NGHIÊN CỨU TỶ LỆ PHÂN LOẠI MÔ BỆNH HỌC CỦA UNG THƯ TUYẾN GIÁP NGUYÊN PHÁT

NGUYỄN BÁ ĐỨC,
TRẦN GIANG CHÂU

TÓM TẮT:

***Mục tiêu nghiên cứu**: Tỷ lệ Phân loại mô bệnh học của ung thư tuyến giáp nguyên phát. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Phân loại mô bệnh học dựa theo UICC và AJCC sử dụng trong thực hành lâm sàng và nghiên cứu. Chẩn đoán mô bệnh học được tiến hành tại bệnh viện K. Phương pháp cố định bệnh phẩm bằng Formaldehyde, vùi nến, cắt nhuộm Hematoxylin – Eosin. **Kết quả và kết luận:** Tỷ lệ ung thư thể nhú và nhú nang chiếm nhiều nhất là 82,3%; thể nang đứng thứ hai là 9,7%; thể tủy là 6,4%; gặp ít nhất là thể không biệt hóa chỉ có 1 trường hợp chiếm 1,6%.Mối tương quan giữa mô bệnh học và hạch trên lâm sàng thể nhú và nhú nang có khả năng thấy hạch lâm sàng là cao nhất (57%). Thể nang là 50%. Thể tủy là 75%*

Từ khóa: mô bệnh học, ung thư tuyến giáp nguyên phát

SUMMARY: RESEARCH HISTOPATHOLOGICAL CLASSIFICATION OF PRIMARY HYROID CANCER

Objectives: The rate of histologic classification of primary thyroid cancer. ***Subjects and Methods***: Histologic classification based on the UICC and AJCC used in clinical practice and research. Histopathological diagnosis was conducted at the K hospital. Method of specimens fixed with formaldehyde, burying candles, cut staining Hematoxylin-Eosin. ***Ket results and conclusions***:The rate of papillary cancer and follicular papilla up to a maximum of 82.3%,the capsule is 9.7%, bone marrow 6.4%, not differentiate only one case accounted for 1.6T%. The correlation between histopathological and clinical lymph nodes, papillary and follicular papilla is the highest T(57T%). Marrow is 75%,Cysts is 50%.

Keywords: histologic classification, primary thyroid cancer

ĐẶT VẤN ĐỀ

Khoảng một thế kỷ nay bệnh ung thư tuyến giáp trạng mới được đề cập đến một cách rõ ràng hơn. Trước đây ung thư tuyến giáp trạng được xem như một phần của hội chứng đầu cổ ít được nói tới. Năm 1883 J.Breack đầu tiên báo cao một trường hợp ung thư tuyến giáp trạng, đến năm 1904 hai nhà lâm sàng Thụy Điển là Klink và Winship nói tới ung thư tuyến giáp thể ẩn. Năm 1907 Langhans tác giả người Đức nhắc tới ung thư biểu mô tuyến giáp nhưng chưa có phân loại giải phẫu bệnh lý, 1909 Hedinger đã nêu ra sự sắp xếp mô bệnh học, tuy nhiên sự hiểu biết về ung thư tuyến giáp trạng vẫn còn rất hạn chế. Cho đến năm 1940 trở đi mới có nhiều những nghiên cứu về ung thư tuyến giáp trong đó Marchant có công lớn trong phân loại mô bệnh học.

Để có cơ sở đánh giá các phương pháp cận lâm sàng trong chuẩn đoán ung thư tuyến giáp nguyên pháp, trong nghiên cứu này chúng tôi tập trung vào mục tiêu: *Nghiên cứ tỷ lệ Phân loại mô bệnh học của ung thư tuyến giáp nguyên phát.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

Đối tượng nghiên cứu:

Gồm 62 bệnh nhân ung thư tuyến giáp trạng nguyên

phát đã được xác định sau khi có kết quả mô bệnh học chính xác sau phẫu thuật tại bệnh viện K Hà Nội.

Phương pháp nghiên cứu

Phân loại mô bệnh học dựa theo UICC và AJCC sử dụng trong thực hành lâm sàng và nghiên cứu [44,45].

- Ung thư thể nhú và nhú nang.
- Ung thư thể nang.
- Ung thư thể tủy.
- Ung thư thể không biệt hóa.

Phân loại độ mô học.

- GR_{xR}: Không đánh giá được độ.
- GR_{1R}: Biệt hóa.
- GR_{2R}: Biệt hóa trung bình.
- GR_{3R}: Biệt hóa thấp.
- GR_{4R}: Không biệt hóa.

2.3. Đánh giá tổn thương phẫu thuật.

Những bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật đề được quan sát trong quá trình phẫu thuật và đánh giá tổn thương bao gồm:

- U giáp trạng: Xác định có u, vị trí u thuộc thùy nào của tuyến giáp, kích thước u, mức độ xâm lấn của u, số lượng u.
- Hạch vùng cổ: Xác định có hạch vùng cổ, vị trí hạch cổ bên phải hay trái, thuộc nhóm nào, số lượng hạch cổ.

2.4. Phân loại mô bệnh học

- Chẩn đoán mô bệnh học được tiến hành tại bệnh viện K. Phương pháp cố định bệnh phẩm bằng Formaldehyde, vùi nến, cắt nhuộm Hematoxylin – Eosin.
- Phân loại vi thể dựa theo phân loại được UICC, AJCC áp dụng năm 1997.
- Chúng tôi xác định mô bệnh học dựa vào kết quả mô bệnh học sau mổ, trong trường hợp không có kết quả mô bệnh học của u giáp chúng tôi lấy kết quả của hạch di căn hoặc ổ chọc di căn do ung thư giáp.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc trưng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Tuổi, giới bệnh nhân UTTGT

	Nam		Nữ	
Lứa tuổi	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
0 - 20	1	5,9%	8	17,8%
21 - 30	3	17,6%	5	11,1%
31 - 40	2	11,8%	13	28,9%
41 - 50	5	29,4%	9	20%
51 - 60	2	11,8%	6	13,3%
>60	4	23,5%	4	8,9%
Tổng số	17		45	

Nhóm UTGT trong 62 BN có 45 BN nữ 17 BN nam. Tỷ lệ Nữ/Nam là 2,7/1. Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 13 tuổi,nhiều tuổi nhất là 77 tuổi và trung bình là 40 tuổi tính cả cho hai giới. Phần lớn bệnh nhân UTGT gặp ở độ tuổi 31 - 50, đỉnh cao nhất là 31 - 40 (28,9%) ở nữ và 41 - 50 (29,4%) ở nam.

Khám lâm sàng phát hiện được phần lớn U trên các bệnh nhân UTGT với tỷ lệ (91,9%). Hay gặp các khối U có mật độ cứng (66,7%). Ranh giới các khối U không rõ ranh giới chiếm tỷ lệ (31,6%)

Có 33 bệnh nhân có hạch chiếm tỷ lệ 53,2% tổng số BN, trong đó hạch cổ 2 bên chiếm 25,5% tổng số BN.

2. Vị trí hạch.

Bảng 2: Vị trí hạch trên bệnh nhân UTTG nguyên phát

Vị trí hạch trên LS	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Cảnh cao	3	9,1%
Cảnh giữa	4	12,1%
Cảnh thấp	3	9,1%
Nhiều nhóm cảnh	19	57,6%
Dưới hàm	0	0%
Thượng đòn	1	3%
Gai	3	9,1%
Tổng	33	100%

Nhận xét:- Vị trí hạch hay gặp nhất là hạch nhóm cảnh (87%) và chủ yếu là phối hợp nhiều nhóm cảnh (57,6%). Dưới hàm không có

3. Phân loại tỷ lệ mô bệnh học UTTG nguyên phát.

Bảng 3. Phân loại tỷ lệ mô bệnh học UTTG nguyên phát.

Phân loại mô bệnh học	Số lượng	Tỷ lệ %
Thể nhú - nhú nang	51	82,3%
Thể nang	6	9,7%
Thể tủy	4	6,4%
Thể không biệt hóa	1	1,6%
TS	62	100%

Nhận xét:

- Chủ yếu gặp ung thư thể nhú và nhú nang (82,3%), thể không biệt hóa chiếm ít nhất (1,6%).

Bảng 4. Tương quan giữa mô bệnh học và hạch lâm sàng.

MBH	Có hạch		Không có hạch		Số BN
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Nhú – nhú nang	29	57%	22	43%	51
Nang	3	50%	3	50%	6
Tủy	1	25%	3	75%	4
Không biệt hóa	0	0%	1	100%	1

Nhận xét và bàn luận:

Thể nhú và nhú- nang gặp di căn hạch nhiều nhất, sau đó là thể nang.Thể không biệt hóa là ít nhất.Kết quả trên tương đương với kết quả của tác giả Nguyễn Văn Thành (2000) ung thư thể nhú chiếm 81,7%; thể nang là 10%; thể tủy là 1,3%; không biệt hóa là 1% và của Lê Văn Quảng (2001) với tỷ lệ tương ứng là 79,5%; 15,6%; 3,9% và 1%. Noguchi [53] là 57 – 84%. Theo Tisell ung thư tuyến giáp thể nhú có thể di căn tới 88%.

KẾT LUẬN

- Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ ung thư thể nhú và nhú nang chiếm nhiều nhất là 82,3%; thể nang đứng thứ hai là 9,7%; thể tủy là 6,4%; gặp ít nhất là thể không biệt hóa chỉ có 1 trường hợp chiếm 1,6%.
- Về mối tương quan giữa mô bệnh học và hạch trên lâm sàng thể nhú và nhú nang có khả năng thấy hạch lâm sàng là cao nhất (57%). Thể nang là 50%. Thể tủy là 75%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Trần Văn Thiệp, (1995), Góp phần NC điều trị UTTG, Luận văn tốt nghiệp BSCKII. TP Hồ Chí Minh.

2.Samuel A.M. (1999), Investigation Procedures in Thyroid cancer, Thyroid cancer An Indian Perspective, edi.Shah D.H. and Samuel A.M,Quét publication, pp.91-104.

3. Franker D.L. et al (2001), Thyroid nodules. Cancer