

BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT UNG THƯ TUYẾN GIÁP

Phùng Phương¹

TÓM TẮT

Ung thư biểu mô tuyến giáp là ung thư tuyến nội tiết thường gặp nhất. Điều trị chủ yếu bằng phẫu thuật và I¹³¹.

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng và bước đầu đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật ung thư tuyến giáp.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Gồm 56 bệnh nhân ung thư tuyến giáp được phẫu thuật tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ 1/1/2010-30/12/2012. Phương pháp nghiên cứu : tiến cứu.

Kết quả nghiên cứu: Nam chiếm tỷ lệ 25%, nữ 75%, tuổi trung bình $33,5 \pm 14,9$. Khối u vùng trước cổ là lý do nhập viện thường gặp nhất chiếm 85,7%. Hình ảnh siêu âm có các dấu hiệu đặc trưng là tăng sinh mạch trong u 24,8% và vi vôi hóa 39,3%. Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ cho tỷ lệ dương tính 83,9%. Thể nhú chiếm tỷ lệ cao nhất 69,6%. Bệnh gặp tỷ lệ cao nhất ở giai đoạn I chiếm 44,6%. Điều trị phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp chiếm tỷ lệ cao nhất 58,6%. Các biến chứng tạm thời gồm : tụ máu vết mổ chiếm 3,6%, suy cận giáp và liệt thần kinh quặt ngược tạm thời sau mổ chiếm tỷ lệ lần lượt là 16,7% và 12,5%, liệt thần kinh quặt ngược vĩnh viễn 1,8%.

Từ khóa: Điều trị phẫu thuật, ung thư tuyến giáp.

ABSTRACT

PRELIMINARY RESULTS OF THYROID CANCER SURGICAL TREATMENT

Phung Phuong¹

Background: Carcinoma of the thyroid gland is the most common malignancy of the endocrine system. The initial treatment of thyroid cancer is surgery and I¹³¹.

Objective: To investigate clinical and paraclinical characteristics and preliminary results of surgical treatment thyroid cancer.

Material and methods: Prospective study was conducted on 56 patients with thyroid cancer treated by surgical treatment in Hue Hospital Medical University from 1/1/2010-30/12/2012.

Results: The male patients represent 25% and female 75%, the mean age was 33.5 ± 14.9 . The most common hospitalized reason is a thyroid nodules, account for 85.7%. Ultrasounds features are intranodular blood flow 24.8% and microcalcifications 39.3%. The results of fine-needle aspiration cytology are positive in 83.9% of patients. Papillary thyroid carcinoma is the most common, account for 69.6%. In stage grouping,

1. Trường ĐH YD Huế

- Ngày nhận bài (received): 10/7/2013; Ngày phản biện (revised): 17/12/2013;
Ngày đăng bài (Accepted): 18/12/2013
- Người phản biện: PGS.TS Phạm Như Hiệp; TS. Phạm Nguyên Tường
- Người phản hồi (Corresponding author): Phùng Phương
- Email:

Bước đầu đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư tuyến giáp

patients in stage I represent 44.6%. In surgical treatment, total thyroidectomy is the most common, represent 58.6%. Surgical complications including: hematoma under incision 3.6%, transient hypoparathyroidism and transient recurrent nerve palsy account for 16.7% and 12.5%, respectively. The recurrent nerve palsy endlessly represent 1.8%.

Key words: Surgical treatment, thyroid cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp là ung thư tuyến nội tiết thường gặp, tỷ lệ rất khác nhau ở các vùng địa lý khác nhau. Theo thống kê của hiệp hội quốc tế chống ung thư, ung thư tuyến giáp chiếm 1% các loại ung thư. Tại Hoa Kỳ ung thư tuyến giáp có khoảng 2-4 ca mới /100.000 dân mỗi năm và tỷ lệ tử vong là 0,2-2,8/100.000 dân mỗi năm [7]. Ở Việt Nam theo kết quả ghi nhận ung thư từ 2001-2004 tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi là 2,7/100.000 dân đối với nữ và 1,3/100.000 đối với nam [1]. Điều trị ung thư tuyến giáp chủ yếu là bằng phẫu thuật, dùng liệu pháp I¹³¹ sau mổ và hormone thay thế. Tùy theo giai đoạn bệnh và thể giải phẫu bệnh, có thể điều trị xạ trị hoặc hóa trị hỗ trợ [6]. Tuy nhiên vấn đề phẫu thuật cắt trọn θυờ hoặc cắt toàn bộ tuyến giáp và nạo hạch vùng cổ cũng còn nhiều ý kiến khác nhau nên tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu:

1. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của ung thư tuyến giáp.

2. Bước đầu đánh giá kết quả điều trị phẫu

thuật ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 56 bệnh nhân ung thư tuyến giáp được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 1/2010-12/2012.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu

2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Bệnh nhân ung thư tuyến giáp có kết quả mô bệnh học và ở trong giai đoạn phẫu thuật.

2.2.2. Nội dung nghiên cứu: - Đặc điểm lâm sàng: Tuổi, giới, các triệu chứng lúc nhập viện, vị trí khối u, kích thước khối u, đặc điểm khối u, tình trạng di căn hạch cổ.

- Cận lâm sàng: Siêu âm tuyến giáp, chọc hút tế bào bằng kim nhỏ, kết quả sinh thiết và giai đoạn bệnh

- Điều trị: Phương pháp phẫu thuật, đánh giá kết quả phẫu thuật, các biến chứng và tai biến.

2.2.3. Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1: Tuổi và giới

Tuổi	Nam		Nữ		Chung	
	n	%	n	%	n	%
< 20	3	21,4	1	2,4	4	7,2
20-29	5	35,8	13	31,0	18	32,2
30-39	1	7,1	10	23,8	11	19,6
40-49	1	7,1	10	23,8	11	19,6
≥ 50	4	28,6	8	19,0	12	21,4
Tổng	14	100	42	100	56	100

Bệnh viện Trung ương Huế

Bảng 2: Các triệu chứng lúc nhập viện

Triệu chứng lúc nhập viện	n	%
U vùng trước cổ	48	85,7
U tinh cờ qua siêu âm	8	14,3
Nuốt vướng	6	10,7
Khàn giọng	3	5,4
Khó thở	1	1,7
Đau nhức	2	3,6
Tổng	56	100

Bảng 3: Vị trí khối u

Vị trí khối u	n	%
Thùy phải	15	26,8
Thùy trái	18	32,1
Eo giáp	2	3,6
2 thùy	21	37,5
Tổng	56	100

Bảng 4: Kích thước khối u

Kích thước khối u	n	%
< 1cm	8	14,4
1-1,9cm	28	50,0
2-2,9cm	14	25,0
3-3,9cm	3	5,3
≥ 4cm	3	5,3
Tổng	56	100

Bảng 5: Đặc điểm khối u

Đặc điểm		n	%
Mật độ khối u	Mềm	4	7,2
	Cứng	18	32,1
	Chắc	34	60,7
Bờ khối u	Rõ	44	78,6
	Không rõ	12	21,4
Độ di động	Di động dễ	36	64,2
	Hạn chế	18	32,1
	Không di động	2	3,57

Bảng 6: Tình trạng di căn hạch

Di căn hạch	n	%
Không có di căn hạch	42	75
Di căn hạch 1 bên	9	16,1
Di căn hạch 2 bên	5	8,9
Tổng	56	100

3.2. Cận lâm sàng:

Bảng 7: Một số hình ảnh trên siêu âm

Hình ảnh siêu âm	n	%
Khối u dạng đặc	18	32,1
Khối u dạng nang	2	3,6
Khối u dạng hỗn hợp	36	64,3
Bờ rõ	38	67,9
Bờ không rõ	18	32,1
Tăng sinh mạch máu	24	24,8
Vì vôi hóa trong u	22	39,3

Bảng 8: Kết quả chọc hút tế bào bằng kim nhỏ

Kết quả chọc hút	n	%
Dương tính	47	83,9
Âm tính sai	7	12,5
Khó xác định	2	3,6
Tổng	56	100

Bảng 9: Kết quả sinh thiết

Kết quả sinh thiết	n	%
Thế nhú	39	69,6
Thế nang	9	16,1
Thế tế bào Hurthle	7	12,5
Thế tủy	1	1,8
Tổng	56	100

Bước đầu đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư tuyến giáp

Bảng 10: Phân chia giai đoạn bệnh

Giai đoạn bệnh	n	%
Giai đoạn I	25	44,6
Giai đoạn II	17	30,4
Giai đoạn III	9	16,1
Giai đoạn IVa	5	8,9
Tổng	56	100

3.3. Điều trị phẫu thuật

Bảng 11: Các phương pháp phẫu thuật đã thực hiện

Phương pháp phẫu thuật	n	%
Cắt 1 thùy giáp	8	14,3
Cắt toàn bộ tuyến giáp	33	58,9
Cắt toàn bộ tuyến giáp + vét hạch 1 bên	9	16,1
Cắt toàn bộ tuyến giáp + vét hạch cổ 2 bên	6	10,7
Tổng	56	100

Bảng 12: Các biến chứng thường gặp sau phẫu thuật

Biến chứng Loại phẫu thuật	Suy cận giáp				Liệt thần kinh quặt ngược			
	Tạm thời		Vĩnh viễn		Tạm thời		Vĩnh viễn	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Cắt trọn 1 thùy (n=8)	0	0	0	0	1	12,5	0	0
Cắt toàn bộ tuyến giáp (n=33)	2	6,1	0	0	3	9,1	0	0
Cắt toàn bộ+vét hạch 1 bên (n=9)	1	11,1	0	0	1	11,1	0	0
Cắt toàn bộ+vét hạch 2 bên (n=6)	1	16,7	0	0	0	0	1	1,8

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

4.1.1. Tuổi và giới: Theo y văn, ung thư tuyến giáp có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng có 2 đỉnh cao là từ 15-20 tuổi và từ 40-65 tuổi. Nghiên cứu của Trần Thị Kim Thảo, khoảng tuổi thường gặp ung thư tuyến giáp > 45 tuổi (55,3%), tuổi trung bình là 46,37, tỉ lệ nữ/nam 8,5/1 [3]. Nghiên cứu của Nguyễn Tiến Lãng, tuổi hay gặp từ 15-45 chiếm 65,1%, tuổi trung bình 39,1, bệnh nhân nam chiếm 11,3%, nữ chiếm 88,7% [2]. Nghiên cứu của tôi cho thấy tỷ lệ cao nhất ở nhóm 20-29 tuổi, nhỏ nhất 17 tuổi, lớn nhất 75 tuổi, trung bình 33,5±14,9. Bệnh nhân nam 14 (25%), nữ 42 (75%). Tỷ lệ Nữ/Nam 3/1. Về độ tuổi tương đương với các tác giả khác, tuy nhiên tỷ lệ nữ/nam của tôi nhỏ hơn nhiều so với các tác giả khác.

4.1.2. Triệu chứng lúc nhập viện: Xuất hiện khối u vùng trước cổ, lớn dần là triệu chứng chính khiến bệnh nhân đi khám chiếm 85,7%, ngoài ra

có 14,3% bệnh nhân phát hiện qua tình cờ siêu âm tổng quát định kỳ hoặc đi khám vì một bệnh khác. Các khối u phát hiện tình cờ thường kích thước nhỏ hơn 1cm, thuận tiện trong phẫu thuật cắt gọn 1 thùy giáp. Một số trường hợp u lớn chèn vào thực quản gây nuốt vướng chiếm 10,7%, chèn ép hoặc xâm lấn dây thần kinh quặt ngược gây khàn giọng chiếm 5,4%, 1 trường hợp khó thở nhẹ chiếm 1,7%.

4.1.3 .Các đặc điểm của khối u tuyến giáp: Nghiên cứu của tôi gặp ở thùy phải và thùy trái gần ngang nhau 26,8% và 32,1%, cả 2 thùy tuyến giáp 37,5%, vùng eo giáp ít gặp 3,6%. Nghiên cứu của Nguyễn Tiến Lãng tỷ lệ ung thư cả 2 thùy thấp hơn 27,2% và 13,3% [2]. Kích thước khối u thực quản từ 1-2,9cm chiếm đến 75%. Ngoài ra cũng có 3 trường hợp u kích thước khá lớn > 4cm, bệnh nhân có triệu chứng khàn giọng. Hầu hết các khối u có mật độ chắc 60,7%, có bờ rõ 78,6% và còn di động 64,2%, di động hạn chế 32,1. Tỷ lệ bệnh nhân không có di căn hạch chiếm khá cao 75%. Các trường hợp này

phẫu thuật thuận lợi, khối u không xâm lấn vào bó cảnh, bóc tách dễ dàng.

4.2. Cận lâm sàng:

4.2.1. Siêu âm tuyến giáp: Siêu âm tuyến giáp là kỹ thuật được sử dụng phổ biến để phát hiện bệnh lý các khối u tuyến giáp và tình trạng di căn hạch cổ [5]. Theo nghiên cứu của Trần Thị Kim Thảo, hình ảnh gợi ý ung thư tuyến giáp trên siêu âm là: echo kém (72,3%), vị trí thường gặp là 1/3 giữa (46,8%) và có vôi hóa (30,9%) [3]. Nghiên cứu của tôi gặp vôi hóa 39,3%, tăng sinh mạch 24,8%, bờ không rõ 32,1%, đa số là khối u dạng hỗn hợp 64,3%. Theo Pacini, hình ảnh siêu âm gợi ý các khối u ác tính là echo nghèo, vôi hóa vi thể, không có vòng halo chung quanh, bờ không đều, hình ảnh khối u đặc, tăng sinh mạch trong khối u và hình dáng khối u (chiều cao hơn chiều rộng) [7].

4.2.2. Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ: Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ, có thể kết hợp với siêu âm dẫn đường là phương pháp quan trọng trong chẩn đoán ung thư tuyến giáp. Phương pháp này nên thực hiện đối với u tuyến giáp kích thước $> 1\text{cm}$ hoặc đối với $u < 1\text{cm}$ ở những bệnh nhân có nguy cơ cao [4]. Theo một nghiên cứu tại Bệnh viện Ung bướu ghi nhận độ nhạy của FNA là 88%, độ đặc hiệu 96,1%, giá trị tiên đoán dương là 70,96% (đối với ung thư giáp) [3]. Nghiên cứu của tôi cho thấy tỷ lệ dương tính là 83,9%, âm tính sai 12,5% và khó xác định là 3,6%. Các trường hợp âm tính sai thường là các ung thư thể nang. Chúng tôi không gặp trường hợp nào dương tính sai. Theo Pacini, các trường hợp ung thư thể nang thường không đủ mẫu để xác định, tác giả khuyến nên làm lại nhiều lần [7].

4.2.3. Giải phẫu bệnh: Phần lớn các trường hợp ung thư tuyến giáp là thể nhú. Nghiên cứu của tôi ung thư thể nhú thấp hơn 69,6%, thể nang 16,1%. Ngoài ra chúng tôi gặp thể tế bào Hurthle cao hơn 12,5% và thể tùy 1 trường hợp chiếm 1,8%. Trong nghiên cứu này tôi đã loại bỏ các trường hợp u tế bào Hurthle lành tính dạng adenoma của tuyến giáp.

4.2.4. Giai đoạn bệnh: Bệnh gặp chủ yếu ở giai đoạn I và II chiếm lần lượt là 44,6% và 30,4%, Giai

đoạn III và IV là 16,1% và 8,9%. Nghiên cứu của Nguyễn Tiến Lãng 65,1% bệnh nhân có khối u ở T2 và T3. Những năm gần đây, do sử dụng tương đối phổ biến siêu âm vùng cổ trong khám tổng quát hoặc để chẩn đoán các bệnh lý khác nhau nên phát hiện được ung thư tuyến giáp ở giai đoạn sớm, rất thuận lợi trong điều trị và tiên lượng.

4.3. Điều trị

4.3.1. Phương pháp phẫu thuật: Phương pháp phẫu thuật ung thư tuyến giáp hiện vẫn chưa thống nhất giữa cắt 1 thùy giáp, cắt gần toàn bộ tuyến giáp (near-total thyroidectomy), cắt toàn bộ tuyến giáp và vét hạch cổ 1 bên hoặc 2 bên. Trong nghiên cứu này tôi sử dụng phác đồ điều trị ung thư tuyến giáp 2010 (NCCN guidelines). Đối với ung thư giáp thể nhú: nếu $u < 1\text{cm}$, đơn ổ, không xâm lấn vỏ bao thì cắt trọn thùy. Nếu $u \geq 1\text{cm}$ hoặc đa ổ hoặc xâm lấn vỏ bao thì cắt tuyến giáp toàn phần. Đối với hạch cổ: Nếu sờ thấy hạch cổ thì nạo hạch cổ cùng bên hoặc 2 bên, nếu không sờ thấy hạch cổ nên nạo hạch cổ phòng ngừa nhóm VI. Điều trị I^{131} hỗ trợ khi có nguy cơ tái phát hoặc di căn xa hoặc nguy cơ di căn cao. Đối với ung thư dạng nang hoặc tế bào Hurthle chúng tôi cắt toàn bộ tuyến giáp và nạo hạch cổ nếu sờ thấy hạch trên lâm sàng kèm điều trị I^{131} hỗ trợ [6]. Có 1 trường hợp ung thư dạng tùy chúng tôi cắt toàn bộ tuyến giáp và gởi xạ trị ngoài. Kết quả nghiên cứu có 8 bệnh nhân (14,3%) cắt trọn 1 thùy, 33 bệnh nhân cắt toàn bộ tuyến giáp (58,9%), 9 bệnh nhân cắt toàn bộ tuyến giáp kèm vét hạch cổ 1 bên (16,1%) và 6 bệnh nhân cắt toàn bộ tuyến giáp và vét hạch cổ 2 bên (10,7%).

4.3.2. Các biến chứng sau phẫu thuật: Các biến chứng sau phẫu thuật thường ít gặp. Trong nghiên cứu này, có 2 trường hợp tụ máu vết mổ (3,6%) trong 24 giờ đầu phải mở vết mổ cầm máu lại. Có 4 trường hợp suy cận giáp tạm thời sau phẫu thuật, sau mổ 12-24 giờ bệnh nhân có biểu hiện tê rần các đầu chi và co rút bàn tay dạng đỡ đờ, chúng tôi sử dụng Canxi clorua tiêm TM, sau khoảng 24-48 giờ bệnh nhân khỏi hoàn toàn. Có 5 trường hợp khàn giọng tạm thời, sau mổ bệnh nhân có biểu hiện khàn

giọng, có thể do phù nề chèn ép sau mổ, sau 1 đến 2 tuần khàn giọng đỡ dần, có 1 trường hợp sau 2 tháng giọng mới trở lại bình thường. Một trường hợp ung thư giai đoạn IVa, bệnh nhân đã khàn giọng trước mổ. Trong quá trình phẫu thuật khối u đã xâm lấn bộ cảnh và dây thần kinh quặt ngược, chúng tôi cắt được u nhưng thương tổn thần kinh không hồi phục.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 56 trường hợp ung thư tuyến giáp chúng tôi có một số kết luận sau:

1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng:

- Tuổi mắc bệnh trung bình $33,5 \pm 14,9$, tuổi nhỏ nhất 17 tuổi, lớn nhất 75 tuổi. Bệnh nhân nam

14 (25%), nữ 42 (75%). Tỷ lệ nữ/nam 3/1. Khối u vùng trước cổ thường gặp nhất chiếm 85,7%, U cả 2 thùy tuyến giáp chiếm tỷ lệ cao nhất 37,5%. Hình ảnh siêu âm có các dấu hiệu đặc trưng tăng sinh mạch 24,8% và vi vôi hóa 39,3%. Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ cho tỷ lệ dương tính 83,9%. Ung thư thể nhũ chiếm tỷ lệ cao nhất 69,6%. Bệnh gặp tỷ lệ cao nhất ở giai đoạn I chiếm 44,6%.

2. Kết quả điều trị

Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp chiếm tỷ lệ cao nhất 58,6%. Các biến chứng tạm thời gồm: tụ máu vết mổ chiếm 3,6%, suy cận giáp và liệt thần kinh quặt ngược tạm thời sau mổ chiếm tỷ lệ lần lượt là 16,7% và 12,5%, liệt thần kinh quặt ngược vĩnh viễn 1,8%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Bá Đức (2006), "Tình hình ung thư ở Việt Nam giai đoạn 2001-2004", *Tạp chí Y học thực hành*, 4, tr. 9- 17.
2. Nguyễn Tiến Lãng (2012), "Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp phối hợp với I^{131} điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa", *Tạp chí Nội tiết & Đái tháo đường*, 6, tr. 487- 492.
3. Trần Thị Kim Thảo (2010), "Khảo sát đặc điểm ung thư tuyến giáp trên bệnh nhân phình giáp hạt", *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 14, tr. 184 – 192.
4. Baloch ZW (2008), "Fine-needle aspiration of the thyroid: today and tomorrow", *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*, 22, pp. 929-39.
5. Castagna M.G (2008), "Role of thyroid ultrasound in the diagnostic evaluation of thyroid nodules", *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*, 226, pp. 913-928.
6. NCCN clinical practice guidelines in oncology (2012), *Thyroid carcinoma*, version 2010.
7. Pacini F (2010), "Thyroid cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up", *Ann Oncol*, 21(suppl 5), pp. 214-219.