

TÌNH TRẠNG DI CẢN HẠCH CỔ CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ TUYẾN GIÁP

Nguyễn Xuân Hậu^{1,2}, Lê Văn Quảng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng di căn hạch cổ trong ung thư tuyến giáp thể nhú tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả trên 196 bệnh nhân chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú được phẫu thuật tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 1/2018 đến 6/2020. **Kết quả:** phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp chiếm 94,9%; tỉ lệ vét hạch cổ là 100%; giai đoạn I (59,1%); Tỉ lệ di căn hạch cổ sau mổ 60,2%, tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn 53%; Tỉ lệ di căn hạch nhóm VI là 53,1%, di căn hạch cổ bên là 37,8%. Trong nhóm bệnh nhân di căn hạch cổ bên có 3,1% di căn hạch cổ đối bên. Các BN có số lượng hạch nhóm VI di căn từ 3 hạch trở lên có tỷ lệ di căn hạch nhóm cảnh cao hơn hẳn so với các BN chỉ có 1 hoặc 2 hạch nhóm VI di căn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). **Kết luận:** ung thư tuyến giáp thể nhú hay di căn hạch cổ.

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

SUMMARY

CERVICAL LYMPH NODE METASTASIS PRESENTATION OF PATIENTS WITH THYROID CARCINOMA

Objective: to evaluate cervical lymph node metastasis in papillary thyroid cancer at Hanoi Medical University hospital. **Subjects and Methods:** A descriptive study on 196 patients diagnosed with papillary thyroid carcinoma operated at Hanoi Medical University Hospital from January 2018 to June 2020. **Results:** total thyroidectomy was 94.9%, the rate of cervical lymphadenectomy was 100%. stage I was 59.1%; The rate of cervical lymph node metastasis after surgery accounted for 60.2%, of which 53% of patients had occult lymph node metastasis; The rate of group VI lymph node metastasis was 53.1%, lateral cervical lymph node metastasis is 37.8%. In the group of lateral cervical lymph node metastasis, contralateral cervical lymph node metastasis was 3.1%. Patients with the number of metastatic group VI nodes from 3 or more have a significantly higher rate of lateral lymph node metastasis than patients with only 1 or 2 metastatic group VI nodes, the difference is statistically significant. $p < 0.001$. **Conclusion:** the rate of cervical lymph node metastasis of papillary thyroid carcinoma is high.

Keywords: papillary thyroid cancer, lymph node metastasis.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hậu

Email: drnguyenxuanhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2022

Ngày duyệt bài: 30.5.2022

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp là loại ung thư phổ biến nhất của hệ nội tiết (chiếm 90%) và chiếm 63% trong tổng số tử vong do ung thư tuyến nội tiết^{1,2}.

Phẫu thuật trong ung thư tuyến giáp thường được áp dụng là cắt tuyến giáp toàn bộ hoặc cắt thùy và eo giáp có thể kèm theo vét hạch cổ hoặc không. Hiện nay, chỉ định vét hạch cổ thường được áp dụng khi phát hiện hạch trên lâm sàng. Tuy nhiên với UTTG, một tỷ lệ khá cao có hạch di căn tiềm. Theo các nghiên cứu về nạo vét hạch cổ dự phòng cho các bệnh nhân không phát hiện hạch trên lâm sàng (cN0) thì có đến 29-61% số UTTG thể biệt hoá có di căn hạch tiềm ẩn³. Di căn hạch là một yếu tố tiên lượng, làm tăng nguy cơ tái phát bệnh với ung thư tuyến giáp. Vì vậy, chỉ định vét hạch cổ dự phòng cho những bệnh nhân UTTG cN0 là điều đang cần được nghiên cứu kỹ hơn. Để đánh giá tình trạng di căn hạch cổ, di căn hạch tiềm ẩn của UTBMTG trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu nhưng ở Việt Nam còn chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trên 196 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú được phẫu thuật tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2018 đến tháng 6/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán UTTG dựa vào khám lâm sàng, siêu âm vùng cổ và/ hoặc xét nghiệm tế bào học khối u tuyến giáp. Xét nghiệm giải phẫu bệnh tức thì đối với khối u tuyến giáp nếu lâm sàng và tế bào học nghi ngờ.

- Phẫu thuật cắt tuyến giáp theo phác đồ, vét hạch cổ chọn lọc nhóm VI và nhóm hạch cảnh (nhóm II, III, IV) hai bên.

- Có kết quả xét nghiệm giải phẫu bệnh u tuyến giáp và/ hoặc hạch cổ, khẳng định là ung thư biểu mô tuyến giáp.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân không đáp ứng tiêu chuẩn trên

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh

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).

- Phương pháp phẫu thuật: Cắt thùy + eo tuyến giáp hay cắt tuyến giáp toàn bộ, phương pháp vét hạch cổ: không vét hạch, vét hạch cổ trung tâm, vét hạch cổ 1 hoặc 2 bên.

- Kết quả giải phẫu bệnh hạch sau mổ
- Mối liên quan giữa tình trạng di căn hạch cổ và các yếu tố khác

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm di căn hạch siêu âm. Đặc điểm hạch trên lâm sàng: đa số bệnh nhân không phát hiện hạch trên lâm sàng chiếm 78.6%.

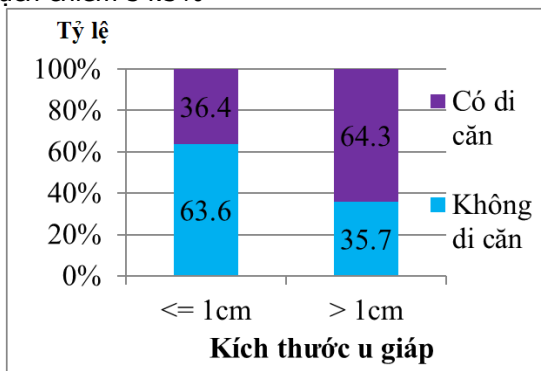
Hạch cổ trên siêu âm: tỷ lệ phát hiện hạch trên siêu âm chiếm 32.7%

3.2. Phương pháp phẫu thuật và giai đoạn bệnh. Phương pháp phẫu thuật tuyến giáp và vét hạch cổ: đa số bệnh nhân được phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ chiếm 91.8% và vét hạch cổ 2 bên chiếm 100%

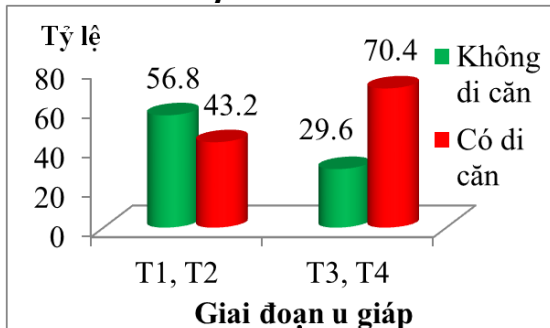
Bảng 1. Tỷ lệ di căn hạch sau mổ

	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Không di căn hạch	78	39,8
Có di căn hạch	118	60,2
Tổng	196	100

Số lượng hạch di căn tiềm ẩn: tỷ lệ di căn 1-2 hạch chiếm 54.3%



Biểu đồ 1. Kích thước u giáp và tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn



Biểu đồ 2. Giai đoạn của u và tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn

IV. BÀN LUẬN

Trong điều trị ung thư tuyến giáp, phẫu thuật đóng vai trò quan trọng nhất, thường là cắt tuyến giáp toàn bộ hoặc cắt thùy và eo giáp có thể kèm theo vét hạch cổ hoặc không. Hiện nay, chỉ định vét hạch cổ thường được áp dụng khi phát hiện hạch trên lâm sàng (gồm thăm khám lâm sàng và siêu âm). Tuy nhiên với UTTG, một tỷ lệ khá cao có hạch di căn tiềm ẩn. Theo nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân phát hiện hạch bằng thăm khám lâm sàng chiếm 21,4%. Kết quả này tương đương với Nguyễn Xuân Phong (16,67%)⁴. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 180 bệnh nhân có chỉ định cắt tuyến giáp toàn bộ, tỷ lệ di căn hạch là 60,2%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Hùng (2013) 41,2%⁵.

Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy tỷ lệ di căn hạch của nhóm bệnh nhân có hạch trên lâm sàng là 75%, cao hơn so với tỷ lệ di căn hạch của nhóm bệnh nhân cN0 (53%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,037). Kết quả này tương đương với Đinh Xuân Cường (93,5% và 61,1%)⁶. Như vậy, xuất hiện hạch trên lâm sàng là yếu tố cho thấy nguy cơ cao có di căn hạch cổ. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn là 53%. Theo Yan DG và cộng sự, tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn là 77,4%⁷. Số lượng hạch tiềm ẩn di căn trung bình là 3,14 hạch. Như vậy với tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn khá cao và số lượng hạch di căn tiềm ẩn trung bình là trên 3 hạch cho thấy việc vét hạch dự phòng để loại bỏ tối đa các hạch di căn tiềm ẩn là việc cần thiết.

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân có di căn hạch nhóm VI là 53,1%, nhóm hạch cảnh là 37,8%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Yan D.G và cộng sự, tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn theo các nhóm lần lượt là VI 62,3%, II 18,9%, III 52,8%, IV 30,2%,⁷. Qua đó chúng ta thấy được nhóm VI có tỷ lệ di căn hạch cao hơn nhóm hạch cảnh.

Về mối tương quan giữa kích thước u và tỉ lệ di căn hạch tiềm ẩn, theo biểu đồ 1 chúng tôi thấy tỉ lệ di căn hạch của u kích thước ≤1cm và u >1cm lần lượt là 36,4% và 64,3%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p=0,033. Kết quả này giống với nghiên cứu của Sun W (2015) kích thước u lớn hơn 1 cm làm tăng tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn so với nhóm có kích thước u ≤ 1cm, với p < 0,00001⁸. Như vậy kích thước u là yếu tố quan trọng để tiên lượng khả năng di căn hạch tiềm ẩn. Với nhóm bệnh nhân PTC cN0 có kích thước u ≤ 1cm, vẫn có đến trên 1/3 các trường hợp có di căn hạch, vậy nên việc vét hạch

cho nhóm bệnh nhân này là điều vẫn cần được lưu tâm.

Về mối liên quan giữa Giai đoạn u và tỉ lệ di căn hạch tiềm ẩn, nghiên cứu của Sun W (2015) cho thấy nhóm BN có giai đoạn T3, T4 có tỷ lệ di căn hạch cao hơn rõ rệt so với nhóm giai đoạn T1, T2 với $p < 0,00001^8$. Theo nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn ở giai đoạn T3, T4 là 70,4%, giai đoạn T1, T2 là 43,2%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,031$. Điều này cho thấy, việc vét hạch cổ dự phòng là cần thiết đối với mọi giai đoạn u, đặc biệt là giai đoạn T3, T4.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ di căn hạch trong ung thư tuyến giáp: 60,2%. Tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn: 53%, số lượng hạch di căn tiềm ẩn trung bình là 3,14. Di căn theo nhóm hạch: nhóm VI hay gặp di căn hạch hơn nhóm cảnh

Số lượng hạch di căn nhóm VI từ 3 hạch trở lên là yếu tố quan trọng làm tăng tỷ lệ di căn hạch cảnh. Tỷ lệ di căn hạch có xu hướng tăng theo kích thước hạch trên siêu âm, hạch có kích thước từ 2 cm trở lên, tỷ lệ di căn hạch là 100%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Hoàng Anh, Nguyễn Mạnh Quốc, Nguyễn Bá Đức, Nguyễn Chân Hùng(2001),

Tình hình bệnh ung thư ở Việt Nam năm 2000, Tạp chí thông tin Y dược số2, tr. 19 - 20.

2. Phạm Văn Bằng, Nguyễn Chân Hùng, Trần Văn Thiệp, Nguyễn Thị Hòa(1995), Cẩm nang ung thư bướu học lâm sàng (Dịch từ tài liệu của Hiệp hội quốc tế chống ung thư), xuất bản lần thứ 6, Nhà xuất bản Y học chi nhánh Tp. Hồ Chí Minh, tr. 391 - 403
3. Henry JF, Gramatica L, Denizot A et al (1998), Morbidity of prophylactic lymph node dissection in the central neck area in patients with papillary thyroid carcinoma, Langenbeck's Arch Surg, 383, tr. 167-169.
4. Nguyễn Xuân Phong (2011), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số xét nghiệm trong ung thư biểu mô tuyến giáp, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
5. Nguyễn Văn Hùng (2013), Đánh giá kết quả điều trị ung thư tuyến giáp tại BV Tai Mũi Họng TW và BV Bạch Mai giai đoạn 2007 - 2013, Luận văn Bác sĩ nội trú bệnh viện, Đại học Y Hà Nội.
6. Đinh Xuân Cường (2004), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và kết quả điều trị phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại bệnh viện K, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
7. Yan DG, Zhang B, An CM et al (2011), Cervical lymph node metastasis in clinical N0 papillary thyroid carcinoma, Zhonghua Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi, 46(11), tr. 887-91.
8. Sun W, Lan X, Zhang H et al (2015), Risk Factors for Central Lymph Node Metastasis in CNO Papillary Thyroid Carcinoma: A Systematic Review and Meta. Analysis, PLoS One, 10(10).

ĐẶC ĐIỂM VỀ TỶ LỆ TỬ VONG CỦA CÁC LOẠI NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN THƯỜNG GẶP VÀ CĂN NGUYÊN GÂY BỆNH PHÂN LẬP ĐƯỢC TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Đức Quỳnh¹, Bùi Thị Hương Giang²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ tử vong của các loại nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp và căn nguyên gây bệnh phân lập được. **Đối tượng và phương pháp:** Tiến cứu mô tả cắt ngang 970 bệnh nhân điều trị trên 48h tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai từ 08/2019 đến 07/2020. **Kết quả:** 970 bệnh nhân nghiên cứu có 137 bệnh nhân bị nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) với 181 đợt NKBV, tỷ lệ tử vong của 970 bệnh nhân nghiên cứu là 25,1% (243/970), tử vong liên quan đến NKBV là 33,6% (46/137), trong đó

tỷ lệ VAP 15,3/1000 ngày thở máy với tỷ lệ tử vong 35,1%, CAUTI là 7,0/1000 ngày lưu sonde tiểu và tử vong 31,4%, CLABSI là 4,9/1000 ngày lưu catheter và tử vong 60,8%. Căn nguyên gây bệnh phân lập được 53,4% là kháng mở rộng, trong đó VAP hay gặp nhất là A.Baumannii (43,9%), CAUTI là C.albicans (34,3%), E.Coli (8,6%) và K.pneumoniae (8,6%), CLABSI là K.pneumoniae (13,8%), S.aureus (13,8%), C.tropicalis (13,8%), C.albicans (13,8%). **Kết luận:** Tỷ lệ tử vong liên quan đến NKBV cao, VAP có tỷ lệ mắc cao nhất với căn nguyên hay gặp là A.Baumannii.

Từ khóa: nhiễm khuẩn bệnh viện, tử vong, vi khuẩn

Từ viết tắt: VAP (Ventilator Associated Pneumonia): Viêm phổi liên quan thở máy. CAUTI (Catheter-Associated Urinary Tract Infections): Nhiễm trùng tiểu liên quan ống thông, CLABSI (Central-line associated blood stream infection): Nhiễm khuẩn huyết liên quan catheter.

SUMMARY

MORTALITY CHARACTERISTICS OF

¹BV đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc

²BV Bạch Mai- Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Quỳnh

Email: ducquynhnguyen3007@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.5.2022

Ngày duyệt bài: 26.5.2022