

NHẬN XÉT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ BIỆT HOÁ Ở TRẺ EM

Ngô Quốc Duy^{1,2}, Ngô Xuân Quý¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ung thư tuyến giáp thể biệt hoá ở trẻ em. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 99 bệnh nhân trẻ em được chẩn đoán ung thư tuyến giáp thể biệt hoá và điều trị tại bệnh viện K từ tháng 01/2014 đến tháng 01/2021. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $15,0 \pm 2,7$. Tỷ lệ nữ/nam là 2,19/1. Triệu chứng vào viện hay gặp nhất là phát hiện u vùng cổ, chiếm 36,4%. Tỷ lệ sờ thấy u qua khám lâm sàng là khoảng 97%, chủ yếu phát hiện u khi còn di động (68,8%), mật độ cứng chắc (88,5%). Kết quả siêu âm tuyến giáp cho thấy u có đặc điểm giảm âm hay gặp nhất chiếm trên 81%, vi vôi hóa chiếm 56,6%; chủ yếu TIRADS 4, 5 lần lượt chiếm 48,5% và 46,4%. Có 45 bệnh nhân (31,4%) được phát hiện có hạch bất thường trên siêu âm. Trong đó chủ yếu là phát hiện hạch cổ bên với tỷ lệ 75,6%. Kết quả chọc hút tế bào cho thấy đa số BN có kết quả ác tính, chiếm 84,9%. **Kết luận:** UTTG thể biệt hoá ở trẻ em gặp nhiều ở lứa tuổi trẻ vị thành niên. Bệnh thường phát hiện ở giai đoạn muộn hơn các lứa tuổi khác. Siêu âm và chọc hút tế bào kim nhỏ có giá trị quan trọng trong chẩn đoán xác định UTTG thể biệt hoá ở trẻ em.

Từ khóa: ung thư tuyến giáp, ung thư trẻ em, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

SUMMARY

EVALUATION OF THE CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF WELL-DIFFERENTIATED THYROID CARCINOMA IN CHILDREN

Objectives: To evaluate the clinical and subclinical characteristics of well-differentiated thyroid carcinoma in pediatric populations. **Patients and methods:** A retrospective study of 99 pediatric well-differentiated thyroid carcinoma patients who diagnosed and treated from January 2014 to January 2021 at Vietnam National Cancer Hospital. **Results:** The mean age was $15,0 \pm 2,7$ years. The female/male ratio was 2.19/1. Detecting neck tumors was the most common reason for hospitalization, accounting for 36.4%. The rate of palpable tumor on clinical examination was about 97%. Mainly detect tumors when they were still mobile (68.8%), solid density (88.5%). On neck ultrasound, the most common hypoechoic image of tumor accounted for over 81%,

microcalcification accounts for 56.6%. TIRADS 4, 5 had the highest rate, accounting for 48.5% and 46.4% respectively. There were 45 patients (31.4%) found to have lymph nodes on ultrasound. In which, the lateral cervical lymph node was mainly detected with the rate of 75.6%. On FNA results, the majority of patients had malignant results, accounting for 84.9%. **Conclusions:** Well-differentiated thyroid cancer in children was more common in girls aged 15-18. The disease in children was detected at a later stage than other ages. Neck ultrasound and thyroid fine needle aspiration biopsy played important roles in treating thyroid cancer in children.

Keywords: thyroid cancer, pediatric cancer, clinical features, subclinical features.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp (UTT) là bệnh ung thư phổ biến nhất ở tuyến nội tiết và ngày càng gia tăng, trong đó UTT thể biệt hoá chiếm trên 95% [1]. Tại Việt Nam, ung thư tuyến giáp đứng thứ 10 với tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi là 9,5/100.000 dân, tỷ lệ nam/nữ là 1/4 [2]. UTT ở trẻ em được định nghĩa là bệnh UTT gặp ở trẻ dưới 18 tuổi [1]. Đây là bệnh ung thư hiếm gặp ở trẻ em, chiếm khoảng 1,5% trong tổng số các bệnh ung thư ở lứa tuổi này. Chẩn đoán UTT thể biệt hoá ở trẻ em không có sự khác biệt so với các lứa tuổi khác, chủ yếu dựa vào lâm sàng, siêu âm và tế bào học [1]. Đối với UTT ở trẻ em, một câu hỏi được đặt ra đó là: UTT thể biệt hoá ở trẻ em có đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng khác biệt so với các lứa tuổi khác hay không? Đó chính là lý do chúng tôi tiến hành nghiên cứu này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm các bệnh nhân trẻ em được chẩn đoán UTT và điều trị tại bệnh viện K từ tháng 01/2014 đến tháng 01/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Tuổi < 18 tuổi;
- Bệnh nhân được chẩn đoán UTT dựa vào khám lâm sàng và cận lâm sàng
- Được điều trị tại Bệnh viện K
- Có kết quả xét nghiệm giải phẫu bệnh u tuyến giáp và/ hoặc hạch cổ, khẳng định là ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú hoặc thể nang;

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Mô bệnh học sau mổ là ung thư tuyến giáp thể tuỷ hoặc thể không biệt hoá hoặc ung thư

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Quốc Duy

Email: duyqh@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 12.4.2023

Ngày duyệt bài: 21.4.2023

của tổ chức liên kết hoặc u lympho ác tính biểu hiện ở tuyến giáp

- Ung thư từ nơi khác di căn đến tuyến giáp;
- Bệnh nhân đã được điều trị ung thư tuyến giáp tại tuyến trước;

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu

2.3. Xử lý số liệu: Theo phần mềm SPSS 25.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Lâm sàng

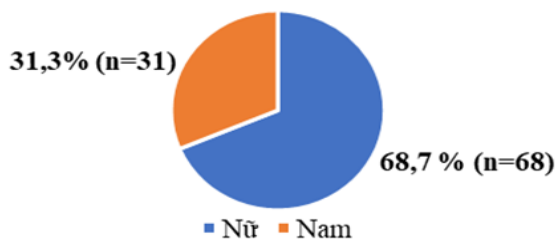
3.1.1. Tuổi và giới

Bảng 1. Phân bố tuổi trong ung thư tuyến giáp ở trẻ em

| Tuổi | Số BN | Tỷ lệ (%) |
|------------------------|-------------------|-------------|
| < 10 | 6 | 6,0 |
| 10 đến < 15 | 26 | 26,3 |
| 15 đến < 18 | 67 | 67,7 |
| Trung bình ± SD | 15,0 ± 2,7 | |

Nhận xét: - Độ tuổi TB là 15,0 ± 2,7, BN nhỏ nhất là 6 tuổi.

- Lứa tuổi hay gặp nhất là từ 15 – 18 tuổi, chiếm tỉ lệ 67,7%. Chỉ có 6 bệnh nhân dưới 10 tuổi.



Biểu đồ 1. Phân bố giới trong ung thư tuyến giáp ở trẻ em

Nhận xét: Trẻ nữ chiếm đa số với tỷ lệ 68,7%. Tỷ lệ nữ/nam là 2,19/1.

3.1.2. Các yếu tố nguy cơ

Bảng 2. Các yếu tố nguy cơ

| Yếu tố nguy cơ | Số BN | Tỷ lệ (%) |
|-----------------------------------|-----------|------------|
| TS bệnh lý tuyến giáp | 1 | 1,0 |
| TS xạ trị vùng cổ | 0 | 0 |
| TS gia đình (bố hoặc mẹ) mắc UTTG | 0 | 0 |
| Không có TS liên quan | 98 | 99,0 |
| Tổng | 99 | 100 |

Nhận xét: - Đa số bệnh nhân không có tiền sử liên quan, chiếm khoảng 99,0%.

- Có 1 BN có tiền sử Basedow, đã điều trị nội khoa ổn định.

3.1.3. Lý do vào viện

Bảng 3. Lý do vào viện

| Triệu chứng | Số BN (N=99) | Tỷ lệ (%) |
|-------------------|--------------|-----------|
| Sờ thấy u vùng cổ | 36 | 36,4 |

| | | |
|--------------------------------|-----------|------------|
| Xuất hiện hạch cổ | 15 | 15,1 |
| Nuốt vướng | 11 | 11,1 |
| Khàn tiếng | 7 | 7,1 |
| Khám kiểm tra sức khỏe định kì | 30 | 30,3 |
| Tổng | 99 | 100 |

Nhận xét: - Phát hiện u vùng cổ là lý do vào viện thường gặp nhất, chiếm 36,4%.

- Ngoài ra, có 30 BN đến viện vì khám sức khỏe định kì, tình cờ phát hiện u tuyến giáp, chiếm 30,3% các trường hợp.

3.1.4. Đặc điểm u trên khám lâm sàng

Bảng 4. Các đặc điểm u trên khám lâm sàng

| Đặc điểm u | Số bệnh nhân | Tỷ lệ (%) |
|-------------------------|--------------|-----------|
| Sờ thấy (N=99) | | |
| Có thấy u | 96 | 97,0 |
| Không thấy u | 3 | 3,0 |
| Vị trí u (N=96) | | |
| Thùy phải | 43 | 44,8 |
| Thùy trái | 37 | 38,5 |
| Hai thùy | 16 | 16,7 |
| Mật độ (N=96) | | |
| Mềm | 11 | 11,5 |
| Cứng chắc | 85 | 88,5 |
| Di động u (N=96) | | |
| Có di động | 66 | 68,8 |
| Di động hạn chế | 30 | 31,2 |

Nhận xét: - Tỷ lệ sờ thấy u qua khám lâm sàng là khoảng 97%.

- Phần lớn các BN có khối u ở 1 thùy, u ở 2 bên chiếm 16,7%. Chủ yếu phát hiện u khi còn di động (68,8%), mật độ cứng chắc (88,5%).

3.2. Cận lâm sàng

3.2.1 Siêu âm tuyến giáp

Bảng 5. Kết quả siêu âm tuyến giáp*

| Chỉ số | Số lượng BN (N=99) | Tỷ lệ (%) |
|--------------|--------------------|-----------|
| Kích thước u | ≤ 10 mm | 17,2 |
| | 10 mm < u ≤ 20 mm | 32,3 |
| | > 20 mm | 50,5 |
| Số lượng u | Đơn ổ | 80,8 |
| | Đa ổ | 19,2 |
| Vị trí u | Thùy phải | 44,4 |
| | Thùy trái | 37,4 |
| | Hai thùy | 18,2 |
| Âm vang u | Giảm âm | 81,8 |
| | Tăng âm | 1,0 |
| | Hỗn hợp âm | 17,2 |
| Canxi hóa | Có vôi hoá | 56,6 |
| | Không vôi hoá | 43,4 |
| TIRADS | 3 | 5,1 |
| | 4 | 48,5 |
| | 5 | 46,4 |

*Các thông tin về âm vang và canxi hóa lấy theo u nghi ngờ nhất trên siêu âm

Nhận xét:

- Trên SA hình giảm âm hay gập nhất chiếm trên 81%, vi vôi hóa chiếm 56,6%.
- Siêu âm phát hiện được cả những trường hợp không sờ thấy u trên lâm sàng, kích thước u nhỏ nhất là 4 mm, lớn nhất là 50 mm.
- TIRADS 4, 5 có tỉ lệ cao nhất, chiếm lần lượt là 48,5% và 46,4%. Tuy nhiên có 5,1% trường hợp TIRADS 3.

3.2.2. Siêu âm hạch cổ

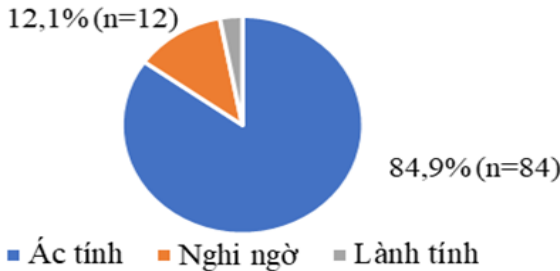
Bảng 6. Đặc điểm hạch cổ trên siêu âm

| Đặc điểm hạch cổ trên siêu âm | Số BN | Tỉ lệ (%) |
|------------------------------------|-----------------------------|-----------|
| Phát hiện hạch trên siêu âm (N=99) | Không | 54 54,5 |
| | Có | 45 45,5 |
| Vị trí hạch (N=45) | Hạch cổ trung tâm | 1 2,2 |
| | Hạch cổ trung tâm và cổ bên | 10 22,2 |
| | Hạch cổ bên | 34 75,6 |
| Vôi hóa trong hạch (N=45) | Có | 14 31,1 |
| | Không | 31 68,9 |
| Mất cấu trúc xoang hạch (N=45) | Có | 38 84,4 |
| | Không | 7 15,6 |

Nhận xét: - Có 45 bệnh nhân (31,4%) được phát hiện có hạch trên siêu âm. Trong đó chủ yếu là phát hiện hạch cổ bên với tỉ lệ 75,6%.

- Tỉ lệ mất cấu trúc xoang hạch trên nhóm bệnh nhân được phát hiện có hạch là 84,4%, tỉ lệ có vôi hóa trong hạch là 31,1%.

3.2.4. Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ tại u giáp



Biểu đồ 2. Kết quả chọc hút tế bào bằng kim nhỏ

Nhận xét: Đa số BN có kết quả ác tính, chiếm 84,9%. Khoảng 12,1% BN có kết quả nghi ngờ, 3 BN có kết quả FNA lành tính trước mổ. Cả 3 BN đều có hình ảnh siêu âm nghi ngờ cao TIRADS 5, được phẫu thuật, sinh thiết tức thì.

3.2.3. Hormon tuyến giáp trước phẫu thuật

Bảng 7. Xét nghiệm hormone tuyến giáp trước phẫu thuật

| Hormon tuyến giáp | FT4 | | TSH | |
|-------------------|-----|-------|-----|------|
| | n | % | n | % |
| Bình thường | 99 | 100,0 | 97 | 98,0 |
| Tăng | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Giảm | 0 | 0 | 2 | 2,0 |
| Tổng | 99 | 100 | 99 | 100 |

Nhận xét: Hầu hết BN đều có xét nghiệm hormon tuyến giáp bình thường.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

Tuổi và giới. Về tuổi: Đối với UTTG nói chung, UTTG ở trẻ em rất ít gặp. Theo Lê Văn Long (2018) khi nghiên cứu trên 220 bệnh nhân UTTG tại bệnh viện K, chỉ có 3 bệnh nhân dưới 18 tuổi [3]. Theo chúng tôi, độ tuổi hay gặp nhất là từ 15 đến dưới 18 tuổi. (chiếm 67,7%), nhóm tuổi dưới 10 tuổi ít gặp nhất, chỉ chiếm 6%. Độ tuổi trung bình là 15,0. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với các tác giả Qian (2019) và Sharma (2020) [4,5].

Về giới: Trẻ nữ chiếm đa số với tỷ lệ 68,7%. Tỷ lệ trẻ nữ/nam là 2,19/1. Kết quả này tương đồng với các tác giả Qian (2019), Sharma (2020) [4,5]. Điều này cũng phù hợp với bệnh cảnh lâm sàng của UTTG. Các số liệu cho thấy nữ giới có tỉ lệ mắc ung thư tuyến giáp cao hơn khoảng 2 đến 5 lần so với nam giới.

Các yếu tố nguy cơ. Đa số bệnh nhân không có tiền sử liên quan, chiếm khoảng 99,0%. không có BN nào có tiền sử gia đình (bố hoặc mẹ) mắc UTTG; có tiền sử xạ trị vùng cổ. Các yếu tố nguy cơ của UTTG thường liên quan tới UTTG thể tuỷ có đặc tính di truyền. Tuy nhiên, các BN trong NC của chúng tôi đều là thể biệt hoá nên ít có liên quan tới các yếu tố nguy cơ.

Lý do vào viện. Lý do vào viện thường gặp nhất là phát hiện u vùng cổ, chiếm 36,4%. Ngoài ra, có 30 BN đến viện vì khám sức khỏe định kỳ, tình cờ phát hiện u tuyến giáp, chiếm 30,3% các trường hợp. Kết quả của chúng tôi khác biệt so với các kết quả trên nhóm bệnh nhân UTTG ở người lớn, khám sức khỏe định kỳ phát hiện thấy u là lý do vào viện phổ biến nhất. Sự khác biệt này có thể giải thích do người trưởng thành, trung niên và người già thường chủ động quan tâm tới sức khỏe của bản thân, thường xuyên đi khám sức khỏe định kỳ và sàng lọc ung thư mặc dù bệnh chưa có biểu hiện triệu chứng trên lâm sàng.

Đặc điểm u trên khám lâm sàng. Qua khám lâm sàng, tỉ lệ sờ thấy u là khoảng 97%; phần lớn các BN có khối u ở 1 thùy tuyến giáp; 88,5% u có mật độ cứng, chắc; 68,8% u di động theo nhịp nuốt. Kết quả của chúng tôi cũng

tương tự với các tác giả khác trên đối tượng UTTG trẻ em nhưng có khác biệt trên đối tượng người trưởng thành như tỷ lệ sờ thấy u, u dính kém di động cao hơn. Sự khác biệt này có thể giải thích là do UTTG ở trẻ em thường phát hiện ở giai đoạn muộn hơn so với các lứa tuổi khác, khi u thường có kích thước lớn hơn, xâm lấn các cấu trúc xung quanh nhiều hơn như cơ trước giáp, thực quản, khí quản...

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm siêu âm. Siêu âm u giáp: Siêu âm là công cụ chẩn đoán hình ảnh rất có giá trị trong chẩn đoán UTTG. Trên hình ảnh siêu âm, chủ yếu các trường hợp phát hiện được 1 khối u, chiếm 73,5%, đa số các khối u giảm âm (78,5%), có vi vôi hóa (52,9%), ranh giới không rõ với nhu mô xung quanh (63,7%). Phân loại TIRADS: TIRADS 4, 5 có tỉ lệ cao nhất, chiếm lần lượt là 48,5% và 46,4%. Tuy nhiên, có 5,1% trường hợp TIRADS 3. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với các tác giả trong nước Hoàng Ngọc Giáp (2020), Nguyễn Xuân Hậu (2019) và ngoài nước Zhang (2016) [6,7,8]. Như vậy, đặc điểm của u giáp ác tính ở trẻ em trên siêu âm cũng tương tự như u giáp ở các độ tuổi khác: u giảm âm, vi vôi hoá, ranh giới không rõ...

Siêu âm hạch cổ: Di căn hạch cổ là một đặc điểm phổ biến của ung thư tuyến giáp. Vị trí di căn thường gặp là hạch cổ trung tâm, hạch cổ bên nhóm II, III, IV. Bình thường, siêu âm đánh giá tốt các hạch nhỏ ở vùng cổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 45 bệnh nhân (31,4%) được phát hiện có hạch trên siêu âm. Trong đó chủ yếu là phát hiện hạch cổ bên với tỉ lệ 75,6%. Tỉ lệ mất cấu trúc xoang hạch trên nhóm bệnh nhân được phát hiện có hạch là 84,4%, tỉ lệ có vôi hóa trong hạch là 31,1%. Theo Hoàng Ngọc Giáp (2020), siêu âm phát hiện 20,8% hạch nghi ngờ di căn, chủ yếu là hạch cổ bên, chỉ 6 trường hợp phát hiện nghi ngờ di căn hạch cổ trung tâm [6]. Sự khác biệt này có thể giải thích do bệnh cảnh UTTG ở trẻ em thường phát hiện ra bệnh khi đã có di căn hạch cổ nên tỷ lệ siêu âm phát hiện di căn hạch cổ cao hơn các nghiên cứu khác.

Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ tại u giáp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số BN có kết quả ác tính, chiếm 84,9%. Khoảng 12,1% BN có kết quả nghi ngờ, có 3 BN có kết quả FNA lành tính trước mổ. Cả 3 BN đều có hình ảnh siêu âm nghi ngờ cao, TIRADS 5, được phẫu thuật, sinh thiết tức thì trong mổ đều cho kết quả carcinoma tuyến giáp và kết quả giải phẫu bệnh thường qui là ung thư tuyến giáp thể nang. Trong chẩn đoán UTTG thể nang, FNA rất khó để

phân biệt u tuyến thể nang với UTTG thể nang. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với các tác giả khác như Nguyễn Xuân Hậu (2017), Hoàng Ngọc Giáp (2020) [6,7]. Việc làm FNA dưới hướng dẫn siêu âm nên được thực hiện thường qui trên đối tượng trẻ em để tăng độ chính xác vì đây là xét nghiệm mang tính chất quyết định phẫu thuật hay tiếp tục theo dõi. Đôi khi, thủ thuật này khó thực hiện chính xác trên đối tượng ở trẻ em, đặc biệt là ở trẻ dưới 10 tuổi do trẻ không hợp tác.

Xét nghiệm hormon tuyến giáp. Hầu hết BN đều có xét nghiệm hormon tuyến giáp trong giới hạn bình thường. Tất cả BN có xét nghiệm FT4 trong giới hạn bình thường. Chỉ có 2 BN có chỉ số TSH giảm nhẹ, bệnh nhân không có biểu hiện cường giáp và không ảnh hưởng đến phẫu thuật. Đa số các nghiên cứu đều cho thấy UTTG chủ yếu ở tình trạng bình giáp, ít có mối liên quan với tình trạng thay đổi hormon tuyến giáp. Các tác giả khác cũng cho kết quả tương tự [3,6,7].

V. KẾT LUẬN

UTTG thể biệt hoá ở trẻ em gặp nhiều ở nữ lứa tuổi trẻ vị thành niên. Bệnh thường phát hiện ở giai đoạn muộn hơn các lứa tuổi khác. Siêu âm và chọc hút tế bào kim nhỏ có giá trị quan trọng trong chẩn đoán xác định UTTG thể biệt hoá ở trẻ em.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **G. L. Francis, S. G. Waguespack, A. J. Bauer et al** (2015). Management Guidelines for Children with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid*, 25 (7), 716-759.
2. **Nguyễn Quốc Bảo** (2010). Ung thư tuyến giáp, Điều trị phẫu thuật bệnh ung thư., Nhà xuất bản y học.
3. **Lê Văn Long** (2018). Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại bệnh viện K năm 2017, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Z. J. Qian, M. C. Jin, K. D. Meister et al** (2019). Pediatric Thyroid Cancer Incidence and Mortality Trends in the United States, 1973-2013. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*, 145 (7), 617-623.
5. **R. K. Sharma, B. Huang, J. A. Lee et al** (2021). Trends and Outcomes of Surgical Management of Primary Papillary Carcinoma in the Pediatric Population. *J Surg Res*, 263, 207-214.
6. **Hoàng Ngọc Giáp** (2020). Đánh giá lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật ung thư tuyến giáp thể biệt hoá ở người trẻ tuổi tại Bệnh viện K, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Nguyễn Xuân Hậu** (2019). Nghiên cứu giá trị sinh thiết hạch cửa trong bệnh ung thư tuyến giáp, Luận án Tiến sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. **Q. Zhang, Z. Wang, X. Meng et al** (2019). Predictors for central lymph node metastases in CNO papillary thyroid microcarcinoma (mPTC): A retrospective analysis of 1304 cases. *Asian J Surg*, 42 (4), 571-576.