

ĐIỀU TRỊ U TUYẾN YÊN

BSNT. Lê Thị Vân Anh

Khoa KCB theo yêu cầu, BV Bạch Mai.

Những năm gần đây, nhờ tiến bộ trong lĩnh vực nội tiết và thần kinh, các khối u tuyến yên ngày càng được phát hiện sớm và điều trị có hiệu quả. U tuyến yên có nhiều loại, phổ biến nhất là u tiết prolactin chiếm khoảng 60% các trường hợp, u tiết GH chiếm 20%, u tăng tiết ACTH chiếm 10%, u tăng tiết TSH và hormon sinh dục rất hiếm gặp, khoảng 10% u tuyến yên không tiết hormon. Theo một nghiên cứu tại Nhật Bản, có khoảng 15,8%/ 28424 trường hợp u tuyến yên là adenom, các adenom thường lành tính, phát triển từ từ, có thể xâm lấn và chèn ép vào các tổ chức xung quanh. Chụp cộng hưởng từ tuyến yên là phương tiện chẩn đoán hình ảnh tốt nhất giúp xác định chính xác u tuyến yên. Điều trị u tuyến yên có nhiều phương pháp với mục đích làm giảm sự chèn ép do u gây ra, ức chế hoặc giảm bài tiết hormon của các khối u. Trong bài viết này, chúng tôi muốn giới thiệu một số phương pháp điều trị u tuyến yên gồm: phẫu thuật, tia xạ, điều trị nội khoa.

1. Phẫu thuật điều trị u tuyến yên

Năm 1904 Horsley phẫu thuật thành công lấy u tuyến yên qua hố bên, cũng trong năm này, Schoffer phẫu thuật u tuyến yên qua xương bướm, nhiều năm sau đó Cushing đã sử dụng đường rạch dưới môi để tiếp cận mũi và tuyến nội tiết trong điều trị u, ông sử dụng đèn pha ô tô để nhìn. Sau này, kỹ thuật của ông được cải tiến bằng phẫu thuật nội soi sử dụng ánh sáng huỳnh quang giảm tỷ lệ tử vong và chấn thương vùng đầu mặt. Hiện nay, phẫu thuật nội soi qua xương bướm được áp dụng rộng rãi trong điều trị u tuyến yên, bệnh nhân có thể đi lại sau phẫu thuật 6 – 9 giờ, thời gian nằm viện khoảng 3 ngày.

Chỉ định phẫu thuật áp dụng trong các trường hợp: u gây tăng áp lực nội sọ, ảnh hưởng đến thị lực, chảy máu trong u, u tiết hormon hoặc u không đáp ứng với điều trị nội khoa. Mục đích của phẫu thuật là lấy toàn bộ khối u mà ít tổn thương nhất tới chức năng nội tiết. Sau phẫu thuật có thể gặp một số tai biến: nhồi máu phổi, tổn thương động mạch, rò dịch não tủy, áp xe não, viêm màng não, loạn thần sau phẫu thuật, đái tháo nhạt, tổn thương thị lực...; tử vong sau phẫu thuật chiếm khoảng 1% thường liên quan bệnh lý tim phổi cấp tính, do gây mê, viêm màng não, xuất huyết não.

2. Điều trị bằng tia xạ

Sử dụng kỹ thuật megavol dùng ion có năng lượng phóng xạ, có khả năng đâm xuyên sâu vào mô u làm hoại tử u, giảm tối thiểu nhiễm xạ vào các mô bình thường xung quanh. Phương pháp này là điều trị an toàn và hiệu quả nếu xác định chính xác vị trí u. Liều phóng xạ tối đa là 5000rad được đưa hàng ngày từ 180 – 200rad. Đáp ứng với điều trị tia xạ thường chậm sau nhiều năm mới đạt được tác dụng hoàn toàn. Điều trị bằng tia xạ đáp ứng ở 80% bệnh nhân có u tăng tiết GH, chỉ khoảng 50 – 60% bệnh nhân bệnh Cushing, đáp ứng của các bệnh nhân u tiết prolactin không rõ ràng nhưng có thể ngăn ngừa tiến triển của khối u. Tỷ lệ tử vong sau điều trị bằng tia xạ thường rất thấp, một số bệnh nhân có biểu hiện mệt mỏi, buồn nôn, viêm tai giữa. Suy tuyến yên là một biến chứng hay gặp, khoảng 50 – 60% bệnh nhân sau 5 – 10 năm điều trị bằng tia xạ. Ngoài ra, có thể gặp một số biến chứng hiếm gặp: tổn thương thần kinh thị giác, chéo giao thoa thị giác, xuất huyết não hoặc hoại tử mô não.

Điều trị u tuyến yên bằng dao gamma sử dụng cobalt 60 có hướng dẫn định vị u của máy CT Scanner ngày nay đang được áp dụng, nhờ định vị khối u bằng máy chụp cộng hưởng từ giúp điều trị có hiệu quả hơn.

3. Điều trị nội khoa

Một số adenom tuyến yên đáp ứng với thuốc như: bromocriptin (một thuốc kháng dopamin trong điều trị u tiết prolactin), các analog của somatostatin rất có ích trong điều trị u tăng tiết GH và u tiết TSH....

Tóm lại, có nhiều biện pháp lựa chọn để điều trị u tuyến yên tùy thuộc loại u, tình trạng bệnh nhân, nguồn nhân lực và trang thiết bị. Sau các biện pháp điều trị, bệnh nhân phải được theo dõi các biến chứng, theo dõi và đánh giá chức năng tuyến yên.