



Phòng khám đa khoa Hòa Hảo-MEDIC

Hội chứng Conn: Báo cáo một trường hợp

BS Nguyễn Tấn Dũng.



NỘI DUNG

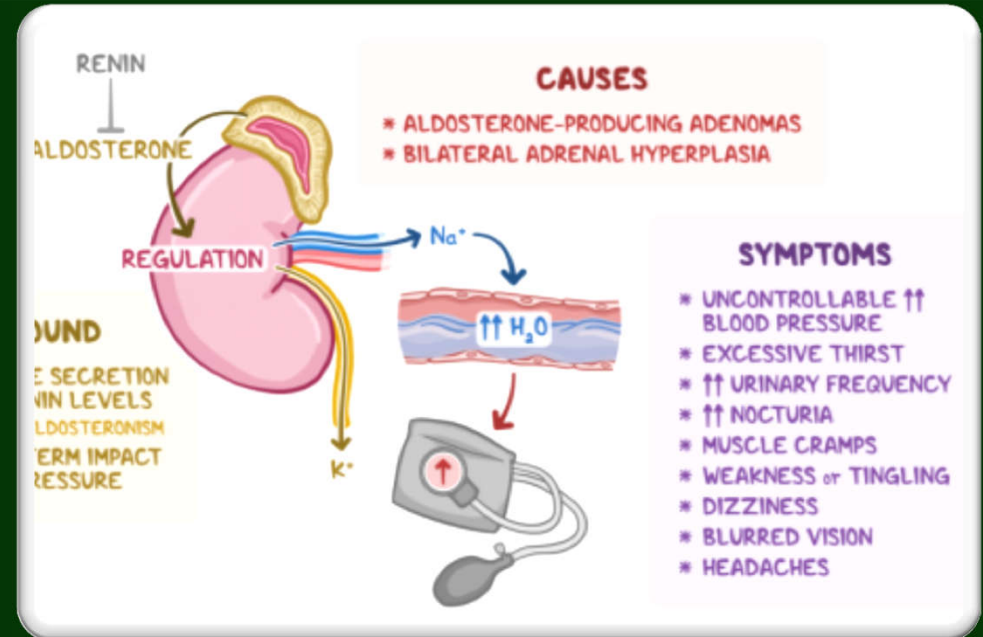
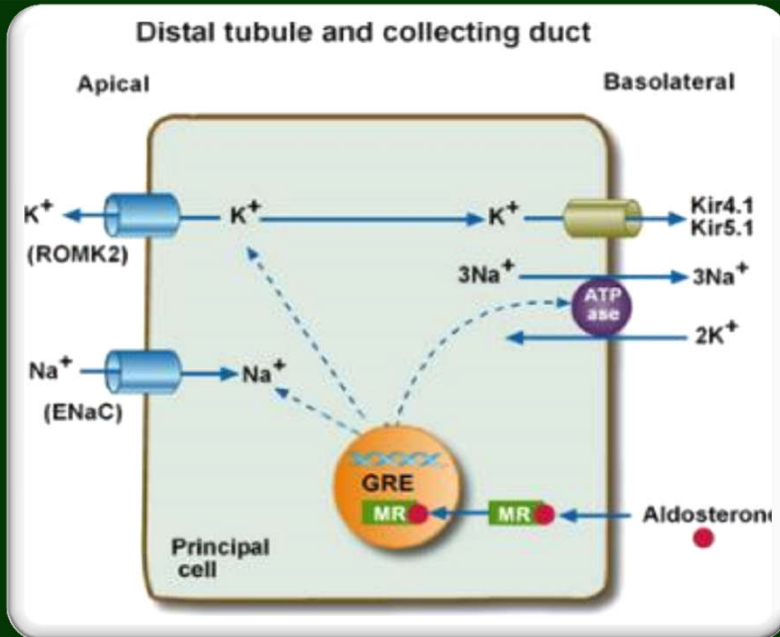
- ❖ Tổng quan.
- ❖ Trình bày ca lâm sàng.
- ❖ Kết luận rút ra bài học.

TỔNG QUAN



- ❖ Jerome Conn: Tăng aldosteron nguyên phát lần đầu tiên được Jerome Conn mô tả 1954 và công bố 1955.
- ❖ Khoảng 5-13% bệnh nhân tăng huyết áp và lên tới 20% có huyết áp kháng trị, phổ biến gấp đôi ở nữ so nam và tuổi từ 30 đến 50.
- ❖ Tỷ lệ aldosterone/renin (ARR) làm xét nghiệm sàng lọc sẽ tăng khả năng phát hiện.
- ❖ - 65% u tuyến thượng thận sản xuất aldosterone (*aldosteronoma*): u lành tính, một bên, 0,5 cm-2,5 cm.
 - 30% tăng sản tuyến thượng thận hai bên
 - 5%: khối u ác tính của vỏ thượng thận, tăng sản tuyến thượng thận đơn phương, tăng aldosteron gia đình loại I, II.

TỔNG QUAN



Tăng aldosterone quá mức

* Tăng giữ natri, thải kali, tiết hydro và sản xuất bicarbonate ở nephron xa → tăng huyết áp do tăng natri máu, hạ kali máu và nhiễm kiềm chuyển hóa.

*Aldosterone được tìm thấy trong nguyên bào sợi, tế bào cơ tim, cơ trơn, mỡ, gan, thận và ruột. Vì vậy aldosterone dư thừa sẽ gây ra các tổn thương tim mạch độc lập với tình trạng tổn thương do tăng huyết áp.

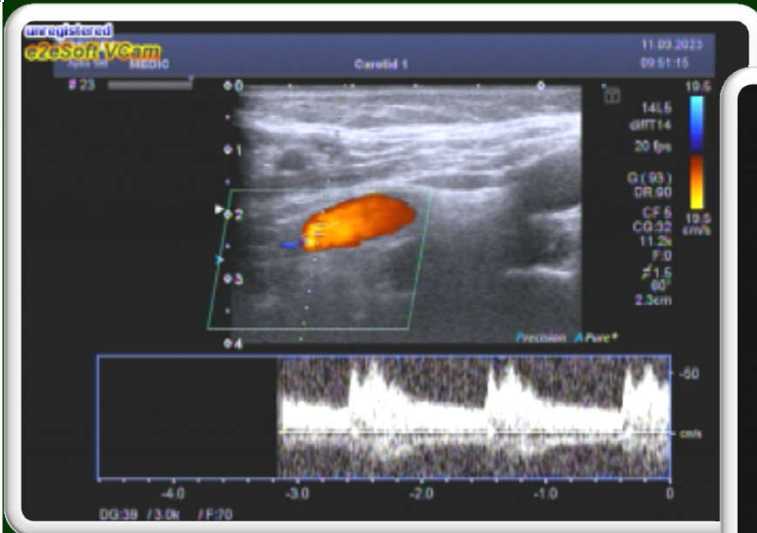


CA LÂM SÀNG

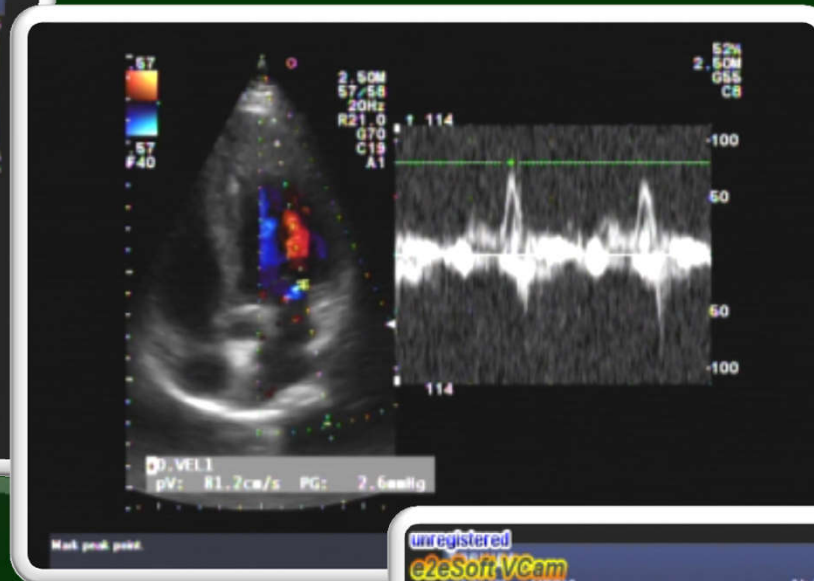
- ❖ Bệnh nhân nữ 1971 ở Q5, TP HCM đến khám vì 3 ngày không duỗi được ngón 2,3,4 tay phải, trước đó vài ngày bệnh nhân có chóng mặt nôn, đau bụng, tiêu lỏng 3-4 lần ngày, tự mua thuốc uống có giảm.
- ❖ Tiền sử: Tăng huyết áp 5 năm uống amlor 5 mg 1v ngày và viêm dạ dày.
- ❖ Khám: Mạch 96 l/p, Huyết áp 166/100 mmHg, $T^0 = 37^0$, Cao = 163 cm, Nặng = 70 kg, BMI = 26,4 Kg/m², không yếu liệt tứ chi, ngón tay cò súng 3,4,5 bàn tay phải, tim đều, phổi trong và các cơ quan còn lại chưa thấy bất thường.

CẬN LÂM SÀNG

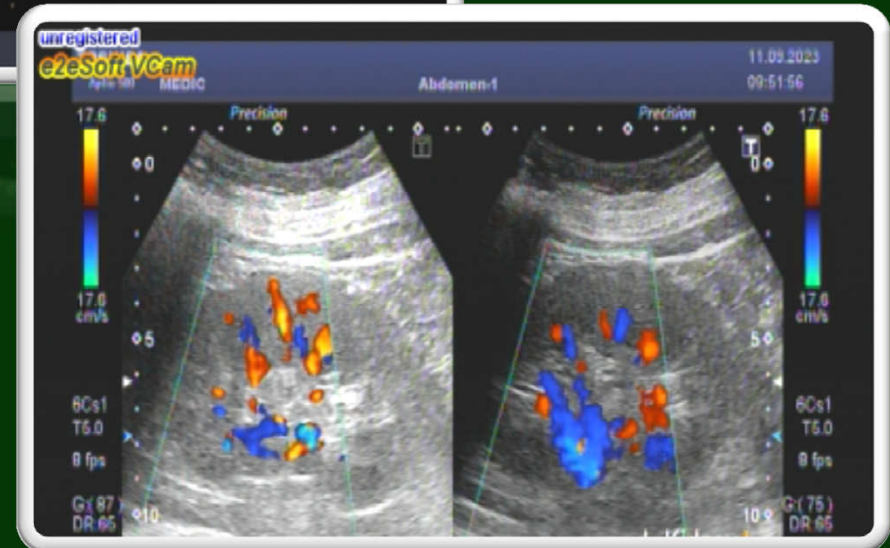
Doppler cảnh



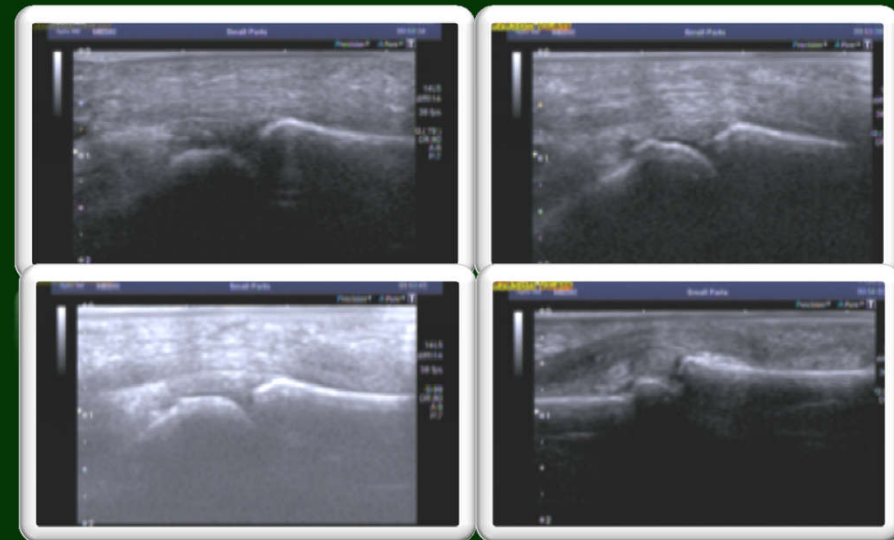
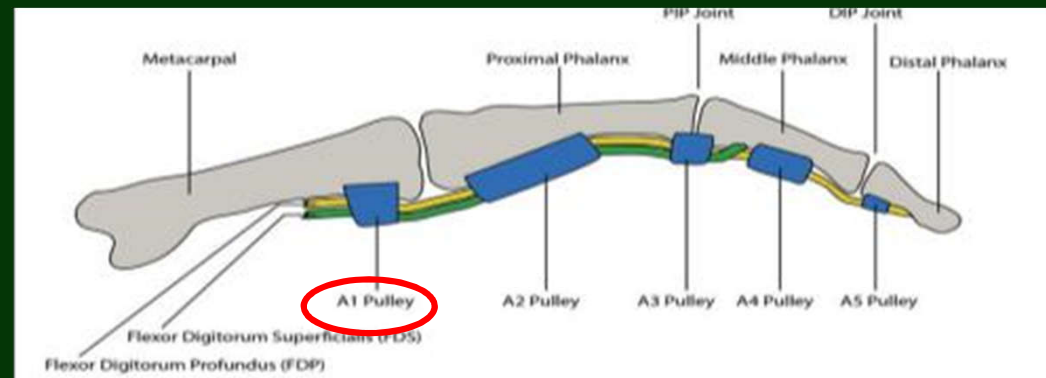
SA tim



SA bụng



TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
III. SINH HOÁ - BIOCHEMISTRY			
HbA1c (HPLC)¹*	*		QTSH012
HbA1c (IFCC)	36.61	(20 - 47.5 mmol/mol)	
HbA1c (NGSP)	5.50	(4.0 - 6.50 %A1C)	
Glucose (mmol/L) (FPG)¹	6.43 H	(4.10 - 5.90 mmol/L)	QTSH001
Glucose (mg/dL)	115.7 H	(73.8 - 106 mg/dL)	
IONOGRAMME²*	*		QTSH067
Na	143.2	(130 - 145 mmol/L)	
K	1.74 **	(3.40 - 5.1 mmol/L)	
Ca	2.21	(2.1 - 2.80 mmol/L)	
Cl	96.80	(96 - 108 mmol/L)	
SGOT (AST)¹	39.78 H	(< 35 U/L)	QTSH005
SGPT (ALT)¹	18.60	(< 30 U/L)	QTSH013
Uric Acid/Serum¹	6.08 H	(M: 3.4 - 7.0; F: 2.4 - 5.7 mg/dL)	QTSH014
hs CRP	15.89 H	(≤ 3 mg/L)	QTSH028
Urea/ Serum¹	21.42	(15 - 49 mg/dL)	QTSH002
Độ Lọc Cầu Thận (CKD-EPI) *			
Creatinin/Serum²	0.720	(M: 0.6 - 1.3; F: 0.5 - 1.1 mg/dL)	QTSH027
eGFR (CKD-EPI)	101	(≥ 90 mL/min/1.73 m²)	
LDL Cholesterol²	2.82	(< 2.59; Ngưỡng: 2.59-4.13 mmol/L)	QTSH093
		(Cao: 4.14 - 4.91; Rất cao ≥ 4.92)	
HDL Cholesterol²	0.930 L	(≥ 1.55; Ngưỡng: 1.04-1.54 mmol/L)	QTSH084
		(Thấp: < 1.04)	
Triglycerides¹	2.32 H	(< 1.70; Ngưỡng: 1.70-2.25 mmol/L)	QTSH015
		(Cao: 2.26 - 5.64; Rất cao ≥ 5.65)	
Cholesterol, Total¹	4.35	(< 5.18; Ngưỡng: 5.18-6.21 mmol/L)	QTSH003
		(Cao: ≥ 6.22)	
IV. MIỄN DỊCH - IMMUNOLOGY			
TSH u.sensitive (3rd G)¹	3.51	(0.32 - 5 µIU/ml)	QTMD009

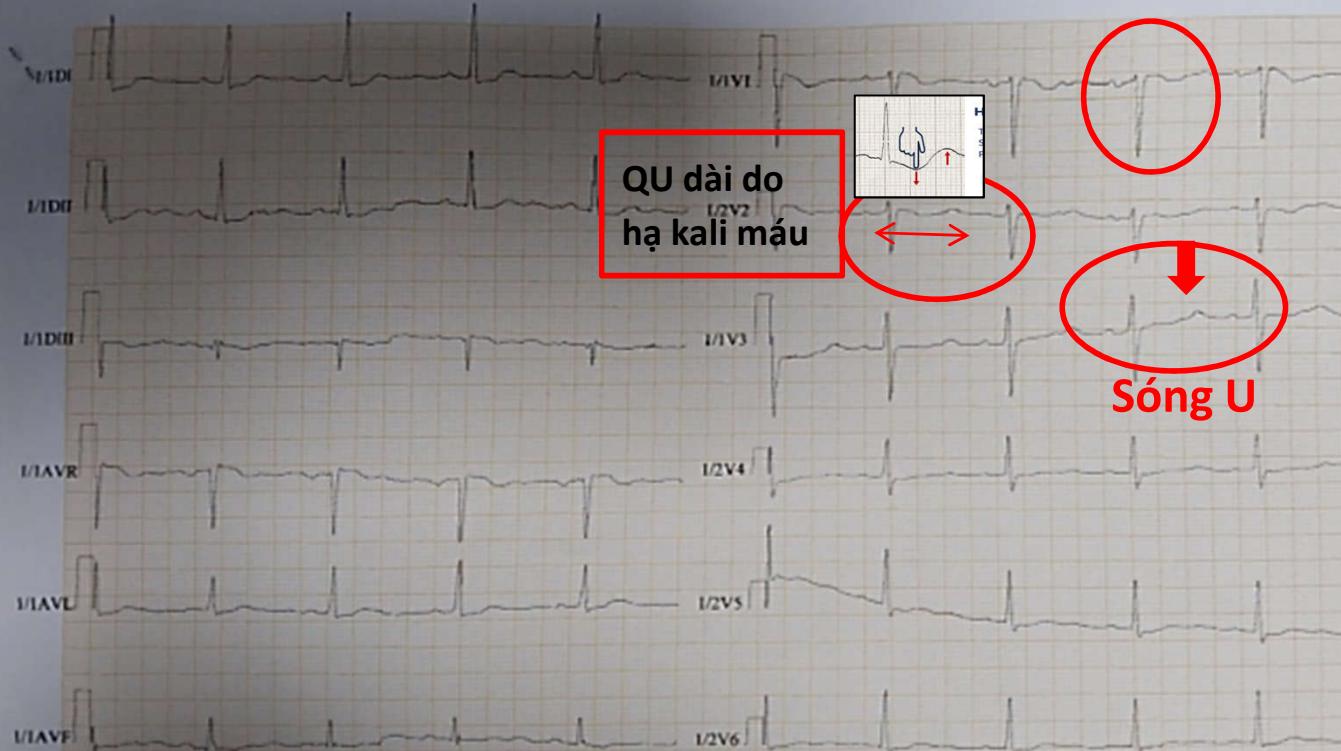


Viêm dày **Pulley gân A1** khớp bàn ngón 2,3,4 phải

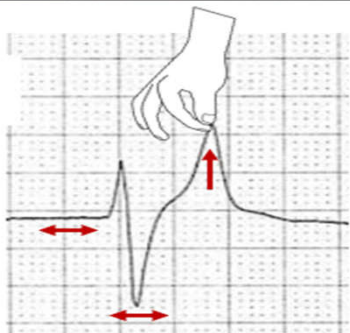


ĐIỆN TÂM ĐỒ

ĐIỆN TÂM ĐỒ - ĐIỆN TOÁN TRUNG TÂM Y KHOA MEDIC, 254 HÒA HẢO QUẬN 10 TP HCM
 Họ tên: [redacted] Mã BN: 1633539-116 Tuổi: 52 Giới tính: F
 Cao: 163 Nặng: 70 HA: 166/100 Tốc độ: 25mm/s Ngày: 11/9/2023 Giờ: 8:33
 Chỉ định: *.*

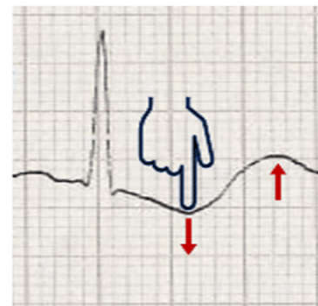


THEO DÕI THIỂU NĂNG VÀNH
 BỆNH LÝ HẠ KALI /MA'U
 KẾT HỢP (MỨC ĐỘ NẶNG)
 MEN TIM (+)



Hyperkalemia

- Peaked T waves
- P wave flattening
- PR prolongation
- Wide QRS complex



The push-pull effect

Hypokalemia

- T wave inversion
- ST depression
- Prominent U wave



CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

- ❖ Chẩn đoán: Viêm dày **Pulley gân A1** khớp bàn ngón 2,3,4 phải - hạ ka li máu nặng - tăng huyết áp, hở 2 lá $\frac{1}{4}$, chủ $\frac{1}{4}$ - xơ vữa động mạch cảnh chung và bụng không hẹp
- ❖ Điều trị 1 tuần: Ăn trái cây, bổ sung thuốc kali, thuốc hạ áp ức chế canxi, kháng viêm non-steroid và dạ dày.

TÁI KHÁM

Sau điều trị 1 tuần

** Lâm sàng:

+ Ngón tay cò súng (-).

+ Yếu 2 chân

+ Nhức đầu, mệt, tiểu đêm, tăng huyết áp.

** Xét nghiệm:

+ K⁺/máu = 2,54 (1,74)

+ hsCRP = 6,7 (15,89)

+ RF, AntiCCP (-)

→ gợi ý Hc Conn → Cần làm thêm **xét nghiệm aldosterone và renin máu** để sàng lọc tăng aldosterone nguyên phát.

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
Free T4 ²	1.40	(0.71 - 1.85 ng/dl)	QTMD036
Troponin-T hs (Roche) ¹ 11/09/2023 07:56:00	31.20 H	(< 14 ng/L)	QTMD016.3
Ngày 18/09/2023 (Đã đủ kết quả)			
TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
I. SINH HOÁ - BIOCHEMISTRY			
Glucose (mmol/L) (FPG) ¹	6.70 H	(4.10 - 5.90 mmol/L)	QTSH001
Glucose (mg/dL)	120.6 H	(73.8 - 106 mg/dL)	
IONOGRAMME ² :	*		QTSH067
Na	146.0 H	(130 - 145 mmol/L)	
K	2.52 **	(3.40 - 5.1 mmol/L)	
Ca	2.34	(2.1 - 2.80 mmol/L)	
Cl	101.0	(96 - 108 mmol/L)	
RF (Quantitative)	8.48	(≤ 15 UI/mL)	QTSH107
SGOT (AST) ¹	24.79	(< 35 U/L)	QTSH005
SGPT (ALT) ¹	37.69 H	(< 30 U/L)	QTSH013
Uric Acid/Serum ¹	3.17	(M: 3.4 - 7.0; F: 2.4 - 5.7 mg/dL)	QTSH014
hs CRP	6.70 H	(≤ 3 mg/L)	QTSH028
Độ Lọc Cầu Thận (CKD-EPI) ¹	*		
Creatinin/Serum ²	0.760	(M: 0.6 - 1.3; F: 0.5 - 1.1 mg/dL)	QTSH027
eGFR (CKD-EPI)	94	(≥ 90 mL/min/1.73 m ²)	
II. MIỄN DỊCH - IMMUNOLOGY			
AntiCCP (Abbott)	0.600	(< 5.0 U/mL)	QTMD126
III. XÉT NGHIỆM MIỄN DỊCH ELISA - ELISA TEST			
HP Test-IgM (Elisa)	NEG 15.13 U/mL	(< 30 U/mL; GRAYZONE: 30 - 40)	



CẬN LÂM SÀNG

III. XÉT NGHIỆM MIỄN DỊCH ELISA - ELISA TEST		
* Aldosterone (Liaison):	36.40 H	QTMD043
	. (Vị thế đứng: 2.21 - 35.3 ng/dL)	
	. (Vị thế nằm: 1.17 - 23.6 ng/dL)	
* Active Renin (Liaison):	<0.500 (μIU/mL)	QTMD042
	. (Vị thế đứng: 4.4 - 46.1 μIU/mL)	
	. (Vị thế nằm: 2.8 - 39.9 μIU/mL)	
Plasma Renin Activity (PRA)	<0.05 ng/mL/h	

$$ARR = \frac{\text{Aldosterone}}{\text{Renin}} = 72,8 > 20$$

$$ARR = \frac{\text{Aldosterone}}{\text{PRA}} = 728 > 20$$

*A **SA:PRA ratio (ARR)** greater than or equal to **20** and **SA** of greater than or equal to **15 ng/dL** indicates primary aldosteronism.

<https://endocrinology.testcatalog.org/show/PRA>

*Primary Hyperaldosteronism - StatPearls - NCBI Bookshelf: If the ratio is higher than **20 to 1**, then the excess aldosterone points to the adrenal gland as the primary source.

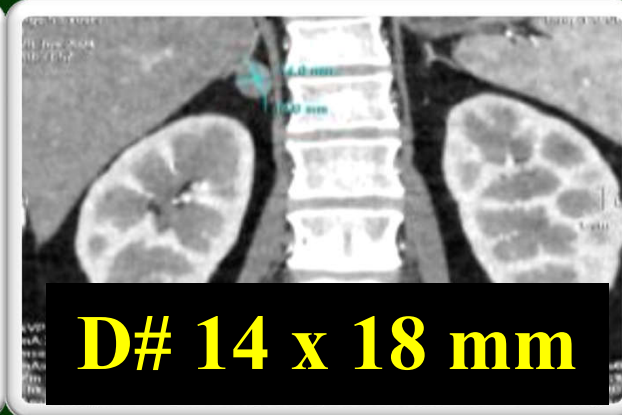
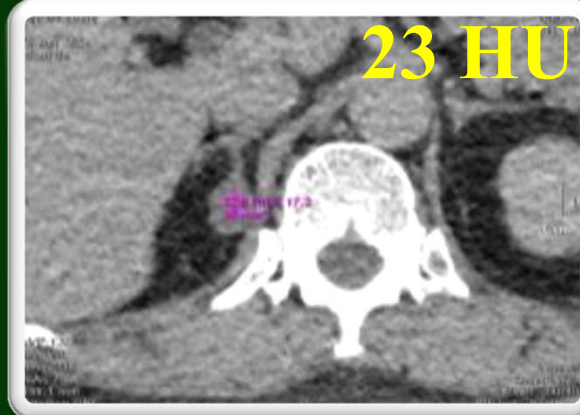
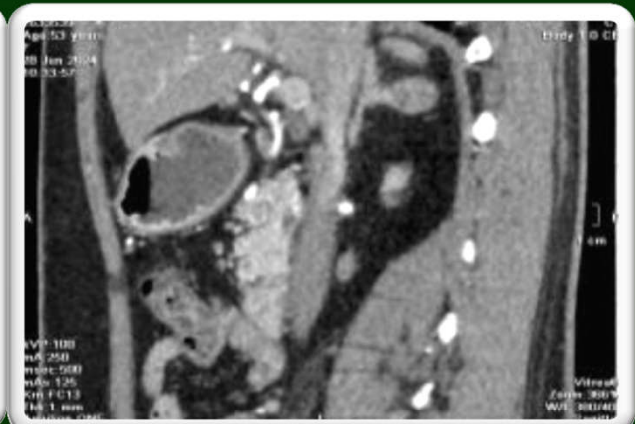
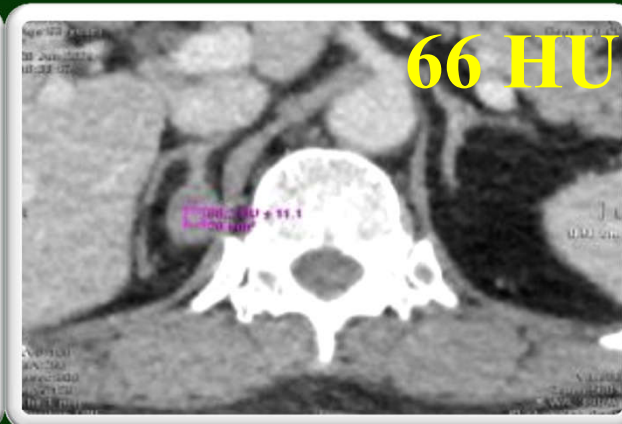
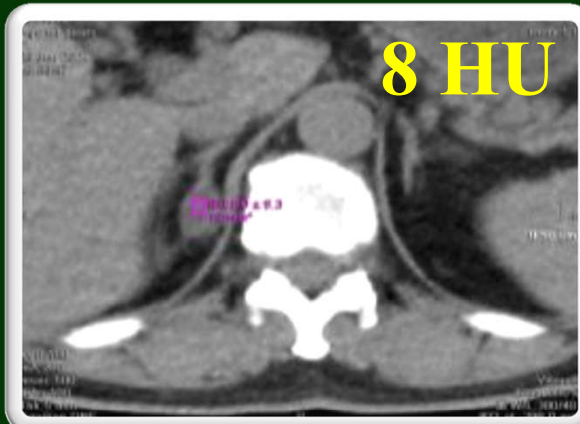
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539779>

ARR Cutoff Values	Renin (ng/mL/h)
Aldosterone (as ng/dL)	30

Source: The Management of Primary Aldosteronism: Case Detection, Diagnosis, and Treatment: An Endocrine Society Clinical Practice Guidelines, 2016

<https://www.primaryaldosteronism.org/step-1-aldosterone-renin-ratio-arr/>

CT



Thượng thận phải có thương tổn kích thước 14x18mm. Thương tổn trước khi tiêm thuốc có độ HU=8, thì chủ mô HU=66 và thì trở HU=23. Thương tổn có giới hạn rõ, không dấu xâm lấn xung quanh.

Kết luận: U TUYẾN THƯỢNG THẬN PHẢI NGHĨ ADENOMA



CHẨN ĐOÁN

Giấy giới thiệu khám bệnh, chữa bệnh BHYT

TÓM TẮT BỆNH ÁN - 1633539 - [REDACTED] - 53 - Nữ

Quốc tịch:

Bác sĩ chuyên viện:

Chuyển từ:

Chuyển đến *

Dấu hiệu lâm sàng:

Nhức đầu, mệt, yếu cơ, tiểu đêm và hạ kali máu nặng vài tháng.

Kết quả xét nghiệm, cận lâm sàng:

CT BỤNG CẢN QUANG - XÉT NGHIỆM MÁU - ĐIỆN TÂM ĐỒ - SIÊU ÂM TIM.

Chẩn đoán:

DÀI (K+/MÁU= 2,09-2,02) - TĂNG HUYẾT ÁP, HỖ VAN HAI LÁ 1/4, HỖ VAN ĐM CHỦ 1/4, DẪN NHẸ ĐỘNG MẠCH CHỦ NGỰC LÊN - TĂNG ALDOSTERONE, GIẢM RENIN, TỶ LỆ ALDOSTERONE/RENIN>20 (TĂNG ALDOSTERONE NGUYÊN PHÁT - HC CONN)



CẬN LÂM SÀNG (ĐHYD)

5-7-2024

12-7-2024

3-8-2024

BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP HCM
UNIVERSITY MEDICAL CENTER (UMC)
215 Hồng Bàng, P.11, Q.5, TP.HCM
(115 Hong Bang Street, Ward 11, District 5, Ho Chi Minh City)
Phone: 028-38554209

KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM
Laboratory Report
Mã số: 240705-1539
(Sample ID)

Ông/Bà: [Redacted] Tuổi: 53 Giới tính: Nữ
(Patient's full name) (Age) (Gender)

Địa chỉ: [Redacted] (Address)

Số hồ sơ: A07-0005736 Số nhập viện: [Redacted]
(Medical record number) (Hospital admission number)

Nơi gửi: NỘI TIẾT (Referring physician)

Bệnh phẩm: Máu (Blood)
(Specimens)

Chẩn đoán: TĂNG HUYẾT ÁP HẠ KALI MÁU DO CƯỜNG ALDOSTERON NGUYÊN PHÁT (E87.6), U THƯỢNG THẬN PHẢI (D35.0)
(Diagnosis)

Xác nhận: 07:57:37 ngày 12/07/2024, Lấy mẫu: 08:06:45 ngày 12/07/2024. Nhân viên lấy mẫu: Nguyễn Thị Phương Thư
(Received order time) (Collecting time) (Collecting staff)

Chẩn đoán: U THẬN THƯỢNG THẬN PHẢI (D35.0) / TĂNG HUYẾT ÁP, THỂ DỒ HỖ CHỐNG CORON (I10), TĂNG LƯO MÀU HỎA HỢP (E87.2)
(Diagnosis) (ICD-10) (E87.2)

Xác nhận: 07:32:48 ngày 05/07/2024 Lấy mẫu: 07:41:51 ngày 05/07/2024 NV Lấy mẫu: Trần Thị Tân
(Received order time) (Collecting time) (Collecting staff)

Xét nghiệm (Test)	Kết quả (Results)	Đơn vị (Units)	Không tham chiếu (Ref. ranges)	Số qui trình (Procedure)
XN SINH HÓA (BIOCHEMISTRY)				
- Glucose	118 *	mg/dL	70-101 mg/dL	SI-QTKT-17**
- Creatinine	79.3	mg/dL	Nam: 74 - 114, Nữ: 58 - 96 mg/dL	SI-QTKT-01**
- Creatinine	0.90	mg/dL	Nam: 0.83-1.26, Nữ: 0.66-1.09 mg/dL	SI-QTKT-01**
- eGFR (CKD-EPI 2012)	77	mL/phút	≥ 60 mL/ph/1.73 m ²	
- LDL Cholesterol	1.86	mmol/L	< 3.4 mmol/L	SI-QTKT-21**
- LDL Cholesterol	72	mg/dL	< 131 mg/dL	
- Triglyceride	1.93 *	mmol/L	0.46-1.68 mmol/L	SI-QTKT-23**
- Triglyceride	173 *	mg/dL	40-166 mg/dL	
- K ⁺	2.79 *	mmol/L	3.6 - 5.1 mmol/L	SI-QTKT-27
- K ⁺	144	mg/dL	136 - 146 mg/dL	SI-QTKT-27
- Creatinine	144	mg/dL	98 - 199 mg/dL	SI-QTKT-27
- Creatinine	12.7	mg/dL	2.10 - 2.55 mmol/L	SI-QTKT-18**
- Cortisol	15.85*	ng/mL	185 - 824 nmol/L	
- Cortisol	15.85*	ng/mL	< 80 ng/mL	
- Metanephrine	104	ng/mL	< 106 ng/mL	
- Metanephrine	2.37	ng/mL		

K⁺ = 2,59

Cortisol thấp

BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP HCM
UNIVERSITY MEDICAL CENTER (UMC)
215 Hồng Bàng, P.11, Q.5, TP.HCM
(115 Hong Bang Street, Ward 11, District 5, Ho Chi Minh City)
Phone: 028-38554209

KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM
Laboratory Report
Mã số: 240712-1873
(Sample ID)

Ông/Bà: [Redacted] Ngày sinh: 11/12/1971 Giới tính: Nữ/Female
(Patient's full name) (DOB) (Gender)

Địa chỉ: [Redacted] (Address)

Số hồ sơ: A07-0005736 Số nhập viện: [Redacted]
(Medical record number) (Hospital admission number)

Nơi gửi: NỘI TIẾT (Referring physician)

Bệnh phẩm: Máu (Blood)
(Specimens)

Chẩn đoán: TĂNG HUYẾT ÁP HẠ KALI MÁU DO CƯỜNG ALDOSTERON NGUYÊN PHÁT (E87.6) / U THẬN THƯỢNG THẬN PHẢI (D35.0)
(Diagnosis)

Xác nhận: 07:57:37 ngày 12/07/2024, Lấy mẫu: 08:06:45 ngày 12/07/2024. Nhân viên lấy mẫu: Nguyễn Thị Phương Thư
(Received order time) (Collecting time) (Collecting staff)

Chẩn đoán: TĂNG HUYẾT ÁP HẠ KALI MÁU DO CƯỜNG ALDOSTERON NGUYÊN PHÁT (E87.6) / U THẬN THƯỢNG THẬN PHẢI (D35.0)
(Diagnosis)

Xác nhận: 07:57:37 ngày 12/07/2024, Lấy mẫu: 08:06:45 ngày 12/07/2024. Nhân viên lấy mẫu: Nguyễn Thị Phương Thư
(Received order time) (Collecting time) (Collecting staff)

Chẩn đoán: TĂNG HUYẾT ÁP HẠ KALI MÁU DO CƯỜNG ALDOSTERON NGUYÊN PHÁT (E87.6) / U THẬN THƯỢNG THẬN PHẢI (D35.0)
(Diagnosis)

Xác nhận: 07:57:37 ngày 12/07/2024, Lấy mẫu: 08:06:45 ngày 12/07/2024. Nhân viên lấy mẫu: Nguyễn Thị Phương Thư
(Received order time) (Collecting time) (Collecting staff)

Xét nghiệm (Test)	Kết quả (Results)	Đơn vị (Units)	Không tham chiếu (Ref. ranges)	Số qui trình (Procedure)
XN SINH HÓA (BIOCHEMISTRY)				
- Glucose	118 *	mg/dL	70-101 mg/dL	SI-QTKT-17**
- Creatinine	79.3	mg/dL	Nam: 74 - 114, Nữ: 58 - 96 mg/dL	SI-QTKT-01**
- Creatinine	0.90	mg/dL	Nam: 0.83-1.26, Nữ: 0.66-1.09 mg/dL	SI-QTKT-01**
- eGFR (CKD-EPI 2012)	77	mL/phút	≥ 60 mL/ph/1.73 m ²	
- LDL Cholesterol	1.86	mmol/L	< 3.4 mmol/L	SI-QTKT-21**
- LDL Cholesterol	72	mg/dL	< 131 mg/dL	
- Triglyceride	1.93 *	mmol/L	0.46-1.68 mmol/L	SI-QTKT-23**
- Triglyceride	173 *	mg/dL	40-166 mg/dL	
- K ⁺	2.79 *	mmol/L	3.6 - 5.1 mmol/L	SI-QTKT-27
- K ⁺	144	mg/dL	136 - 146 mg/dL	SI-QTKT-27
- Creatinine	144	mg/dL	98 - 199 mg/dL	SI-QTKT-27
- Creatinine	12.7	mg/dL	2.10 - 2.55 mmol/L	SI-QTKT-18**

K⁺ = 2,79

Uống thuốc kali + spironolacton 50mg

Địa chỉ: 147A/5/9 Gò Công, Phường 13, Quận 5, TP.HCM
(Address)

Số hồ sơ: A07-0005736 Số nhập viện: [Redacted]
(Medical record number) (Hospital admission number)

Nơi gửi: NỘI TIẾT (Unit)

Bệnh phẩm: Máu (Blood)
(Specimens)

Chẩn đoán: TĂNG HUYẾT ÁP HẠ KALI MÁU DO CƯỜNG ALDOSTERON NGUYÊN PHÁT (E87.6), U THẬN THƯỢNG THẬN PHẢI (D35.0)
(Diagnosis)

Xác nhận: 07:08:54 ngày 02/08/2024, Lấy mẫu: 07:19:20 ngày 02/08/2024
(Received order time) (Collecting time)

Chẩn đoán: TĂNG HUYẾT ÁP HẠ KALI MÁU DO CƯỜNG ALDOSTERON NGUYÊN PHÁT (E87.6), U THẬN THƯỢNG THẬN PHẢI (D35.0)
(Diagnosis)

Xác nhận: 07:08:54 ngày 02/08/2024, Lấy mẫu: 07:19:20 ngày 02/08/2024
(Received order time) (Collecting time)

Chẩn đoán: TĂNG HUYẾT ÁP HẠ KALI MÁU DO CƯỜNG ALDOSTERON NGUYÊN PHÁT (E87.6), U THẬN THƯỢNG THẬN PHẢI (D35.0)
(Diagnosis)

Xác nhận: 07:08:54 ngày 02/08/2024, Lấy mẫu: 07:19:20 ngày 02/08/2024
(Received order time) (Collecting time)

Xét nghiệm (Test)	Kết quả (Results)
XN SINH HÓA (BIOCHEMISTRY)	
Natri	140
Kali	4.18
Định lượng Clo	104
Định lượng Canxi toàn phần	2.45

Ghi chú Xét nghiệm:
(Laboratory notes) **Spironolacton**

Ghi chú lâm sàng:
(Clinical notes) **100mg/ngày**

PHẪU THUẬT

ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP.HCM
BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP.HCM
KHOA TIẾT NIỆU

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số hồ sơ: A07-0005736
Số nhập viện: 24-0077459
A07-0005736

GIẤY CHỨNG NHẬN PHẪU THUẬT - THỦ THUẬT

Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM chứng nhận:

Ông/Bà: _____
Địa chỉ: _____
Giới tính: Nữ Năm sinh: 1971

Vào viện: 08 giờ 22 phút, ngày 06/08/2024
Ra viện: 12 giờ 00 phút, ngày 10/08/2024
Nhóm máu: B, Rh+

* Lần: 1 Ngày thực hiện: 07/08/2024

Người thực hiện: BSCKII. Phó Minh Tín
Phương pháp gây mê: Mê nội khí quản
Chẩn đoán: Hội chứng Conn/ U tuyến thượng thận phải (E27.9)
Phương pháp: Phẫu thuật nội soi cắt tuyến thượng thận phải (H320)

Tóm tắt tường trình:

- Bóc tách, bóc lộ tuyến thượng thận phải, tuyến thượng thận phải nằm sát dưới gan và bờ trong sát tĩnh mạch chủ, có 1 tĩnh mạch tuyến thượng thận phải đổ vào tĩnh mạch chủ dưới.
- Kẹp cắt tĩnh mạch tuyến thượng thận bằng hai Hem-o-lok . Sau đó cắt trọn tuyến thượng thận phải cùng bươu.
- Đặt dẫn lưu ổ tuyến thượng thận phải.
- Mở rộng chân trocar lấy bệnh phẩm gửi giải phẫu bệnh lí.

7-8-2024

Ngày 10 tháng 08 năm 2024
QUẢN LÝ VÀ ĐIỀU HÀNH KHOA

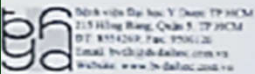
TUQ. GIÁM ĐỐC
TRƯỞNG PHÒNG KẾ HOẠCH TỔNG HỢP


BỆNH VIỆN
ĐẠI HỌC Y DƯỢC
TP. HỒ CHÍ MINH

Signature Valid ✓
Signature Valid ✓

GIẢI PHẪU BỆNH

12-8-2024


 Bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM
 115 Hồng Bàng, Quận 5, TP HCM
 ĐT: 815.8287, Fax: 875.6120
 Email: bvchi@bvdhuc.com.vn
 Website: www.bvdhuc.com.vn


XÉT NGHIỆM MÔ BỆNH HỌC
 Số Tiêu Bản: B24-33609
 Số Bản Nhân: D<0077459-001
 Số Nhập Viện: 24-0077459

Họ tên: [redacted] Năm sinh: 1971 (53 Tuổi) Giới tính: Nữ
 Địa chỉ: [redacted] Điện thoại: 0 [redacted]

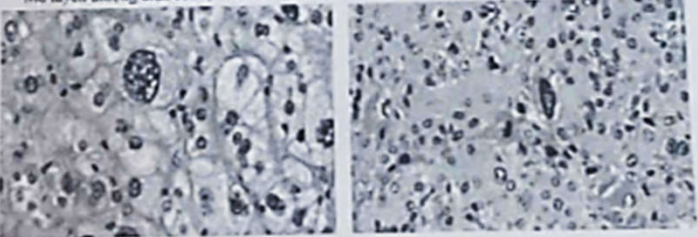
Đơn vị gửi mẫu: KHOA GMBHS (PHÒNG MÔ 2A) Đơn vị chỉ định: KHOA TIẾT NIÊU
 PP mô: Phẫu thuật nội soi cắt bỏ toàn bộ tuyến thượng thận 1 b PTV: BSCKI. Phó Minh Tâm
 Chẩn đoán: Hội chứng Conn/ U tuyến thượng thận phải (E27.9); Tăng huyết áp (I10)
 Chất bệnh phẩm: tuyến thượng thận phải Số mẫu gửi: 1
 Ngày lấy mẫu: 07/08/2024 Ngày nhận mẫu: 08/08/2024, 10:15

KẾT QUẢ
 Người cắt lọc bệnh phẩm: ThS BS. Nguyễn Đức Duy Ngày cắt lọc: 10/08/2024 Số mẫu nhận: 1 Số block: 5
 PP Nhuộm: H&E Người làm tiêu bản: CN. Nguyễn Minh Tâm Ngày làm tiêu bản: 12/08/2024
 Ghi Chú:

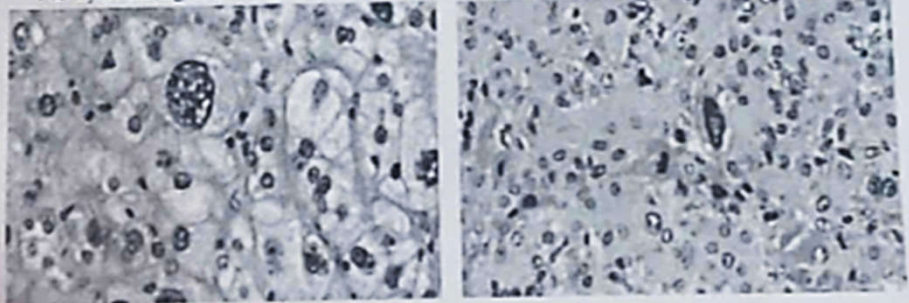
Dạng Thể: BS Hiệu cắt lọc bệnh phẩm.
 Túi ghà Thượng thận (P): Mẫu mô đã 6x3,5x1,5cm, nặng #12gram, di sê qua v, dính dính mực một ngoài
 màu xanh dương, sù nhiều lát, bên trong có u đã 1,5x1,5x1cm, mặt cắt màu vàng nhè, giòn hạt rờ, nằm sát
 vỏ bao, không có vị trí xuất huyết, hoại tử
 Block 1-4/ Mô u: 1 mô trong 1 block - hết u
 Block 5/ Mô tuyến thượng thận còn lại: 1 mô trong 1 block - còn mẫu



Vết Thể: Block 1-4/ Mô u: U có thượng mô tăng sít xếp thành chuỗi, đám hoặc dạng ống tuyến Thượng mô hình
 vuông hoặc đa diện, bào tương có nhiều hạt, không bào. Tế bào u chưa xâm nhập vỏ bao. Không có phản bào
 bất thường.
 Block 5/ Mô tuyến thượng thận còn lại: Mẫu thừa là mô tuyến thượng thận lành tính.

Kết Luận: U TUYẾN VƠ THƯỢNG THẬN
 Điểm Weiss hiệu chỉnh = 0/7 điểm
 Mô tuyến thượng thận còn lại: TUYẾN THƯỢNG THẬN LÀNH TÍNH



Kết Luận: U TUYẾN VƠ THƯỢNG THẬN
 Điểm Weiss hiệu chỉnh = 0/7 điểm
 Mô tuyến thượng thận còn lại: TUYẾN THƯỢNG THẬN LÀNH TÍNH




Hệ thống Weiss (Am J Surg Pathol 1984;8:163)
 và đã sửa đổi (Am J Surg Pathol 2002;26:1612):
 tiêu chuẩn được sử dụng rộng rãi nhất

Tiêu chuẩn (≥ 3 tiêu chuẩn biểu thị ác tính): tỷ lệ
 phân bào cao, phân bào không điển hình, cấp độ
 nhân cao, tỷ lệ tế bào trong thấp, hoại tử, cấu trúc
 khối u lan tỏa, xâm lấn nang, xâm lấn xoang, xâm
 lấn tĩnh mạch.

THEO DÕI

Số hồ sơ: 
A07-0005736

ĐƠN THUỐC

Họ tên: _____ Giới tính: Nữ
Ngày sinh: 11/11/1971 Di động: _____
Địa chỉ: _____

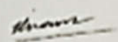
Thẻ BHYT:
Số hiệu: Tản số tim: 66 Lph, huyết áp: 120/60 mmHg, BMI: 26.3 kg/m², Cân nặng: 70 kg
Chẩn đoán: TĂNG HUYẾT ÁP (EGPR: 69, 08/24) (I10) / RỐI LOAN LIPID MÁU (I27.2), U
TUYÊN THƯƠNG THẬN PHẢI ĐÃ PHẪU THUẬT (E27), HỘI CHỨNG CONN (E27.9),
GAN NHIỄM MỠ (K76.0)

1. Amlodipin (Amlodac 5mg)	28 viên
Ngày uống 1 lần, mỗi lần 1 viên, sau ăn sáng	
2. Fenofibrat (Fibrosin 145mg)	28 viên
Ngày uống 1 lần, mỗi lần 1 viên, sau ăn chiều	

ĐÃ GIAO THUỐC


Lời dặn: - Ăn nhạt. Theo dõi mạch, huyết áp tại nhà.
Hạn chế mỡ, đường, rượu, thuốc lá, bia.
- Khám thêm chuyên khoa: Thận kinh (tế mỗi người 2 đời).

Tái khám: TIM MACH vào sáng Thứ tư, ngày 16/10/2024
Người bệnh đăng ký tái khám **TRƯỚC** ngày khám qua ứng dụng UMC Care hoặc đăng ký tái khám tại các quầy Đăng ký khám bệnh

 PGS TS BS. Trần Kim Trang
Ngày ký: 10/27, 18:09/2024

*Đơn thuốc dùng một lần. Khi cần hỗ trợ, xin vui lòng liên hệ số điện thoại: (028) 38554269.

Chỉ đặt ứng dụng UMC Care (quét mã QR)
để đăng ký khám bệnh, thanh toán viện phí và xem Hồ sơ sức khỏe



Khoẻ, không yếu chi, hết tiểu đêm, còn tăng nhẹ huyết áp uống amlor 5 mg

THEO DÕI

Trước mổ (28-6-24)

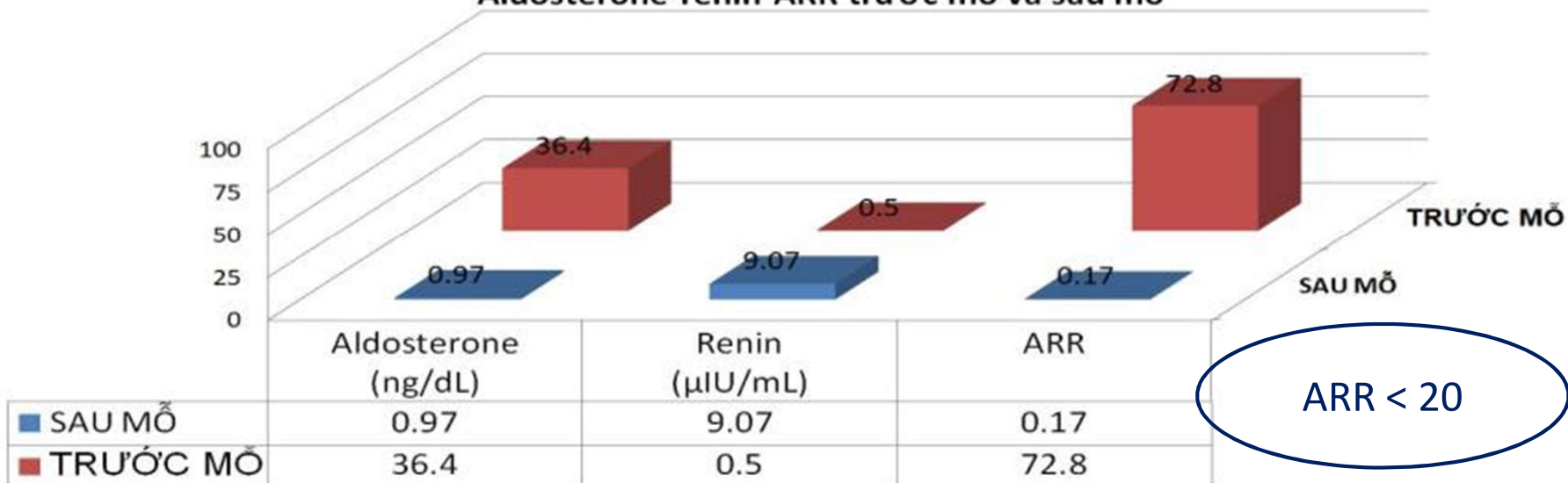
L. XÉT NGHIỆM MIỄN DỊCH ELISA	
* Aldosterone (Liaison):	36.40 H
* Active Renin (Liaison):	<0.500
Plasma Renin Activity (PRA)	<0.05

Sau mổ (24-9-24)

XÉT NGHIỆM MIỄN DỊCH ELISA	
* Aldosterone (Liaison) (ng/dL)	<0.970
Direct Renin (Liaison) (ng/L)	5.43
(Định lượng Renin)	.
Direct Renin (Liaison) (μIU/mL)	9.07

Tỉ lệ Aldosterone/Direct Renin-ARR	.	* REF: Clinica Guideline
Aldosterone (ng/dL)/D.Renin(ng/L)	<0.17	J Clin Endocr 05/2016, 1010
Metanephrine/ Plasma	24.4	(< 65 pg/mL)
Cortisol/Blood/Morning ² (μg/dL)	9.30	(6.02 -18.4 μg)

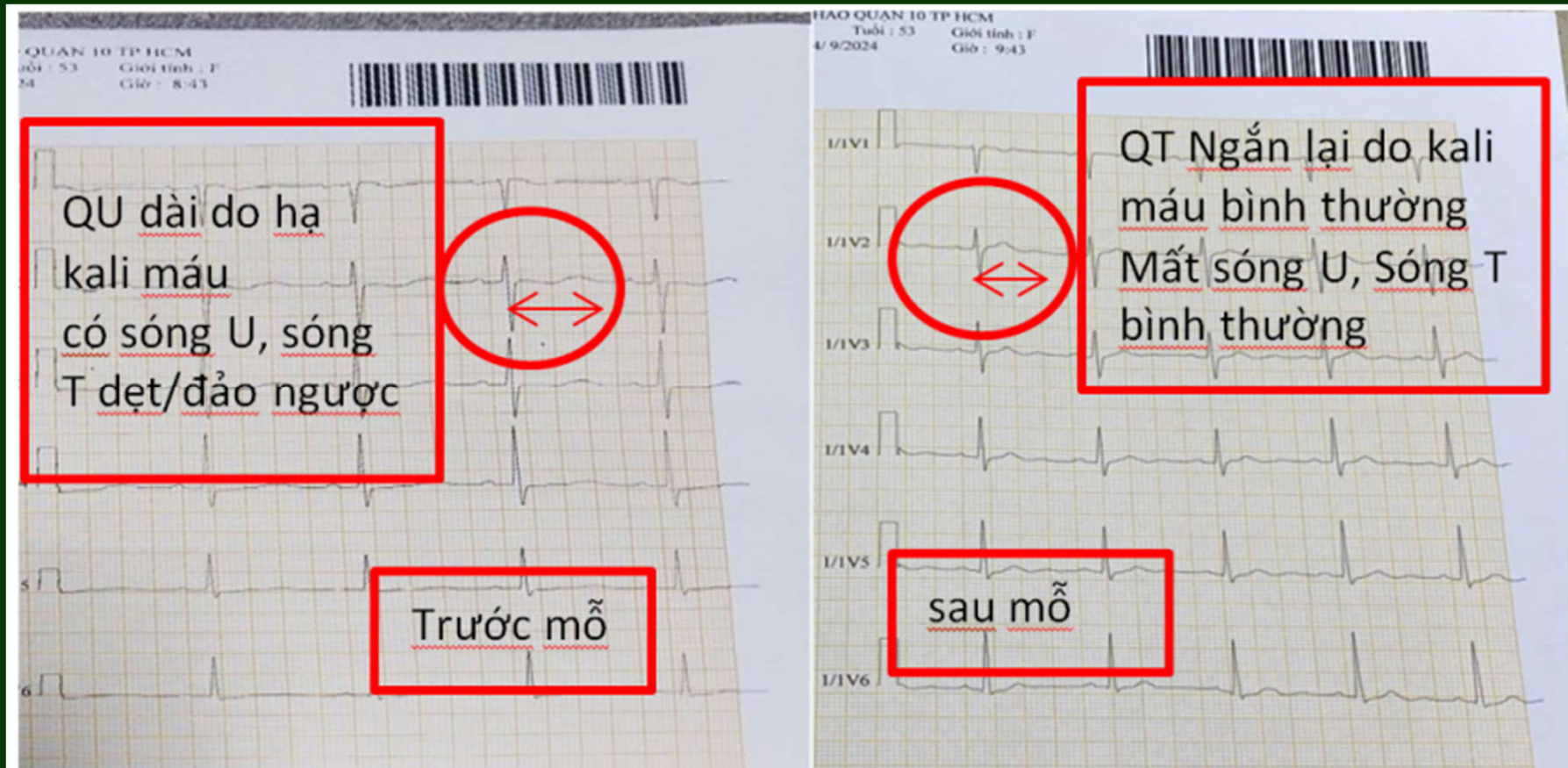
Aldosterone-renin-ARR trước mổ và sau mổ



THEO DÕI

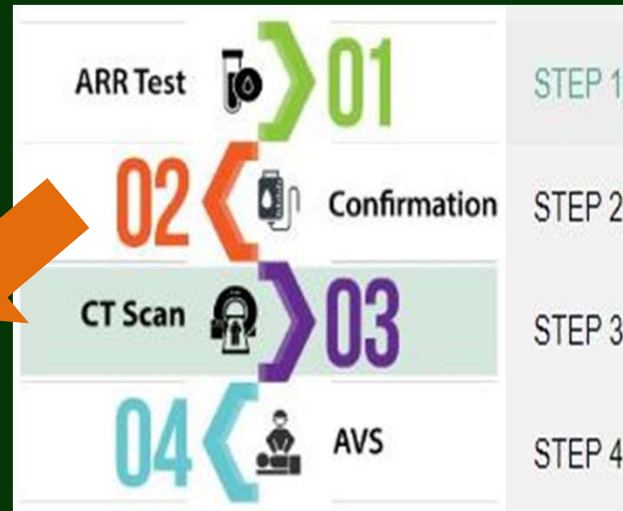
Trước mổ (28-6-24)

Sau mổ (24-9-24)





CHẨN ĐOÁN TĂNG ALDOSTERONE NGUYÊN PHÁT



If aldosterone > 20 ng/dL, K < 3,5 mEq/mL and low renin, no confirmation test

<https://link.springer.com/article/10.1007/s12020-024-03751-1>

Can Confirmatory Testing Be Omitted? 02 Confirmation

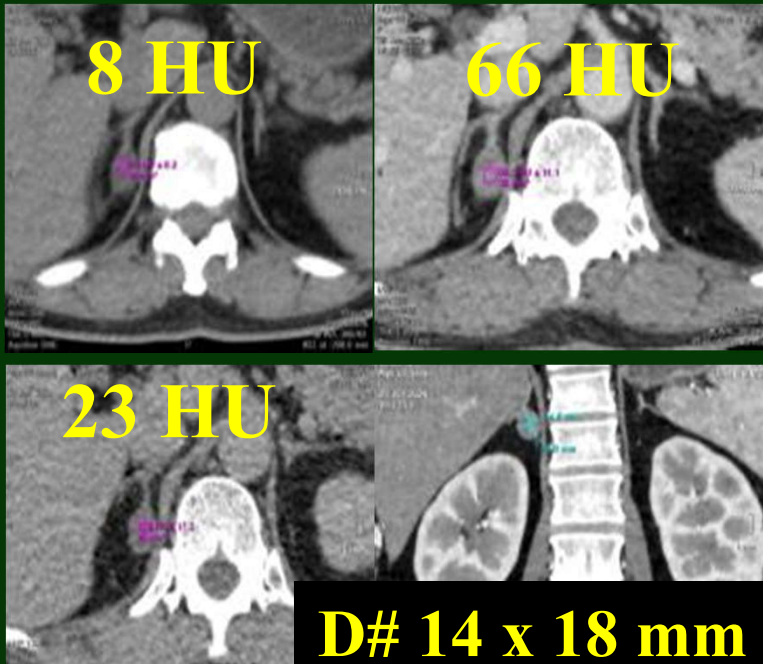
Confirmatory testing is mandatory to confirm or rule out the presence of primary aldosteronism. While Japanese guidelines do not entertain any exception to this rule, American and European guidelines consider avoiding confirmatory testing when the following factors are present:

- Elevated plasma aldosterone concentration (above 20 ng/dL or 550 pmol/L), and
- Spontaneous hypokalemia, and
- Undetectable plasma renin activity.

Chẩn đoán phân biệt: Bệnh to đầu chi, Thừa mineralocorticoid rõ ràng (AME), Hội chứng Cushing, Tiêu thụ quá nhiều cam thảo, Hội chứng Gordon, Cường tuyến cận giáp, Hội chứng Liddle, U tủy thượng thận, Tăng aldosteron thứ phát, Rối loạn tuyến giáp.

<https://www.primaryaldosteronism.org/step-1-aldosterone-renin-ratio-arr/>

CT



Thượng thận phải có thương tổn kích thước 14x18mm. Thương tổn trước khi tiêm thuốc có độ HU=8, thì chủ mô HU=66 và thì trễ HU=23. Thương tổn có giới hạn rõ, không dấu xâm lấn xung quanh.

APW= 74%, RPW= 65%

Kết luận: U TUYẾN THƯỢNG THẬN PHẢI NGHĨ ADENOMA

Hiệp hội Phẫu thuật nội tiết Hoa Kỳ (AAES) <small>M. Zeiger et al. American association of clinical Endocrinologists and American association of endocrine Surgeons medical guidelines for the management of adrenal incidentalomas Endocr Pract (2013)</small>	Không cản quang	HU ≤ 10		HU > 10
		Xác định adenoma thượng thận		Bỏ sót 10 đến 40% u tuyến có lipid nghèo
		Độ nhạy 71%	Độ đặc hiệu 98%	
E.M. Caoili et al. Delayed enhanced CT of lipid-poor adrenal adenomas	Cản quang	Bắt thuốc cản quang gần giống với u tuyến giàu lipid và có thể phân biệt được với u tuyến thượng thận không phải u tuyến dựa trên giá trị ngưỡng (APW) 60% và tương đối (RPW) 40%.		

KẾT LUẬN

- ❖ Chẩn đoán ban đầu viêm bao gân ngón tay cò súng có kali máu thấp do rối loạn tiêu hóa trước đó nhưng sau điều trị 1 tuần, hết ngón tay cò súng nhưng bệnh nhân còn yếu cơ, tiểu đêm, kali máu thử lại vẫn còn thấp/tăng huyết áp nên nghĩ đến Hc conn. Lúc này thử thêm aldosterone, renin máu và lập tỉ lệ ARR. Kết quả ARR >20, Aldosteron >15, đây có thể tăng aldosterone nguyên phát có nguồn gốc từ vỏ thượng thận → CT bụng CE tìm u thượng thận.
- ❖ CT bụng đặc hiệu, chẩn đoán chính xác loại u cho Hc Conn.
- ❖ Test ARR giúp sàng lọc Hc Conn khi bệnh nhân tăng huyết áp, hạ kali máu hoặc tăng huyết áp kháng trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- ❖ <http://www.endocrinesurgery.net.au/conns-syndrome/>
- ❖ https://www.stepwards.com/?page_id=2094
- ❖ <https://www.osmosis.org/answers/Conn-syndrome>
- ❖ <https://www.primaryaldosteronism.org/step-1-aldosterone-renin-ratio-arr/>
- ❖ M. Zeiger *et al.* American association of clinical Endocrinologists and American association of endocrine Surgeons medical guidelines for the management of adrenal incidentalomas *Endocr Pract* (2013)
- ❖ E.M. Caoili *et al.* Delayed enhanced CT of lipid-poor adrenal adenomas *Am J Roentgenol* (2000).
- ❖ <https://link.springer.com/article/10.1007/s12020-024-03751-1>



Xin cảm ơn sự chú ý của quý
thầy cô và các bạn đồng nghiệp!