

U tuyến thượng thận

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

NHỆ

- ADENOMA KHÔNG CHỨC NĂNG
- ADENOMA CHỨC NĂNG — tiết cortisol
(Hội chứng Cushing), tiết aldosterone
(Hội chứng Conn), tiết androgen (hiếm gặp)
- PHEOCHROMOCYTOMA / PARAGANGLIOMA — có thể là
lành tính hay ác tính
- KHÁC — u tủy, u thịt, u hạt

ÁC TÍNH

- CARCINOMA — ung thư biểu mô vỏ thượng thận
- PHƯƠNG PHÁP ĐO - phổi, vú, GI, thận,
khối u ác tính

SINH LÝ HỌC

CATECHOLAMINES — tyrosine là tiền chất,
tạo thành dopamine, sau đó là norepinephrine, sau đó
epinephrine. Tuyến thượng thận sản xuất 85% epinephrine và 15% norepinephrine.
Epinephrine

có effect bằng nhau trên các thụ thể α và β .

Norepinephrine hoạt động chủ yếu trên các thụ thể α

- HOẠT ĐỘNG CỦA CÁC THỤ NHẬN α - co mạch ngoại vi, giãn đồng tử và đồ mồ hôi
- HOẠT ĐỘNG CỦA β THỤ NHẬN - giãn mạch, kích thích tim, giãn phế quản, êm dịu

Giãn cơ

RENIN – ANGIOTENSIN – ALDOSTERONE

HỆ THỐNG — giải phóng renin được kích thích bởi thể tích tuần hoàn $\downarrow$ effective, $\downarrow$ ống [Na], và

Hệ thống thần kinh giao cảm. Nó chuyển đổi angiotensinogen thành angiotensin I, sau đó được ACE chuyển thành angiotensin II. Aldosterone

sự giải phóng sau đó được kích thích bởi angiotensin II, tăng kali máu, và ACTH. Các tiết tố của Aldosterone bao gồm $\uparrow$

Tái hấp thu Na và $\uparrow$ K bài tiết ở ống lượn xa

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

LỊCH SỬ

- TRIỆU CHỨNG CỦA PHEOCHROMOCYTOMA — từng đợt
đánh trống ngực, xanh xao, run, nhức đầu,
diaphoresis, tăng huyết áp (duy trì hoặc
nhiều tập)
- TRIỆU CHỨNG CỦA QUÁ TRÌNH CORTISOL — xem phần trên

Hội chứng Cushing (trang 384) để biết thêm chi tiết

- TRIỆU CHỨNG CỦA TRUY CẬP ALDOSTERONE - hạ kali máu, tăng huyết áp, tiểu đêm
- TRIỆU CHỨNG CỦA QUÁ TRÌNH TRỪ ANDROGEN (ở ♀) — rụng lông, nam hóa, mụn trứng cá, vô kinh
- TRIỆU CHỨNG CỦA CARCOINOMA ADRENOCORTICAL - đặc điểm của sự dư thừa hormone nhanh chóng (cortisol, androgen, hoặc cả hai), đau bụng, giảm cân, chán ăn, sốt, sờ thấy khối ở bụng

ĐIỀU TRA

NỀN TẢNG

- LABS — thử nghiệm ức chế dexamethasone 1 mg ưu tiên (hoặc cortisol trong nước tiểu 24 giờ, đêm khuya nước bọt cortisol), dung dịch kiềm, renin huyết tương và aldosterone (nếu tăng huyết áp), huyết tương hoặc 24 giờ nước tiểu cho metanephrines ± ACTH, DHEAS, androstenedione, testosterone

- HÌNH ẢNH — CT hoặc MRI tuyến thượng thận

ĐẶC BIỆT

- LẤY MẪU VEIN ADRENAL — cho chính cường aldosteron
- QUÉT METAIODOBENZYLGUANIDINE (MIBG) — cho

u tủy thượng thận

CÁC VẤN ĐỀ CHẨN ĐOÁN

CÁCH TIẾP CẬN ĐỂ CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

INCIDENTALOMA — bắt đầu với lịch sử, phòng thí nghiệm thể chất và cơ sở để xác định xem có khối u không

hoạt động, sau đó tiến hành chụp ảnh để xem xét

đối với các đặc điểm đáng ngờ gợi ý bệnh ác tính.

FNA không hữu ích (không thể phân biệt u tuyến lành tính với ung thư biểu mô tuyến thượng thận)

CÁC TÍNH NĂNG DISTINGUISHING CỦA ADRENAL

TUMORS TRÊN CT SCAN

- BENIGN ADENOMA — đường viền mịn, đồng nhất

mật độ, độ tương phản CT tuyệt đối rửa trôi thường

> 60% ở 10–15 phút

- CARCINOMA ADRENOCORTICAL - mật độ không đều, không đồng nhất, thường > 6 cm [> 2,4 in.],

suy hao không cản quang rất cao (> 20 HU),

Chất cản quang CT tuyệt đối rửa trôi <50% (đặc biệt là <10%) ở 10–15 phút

- PHEOCHROMOCYTOMA — nang, xuất huyết,

kích thước thay đổi, có thể là hai bên, tăng cường cao

suy giảm (> 10 HU)

- BỆNH KIM LOẠI - không thường xuyên, không đồng nhất

mật độ, song phương, suy giảm không cản quang cao

SỰ QUẢN LÝ

ĐIỀU TRỊ NGUYÊN NHÂN HIỂU BIẾT — xác định

khối u chức năng so với khối u không chức năng và lành tính

so với khối u ác tính. Tất cả các khối u chức năng, khối u

> 4 cm [$> 1,6$ in.], Và các tổn thương nghi ngờ là bệnh ác tính nên được cắt bỏ

QUYỀN LỢI CỤ THỂ

THUẬT TOÁN CHÍNH XÁC

- CHẨN ĐOÁN— $\uparrow$ tỷ lệ aldosterone trên renin ($\uparrow$

aldosterone, $\downarrow$ renin) $\pm$ thử nghiệm khẳng định

với sự mở rộng âm lượng (không triệt tiêu

của aldosterone) $\pm$ phân loại phụ với

CT và / hoặc lấy mẫu tĩnh mạch thượng thận. Coi chung

thuốc làm thay đổi kết quả xét nghiệm trong phòng thí nghiệm (ví dụ:

Thuốc ức chế men chuyển, ARB, thuốc lợi tiểu)

- ĐIỀU TRỊ — đối với bệnh đơn phương có thể điều trị được

để phẫu thuật, hãy xem xét cắt bỏ phần tử cung. Nếu không thì,

xem xét liệu pháp y tế (spironolactone

12,5–100 mg PO mỗi ngày hoặc eplerenone

25–100 mg PO BID). Xem phần Tăng huyết áp để biết thêm chi tiết (tr. 70)

PHEOCHROMOCYTOMA VÀ PARAGANGLIOMA

- **SINH LÝ HỌC** - thường được gọi là u pheochromocytoma khi phát sinh từ tuyến thượng thận

tuyến, và u mô đệm khi ở nơi khác.

Có thể lẻ tẻ hoặc liên quan đến di truyền

hội chứng như MEN2A (tuyến giáp thể tuyến

ung thư, cường cận giáp nguyên phát),

MEN2B (ung thư tuyến giáp thể tuyến, u thần kinh niêm mạc, marfanoid), Von HippelLindau (u nguyên bào máu, tế bào thận

ung thư biểu mô, khối u tuyến tụy), u xơ thần kinh (u sợi thần kinh, đốm café-au-lait),

và đột biến SDH (ung thư biểu mô tế bào thận,

khối u mô đệm đường tiêu hóa)

- **CHẨN ĐOÁN** — metanephrin huyết tương hoặc niệu 24 giờ. Cần thận với các loại thuốc có sẵn

cho kết quả dương tính giả (ví dụ: TCA, venlafaxine,

bupropion, buspirone, amphetamine)

- **ĐIỀU TRỊ** — bổ sung khối lượng và muối

(giảm hạ huyết áp tư thế) với

phong tỏa α (phenoxybenzamine 10 mg

PO BID và $\uparrow$ liều nếu cần, hoặc doxazosin

2 mg PO mỗi ngày và $\uparrow$ liều khi cần thiết).

Hãy xem xét phong tỏa β chỉ sau khi tốt

α -bị chặn (để kiểm soát nhịp tim nhanh). Tránh phong tỏa β ban đầu để ngăn chặn việc không được áp dụng

sự co thắt α . Y tế therapy đi trước

phẫu thuật sau 1–2 tuần. Tham khảo

xét nghiệm di truyền