TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Thu Hương, Nguyễn Tất Thắng** (2013), Tỷ lệ kháng thể kháng nucleosome trong bệnh lupus ban đỏ hệ thống – mối tương quan giữa kháng thể kháng nucleosome với ANA, Anti-dsDNA và độ hoạt động của bệnh. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 17(1), pp. 294-300.
2. **Huỳnh Phan Phúc Linh, Lê Anh Thư** (2014), Nghiên cứu một số kháng thể trên bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống và một số yếu tố liên quan. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 18(2), 148-154.
3. **Nguyễn Thị Chúc, Vũ Nguyệt Minh, Lê Hữu Doanh, Lê Huyền My (2017),** Kết quả xét nghiệm tìm kháng thể kháng nhân bằng kỹ thuật miễn dịch huỳnh quang gián tiếp trên tế bào Hep - 2 của các bệnh nhân mắc bệnh tổ chức liên kết tự miễn. Tạp chí Nghiên cứu Y học Việt Nam, 106(1), 41-47.
4. **A. Tayde, Agrawal, C., & Deshmukh, A. T. (2018),** Comparison of immunofluorescence assay (IF) with ELISA in detection of antinuclear antibodies. Indian Journal of Pathology and Oncology, 5(3), 418-420.
5. **Damoiseaux, J., von Mühlen, C. A., et al (2016),** International consensus on ANA patterns (ICAP): the bumpy road towards a consensus on reporting ANA results. Autoimmunity Highlights, 7(1), 1-8.
6. **Frodlund M,O. Dahlstrom, A. Kastbom et al (2013),** Associations between antinuclear antibody staining patterns and clinical features of systemic lupus erythematosus: analysis of a regional Swedish register, BMJ Open, 3(10).
7. **Hoffman IE, Peene I et al (2004),** Specific antinuclear antibodies are associated with clinical features in lupus erythematosus, Ann Rheum Dis, 63, pp.1155-1158
8. **Karumanchi, D., & Oommen, S. (2018),** Evaluation of Diagnostic Significance and Cost Effectiveness of ELISA and IFA for the Diagnosis of Autoimmune Disorders, Immunome Research, 14(2), 1-6.
9. **Rahman A, Isenberg DA (2008),** Systemic Lupus Erythematosus, N Engl J Med, 358, pp. 929-939
10. **El-Chennawi, F.A, et al (2009).** Comparative study of antinuclear antibody detection by indirect immunofluorescence and enzyme immunoassay in lupus patients. Immunol Invest, 38(8), 50-839.

CHỈ SỐ TIỂU CẦU CHƯA TRƯỞNG THÀNH Ở BỆNH NHÂN SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thanh Bình[1,2], Nguyễn Thị Phương Thảo[1], Nguyễn Thị Duyên[1], Lương Thị Nghiêm[1]

TÓM TẮT

Tiểu cầu chưa trưởng thành (IPF) là tiểu cầu mới sinh từ tủy xương ra máu ngoại vi, phản ánh khả năng sản xuất tiểu cầu của tủy xương. Nghiên cứu nhằm đánh giáchỉ số IPF ở bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2020-2021. Qua đó tìm hiểu mối liên quan giữa chỉ số tiểu cầu chưa trưởng thành và sự phục hồi tiểu cầu sau điều trị. Nghiên cứu trên 33 trẻ bị sốt xuất huyết Dengue (nhóm bệnh) và 32 trẻ bình thường (nhóm chứng), trong đó nhóm bệnh được theo dõi số lượng tiểu cầu, %IPF tại thời điểm nhập viện và 24h, 48h, 72h sau khi vào viện hoặc cho đến khi bệnh nhân được ra viện. Kết quả cho thấy %IPF chứng là 1,32% (1,06-1,58); %IPF nhóm bệnh là 3,56%-7,31%. Trong đó 72,73% bệnh nhân số lượng tiểu cầu hồi phục trong vòng 24 giờ sau khi %IPF đạt đỉnh và 87,88% hồi phục trong vòng 48h; và 90,91% hồi phục trong vòng 72h. Tại ngày sốt thứ 6, %IPF có giá trị dự đoán khả năng sắp hồi phục số lượng tiểu cầu với độ nhạy 46,7%, độ đặc hiệu 100% với điểm cắt là 7,3%.

Từ khóa: Sốt xuất huyết, tiểu cầu chưa trưởng thành, Bệnh viện Nhi Trung ương

SUMMARY

IMMATURE PLATELET FRACTION (IPF) INDEX IN DENGUE FEVER PATIENTS AT THE NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Immature Platelet Fraction (IPF) are platelets nascent from the bone marrow into peripheral blood, reflecting the bone marrow's ability to produce platelets. This study was conducted to evaluate the IPF index in Dengue fever patients at the National Children's Hospital in 2020-2021. Thereby investigating the relationship between immature platelet fraction and platelet recovery after treatment. Study on 33 children with Dengue hemorrhagic fever (disease group) and 32 normal children (control group) in which disease group was counted PLT, %IPF at the time of admission and after 24hours, 48hours, 72 hours after admission or until the patient is discharged. The results showed that %IPF of control group was 1.32% (1.06-1.58), %IPF of patient group was 3.56%-7.31%. In which 72.73% of patients platelets recovered to normal range within 24 hours after %IPF peaked, 87.88% of patients recovered platelets within 48 hours and 90.91% of patients recovered platelets within 72 hours. At the 6th day of fever, %IPF had a predictive value for platelet recovery with a sensitivity of 46.7%, a specificity of 100% with a cut-off point of 7.3%.

[1]Bệnh viện Nhi Trung ương
[2]Trường Đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Bình
Email: nguyenthanhbinh@hmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 10.01.2023
Ngày phản biện khoa học: 20.3.2023
Ngày duyệt bài: 30.3.2023

Keywords: Dengue, Immature Platelet Fraction (IPF), National Children's Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiểu cầu đóng một vai trò quan trọng trong kiểm soát đông cầm máu. Giảm số lượng tiểu cầu ở máu ngoại vi có thể gây ra các triệu chứng bầm tím, chảy máu quá mức. Ngoài chỉ số số lượng tiểu cầu (SLTC) máu ngoại vi, các chỉ số khác về tiểu cầu còn ít được quan tâm. Tỷ lệ tiểu cầu chưa trưởng thành (%IPF- immature platelet fraction) là một chỉ số mới, đo lường các tiểu cầu chưa trưởng thành ở máu ngoại vi. Tỷ lệ IPF tăng khi tủy xương tăng sản xuất tiểu cầu. Do vậy đánh giá tỷ lệ IPF ở máu ngoại vi có thể giúp tiên đoán khả năng sản xuất tiểu cầu, tương tự như giá trị của hồng cầu lưới trong đánh giá hoạt động của tủy xương [1].

Ứng dụng lâm sàng của %IPF trong chẩn đoán và điều trị bệnh nhân giảm tiểu cầu đã bắt đầu được quan tâm trong thời gian gần đây. Người ta thấy %IPF tăng liên quan mật thiết với sự tăng tiêu thụ và phá hủy tiểu cầu ở máu ngoại vi như giảm tiểu cầu miễn dịch, giảm tiểu cầu trong sốt xuất huyết...Đã có nhiều nghiên cứu trên thế giới về liên quan giữa %IPF với sự phục hồi SLTC trong sốt xuất huyết đều cho thấy sau khi %IPF đạt đỉnh sẽ có sự phục hồi SLTCtrong vòng 24-48 giờ sau đó[2].Tại Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu về vai trò %IPF trong bệnh lý đặc biệt các bệnh lý liên quan đến thay đổi SLTC. Các nghiên cứu chủ yếu trong ghép tế bào gốc tạo máu, trong xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch[3].Chưa có nhiều các nghiên cứu về %IPF trong sốt xuất huyết. Do vậy,chúng tôi thực hiện nghiên cứu nàynhằmmục tiêu "Đánh giá chỉ số tiểu cầu chưa trưởng thành (IPF) và tìm hiểu mối liên quan giữa chỉ số IPF với sự phục hồi tiểu cầu sau điều trị ở bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2020-2021".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

**** Nhóm bệnh:*** 32 bệnh nhân đến khám và điều trị tại bệnh viện Nhi Trung ương được chẩn đoán xác định sốt xuất huyết Dengue:

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Sốt

+ Test Dengue NS1 hoặc Dengue IgM dương tính.

+ Số lượng tiểu cầu ở máu ngoại vi < 150 G/L.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân có kèm bệnh lý huyết học khác như suy tủy, xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch…, bệnh nhân được truyền máu, chế phẩm máu trong quá trình điều trị.

**** Nhóm chứng:*** là những trẻ đến khám và điều trị các bệnh lý không liên quan đến nhiễm khuẩn, huyết học, miễn dịch, có SLTCbình thường (150 – 300 G/L).

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Bệnh nhân thuộc nhóm bệnh được lấy 2 mL máu chống đông EDTA, thực hiện xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi để xác định SLTC, %IPFtại thời điểm vào viện, sau mỗi 24 giờ cho đến khi bệnh nhân được ra viện.

Nhóm chứng được lấy 2 mL máu chống đông EDTA, thực hiện xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi để xác định SLTC, %IPF tại thời điểm vào viện.

2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Huyết học - Bệnh viện Nhi Trung ươngtừ tháng 6/2020 đến tháng 10/2021.

2.4. Xử lý số liệu. Các số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y học trên máy tínhbằng phần mềm SPSS 20.

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứuđược Hội đồng Đạo đức, Bệnh viện Nhi Trung ương phê duyệt số 1521/BVNTƯ-HĐĐĐ ngày 05/10/2021.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỉ lệ tiểu cầu chưa trưởng thành ở nhóm chứng và nhóm bệnh

Bảng 1. Tỉ lệ IPF ở nhóm chứng

Các chỉ số		Giá trị trung bình (%)	Khoảng giá trị	P
Tuổi	Dưới 5	1,30	1,06 - 1,54	>0,05
	Từ 5-9	1,53	0,11 - 2,95	
	Từ 9-16	1,04	N/A	
Giới tính	Nam	1,44	1,13-1,74	>0,05
	Nữ	0,79	0,55-1,03	
Tổng		**1,32**	**1,06-1,58**	

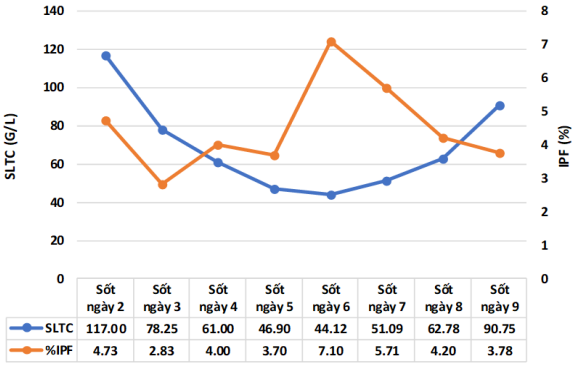
Nhận xét: Tỷ lệ %IPF theo nhóm tuổi, giới ở nhóm chứng không có khác biệt với p > 0,05.

Bảng 2. Tỉ lệ %IPF ở nhóm bệnh

Chỉ số	Nhóm bệnh				Nhóm chứng
	Nam (n)	Nữ (n)	Tổng (n)	p	p
Sốt ngày 2	4,73 (1)	(0)	4,73 (1)	N/A	N/A
Sốt ngày 3	3,82 (3)	3,18 (2)	3,56 (5)	>0,05	>0,05

Sốt ngày 4	5,22 (7)	3,80 (4)	4,71 (11)	>0,05	<0,01
Sốt ngày 5	4,00 (17)	4,29 (8)	4,10 (25)	>0,05	
Sốt ngày 6	7,93 (23)	5,87 (10)	7,31 (33)	>0,05	
Sốt ngày 7	6,22 (19)	4,92 (9)	5,81 (28)	>0,05	
Sốt ngày 8	3,77 (9)	5,70 (3)	4,26 (12)	>0,05	
Sốt ngày 9	6,147 (2)	2,77 (1)	5,03 (3)	>0,05	>0,05

Nhận xét: Có sự khác biệt giữa trung bình %IPF của nhóm bệnh từ ngày sốt thứ 4 đến ngày thứ 8 so với nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 99%.Không có sự khác biệt về tỉ lệ %IPF theo giới tính của nhóm bệnh ở từng giai đoạn bệnh với p> 0,05.



Biểu đồ 1. Diễn biến SLTC và IPF theo ngày sốt ở nhóm bệnh

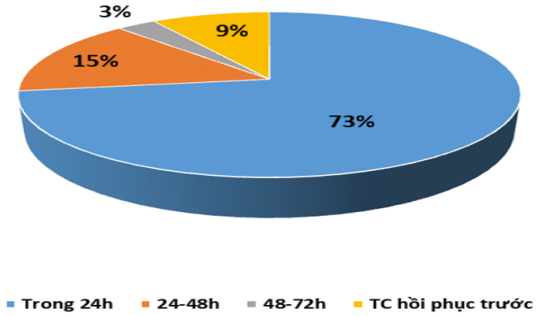
Nhận xét: Số lượng tiểu cầu giảm dần và giảm cực đại cho đến ngày thứ 6 của bệnh thì dần hồi phục.Tỷ lệ %IPF có xu hướng tăng dần từ ngày thứ 4 và đạt đỉnh vào ngày thứ 6 của bệnh, sau đó giảm dần.

3.2. Mối liên quan giữa tỷ lệ tiểu cầu chưa trưởng thành (%IPF) và sự phụchồi tiểu cầu sau điều trị

Bảng 3. Thời điểm %IPF đạt đỉnh và số lượng tiểu cầu phục hồi

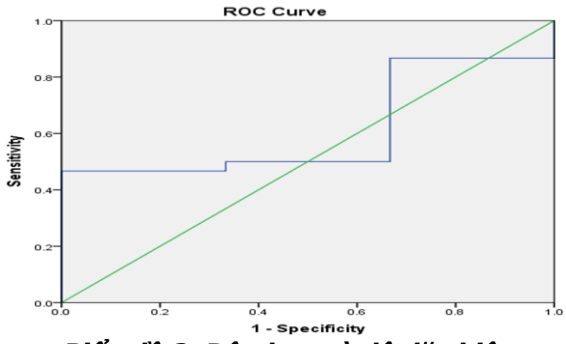
Chỉ số	Thời điểm %IPF đạt đỉnh	Thời điểm TC phục hồi
Trung bình	6,24	6,94
Trung vị	6,00	7,00
Mode	6	7

Nhận xét: Thời điểm xuất hiện đỉnh của %IPF trung bình là ngày sốt thứ 6, số lượng tiểu cầu hồi phục ở ngày sốt thứ 7 của bệnh.



Biểu đồ 2. Thời gian phục hồi số lượng tiểu cầu sau khi %IPF đạt đỉnh

Nhận xét: Có 3 trường hợp sự phục hồi SLTC xảy ra trước khi xuất hiện đỉnh %IPF, chiếm 9,09%. 72,73% trường hợp SLTC hồi phục trong vòng 24h; 87,88% trong vòng 48h; và 90,91% trong vòng 72h.



Biểu đồ 3. Độ nhạy và độ đặc hiệu của %IPF ở ngày sốt thứ 6 trong dự đoán khả năng hồi phục của tiểu cầu

Nhận xét: Tại ngày sốt thứ 6, %IPF dự đoán SLTC có hồi phục trong vòng 72h với điểm cut-off là 7,3% độ nhạy 46,7% và độ đặc hiệu 100%.

IV. BÀN LUẬN

Tỉ lệ %IPF ở nhóm chứng và nhóm bệnh. Tỷ lệ%IPFtrung bình ở trẻ bình thường trong nghiên cứu của chúng tôi là 1,32% (1,06-1,58). Khoảng giá trị này nhỏ và hẹp hơn so với nghiên cứu của T.Dadu trên 100 người trưởng thành cho kết quả %IPF là 0,7-4,3%[4].Nghiên cứu của Briggs cũng cho khoảng giá trị tham khảo của %IPF là 1,1-6,1%[5].Có sự khác biệt có ý nghĩa giữa trung bình %IPF của nhóm bệnh từ ngày sốt thứ 4 đến ngày thứ 8 so với nhóm chứng với độ tin cậy 99%. Giới tính không ảnh hưởng đến tỷ lệ %IPF trong nhóm bệnh ở tất cả các giai đoạn bệnh với p> 0,05.

Ở bệnh nhân sốt xuất huyết, SLTCthường giảm từ ngày thứ 3 đến ngày thứ 7 của bệnh và trở lại bình thường vào ngày thứ 8 hoặc 9[4,5].Nghiên cứu cho kết quả %IPF ở giai đoạn tăng lên thể hiện sự tăng sinh tiểu cầu trong tủy xương để bù đắp lại sự tăng tiêu thụ tiểu cầu ở máu ngoại vi.

Mối liên quan giữa thời điểm tỷ lệ tiểu cầu chưa trưởng thành (%IPF) đạt đỉnh và sự phục hồi số lượng tiểu cầu. Theo kết quả thu được ở Biểu đồ1, SLTCvà giảm cực đại cho đến ngày thứ 6 của bệnh thì dần hồi phục; tỷ lệ %IPF có xu hướng tăng dần từ ngày thứ 4 và đạt đỉnh vào ngày thứ 6 của bệnh, sau đó giảm dần.Trong nghiên cứu này, có 3 trường hợp sự phục hồi của SLTC xảy ra trước khi xuất hiện đỉnh %IPF, chiếm 9,09%; 72,73% trường hợp SLTC hồi phục trong vòng 24h; 87,88%trong vòng 48h; và 90,91% trong vòng 72h sau khi %IPF đạt đỉnh.Như vậy đa số các bệnh nhân SLTC phục hồi 1 ngày sau khi %IPF đạt đỉnh. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của T. Dadu và của V.V. Kumar, tỷ lệbệnh nhân khôi phục SLTC trong vòng 24hlà 84,3% và 86,4%, trong vòng 48hSLTC phục hồi hoàn toàn cho phần còn lại sau khi %IPF đạt đỉnh[2,4].

Truyền tiểu cầu để ngăn ngừa các biến chứng chauy máu trong sốt xuất huyết giảm tiểu cầu là cần thiết. Điều này có thể dẫn đến việc sử dụng chế phẩm máu không hợp lý. Do đó, cần phải có một chỉ điểm đánh dấu như chỉ số tiểu cầu chưa trưởng thành (IPF) làm thước đo phản ánh khả năng sinh tiểu cầu và phục hồi SLTC máu ngoại vi. Dựa vào diễn biến %IPF để dự đoán thời gian phục hồi tiểu cầu sau khi nhiễm bệnh làm giảm nguy cơ phải truyền tiểu cầu. Trong nghiên cứu của chúng tôi vào ngàysốt thú 5 của bệnh, có mối tương quan thuận giữa %IPF với SLTC máu ngoại vi, đó là sự gia tăng trong %IPFcùng với tăng SLTC. Mối tương quan có ý nghĩa thống kê vớigiá trị p <0,001.

Ngoài nghiên cứu về giá trị chỉ số %IPF trong sốt xuất huyết, rất nhiều nghiên cứu ở các bệnh lý khác cũng dựa vào chỉ số này để dự báo khả năng hồi phục SLTC máu ngoại vi như bệnh giảm tiểu cầu miễn dịch (ITP), giảm tiểu cầu huyết khối (TTP) hay ở ở bệnh nhân suy tủy[5].Sau khi ghép tế bào gốc máu ngoại vi, IPF tăng 1–2 ngày trước khi lượng tiểu cầu tăng lên.Sự gia tăng IPF xảy ra 4–4,5 ngày trước khi tăng SLTCsau khi ghép tủy xương.Với khả năng dự đoán sự phục hồi tiểu cầu trong vòng vài ngày sau khi tăng %IPF, có thể giảm nguy cơ truyền tiểu cầu dự phòng ở những bệnh nhân được ghép tế bào gốc[8]. Như vậy các nghiên cứu đều cho thấy sự tăng %IPF ở một số bệnh lý được coi như một chỉ số dự đoán sự phục hồi SLTC máu ngoại vi sau đó.

Giá trị của %IPF trong dự đoán khả năng hồi phục của SLTC ở ngày sốt thứ 6 của bệnh. Số liệu tạiBiểu đồ 3cho thấy, tại ngày sốt thứ 6, %IPF dự đoán SLTC hồi phục (muộn nhất trong vòng 72h) với điểm cut-off là 7,3% độ nhạy 46,7% và độ đặc hiệu 100%. Ngưỡng này tương đương so với ngưỡng 7,7% trong nghiên cứu của Abe Y và cộng sựvà ngưỡng 7,0% trong nghiên cứu của Takami A (2007) ở bệnh nhân hóa trị liệu và cấy ghép tế bào gốc tạo máu.Nghiên cứu của Ahmad Wayez và cộng sự từ năm 2016-2018 báo cáo rằng số lượng tiểu cầu có xu hướng phục hồi trong vòng 24 đến 48h ở bệnh nhân sốt xuất huyết nếu giá trị của %IPF lớn hơn 8%[9].

V. KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu 33 bệnh nhânsốt xuất huyết Dengue tại Bệnh viện Nhi Trung ương cho thấy, tỷ lệ tiểu cầu chưa trưởng thành (%IPF) ở bệnh nhân khác nhau ở từng ngày sốt của bệnh, dao động từ 3,56%-7,31%, trong đó %IPF cao nhất vào ngày sốt thứ 6 (7,31%), %IPF ở nhóm trẻ bình thường là 1,32% (1,06-1,58).72,73% bệnh nhân có SLTCmáu ngoại vi hồi phục trong vòng 24h sau khi %IPF đạt đỉnh; 87,88% phục hồi trong vòng 48h và 90,91% SLTC phục hồi trong vòng 72h. Tại ngày sốt thứ 6, %IPF có giá trị dự đoán khả năng SLTC máu ngoại vi sắp hồi phục với độ nhạy 46,7%, độ đặc hiệu 100% và điểm cut-off là 7,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Harrison P, Goodall AH.** Message in platelet-more than just vestigial mRNA. Platelets;19(6):395-404.
2. **V.V.Kumar, S.Senthilkumaran, P.Thirumalaikolundusubramanain** (2016). Immature platelet fraction in Dengue cases. International Journal of Infectious Diseases, Volume 45, Supplement 1, Page 443.
3. **Nguyễn Hữu Tuấn và cộng sự** (2018). Khảo sát giá trị tiên đoán xuất huyết của xét nghiệm tỷ lệ tiểu cầu chưa trưởng thành (IPF%) trên bệnh nhân xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch có số lượng tiểu cầu thấp. Tạp chí Y học Việt Nam, tập 446, trang 657-663.
4. **Dadu T, Sehgal K, Joshi M et al** (2014). Evaluation of the immature platelet fraction as an indicator of platelet recovery in dengue patients. Int J Lab Hematol;36(5):499-504.
5. **Biggs, Cet al** (2004). Assessment of an immature platelet fraction (IPF) in Peripheral thrombocytopenia.Br J Haematol. 126(1) p.93-9.
6. **Flaujac C, Boukour S, Cramer-Borde E** (2010). Platelets and viruses: an ambivalent relationship. Cell Mol Life Sci;67:545–56.
7. **Amrutha B. S., Adarsh E., SreeKrishna Y et al** (2019). Immature platelet fraction in children infected with dengue fever. International Journal of Contemporary Pediatrics Amrutha BS et al. Int J Contemp Pediatr;6(1):5-9.
8. **Zucker M.L., Murphy C.A., Rachel J.M et al**

(2006). Immature platelet fraction as a predic-tor of platelet recovery following hematopoietic progenitor cell trans-plantation. Laboratory Hematology, 2,125–130.
9. **Wayez A, Zafar L, Aijaz M, Afroz N** (2020). Study of platelet indices in dengue fever with thrombocytopenia and correlation of immature platelet fraction (IPF) with platelet recovery. Archives of Hematology Research Articles and Reviews, 5(1): 001-005.

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG UNG THƯ GIÁP MÓNG HIẾM GẶP VÀ HỒI CỨU Y VĂN

Ngô Xuân Quý[1], Lê Thế Đường[1], Nguyễn Ngọc An Nguyên[2], Ngô Quốc Duy[1,2]

TÓM TẮT

Ung thư giáp móng là loại u ác tính hiếm gặp, có nguồn gốc từ dị tật bẩm sinh của tuyến giáp. Phẫu thuật Sistrunk kết hợp với vét hạch cổ khi có bằng chứng di căn hạch vẫn là phương pháp điều trị chính. Trong bài báo này, chúng tôi báo cáo trường hợp bệnh nhân nam 13 tuổi vào viện vì khối u dưới cằm. Qua khám lâm sàng, siêu âm và chọc hút tế bào, kết quả là khối u trên xương móng, kích thước 20x25mm kèm di căn hạch cổ 2 bên. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt bỏ u kèm thân xương móng kết hợp nạo vét hạch cổ 2 bên thành công và được theo dõi định kỳ ổn định. Qua ca lâm sàng này, chúng tôi hồi cứu lại về lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị trong y văn. ***Từ khoá:*** ung thư giáp móng, u giáp móng, dị tật bẩm sinh tuyến giáp.

SUMMARY

A RARE CASE REPORT OF THYROGLOSSAL DUCT CARCINOMA AND LITERATURE REVIEW

Thyroglossal duct carcinoma is uncommon, originating from thyroglossal duct cysts. The Sistrunk operation combined with cervical lymphadenectomy if there is evidence of lymph node metastasis is the main treatment method. The present study reports a 13-year-old boy was referred to our department after noticing a neck swelling. Examination, ultrasound and cytology investigations revealed a large tumor in the hyoid bone which had been present for over six months. The tumor was completely excised, and follow-up, there was no recurrence of the lesion. In this report, the authors present the clinical, histological features of thyroglossal duct carcinoma with review of the literature.

Keywords: thyroglossal duct carcinoma, thyroglossal duct cyst.

I. TỔNG QUAN

Nang giáp móng là một trong các di tật bẩm sinh tuyến giáp, được hình thành do ống giáp lưỡi vẫn tồn tại mà không bị thoái hóa từ tuần 5-10 thời kỳ phôi thai. Nang giáp móng phần lớn nằm ở giữa xương móng và sụn giáp.

Ung thư biểu mô nang ống giáp lưỡi hiếm gặp (chiếm 1% các trường hợp u nang ống giáp lưỡi[1]). Ca bệnh đầu tiên được mô tả bởi Brentano năm 1911, cho tới nay có khoảng 200 ca được báo cáo. Ung thư giáp móng thường gặp ở nữ nhiều hơn nam (tỷ lệ 2,9:1), tuổi xuất hiện trung bình là 6 tuổi ở trẻ em và 38 tuổi ở người trưởng thành[2]. Hiện nay có 2 giả thuyết về nguồn gốc ung thư giáp móng. Một là, ung thư nguyên phát tại ống giáp lưỡi, được giải thích do các thành phần còn lại của mô tuyến giáp tạo thành ống giáp lưỡi. Hai là, khối u di căn từ tuyến giáp. Chẩn đoán trước mổ ung thư giáp móng thường khó khăn hơn ung thư tuyến giáp, đa số đánh giá trước mổ là u nang giáp móng lành tính, bệnh nhân được phẫu thuật và kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư.

Chúng tôi xin báo cáo một trường hợp ung thư giáp móng ở trẻ em đã được điều trị thành công và hồi cứu lại y văn.

II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam, 13 tuổi, vào viện vì xuất hiện khối u vùng dưới cằm cách 6 tháng, kích thước tăng dần, không đau, không khó thở. Bệnh nhân không có tiền sử bệnh lý đặc biệt. Khám lâm sàng đánh giá khối u vùng cổ trước vị trí trên sụn giáp kích thước 2x3cm, ấn chắc, di động kém. Hạch cổ 2 bên nhóm 1,2,3 kích thước 1-2cm, ấn chắc.

Hình ảnh siêu âm vùng cổ đánh giá khối u trên xương móng, kích thước 20x25mm, ranh giới không rõ. Hạch dưới cằm, dưới hàm, góc hàm 2 bên có nhiều hạch kích thước 20x13mm, hạch nhóm III, IV (T) kích thước 15x8mm, mất cấu trúc rốn hạch, tuyến giáp không u. Kết quả chọc hút tế bào u và hạch nghĩ tới carcinoma

[1]*Bệnh viện K*
[2]*Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Ngô Xuân Quý
Email: ngoxuanquy1979@gmail.com
Ngày nhận bài: 9.01.2023
Ngày phản biện khoa học: 17.3.2023
Ngày duyệt bài: 28.3.2023