

U TUYẾN YÊN

1. ĐỊNH NGHĨA

U tuyến yên là khối u vùng tuyến yên mà khi phát triển lớn có thể chèn ép thần kinh thị, xoang tĩnh mạch hang, động mạch cảnh trong, các dây thần kinh sọ III, IV, V, VI, to hơn sẽ gây tăng áp lực nội sọ.

Phân loại:

- Theo kích thước: đường kính < 2cm: u nhỏ.
2cm: u lớn.
- Theo chức năng:
 - + U lành tuyến không ảnh hưởng đến nội tiết của bệnh nhân.
 - + U ảnh hưởng đến chức năng nội tiết: corticotrophic adenoma, somatotrophic adenoma, thyrotrophic adenoma, gonadotrophic adenoma, prolactinoma (lactotrophic adenoma).

2. NGUYÊN NHÂN

Giống như các loại u não khác, cho đến nay, nguyên nhân của u tuyến yên vẫn chưa được chứng minh rõ ràng.

3. DỊCH TỄ

U tuyến yên chiếm 10 – 15% các u nội sọ.

4. CHẨN ĐOÁN

4.1. Triệu chứng lâm sàng

Do kích thước u

- Nhức đầu.
- Giảm thị lực một hay hai mắt.
- Liệt vận nhãn, nhìn đôi, sụp mi.
- Lan vào xoang bướm: có thể dò dịch não tủy tự nhiên.

Do rối loạn chức năng nội tiết

U giảm sinh hormone:

- + Người lớn tăng tỉ lệ bệnh tim mạch, béo phì, giảm sức cơ, giảm khả năng hoạt động, tăng cholesterol; trẻ lớn giảm chiều cao, giảm tỉ lệ tăng trưởng; trẻ nhỏ hạ đường huyết.
- + Đàn ông giảm ham muốn và bất lực, tinh hoàn co nhỏ; đàn bà giảm ham muốn và giao hợp khó, đau; teo ngực; trẻ lớn: chậm hay không có dậy thì thật sự.
- + Cảm giác yếu mệt, tăng cân, thiếu năng lượng, kém chịu lạnh, táo bón.
- + Thiếu Corticotrophin: sụt cân, thiếu năng lượng, yếu mệt, khi nặng có thể là cấp cứu nội khoa.
- + Suy toàn bộ tuyến yên: shock, hôn mê, tử vong.

U sinh nhiều hormone:

- + **Prolactin**: đàn bà mất kinh, tiết sữa, khó thụ tinh; đàn ông giảm ham muốn, bất lực, hiếm khi tiết sữa.
- + **Hormone tăng trưởng**: trẻ con, thanh thiếu niên bị chứng khổng lồ; người trưởng thành bị acromegaly: bàn tay, chân to rộng ra, các ngón tay, chân dày, mặt thô, trán dô, hàm nhô ra, thay đổi giọng nói, rậm lông. 20% ca bị đái tháo đường. Biến chứng tim; yếu ớt do bệnh cơ; hội chứng ống cổ tay; hẹp ống sống thắt lưng gây hội chứng tương tự xơ cứng cột bên teo cơ; polyps đại tràng.
- + **Corticotrophin**: gây bệnh Cushing: tăng cân, centripetal (hướng tâm) obesity, mặt tròn như trăng, rạn da (violet striae), dễ bầm tím, bệnh cơ đầu gàn, thay đổi tâm thần, tăng huyết áp động mạch, đái tháo đường, đục thủy tinh thể, tăng nhãn áp, xẹp xương.

4.2. Cận lâm sàng

- MRI.
- CT scan (lấy đĩa DI- COM).
- Khám mắt, thị lực, thị trường.

- Xét nghiệm nội tiết.
- Ion đồ.

4.3. Chẩn đoán phân biệt

U sọ hầu, nang Rathke, u màng não, u sợi thần kinh.

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Nội khoa

Điều trị bằng thuốc đối với loại u nhỏ, chưa gây triệu chứng, u tiết prolactine - theo chỉ định của bác sĩ nội tiết.

5.2. Ngoại khoa

5.2.1. Chỉ định

U lớn > 2cm.

U nhỏ < 2cm có triệu chứng.

Đột quy u tuyến yên.

5.2.2. Phẫu thuật

Giải thích cho bệnh nhân về tình trạng bệnh, về các biến chứng có thể có khi phẫu thuật như mù, viêm màng não, chảy máu mũi... về nguy cơ rối loạn nước, điện giải, gây đái tháo nhạt có thể dẫn đến tử vong khi phẫu thuật u ngay trong thời kỳ hậu phẫu N1-N7.

Phẫu thuật phối hợp với bác sĩ chuyên khoa Ngoại Thần Kinh.

Phẫu thuật dưới hướng dẫn của hệ thống IGS. Có thể ứng dụng hệ thống phẫu thuật nội soi 3D.

Phẫu thuật lấy u qua nội soi xoang bướm: tìm lỗ thông tự nhiên xoang bướm hai bên, tạo vạt niêm mạc vách ngăn, cắt bỏ một phần sau vách ngăn mũi, lấy bỏ Rostrum, mở bỏ thành trước xoang bướm hai bên, cắt vách liên xoang bướm, mở vào hố yên, lấy u tuyến yên gửi giải phẫu bệnh. Đặt Surgicel hay Spongel kết hợp bom gel Stamberger vào hố mổ.

Nếu có chảy dịch não tủy, vá dò dịch não tủy.

5.2.3. Thuốc sau phẫu thuật

Kháng sinh (một trong các loại sau) (trong 7 ngày)

Cefotaxim: 2g x 3 lần TM/ngày (hay TB).

Ceftazidime: 1g x 4 lần/ngày.

Ceftriaxone: 2g x 2 lần/ngày.

Meropenem: 2g x 2 lần/ngày.

Phối hợp với: Aminoglycoside 500mg 2 lọ/250ml Glucose 5% TTM 60 giọt/phút – liều duy nhất trong ngày.

Sau đó chuyển kháng sinh uống) (trong 3 ngày)

Amoxicillin-Acid Clavuclanic 1g: 1 viên x 2 lần/ngày.

Cefuroxime 0,5g: 1 viên x 2 lần/ngày.

Clarithromycin 0,5g: 1 viên x 2 lần/ngày.

Ciprofloxacin 0,5g: 1 viên x 2 lần/ngày

Kháng viêm (khi không có chống chỉ định) sau đó giảm liều dần tùy chỉ định của BSCK bác sĩ chuyên khoa nội tiết và tùy tình trạng bệnh nhân:

N1-2: Hydrocortisone 100mg (TM) mỗi 8 giờ/ngày.

N3 - 4: Hydrocortisone 100mg (TM): 1 lọ (8 giờ) – ½ lọ (20 giờ).

N5-6: Prednisone 5mg (uống): 2 viên (8 giờ) – 1 viên (20 giờ).

N7: Prednisone 5mg (uống): 2 viên (8 giờ).

N8: Prednisone 5mg (uống): 1 viên (8 giờ).

N9: ngưng Prednisone. Thử lại cortisol máu.

Giảm đau:

Người lớn:

+ N1-2: paracetamol 1g/100ml TTM C g/p 1chai * 2 - 3 lần/ngày.

+ Sau đó dùng paracetamol 0,5g hoặc 0,65g 1v * 2 - 4 lần/ngày.

Trẻ em: paracetamol 10 - 15mg/kg * 3 - 4 lần/ngày.

Trường hợp dị ứng paracetamol, hoặc đau nhiều sau mổ, dùng một1 trong các loại kháng viêm sau:

+ Diclofenac: TB 75mg/2ml * 2 lần/ngày Hoặc 50mg 1v * 2 - 3 lần/ngày.

- + Ibuprofen 200mg: 1v * 2 - 3 lần/ngày (TE >6 tháng, và > 7kg dùng dạng siro liều: 5 - 10mg/kg * 2 - 3 lần/ngày).

Một số kháng dị ứng như Cetirizin 10 mg, Desloratadin 5mg, Chlopheniramin 4 mg ngày uống 1v vào buổi tối.

5.2.4. Chăm sóc hậu phẫu

Hướng dẫn bệnh nhân tránh táo bón, tránh ho, tránh xì mũi vì làm tăng áp lực trong hốc mũi và nội sọ.

Theo dõi đái tháo nhạt: ghi nhận tổng nước nhập và xuất hàng ngày trong vòng 2 tuần sau phẫu thuật. Nếu lượng nước xuất > 200ml/giờ trong 3 giờ liền hoặc > 500ml/1 giờ hoặc > 4,5-5 l/ngày => báo ngay cho bác sĩ chuyên khoa nội tiết.

Theo dõi ion đồ trước mổ, sau mổ và hàng ngày trong vòng 2 tuần sau phẫu thuật.

Trong thời gian hậu phẫu phải theo dõi sát sinh hiệu, tri giác, thị lực và các dấu màng não (nhức đầu, buồn nôn, cổ gượng, Kernig(+)...) để phát hiện và xử lý kịp thời tình trạng chảy máu, viêm màng não, mù.

Theo dõi suy thượng thận cấp: hạ huyết áp, sốt cao, đau bụng...

- + Lấy máu tĩnh mạch thử Cortisol.
- + Hydrocortisone 100mg (TM) – mỗi 8 giờ (ngay sau khi lấy máu, không cần đợi kết quả cortisol máu).

Tái khám nội soi sau xuất viện 1 tuần, sau đó hẹn soi sau 2 tuần, 1 tháng, 2 tháng, 3 tháng, 6 tháng, mỗi năm trong 3 năm.

Xét nghiệm khám mắt: sau xuất viện 1 tuần, 3 tháng.

MRI sau xuất viện 3 tháng, mỗi năm.

5.3. Xạ trị

Xạ trị: thường được dùng sau phẫu thuật tuyến yên đối với tất cả các loại u còn sót (residual tumors).

FSR (Fractionated Stereotactic Radiotherapy): (Gamma knife): an toàn, hiệu quả, ít ảnh hưởng thần kinh thị.

Biến chứng hiếm: hoại tử vùng dưới đồi và giao thoa thị.

5. BIẾN CHỨNG

Dò dịch não tủy.

Tổn thương thần kinh thị.

Tổn thương động mạch cảnh.

Viêm màng não – Viêm não.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chahal HS, Stals K, Unterländer M, et al. AIP mutation in pituitary adenomas in the 18th century and today. *N Engl J Med.* 2011 Jan 6. 364(1):43 - 50.
2. Villwock JA, Villwock M, Deshaies E, Goyal P. Significant increases of pituitary tumors and resections from 1993 to 2011. *Int Forum Allergy Rhinol.* 2014 Sep. 4(9):767-70.
3. Vlotides G, Eigler T, Melmed S. Pituitary tumor-transforming gene: physiology and implications for tumorigenesis. *Endocr Rev.* 2007 Apr. 28(2):165-86.
4. Larkin S, Ansorge O, De Groot LJ, Chrousos G, Dungan K, Feingold KR, et al. *Pathology and Pathogenesis of Pituitary Adenomas and Other Sellar Lesions.* 2000.
5. Riss D, Jin L, Qian X, et al. Differential expression of galectin-3 in pituitary tumors. *Cancer Res.* 2003 May 1. 63(9):2251-5.