

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ TÌNH TRẠNG DI CĂN HẠCH CỦA UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ TỤY

Nguyễn Xuân Hậu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tình trạng di căn hạch trong ung thư tuyến giáp thể tủy. **Đối tượng và phương pháp:** Thiết kế kết hợp hồi cứu và tiến cứu trên 34 bệnh nhân chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến giáp thể tủy được phẫu thuật tại bệnh viện đại học Y Hà Nội từ 1/1/2015 đến 30/06/2020. **Kết quả:** Tuổi mắc bệnh trung bình là $48,1 \pm 11,2$, tỉ lệ nữ/nam là 1/1,26. Đa số bệnh nhân khám sức khỏe định kỳ phát hiện có u giáp (55,9%). Khối u chủ yếu được đánh giá TIRADS 4 trên siêu âm (76,5%), tỉ lệ chọc hút tế bào kim nhỏ khẳng định hoặc nghi ngờ ác tính là 55,9%. Tất cả bệnh nhân được cắt tuyến giáp toàn bộ + vét hạch cổ. Tỉ lệ di căn hạch chung là 47,1%, di căn hạch nhóm 6 đơn thuần và kèm theo hạch cổ bên lân lượt là 31,2% và 62,5%. Tỉ lệ di căn hạch tiềm ẩn là 21,1%. Nam giới là một yếu tố làm tăng tỉ lệ di căn hạch có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). **Kết luận:** ung thư tuyến giáp thể tủy khó chẩn đoán trên tế bào, tỷ lệ di căn hạch cao.

Từ khóa: ung thư tuyến giáp thể tủy, di căn hạch.

SUMMARY

CLINICOPATHOLOGICAL AND NODAL METASTASIS CHARACTERISTICS OF MEDULLARY THYROID CANCER

Objective: To evaluate the clinicopathological and nodal metastasis characteristics of medullary thyroid cancer. **Subject and methods:** retrospective combined with prospective cohort study of 34 medullary thyroid carcinoma patients treated by surgery at Hanoi Medical University Hospital from 1st January 2015 to 30th Jun 2020. **Results:** The mean age was 48.1 ± 11.2 and the ratio of female/male was 1.26/1. Most patients presented with an asymptomatic (55.9%). 76.5% of tumors were classified as TIRADS 4 on ultrasound and FNA gave defined or suspicious for medullary thyroid cancer result in 55.9% of cases. All patients had undergone total thyroidectomy and neck dissection. The overall rate of nodal metastasis was 47.1%. Central neck compartment nodal metastasis only was detected in 31.2% cases, while 62.5% of patients had positive nodes in both central and lateral neck. The occult nodal metastasis rate was 21.1%. The analysis showed that the nodal metastasis was significantly related with the male sex ($p < 0.05$). **Conclusion:** MTC are difficulty diagnosed in clinique, cervical lymph node metastasis rate is high.

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hậu

Email: drnguyenxuanhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.7.2021

Ngày phản biện khoa học: 7.9.2021

Ngày duyệt bài: 14.9.2021

Keyword: medullary thyroid cancer, lymph node metastasis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tuyến giáp là loại ung thư phổ biến nhất của hệ nội tiết (chiếm 90%)¹. Ung thư tuyến giáp gồm 4 thể chính là ung thư thể nhú, ung thư thể nang, ung thư thể tủy và ung thư thể không biệt hóa trong đó thể tủy chiếm 3-5%². Ung thư tuyến giáp thể tủy có nguồn gốc từ tế bào C của tuyến giáp, đây là thể bệnh có tiên lượng xấu trong các thể của ung thư tuyến giáp. Trong ung thư tuyến giáp thể tủy tỉ lệ di căn hạch cổ tại thời điểm chẩn đoán lên tới 65%³. Thời gian sống thêm trung bình của bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể tủy thấp hơn so với thể nhú hoặc nang⁴. Khác với ung thư tuyến giáp biệt hóa trong ung thư tuyến giáp thể tủy calcitonin và CEA được coi làm chất chỉ điểm theo dõi tái phát⁵.

Đánh giá về đặc điểm bệnh học và điều trị phẫu thuật của bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể tủy đã được trình bày ở các nghiên cứu trên thế giới, tuy nhiên tại Việt Nam còn chưa được nghiên cứu nhiều. Vì vậy chúng tôi đã thực hiện nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tình trạng di căn hạch của ung thư tuyến giáp thể tủy.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trên 34 bệnh nhân chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến giáp thể tủy được phẫu thuật tại bệnh viện đại học Y Hà Nội từ 1/1/2015 đến 30/06/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp được phẫu thuật cắt tuyến giáp và vét hạch theo phác đồ có kết quả xét nghiệm giải phẫu bệnh khẳng định là ung thư biểu mô tuyến giáp thể tủy.

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ kết quả: khám lâm sàng, cận lâm sàng trước và sau mổ.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đã được phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại tuyến trước.

- Bệnh nhân cũ đến điều trị tiếp vì tái phát, di căn hoặc lý do khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên

cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu.

2.3. Các chỉ số nghiên cứu

- Khai thác các thông tin lâm sàng, cận lâm sàng (siêu âm tuyến giáp đánh giá kích thước u, số lượng u, phân loại TIRADS, tình trạng di căn hạch cổ và chọc hút tế bào trước mổ)

- Hạch không phát hiện di căn trước mổ được xác định qua khám lâm sàng và siêu âm vùng cổ
- Phân loại TIRADS được sử dụng theo TIRADS Jin Young Kwak (2011), phân loại giai đoạn bệnh theo AJCC 2017.

- Phương pháp phẫu thuật:

• Cắt tuyến giáp toàn bộ khi phát hiện hạch di căn, u kích thước >1cm, hoặc xâm lấn cơ trước giáp.

• Vết hạch cổ trung tâm là bắt buộc khi khẳng định ung thư tuyến giáp thể tủy.

• Vết hạch cổ trung tâm kèm vết hạch cổ bên điều trị khi lâm sàng và cận lâm sàng phát hiện hạch trước mổ.

- Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ, khám theo dõi định kỳ sau mổ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng.

Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 48,1±11,2, trong đó bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 23 tuổi, cao tuổi nhất là 70 tuổi. Lứa tuổi hay gặp nhất là 40-65 tuổi, chiếm tỉ lệ 67,6%. Nam giới mắc nhiều hơn nữ, tỉ lệ nữ/nam là 1/1,26.

Đa số bệnh nhân khám sức khỏe định kỳ phát hiện có u giáp, lý do vào viện này chiếm tỉ lệ 55,9%. Bệnh nhân tự sờ thấy u vùng cổ hoặc hạch cổ có tỉ lệ 35,3%. Các nguyên nhân khác: nuốt vướng, khàn tiếng ít gặp. Có 88,6% bệnh nhân đến viện trong vòng 6 tháng từ khi phát hiện bệnh.

Bảng 1: Đặc điểm khối u giáp qua siêu âm trước mổ

Chỉ số		Số bệnh nhân (n=34)	Tỉ lệ (%)
Kích thước u	≤1cm	10	29,4
	1cm<u≤2cm	9	26,5
	2cm<u≤4cm	13	38,2
	>4cm	2	5,9
Số lượng u	Đơn ổ	26	76,5
	Đa ổ	8	23,5
Vị trí u	Một thùy	28	82,4
	Eo giáp	0	0
	Hai thùy	6	17,6
Phân loại TIRADS	3	1	2,9
	4	26	76,5
	5	7	20,6

Bảng 2: Kết quả chọc hút tế bào bằng

kim nhỏ

Kết quả	Số BN (n=34)	Tỉ lệ (%)
Dương tính thể tủy	5	14,7
Nghi ngờ thể tủy	14	41,2
Hướng ung thư giáp thể nhú	8	23,5
Am tính	7	20,6

Sinh thiết tức thì trong mổ: tỷ lệ STTT trong mổ là 70,6%.

3.2. Tình trạng di căn hạch

Bảng 3: Kết quả di căn hạch sau phẫu thuật

Kết quả di căn hạch sau phẫu thuật		Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Vị trí hạch di căn (n =16)	Nhóm trung tâm đơn thuần	5	31,2
	Nhóm hạch cổ bên đơn thuần	1	6,3
	Nhóm trung tâm + hạch cổ bên	10	62,5
Không phát hiện hạch trước mổ qua khám lâm sàng và siêu âm vùng cổ (n=19)	Không di căn hạch	15	78,9
	Có di căn hạch	4	21,1

Tất cả bệnh nhân đều được cắt tuyến giáp toàn bộ và vết hạch cổ. Tỉ lệ vết hạch nhóm trung tâm đơn thuần là 58,8%. Tỉ lệ vết hạch nhóm trung tâm và hạch cổ một bên là 17,6% trong khi vết hạch nhóm trung tâm và hạch cổ hai bên là 23,5%. Tỉ lệ di căn hạch chung là 41,7%.

Các yếu tố liên quan đến tình trạng di căn hạch: có mối liên quan giữa tỷ lệ di căn hạch với nam giới (p=0,037).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là 48,1 ± 11,2, độ tuổi hay gặp nhất là 40 – 65 chiếm 67,6% và tỉ lệ nữ/ nam = 1/1,26. Độ tuổi tương đồng với nghiên cứu của Roman với độ tuổi trung bình là 50,1, nhóm tuổi 40 – 65 chiếm tỉ lệ 47%⁴ và cao hơn so với nghiên cứu của Raue, tuổi trung bình là 43,9±17 trong đó nữ giới chiếm 58%⁶. Theo phân tích SEER trong 20 năm từ 1993 – 2013, ung thư tuyến giáp thể tủy ở nữ giới chiếm 58,1%, nam giới chiếm 41,9%⁷. Khám sức khỏe định kỳ tình cờ phát hiện khối u tuyến giáp là lý do vào viện chiếm tỉ lệ nhiều nhất với 55,9% các trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi. Theo Lê Văn Quảng lý do khám thường gặp nhất là tự sờ thấy khối u

vùng cổ, chiếm 68,5%⁸.

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, kích thước u trung bình là $19,1 \pm 11,4$ mm, u đơn độc chiếm 76,5%. Kết quả của chúng tôi tương tự Lee S. và cộng sự với kích thước u là 21 ± 17 mm, u 1 thùy chiếm 61,4%. So với ung thư giáp thể nhú, ung thư giáp thể tủy có kích thước lớn hơn có ý nghĩa thống kê, đường kính $2,3 \pm 1,5$ so với $1,1 \pm 1,1$ p=0,001⁹. Trong nhóm ung thư tuyến giáp thể tủy di truyền tỉ lệ di căn hạch cổ trung tâm đơn thuần 45%, di căn hạch cổ cùng bên 36%, di căn hạch cổ đối bên 19%. Trong nhóm ung thư tuyến giáp thể tủy lẻ tẻ tỉ lệ di căn hạch cổ trung tâm đơn thuần 50%, di căn hạch cổ cùng bên 57%, di căn hạch cổ đối bên 28%³.

V. KẾT LUẬN

Tuổi mắc bệnh trung bình là $48,1 \pm 11,2$ tuổi, phần lớn trong nhóm 40-65 tuổi (chiếm 67,6%). Tỉ lệ nữ/nam là 1/1,26. Đa số bệnh nhân khám sức khỏe định kỳ phát hiện có u giáp chiếm tỉ lệ 55,9%. Khối u chủ yếu ở 1 thùy (85,3%), kích thước ≤ 2 cm (55,9%). Đánh giá trên siêu âm chủ yếu là TIRADS 4 (76,5 %). Tỉ lệ chọc hút tế bào kim nhỏ chẩn đoán ung thư tuyến giáp thể tủy hoặc nghi ngờ ung thư tuyến giáp thể tủy là 55,9%.

Tỉ lệ di căn hạch chung là 47,1%, tỉ lệ di căn hạch cổ nhóm 6 đơn thuần và kèm theo hạch cổ bên lần lượt là 31,2% và 62,5%. Tỉ lệ di căn hạch tiềm ẩn là 21,1%. Ung thư tuyến giáp thể tủy ở nam giới làm tăng tỉ lệ di căn hạch có ý

nghĩa thống kê (p<0,05).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Bá Đức.** Dịch tễ học bệnh ung thư. Nhà xuất bản Y học; 2008.
2. **Ricardo VL, Y.Osamura R.** WHO classification of tumours of endocrine organs. IARC. 2017.
3. **Scollo C, Baudin E, Travagli JP, et al.** Rationale for central and bilateral lymph node dissection in sporadic and hereditary medullary thyroid cancer. J Clin Endocrinol Metab. 2003;88(5):2070-2075.
4. **Roman S, Lin R, Sosa JA.** Prognosis of medullary thyroid carcinoma: demographic, clinical, and pathologic predictors of survival in 1252 cases. Cancer. 2006;107(9):2134-2142.
5. **Thyroid Cancer.** NCCN guideline version 1. 2019.
6. **Raue F.** German medullary thyroid carcinoma/multiple endocrine neoplasia registry. German MTC/MEN Study Group. Medullary Thyroid Carcinoma/Multiple Endocrine Neoplasia Type 2. Langenbecks Arch Surg. 1998;383(5):334-336.
7. **Milano AF. Thyroid Cancer:** 20-Year Comparative Mortality and Survival Analysis of Six Thyroid Cancer Histologic Subtypes by Age, Sex, Race, Stage, Cohort Entry Time-Period and Disease Duration (SEER*Stat 8.3.2) A Systematic Review of 145,457 Cases for Diagnosis Years 1993-2013. J Insur Med. 2018;47(3):143-158.
8. **Lê Văn Quảng.** Nhận xét đặc điểm lâm sàng và các phương pháp điều trị ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện K từ năm 1992-2000. Tạp Chí Y Học. 2002:323-326.
9. **Lee S, Shin JH, Han BK, Ko EY.** Medullary thyroid carcinoma: comparison with papillary thyroid carcinoma and application of current sonographic criteria. AJR Am J Roentgenol. 2010;194(4):1090-1094.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ ĐỘT BIẾN GEN TRÊN BỆNH NHÂN PARKINSON KHỞI PHÁT SỚM

Tô Thị Thu Hương*, Nguyễn Văn Liệu*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trong những năm gần đây, bệnh Parkinson là đề tài mũi nhọn đối với các bệnh thoái hoá thần kinh. Bệnh phổ biến thứ hai sau Alzheimer và chiếm 1,6% so với các bệnh thần kinh. Trong bệnh Parkinson, đột biến gen lặn tự phát có thể làm tăng nguy cơ mắc Parkinson ở người trẻ, ngay cả khi chỉ thừa hưởng một bản sao của gen đột biến. **Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân Parkinson khởi phát sớm và mô tả một số đột biến gen trên bệnh nhân Parkinson khởi phát sớm. **Đổi**

tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 30 bệnh nhân có tuổi khởi phát nhỏ hơn 50 được chẩn đoán mắc bệnh Parkinson nguyên phát theo tiêu chuẩn của Ngân hàng Não thuộc Hội bệnh Parkinson Vương quốc Anh tại bệnh viện Lão Khoa trung ương, bệnh viện Bạch Mai. Trung tâm nghiên cứu Gen- Protein trường đại học Y Hà Nội, nơi tiến hành các kỹ thuật di truyền phân tử. **Kết quả:** tuổi khởi phát trung bình 41 với tỷ lệ nam: nữ là 1,9. Triệu chứng run hay gặp nhất với tỷ lệ 93,8%. Và đột biến gen hay gặp là GBA

Từ khóa: Parkinson, đột biến gen, Parkinson khởi phát trẻ

SUMMARY

THE STUDY SOME CLINICAL CHARACTERISTICS AND MUTATION IN EARLY-ONSET PARKINSON PATIENTS

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Tô Thị Thu Hương

Email: dr.tohuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.7.2021

Ngày phản khoa học: 8.9.2021

Ngày duyệt bài: 15.9.2021