

bệnh viện Bình Định và một số yếu tố liên quan, Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.

8. WHO (1948), WHO definition of Health, Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN GIÁP TÁI PHÁT THỂ BIỆT HÓA

Phùng Quang Tuấn¹, Nguyễn Đình Phúc²

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu trên 55 trường hợp được chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến giáp tái phát thể biệt hóa tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương và Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 7 năm 2023. Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi nhỏ nhất là 13 cao nhất là 68 tuổi, nữ cao hơn so nam tỷ lệ 5,1/1. Các triệu chứng lâm sàng thường nghèo nàn chủ yếu phát hiện tái phát là do khám định kỳ (85,5%). Thời gian tái phát hay gặp nhất là dưới 2 năm (60%). Điều trị sau mổ lần đầu có 35 trường hợp dùng I¹³¹ chiếm (63,6%) còn 20 trường hợp tiếp tục theo dõi chiếm (36,4%). Siêu âm vùng cổ (92,7%) và CT Scanner vùng cổ (95,8%), Chọc hút tế bào FNA có (91%) dương tính

Từ khóa: đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng, ung thư tuyến giáp tái phát biệt hóa

SUMMARY

CLINICAL MANIFESTATIONS AND SUBCLINICAL RECURRENT DIFFERENTIATED THYROID CARCINOMA

Retrospective and prospective study on 55 cases diagnosed with differentiated recurrent thyroid carcinoma at the National Otolaryngology Hospital and Hanoi Oncology Hospital from January 2020 to July in 2023. Research results show that the youngest age is 13 years old, the highest is 68 years old, female is 5,1/1 higher than male. Clinical symptoms are often poor, mainly due to periodic examination (85,5%). The most common time to relapse was less than 2 years (60%). After the first surgery, there was 35 cases of using I-131 (63,6%) and 20 cases of continued follow-up (36,4%). Neck ultrasound (92,7%) and neck CT Scanner (95,8%). FNA cell aspiration (91%) was positive.

Keywords: Clinical manifestations, Differentiated thyroid carcinoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tuyến giáp (UTBMTG) là

loại ung thư phổ biến nhất của ung thư tuyến giáp và tỷ lệ mắc mới của loại ung thư này vẫn đang tiếp tục tăng, chiếm 90% bệnh nhân ung thư tuyến nội tiết và khoảng 1% các loại ung thư. Tần suất mắc bệnh hàng năm từ 0,5 - 10/100.000 dân và khác nhau giữa các vùng trên thế giới. Tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi ở nam là 3/100.000 dân/năm, ở nữ cao hơn 2 - 3 lần. Năm 2018, theo số liệu công bố của GLOBOCAN, trên toàn thế giới có 567.000 ca UTBMTGBH mới mắc và UTBMTGBH đứng thứ 9 trong các loại ung thư nói chung¹. Ở Mỹ, năm 2014 có 63.000 ca mới mắc UTBMTGBH so với năm 2010 có 44.670^{2,3}. Ở khu vực Châu Á hiện nay, UTBMTGBH đang xếp thứ nhất trong các loại ung thư ở Hàn Quốc¹. Ở Việt Nam, theo số liệu thống kê mới nhất của Chương trình mục tiêu quốc gia phòng chống ung thư năm 2010 - 2014, tỷ lệ mới mắc UTBMTGBH ở nữ năm 2010 là 821/100.000; năm 2014 số ca mắc mới tăng 3211/100.000 ca⁴.

Sự tái phát trong UTBMTGBH, liên quan đến nguyên nhân sinh bệnh, nguy cơ cao về tiến triển lâm sàng^{5,6} và cơ chế kháng I¹³¹⁷. Ngày nay với sự phát triển của chuyên ngành xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh và mô bệnh học sẽ xác định được các yếu tố, nguy cơ gây tái phát của bệnh từ đó mở ra hướng điều trị đích cho các trường hợp tái phát, di căn nhất là nhóm không đáp ứng với điều trị I¹³¹⁶. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này với hai mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ung thư biểu mô tuyến giáp tái phát thể biệt hóa.
2. Phân tích một số yếu tố liên quan đến tái phát.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trên 55 bệnh nhân được chẩn đoán UTBMTG tái phát thể biệt hóa tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương và Bệnh viện Ung bướu Hà Nội từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 7 năm 2023

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Quang Tuấn

Email: tuanpq22@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2023

Ngày duyệt bài: 28.8.2023

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp tái phát lần đầu.

- Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.
- Có kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật.
- Có thông tin theo dõi trong và sau điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh lý toàn thân chống chỉ định với phẫu thuật.

- Tổn thương di căn từ nơi khác đến.

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

Các chỉ số nghiên cứu

- Tuổi, giới.
- Lý do khiến BN phải đi khám: Khám sức khỏe định kì, sờ thấy u, nuốt vướng, nuốt nghẹn, khàn tiếng, khó thở.
- Vị trí tái phát, di căn
- Kích thước u, mật độ, ranh giới, di động
- Thời gian UTBMTGBH tái phát, di căn.
- Siêu âm, CT, PET/CT: Tại chỗ, hạch
- Tế bào học: Âm tính, dương tính, nghi ngờ
- Biến thể MBH

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm lâm sàng

- Tuổi trong nghiên cứu gặp nhỏ nhất 13, lớn nhất 68, trung bình là $41,6 \pm 13,8$.

- Tỷ lệ nam/nữ=1/5,1

- Tái phát gặp nhiều nhất trong khoảng dưới 24 tháng (60%).

- Lý do phát hiện tái phát: đa số bệnh nhân đến viện chủ yếu do đi khám định kỳ phát hiện bệnh (85,5%). Triệu chứng cơ năng ít gặp, chiếm tỉ lệ 14,5%.

- Điều trị sau mổ lần đầu: Có 35 được điều trị bằng I131 chiếm 63,6% có 20 bệnh nhân tiếp tục theo dõi đơn thuần chiếm 36,4%.

- Đa số bệnh nhân không có triệu chứng tái phát trên lâm sàng chiếm 63,6%

Bảng 1. Vị trí tái phát, di căn ở UTTG

Vị trí tái phát/ di căn	Số BN (n=55)	Tỷ lệ (%)
Tại chỗ	3	5,5
Hạch vùng cổ	44	80
Tại chỗ + hạch vùng cổ	6	10,9
Di căn xa	2	3,6
Tổng số	55	100

Nhận xét: Kết quả cho thấy vị trí tái phát di căn chủ yếu tại vùng hạch cổ (10,9%) và thấp nhất là vùng di căn xa (3,6%)

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 2. Kết quả siêu âm và CT vùng cổ

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)

Kết quả siêu âm cổ (n=55)	Dương tính	51	92,7
	Âm tính	4	7,3
Vị trí tổn thương trên siêu âm cổ (n=55)	Hạch trung tâm	13	23,6
	Hạch cổ bên	40	72,7
	Giờng tuyến giáp	4	7,3
Kết quả CT (n= 48)	Dương tính	46	95,8
	Âm tính	2	4,2
Vị trí tổn thương trên CT (n= 48)	Hạch trung tâm	14	29,2
	Hạch cổ bên	38	79,2
	Giờng tuyến giáp	6	12,5

Nhận xét: Siêu âm phát hiện tổn thương tái phát lên tới 92,7%, CT phát hiện tổn thương tái phát 95,8%

IV. BÀN LUẬN

Về tiền sử bệnh trước khi tái phát: Kết quả của chúng tôi đều thống nhất với các nghiên cứu trong và ngoài nước rằng độ tuổi > 45, di căn hạch, u xâm lấn phá vỡ vỏ bao tuyến giáp là yếu tố tiên lượng xấu, tăng nguy cơ tái phát, tử vong. Thời điểm tái phát là điều mà chúng ta đều rất quan tâm khi theo dõi sau điều trị. Theo kết quả, thời gian tái phát chủ yếu gặp trong 2 năm đầu tiên chiếm 60%, muộn nhất 180 tháng. Kết quả này cho thấy bệnh có khả năng tái phát ở bất kỳ thời điểm nào, vì vậy theo dõi liên tục định kì trong suốt cuộc đời còn lại là điều cần thiết.

Trong nghiên cứu, tái phát chủ yếu được phát hiện là đi khám định kỳ chiếm tỉ lệ 85,5%. Kết quả này cũng gần tương đương so với kết quả nghiên cứu của Trần Ngọc Hải, với 83,7% trường hợp⁸. Tỷ lệ phát hiện tổn thương trên siêu âm của chúng tôi là 92,7%. Kết quả này cũng tương đương với kết quả của Andrea Frasoldati (94,1%)⁹ và Trần Ngọc Hải (92,1%)⁸. Vị trí tái phát chủ yếu là tại giờng u cũ với tỉ lệ 75,5%, chỉ có 24,5% tái phát tại giờng đối bên. Như vậy, để hạn chế tái phát tại chỗ ngoài việc lấy bỏ hết tổn thương tại thùy có u, đòi hỏi phải đánh giá chính xác số lượng và vị trí u trước mổ, ngoài ra còn phải kiểm tra cả thùy đối bên trong lúc mổ để hạn chế tối đa khả năng bỏ sót tổn thương trong lần phẫu thuật đầu tiên.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 48 trường hợp được chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNA), với tỉ lệ dương tính là 91% cho cả u và hạch. Tác giả Pino Rivero khi so sánh các phương pháp như: "siêu âm, chọc hút tế bào bằng kim nhỏ, xạ hình, xét nghiệm Tg", ông nhận thấy rằng xét nghiệm chọc hút tế bào bằng kim nhỏ là chính xác hơn cả trong chẩn đoán UTTG tái phát¹⁰. Tuy nhiên, xét nghiệm này chỉ

mang tính định hướng chứ không có tính quyết định, bởi vì những trường hợp âm tính mà lâm sàng nghi ngờ (hạch sờ rõ và có tiền sử UTTG), bệnh nhân vẫn được phẫu thuật. Có 8 trường hợp không làm FNA do có bằng chứng rõ ràng trên lâm sàng và siêu âm. Xét nghiệm thyroglobulin huyết thanh và xạ hình toàn thân có độ nhạy cao trong chẩn đoán ung thư tuyến giáp tái phát sau cắt giáp toàn bộ và điều trị triệt giáp bằng I¹³¹. Trong nhóm BN của chúng tôi có 81,8% trường hợp được xét nghiệm Tg có kết quả tăng trên 2 ng/ml. Có 31/55 bệnh nhân được làm xạ hình toàn thân bằng I¹³¹, Với tỉ lệ xạ hình dương tính chỉ chiếm 58,1%. Xạ hình âm tính mà bệnh vẫn tái phát tỏ bệnh nhân đã kháng với điều trị bằng I¹³¹. PET/CT là phương tiện chủ yếu dùng để phát hiện tổn thương cấu trúc trong trường hợp các phương tiện hình ảnh khác (siêu âm, xạ hình...) không phát hiện tổn thương nhưng nồng độ Tg cao. PET/CT có thể giúp phát hiện các tổn thương thương tại chỗ, tại hạch cũng như di căn xa.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình là 41,6 ± 13,8. Tỉ lệ nữ/nam là 5,1/1. Trung vị thời gian tái phát là 39,2 tháng. Phát hiện chủ yếu là đi khám định kỳ 84,5%. Mô bệnh học: Chủ yếu gặp thể nhú chiếm 94,5%, thể nang chiếm 5,5%.

Siêu âm phát hiện được 92,7% trường hợp tái phát, tái phát nhiều nhất tại hạch vùng chiếm 61,8%. Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ tỉ lệ dương tính đạt 91%. Thyroglobulin tăng trong 81,8%, Xạ hình toàn thân cho tỉ lệ dương tính

58,1%. CT được thực hiện ở 87,3% bệnh nhân với tỉ lệ phát hiện bệnh 95,8%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sherman SI** (2003). Thyroid carcinoma. *Lancet*, 361(9356), 501-511.
2. **Jemal A, Siegel R, Xu J et al** (2010). Cancer statistics. *CA Cancer J Clin*, 60(5), 277-300.
3. **Bùi Diệu và cộng sự** (2014). Báo cáo tình hình hoạt động phòng chống ung thư giai đoạn 2011 - 2014 thuộc chương trình mục tiêu quốc gia về Y tế. *Tạp chí Ung thư học Việt Nam* số 2, 21-28.
4. **Trịnh Thị Minh Châu Lê Hữu Tâm, Trương Quang Xuân và cộng sự** (2004). Kinh nghiệm 10 năm điều trị ung thư tuyến giáp bằng đồng vị phóng xạ I-131 tại bệnh viện Chợ Rẫy. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, 8(4), 154-163.
5. **Davies H, Bignell GR, Cox C et al** (2002). Mutations of the BRAF gene in human cancer. *Nature*, 417(6892), 949-954.
6. **Xing M, Westra WH, Tufano RP et al** (2005). BRAF mutation predicts a poorer clinical prognosis for papillary thyroid cancer. *J Clin Endocrinol Metab*, 90(12), 6373-6379.
7. **Xing M** (2013). Molecular pathogenesis and mechanisms of thyroid cancer. *Nat Rev Cancer*, 13(3), 184-199.
8. **Trần Ngọc Hải** (2004). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của bệnh ung thư giáp trạng tái phát tại bệnh viện K. Đại học Y Hà Nội.
9. **Frasoldati A, Pesenti M, Gallo M, Caroggio A, Salvo D, Valcavi R** (2003). Diagnosis of neck recurrences in patients with differentiated thyroid carcinoma. *Cancer*, 97(1), 90-96.
10. **Pino Rivero V, Montero García C, Marcos García M, Pando Pinto JM, Alvarez Domínguez J, Blasco Huelva A** (2003). [Treatment of thyroid cancer. Retrospective study and review of the literature]. *Anales otorrinolaringológicos ibero-americanos*, 30(5), 481-488.

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH ¹⁸F-FDG PET/CT CỦA U LYMPHO KHÔNG HODGKIN TẾ BÀO B TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU HÀ NỘI

Nguyễn Văn Thắng¹, Chu Văn Tuynh¹, Bùi Tiến Công²,
Hoàng Công Tùng², Phạm Văn Thái^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm nhận xét đặc điểm hình ảnh ¹⁸F-FDG PET/CT của U lympho không Hodgkin tế bào B tại bệnh viện Ung bướu Hà Nội. **Đối**

tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu 86 bệnh nhân được chẩn đoán u lympho không Hodgkin dựa vào mô bệnh học và hóa mô miễn dịch tại bệnh viện Ung bướu Hà Nội từ 01/2018 đến tháng 12/2022, các bệnh nhân được chụp PET/CT chẩn đoán giai đoạn trước điều trị. **Kết quả:** 86 bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu gồm 38 nữ và 48 nam, tuổi trung bình là 58,1 ± 16,2. 72 bệnh nhân có giải phẫu bệnh thuộc nhóm tiến triển nhanh, trong đó u lympho không Hodgkin tế bào B lớn lan tỏa chiếm 45,3%. Trên PET/CT phát hiện hạch cổ và hạch ổ bụng là hai vị trí hay gặp nhất với tỉ lệ lần lượt là 65,1% và 53,5%, các vị trí hạch khác như hạch trung thất là 34,9%, hạch nách 30,2%, hạch bẹn

¹Bệnh viện Ung bướu Hà Nội

²Trung tâm YHHN và UB bệnh viện Bạch Mai

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm nội dung: Nguyễn Văn Thắng

Email: md.nguyenvanthang@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.8.2023

Ngày duyệt bài: 25.8.2023