NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP FAMILIAL PARAGANGLIOMA (ECTOPIC PHEOCHROMOCYTOMA)

BS. PHAN THỊ MINH NGA
PHÒNG TĂNG HUYẾT ÁP
Trung Tâm Chẩn Đoán Y Khoa

BỆNH ÁN

Họ tên : Trần Doanh T , P.I.D: 7976039

Tuổi: 10 (SN 2014) Địa chỉ: Tây Ninh

- TCGĐ: mẹ (1990) phẫu thuật u Pheochromocytoma 06/2024.
- 09/2024: những cơn tăng huyết áp 160/100 mmHg,
  đau đầu dữ dội
  vã mồ hôi

→Bv địa phương

→ gọi BS phòng tăng huyết áp MEDIC: cho theo dõi huyết áp TẠI NHÀ → **nhiều cơn tăng huyết áp 160/ 100 mmHg**

→hẹn ngày 26/09 lên MEDIC để tầm soát pheochromocytoma

TIỀN CĂN GIA ĐÌNH (MẸ BN)

SỞ Y TẾ
BỆNH VIỆN CHỢ RẪY
KHOA NGOẠI TIẾT NIỆU (5B1)

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

MS: 01/BV-01

Số lưu trữ: 2240054586
Mã y tế : 241089060

GIẤY RA VIỆN

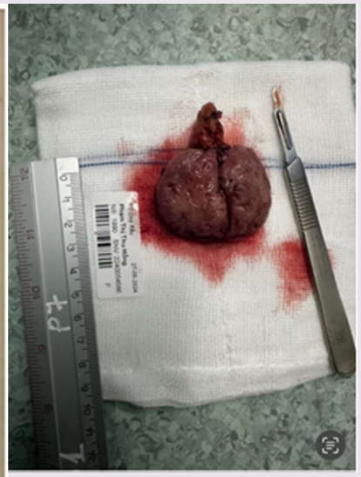
- Họ tên người bệnh: [redacted]
- Dân tộc: Kinh
- Năm sinh: 1990 Giới: [X] Nữ [ ] Nam
- Nghề nghiệp: Nội trợ
- Mã số BHXH/Thẻ BHYT số: GD 4 72 72 217 10295 - Giá trị thẻ: từ 06/06/2023 đến 03/06/2024
- Địa chỉ: Ấp Gò Nổi , Ninh Điền, Châu Thành, Tây Ninh
- Vào viện lúc: 08 giờ 51 phút, ngày 27/05/2024 Ra viện lúc: 12 giờ 00 phút, ngày 04/06/2024
- Bác sĩ điều trị: Nguyễn Hoài Phan
- Chẩn đoán: D44.1 - U tân sinh không chắc chắn hoặc không biết tính chất của Tuyến thượng thận (Bướu tuyến thượng thận trái); I10 - Bệnh lý tăng huyết áp
- Phương pháp điều trị: Phẫu thuật nội soi qua phúc mạc cắt bướu tuyến thượng thận trái
- Ghi chú: Uống thuốc theo toa. Tái khám theo hẹn. Lấy kết quả giải phẫu bệnh tại lầu 5B1 khi tái khám. Cắt chỉ vết mổ 10/06/2024 tại Y tế địa phương.

Ngày 04 tháng 06 năm 2024
GIÁM ĐỐC
PHỤ TRÁCH PHÒNG KHTH

Ngày 04 tháng 06 năm 2024
TRƯỞNG KHOA ĐIỀU TRỊ

[redacted]

PHÓ KHOA TIẾT NIỆU
A23-CR05 1708



Đơn vị: *Medic*
Nơi lấy mẫu: **Lầu 4** BS yêu cầu: BS.CKI. PHAN THỊ MINH NGA
Loại mẫu: **Máu** Tình trạng mẫu: **Đạt**

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
I. MIỄN DỊCH - IMMUNOLOGY			
Cortisol/Blood/Morning² (µg/dL)	**11.70**	(6.02 -18.4 µg/dL)	*QTMD033*
Cortisol (nmol/L)	**322.8**	(166.1 - 507.6 nmol/L)	
II. XÉT NGHIỆM MIỄN DỊCH ELISA - ELISA TEST			
* Catecholamines/ Plasma (Elisa)	*		
Adrenaline	**30.6**	(< 100 pg/ml)	
Noradrenaline	***4482.8 H***	(< 600 pg/ml)	
Dopamine	***357.5 H***	(< 100 pg/ml)	
* Aldosterone (Liaison):	**19.40**		*QTMD043*
	.	(Vị thế đứng: 2.21 - 35.3 ng/dL)	
	.	(Vị thế nằm: 1.17 - 23.6 ng/dL)	
* Active Renin (Liaison):	***65.41 H***	(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)	**7.79**	ng/mL/h	
Metanephrine/ Plasma	**42.5**	(< 65 pg/mL)	
Normetanephrine/Plasma	***2638.8 H***	(<196 pg/mL)	

Thời gian duyệt: 15:57:12 15/04/2024
Người duyệt: Bs.Hà Thị Hồng Nhung

In lần 1: 15:57:19 15/04/2024
Trưởng khoa xét nghiệm

7372469

MEDIC MRI REPORT

STT : **240411051** **Ngày ĐK : 11/04/2024 07:47**
Bệnh nhân : **Tuổi : 34 Nữ - ĐT :**
Địa chỉ : Tây Ninh
BS chỉ định : **BS.CKI. PHAN THỊ MINH NGA** **BV : MEDIC** **Khoa : PK**
Chẩn đoán sơ bộ :
Vùng : **MRI BỤNG** **Máy : GE EXPLORER** **Tiêm chất tương phản**
Kết quả : KỸ THUẬT
Hình chụp vùng bụng với máy cộng hưởng từ 1,5tesla, có tiêm thuốc tương phản, các thông số kỹ thuật được in ở góc trái mỗi hình.
MÔ TẢ
Tuyến thượng thận hai bên với kích thước, hình dạng và tín hiệu trong giới hạn bình thường.
Nhu mô thận hai bên hình thường, không thấy thương tổn thận hai bên, không giãn bể thận.
Khối choán chỗ trước thận trái kích thước 35x40mm, giới hạn rõ, tín hiệu cao trên T2WI, trung gian trên T1WI, bắt thuốc tương phản mạnh không đồng nhất.
Hemangioma gan trái kích thước 12mm.
Đường mật trong và ngoài gan không giãn, túi mật không to.
Ống mật chủ không dãn, không sỏi.
Lách tín hiệu bình thường.
Không thấy tràn dịch ổ bụng.
Không hẹp động mạch thận hai bên.
*** KẾT LUẬN:
KHÔNG THẤY U TUYẾN THƯỢNG THẬN HAI BÊN TRÊN MRI HÔM NAY.
KHÔNG HẸP ĐỘNG MẠCH THẬN HAI BÊN.
HEMANGIOMA GAN TRÁI.
KHỐI CHOÁN CHỖ TRƯỚC THẬN TRÁI KHẢ NĂNG U CÓ NGUỒN GỐC THẦN KINH.

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 11/04/2024 15:03
(Bác sĩ đã ký)

BỆNH ÁN

KHÁM MEDIC 26/09/2024:

Khám thực thể: tổng trạng tốt, M: 108 l/ph, HA : 146/109 mmHg, vã mồ hôi nhiều

Dựa vào bệnh sử và tiền sử gia đình, BS cho xét nghiệm **hormone tuyến thượng thận và CT toàn thân có cản quang**

BỆNH ÁN

MEDIC

Kho Nhà Thuốc
Khoa Cấp Cứu

ĐƠN TI

Họ và tên:

Họ và tên Bố/Mẹ/Người giám hộ :

Địa chỉ:

Mã thẻ BHYT: HS | 4 | 72 | 72 | 216 | 25593 | 72131

Chẩn đoán: **J01 - Viêm xoang -Nhiễm siêu vi**

Huyết áp: / mmHg Mạch: lần/phú

Chỉ số đường huyết:

Viện Phí

1) Paracetamol (Efferalgan) 500mg
Uống **Sáng: 1 (Viên sũi)** **Trưa: 1**

2) Vitamin C (Vitamin C 250 NT) 250mg
Uống **Sáng: 1 (Viên)** **Chiều: 1**

- Cộng khoản: 2 khoản
- **Cấp toa: 2 ngày**
- Ngày tái khám:
- Lời dặn:

Chữ ký bệnh nhân

Họ và tên : *Name:*

Ngày sinh : *D.O.B* 14/

Địa Chỉ : *Address*

Vấn đề chính : *Chief complaint* J01 - Viêm xoang cấp

Chỉ định bởi : *Physician* ThsBS. Trần Thị Mỹ Nhật Khoa : *Dept*

Ngày chỉ định : *Datetime* 22:25:42 17/09/2024

KẾT QUẢ CHỤP X QUANG - X RAY Rep

*** Mô tả (Description):**

Vùng chụp: **XOANG THẾ BLONDEAU-HIRTZ.**

- Xoang hàm: Dày niêm mạc xoang hàm trái.
- Xoang trán: Sáng bình thường.
- Xoang sàng: Dày niêm mạc xoang sàng hai bên.
- Xoang bướm: Sáng bình thường.
- Xoăn mũi: Không phì đại.
- Vách ngăn mũi: Không vẹo.
- Phần mềm: Bình thường.

*** Kết luận (Conclusion):**

Dày niêm mạc xoang hàm trái và xoang sàng hai bên.

2409180014

PHIẾU KẾT QUẢ SIÊU ÂM TỔNG QUÁT NAM

IDBN:2409180014

Giới Tính:Nam Năm Sinh/Tuổi:2014

SĐT:

BHYT:

Khoa:CĐHA

Hình Ảnh

Chẩn Đoán:

II.Nội Dung:

GAN: - Kích thước: Không to
- Nhu mô: Gan echo dày, giảm âm phần sâu.
- Mạch máu: Bình thường

MẬT: - Đường mật trong gan: Không dãn
- Ống mật chủ: Không dãn, không sỏi
- Túi mật: Thành không dày, không sỏi

TỤY: - Bình thường
LÁCH: - Không to
THẬN: - Thận trái : Không sỏi, không ứ nước
- Thận phải : Không sỏi, không ứ nước

BÀNG QUANG: Thành không dày, không sỏi
ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG: Bình thường
CƠ QUAN KHÁC: Chưa phát hiện gì lạ

III.Kết Luận:

GAN NHIỄM MỠ ĐỘ II
ĐỘNG MẠCH THẬN HAI BÊN KHÔNG HẸP

Ngày 18 tháng 09 năm 2024
Bác sĩ siêu âm

BỆNH ÁN

Chẩn đoán sơ bộ: CƠN TĂNG HUYẾT ÁP
ĐAU ĐẦU- VIÊM MŨI XOANG
TD PHEOCHROMOCYTOMA (mẹ bé mới phẫu thuật pheochromocytoma)

CHỈ ĐỊNH:

1. SIÊU ÂM (1): SA Tim Màu

2. ĐIỆN CHẨN ĐOÁN (1): Điện tâm đồ (ECG)

3. MRI-CT SCAN (1): CT Toàn Thân (xin chú ý pheochromocytoma- MẸ BÉ MỚI PHẪU THUẬT PHEOCHROMOCYTOMA, xin chú ý thêm sọ não - bé đau đầu nhiều, xin chú ý động mạch thận)

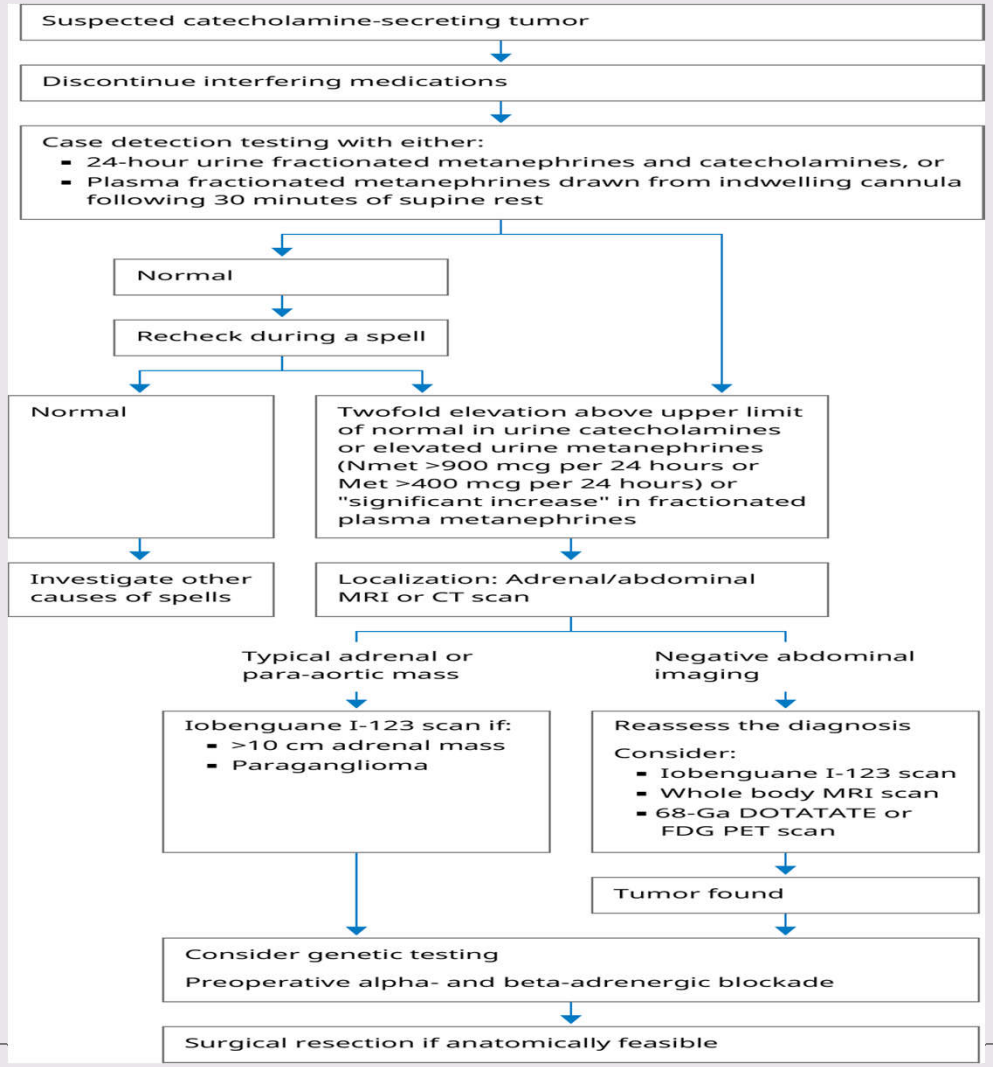
4. KHÁM BỆNH (1): Khám CK Huyết áp

XÉT NGHIỆM:

Giờ	Người lấy mẫu
____:____	

TỔNG SỐ XÉT NGHIỆM: 22

Triglycerides	Glucose (Random)	HBsAg (Định Tính)	Cortisol / Máu
Creatinine/máu (eGFR)	ALT (SGPT)	Anti HCV (Thế hệ 3)	MicroAlbumin/Nước tiểu bất kỳ
NFS (C.B.C)	GGT	TSH (Thế hệ 3)	Metanephrine / Nước Tiểu / 24h
AST (SGOT)	Uric acid	Test bộ 3 Catecholamines/máu	Metanephrine Máu
LDL.C	Ion đồ chung	Aldosterone (máu) (Liaison)	



CHẨN ĐOÁN U TIẾT CATECHOLAMINE

Catecholamine-secreting tumors that arise from **chromaffin cells** of the adrenal medulla and the sympathetic ganglia are referred to as "pheochromocytomas" and "catecholamine-secreting paragangliomas"

7976039

STT : **Ngày ĐK : 26/09/2024 08:33**

Bệnh nhân : **Tuổi : 10 Nam - ĐT** :

Địa chỉ :

BS chỉ định : **BS.CKI. PHAN THỊ MINH NGA** **BV** : **MEDIC** **Khoa : PK**

Chẩn đoán sơ bộ : **CƠN TĂNG HUYẾT ÁP**

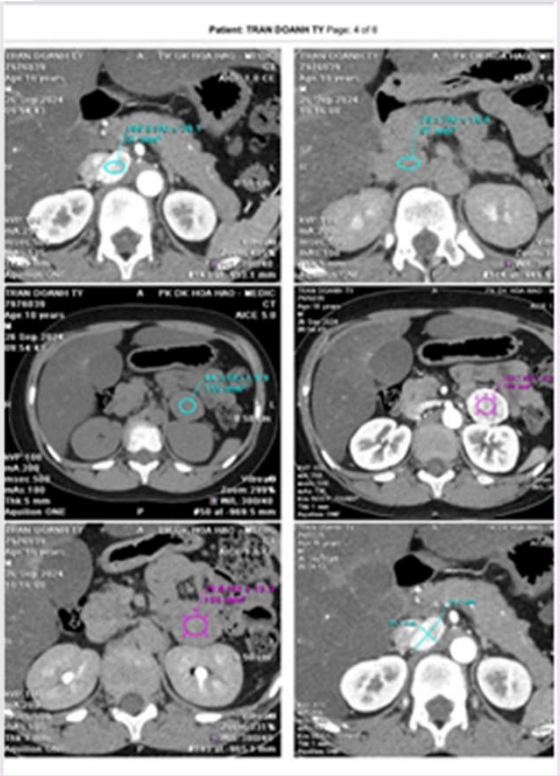
TD PHEOCHROMOCYTOMA (mẹ bé mới phẫu thuật pheochromocytoma)

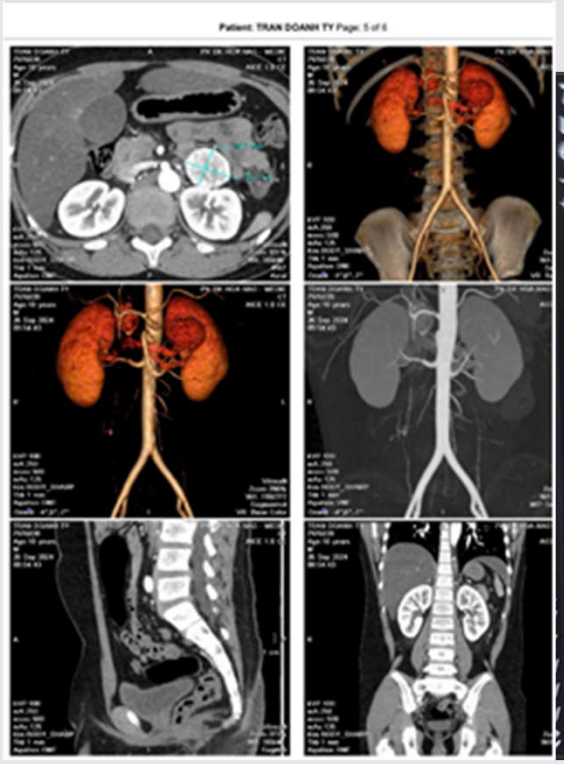
Vùng : **CT TOÀN THÂN** **Máy** : **MSCT 640 _ 1** **Tiêm chất tương phản**

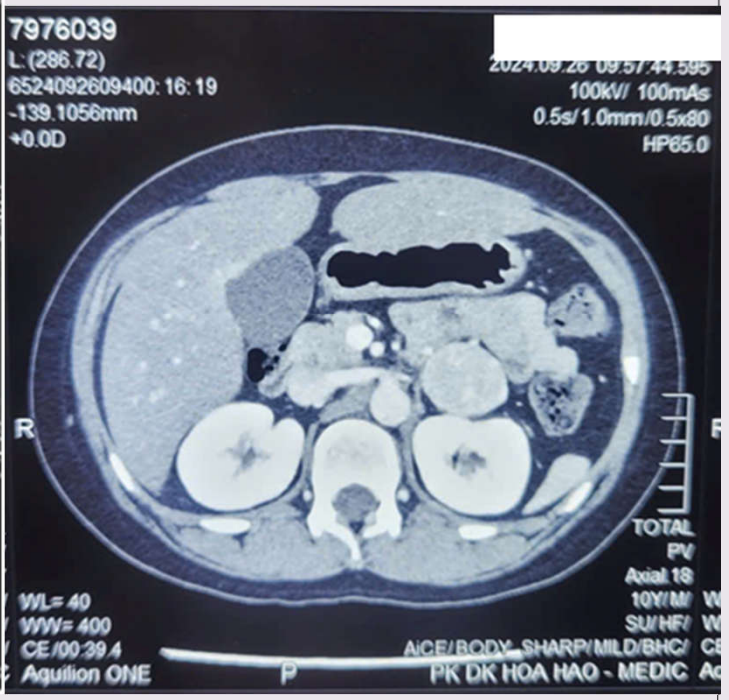
Kết quả : KẾT QUẢ: Kỹ Thuật (CTTT): Với kỹ thuật MSCT với các lát hình 1mm, từ đỉnh đầu cho đến xương mu – tái tạo 3D, multiplanar.
Cân nặng: 45 kg và chiều cao: 140 cm
VÙNG:
1) Não: Chưa thấy hình ảnh bất thường.
2) Tai mũi họng: Chưa thấy hình ảnh bất thường.
3) Cổ (tuyến giáp): Chưa thấy hình ảnh bất thường. Độ HU tuyến giáp= 96.
4) Ngực (phổi, trung thất): Chưa thấy hình ảnh bất thường nhu mô phổi và trung thất.
Không hạch nách bất thường hai bên.
5) Tim và động mạch chủ: Không thấy đóng vôi thành động mạch vành. Động mạch chủ không phình.
6) Bụng (gan - mật - tụy -lách - dạ dày - đường ruột): Gan nhiễm mỡ.
Hai thương tổn đậm độ mô mềm ở cạnh tuyến thượng thận hai bên, kích thước bên (P) #15x25mm, bên (T) #36x31mm. Thương tổn có độ cản tia #44-47HU, ở thì nhu mô #154-187HU và ở thì delay #44-78HU.
7) Niệu (2 Thận - Niệu quản - Bọng đái) + vùng chậu: Chưa thấy hình ảnh bất thường.
Ghi nhận hai động mạch thận (T).
8) Xương: Không thấy hình ảnh hủy xương bất thường trong vùng khảo sát. Độ HU L1= 195.
*** KẾT LUẬN:
- Theo dõi hai u Pheochromocytoma ngoài tuyến thượng thận.
CĐPB: U thần kinh nội tiết.
- Gan nhiễm mỡ.
- Ghi nhận hai động mạch thận (T).

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 26/09/2024 12:07

BỆNH ÁN






7976039
L:(286.72)
6524092609400: 16: 19
-139.1056mm
+0.0D
100kV/ 100mAs
0.5s/1.0mm/0.5x80
HP65.0
R
TOTAL
PV
Axial 18
WL= 40
WW= 400
CE/00:39.4
Aquilion ONE
P
PK DK HOA HAO - MEDIC

BỆNH ÁN

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
Adrenaline	*173.6 H*	(< 100 pg/ml)	
Noradrenaline	*2414.3 H*	(< 600 pg/ml)	
Dopamine	*152.5 H*	(< 100 pg/ml)	
* Catecholamines/ Urine 24h (Elisa)	*		
Adrenaline	*27.8 H*	(< 20 µg/24h)	
Noradrenaline	*736.5 H*	(< 90 µg/24h)	
Dopamine	289.5	(< 600 µg/24h)	
Thể tích (Lít/24h)	1.00	(Lít/ 24h)	
* Aldosterone (Liaison) (ng/dL)	47.40	(ng/dL)	
	.	(Vị thế đứng: 2.21 - 35.3 ng/dL)	
	.	(Vị thế nằm: 1.17 - 23.6 ng/dL)	
* Direct Renin (Liaison) (ng/L)	52.58	(ng/L)	
(Định lượng Renin)	.	(Vị thế đứng: 3.63 - 27.6 ng/L)	
	.	(Vị thế nằm: 1.68 - 23.89 ng/L)	
Direct Renin (Liaison) (µIU/mL)	87.81	(µIU/mL)	
* Tỉ lệ Aldosterone/Direct Renin- ARR	.	* REF: Clinical Practice Guideline	
Aldosterone (ng/dL)/D.Renin(ng/L)	0.901	J Clin Endocrinol Metab, 05/2016, 101(5):1889-191	
Metanephrine/ Plasma	*71.6 H*	(< 65 pg/mL)	
Metanephrine/ Urine	184.5	(< 350 µg/24h)	
Thể tích (Lít/24h)	1.00		

Thời gian duyệt: 11:29:53 29/09/2024
Người duyệt: Bs.Hà Thị Hồng Nhung

In lần 1: 11:30:09 29/09/2024
Trưởng khoa xét nghiệm

Positive case-detection test:

A positive test includes **one or more** of the following findings:

- Normetanephrine >900 mcg/24 hours or metanephrine >400 mcg/24 hours
- **Norepinephrine >170 mcg/24 hours**
- Epinephrine >35 mcg/24 hours
- Dopamine >700 mcg/24 hours
- 3-methoxytyramine >306 mcg/24 hours in males and >242 mcg/24 hours in females

Clinical presentation and diagnosis of pheochromocytoma - UpToDate

BỆNH ÁN

WBC		***15.7 H***
% Neu	66.7	
% Lym	26.4	
% Mono	6.4	
% Eos	0.2	
% Baso	0.3	
# Neu		***10.4 H***
# Lym		***4.1 H***
# Mono	1.0	
# Eos	0.0	
# Baso	0.0	
RBC	5.12	
Hb	14.2	
Hct	43.1	
MCV	84.2	
MCH	27.7	
MCHC	33.0	
RDW	14.0	
PLT		***672 H***
MPV	8.1	

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ
Na	138.2
K	4.54
Ca	2.70
Cl	100.2
MICRO.ALB/Urine (Quantitative):	*
Micro Albumine/CRE	***47.86 H***
GGT[1]	***139.5 H***
SGOT (AST)[1]	***62.06 H***
SGPT (ALT)[1]	***174.4 H***
Uric Acid/Serum[1]	***8.12 H***
*Độ Lọc Cầu Thận (CKD-EPI)	*
Creatinin/Serum[2]	0.710
eGFR (CKD-EPI)	.
LDL Cholesterol[2]	***5.31 H***
	.
Triglycerides[1]	1.93
	.
IV. MIỄN DỊCH - IMMUNOLOGY	
Cortisol/Blood/Morning[2] (µg/dL)	***2.54 L***
Cortisol (nmol/L)	***70.07 L***
TSH u.sensitive (3rd G)[1]	1.04

Ngày tháng năm sinh: **2014**
Số CCCD/Hộ chiếu:
Địa chỉ: **ẤP GÒ NỔI, X. NINH ĐIỀN, H. CHÂU THÀNH, T. TÂY NINH**
Đơn vị: ***Medic***
Nơi lấy mẫu: **Tầng trệt**
Loại mẫu: **Máu/N.Tiểu** Tình trạng mẫu: **Đạt**

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ
I. MIỄN DỊCH - IMMUNOLOGY	
Cortisol/ Urine 24h:	*
Cortisol/ 24h	17.50
Cortisol/Urine	0.700
Vol/24h	2.5
ACTH (morning) Roche	48.70

Thời gian duyệt: 06:39:14 01/10/2024
Người duyệt: ThS.BS.Nguyễn Bảo Toàn

TSH u.sensitive (3rd G)[1]	1.04	(
HBsAg (Định tính, qualitative)[1]	NEG S/CO 0.477	(
Anti HBs (Định lượng,quantitative)[2]	<2.00	(
Anti HCV (Định tính, qualitative)[1]	NEG S/CO 0.027	(

BỆNH ÁN

ĐIỆN TÂM ĐỒ - ĐIỆN TOÁN TRUNG TÂM CHẨN ĐOÁN Y KHOA MEDIC , 254 HÒA HẢO QUẬN 10 TP HCM

Mã BN : 7976039-423 Tuổi : 10 Giới tính : M

Cao : 140 Nặng : 45 HA : 146/109 Tốc độ : 25mm/s Ngày : 26/ 9/2024 Giờ : 10:42

Chỉ định : ,

7976039

KẾT QUẢ SIÊU ÂM TIM MÀU

Máy: **ALOKA -ProSound α6**

ID : **7976039** Ngày ĐK: 26/09/2024 10:45

Họ và tên **10** tuổi **Nam**

Địa chỉ

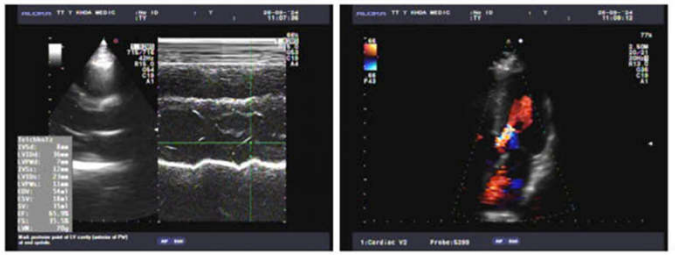
Chẩn đoán sơ bộ : CƠN TĂNG HUYẾT ÁPĐAU ĐẦU- VIÊM MŨI XOANGTD PHEOCHROMOCYTOMA (MẸ BỆ MỚI PHẪU THUẬT PHEOCHROMOCYTOMA)

VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM TIM MÀU

1- Các buồng tim trong giới hạn bình thường LVDd= 36mm
Không rối loạn vận động khu trú.Chức năng tâm thu thất trái tốt EF= 65%(Teichholz)

2- Van hai lá dày, hở 1/4, van đm chủ 3 mảnh, dày, hở 2/4
Hở van 3 lá 1/4, tăng áp phổi nhẹ PAPs= 36mmHg

3- Không tràn dịch màng ngoài tim.

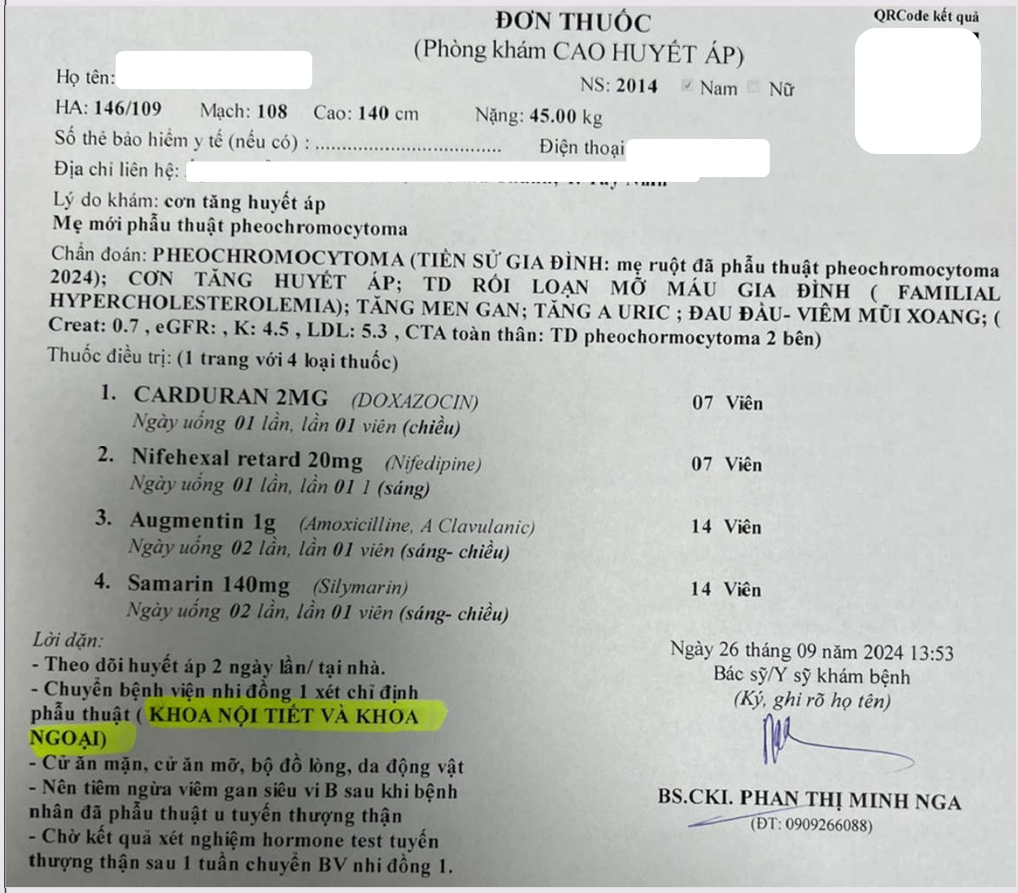


KẾT LUẬN : **GHI NHẬN TIM CÓ NGOẠI TÂM THU**
HỞ VAN HAI LÁ 1/4, HỞ VAN ĐM CHỦ 2/4
TĂNG ÁP ĐMPHỔI NHẸ
THẤT TRÁI CO BÓP TỐT

Đề nghị :

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 26/09/2024 11:10

BỆNH ÁN



ĐƠN THUỐC

(Phòng khám CAO HUYẾT ÁP)

QRCode kết quả

Họ tên:

NS: **2014** ☑ Nam ☐ Nữ

HA: **146/109** Mạch: **108** Cao: **140** cm Nặng: **45.00** kg

Số thẻ bảo hiểm y tế (nếu có) : ..... Điện thoại

Địa chỉ liên hệ:

Lý do khám: **cơn tăng huyết áp**
Mẹ mới phẫu thuật pheochromocytoma

Chẩn đoán: **PHEOCHROMOCYTOMA (TIỀN SỬ GIA ĐÌNH: mẹ ruột đã phẫu thuật pheochromocytoma 2024); CƠN TĂNG HUYẾT ÁP; TD RỐI LOẠN MỠ MÁU GIA ĐÌNH (FAMILIAL HYPERCHOLESTEROLEMIA); TĂNG MEN GAN; TĂNG A URIC ; ĐAU ĐẦU- VIÊM MŨI XOANG; (Creat: 0.7 , eGFR: , K: 4.5 , LDL: 5.3 , CTA toàn thân: TD pheochormocytoma 2 bên)**

Thuốc điều trị: **(1 trang với 4 loại thuốc)**

1. **CARDURAN 2MG** *(DOXAZOCIN)* — **07 Viên**
   Ngày uống 01 lần, lần 01 viên (chiều)
2. **Nifehexal retard 20mg** *(Nifedipine)* — **07 Viên**
   Ngày uống 01 lần, lần 01 1 (sáng)
3. **Augmentin 1g** *(Amoxicilline, A Clavulanic)* — **14 Viên**
   Ngày uống 02 lần, lần 01 viên (sáng- chiều)
4. **Samarin 140mg** *(Silymarin)* — **14 Viên**
   Ngày uống 02 lần, lần 01 viên (sáng- chiều)

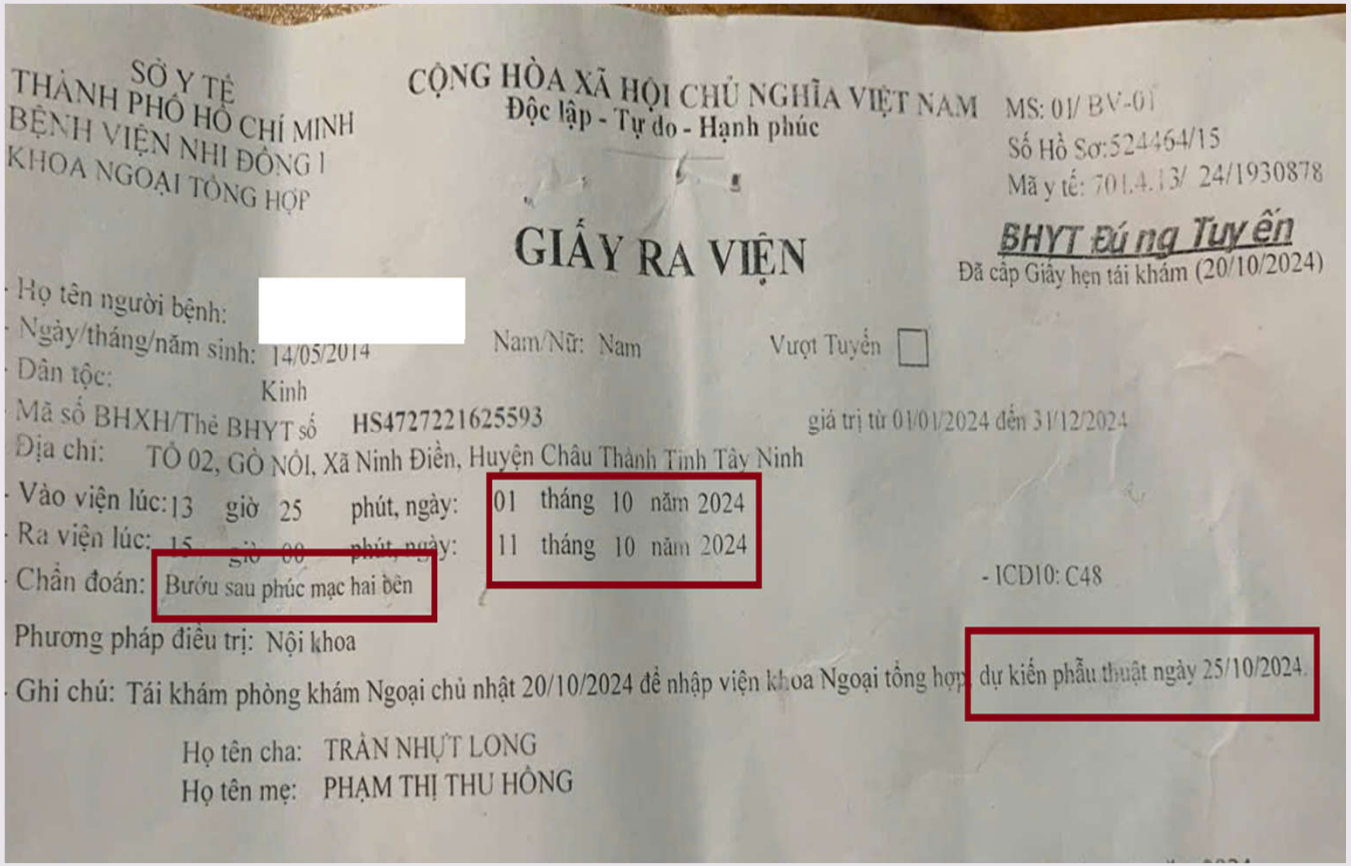
Lời dặn:
- **Theo dõi huyết áp 2 ngày lần/ tại nhà.**
- **Chuyển bệnh viện nhi đồng 1 xét chỉ định phẫu thuật (KHOA NỘI TIẾT VÀ KHOA NGOẠI)**
- **Cữ ăn mặn, cữ ăn mỡ, bộ đồ lòng, da động vật**
- **Nên tiêm ngừa viêm gan siêu vi B sau khi bệnh nhân đã phẫu thuật u tuyến thượng thận**
- **Chờ kết quả xét nghiệm hormone test tuyến thượng thận sau 1 tuần chuyển BV nhi đồng 1.**

Ngày 26 tháng 09 năm 2024 13:53
Bác sỹ/Y sỹ khám bệnh
(Ký, ghi rõ họ tên)

BS.CKI. PHAN THỊ MINH NGA
(ĐT: 0909266088)

TOA THUỐC TRƯỚC PHẪU THUẬT

NHẬP VIỆN LẦN 1



SỞ Y TẾ
THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1
KHOA NGOẠI TỔNG HỢP

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

MS: 01/ BV-01
Số Hồ Sơ:52464/15
Mã y tế: 701.4.13/ 24/1930878

BHYT Đúng Tuyến
Đã cấp Giấy hẹn tái khám (20/10/2024)

GIẤY RA VIỆN

- Họ tên người bệnh:
- Ngày/tháng/năm sinh: 14/05/2014 Nam/Nữ: Nam Vượt Tuyến ☐
- Dân tộc: Kinh
- Mã số BHXH/Thẻ BHYT số HS4727221625593 giá trị từ 01/01/2024 đến 31/12/2024
- Địa chỉ: TỔ 02, GÒ NỔI, Xã Ninh Điền, Huyện Châu Thành Tỉnh Tây Ninh
- Vào viện lúc: 13 giờ 25 phút, ngày: 01 tháng 10 năm 2024
- Ra viện lúc: 15 giờ 00 phút, ngày: 11 tháng 10 năm 2024
- Chẩn đoán: Bướu sau phúc mạc hai bên - ICD10: C48

Phương pháp điều trị: Nội khoa

- Ghi chú: Tái khám phòng khám Ngoại chủ nhật 20/10/2024 để nhập viện khoa Ngoại tổng hợp dự kiến phẫu thuật ngày 25/10/2024.

Họ tên cha: TRẦN NHỰT LONG
Họ tên mẹ: PHẠM THỊ THU HỒNG

GIẤY RA VIỆN LẦN 1

A2

BỆNH ÁN

A1

Ngày tháng năm sinh: **2014** Quốc tịch:
Số CCCD/Hộ chiếu: ĐT: **000**
Địa chỉ: **MẪU BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1**
Đơn vị: ***BV NHI ĐỒNG 1***
Nơi lấy mẫu: **Tầng trệt** BS yêu cầu: BÁC SĨ BÊN NGOÀI (MẪU MANG ĐẾN)
Loại mẫu: **Máu** Tình trạng mẫu: **Đạt**

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU
I. MIỄN DỊCH - IMMUNOLOGY		
Cortisol/Blood/Morning² (µg/dL)	***20.70 H***	(6.02 -18.4 µg/dL)
Cortisol (nmol/L)	***571.0 H***	(166.1 - 507.6 nmol/L)
II. XÉT NGHIỆM MIỄN DỊCH ELISA - ELISA TEST		
* Aldosterone (Liaison) (ng/dL)	**47.50**	(ng/dL)
	.	(Vị thế đứng: 2.21 - 35.3 ng/dL)
	.	(Vị thế nằm: 1.17 - 23.6 ng/dL)
* Direct Renin (Liaison) (ng/L)	**54.75**	(ng/L)
(Định lượng Renin)	.	(Vị thế đứng: 3.63 - 27.6 ng/L)
	.	(Vị thế nằm: 1.68 - 23.89 ng/L)
Direct Renin (Liaison) (µIU/mL)	**91.43**	(µIU/mL)
* Tỉ lệ Aldosterone/Direct Renin- ARR	.	* REF: Clinical Practice Guideline
Aldosterone (ng/dL)/D.Renin(ng/L)	**0.868**	J Clin Endocrinol Metab, 05/2016, 101(5):1889-191
Metanephrine/ Plasma	***106.6 H***	(< 65 pg/mL)
Normetanephrine/Plasma	***6306.1 H***	(<196 pg/mL)

Thời gian duyệt: 15:04:47 06/10/2024 **In lần 1: 15:04:49 06/10/2024**

www.medic-lab.com/www.medic-lab.com.vn

PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

(BM.TTXN.XN.02.1 - Ngày áp dụng: 01/03/2016 - Phiên bản: 1.2)

Họ tên: Phái: **Nam**
Ngày tháng năm sinh: **2014** Quốc tịch:
Số CCCD/Hộ chiếu: ĐT: **000**
Địa chỉ: **MẪU BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1 - 02839271119**
Đơn vị: ***BV NHI ĐỒNG 1***
Nơi lấy mẫu: **Tầng trệt** BS yêu cầu: BÁC SĨ BÊN NGOÀI (MẪU MANG ĐẾN)
Loại mẫu: **N.Tiểu** Tình trạng mẫu: **Đạt**

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
I. XÉT NGHIỆM MIỄN DỊCH ELISA - ELISA TEST			
* Catecholamines/ Urine 24h (Elisa)	*		
Adrenaline	**9.96**	(< 20 µg/24h)	
Noradrenaline	***1079.2 H***	(< 90 µg/24h)	
Dopamine	**520.0**	(< 600 µg/24h)	
Thể tích (Lít/24h)	**1.6 L**	(Lít/ 24h)	

Thời gian duyệt: 15:21:21 11/10/2024 **In lần 1: 15:21:25 11/10/2024**
Người duyệt: DS.Trần Hoàng Nguyên **Trưởng khoa xét nghiệm**

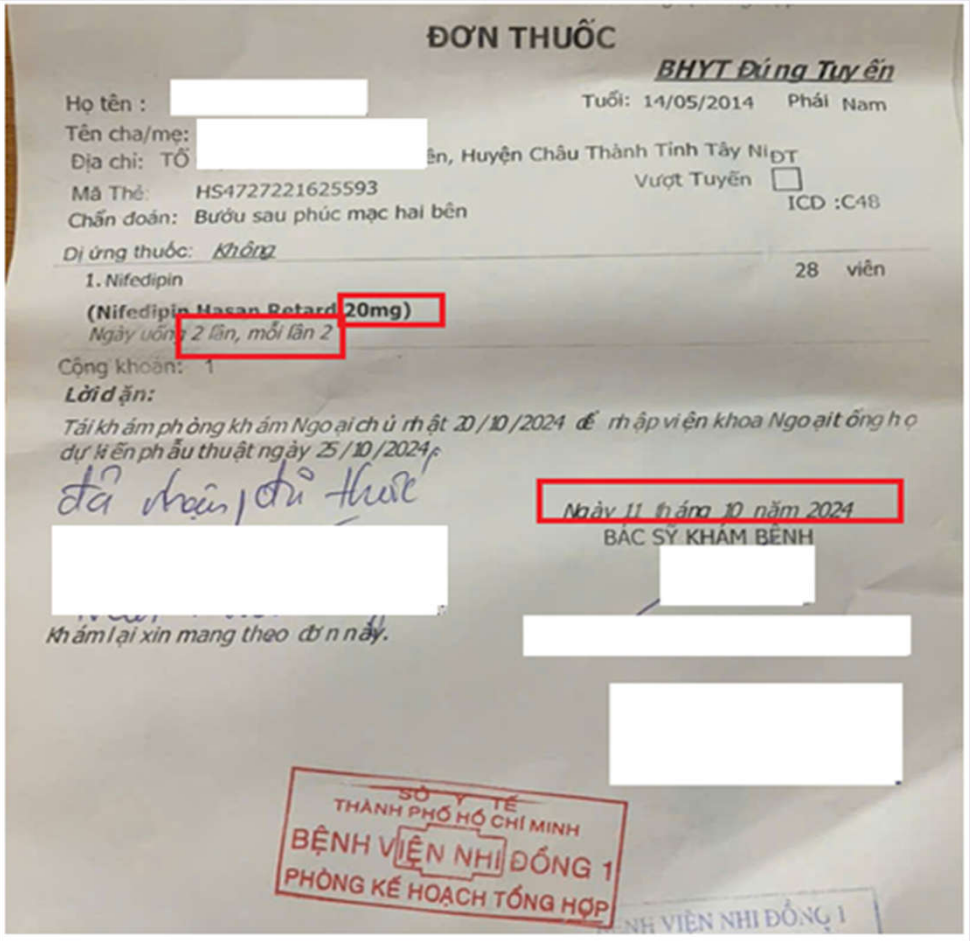
XÉT NGHIỆM TRƯỚC PHẪU THUẬT

Slide 15

A1 ADMIN, 11/29/2024

A2 ADMIN, 11/29/2024

BỆNH ÁN



ĐƠN THUỐC

BHYT Đúng Tuyến

Họ tên : [redacted] Tuổi: 14/05/2014 Phái Nam

Tên cha/mẹ: [redacted]

Địa chỉ: TỔ [redacted] ấp, Huyện Châu Thành Tỉnh Tây Ni ĐT

Mã Thẻ: HS4727221625593 Vượt Tuyến ☐

Chẩn đoán: Bướu sau phúc mạc hai bên ICD :C48

Dị ứng thuốc: Không

1. Nifedipin 28 viên

(Nifedipin Hasan Retard 20mg)

Ngày uống 2 lần, mỗi lần 2

Cộng khoản: 1

Lời dặn:

Tái khám phòng khám Ngoại chủ nhật 20/10/2024 để nhập viện khoa Ngoại tổng hợp dự kiến phẫu thuật ngày 25/10/2024.

đã hoàn phẫu thuật

Ngày 11 tháng 10 năm 2024

BÁC SỸ KHÁM BỆNH

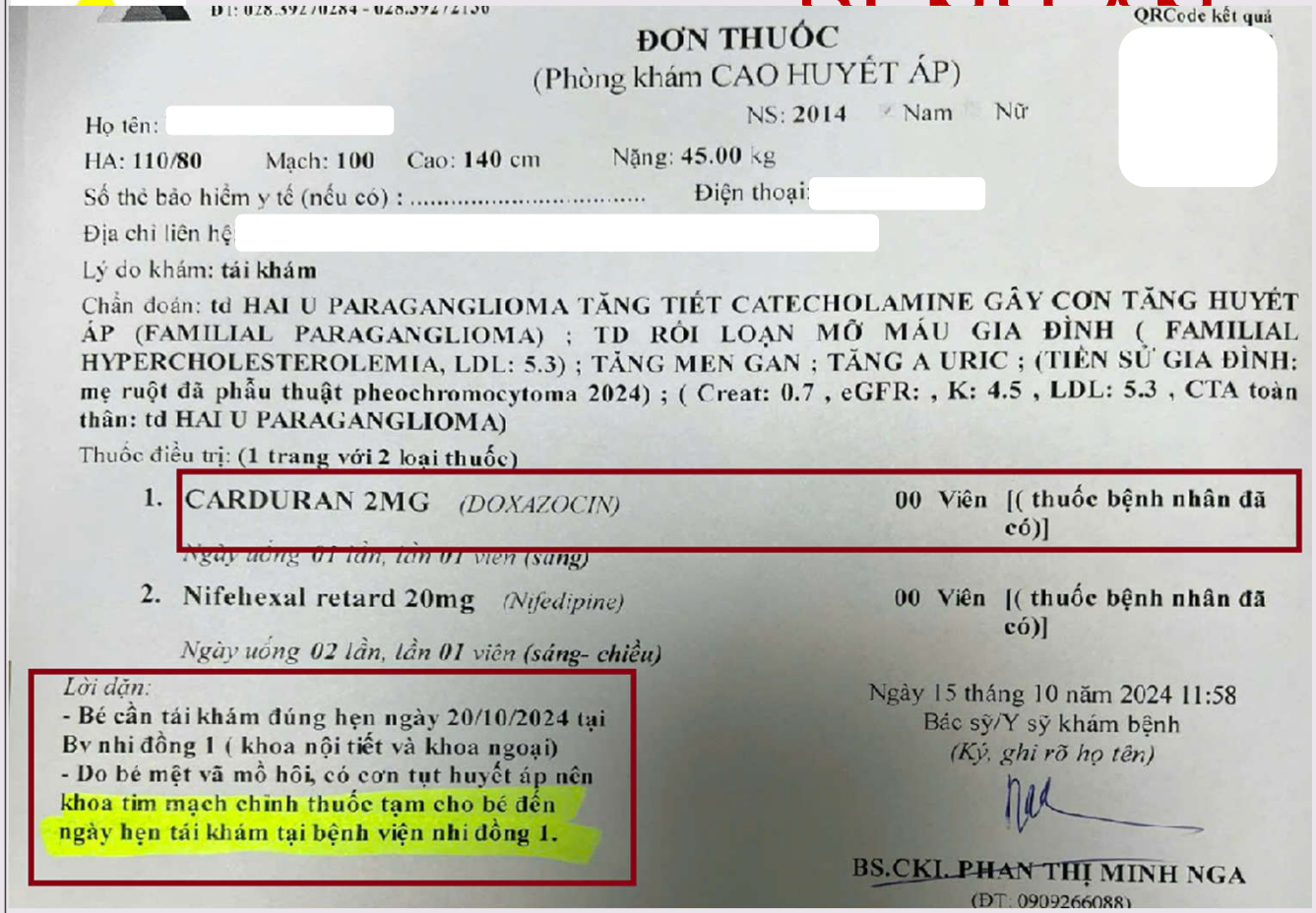
[redacted]

Khám lại xin mang theo đơn này.

SỞ Y TẾ THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1
PHÒNG KẾ HOẠCH TỔNG HỢP

BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

TOA XUẤT VIỆN LẦN 1



ĐƠN THUỐC

(Phòng khám CAO HUYẾT ÁP)

QRCode kết quả

Họ tên: NS: 2014 Nam Nữ

HA: 110/80 Mạch: 100 Cao: 140 cm Nặng: 45.00 kg

Số thẻ bảo hiểm y tế (nếu có) : ..... Điện thoại:

Địa chỉ liên hệ:

Lý do khám: tái khám

Chẩn đoán: td HAI U PARAGANGLIOMA TĂNG TIẾT CATECHOLAMINE GÂY CƠN TĂNG HUYẾT ÁP (FAMILIAL PARAGANGLIOMA) ; TD RỐI LOẠN MỠ MÁU GIA ĐÌNH (FAMILIAL HYPERCHOLESTEROLEMIA, LDL: 5.3) ; TĂNG MEN GAN ; TĂNG A URIC ; (TIỀN SỬ GIA ĐÌNH: mẹ ruột đã phẫu thuật pheochromocytoma 2024) ; (Creat: 0.7 , eGFR: , K: 4.5 , LDL: 5.3 , CTA toàn thân: td HAI U PARAGANGLIOMA)

Thuốc điều trị: (1 trang với 2 loại thuốc)

1. CARDURAN 2MG *(DOXAZOCIN)* 00 Viên [(thuốc bệnh nhân đã có)]

Ngày uống 01 lần, lần 01 viên (sáng)

2. Nifehexal retard 20mg *(Nifedipine)* 00 Viên [(thuốc bệnh nhân đã có)]

Ngày uống 02 lần, lần 01 viên (sáng- chiều)

Lời dặn:

- Bé cần tái khám đúng hẹn ngày 20/10/2024 tại Bv nhi đồng 1 (khoa nội tiết và khoa ngoại)
- Do bé mệt vã mồ hôi, có cơn tụt huyết áp nên khoa tim mạch chỉnh thuốc tạm cho bé đến ngày hẹn tái khám tại bệnh viện nhi đồng 1.

Ngày 15 tháng 10 năm 2024 11:58

Bác sỹ/Y sỹ khám bệnh

(Ký, ghi rõ họ tên)

BS.CKI. PHAN THỊ MINH NGA

(ĐT: 0909266088)

Khi nhập viện 20/10/2024,
BN được BS nội tiết khám, giữ nguyên điều trị này và bắt đầu dùng thêm **propranolol 40 mg ½ viên x 2** cho đến ngày phẫu thuật.

MEDICAL PREPARATION FOR SURGERY

Alpha-adrenergic blockade :

- An alpha-adrenergic blocker is given for at least **seven days** preoperatively .

- More favorable side-effect profiles and lower cost, selective alpha-1-adrenergic blocking agents (eg, doxazosin, terazosin, or prazosin) are used in many centers and are preferred to phenoxybenzamine for most patients.

- The initial dose of doxazosin is 1 mg at bedtime, and it is titrated in twice-daily dosing by increasing the dose by 1 to 2 mg every two to three days as needed to control blood pressure and spells. In general, the patient is ready for surgery in **7 to 14 days** after initiation of alpha-adrenergic blockade.

Treatment of pheochromocytoma in adults - UpToDate

MEDICAL PREPARATION FOR SURGERY

- The final dose of doxazosin is typically between **3 to 10 mg twice daily**.

- **Addition of beta-adrenergic blockade** — After adequate alpha-adrenergic blockade has been achieved, beta-adrenergic blockade is initiated, which typically occurs **two to three days preoperatively**. The beta-adrenergic blocker should **never be started first**, because blockade of vasodilatory peripheral beta-adrenergic receptors with unopposed alpha-adrenergic receptor stimulation can lead to a further elevation in blood pressure.

Treatment of pheochromocytoma in adults - UpToDate

MEDIC

TƯỜNG TRÌNH PHẪU THUẬT / THỦ THUẬT

P/pháp vô cảm: NKQ
Tư thế BN: NẰM NGỬA
Tình trạng bệnh lý: CAO HUYẾT ÁP
Rạch da: ĐƯỜNG MERCEDES LỆCH TRÁI, 20CM
Giai đoạn phẫu thuật: BỆNH NẰM NGỬA, KÊ GỐI NGANG THƯỢNG VỊ.
VÀO ĐƯỜNG MERCEDES LỆCH TRÁI, 20CM. Ổ BỤNG SẠCH, MẠC NỐI LỚN MỀM MẠI, BỀ MẶT GAN TRƠN LÁNG.
KHỐI BƯỚU SAU PHÚC MẠC TRÁI DK 36X31X30 NẰM DÍNH VÀO CỰC DƯỚI TUYẾN THƯỢNG THẬN TRÁI, GIỚI HẠN TƯƠNG ĐỐI RÕ, TĂNG SINH MẠCH MÁU NHIỀU. HẠCH CẠNH BƯỚU DK 3-5MM.
-> MỞ KHOANG SAU PHÚC MẠC. PHẪU TÍCH CẮT BƯỚU VÀ TUYẾN THƯỢNG THẬN THẬN TRÁI. GHI NHẬN PHẦN BƯỚU DÍNH VÔ TUYẾN THƯỢNG THẬN TRÁI KHÁ ÍT NHƯNG CÓ NHÁNH TM DK 2MM ĐỔ VÔ TM THƯỢNG THẬN TRÁI. CẮT BƯỚU VÀ TUYẾN THƯỢNG THẬN TRÁI GỬI GPB. SINH THIẾT HẠCH CẠNH BƯỚU.
TIẾP TỤC ĐI ĐỘNG ĐT NGANG, THỰC HIỆN THỦ THUẬT KOCHER THÁM SÁT GHI NHẬN KHỐI BƯỚU ĐẶC DK 15X20X25MM NẰM GIỮA TM CHỦ BỤNG VÀ ĐM CHỦ BỤNG ĐOẠN NGAY TRÊN BỜ TRÊN TM THẬN TRÁI. BƯỚU CÓ GIỚI HẠN KHÁ RÕ, TĂNG SINH MẠCH MÁU NHIỀU. CÓ NHIỀU MẠCH BẠCH HUYẾT LỚN ĐI SÁT PHÍA TRƯỚC VÀ BÊN PHẢI BƯỚU. TIẾN HÀNH PHẪU TÍCH CẮT BƯỚU GỞI GPB. GHI NHẬN BƯỚU NẰM SÁT NHƯNG KHÔNG CÓ LIÊN KẾT VỚI TUYẾN THƯỢNG THẬN PHẢI.
TRONG QÚA TRÌNH PHẪU TÍCH HUYẾT ÁP DAO ĐỘNG TỪ 90- 143 mmHg.
RỬA TRƯỜNG MỔ. Hai thận bình thường sau cắt bướu.
KIỂM TRA CẦM MÁU. ĐẮP 01 SURGICEL DIỆN CẮT HAI BÊN.
ĐỦ GẠC + Y CỤ
ĐÓNG BỤNG VỚI VICRYL 4.0, 2.0 VICRYL RAPID 4.0

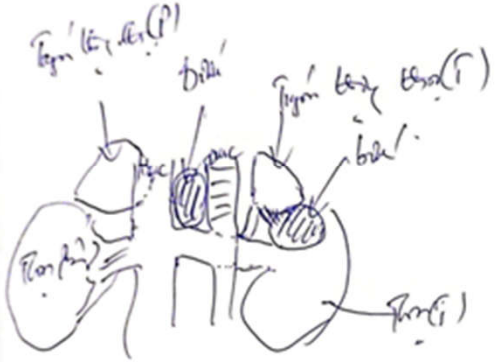
BỆNH ÁN

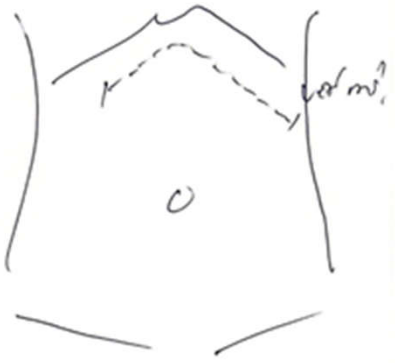
Gạc: ĐỦ
Dụng cụ: ĐỦ
Giải mổ giải phẫu bệnh: CÓ
Tình trạng BN sau phẫu thuật: VẾT MỔ KHÔNG CHẢY MÁU

- Dẫn lưu: -
- Ngày rút :
- Ngày cắt chỉ:
- Khác: -

Ngày 28 tháng 10 năm 2024

Họ tên :





KẾT QUẢ SINH THIẾT

Người nhận: Nhi Dung dịch định hình: Formol 10% Lúc: 13:30 29/10/2024

1. NHẬN XÉT ĐẠI THỂ:

Cắt lọc: BS Nguyên, Nhi
Mẫu 1: 1 khối u màu vàng nâu mặt ngoài 1 phần láng 1 phần bám mỡ, không thấy rõ bờ phẫu thuật. Đo được 2.8 x 2.8 x 2.5cm, nặng 19g. Mặt cắt đặc. mô hơi bở. U: A- 4(1); B- 1(1); C- 2(1); Bờ phẫu thuật?: D- 1(1)/c
Mẫu 2: 1 cấu trúc dạng mô mỡ, mặt ngoài xù xì màu trắng ngà đo được 3.8 x 3 x 0.6cm. 2(1)/c
Mẫu 3: 1 mô đo được 0.3 x 0.3 x 0.2cm. 1(1)/h
Mẫu 4: 1 mô màu trắng ngà đo được 1 x 0.4 x 0.3cm. 1(1)/h
Mẫu 5: 1 mô màu nâu đen mặt ngoài tương đối láng đo được 2 x 2 x 1cm. Mặt cắt đặc màu nâu đen. A- 3(1); B- 1(1)/c
Thực hiện các xét nghiệm:
1) Xét nghiệm mô bệnh học thường quy cố định, chuyển đúc, cắt nhuộm... các bệnh phẩm sinh thiết.

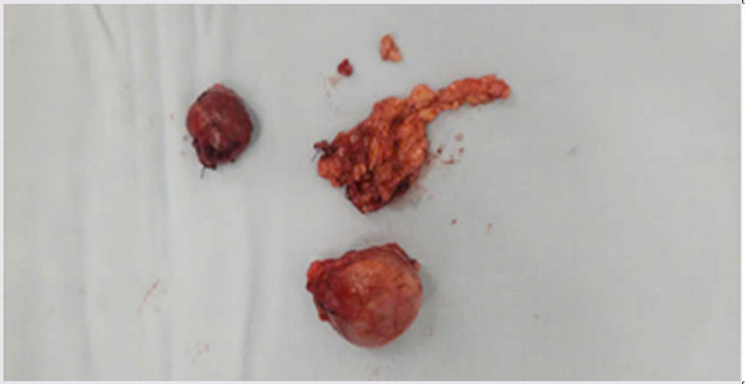
2. NHẬN XÉT VI THỂ:

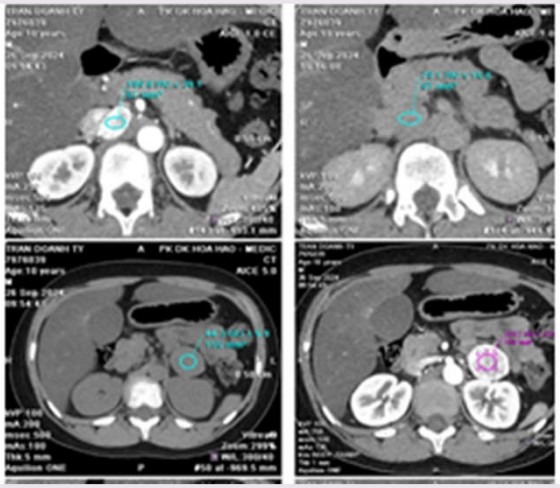
Nhập kết quả: Toàn
Mẫu 1, 5: Thang điểm PASS:
+ >3 phân bào/ 10 HPF: 0
+ Phân bào bất thường: 0
+ Tế bào hình thoi: 0
+ Tế bào đồng dạng: +2
+ Mật độ cao: +2
+ Xâm lấn vỏ bao: 0
+ Xâm lấn mạch máu: 0
+ Nhân tăng sắc: 0; >= 4đ: nguy cơ ác tính: 6
+ Xâm lấn mô mỡ tuyến tượng thận: 0
+ Hoại tử: 0
+ Dị dạng nhân nhiều: 0
+ Tổ lớn/ Lan tỏa > 10%: +2

Mẫu 2: Mẫu sinh thiết là mô thượng thận lành.
Mẫu 3, 4: Hạch còn lớp vỏ bao, bên trong các nang lympho tăng sinh với trung tâm mầm phì đại. Các xoang lympho giãn rộng, chứa nhiều lymphocytes và hồng cầu.

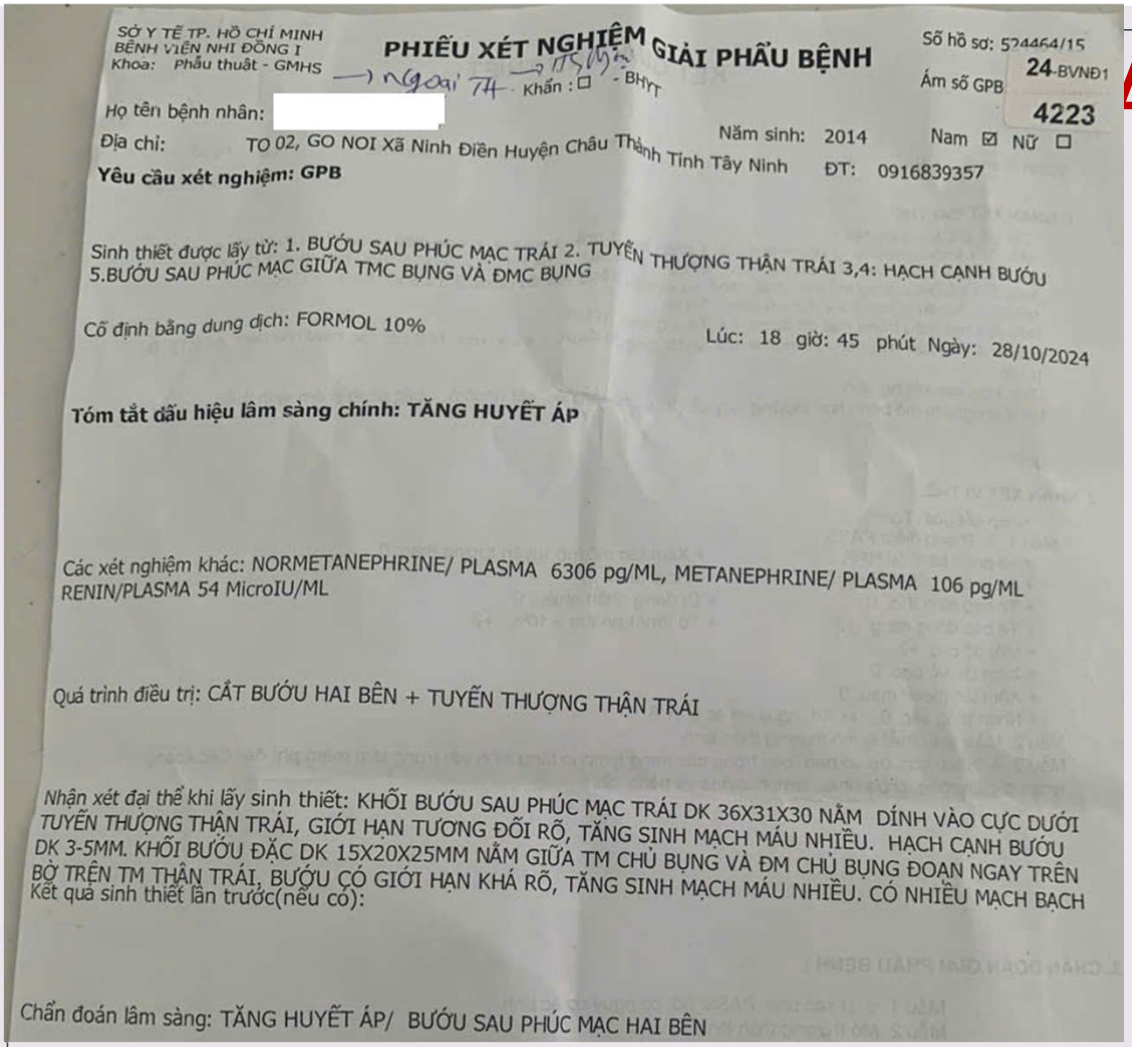
CHẨN ĐOÁN GIẢI PHẪU BỆNH :

Mẫu 1, 5: U sắc bào, PASS: 6đ, có nguy cơ ác tính.
Mẫu 2: Mô thượng thận lành.
Mẫu 3, 4: Hạch tăng sinh phản ứng.





ÁN



SỞ Y TẾ TP. HỒ CHÍ MINH
BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1
Khoa: Phẫu thuật - GMHS

PHIẾU XÉT NGHIỆM GIẢI PHẪU BỆNH

Số hồ sơ: 524464/15
Ám số GPB 24-BVNĐ1 4223
Khẩn : ☐ - BHYT

Họ tên bệnh nhân:
Địa chỉ: TỔ 02, GO NOI Xã Ninh Điền Huyện Châu Thành Tỉnh Tây Ninh Năm sinh: 2014 Nam ☑ Nữ ☐ ĐT: 0916839357

Yêu cầu xét nghiệm: GPB

Sinh thiết được lấy từ: 1. BƯỚU SAU PHÚC MẠC TRÁI 2. TUYẾN THƯỢNG THẬN TRÁI 3,4: HẠCH CẠNH BƯỚU 5.BƯỚU SAU PHÚC MẠC GIỮA TMC BỤNG VÀ ĐMC BỤNG

Cố định bằng dung dịch: FORMOL 10% Lúc: 18 giờ: 45 phút Ngày: 28/10/2024

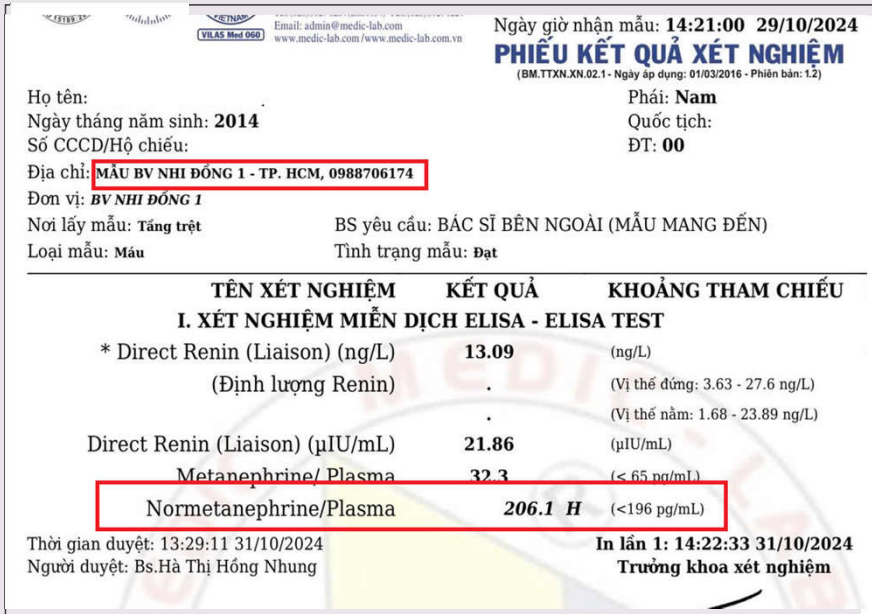
Tóm tắt dấu hiệu lâm sàng chính: TĂNG HUYẾT ÁP

Các xét nghiệm khác: NORMETANEPHRINE/ PLASMA 6306 pg/ML, METANEPHRINE/ PLASMA 106 pg/ML RENIN/PLASMA 54 MicroIU/ML

Quá trình điều trị: CẮT BƯỚU HAI BÊN + TUYẾN THƯỢNG THẬN TRÁI

Nhận xét đại thể khi lấy sinh thiết: KHỐI BƯỚU SAU PHÚC MẠC TRÁI DK 36X31X30 NẰM DÍNH VÀO CỰC DƯỚI TUYẾN THƯỢNG THẬN TRÁI, GIỚI HẠN TƯƠNG ĐỐI RÕ, TĂNG SINH MẠCH MÁU NHIỀU. HẠCH CẠNH BƯỚU DK 3-5MM. KHỐI BƯỚU ĐẶC DK 15X20X25MM NẰM GIỮA TM CHỦ BỤNG VÀ ĐM CHỦ BỤNG ĐOẠN NGAY TRÊN BỜ TRÊN TM THẬN TRÁI, BƯỚU CÓ GIỚI HẠN KHÁ RÕ, TĂNG SINH MẠCH MÁU NHIỀU. CÓ NHIỀU MẠCH BẠCH
Kết quả sinh thiết lần trước(nếu có):

Chẩn đoán lâm sàng: TĂNG HUYẾT ÁP/ BƯỚU SAU PHÚC MẠC HAI BÊN



Email: admin@medic-lab.com
www.medic-lab.com /www.medic-lab.com.vn

Ngày giờ nhận mẫu: **14:21:00 29/10/2024**

PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

(BM.TTXN.XN.02.1 - Ngày áp dụng: 01/03/2016 - Phiên bản: 1.2)

Họ tên:
Ngày tháng năm sinh: **2014**
Số CCCD/Hộ chiếu:
Địa chỉ: **MẪU BV NHI ĐỒNG 1 - TP. HCM, 0988706174**
Đơn vị: ***BV NHI ĐỒNG 1***
Nơi lấy mẫu: **Tầng trệt**
Loại mẫu: **Máu**

Phái: **Nam**
Quốc tịch:
ĐT: **00**
BS yêu cầu: BÁC SĨ BÊN NGOÀI (MẪU MANG ĐẾN)
Tình trạng mẫu: **Đạt**

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU
I. XÉT NGHIỆM MIỄN DỊCH ELISA - ELISA TEST		
* Direct Renin (Liaison) (ng/L)	**13.09**	(ng/L)
(Định lượng Renin)	.	(Vị thế đứng: 3.63 - 27.6 ng/L)
	.	(Vị thế nằm: 1.68 - 23.89 ng/L)
Direct Renin (Liaison) (µIU/mL)	**21.86**	(µIU/mL)
Metanephrine/ Plasma	**32.3**	(< 65 pg/mL)
Normetanephrine/Plasma	***206.1 H***	(<196 pg/mL)

Thời gian duyệt: 13:29:11 31/10/2024
Người duyệt: Bs.Hà Thị Hồng Nhung

In lần 1: 14:22:33 31/10/2024
Trưởng khoa xét nghiệm

XÉT NGHIỆM SAU PHẪU THUẬT

(BM.TTXN.XN.02.1 - Ngày áp dụng: 01/03/2016 - Phiên bản: 1.2)

Họ tên:
Ngày tháng năm sinh: **2014**
Số CCCD/Hộ chiếu:
Địa chỉ: **MẪU BV NHI ĐỒNG 1 - TP. HCM,**
Đơn vị: ***BV NHI ĐỒNG 1***
Nơi lấy mẫu: **Tầng trệt**
Loại mẫu: **Máu**

Phái: **Nam**
Quốc tịch:
ĐT: **00**
BS yêu cầu: BÁC SĨ BÊN NGOÀI (MẪU MANG ĐẾN)
Tình trạng mẫu: **Đạt**

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU
I. MIỄN DỊCH - IMMUNOLOGY		
Cortisol/Blood/Morning[2] (µg/dL)	***21.00 H***	(6.02 -18.4 µg/dL)
Cortisol (nmol/L)	***579.3 H***	(166.1 - 507.6 nmol/L)
ACTH (morning) Roche	**16.30**	(7.2 - 63.3 pg/mL)
II. XÉT NGHIỆM MIỄN DỊCH ELISA - ELISA TEST		
* Direct Renin (Liaison) (ng/L)	**12.06**	(ng/L)
(Định lượng Renin)	.	(Vị thế đứng: 3.63 - 27.6 ng/L)
	.	(Vị thế nằm: 1.68 - 23.89 ng/L)
Direct Renin (Liaison) (µIU/mL)	**20.14**	(µIU/mL)
Metanephrine/ Plasma	**26.6**	(< 65 pg/mL)
Normetanephrine/Plasma	**164.0**	(<196 pg/mL)

Thời gian duyệt: 12:18:46 03/11/2024
Người duyệt: CN. Nguyễn Thị Tường Vi

In lần 1: 12:19:11 03/11/2024
Trưởng khoa xét nghiệm

SỞ Y TẾ
THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH
BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1
KHOA NGOẠI TỔNG HỢP

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

MS: 01/ BV-01
Số Hồ Sơ:524464/15
Mã y tế: 701.4.13/ 24/1936638

GIẤY RA VIỆN

BHYT Đúng Tuyến

- Họ tên người bệnh:
- Ngày/tháng/năm sinh: 14/05/2014 Nam/Nữ: Nam Vượt Tuyến ☐
- Dân tộc: Kinh
- Mã số BHXH/Thẻ BHYT số **HS4727221625593** giá trị từ 01/01/2024 đến 31/12/2024
- Địa chỉ: [redacted] huyện Châu Thành Tỉnh Tây Ninh
- Vào viện lúc: 17 giờ 00 phút, ngày: 20 tháng 10 năm 2024
- Ra viện lúc: 15 giờ 00 phút, ngày: 06 tháng 11 năm 2024
- Chẩn đoán: Bướu sau phúc mạc 2 bên + Tăng huyết áp (I15.1) - ICD10: D20.0
- Phương pháp điều trị: Cắt bướu sau phúc mạc 2 bên
- Ghi chú: Tái khám phòng khám Ngoại G01.02 1 tháng sáng thứ 5, tái khám phòng khám thận-nội tiết sau 2 tuần, đo huyết áp mỗi ngà

Họ tên cha: TRẦN NHỰT LONG
Họ tên mẹ: PHẠM THỊ THU HỒNG

Ngày 06 tháng 11 năm 2024
TUQ. Giám đốc bệnh viện
PHÒNG KẾ HOẠCH TỔNG HỢP

Ngày 06 tháng 11 năm 2024
BÁC SĨ TRƯỞNG KHOA

BỆNH ÁN

SỞ Y TẾ TP. HỒ CHÍ MINH
Bệnh Viện Nhi Đồng 1
Số 532 Lý Thái Tổ P10,Q.10
Website:www.nhidong.org.vn

MS: 17D/BV-01
Số Hồ Sơ: 524464/15
Phòng khám : A02.01 - Thận Nội tiết
Số toa Thuốc:2099405

ĐƠN THUỐC

Họ tên : [redacted]
Tuổi : 11 Tuổi, Ngày sinh:14/05/2014
Phái : Nam Cn: 45 Kg CC:141 cm
Người thân : MẸ : [redacted] điện thoại :0916839357
Địa chỉ : [redacted]
Chẩn đoán : *u sau phúc mạc đã mổ - Tăng huyết áp -T81.0*
Dị ứng thuốc: ***Không***

1.

Cộng khoản: 0

Lời dặn :
* Khám lại nếu trẻ có một trong những dấu hiệu sau:
- Co giật - Ngủ lì bì hay vật vã, bứt rứt - Thở mệt
- Nôn ói nhiều - Sốt cao liên tục - Tiêu máu
* Chế độ ăn uống: - Không ăn kiêng - Uống nhiều nước
* Khoảng thời gian dùng thuốc: - Sáng : 7 giờ - 8 giờ - Chiều : 15 giờ - 16 giờ
- Trưa : 11 giờ - 12 giờ - Tối : 20 giờ - 21 giờ
* Tái khám:**Tái khám ngày 06/12/2024**

Ghi chú : HA: 90-105/60-74 mmHgTrẻ béo phì,cả khám dinh dưỡng

Ngày 22 tháng 11 năm 2024 08:

Bác sĩ khám bệnh

BỆNH ÁN

DIAGNOSIS:

- **Familial Paragangliomas** and left adrenal gland have been surgically removed (two catecholamine-secreting paragangliomas, which caused hypertensive episodes)
- Suspected familial hypercholesterolemia (LDL: 5.3).
- Family history: The patient's biological mother underwent surgery for pheochromocytoma in 2024.

MANAGEMENT PLAN

– For the Patient:

- Lifelong blood pressure monitoring and genetic screening for paraganglioma.
- Key considerations:
  - Tumor recurrence rate: 10–15% within 5 years.
  - Genetic association rate: 20–25%.
  - Malignancy rate: 10%.

– For the Family:

- Lifelong blood pressure monitoring for all family members.
- Document the family history of familial paraganglioma for the patient's siblings to guide screening and early detection.
- Genetic screening

TAKE HOME MESSAGE

1. DIAGNOSIS
2. TREATMENT: alpha-adrenergic blocker
3. FOLLOWING UP

PHEOCHROMOCYTOMA

Pheochromocytomas are rare, occurring in about 2 to 8 out of every one million people.

What are Pheochromocytomas and Paragangliomas?

- Pheochromocytomas are tumors of the adrenal gland that produce excess adrenaline (adrenal medulla). It can be a deadly tumor because of the severe elevation in blood pressure it causes.
- **Paragangliomas are tumors that are nearly identical to pheochromocytomas** except that these tumors grow outside of the adrenal gland
- **Highly toxic, and sometimes deadly due to the secretion of adrenaline hormones.**

PHEOCHROMOCYTOMA

- **Why are Pheochromocytomas Called the 10% Tumor?**
- Pheochromocytomas are often referred to as the **"ten percent tumor"** because they do many things about ten percent of the time. The following is a list of these characteristics...
- **Ten Percent of All Pheochromocytomas Are:**
- Malignant (90% are benign).
- **Bilateral** (found in both adrenal glands: 90% are arise in just one of the two adrenal glands).
- Extra-Adrenal (found within nervous tissue outside of the adrenal glands; these are called paragangliomas).
- In children (90% are in adults).
- Familial (10%)
- **Recur** (10% will come back 5 to 10 years later)
- Associated with MEN syndromes (patients with rare syndromes of endocrine tumors).
- Present with a **stroke** (10% of these tumors are found after the patient has a stroke).

WHO GETS PHEOCHROMOCYTOMAS?

Since almost **10 %** of pheochromocytomas (and **40-50 %** of paragangliomas) are **hereditary** (meaning they occur in families due to mutations in tumor-susceptibility genes)

These patients and families should be screened for the pheochromocytomas and paragangliomas, and it often occur at an earlier age.

In some cases of hereditary pheochromocytomas an individual with a certain gene mutation has a greater than 50% risk of developing a pheo during their lifetime.

SCREENING TEST

- Hypertension at a **young age** (< 50 years of age).
- Hypertension with an adrenal incidentaloma.
- **Palpitation** (heart racaing and pounding).
- Pallor (face turning pale, then often followed by flushing.
- Tremor (shakiness).
- **Headache**.
- **Sweating.**

SCREENING TEST

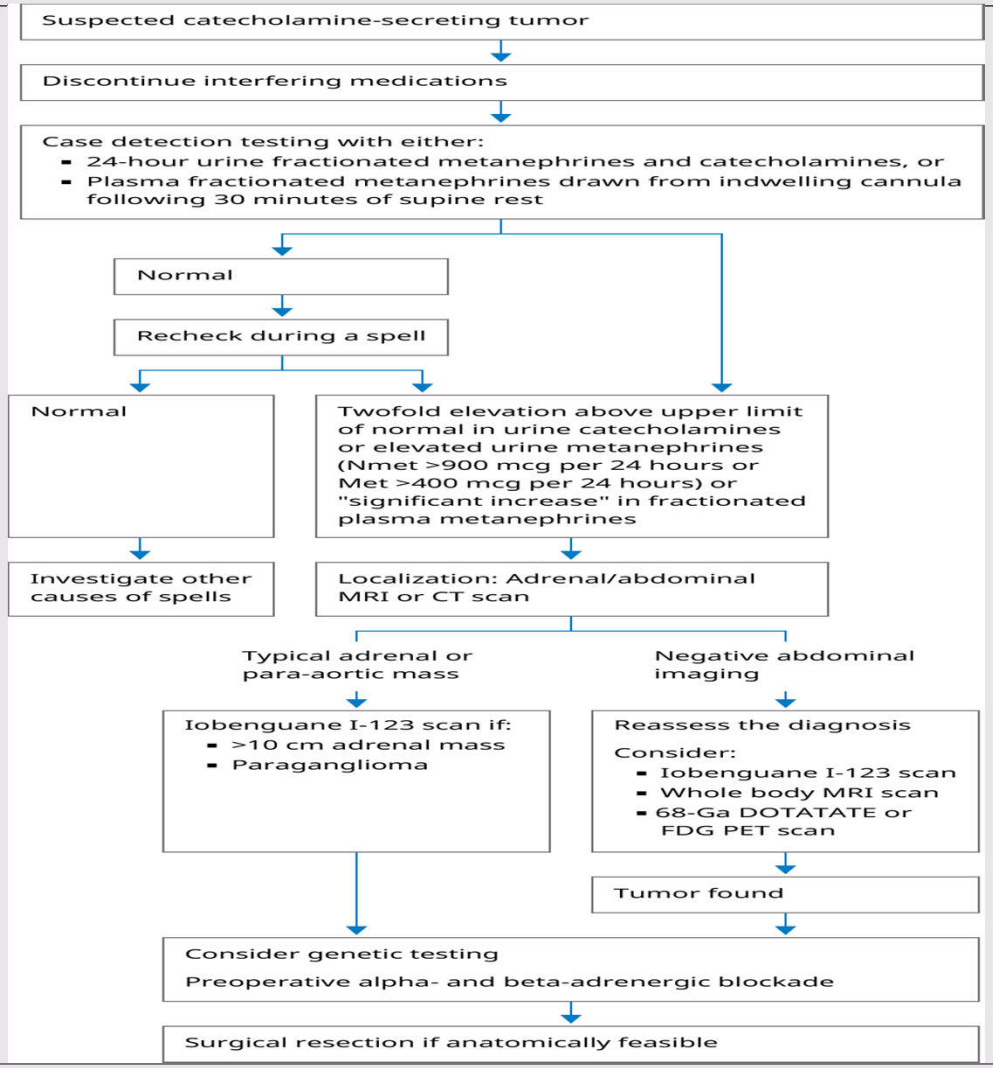
- Hypertension in a family with any family member with an adrenal tumor
- **Resistant hypertension**
- Hypertension requiring many medications.
- Cerebrovascular accident **(stroke) at a young age**.
- Hypertension that is **episodic** (paroxysmal).

AGENTS KNOWN TO PROVOKE

1. Agents known to provoke a pheochromocytoma paroxysm :

- **Beta-adrenergic blocker in absence of alpha-adrenergic blockade**
- glucagon
- histamine
- metoclopramide
- high-dose corticosteroids

2. Resecting a pheochromocytoma is a high-risk surgical procedure and an experienced surgeon/anesthesiologist team is required.


Suspected catecholamine-secreting tumor
Discontinue interfering medications
Case detection testing with either:
- 24-hour urine fractionated metanephrines and catecholamines, or
- Plasma fractionated metanephrines drawn from indwelling cannula following 30 minutes of supine rest
Normal
Recheck during a spell
Normal
Twofold elevation above upper limit of normal in urine catecholamines or elevated urine metanephrines (Nmet >900 mcg per 24 hours or Met >400 mcg per 24 hours) or "significant increase" in fractionated plasma metanephrines
Investigate other causes of spells
Localization: Adrenal/abdominal MRI or CT scan
Typical adrenal or para-aortic mass
Negative abdominal imaging
Iobenguane I-123 scan if:
- >10 cm adrenal mass
- Paraganglioma
Reassess the diagnosis
Consider:
- Iobenguane I-123 scan
- Whole body MRI scan
- 68-Ga DOTATATE or FDG PET scan
Tumor found
Consider genetic testing
Preoperative alpha- and beta-adrenergic blockade
Surgical resection if anatomically feasible

- **Blood pressure medications that can interfere with testing for Conn's Syndrome and hyper-aldosteronism.**Spironolactone (Aldactone)
- Eplerenone (Inspra)
- Amiloride
- Beta-blockers (Metoprolol, etc)
- Clonidine
- ACE inhibitors (Lisinopril, Captopril, etc)
- Calcium channel blockers (Amlodipine, Diltiazem, etc)
- Diuretics (Lasix, etc)

THE MINI BACK SCOPE ADRENALECTOMY (MBSA) AND PARTIAL ADRENALECTOMY

The preferred operation for more than 95% of patients with adrenal tumors.

The MBSA lasts less than 25-35 minutes to complete.

PARTIAL ADRENALECTOMY

Cortical-Sparing Adrenal Operation

Table 1

Retroperitoneoscopic partial adrenalectomy.

Walz et al. (10)	2006	Pheochromocytoma	127	57	45	In 21 of 22 patients with bilateral adrenal pheochromocytomas, partial adrenalectomy was performed at least on one side
Alesina et al. (14)	2012	Pheochromocytoma	66	89	48	The study included only patients with bilateral disease
Walz et al. (16)	2018	Pheochromocytoma	31	31	109	children and adolescents between 7 and 20 years old, 18 had unilateral and 13 bilateral disease

MEDIC

adrenal.com

carling adrenal center

Pheochromocytomas susceptibility genes , which can be grouped into three clusters

- Pseudohypoxiagroup(*VHL*, *SDHA*, *SDHB*, *SDHC*, *SDHD*, *SDHAF2*, *FH* and *EPAS1*)
- Kinase signalling group (*RET*, *NF1*, *TMEM127*, *MAX* and *HRAS*)
- Wnt signalling group (*CSDE1* and *MAML3*)

Tài liệu tham khảo

- www. Uptodate.com

- Circulation

-https://www.adrenal.com/ (Carling Center)

- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8995530/

THANK
YOU