

ECTOPIC MEDIASTINAL PARATHYROID ADENOMA: CASE REPORT

Nguyen Thi Van Anh^{1*}, Nguyen Ngoc Truong Thi²

¹*Friendship Hospital - 1 Du Tran Khanh, Hai Ba Trung ward, Ha Noi, Vietnam*

²*National Lung Hospital - 463 Hoang Hoa Tham, Ngoc Ha ward, Ha Noi, Vietnam*

Received: 27/09/2025

Revised: 27/10/2025; Accepted: 21/01/2026

ABSTRACT

Objectives: To report a detailed clinical case of an ectopic parathyroid adenoma located in the mediastinum, which was diagnosed based on computed tomography and parathyroid scintigraphy. This case contributes to the scientific literature and shares clinical experience regarding the diagnostic and therapeutic process.

Case report: A 65-year-old female patient presented with symptoms of bone pain. Biochemical investigations revealed severe hypercalcemia and an elevated parathyroid hormone level, establishing the diagnosis of primary hyperparathyroidism. However, initial cervical ultrasound and computed tomography failed to identify any pathology in the normal location of the parathyroid glands.

Parathyroid scintigraphy with Technetium-99m Sestamibi and a chest computed tomography scan showed a mass in the superior mediastinum. The patient was underwent surgical resection of a 4 × 2 × 1 cm tumor via sternotomy. Histopathological examination confirmed the mass to be a parathyroid adenoma. The postoperative parathyroid hormone level decreased more than 50% from the preoperative baseline confirmed the resection of the parathyroid tumor.

Discussion: Regarding the challenges in diagnosing and locating ectopic parathyroid tumors, the role of imaging modalities, such as ultrasound and computed tomography, especially parathyroid scintigraphy in establishing a definitive diagnosis.

Conclusion: Summarizing the insights from the case report and discussion, the conclusion emphasizes the critical importance of diagnosing primary hyperparathyroidism caused by a mediastinal ectopic parathyroid adenoma. This leads to the formulation of an accurate and effective treatment strategy.

Keywords: Hyperparathyroidism, parathyroid adenoma.

*Corresponding author

Email: vananhf24@gmail.com Phone: (+84) 368727278 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD1.4281>

U TUYẾN CẬN GIÁP LẠC CHỖ TRUNG THẤT: BÁO CÁO CA BỆNH

Nguyễn Thị Vân Anh^{1*}, Nguyễn Ngọc Trường Thi²

¹Bệnh viện Hữu Nghị - 1 Trần Khánh Dư, phường Hai Bà Trưng, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Phổi Trung ương - 463 Hoàng Hoa Thám, phường Ngọc Hà, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 27/09/2025

Ngày chỉnh sửa: 27/10/2025; Ngày duyệt đăng: 21/01/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Báo cáo chi tiết một trường hợp u tuyến cận giáp lạc chỗ tại trung thất, được chẩn đoán dựa trên chụp cắt lớp vi tính và xạ hình tuyến cận giáp. Ca bệnh đóng góp vào dữ liệu khoa học và chia sẻ kinh nghiệm về quá trình chẩn đoán và điều trị.

Báo cáo ca bệnh: Bệnh nhân nữ, 65 tuổi, nhập viện vì triệu chứng đau xương. Các xét nghiệm sinh hóa cho thấy tình trạng tăng canxi máu nặng và nồng độ hormon tuyến cận giáp tăng cao, xác định chẩn đoán cường cận giáp nguyên phát. Tuy nhiên, siêu âm và chụp cắt lớp vi tính vùng cổ không phát hiện được tổn thương tại vị trí tuyến cận giáp thông thường. Hình ảnh chụp xạ hình tuyến cận giáp với Tc99m-MIBI và chụp cắt lớp vi tính lồng ngực phát hiện một khối u ở trung thất trên. Bệnh nhân đã được phẫu thuật cắt bỏ khối u kích thước 4 × 2 × 1 cm qua đường mở xương ức, giải phẫu bệnh xác nhận đây là một u tuyến cận giáp. Nồng độ hormon tuyến cận giáp sau phẫu thuật giảm hơn 50% so với trước mổ, khẳng định đã phẫu thuật cắt bỏ khối u cận giáp.

Bàn luận: Về thách thức trong việc chẩn đoán định vị khối u tuyến cận giáp lạc chỗ, vai trò của các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính, đặc biệt là xạ hình tuyến cận giáp để chẩn đoán xác định.

Kết luận: Tóm tắt những hiểu biết từ báo cáo ca bệnh và thảo luận, kết luận nhấn mạnh tầm quan trọng của việc chẩn đoán nguyên nhân cường cận giáp nguyên phát do u cận giáp lạc chỗ trung thất. Từ đó đưa ra chiến lược điều trị chính xác và hiệu quả.

Từ khóa: Cường cận giáp, u tuyến cận giáp.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cường cận giáp nguyên phát là tình trạng sản xuất hormon tuyến cận giáp (parathyroid hormone - PTH) không thích hợp dẫn đến tình trạng tăng canxi máu. Cường cận giáp chiếm khoảng 0,1-0,4% dân số và là bệnh lý nội tiết xếp hàng thứ ba sau đái tháo đường và bệnh lý tuyến giáp [1-2]. Nguyên nhân chính là u tuyến cận giáp lành tính chiếm 80% số các trường hợp, tăng sản cả 4 tuyến (10-15%), đa u tuyến (khoảng 5%) và ung thư tuyến cận giáp rất hiếm gặp. Có khoảng 6-16% các trường hợp u cận giáp lạc chỗ. Bình thường có 4 tuyến cận giáp (2 tuyến cận giáp trên và 2 tuyến cận giáp dưới), song có thể có nhiều hơn 4 tuyến gọi là tuyến cận giáp phụ. Tuyến cận giáp phụ thường nằm trong tuyến ức chiếm khoảng 5%, ít gặp hơn là các tuyến cận giáp nằm trong lồng ngực. U cận giáp lạc chỗ thường nhỏ, khó xác định vị trí và là một trong những nguyên nhân gây cường cận giáp dai dẳng. Triệu chứng lâm sàng thường không rõ ràng, chẩn đoán bệnh dựa trên kết quả cận lâm sàng. Xạ hình tuyến cận giáp bằng Tc-99m là một trong các phương pháp có giá trị nhất để xác định vị trí u cận giáp lạc chỗ. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chủ yếu [3].

Chúng tôi báo cáo một trường hợp u tuyến cận giáp lạc chỗ tại trung thất, được chẩn đoán dựa trên chụp cắt lớp vi tính và xạ hình tuyến cận giáp với hy vọng đóng góp vào dữ liệu khoa học và chia sẻ kinh nghiệm về quá trình chẩn đoán và điều trị.

2. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ, 65 tuổi, tiền sử bệnh thận mạn giai đoạn 2 mới phát hiện, tăng huyết áp 3 năm đang điều trị Lisinopril/Hydrochlorothiazid 20/12,5 mg/ngày. Bệnh nhân không có tiền sử gia đình tăng canxi máu, cường cận giáp hay u nội tiết. Khoảng 1 tháng nay, bệnh nhân biểu hiện mệt nhiều, đau mỏi xương khớp, đi khám xét nghiệm thường quy cho kết quả glucose 4,83 mmol/L, ure 8,39 mmol/L, creatinin 157 μ mol/L, AST 23 U/L, ALT 8 U/L, protein 78,1 g/L, albumin 43,3 g/L, canxi toàn phần 3,56 mmol/L, canxi ion 1,86 mmol/L. Bệnh nhân được chỉ định nhập viện Khoa Nội tiết - Đái tháo đường, Bệnh viện Hữu Nghị để tìm nguyên nhân tăng canxi máu.

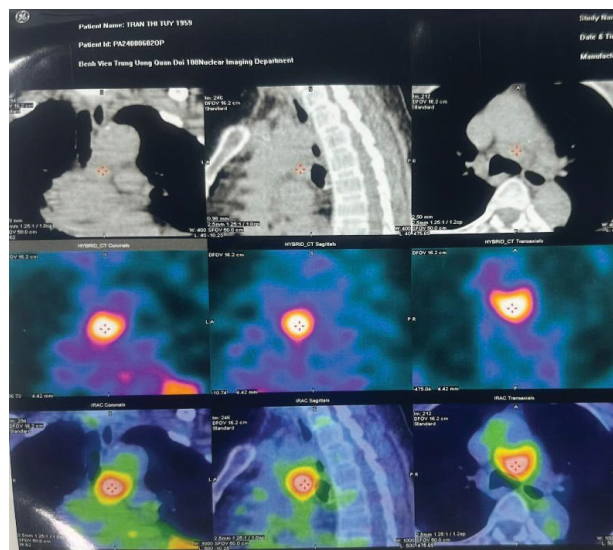
Các xét nghiệm tiếp theo cho kết quả: PTH 36,28 pmol/L, 25(OH) vitamin D 16,84 ng/ml, TSH (hormon kích thích

*Tác giả liên hệ

Email: vananhf24@gmail.com Điện thoại: (+84) 368727278 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCd1.4281>

tuyến giáp) 1,159 μ UI/ml, FT4 11,22 pmol/ml, natri 142 mmol/l, kali 4,37 mmol/l, clo 107 mmol/l. Đo mật độ xương: loãng xương với T-score cột sống -3,6, T-score cổ xương đùi -3,0. Siêu âm ổ bụng: sỏi thận phải, bệnh thận mạn thận phải.

Bệnh nhân được chẩn đoán ban đầu: tăng canxi máu do cường cận giáp nguyên phát, sỏi thận, loãng xương. Bệnh nhân tiếp tục được chỉ định các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh tìm nguyên nhân tăng canxi máu. Siêu âm vùng cổ cho thấy nang tuyến giáp 2 bên, chụp cắt lớp vi tính vùng cổ không thấy tổn thương nghi ngờ u tuyến cận giáp, xạ hình tuyến giáp và cận giáp theo quy trình 2 thuốc TcO₄ và Tc99m-MIBI cho thấy hình ảnh nốt mô mềm có kích thước 10 × 16 mm ở trung thất giữa (vị trí hạch nhóm IV phải) tăng hoạt tính phóng xạ, chưa loại trừ khả năng là u tuyến cận giáp (hình 1), chụp cắt lớp vi tính lồng ngực cho thấy hình ảnh u tuyến cận giáp trung thất giữa tương ứng vị trí tăng hoạt tính trên xạ hình tuyến cận giáp (hình 2).



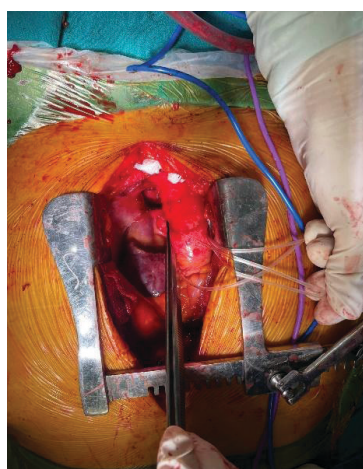
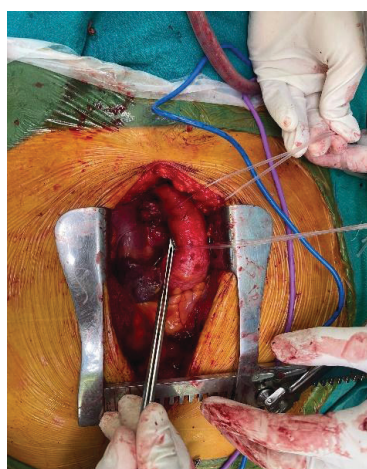
Hình 1: Xạ hình tuyến cận giáp



Hình 2: Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính lồng ngực có tiêm thuốc

Các kết quả lâm sàng, cận lâm sàng đã cho phép khẳng định chẩn đoán cường cận giáp nguyên phát do tuyến cận giáp lạc chỗ. Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật cắt bỏ khối u cận giáp lạc chỗ do tình trạng tăng canxi máu, sỏi thận và loãng xương nặng. Bệnh nhân được điều trị bù dịch, lợi tiểu, sau đó chuyển Khoa Phẫu thuật lồng ngực, Bệnh viện Bạch Mai để tiến hành phẫu thuật.

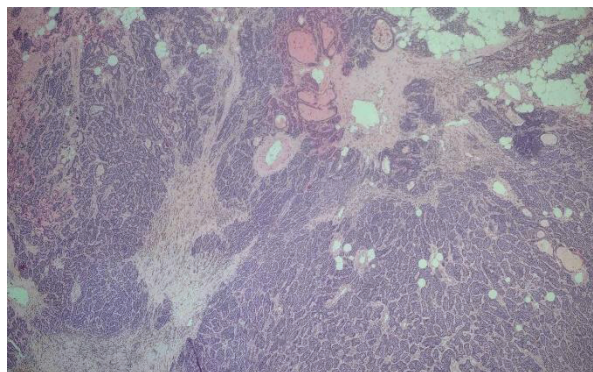
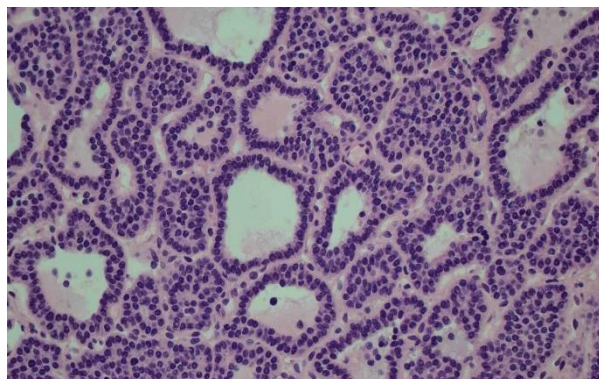
Bệnh nhân được gây mê toàn thân, đặt nội khí quản và phẫu thuật mở xương ức, quan sát thấy tổn thương khối u kích thước 4 × 2 cm nằm dưới quai động mạch chủ, trước thân động mạch chủ xuống, phía trước carina, kéo dài tới bờ trong tĩnh mạch chủ dưới, u chắc dính với các thành phần xung quanh nhưng không xâm lấn. Phẫu tích bóc tách lấy bỏ toàn bộ khối u bằng dao Ligasure, quá trình phẫu tích khó khăn do u nằm cạnh các động mạch-tĩnh mạch lớn (hình 3). Giải phẫu bệnh tức thì trong mổ cho kết quả u tuyến cận giáp.



Hình 3: Phẫu thuật lấy khối u cận giáp lạc chỗ trung thất

Theo dõi PTH ngay trước phẫu thuật và sau lấy u có kết quả lần lượt là 42,1 pmol/l và 7,8 pmol/l. Canxi toàn phần trước và sau phẫu thuật thay đổi từ 3,58 mmol/l xuống 2,82 mmol/l ngay sau phẫu thuật và sau 5 ngày sau phẫu thuật là 2,72 mmol/l. Bệnh phẩm khối u sau mổ được lấy làm xét nghiệm mô bệnh học phương pháp nhuộm

hematoxylin-eosin (HE) và phương pháp nhuộm acid periodic-schiff (PAS). Hình ảnh mô bệnh học cho thấy mô u gồm các tế bào biểu mô đơn dạng, nhân tròn đều, chất nhiễm sắc mịn, bào tương sáng, sắp xếp gờ cấu trúc tuyến, mô đệm u tăng sinh mạch, không thấy tổn thương ác tính. Kết luận: u tuyến tuyến cận giáp (hình 4).



Hình 4: Giải phẫu bệnh u cận giáp

3. BÀN LUẬN

Trường hợp bệnh nhân này là cường cận giáp nguyên phát do khối u tuyến cận giáp lạc chỗ lớn trong trung thất đã được chẩn đoán và điều trị thành công. Đây là một tình trạng hiếm gặp và là một thách thức lớn trong chẩn đoán và điều trị. Cường cận giáp nguyên phát là một rối loạn nội tiết phổ biến, nhưng nguyên nhân do u cận giáp lạc chỗ chỉ chiếm khoảng 6-16%. Vị trí lạc chỗ là kết quả của sự di trú bất thường của tuyến cận giáp dưới và tuyến ức trong thời kỳ phôi thai. Các vị trí lạc chỗ thường gặp là tuyến ức (38%), vùng sau thực quản (31%), nằm trong tuyến giáp (18%), trung thất (6%), và thành động mạch cảnh (3%). Một số trường hợp đã báo cáo những vị trí cực kỳ hiếm gặp và bất thường, chẳng hạn như xoang lê [3]. Ca lâm sàng này minh họa một cách điển hình quy trình chẩn đoán phức tạp và vai trò không thể thiếu của các phương tiện hình ảnh học chức năng trong việc định vị tổn thương.

Bệnh nhân của chúng tôi, một phụ nữ 65 tuổi, có biểu hiện lâm sàng kinh điển của cường cận giáp nguyên phát có triệu chứng, bao gồm đau xương, tăng canxi máu nặng (canxi toàn phần: 3,56 mmol/l) và nồng độ PTH tăng cao (36,28 pmol/l). Các biến chứng nặng như loãng xương (T-score cột sống -3,6) và sỏi thận đã được ghi nhận, đây là những chỉ định phẫu thuật tuyệt đối theo các hướng dẫn hành của Hiệp hội Nội tiết Lâm sàng Hoa Kỳ (AAACE) và Hiệp hội Phẫu thuật Nội tiết Hoa Kỳ (AAES) [4].

Thách thức lớn nhất, như thường thấy trong các ca u lạc chỗ, là việc định vị khối u. Các phương pháp hình ảnh học ban đầu tại vùng cổ như siêu âm và chụp cắt lớp vi tính đều không phát hiện tổn thương. Trong chẩn đoán u tuyến cận giáp, độ nhạy của siêu âm là 76-87%, giá trị dự báo dương tính là 93-97% đối với các u tuyến tại vị trí thông thường ở cổ nhưng với các trường hợp u tuyến lạc chỗ ở trung thất hoặc u nằm sau thực quản thì siêu âm không có khả năng phát hiện [5-6]. Tương tự, chụp cắt lớp vi tính vùng cổ tiêu chuẩn cũng thường bỏ sót các tổn thương này. Tình trạng “âm tính” của các phương tiện chẩn đoán ban đầu này là một chỉ điểm quan trọng để nghi ngờ có khối u lạc chỗ.

Trong bối cảnh đó, các kỹ thuật hình ảnh học chức năng đóng vai trò quyết định. Xạ hình tuyến cận giáp với Tc99m-MIBI, đặc biệt khi kết hợp với chụp cắt lớp phát xạ đơn photon và cắt lớp vi tính (SPECT/CT), được xem là phương pháp có giá trị nhất. SPECT/CT cung cấp cả thông tin chức năng (tăng bắt giữ phóng xạ) và giải phẫu chính xác, giúp định vị khối u trong không gian ba chiều. Nhiều nghiên cứu đã khẳng định độ nhạy của MIBI SPECT/CT trong việc phát hiện u tuyến cận giáp lạc chỗ có thể đạt từ 80-95% [7-8]. Trong ca bệnh của chúng tôi, xạ hình đã định vị chính xác nốt mô mềm tăng hoạt tính phóng xạ ở trung thất giữa, và chụp cắt lớp vi tính lồng ngực sau đó đã xác nhận lại vị trí này, cho phép đưa ra chẩn đoán xác định. Một nghiên cứu của Tascher C và cộng sự cũng cho thấy trong số các bệnh nhân cường cận giáp nguyên phát dai dẳng hoặc tái phát, MIBI SPECT/CT có khả năng định vị khối u lạc chỗ cao hơn đáng kể so với siêu âm và chụp cắt lớp vi tính thông thường [9].

Tình huống lâm sàng của chúng tôi tương đồng với nhiều ca bệnh đã được báo cáo trong y văn. Báo cáo ca lâm sàng của Hu J và cộng sự mô tả một bệnh nhân có triệu chứng tương tự và cũng thất bại trong việc định vị khối u bằng siêu âm, chỉ được phát hiện nhờ xạ hình MIBI [10]. Kích thước khối u của bệnh nhân của chúng tôi (4 × 2 × 1 cm) là khá lớn so với kích thước trung bình của các u tuyến cận giáp (thường < 2 cm), điều này có thể phản ánh một quá trình chẩn đoán muộn do vị trí khó tiếp cận của khối u.

Phẫu thuật là phương pháp điều trị triệt để duy nhất. Do vị trí khối u nằm sâu trong trung thất, kẹt giữa các mạch máu lớn, việc tiếp cận qua phẫu thuật mở xương ức là một lựa chọn hợp lý và cần thiết để đảm bảo an toàn và lấy trọn khối u. Mặc dù các kỹ thuật xâm lấn tối thiểu như phẫu thuật lồng ngực có hỗ trợ video (VATS) đang ngày càng được áp dụng, phẫu thuật mở vẫn là tiêu chuẩn đối với các khối u lớn, nằm ở vị trí trung tâm hoặc dính nhiều [11].

Sự thành công của ca mổ được khẳng định một cách thuyết phục bởi các bằng chứng sinh hóa ngay trong

và sau phẫu thuật. Việc theo dõi nồng độ PTH trong mổ (intraoperative PTH) là một công cụ hữu hiệu. Sự sụt giảm nồng độ PTH trên 50% so với mức ban đầu sau khi lấy u (tiêu chuẩn Miami) là một chỉ báo mạnh mẽ cho việc đã loại bỏ thành công tổ chức u và tiên lượng khỏi bệnh cao [12]. Ở bệnh nhân của chúng tôi, nồng độ PTH đã giảm tới 81,5% (từ 42,1 pmol/l xuống 7,8 pmol/l), và nồng độ canxi máu cũng nhanh chóng bình thường hóa, chứng tỏ ca phẫu thuật đã thành công.

4. KẾT LUẬN

U tuyến cận giáp lạc chỗ tại trung thất, dù hiếm gặp, vẫn là một nguyên nhân quan trọng cần được xem xét ở những bệnh nhân có bằng chứng sinh hóa rõ ràng của cường cận giáp nguyên phát nhưng các phương pháp chẩn đoán hình ảnh tại vùng cổ cho kết quả âm tính. Ca lâm sàng này tái khẳng định rằng, sự nghi ngờ lâm sàng cao độ và việc chỉ định đúng đắn các phương pháp chẩn đoán chuyên sâu là chìa khóa để chẩn đoán thành công.

Xạ hình tuyến cận giáp với Tc99m-MIBI SPECT/CT nên được coi là công cụ hình ảnh học hàng đầu trong những trường hợp này, nhờ khả năng định vị chính xác khối u lạc chỗ. Chẩn đoán chính xác vị trí trước mổ cho phép lập kế hoạch phẫu thuật tối ưu, và phẫu thuật cắt bỏ khối u là phương pháp điều trị triệt để, giúp chữa khỏi bệnh và giải quyết các biến chứng lâu dài do tăng canxi máu gây ra.

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Rao S.D. Epidemiology of parathyroid disorders. Best Practice & Research Clinical Endocrinology and Metabolism, 2018, 32 (6): 773-780
- [2] Percivale A, Gnerre P, Damonte G et al. Primary hyperparathyroidism: epidemiology, clinical features, diagnostic tools and current management. Italian Journal of Medicine, 2015, 9 (4): 330-345
- [3] Roy M, Mazeh H, Chen H, Sippel R.S. Incidence and localization of ectopic parathyroid adenomas in previously unexplored patients. World J Surg, 2013, 37 (1): 102-106.
- [4] Bilezikian J.P, Khan A.A, Silverberg S.J et al. Evaluation and management of primary hyperparathyroidism: Summary statement and guidelines from the fifth international workshop. J Bone Miner Res, 2022, 37 (11): 2293-2314.
- [5] Cheung K, Wang T.S, Farrokhyar F, Roman S.A, Sosa J.A. A meta-analysis of preoperative localization techniques for patients with primary hyperparathyroidism. Ann Surg Oncol, 2012, 19 (2): 577-583.
- [6] Ruda J.M, Hollenbeak C.S, Stack B.C. A systematic review of the diagnosis and treatment of primary hyperparathyroidism from 1995 to 2003. Otolaryngol Head Neck Surg, 2005, 132 (3): 359-372.
- [7] Ciappuccini R, Morera J, Pascal P et al. Dual-phase 99mTc-sestamibi scintigraphy with neck and thorax SPECT/CT in primary hyperparathyroidism: a single-institution experience. Clin Nucl Med, 2012, 37 (3): 243-248.
- [8] Lavelly W.C, Goetze S, Friedman K.P et al. Comparison of SPECT/CT, SPECT, and planar imaging with single- and dual-phase 99mTc-sestamibi in primary hyperparathyroidism. J Nucl Med, 2007, 48 (7): 1084-1089.
- [9] Tascher C, Weber T, Kaczirek K et al. Preoperative localization of hyperfunctioning parathyroid tissue in patients with persistent or recurrent primary hyperparathyroidism. Nuklearmedizin, 2011, 50 (3): 111-118.
- [10] Hu J, Fuhrman G. Mediastinal parathyroid adenoma. J Thorac Dis, 2017, 9 (1): E50-E52.
- [11] Amer K, Khan A.Z, Rew D. Video-assisted thoracoscopic excision of ectopic parathyroid adenomas: a UK regional thoracic centre experience. Ann R Coll Surg Engl, 2011, 93 (4): 296-299.
- [12] Irvin G.L, Solorzano C.C, Carneiro D.M. A new approach to parathyroidectomy. Ann Surg, 2004, 239 (6): 738-745.