

Báo cáo ca lâm sàng

PHẪU THUẬT NỘI SOI QUA PHÚC MẠC CÁT U CẬN HẠCH TUYẾN THƯỢNG THẬN PHẢI HIẾM GẶP: BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP

Transperitoneal laparoscopic resection of a rare paraganglioma near the right adrenal gland: a case report

Hoàng Văn Công^{1,*}, Hà Xuân Nguyên²

¹Khoa Ngoại Thận - Tiết niệu, Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - Cuba Đồng Hới, Quảng Trị, Việt Nam

²Khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - Cuba Đồng Hới, Quảng Trị, Việt Nam

*Tác giả liên hệ | Corresponding author: bs.hoangvancong@gmail.com

TÓM TẮT

Giới thiệu: U cận hạch (paraganglia) là nhóm tế bào thần kinh nội tiết có nguồn gốc từ mào thần kinh được phân thành thượng thận hoặc ngoài thượng thận. U cận hạch là một loại u hiếm gặp, bắt nguồn từ cận hạch tự chủ ngoài thượng thận giao cảm hoặc phó giao cảm, có thể tiết Catecholamine và gây các biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu, dễ nhầm với u tuyến thượng thận.

Mục tiêu: Báo cáo một trường hợp u cận hạch cạnh tuyến thượng thận phải được chẩn đoán và điều trị thành công bằng phẫu thuật nội soi qua phúc mạc, đồng thời phân tích những khó khăn trong chẩn đoán trước mổ và rút ra kinh nghiệm lâm sàng từ thực tế ca bệnh và hồi cứu y văn.

Phương pháp: Báo cáo ca lâm sàng một bệnh nhân nam 51 tuổi có tiền sử tăng huyết áp và đái tháo đường, xuất hiện các triệu chứng gợi ý tình trạng tăng tiết Catecholamin. Phát hiện khối u cạnh tuyến thượng thận phải cách nhập viện 3 năm, qua chẩn đoán hình ảnh. Bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật nội soi qua phúc mạc để cắt bỏ toàn bộ khối u. **Kết quả:** Ca phẫu thuật được thực hiện an toàn, thời gian mổ 120 phút, lượng máu mất ít. Giải phẫu bệnh xác định là u cận hạch. Bệnh nhân hồi phục tốt, xuất viện sau 7 ngày, không có biến chứng sau mổ. **Kết luận:** Thăm khám lâm sàng kết hợp với hình ảnh như CT, kết quả giải phẫu bệnh giúp chẩn đoán bệnh u cận hạch ngoài tuyến thượng thận. Phẫu thuật nội soi qua phúc mạc là phương pháp ít xâm lấn trong điều trị u cận hạch cạnh tuyến thượng thận phải.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi qua phúc mạc; u cận hạch cạnh tuyến thượng thận phải; báo cáo ca lâm sàng.

ABSTRACT

Introduction: Paragangliomas are neuroendocrine cell tumors originating from the neural crest and are classified as either adrenal or extra-adrenal. They are rare tumors that arise from sympathetic or parasympathetic paraganglia outside the adrenal glands. They may secrete catecholamines and present with non-specific clinical manifestations, often mimicking adrenal tumors. **Objective:** To report a case of paraganglioma located near the right adrenal gland that was successfully diagnosed and treated by transperitoneal laparoscopic surgery, and to highlight the challenges in preoperative diagnosis drawing clinical insights from the present case and a review of the literature. **Methods:** We report the case of a 51-year-old male with a history of hypertension and diabetes mellitus presenting with symptoms suggestive of catecholamine excess. A mass adjacent to the right adrenal gland had been detected incidentally three years prior through imaging studies. The patient underwent transperitoneal laparoscopic surgery for complete tumor resection. **Results:** The operation was performed safely, with a total operative

time of 120 minutes and minimal blood loss. Histopathological examination confirmed the diagnosis of paraganglioma. The patient recovered well and was discharged after seven days without postoperative complications. **Conclusion:** Clinical examination combined with imaging modalities such as CT scans and Histopathological findings an important role in diagnosing extra-adrenal paraganglioma. Transperitoneal laparoscopic surgery is a minimally invasive method for treating paragangliomas located near the right adrenal gland.

Keywords: Transperitoneal laparoscopic surgery; paraganglioma located near the right adrenal gland; case report.

Received: 09/03/2026	Accepted: 02/04/2026	Published: 02/06/2026
----------------------	----------------------	-----------------------

©The authors. This **open-access** work is licensed under a [CC BY 4.0 License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U cận hạch (paraganglia) là nhóm tế bào thần kinh nội tiết có nguồn gốc từ mào thần kinh được phân thành thượng thận hoặc ngoài thượng thận. U cận hạch là một loại u hiếm gặp, có nhiều mạch máu bắt nguồn từ cận hạch tự chủ ngoài thượng thận giao cảm hoặc phó giao cảm. Một số chúng là u tế bào ưa crôm (pheochromocytoma) ngoài thượng thận, trong khi một số khác có thể gọi pheochromocytoma là u cận hạch trong thượng thận.¹ Khoảng 10 % u tế bào ưa crôm xuất hiện ngoài tuyến thượng thận.²

Khoảng 86 % các u cận hạch nằm ngoài đầu và cổ là khối u giao cảm tiết ra Norepinephrine, không giống như các khối u tủy thượng thận trong ổ bụng biệt hóa nhiều hơn là u nguyên bào thần kinh và u tế bào ưa crôm chủ yếu tiết ra Epinephrine. Các triệu chứng liên quan là tăng huyết áp từng cơn, nhịp tim nhanh, đau đầu và đổ mồ hôi.

U cận hạch giao cảm xuất hiện bất kỳ vị trí nào dọc theo chuỗi hạch giao cảm từ nền sọ đến bàng quang và tuyến tiền liệt. Phổ biến nhất là chúng xuất hiện ở tĩnh mạch chủ và chỗ nối tĩnh mạch thận trái hoặc chỗ vị trí chia đôi động mạch chủ gần chỗ tách ra của động mạch mạc

treo tràng dưới gọi là cơ quan Zuckerkandl. Ngược lại, u cận hạch phó giao cảm thường không chức năng, ít triệu chứng, chủ yếu nằm ở vùng đầu – cổ dọc theo dây thần kinh phế vị và thần kinh thiệt hầu, chỉ khoảng 5% tiết catecholamine.

U cận hạch thường biểu hiện dưới dạng khối u đơn độc, lành tính, một bên, nhưng 1% trường hợp rải rác và 20% đến 80% trường hợp có tính chất gia đình có thể có nhiều khối u. Việc phát hiện sớm để phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn thường có thể chữa khỏi bệnh và mang lại tiên lượng thuận lợi.¹

Chẩn đoán trước mổ còn khó khăn do biểu hiện không đặc hiệu và dễ nhầm với u tuyến thượng thận. Hiện nay, chẩn đoán dựa trên lâm sàng, xét nghiệm sinh hóa (metanephrine huyết tương hoặc nước tiểu) và chẩn đoán hình ảnh. Tuy nhiên, trong thực hành, không phải trường hợp nào cũng được đánh giá đầy đủ, nên chẩn đoán xác định thường dựa vào giải phẫu bệnh sau mổ. Sinh thiết trong mổ là tiêu chuẩn vàng, nhưng không luôn phân biệt rõ pheochromocytoma và paraganglioma.¹

Phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn là phương pháp điều trị chính. Từ năm 1992, Gagner và cộng sự đã chứng minh tính an toàn và khả thi của

phẫu thuật nội soi trong điều trị pheochromocytoma.³ Hiện nay, nội soi qua phúc mạc được áp dụng rộng rãi nhờ ít xâm lấn và hồi phục nhanh. Tuy nhiên, kiểm soát huyết động trong và sau mổ vẫn là thách thức, đặc biệt khi chưa được chẩn đoán và chuẩn bị trước mổ.

Tại Việt Nam, đã có một số báo cáo về u cận hạch, chủ yếu ở vùng đầu - cổ, trong khi các trường hợp u cận hạch giao cảm sau phúc mạc còn hạn chế. Tháng 8/2024, tại Khoa Ngoại Thận - Tiết niệu, Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - Cuba Đồng Hới, chúng tôi đã phẫu thuật nội soi thành công một trường hợp u cận hạch cạnh tuyến thượng thận phải hiếm gặp.

Báo cáo này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán, diễn biến trong và sau mổ, đồng thời đối chiếu y văn để làm rõ khó khăn trong chẩn đoán trước mổ và rút ra kinh nghiệm điều trị.

II. BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP

1. Thông tin bệnh nhân

Họ tên bệnh nhân: L.T.Đ.

Năm sinh: 08.12.1973 (51 tuổi)

Nghề nghiệp: Làm ruộng

Ngày vào viện: 09h30, ngày 21.8.2024

2. Bệnh sử

Lý do vào viện: Bệnh viện tuyến dưới chuyển với chẩn đoán: U lành tuyến thượng thận; bệnh đái tháo đường không phụ thuộc insulin (chưa có biến chứng); rối loạn nhịp tim không đặc hiệu.

Ghi nhận lúc vào viện: Mạch 98 l/p, nhiệt: 37 độ C, huyết áp: 120/80 mmHg, BMI 23.05 kg/m²

Bệnh sử: Bệnh nhân bị Đái tháo đường, u tuyến thượng thận phải đã 3 năm, có cơn vã mồ

hôi, nhịp tim nhanh, rối loạn nhịp tim. Bệnh nhân có biểu hiện mệt, khám cơ sở y tế tuyến dưới phát hiện đường máu cao, u tuyến thượng thận phải, xin nhập viện.

Vào khoa Nội Tổng hợp - Lão khoa được chẩn đoán U tuyến thượng thận, tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn nhịp tim, được điều trị hạ huyết áp (Diovan), hạ đường máu (Apidra, Toujeo), hạ lipid (Crestor). Được hội chẩn chuyển khoa Ngoại Thận - Tiết niệu.

3. Cận lâm sàng trước mổ

Đường máu lúc vào viện: 19.8 mmol/l,

CTM: WBC: $9.9 \times 10^9/l$, RBC: $4.84 \times 10^{12}/l$

Định lượng cortisol máu (22/8/2024): 440.1 nmol/l

HbA1c (21/8/2024): 9.4 %

Điện giải đồ (21/8/2024): Na⁺: 135,6 mmol/l; K⁺: 3,99 mmol/l; Cl⁻: 97,42 mmol/l

Siêu âm tim: Bình thường; X quang tim phổi: Không thấy tổn thương;

CT.scan ổ bụng có thuốc: Tuyến thượng thận phải có khối choán chỗ kích thước 43 x 46 mm, bờ đều, nguồn cấp máu chủ yếu từ nhánh bên động mạch thận phải, nang thận trái (Hình 1).

ECG: nhịp xoang 85 lần/phút, trục trung gian.

4. Chẩn đoán và phương pháp điều trị

Chẩn đoán: U tuyến thượng thận phải.

Phương pháp điều trị: Phẫu thuật nội soi xuyên phúc mạc cắt tuyến thượng thận phải.

Sử dụng huyết áp động mạch xâm lấn trong mổ.

Diễn biến trong mổ: huyết áp lúc khởi mê (310/210 mmHg), huyết áp lúc kẹp tĩnh mạch khối u 150/20 mmHg).

Diễn biến hậu phẫu: (Nhịp tim 120 lần/phút

sau đó 85 lần/phút sau mổ 3 ngày, 68 lần/phút sau đó, huyết áp hạ sau mổ 1 ngày 90/60 mmHg, 110/70 mmHg ngày hôm sau; đường máu, nhịp tim, huyết áp ổn định sau mổ.

Xét nghiệm Giải phẫu bệnh lý (mã tiêu bản: 5855/2024): Đại thể: u đường kính 4 cm đã được xẻ, diện cắt màu vàng nhạt và có ổ xuất huyết không dính đến tuyến thượng thận.

Vi thể: Sinh thiết là mô u gồm các tế bào nhân tròn hoặc bầu dục tương đối đều, ít nhân chia, bào tương rộng ngăn nhau bởi mô liên kết

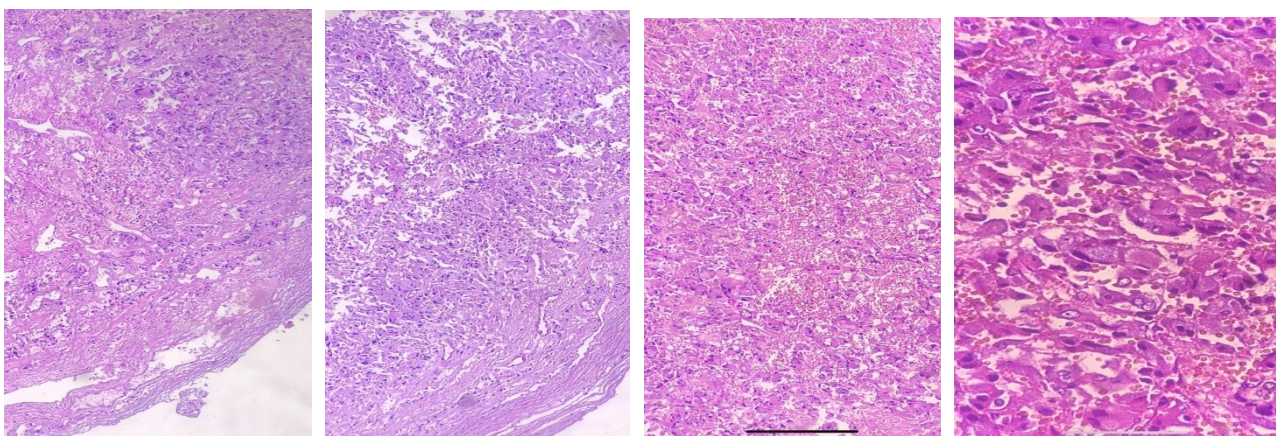
xơ. Mô đệm xơ nhiều mạch máu tăng sinh, xung huyết và xuất huyết, u được bao quanh bởi vỏ xơ, không thấy xâm nhập. Kết luận: U tế bào cận hạch thần kinh (Paraganglioma) (Hình 2).

Mô tả: Các tế bào u nhân tròn hoặc bầu dục lệch tâm, bào tương rộng, xếp rời rạc hoặc thành cụm, mô đệm xơ tăng sinh mao mạch.

Điều trị hậu phẫu: Bù dịch 2 ngày, kháng sinh 7 ngày. Đường máu lúc ra viện (16/9: 4.7 mmol/l). Bệnh nhân được xuất viện sau 7 ngày.



Hình 1: Hình ảnh khối u cận hạch của bệnh nhân trên hình ảnh chụp CT. scan ổ bụng có thuốc
A: mặt cắt ngang; B: mặt cắt đứng ngang



Hình 2: Hình ảnh giải phẫu bệnh khối u cận hạch của bệnh nhân được quan sát ở các độ phóng đại khác nhau

III. BÀN LUẬN

U cận hạch là khối u tiết Catecholamine còn được gọi là u tế bào ưa crôm ngoài tuyến thượng thận. Cận hạch giao cảm liên quan đến tủy thượng thận, chuỗi giao cảm cạnh sống và các dây thần kinh chi phối các tạng sau phúc mạc và vùng chậu. U cận hạch có nguồn gốc từ cận hạch. Các nhà nghiên cứu và các bác sĩ lâm sàng gọi u cận hạch phó giao cảm là u cận hạch không ưa crôm để phân biệt với u cận hạch ưa crôm phát sinh từ các tế bào ưa crôm trong cận hạch giao cảm và tủy thượng thận.

Mặc dù thường xuất hiện lẻ tẻ, chúng cũng có thể biểu hiện như một phần của hội chứng gia đình. Trẻ em có nhiều khả năng mắc u cận hạch hơn khi có hội chứng gia đình.^{1,4} Các bệnh lý di truyền như MEN2, NF1, VHL hoặc các đột biến gen SDH làm tăng nguy cơ mắc bệnh.^{1,2,4}

U cận hạch có liên quan đến u tế bào ưa crôm và thường được nhóm lại với nhau, góp phần gây ra một số bất ổn về tỷ lệ mắc chính xác. Tại Hoa Kỳ, các chuyên gia y tế chẩn đoán khoảng 500 đến 1000 ca u tuyến cận hạch mỗi năm. Tỷ lệ mắc kết hợp của u cận hạch và u tế bào ưa crôm là 0,7 đến 1,0 trên 100.000 người/năm.

Hầu hết bệnh nhân mắc u cận hạch dạng rải rác thường có độ tuổi từ 30 đến 50, với độ tuổi chẩn đoán trung bình là 47, phù hợp với trường hợp của chúng tôi. Hầu hết các khối u thần kinh đệm là lành tính. Tỷ lệ mắc khối u thần kinh đệm ác tính là khoảng 90 đến 95 ca trên 400 triệu người-năm.¹

Về lâm sàng, u cận hạch có thể có chức năng hoặc không có chức năng. Các khối u khi

có chức năng chúng gây ra triệu chứng giống như u tủy thượng thận với các biểu hiện như cao huyết áp kịch phát, toát mồ hôi, đau đầu, nhịp tim nhanh và hồi hộp thứ phát do tăng tiết Catecholamine lưu hành.^{1,2,4}

Đặc điểm phổ biến nhất của tình trạng dư thừa Catecholamine là tăng huyết áp, với các cơn có thể liên tục hoặc ngắt quãng và thường là kịch phát. Các cơn này thường đi kèm với các triệu chứng kinh điển như đau đầu, hồi hộp đánh trống ngực và đổ mồ hôi nhiều, được gọi là "bộ ba kinh điển". Nếu cả 3 yếu tố của "bộ ba kinh điển" xuất hiện đồng thời, bác sĩ có thể chẩn đoán khối u tiết Catecholamine với độ đặc hiệu 90%. Tuy nhiên, khả năng cả 3 triệu chứng xuất hiện đồng thời chỉ khoảng 40% và rất khó xảy ra nếu khối u bắt nguồn từ nền sọ hoặc cổ. Do đó dễ gây nhầm lẫn với các bệnh lý khác.

Bệnh nhân bị tăng huyết áp từng đợt kèm theo các triệu chứng điển hình khác, đặc biệt khi bị kích hoạt bởi các yếu tố như thay đổi tư thế, lo lắng, thuốc men, tập thể dục hoặc các động tác làm tăng áp lực ổ bụng, rất có thể là u cận hạch Catecholamine.¹

Ở bệnh nhân của chúng tôi có các triệu chứng điển hình như đau đầu, cao huyết áp, nhịp tim nhanh, đổ mồ hôi phù hợp với bệnh cảnh tăng tiết Catecholamine. Khi kết hợp với hình ảnh chụp cắt lớp vi tính ổ bụng cho thấy hình ảnh khối u ở vị trí cạnh tuyến thượng thận phải cho phép chúng ta hướng đến chẩn đoán u tủy thượng thận Phải. Nhưng kết quả chẩn đoán cuối cùng có được là nhờ kết quả xét nghiệm giải phẫu bệnh lý. Điều này cho thấy việc chỉ dựa vào lâm sàng và hình ảnh học có

thể dẫn đến chẩn đoán chưa chính xác, đặc biệt trong các trường hợp u cận hạch nằm sát tuyến thượng thận.

Các nghiên cứu cho rằng, đánh giá khối u tiết Catecholamine bao gồm các xét nghiệm sinh hóa toàn diện, chẩn đoán hình ảnh và xét nghiệm di truyền để xác định yếu tố di truyền và hướng dẫn các chiến lược điều trị phù hợp. Các tác giả cũng cho rằng, bước đầu tiên trong chẩn đoán u tế bào ưa crôm hoặc u cận hạch bao gồm đánh giá tình trạng sản xuất Catecholamine quá mức ở bệnh nhân, sau đó là xác định vị trí khối u về mặt giải phẫu. Bất kể triệu chứng, tất cả bệnh nhân nghi ngờ u cận hạch đều nên được đánh giá tình trạng sản xuất Catecholamine quá mức. Đánh giá thường bắt đầu bằng việc đo nồng độ Metanephrine trong nước tiểu hoặc huyết tương, vì sự chuyển hóa Catecholamine thành Metanephrine trong khối u vẫn tiếp diễn bất kể khối u tiết Catecholamine như thế nào. Xét nghiệm Catecholamine và Metanephrine trong nước tiểu 24 giờ rất hữu ích trong chẩn đoán.¹ Tuy nhiên trong trường hợp này, bệnh nhân chưa được thực hiện các xét nghiệm sinh hóa đặc hiệu trước mổ, dẫn đến việc chẩn đoán xác định chỉ được thiết lập sau phẫu thuật dựa vào kết quả giải phẫu bệnh. Đây là một hạn chế quan trọng trong tiếp cận chẩn đoán.

Sau khi xác định tình trạng dư thừa Catecholamine, chụp cắt lớp vi tính (Computed tomography - CT) có cản quang hoặc chụp cộng hưởng từ (Magnetic resonance imaging - MRI) vùng bụng và chậu là những xét nghiệm hình ảnh được lựa chọn. Cần sử dụng thuốc

cản quang không ion cho chụp CT để ngăn ngừa kích hoạt cơn khủng hoảng Catecholamine. Cần sử dụng thuốc chẹn alpha trước khi chụp nếu cần dùng thuốc cản quang ion, trừ khi đã loại trừ tình trạng dư thừa Catecholamine.¹

CT cho thấy 10 đơn vị Hounsfield hoặc thấp hơn gợi ý một khối u giàu lipid, loại trừ u tủy thượng thận và u thần kinh đệm. Trong trường hợp CT hoặc MRI không thể xác định vị trí khối u, bước tiếp theo là chụp cắt lớp vùng đầu, cổ, ngực và chụp đồng vị phóng xạ hoặc chụp chức năng.

Kết quả chụp CT và MRI phù hợp với u cận hạch thường bao gồm tăng cường độ tương phản mạnh và có thể xuất hiện màu muối tiêu. Màu "muối" phản ánh tình trạng xuất huyết, trong khi màu "hạt tiêu" là do các lỗ rỗng dòng chảy, biểu hiện mật độ mạch máu cao.¹

Metaiodobenzylguanidine (MIBG) có cấu trúc tương tự Norepinephrine. Chụp MIBG sử dụng iobenguane I-123 có thể hữu ích trong việc phát hiện các khối u không hiển thị trên CT hoặc MRI hoặc xác định nhiều khối u khi kết quả CT hoặc MRI dương tính. Tuy nhiên, chụp cắt lớp vi tính (MIBG) có những hạn chế, bao gồm tỷ lệ dương tính giả cao so với tỷ lệ của u tế bào ưa crôm, và khả năng đồng vị này tập trung trong các tuyến nước bọt, che khuất các u cận hạch nền sọ và cổ.

Chụp cắt lớp phát xạ positron (Positron emission tomography - PET) thông thường cho thấy độ nhạy cao trong việc phát hiện u Paraganglioma. Việc tích hợp các chất tương tự somatostatin được đánh dấu phóng xạ phát

positron trong PET độ phân giải cao với CT có thể tăng cường độ chính xác trong việc phát hiện và phân giai đoạn bệnh.

Các tài liệu cho rằng tất cả bệnh nhân mắc u thần kinh đệm Paraganglioma nên được xét nghiệm di truyền. Xét nghiệm di truyền đóng vai trò quan trọng trong việc ngăn ngừa tái phát và hướng dẫn theo dõi lâu dài. Trong trường hợp phát hiện biến thể di truyền, điều cần thiết là phải thông báo và khuyến nghị xét nghiệm cho tất cả người thân cấp độ một.¹

Trong trường hợp của chúng tôi, hình ảnh CT cho thấy khối u cạnh tuyến thượng thận Phải, tuy nhiên mô tả còn đơn giản, chưa làm rõ các đặc điểm điển hình, do đó chưa đủ cơ sở để định hướng cho chẩn đoán trước mổ. Điều này phù hợp với nhận định rằng hình ảnh học đơn thuần, đặc biệt chẩn đoán hình ảnh ở những cơ sở chưa chuyên sâu khó có thể phân biệt u cận hạch với u tuyến thượng thận nếu không có các xét nghiệm sinh hóa hỗ trợ.

Sinh thiết tổn thương là tiêu chuẩn vàng để xác nhận chẩn đoán u tuyến cận hạch, mặc dù nó không phân biệt được u tế bào ưa crôm và u tuyến cận hạch. Chọc hút kim nhỏ (FNA) ít có giá trị trong việc xác định chẩn đoán do các yếu tố như xuất huyết, phân biệt khối u với các khối u tương tự khác và khả năng gây xơ hóa tại vị trí sinh thiết.

Do tính mạch máu cao của u Paraganglioma và nguy cơ bùng phát Catecholamine, sinh thiết và cắt bỏ thường được thực hiện đồng thời. Nên tránh sinh thiết trước khi cắt bỏ trừ khi không có bằng chứng sinh hóa về tiết Catecholamine hoặc bệnh nhân đang được

chẹn α -adrenergic. Khoảng 20% u Paraganglioma ngoài tuyến thượng thận là ác tính, trong khi 10% u pheochromocytomas là ác tính. Hầu như tất cả các u paraganglioma ở vùng đầu và cổ đều lành tính.

Phẫu thuật cắt bỏ vẫn là phương pháp điều trị đầu tay cho u cận hạch và u tế bào ưa crôm. Tuy nhiên, trong những trường hợp không thể cắt bỏ hoàn toàn hoặc đã cắt bỏ một phần, xạ trị có thể là cần thiết. Kiểm soát huyết áp trước phẫu thuật và ngăn ngừa các cơn tăng huyết áp trong khi phẫu thuật có thể là những cân nhắc quan trọng, chủ yếu dựa trên đặc điểm của khối u.¹

Các tác giả cho rằng phương pháp phẫu thuật cho những khối u này chủ yếu phụ thuộc vào vị trí, kích thước và thể trạng của bệnh nhân. Khối u tiết Catecholamine đặc biệt khó điều trị và đòi hỏi quá trình chuẩn bị trước phẫu thuật kỹ lưỡng hơn so với khối u không tiết Catecholamine.

Ở những bệnh nhân có u cận hạch tiết Catecholamine, việc chuẩn bị trước phẫu thuật là cần thiết để ngăn ngừa cơn tăng huyết áp, loạn nhịp tim ác tính và suy đa cơ quan trong khi phẫu thuật. Các bác sĩ lâm sàng thường bắt đầu dùng thuốc hạ huyết áp ít nhất 7 ngày trước phẫu thuật để đạt được huyết áp bình thường thấp, đặc biệt ở những bệnh nhân có khối u tiết Catecholamine.

Điều trị huyết áp bao gồm chẹn α -adrenergic không chọn lọc bằng Phenoxybenzamine hoặc chẹn chọn lọc bằng Doxazosin được điều chỉnh theo huyết áp mục tiêu.

Trước phẫu thuật, cần áp dụng chế độ ăn

nhiều Natri và tăng lượng chất lỏng đưa vào cơ thể để đáp ứng tình trạng giảm thể tích máu do Catecholamine gây ra, do đó ngăn ngừa hạ huyết áp nghiêm trọng sau khi cắt bỏ khối u.

Thuốc chẹn β -adrenergic cũng cần thiết để kiểm soát nhịp tim, nhưng chỉ sau khi thiết lập được thuốc chẹn α -adrenergic đủ mạnh.

Trong khi việc thiếu bằng chứng ngẫu nhiên đã đặt ra câu hỏi về điều trị trước phẫu thuật, các nghiên cứu quan sát đã không phát hiện ra sự khác biệt trong các biến chứng quanh phẫu thuật giữa những bệnh nhân không sử dụng thuốc chẹn alpha trước phẫu thuật. Tuy nhiên, thuốc chẹn trước phẫu thuật vẫn là khuyến cáo cho tất cả bệnh nhân có khối u tiết Catecholamine.

Một số trung tâm kết hợp sử dụng Metyrosine trước phẫu thuật, một chất ức chế tổng hợp Catecholamine, cùng với Phenoxybenzamine. Hiện nay, việc sử dụng Metyrosine chủ yếu được khuyến nghị khi các thuốc khác không hiệu quả hoặc khi khối u lớn cần được tiêu hủy hoặc xử lý trong quá trình phẫu thuật.¹

Bệnh nhân của chúng tôi cũng đã điều trị nội khoa trước mổ bằng thuốc hạ huyết áp Diovan thuộc nhóm đối kháng với thụ thể Angiotensin II là không phù hợp với khuyến cáo do chưa xác định được bản chất khối u trước phẫu thuật.

Ngoài ra, các nghiên cứu cũng cho rằng truyền tắc trước phẫu thuật có thể phù hợp với các khối u thần kinh đệm tiết Catecholamine cụ

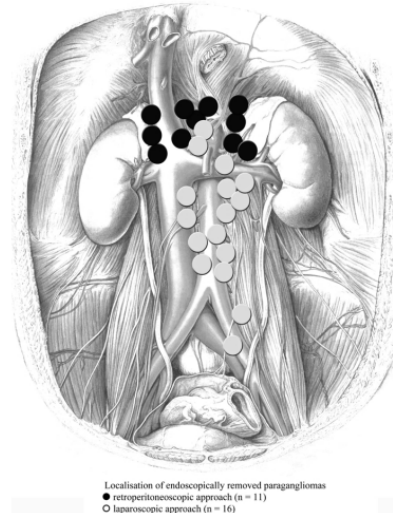
thể ở vùng đầu và cổ, mặc dù chưa có sự đồng thuận về việc sử dụng phương pháp này. Bệnh nhân và bác sĩ lâm sàng cần cân nhắc kỹ lưỡng giữa rủi ro và lợi ích. Nguy cơ tác dụng phụ nghiêm trọng liên quan đến truyền tắc là thấp, chỉ lên đến 13%. Một số bác sĩ lâm sàng xem xét kích thước khối u, với các khối u lớn hơn 3 cm thường là ứng cử viên cho truyền tắc, trong khi những bác sĩ khác dựa trên giai đoạn bệnh để đưa ra quyết định.¹

Ưu điểm của phương pháp truyền tắc bao gồm giảm mất máu, thời gian phẫu thuật ngắn hơn và cắt bỏ dễ dàng hơn. Các loạt ca bệnh đã cho thấy giảm 60% lượng máu mất so với những bệnh nhân không được truyền tắc và giảm đáng kể thời gian phẫu thuật.

Tuy nhiên, các biến chứng tiềm ẩn của phương pháp này bao gồm tai biến mạch máu não, mù lòa, bệnh lý thần kinh sợ não và thậm chí tử vong.¹

Chúng tôi cũng không lựa chọn giải pháp truyền tắc mạch máu trước mổ cho trường hợp này và các trường hợp lâm sàng khác tương tự. Lý do có thể chưa nghiên cứu cụ thể vấn đề này.

Các nghiên cứu cho rằng xạ trị được chỉ định cho những bệnh nhân có khối u nhỏ, lành tính, không tiết dịch ở nền sọ và cổ khi việc cắt bỏ có thể gây tổn thương các cấu trúc mạch máu hoặc thần kinh quan trọng. Xạ trị cũng hữu ích cho các khối u tái phát sau phẫu thuật cắt bỏ.¹



Hình 3: Hình ảnh vị trí u cận hạch của bệnh nhân và vị trí u cận hạch của tác giả Martin phẫu thuật

Hiện nay, phẫu thuật nội soi ít xâm lấn, chẳng hạn như phương pháp nội soi ổ bụng và nội soi sau phúc mạc, thường là phương pháp đầu tiên được cân nhắc cho những bệnh nhân có khối u thần kinh đệm ở bụng. Phương pháp này cũng phù hợp với các khối u ở nội tạng vùng chậu. Những ưu điểm của phương pháp như thời gian phẫu thuật ngắn hơn, ít biến chứng trong khi phẫu thuật hơn và thời gian nằm viện ngắn hơn.¹⁻⁶ Tỷ lệ chuyển sang phẫu thuật mở thường dưới 1% theo các nghiên cứu.¹ Chúng tôi chọn phương pháp nội soi sau phúc mạc vì lý do đã có kinh nghiệm trong việc tiếp cận kỹ thuật này. Theo đó, thời gian mổ sẽ tùy thuộc vào kinh nghiệm và kỹ năng tay nghề của phẫu thuật viên.

Về vị trí khối u cận hạch trên bệnh nhân của chúng tôi ở cùng vị trí của tuyến thượng thận phải tương tự với tác giả Martin và cộng sự² (Hình 3).

Các tác giả cho rằng, việc cắt bỏ khối u cận hạch ở ngực thường đòi hỏi phương pháp mổ mở. Cắt bỏ bàng quang triệt căn hoặc cắt bỏ một phần là cần thiết cho khối u cận hạch ở

bàng quang, vì phương pháp tiếp cận qua niệu đạo sẽ dẫn đến tái phát và vì khối u cận hạch không phải là khối u niêm mạc. U cận hạch vùng đầu và cổ đặt ra những thách thức đặc biệt, đòi hỏi phương pháp tiếp cận đa chuyên khoa. Việc chụp ảnh chính xác để xác định khối lượng khối u là rất quan trọng.¹

Vấn đề trong khi phẫu thuật, các nghiên cứu cho rằng việc giải phóng Catecholamine có thể dẫn đến mất ổn định huyết động với những biến động lớn về huyết áp và nhịp tim. Những bệnh nhân có nguy cơ bao gồm những người có khối u lớn, gây mê tĩnh mạch toàn thân, sử dụng thuốc chẹn β trước phẫu thuật và loại thuốc chẹn α được khuyến cáo sử dụng.¹

Theo nghiên cứu của Martin với 126 bệnh nhân để đánh giá mối liên quan của huyết áp tối đa trong mổ và liều lượng Phenoxybenzamine điều trị trước mổ cho thấy huyết áp tâm thu tối đa trong mổ phân bố rộng, dao động khoảng từ 110 đến 230 mmHg, trong khi liều phenoxybenzamine chủ yếu tập trung trong khoảng 1–3 mg/kg/ngày. Không ghi nhận xu hướng tương quan rõ ràng giữa liều

phenoxybenzamine và huyết áp tâm thu tối đa trong mổ.²

Duy trì nhịp tim, huyết áp và lượng nước tiểu ổn định là rất quan trọng trong suốt quá trình phẫu thuật. Đường truyền động mạch (huyết áp động mạch xâm lấn) cung cấp khả năng theo dõi huyết động liên tục. Có thể cần đặt catheter động mạch phổi cho những bệnh nhân bị giảm cung lượng tim. Mặc dù đường truyền tĩnh mạch ngoại vi cỡ lớn cũng đủ, nhưng thuốc vận mạch có thể được truyền qua đường truyền tĩnh mạch trung tâm.

Cần theo dõi ngay lập tức những thay đổi đáng kể về huyết áp, dù là tăng hay hạ huyết áp. Tăng huyết áp trong quá trình phẫu thuật có thể cần dùng các thuốc hoạt mạch như Nicardipine, Nitroprusside hoặc Labetalol, trong khi hạ huyết áp có thể được điều trị bằng dịch truyền tĩnh mạch, Phenylephrine, Norepinephrine hoặc Vasopressin.¹

Trong quá trình phẫu thuật bệnh nhân của chúng tôi, bác sĩ gây mê đã sử dụng huyết áp động mạch xâm lấn để kiểm soát huyết áp. Lúc khởi mê, huyết áp của bệnh nhân tăng vọt lên 310/210 mmHg có lẽ lúc đó Catecholamine bị kích thích tăng tiết làm huyết áp tăng như mô tả y văn. Các bác sĩ gây mê đã sử dụng thuốc hạ huyết áp Nicardipine để xử lý. Điều này cũng là khuyến cáo cho bác sĩ gây mê đối với phẫu thuật cắt u tế bào ưa crôm và u cận hạch, cho thấy vai trò hết sức quan trọng của theo dõi huyết động liên tục trong mổ và sự phối hợp đa chuyên khoa.

Martin và cộng sự mô tả thời gian mổ 123 bệnh nhân, với thời gian mổ ban đầu khá dài, dao động trong khoảng 210 phút, về sau thời gian dần ổn định và rút ngắn, trong khoảng dưới

60 phút.²

Các nghiên cứu cho rằng, tỷ lệ tái phát tại chỗ sau phẫu thuật là 6,5% sau 5 năm, 16,1% sau 10 năm và 17,1% sau 15 năm. Khả năng tái phát thay đổi tùy thuộc vào mức độ cắt bỏ hoàn toàn, đôi khi cắt bỏ bán phần được lựa chọn để giảm thiểu bệnh tật lâu dài. Các yếu tố như kích thước khối u, đột biến gen gia đình và tuổi chẩn đoán trẻ hơn có liên quan độc lập với nguy cơ tái phát tăng cao.¹

Có thể cần phải chăm sóc phục hồi chức năng sau phẫu thuật, và chi tiết cụ thể tùy thuộc vào vị trí khối u và các khiếm khuyết sau phẫu thuật. Vì phần lớn bệnh nhân được cắt bỏ khối u bằng phương pháp nội soi, nhu cầu chăm sóc phục hồi chức năng sau phẫu thuật là rất thấp, giúp rút ngắn thời gian nằm viện.¹

Theo các tác giả, sau phẫu thuật u cận hạch tiết Catecholamine, bệnh nhân được sàng lọc sinh hóa và chụp chiếu trong vòng 3 tháng. Việc xác định khả năng chữa khỏi phẫu thuật đòi hỏi phải xét nghiệm Metanephrine phân đoạn nước tiểu, Catecholamine hoặc Metanephrine phân đoạn huyết tương đã được bình thường hóa và chụp chiếu âm tính. Chụp X-quang vị trí ban đầu, thường là MRI, được thực hiện 3 đến 4 tháng sau khi cắt bỏ.¹

U cận hạch vùng đầu và cổ đã cắt bỏ bán phần được chụp MRI ban đầu từ 8 đến 12 tuần sau phẫu thuật, sau đó chụp hình ảnh hàng năm trong ít nhất 3 năm. Chụp hình ảnh tiếp theo nên được thực hiện hai năm một lần trong 6 năm và sau đó là 3 năm một lần. Đối với khối u tiết, việc theo dõi bao gồm khai thác tiền sử và khám lâm sàng, kiểm tra huyết áp và đánh giá các dấu ấn sinh hóa mỗi 6 đến 12 tháng trong 3 năm đầu sau phẫu thuật, sau đó là xét

nghiệm sinh hóa và chụp hình ảnh hàng năm suốt đời theo chỉ định lâm sàng. Bệnh nhân có bệnh lý avid 18-fluorodeoxyglucose (FDG) trên hình ảnh PET trước phẫu thuật được theo dõi sau điều trị bằng hình ảnh PET nối tiếp.

Các tác giả cũng cho rằng, bệnh nhân u cận hạch không hoạt động ban đầu được thực hiện các xét nghiệm sinh hóa và chẩn đoán hình ảnh hàng năm, với tần suất xét nghiệm giảm dần theo thời gian nhưng vẫn tiếp tục suốt đời. Những người có khối u không tiết và hội chứng di truyền nên tiếp tục xét nghiệm metanephrine phân đoạn huyết tương hàng năm. Nồng độ tăng cao sẽ kích hoạt chụp X-quang ngực, bụng và xương chậu để đánh giá các diễn biến mới.

IV. KẾT LUẬN

U cận hạch là khối u thần kinh nội tiết hiếm gặp, có thể tiết catecholamine và biểu hiện bằng các triệu chứng như tăng huyết áp, đau đầu, hồi hộp và vã mồ hôi. Trong thực hành lâm sàng, việc chẩn đoán trước mổ còn gặp nhiều khó khăn, đặc biệt khi khối u nằm cạnh tuyến thượng thận và dễ nhầm với u tuyến thượng thận.

Trường hợp của chúng tôi cho thấy, mặc dù bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng điển hình của hội chứng tăng tiết catecholamine, việc thiếu các xét nghiệm sinh hóa trước mổ đã dẫn đến chẩn đoán chưa chính xác. Chẩn đoán xác định chỉ được thiết lập sau phẫu thuật dựa trên kết quả giải phẫu bệnh. Điều này nhấn mạnh vai trò quan trọng của xét nghiệm metanephrine trong định hướng chẩn đoán trước mổ.

Phẫu thuật nội soi qua phúc mạc có thể được thực hiện an toàn và hiệu quả trong điều trị u cận hạch cạnh tuyến thượng thận. Tuy nhiên, việc chuẩn bị trước mổ, đặc biệt là sử

dụng thuốc chẹn α -adrenergic, có ý nghĩa quan trọng trong kiểm soát huyết động và giảm nguy cơ biến chứng trong mổ.

Qua trường hợp này, cần lưu ý chẩn đoán u cận hạch ở những bệnh nhân có hội chứng tăng tiết catecholamine, ngay cả khi hình ảnh gợi ý u tuyến thượng thận, đồng thời thực hiện đầy đủ các xét nghiệm sinh hóa trước mổ để nâng cao độ chính xác chẩn đoán và đảm bảo an toàn phẫu thuật.

TUYÊN BỐ CỦA TÁC GIẢ

Đạo đức nghiên cứu:

Vấn đề về đạo đức nghiên cứu đã được thông qua bởi hội đồng phê duyệt đề tài cấp cơ sở Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - Cuba Đồng Hới.

Nguồn tài trợ:

Không có nguồn tài trợ.

Xung đột lợi ích:

Các tác giả cam kết không có xung đột lợi ích.

Công bố trước đó: Báo cáo tổng kết đề tài cấp cơ sở Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - Cuba Đồng Hới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Ikran A, Rehman A. Paraganglioma. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. Cited March 31, 2026. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549834/>
- Walz MK, Alesina PF, Wenger FA, Koch JA, Neumann HP, Petersenn S, et al. Laparoscopic and retroperitoneoscopic treatment of pheochromocytomas and retroperitoneal paragangliomas: results of 161 tumors in 126

- patients. *World J Surg.* 2006;30(5):899-908. [DOI:10.1007/s00268-005-0373-6](https://doi.org/10.1007/s00268-005-0373-6)
3. Gagner M, Lacroix A, Bolté E. Laparoscopic adrenalectomy in Cushing's syndrome and pheochromocytoma. *N Engl J Med.* 1992;327(14):1033. [DOI:10.1056/NEJM199210013271417](https://doi.org/10.1056/NEJM199210013271417).
4. Brewster JB, Sundaram CP. Laparoscopic resection of an interaortocaval paraganglioma: diagnosis following a needle biopsy. *JLS.* 2007;11(4):482-485.
5. Lei K, Wang X, Yang Z, Liu Y, Sun T, Xie W, et al. Comparison of retroperitoneal versus transperitoneal laparoscopic adrenalectomy for large (≥ 6 cm) pheochromocytomas: a single-centre retrospective study. *Front Oncol.* 2023;13:1043753. [DOI:10.3389/fonc.2023.1043753](https://doi.org/10.3389/fonc.2023.1043753).
6. Tullavardhana T. Laparoscopic adrenalectomy performed by a general surgeon on functioning adrenal tumors: treatment outcomes and risk prediction of persistent hypertension. *Qatar Med J.* 2024;2024(2):30. [DOI:10.5339/qmj.2024.30](https://doi.org/10.5339/qmj.2024.30).