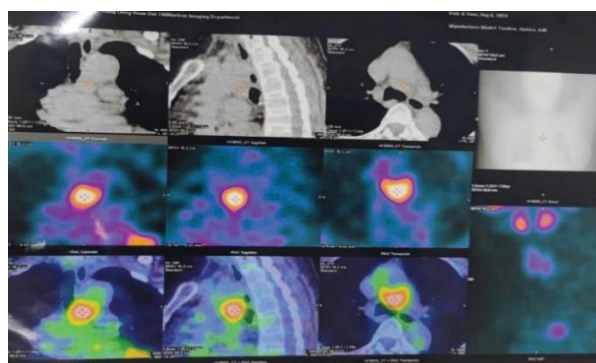
Bảng 1: Các xét nghiệm trước phẫu thuật

Bệnh nhân được chỉ định siêu âm tuyến giáp, tuy nhiên chỉ phát hiện được các nhân nhỏ với kích thước khoảng 0,3cm, ngoài ra không phát hiện gì khác.



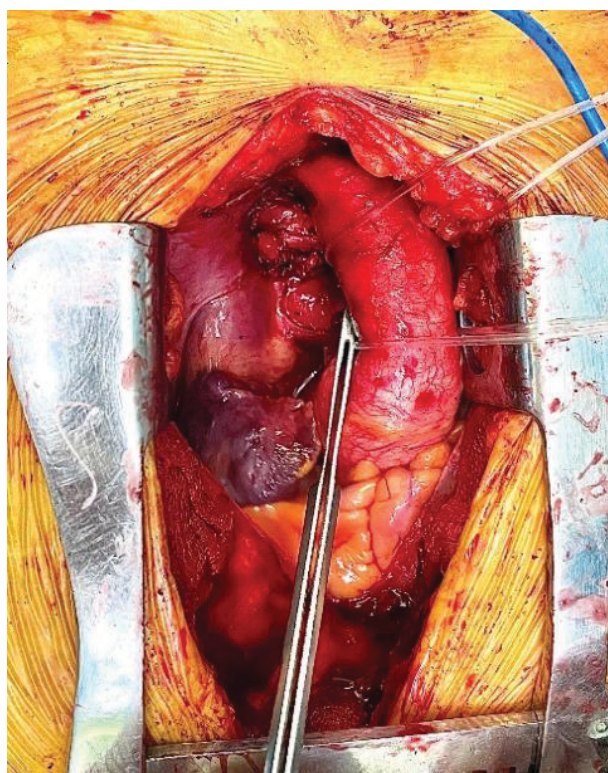
**Hình 1: Hình ảnh siêu âm tuyến giáp:
Đa nhân 2 thùy tuyến giáp, kích thước nhân
lớn nhất ~ 0,3cm**

Sau đó, bệnh nhân được chỉ định chụp cắt lớp vi tính lồng ngực có tiêm thuốc cản quang, chụp xạ hình tuyến cận giáp đều cho kết quả: hướng đến u cận giáp lạc chỗ trong trung thất.



**Hình 2: Hình ảnh chụp xạ hình tuyến cận giáp,
CT ngực: Khối u cận giáp nằm trong trung thất,
dưới quai động mạch chủ kích thước ~ 2x4cm.**

Từ các triệu chứng trên, bệnh nhân được chỉ định nhập viện với chẩn đoán: Cường cận giáp nguyên phát do u tuyến cận giáp lạc chỗ trong trung thất/ Tăng huyết áp, gout, sỏi thận đã phẫu thuật. Bệnh nhân được điều trị bằng thuốc Rocalcic 50UI truyền tĩnh mạch chậm.



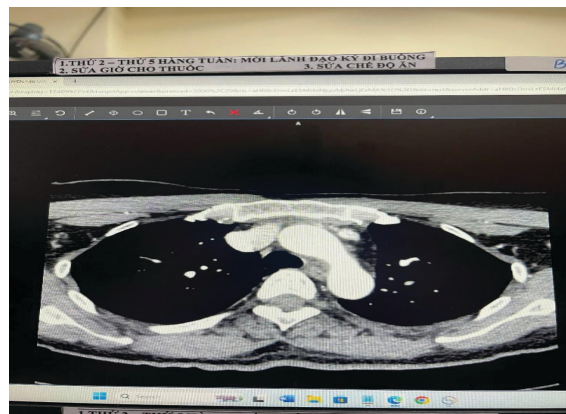
Hình 3: Hình ảnh khối u trong phẫu thuật

Kết hợp với phẫu thuật lấy bỏ khối u. Miêu tả trong phẫu thuật: Khối u nằm ở vị trí sau quai động mạch chủ, ngay trước sát khí quản, và kéo dài tới bờ trong tĩnh mạch chủ trên, u chắc, kích thước ~ 2 x 4cm, dính vào các tổ chức liên kết xung quanh nhưng không xâm lấn. Tiến hành cắt u gửi giải phẫu bệnh tức thì kết quả: u tuyến cận giáp. Tổng thời gian phẫu thuật là gần 3 giờ. Xét nghiệm lại sau mổ CaTP: 2.82 mmol/L, PTH: 7.8 pmol/L. Bệnh nhân rút dẫn lưu ra viện sau 8 ngày điều trị.

*** CA BỆNH 2**

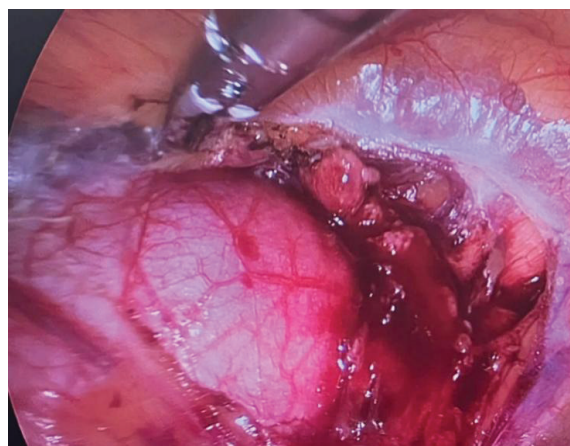
Bệnh nhân nữ, 47 tuổi, vào viện vì mệt mỏi. Tiền sử sỏi thận tái phát nhiều lần. Xét nghiệm: Nồng

độ canxi máu và PTH máu tăng cao: canxi là 3,37 mmol/L và PTH là 47,2 pmol/L. Bệnh nhân được chẩn đoán cường cận giáp nguyên phát và có chỉ định phẫu thuật. Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh được tiến hành để xác định vị trí u: siêu âm vùng cổ không phát hiện bất thường, chụp cắt lớp vi tính lồng ngực có tiêm thuốc cản quang thấy hình ảnh nghi đến u cận giáp trái lạc chỗ trong trung thất trước trên kích thước 9x12x17mm.



Hình 4: Hình ảnh u tuyến cận giáp lạc chỗ trong trung thất

Chẩn đoán trước phẫu thuật của bệnh nhân: U tuyến cận giáp dưới trái lạc chỗ trong trung thất. Sau đó bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt u cận giáp.

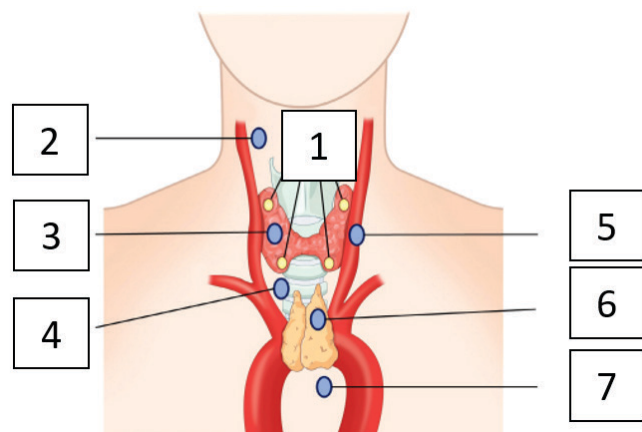


Hình 5: Hình ảnh khối u trong và sau khi phẫu thuật

Trong phẫu thuật phát hiện khối màu hồng nhẵn, kích thước 1x1,7cm, nằm vị trí trung thất trước, trong tổ chức tuyến ức, tiến hành sinh thiết tức thì trong mổ kết quả là u tuyến cận giáp. Đồng thời làm xét nghiệm PTH ngay sau phẫu thuật 10 phút cho kết quả là 1,34. Thời gian phẫu thuật là 60 phút. Sau mổ bệnh nhân ổn định, được rút dẫn lưu màng phổi sau 1 ngày và ra viện trong 6 ngày tiếp theo.

2. BÀN LUẬN

U cận giáp lạc chỗ là tình trạng tuyến cận giáp không nằm xung quanh tổ chức tuyến giáp mà nằm ở các vị trí khác. Mặc dù u tuyến cận giáp thường xuất hiện ở các vị trí bình thường như gần tuyến cận giáp, trong một số trường hợp, u có thể lạc chỗ vào các khu vực khác như khoang trung thất, cơ hoành, hoặc sau thực quản. Theo một số nghiên cứu, tỉ lệ u tuyến cận giáp lạc chỗ dao động từ 5% đến 15% [1] [2]. Các vị trí lạc chỗ có thể gặp là tuyến ức (38%), vùng sau thực quản (31%), nằm trong tuyến giáp (18%) [3], trung thất (6%), và thành động mạch cảnh (3%). Hơn thế nữa, hầu hết các trường hợp có u cận giáp lạc chỗ trong trung thất thì 80% nằm xung quanh tuyến ức [4] [5] [6]. Nghiên cứu của Suho Kim và các cộng sự vào năm 2023 chỉ ra sự di chuyển bất thường của tuyến cận giáp có thể gây ra lạc chỗ với tỷ lệ gặp phải là 16% ở bệnh nhân mắc cường cận giáp nguyên phát (Hình 6).



Hình 6: Sơ đồ các tuyến cận giáp bình thường và lạc chỗ. Các u tuyến cận giáp tìm được thường thấy ở tuyến ức, xung quanh thực quản và trong tuyến giáp [1]

- 1: Vị trí bình thường 2: Vị trí cổ cao (tuyến giáp không di chuyển): 4%
 3: Trong tuyến giáp: 18% 4: Xung quanh thực quản: 31%
 5: Mạch cảnh: 3% 6: Tuyến ức: 38% 7: Trung thất: 6%

Sở dĩ như vậy vì trong quá trình phôi thai học, các tuyến cận giáp có nguồn gốc từ túi mang thứ 3, 4 [7].

Các túi mang này di chuyển xuống dưới cùng tuyến ức và phần bên tuyến giáp, sau đó chúng tách ra và nằm ở vị trí mặt sau bên tuyến giáp. Khi đó tuyến cận giáp có thể dừng lại không di chuyển hoặc di chuyển cùng tuyến ức, hoặc thậm chí có thể chia tách thành nhiều tuyến cận giáp phụ.

Chẩn đoán xác định u cận giáp lạc chỗ thường khó khăn do các triệu chứng của bệnh bị che lấp, gần như chỉ dựa vào chủ yếu các xét nghiệm cận lâm sàng mới phát hiện được bệnh. Cụ thể trong 2 trường hợp bệnh nhân kể trên, cả 2 trường hợp bệnh nhân đều đã điều trị sỏi thận, đi khám vì lý do mệt mỏi nhiều, chán ăn. Sau khi làm các xét nghiệm máu thấy có chỉ số PTH, Ca^{2+} tăng cao (Nồng độ PTH/ Ca^{2+} của bệnh nhân thứ 1 là 42,1/3,58, bệnh nhân thứ 2 là 156,38/3,37), các bác sĩ nghi ngờ bệnh lý cường cận giáp do u tuyến cận giáp và cho tiến hành siêu âm tuyến giáp; nhưng không phát hiện được tổn thương. Kết hợp chụp cắt lớp vi tính lồng ngực có tiêm thuốc cản quang, chụp xạ hình tuyến cận giáp đã phát hiện ra được hình ảnh u cận giáp khá lớn, lạc chỗ trong trung thất trước. Các nghiên cứu trước đây cũng chỉ ra rằng, khoảng 80% các trường hợp có u cận giáp lạc chỗ trong trung thất là thuộc về tuyến ức, và tỉ lệ u cận giáp lạc chỗ trong tuyến ức chiếm 38%. Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh cũng giúp chẩn đoán xác định với độ chính xác tương đối cao. Với ưu điểm rẻ tiền, không xâm lấn và dễ dàng thực hiện, siêu âm đánh giá u cận giáp luôn là lựa chọn đầu tay của các bác sĩ [7]. Chụp xạ hình tuyến cận giáp dù là phương pháp đặc hiệu với bệnh lý u cận giáp nhưng do chi phí cao, tỉ lệ âm tính giả nên thường được sử dụng kết hợp với các biện pháp khác [8]. Chụp cắt lớp vi tính lồng ngực, cộng hưởng từ lồng ngực có tiêm thuốc cản quang có độ nhạy từ 46-87% tuy nhiên lại có giá trị cao trong phát hiện u cận giáp lạc chỗ và chỉ điểm trong phẫu thuật [7].

Chỉ định phẫu thuật cắt u cận giáp điều trị cường cận giáp nguyên phát [9]

1. Canxi huyết thanh ($>$ giới hạn trên của bình thường): 1,0 mg/dL (0,25 mmol/L).
2. Đo độ loãng xương: T-score $\leq$ 2,5 tại cột sống thắt lưng, hông, cổ xương đùi
3. Gây đốt sống qua hình ảnh X-quang, CT, MRI.
4. Độ thanh thải creatinine $<$ 60 cc/phút; nước tiểu 24 giờ có canxi $>$ 400 mg/d ($>$ 10 mmol/d) và tăng nguy cơ sỏi thận.
5. Có sỏi thận hoặc vôi hóa thận qua hình ảnh X-quang, siêu âm, hoặc CT.
6. Dưới 50 tuổi.

Cả 2 trường hợp bệnh nhân của chúng tôi đều được chỉ định phẫu thuật. Các tiêu chuẩn phẫu thuật ở cả 2 bệnh nhân đều phù hợp với những khuyến cáo và hướng dẫn của các công trình nghiên cứu trên thế giới cũng như trong nước. Cụ thể, 2 bệnh nhân này đều có bằng chứng về cường cận giáp nguyên phát trên lâm sàng, cận lâm sàng. Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh cũng gợi ý đến u tuyến cận giáp, đặc biệt hơn là u còn nằm ở vị trí bất thường về mặt giải phẫu. Như vậy, phẫu thuật là bất khả kháng. Mặc dù 2 bệnh nhân đều phát hiện u cận giáp lạc chỗ trong trung thất, nhưng do vị trí khác nhau nên phương pháp phẫu thuật cũng khác nhau. Cụ thể, 1 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt u và trường hợp còn lại được phẫu thuật cắt u qua đường mở xương ức. Sở dĩ như vậy do bệnh nhân thứ 2 phát hiện u nằm ở vị trí tương đối khó, khối u kích thước khoảng 2x4cm nằm ở vị trí sau quai động mạch chủ, ngay trước sát khí quản, và kéo dài tới bờ trong tĩnh mạch chủ trên. Bệnh nhân đầu tiên sau khi cắt khối u, xét nghiệm nồng độ PTH/ Ca²⁺ giảm từ 42,1/3,58 xuống 7,8/2,82. Sau đó, bệnh nhân tiếp tục nằm viện, điều trị và ra viện trong vòng 8 ngày với chỉ số PTH/ Ca²⁺ theo dõi dao động trong giới hạn thấp. Bệnh nhân thứ 2 được phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt u cận giáp. Khối u được miêu tả nằm trong trung thất trước, trong tổ chức tuyến ức với kích thước 1,5x1,8 cm. Sau phẫu thuật, xét nghiệm PTH/ Ca²⁺ cũng giảm từ 47,2/3,37 xuống 1,34/2,37. Như vậy, kết quả cuộc phẫu thuật có thể được coi là thành công khi khối u được cắt bỏ triệt để, kết hợp với nồng độ PTH/ Ca²⁺ giảm đáng kể ngay sau mổ. Theo nghiên cứu của Percivale, nồng độ PTH giảm nhanh sau mổ với mức giảm từ trên 50% chiếm 94,5%. Như vậy định lượng PTH nhanh trong mổ giúp khẳng định đã cắt chính xác u hay chưa.

3. KẾT LUẬN

U tuyến cận giáp lạc chỗ là 1 bệnh hiếm gặp trong bệnh lý cường cận giáp nguyên phát do u cận giáp. Một trong các vị trí hiếm gặp là vị trí trong trung thất. Việc chẩn đoán chính xác u cận giáp lạc chỗ cần dựa vào các phương pháp chẩn đoán hình ảnh [10]. Với bệnh nhân có chỉ định và xác định được vị trí u, phẫu thuật là phương pháp duy nhất điều trị triệt căn. Phẫu thuật cắt u phải dựa vào vị trí khối u trên từng bệnh nhân cụ thể từ đó lựa chọn phương pháp phẫu thuật đạt hiệu quả nhất, kết hợp sinh thiết tức thì trong mổ, giải phẫu bệnh sau mổ và so sánh kết quả PTH sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] J. H. S. M. S. Y. H. M. H. K. M. M. K. K. M. Suho Kim MD, "The Parathyroid Gland: An overall review of the hidden organ for radiologists," *The Korean Society of Radiology*, 2023.
- [2] W. L. V. J. S. B. P. P. W. J. e. a. Tattera D, "The prevalence and anatomy of parathyroid glands: a meta-analysis with implications for parathyroid surgery," *Langenbecks Arch Surg*, vol. 404, pp. 63-70, 2019.
- [3] M. H. C. H. S. R. Roy M, "Incidence and localization of ectopic parathyroid adenomas in previously unexplored patients," *World J Surg*, vol. 37, pp. 102-106, 2013.
- [4] T. e. al, "Ectopic PTH-producing parathyroid cyst inside the thymus: a case report," *BMC Endocrine Disorders*, vol. 22, p. 327, 2022.
- [5] S. P. B. M. Norton JA, "Median sternotomy in reoperations for primary hyperparathyroidism," *World J Surg*, vol. 9, p. 807-13, 1985.
- [6] G. R. M. A. Wang C, "Mediastinal parathyroid exploration: a clinical and pathologic study of 47 cases," *World J Surg*, vol. 10, p. 687-95, 1986.
- [7] W. Z. P. M. J. X. M. K. S. M. M Chen MM, "Primary hyperparathyroidism caused by mediastinal ectopic parathyroid adenoma," *Hong Kong Med J*, vol. 23, pp. 411-3, 2017.
- [8] K. K. N. T. K. M. F. I. Y. H. Moriyama T, "Diagnosis of a case of ectopic parathyroid adenoma on the early image of 99mTc-MIBI scintigram," *Endocr J*, vol. 54, p. 437-40, 2007.
- [9] NICE, Hyperparathyroidism (primary): diagnosis, assessment and initial management, London, 2019.
- [10] C. J. K. S. C. I. Y. T. L. K. K. J. C. G. Y. Y. Suh YJ, "Comparison of 4D CT, ultrasonography, and 99mTc sestamibi SPECT/CT in localizing single gland primary hyperparathyroidism," *Otolaryngol Head Neck Surg*, vol. 3, p. 438-443, 2015.