(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.

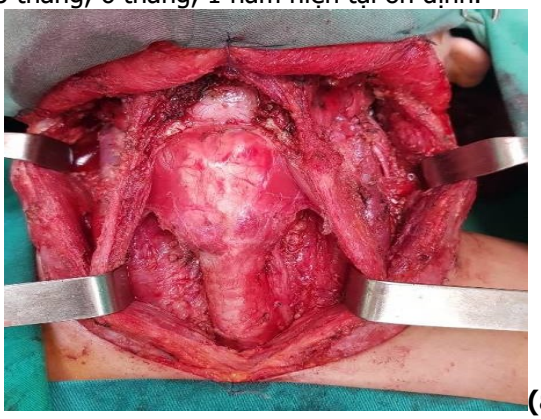
Hình ảnh siêu âm vùng cổ đánh giá khối u trên xương móng, kích thước 20x25mm, ranh giới không rõ. Hạch dưới cằm, dưới hàm, góc hàm 2 bên có nhiều hạch kích thước 20x13mm, hạch nhóm III, IV (T) kích thước 15x8mm, mất cấu trúc rốn hạch, tuyến giáp không u. Kết quả chọc hút tế bào u và hạch nghĩ tới carcinoma

[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

tuyến giáp thể nhú. Đánh giá các cơ quan bộ phận khác không phát hiện gì bất thường.

Hình 1. Hình ảnh khối u trên lâm sàng của bệnh nhân (mũi tên)

Bệnh nhân được chẩn đoán Ung thư giáp móng di căn hạch cổ 2 bên và được phẫu thuật cắt u giáp móng kèm thân xương móng (PT Sistrunk), cắt toàn bộ tuyến giáp và vét hạch cổ 2 bên. Đánh giá trong mổ khối u dính sát xương móng phía trên sụn giáp kích thước 2x3cm, ấn chắc, dính các cơ lân cận, ranh giới không rõ. Tuyến giáp 2 bên không có u. Hạch nhóm VI kích thước 0,5-1cm ấn mềm. Hạch cổ (T) nhóm I, II, III, IV có nhiều hạch kích thước 0,5-2cm ấn chắc, chưa phá vỏ. Hạch cổ (P) nhóm I, II, III, IV có nhiều hạch kích thước 0,5-1cm,vài hạch ấn chắc. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ: U giáp móng: carcinoma tuyến giáp thể nhú. Thùy (P), thùy (T) tuyến giáp không có u. Hạch cổ (T): 8/28 hạch di căn carcinoma thể nhú. Hạch cổ (P): 5/18 hạch di căn carcinoma. Hạch nhóm VI: 7/7 hạch viêm. Sau phẫu thuật ổn định, bệnh nhân được chuyển khoa điều trị Iod phóng xạ 131 và theo dõi định kỳ. Bệnh nhân tái khám sau 3 tháng, 6 tháng, 1 năm hiện tại ổn định.



(a)

(b)

Hình 2. (a) Hình ảnh trong mổ sau khi cắt u giáp mòng, toàn bộ tuyến giáp và vét hạch cổ. (b) Hình ảnh bệnh phẩm sau mổ

III. BÀN LUẬN

Chẩn đoán. Chẩn đoán trước mổ trong ung thư giáp móng thường khó khăn hơn ung thư tuyến giáp, đa số đánh giá trước mổ là 1 u nang giáp móng lành tính, kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư. Lâm sàng biểu hiện khối u vùng cổ, mềm, ít khi gây nuốt vướng hay khó chịu. U có thể xuất hiện ở bất kỳ vị trí nào dọc theo di tích của ống giáp lưỡi. Trong hầu hết các trường hợp, unằm ngay dưới xương móng tiếp giáp với màng giáp móng[3]. U bên dưới màng giáp móng rất hiếm gặp.

Chọc hút bằng kim nhỏ (FNA) thường được sử dụng để chẩn đoán ung thư giáp móng. Tuy nhiên, giá trị của FNA trong ung thư giáp móng không cao như ung thư tuyến giáp, với ung thư tuyến giáp độ nhạy từ 90-95%, còn trong ung thư giáp móng độ nhạy từ 56-62% (tuy nhiên cỡ mẫu còn thấp). Các cận lâm sàng khác để đánh giá trước mổ bao gồm siêu âm, chụp cộng hưởng từ, chụp cắt lớp vi tính

Phần lớn ung thư giáp móng có mô bệnh học là ung thư biểu mô thể nhú (75%-88%)[4]. Do đó, khi phát hiện ra thể mô bệnh học này, cần phải xác định rõ tổn thương là ung thư nguyên phát tại nang giáp móng hay tổn thương di căn hạch từ ung thư tuyến giáp. Các nghiên cứu cho thấy rằng trong số các bệnh nhân ung thư giáp móng, 11%-33% có mắc ung thư biểu mô tuyến giáp[4].

Điều trị. Phẫu thuật là phương pháp có vai trò chính trong điều trị ung thư nang giáp móng. Trường hợp mô bệnh học là ung thư thể biệt hoá nguy cơ tái phát cao sau phẫu thuật, I-131 có vai trò điều trị bổ trợ tương tự như điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa. Tuy nhiên, đối với thể mô bệnh học ung thư thể vảy không biệt hóa, không có chỉ định cắt tuyến giáp khi khẳng định ung thư nguyên phát tại ống giáp lưỡi mà sẽ cân nhắc điều trị xạ trị bổ trợ sau mổ. Hiện nay, chưa có 1 phân loại giai đoạn cụ thể nào cho ung thư giáp móng. Phương pháp điều trị dựa vào phân

nhóm nguy cơ tái phát thấp và cao. Các yếu tố nguy cơ tái phát thấp bao gồm: BN < 45 tuổi, có khối u nhỏ (u dưới 1,5 cm) với mô bệnh học thể biệt hóa, u chưa phá vỏ, không xâm lấn mạch máu, phẫu thuật R0, không có di căn hạch hay di căn xa và tuyến giáp không có tổn thương. Các yếu tố nguy cơ cao bao gồm: BN > 45 tuổi, khối u > 1,5 cm, u xâm lấn phá vỏ, có di căn hạch, di căn xa, và có tổn thương tuyến giáp kèm theo.

+ Nguy cơ thấp: Phẫu thuật cắt u kèm thân xương móng (PT Sistrunk)[5]

+ Nguy cơ cao: PT Sistrunk kèm cắt tuyến giáp toàn bộ, vét hạch khi có bằng chứng di căn hạch[5] (tỷ lệ di căn hạch 7,5-15%) sau đó điều trị Iod 131 bổ trợ.

Nhìn chung, ung thư biểu mô giáp móng có tỷ lệ tử vong rất thấp. Hầu hết các trường hợp đều được chỉ cần phẫu thuật Sistrunk với tỷ lệ khỏi bệnh lên tới 95%[4].

IV. KẾT LUẬN

Ung thư giáp móng là bệnh lý hiếm gặp. Việc điều trị còn gặp nhiều khó khăn do hiện tại chưa có phác đồ điều trị cụ thể. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính, việc lựa chọn cách thức phẫu thuật phụ thuộc vào các yếu tố nguy cơ tái phát cao hay thấp. Tuy nhiên cũng giống như ung thư tuyến giáp thể biệt hoá, ung thư nang giáp móng cũng có tiên lượng tốt. Mặc dù vậy, cần phát hiện và điều trị ung thư giáp móng kịp thời nhằm đem lại kết quả điều trị tốt nhất cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thompson LDR, Herrera HB, Lau SK.** Thyroglossal Duct Cyst Carcinomas: A Clinicopathologic Series of 22 Cases with Staging Recommendations. Head Neck Pathol. 2017; 11(2):175-185. doi:10.1007/s12105-016-0757-y
2. **Patel SG, Escrig M, Shaha AR, Singh B, Shah JP.** Management of well-differentiated thyroid carcinoma presenting within a thyroglossal duct cyst. J Surg Oncol. 2002;79(3):134-139; discussion 140-141. doi:10.1002/jso.10059
3. **Allard RH.** The thyroglossal cyst. Head Neck Surg. 1982;5(2):134-146. doi:10.1002/hed.2890050209
4. **Heshmati HM, Fatourechi V, van Heerden JA, Hay ID, Goellner JR.** Thyroglossal duct carcinoma: report of 12 cases. Mayo Clin Proc. 1997;72(4):315-319. doi:10.4065/72.4.315
5. **Wood CB, Bigcas JL, Alava I, Bischoff L, Langerman A, Kim Y.** Papillary-Type Carcinoma of the Thyroglossal Duct Cyst: The Case for Conservative Management. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2018;127(10):710-716. doi:10.1177/0003489418791892

TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG KẸT VAN HAI LÁ CƠ HỌC SORIN BICARBON - VAI TRÒ CỦA SIÊU ÂM TIM 3D QUA THỰC QUẢN

Giáp Thị Minh Nguyệt[1], Nguyễn Thị Thu Hoài[1,2]

TÓM TẮT

Huyết khối van nhân tạo là một trong những nguyên nhân chính gây rối loạn hoạt động van nhân tạo, thậm chí có thể gây đe doạ tính mạng. Trong thực hành lâm sàng, việc tiếp cận toàn diện nhiều thông số về hình thái và chức năng van nhân tạo được đánh giá bằng siêu âm tim 2D/3D là chìa khoá để phát hiện và định lượng mức độ rối loạn chức năng van nhân tạo. Siêu âm tim qua thành ngực là phương thức đầu tiên để phát hiện huyết khối van nhân tạo nhưng ngay cả huyết khối lớn trên van nhân tạo cũng có thể bị bỏ sót hoặc đánh giá thấp hơn thực tế trong kết quả siêu âm tim ban đầu. Siêu âm tim 3D, đặc biệt là siêu âm tim qua thực quản 3D có thể cung cấp thêm thông tin và ngày càng được sử dụng rộng rãi. Chúng tôi trình bày một trường hợp lâm sàng là bệnh nhân nữ 72 tuổi được chẩn đoán kẹt van hai lá cơ học trên siêu âm tim 3D qua thực quản. Bệnh nhân đã được phẫu thuật cấp cứu thay lại van hai lá, tổn thương trong khi phẫu thuật là: van hai lá cơ học cũ, kẹt cứng 1 cánh van do huyết khối bám ở cả mặt thất và mặt nhĩ. Bệnh nhân được thay van hai lá sinh học St Jude số 23, sau đó ra viện với kết quả tốt. Siêu âm tim thực quản 3D theo thời gian thực là một thăm dò quan trọng để thu thập thêm thông tin về các cấu trúc tim trong không gian, và giúp quan sát trực quan các bệnh lý tim, đặc biệt là huyết khối van nhân tạo. Mặt cắt trực diện van hai lá nhìn từ tâm nhĩ trái là phương thức tốt nhất để chẩn đoán huyết khối. Việc sử dụng siêu âm tim 3D qua thực quản ở các bệnh nhân nghi ngờ kẹt van tim cơ học sẽ giúp chẩn đoán chính xác và đưa ra quyết định điều trị đúng, kịp thời bằng phẫu thuật hoặc thuốc tiêu huyết khối, giảm tỷ lệ tử vong cho người bệnh.

Từ khoá: siêu âm tim 3D qua thực quản, van cơ học, huyết khối van cơ học.

[1]Viện Tim Mạch Việt Nam, Bệnh Viện Bạch Mai
[2]Trường Đại Học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hoài
Email: hoainguyen1973@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2023
Ngày phản biện khoa học: 14.3.2023
Ngày duyệt bài: 24.3.2023

SUMMARY

THE ROLE THREE-DIMENSIONAL