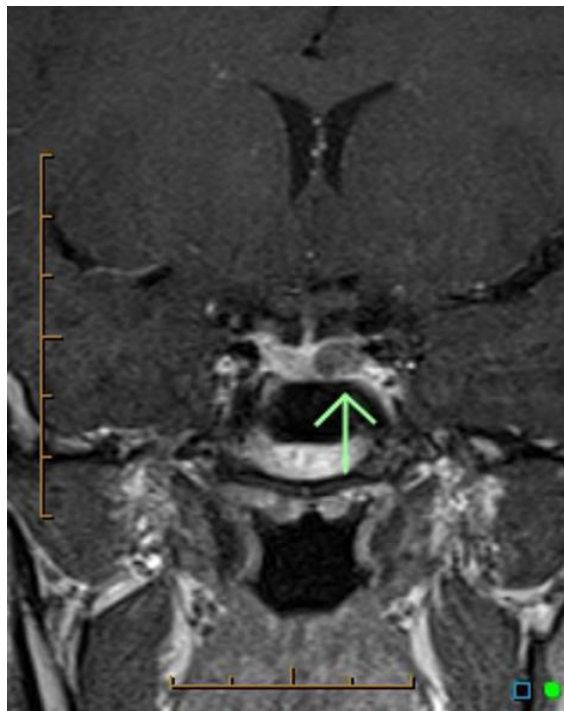


U TUYẾN YÊN KÍCH THƯỚC NHỎ CÓ PHẢI LÀ NGUYÊN NHÂN GÂY THIẾU HOCMON TĂNG TRƯỞNG Ở TRẺ EM BỊ LÙN?

Giới thiệu

Các bác sỹ nội tiết nhi thường chỉ định chụp MRI sọ não ở trẻ em bị lùn (short stature) do thiếu hormone tăng trưởng (growth hormone (GH)) để tìm nguyên nhân gây lùn, ví dụ u hoặc bất thường cấu trúc tuyến yên. Có đến 26% trẻ thiếu GH có thể có hình ảnh bất thường trên MRI sọ não. Nghiên cứu cho thấy 0,5% bệnh nhân thiếu GH và 1,9-5% bệnh nhân dậy thì sớm (precocious puberty) bị u tuyến yên nhỏ (pituitary microadenoma (PM)). U tuyến yên có kích thước < 1cm được gọi là u tuyến yên nhỏ (PM).

29% trẻ em có chức năng tuyến yên bình thường khi chụp MRI thì phát hiện PM. Tỷ lệ này ở người lớn là 10%. Hình ảnh điển hình của PM trên MRI động (dynamic MRI) là tổn thương có tín hiệu bất thường trên phim không tiêm Gadolinium và tăng tín hiệu muộn hơn so với nhu mô tuyến yên bình thường sau khi tiêm Gadolinium (hình 1). Do kích thước nhỏ, PM nằm trong hố yên và không gây hiệu ứng chèn ép. PM có thể là u tiết hoặc không tiết hormone. U tiết hormone hay gặp nhất là u tiết prolactin, ít gặp hơn là u tiết adrenocorticoid hormone (ACTH) hoặc GH.



Hình 1. U tuyến yên nhỏ trên phim MRI động ở lát cắt coronal sau tiêm Gadolinium (u giảm tín hiệu, bắt thuốc muộn hơn so với nhu mô tuyến yên, nguồn <https://radiopaedia.org/articles/pituitary-microadenoma>)

Nghiên cứu này được tiến hành nhằm xác định tỷ lệ bị PM ở bệnh nhi bị lùn và diễn tiến của các u này để xác định ý nghĩa lâm sàng việc phát hiện PM trên MRI. Bệnh nhi dậy thì sớm được nhóm nghiên cứu dung làm nhóm chứng so với nhóm trẻ em lùn.

Kết quả

Nhóm bị lùn có 346 bệnh nhi, nhóm dậy thì sớm (precocoe puberty (PP)) có 336 bệnh nhi. Tỷ lệ phát hiện PM ở nhóm lùn là 18,5% và ở nhóm PP là 22,8%, khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm này. Hơn nữa, PM có khuynh hướng gặp nhiều hơn ở nhóm PP, trái ngược với giả thiết cho rằng hiệu ứng choáng chỗ của khối u PM sẽ gây ra thiếu GH và lùn. Tỷ lệ bị PM ở bệnh nhi lùn có thiếu GH và bệnh nhi lùn không thiếu GH không khác nhau.

Lưu ý: Tuyến yên bình thường sẽ lớn lên và thay đổi hình dạng khi dậy thì.

Chụp MRI theo dõi ở hai nhóm, không có bệnh nhân nào có PM lớn lên theo thời gian. Ở bệnh nhân được điều trị bằng GH, cũng không có bệnh nhân nào có PM tăng kích thước. Tỷ lệ PM biến mất, tức là không thấy u khi chụp MRI tái khám là 61,5% (ở nhóm chụp MRI động (dynamic MRI) so với 56,3% ở nhóm chụp MRI không động.

Tỷ lệ bất thường các hormone yên không khác nhau ở nhóm bị PM (5%) so với nhóm không bị PM (7%), $p=0,27$.

Bàn luận

Có một số điểm quan trọng được nhóm nghiên cứu nêu ra:

-Đa số PM được phát hiện trong nghiên cứu này biến mất ở các phim MRI tái khám. Vậy các PM được các bác sĩ chẩn đoán hình ảnh phát hiện trên MRI trước đó có thật sự là u tuyến yên và trở lại bình thường theo thời gian, hay hình ảnh u trên MRI ban đầu chỉ là những bất thường nhỏ mà BS chẩn đoán hình ảnh không thể loại trừ là PM, hoặc những bất thường trên hình ảnh MRI (ví dụ giảm tín hiệu cục bộ trên tuyến yên) có thể chỉ là dấu hiệu bình thường ở bệnh nhân khi được chụp MRI theo protocol chụp tuyến yên.

-Nếu cho rằng PM gây ra tình trạng thiếu GH, có thể suy luận theo logic rằng bệnh nhân bị PM sẽ bị thiếu GH trầm trọng hơn bệnh nhân không bị PM. Nhưng thực tế nghiên cứu này cho thấy, không có sự liên quan giữa mức độ thiếu GH với tỷ lệ bị PM. Tương tự, nếu PM gây hiệu ứng choáng chỗ lên nhu mô tuyến yên, thì tỷ lệ thiếu hụt các hormone tuyến yên khác sẽ cao hơn ở nhóm bệnh nhân bị PM, nhưng thực tế thì không phải vậy, các bệnh nhân bị PM ở nghiên cứu này có tỷ lệ thiếu hụt các hormone yên không cao hơn so với nhóm bệnh nhân không bị PM. Những điều này đưa đến kết luận rằng PM không phải là nguyên nhân gây ra thiếu GH ở nhóm bệnh nhân này.

-Hơn nữa, nghiên cứu này cho thấy không có PM nào phát triển ở bệnh nhân lùn sau 1,75 năm theo dõi và ở bệnh nhân PP sau 3,57 năm theo dõi. Điều này trái ngược với người lớn, các dữ liệu nghiên cứu cho thấy tỷ lệ phát triển của PM ở người lớn là 10% trong thời gian theo dõi 2,7-8 năm.

-Ngoài PM, nghiên cứu này phát hiện tỷ lệ bất thường não bộ khác ở bệnh nhân bị lùn là 20%, đa số các bất thường này chỉ là phát hiện tình cờ, chỉ có 3 trường hợp (1%) là bệnh lý.

-Nghiên cứu khác gần đây cho thấy Gadolinium tích lũy ở não bộ, mặc dù ý nghĩa lâm sàng và tác động lâu dài của vấn đề này thì vẫn chưa rõ. Cho nên, lặp lại việc chụp MRI ở các bệnh nhân PM nói trên có thể gây hại và không cần thiết.

-Hạn chế của nghiên cứu này là không có mẫu bệnh phẩm từ các bệnh nhân để khẳng định rằng tổn thương thấy trên phim MRI thật sự là u tuyến yên.

Kết luận

PM thường gặp trên phim MRI sọ não của bệnh nhân lùn và PP. U này ít có ý nghĩa lâm sàng, và đa số u này sẽ biến mất theo thời gian. Việc phát hiện PM ở các bệnh nhân này cũng có một số bất lợi tiềm tàng như ảnh hưởng đến việc quyết định điều trị lùn bằng GH, dẫn đến việc phải chụp MRI theo dõi, và sự lo lắng của bệnh nhân.

Nhóm tác giả của nghiên cứu này cho rằng PM không tiết hocmon không phải là nguyên nhân gây thiếu GH và không nên xem việc bị u này là chống chỉ định liệu pháp GH cho bệnh nhân lùn.

BS. Trương Văn Trí lược dịch

Nguồn: Kristina M. Derrick, *Incidence and Outcomes of Pituitary Microadenomas in Children with Short Stature/Growth Hormone Deficiency*, Horm Res Paediatr 2018;90:151–160

<https://www.karger.com/Article/Abstract/489456>