

BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP UNG THƯ GIÁP THỂ NHÚ DI CĂN XƯƠNG, PHỔI

Phạm Nguyên Tường¹, Nguyễn Việt Dũng¹, Phan Cảnh Duy¹, Nguyễn Văn Phong¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư giáp là bệnh không phổ biến, trong đó thể nhú chiếm tỉ lệ lớn với diễn biến chậm, tiên lượng tốt, mặc dù vậy bệnh có thể di căn xa với tỉ lệ thấp. Di căn xa là nguyên nhân chính gây tử vong ở bệnh nhân ung thư giáp

Báo cáo trường hợp: Chúng tôi báo cáo một trường hợp ít gặp ung thư giáp thể nhú di căn phổi, xương. Khám lâm sàng và hình ảnh học cho thấy bệnh di căn phổi, di căn xương cánh chậu 2 bên kèm phần mềm xung quanh. Quá trình điều trị đòi hỏi sự hội chẩn đa chuyên khoa, phối hợp nhiều phương pháp điều trị.

Kết luận: Ung thư giáp di căn xa chiếm tỉ lệ thấp. Điều trị đòi hỏi phối hợp nhiều phương pháp, vai trò chủ yếu là điều trị triệu chứng

Từ khóa: Ung thư giáp thể nhú, di căn xương, di căn phổi

ABSTRACT

CASE STUDY: BONE AND LUNG METASTASIS OF THYROID PAPILLOMA CARCINOMA

Pham Nguyen Tuong¹, Nguyen Viet Dung¹,
Phan Canh Duy¹, Nguyen Van Phong¹

Background: Thyroid carcinoma is not common, in which a large proportion is papillary type with slow progression, good prognosis, however the disease has a low rate of distant metastasis. Distant metastasis is the major cause of death in patients with thyroid cancer

Case Report: We reported a rare case of papillary thyroid cancer with lung and bone metastasis. Clinical examination and imaging diagnosis showed metastasis to lung and hipbone plus surrounding soft tissue. The course of treatment requires multidisciplinary consultation and combined treatment options.

Conclusion: metastasis in thyroid cancer is rather rare. Multidisciplinary consultation and treatment need to be done including palliative treatment.

Key words: Papillary thyroid cancer, bone metastases, lung metastases.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư giáp là bệnh không phổ biến. Trong năm 2015 tại Mỹ, ước tính có khoảng 62450 ca ung thư giáp mới được chẩn đoán, ung thư giáp ở nữ nhiều hơn 2 đến 3 lần ở nam, có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi với đỉnh là ở tuổi 50 [1], [2]. Tại Việt Nam, theo Nguyễn Bá Đức, tỉ lệ ung thư giáp chiếm 2% tổng số trường hợp ung thư tại Hà Nội và tần suất khoảng 3 trường hợp/

triệu dân/năm. Tại Trung tâm Ung bướu TP. HCM (1990 - 1992) ung thư giáp chiếm 1,4% trong số các trường hợp ung thư [3]. Có 3 thể giải phẫu bệnh: 1) thể biệt hóa (bao gồm thể nhú, thể nang, tế bào Hurthle; 2) thể tủy; 3) thể không biệt hóa. Thể biệt hóa chiếm tỉ lệ 96,3% trong đó thể nhú 89% và tỉ lệ sống 5 năm xấp xỉ 98% [4]. Khác với nhiều loại ung thư khác thì ung thư giáp thể nhú hầu hết là có thể điều trị, diễn

1. Trung tâm Ung Bướu, Bệnh viện TW Huế

- Ngày nhận bài (Received): 14/10/2016; Ngày phản biện (Revised): 25/11/2016;
- Ngày đăng bài (Accepted): 5/12/2016
- Người phản biện: Phạm Như Hiệp
- Người phản hồi (Corresponding author): Phạm Nguyên Tường
- Email: nguyenvn@yahoo.com; ĐT: 0913493432

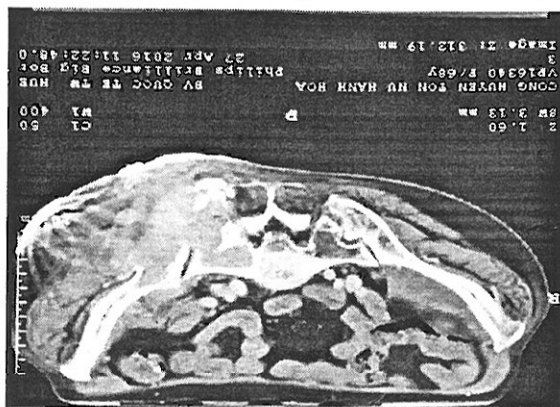
Bệnh viện Trung ương Huế

biến chậm và tiên lượng rất thuận lợi. Ung thư giáp thể nhú mặc dù là thể biệt hóa tốt nhưng có thể xâm lấn rộng quanh hoặc xâm lấn tối thiểu. Di căn ung thư giáp thể nhú, xét theo tỉ lệ, thường gặp ở hạch cổ và phổi, tiếp theo là xương, não, gan và các cơ quan khác [5]. Di căn xa là nguyên nhân chính gây tử vong ở bệnh nhân ung thư giáp, tỉ lệ di căn xa chiếm khoảng 4-15% với ung thư giáp nói chung, di căn xa thường gặp là phổi, tiếp theo là xương; di căn xương ở bệnh nhân ung thư giáp thể nhú khoảng 1,4-7%, tỉ lệ sống 10 năm giảm còn 13-21%[6], di căn cả phổi và xương chiếm tỉ lệ rất thấp, khoảng 15% của di căn xa. Di căn xa là một yếu tố tiên lượng không tốt cho ung thư giáp, khi có hiện diện di căn xa thì tỉ lệ sống 10 năm là 40% [7], [8].

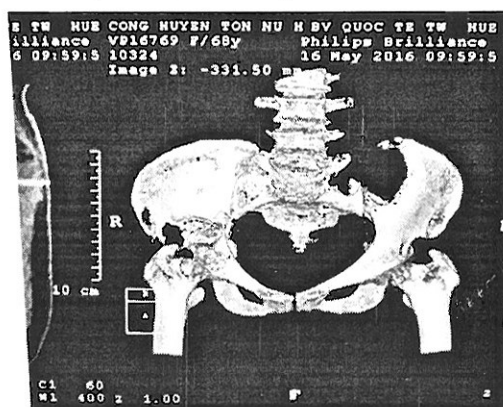
II. BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP

Bệnh nhân nữ Công Huyền Tôn Nữ Hạnh H 68 tuổi, địa chỉ phường Thuận Hòa, TP Huế. Nhập viện tại Khoa Ung bướu – Trung tâm Điều trị theo yêu

cầu và Quốc tế Trung Ương Huế 3/2016. Khởi bệnh trước vào viện khoảng 3 tháng với khối u ở vùng mông trái lớn dần, đau nhẹ, không hạn chế vận động chân trái. Tiền sử bản thân mắc bệnh đái tháo đường type II đang dùng insulin. Tiền sử gia đình không có ai mắc bệnh liên quan. Ghi nhận lúc vào viện: bệnh tình tảo tiếp xúc tốt, thể trạng trung bình, cao 153cm, nặng 47kg, BMI 20, hạch cổ phải có vài hạch 1x1 cm. Bướu giáp thùy phải 4x3x3 cm, chắc, di động kém, u vùng mông trái 6x8cm, chắc, di động kém, các cơ quan khác chưa thấy bất thường. Cận lâm sàng: FT4, TSH trong giới hạn thường, glucose máu đói tĩnh mạch 20mmol/l, chụp CTscan toàn thân, phát hiện cấu trúc giảm tỉ trọng chiếm hết gần toàn bộ thùy trái tuyến giáp 3x3x5cm, vôi hóa bên trong, ngấm thuốc mạnh và không đồng nhất, tăng sinh nhiều mạch máu, thâm nhiễm xung quanh, hạch góc hàm phải 15mm, nhiều tổn thương thứ phát rải rác trường phổi 2 bên 4-10mm, tiêu xương cánh chậu hai bên và phần mềm lân cận.



Hình 1: Di căn xương cánh chậu và phần mềm xung quanh.

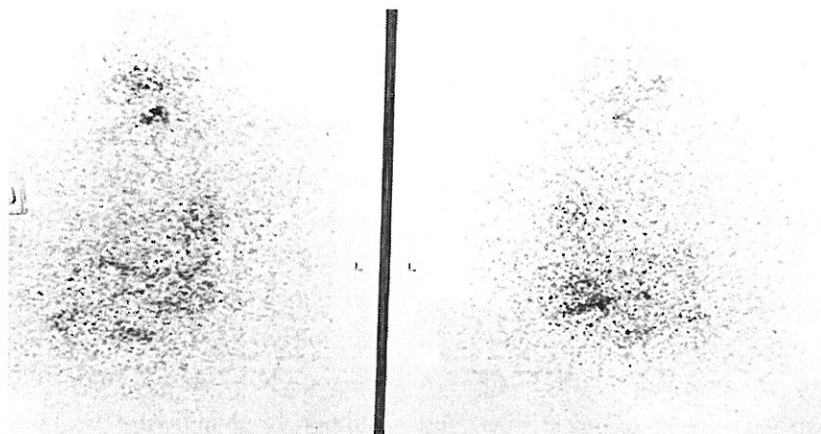


Hình 2: Di căn phổi trên CT và X-quang phổi thẳng, di căn nhiều nốt rải rác 2 trường phổi

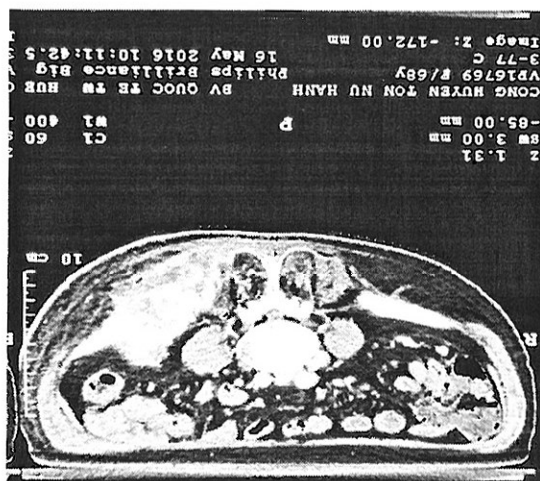
Báo cáo một trường hợp ung thư giáp thể nhú di căn xương, phổi

Bệnh nhân được hội chẩn đa chuyên khoa, chẩn đoán lâm sàng là Sacroma vùng mông trái/ Bướu giáp chưa loại trừ ung thư giáp di căn phần mềm mông trái/ Đái tháo đường type II. Điều trị: Phẫu thuật cắt u vùng mông trái. Ghi nhận trong mổ là khối u 7x9x6cm, tổ chức tăng sinh mạch máu nhiều, xâm lấn tiêu hủy xương cánh chậu trái, chúng tôi cắt u tối đa, cầm máu, hậu phẫu 7 ngày không biến chứng. GPB sau mổ của BVTW Huế và Bv K Hà Nội là di căn carcinoma

tuyến giáp thể nhú. Bệnh nhân được hội chẩn lần 2 với chẩn đoán Ung thư giáp di căn vùng mông trái/ Đái tháo đường type II. Điều trị phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp. GPB sau mổ là ung thư giáp thể nhú. Hậu phẫu ổn bệnh nhân được nhập viện, kiểm tra CT cho thấy tổn thương di căn xuất hiện ở cả 2 bên, phổi, xạ hình toàn thân I131 cho thấy hình ảnh tập trung hoạt tính phóng xạ mức độ vừa tại vị trí tuyến giáp, tại phổi, xương cánh chậu 2 bên.



Hình 3: Xạ hình tuyến giáp toàn thân, hấp thu I131 mức độ vừa tại tuyến giáp, xương cánh chậu 2 bên và phổi



Hình 4: Di căn xương cánh chậu và phần mềm sau phẫu thuật

Bệnh nhân được xạ trị tại diện u vùng mông hai bên, u đáp ứng kém với xạ trị. Bệnh được chuyển khoa Y học hạt nhân điều trị I131 liều 30 mCi. Sau đó bệnh nhân được điều trị bổ sung hormone Levothyroxin và chuyển biphosphonate hàng tháng. Hiện tình trạng bệnh nhân tạm ổn.

III. BÀN LUẬN

Ung thư giáp thể nhú là thể giải phẫu bệnh chiếm tỉ lệ lớn, liên quan với tiên lượng tốt, khác với các thể nang và không biệt hóa vì sự xâm lấn và di căn xa, tiên lượng xấu. Mặc dù vậy ung thư có thể lây lan dễ dàng tới các cơ quan khác, ung thư giáp thể

Bệnh viện Trung ương Huế

nhú có khuynh hướng xâm nhập vào hệ bạch huyết và ít hơn xâm nhập vào mạch máu. Di căn xa trong ung thư giáp chiếm tỉ lệ thấp. Khoảng 11% bệnh nhân hiện diện di căn bên ngoài vùng cổ và trung thất. Các yếu tố tiên lượng liên quan là tuổi, giới, giai đoạn. Khoảng 1% đến 3% bệnh nhân có di căn xa tại thời điểm chẩn đoán, trong số 1231 bệnh nhân trong 13 nghiên cứu được báo cáo, tỉ lệ di căn xa ở các cơ quan cho kết quả: di căn phổi (49%), xương (25%), cả phổi và xương (15%), thần kinh trung ương và mô mềm là 10% [9], [10]. Ung thư giáp trên lâm sàng thường được phát hiện bởi khối u tuyến giáp chắc cứng, bờ không rõ, di động kém, có thể có hạch vùng cổ, siêu âm là xét nghiệm nhanh chóng, thuận tiện nhằm phát hiện các đặc điểm u giáp về kích thước, bờ khối u, dạng u (đặc, nang, hỗn hợp), vi vôi hóa u, tình trạng hạch cổ. Nhiều báo cáo cho thấy siêu âm giáp có thể phát hiện hạch cổ trong 20-33% bệnh nhân mà không sờ thấy hạch cổ lâm sàng, nhờ đó mà thay đổi chiến lược điều trị cho phù hợp.

Chẩn đoán di căn xa có thể được phát hiện bằng CTscan, MRI, PET, Xạ hình tuyến giáp, trong đó thì xạ hình tuyến giáp toàn thân I131 hay SPECT I131 là xét nghiệm có độ nhạy và độ đặc hiệu nhằm phát hiện di căn tuyến giáp [10].

Điều trị ung thư giáp di căn cần có sự hội chẩn đa chuyên khoa: chuyên gia nội tiết, y học hạt nhân, phẫu thuật viên, chuyên gia xạ trị, hóa trị. Đòi hỏi sự kết hợp của nhiều phương pháp: Phẫu thuật, xạ trị, I131 phóng xạ, hóa chất, nội tiết. Với những trường hợp bệnh di căn xa, điều trị có nhiều thay đổi phụ thuộc vào vị trí và số lượng di căn, điều trị có ý nghĩa triệu chứng là chủ yếu. Hóa trị có vai trò rất hạn chế, được sử dụng khi các phương pháp phẫu thuật, I131 phóng xạ, xạ trị ngoài không có kết quả và sức khỏe bệnh nhân còn đảm bảo, tỉ lệ đáp ứng hóa chất không cao hơn 30%, hiện chưa thấy cải thiện thời gian sống toàn bộ, hóa chất được

lựa chọn hàng đầu là doxorubicin, các thuốc khác vẫn còn trong giai đoạn thử nghiệm lâm sàng [11]. Phẫu thuật vẫn là phương pháp có vai trò chủ đạo trong điều trị ung thư giáp thể nhú, hiện vẫn chưa có nhiều các nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên để đưa ra hướng dẫn cụ thể cho lựa chọn phẫu thuật, trong những trường hợp bệnh có di căn xa thì phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp, vét hạch liên quan trong trường hợp phát hiện trên lâm sàng hay siêu âm, cắt tổ chức di căn tùy thuộc vào vị trí di căn [12]. Sau phẫu thuật thì bệnh nhân tiếp tục được điều trị với xạ ngoài hay I131 phóng xạ. Với giai đoạn di căn xa, phương pháp xạ ngoài thường được chỉ định với mục tiêu điều trị triệu chứng nhằm tăng kiểm soát tại vùng, cải thiện các triệu chứng như là đau.. Liệu pháp Iod 131 phóng xạ có vai trò quan trọng trong việc chẩn đoán và điều trị ung thư giáp thể nhú. I131 phát tia beta và gamma gây phá hủy các tế bào tuyến giáp. Iod là một chất quan trọng giúp tổng hợp hormone giáp, I131 phóng xạ cũng được tế bào giáp hấp thu như các Iod không có hoạt tính phóng xạ, tuyến giáp là cơ quan duy nhất hấp thu iod cho nên đây là phương pháp an toàn, hiệu quả để kiểm tra và điều trị bệnh tuyến giáp. Nhiều nghiên cứu cho thấy liệu pháp iod phóng xạ cải thiện thời gian sống cho bệnh nhân ung thư giáp di căn. Tuy nhiên nhiều bệnh nhân ung thư giáp tiến triển di căn mà tế bào giáp không hấp thu Iod thì liệu pháp iod phóng xạ kém hiệu quả [7].

IV. KẾT LUẬN

Ung thư giáp thể nhú mặc dù là thể biệt hóa tốt nhưng có thể xâm lấn tối thiểu hoặc di căn xa, khi có di căn xa thì thời gian sống 10 năm chỉ 40%. Điều trị trong những trường hợp này đòi hỏi hội chẩn đa chuyên khoa, hiện chưa có phác đồ hướng dẫn cụ thể, điều trị có nhiều thay đổi phụ thuộc vào vị trí và số lượng di căn, mục tiêu chủ yếu là điều trị triệu chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Howlader N, N.A., Krapcho M, et al, SEER Cancer Statistics Review, 1975-2012, based on November 2015 SEER data submission, posted

to the SEER web site, April 2015. Bethesda, MD: National Cancer Institute; 2015. Available at: http://seer.cancer.gov/csr/1975_2012/. 2015.

2. Siegel, R.L., K.D. Miller, and A. Jemal (2015), Cancer statistics, *CA Cancer J Clin*, 65(1), pp. 5- 29.
3. Nguyễn Bá Đức (1996), *Ung thư tuyến giáp trạng*, trong Đặng Trần Duệ (Chủ biên, *Bệnh tuyến giáp và các rối loạn do thiếu Iode*. NXB Y học, Hà Nội.
4. Mazzaferri, E.L. and S.M. Jhiang (1994), Long-term impact of initial surgical and medical therapy on papillary and follicular thyroid cancer, *Am J Med*, 97(5), pp. 418-28.
5. Keith M Baldwin et al (2015), Papillary Thyroid Carcinoma, Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/282276-overview#showall>.
6. Durante, C., et al. (2006), Long-term outcome of 444 patients with distant metastases from papillary and follicular thyroid carcinoma: benefits and limits of radioiodine therapy, *J Clin Endocrinol Metab*, 91(8), pp. 2892-9.
7. Hoie, J., et al. (1988), Distant metastases in papillary thyroid cancer. A review of 91 patients, *Cancer*, 61(1), pp. 1-6.
8. Song, H.J., et al. (2011), Rare metastases of differentiated thyroid carcinoma: pictorial review, *Endocr Relat Cancer*, 18(5), pp. R165-74.
9. Samaan, N.A., et al. (1985), Pulmonary metastasis of differentiated thyroid carcinoma: treatment results in 101 patients, *J Clin Endocrinol Metab*, 60(2), pp. 376-80.
10. Wu, K., et al. (2008), Thyroid Carcinoma with Bone Metastases: A Prognostic Factor Study, *Clin Med Oncol*, 2, pp. 129-34.
11. Gary H. Lyman (2015), *Thyroid cancer in Oxford American Handbook of Oncology*, pp. 544.
12. R Michael Tuttle, M., Douglas S Ross, Jean E Mulder (2013), *Surgical treatment of differentiated thyroid cancer*. uptoday 21.6, 2013.