

## ĐẶC ĐIỂM BỆNH HỌC VÀ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT UNG THƯ TUYẾN GIÁP BIỆT HÓA Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NỘI TIẾT TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Văn Lộc<sup>1</sup>, Trần Ngọc Lương<sup>1</sup>, Phan Hoàng Hiệp<sup>1</sup>

1. Bệnh viện Nội tiết Trung ương

### TÓM TẮT

*Ung thư tuyến giáp hiện vẫn là bệnh lý ác tính hiếm gặp ở trẻ em ước tính chiếm khoảng 0,7% tất cả các ung thư ở trẻ em[1], có xu hướng tăng lên. Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sớm phẫu thuật ung thư tuyến giáp ở trẻ em. Đối tượng: 85 bệnh nhân ≤18 tuổi được phẫu thuật tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương từ tháng 01/2018 đến 12/2020. Phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.*

*Kết quả: Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là 15,02±3,098 (từ 3-18 tuổi), nữ chiếm đa số 82,4%, phần lớn các bệnh nhân không có triệu chứng (83,5%), kích thước nhân ≥ 2cm chiếm 56,5%, 19 bệnh nhân (22,4%) nhân phá vỡ bao tuyến giáp, có 2 bệnh nhân nghi ngờ di căn phổi chiếm 2,4%. 73 bệnh nhân được cắt toàn bộ tuyến giáp và hoặc nạo vét hạch chiếm 85,9%, tỷ lệ di căn hạch trung tâm là 55,3%, di căn hạch khoang bên là 37,6% với các yếu tố khối u ≥2cm, phá vỡ, hạch nghi ngờ trên siêu âm là yếu tố nguy cơ tăng tỷ lệ di căn hạch. Biến chứng sau mổ hay gặp là suy cận giáp tạm thời chiếm 17,6%, khàn tiếng tạm thời 10,6%, 4 bệnh nhân rò ống ngực (1 phải mổ lại).*

*Từ khóa: Ung thư tuyến giáp trẻ em, phẫu thuật tuyến giáp.*

### ABSTRACT

#### CLINICOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND EARLY RESULTS OF SURGICAL TREATMENT FOR PEDIATRIC THYROID CANCER AT NATIONAL HOSPITAL ENDOCRINOLOGY

Thyroid cancer remains a rare malignancy in the pediatric population, comprising 0.7% of all childhood cancers, and the overall incidence of thyroid cancer is increasing. **Objective:** To evaluate the clinical, paraclinical, and early results of surgical treatment for pediatric thyroid cancer. **Subjects:** including 85 children who operated at national hospital endocrinology from January 2018 to December 2020. **Research method:** A retrospective study.

**Results:** Mean age of patients were 15.02±3.098 (range 3-18 years), the rate female was 82.4%, the most cases were not symptoms (83.5%), 56.5% of patients was larger than 2cm, nineteen patients have extracapsular nodules, 2 patients were suspended lung metastasis. 85.9% of patients operated

-----  
 Nhận bài: 20-11-2021; Chấp nhận: 15-12-2021  
 Người chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Lộc  
 Địa chỉ: Email: bslocbvnt@gmail.com

on thyroidectomy and/or neck dissection. The proportion of centre neck lymph node metastasis and lateral neck metastasis were 55.3% and 36.6%. Univariate logistic regression demonstrated that: centre neck lymph node metastasis and lateral neck metastasis were associated with tumor size  $\geq 2$ cm, extracapsular, lymph node suspends US. The most complications were temporary hypoparathyroidism (17.6%), temporary recurrent laryngeal nerve injury (10.6%), four patients were chyle fistular (one was reoperated).

**Keywords:** Pediatric thyroid cancer, thyroidectomy.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp hiện vẫn là bệnh lý ác tính hiếm gặp ở trẻ em ước tính chiếm khoảng 0,7% tất cả các ung thư ở trẻ em [1]. Ung thư tuyến giáp ở trẻ em có xu hướng tăng lên. Tăng trong ung thư tuyến giáp chủ yếu là do tăng số lượng ung thư tuyến giáp thể nhú được chẩn đoán một phần do tăng xác định các khối u có kích thước nhỏ [2]. Phần lớn các ung thư tuyến giáp được chẩn đoán là ung thư tuyến giáp thể biệt hóa (DTC) với hơn 90% là ung thư tuyến giáp thể nhú (PTC) [3]. Ung thư tuyến giáp ở trẻ em có biểu hiện lâm sàng rầm rộ, nhưng lại có tiên lượng tốt. Điều trị kết hợp phẫu thuật và iod phóng xạ mang lại tỷ lệ sống giới hạn từ 86% đến 100% [4]. Nghiên cứu về ung thư tuyến giáp ở trẻ em tại nước ta còn rất ít do số lượng bệnh nhân ít và rải rác tại nhiều trung tâm phẫu thuật tuyến giáp khác nhau.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân không quá 18 tuổi được chẩn đoán và điều trị phẫu

thuật tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương từ tháng 01/2018 đến 12/2020.

- Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

+ Tuổi  $\leq 18$  tuổi

+ Bệnh nhân được chẩn đoán UTTG thể biệt hóa dựa vào khám lâm sàng, cận lâm sàng, và GPB sau mổ.

+ Phẫu thuật tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Mô bệnh học sau mổ là UTTG thể tủy hoặc thể không biệt hóa, hoặc ung thư khác di căn đến tuyến giáp.

+ Bệnh nhân được phẫu thuật tuyến giáp tại tuyến trước.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

**2.3. Xử lý số liệu:** Theo phần mềm SPSS 20.0

## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm bệnh học

**Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư tuyến giáp trẻ em**

Tuổi	Tổng số (85)	Nam 15 (17,6)	Nữ 70 (82,4 %)	Nam: Nữ (1:4.6)
Dưới 15 tuổi	26 (30,6%)	5 (33,3%)	21 (30,0%)	1:4.2
Từ 15 -18 tuổi	59 (69,4%)	10 (66,7%)	49 (70,0%)	1:4.9
Tuổi trung bình	15,02 $\pm$ 3,098 (từ 3-18 tuổi)			
<b>Triệu chứng</b>				
Không triệu chứng	71 (83,5%)			
Chèn ép	14 (16,5%)			
<b>Chức năng tuyến giáp</b>				
Bình giáp	75 (88,2%)			

Cường giáp	5 (5,9%)
Suy giáp	5 (5,9%)
<b>Kích thước nhân trên siêu âm</b>	
≤ 2 cm	48 (56,5%)
>2 cm	37 (43,5%)
<b>Hạch nghi ngờ siêu âm</b>	
Có hạch	31 (36,5%)
Không hạch	54 (63,5%)
Di căn xa (Phổi)	2 (2,4%)
<b>Chọc tế bào nhân TG trước mổ</b>	
Carcinoma	43 (50,6%)
Nghi ngờ	34 (40,0%)
Lành tính	8 (9,4%)

**Nhận xét:** Trong 85 bệnh nhân nghiên cứu nữ giới chiếm đa số với tỷ lệ 82,4%, chủ yếu trong độ tuổi từ 15 - 18 tuổi chiếm 69,4%, các bệnh nhân thường không có triệu chứng chèn ép (83,5%), 76 bệnh nhân có nhân lớn hơn 1cm, 2 bệnh nhân có di căn phổi lúc chẩn đoán chiếm 2,4%.

### 3.2. Kết quả phẫu thuật

**Bảng 2. Kết quả phẫu thuật**

Tiêu chí	Số lượng (%)
<b>Cách thức phẫu thuật</b>	
Cắt thùy tuyến giáp	12 (14,1%)
Cắt toàn bộ tuyến giáp	14 (16,5%)
Cắt toàn bộ + NVH trung tâm	8 (9,4%)
Cắt toàn bộ TG + NVH TT+ 1 bên	28 (32,9%)
Cắt TBTG+ NVH TT + 2 bên	23 (27,1%)
<b>Giải Phẫu bệnh</b>	
Thể nhú	78 (91,8%)
Thể nhú biến thể nang	3 (3,5%)
Thể nang	3 (4,7%)
<b>Số lượng u</b>	
Đơn ổ	38 (44,7%)
Đa ổ	44 (51,8%)
Lan tỏa	3 (3,5%)
<b>Phá vỡ bao tuyến</b>	
Không	66 (77,6%)
Có	19 (22,4%)
<b>Biến chứng sau mổ</b>	
Chảy máu	1 (1,2%)
Rò dưỡng chấp	4 (4,7%)
Khàn tiếng tạm thời	9 (10,6%)
Suy cận giáp tạm thời	15 (17,6%)
Liệt dây thanh một bên vĩnh viễn	1 (1,2%)

**Nhận xét:** 73 bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp có hoặc kèm nạo vét hạch chiếm 85,9%, 12 bệnh nhân cắt thùy tuyến giáp. Ung thư tuyến giáp thể nhú chiếm đa số tới 91,8%, 51,8% bệnh nhân có đa nhân, có 19 bệnh nhân có nhân tuyến giáp phá vỡ. Hai biến chứng thường gặp nhất là suy cận giáp tạm thời sau mổ và khàn tiếng sau mổ chiếm lần lượt 17,6% và 10,6%.

**Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến di căn hạch cổ**

Yếu tố	Hạch trung tâm			Hạch khoang bên		
	Có (47)	Không (38)	p	Có (32)	Không (53)	p
<b>Tuổi</b>						
<15 tuổi	12	14	0.261	11	15	0.556
≥15 tuổi	35	24		21	38	
<b>Giới</b>						
Nam	11	4	0.122	5	10	0.704
Nữ	36	34		27	43	
<b>Kích thước u</b>						
U<2cm	26	22	0.812	12	36	0.006
U ≥2cm	21	16		20	17	
<b>Thâm nhiễm u</b>						
Phá vỡ	17	2	0.001	14	5	0.000
Trong bao	30	36		18	48	
<b>Số lượng nhân</b>						
Đơn nhân	24	17	0.562	18	23	0.251
Đa nhân	23	21		14	30	
<b>Hạch trên siêu âm trước mổ</b>						
Có hạch	25	6	0.000	16	15	0.044
Không	22	32		16	53	

**Nhận xét:** Tỷ lệ di căn hạch cổ trung tâm là 55,3%, di căn hạch khoang bên là 37,6%, các yếu tố như khối u kích thước >2cm, phá vỡ vỏ bao tuyến, hoặc có hạch nghi ngờ trên siêu âm là yếu tố nguy cơ tăng tỷ lệ di căn hạch trung tâm và khoang bên.

#### 4. BÀN LUẬN

Theo Guideline ATA 2015 ung thư tuyến giáp trẻ em được định nghĩa là ung thư tuyến giáp được chẩn đoán ở trẻ từ dưới 18 tuổi [5], chẩn đoán trước mổ ung thư tuyến giáp ở trẻ em được thực hiện tương tự như người lớn qua thăm khám lâm sàng, siêu âm, xét nghiệm chức năng tuyến giáp và chẩn đoán tế bào học bằng kim nhỏ. Điều trị ung thư tuyến giáp ở trẻ em so với người lớn có một vài điểm khác biệt [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn các bệnh nhân đều ở độ tuổi vị thành niên chiếm 69,4% trung bình 15,02±3,098 (từ 3-18 tuổi), phần lớn các bệnh nhân là nữ giới với tỷ lệ Nam/Nữ là 1/4,6. Trong 85 bệnh nhân nghiên cứu chỉ có

16,5% bệnh nhân có triệu chứng nuốt vướng do khối u chèn ép, còn phần lớn không có triệu chứng, được phát hiện qua khám tình cờ hoặc do thấy bướu cổ. Có 19 bệnh nhân (22,4%) có khối u thâm nhiễm cơ và các cấu trúc quanh tuyến giáp như khí quản, thực quản, 2 (2,4%) bệnh nhân có hình ảnh theo dõi di căn phổi phổi trên phim CLVT khi được chẩn đoán. Khi so sánh với nghiên cứu của tác giả R. Hogan nghiên cứu trên 1753 bệnh nhân tại Mỹ tuổi trung bình là 15,9, với 74% trong độ tuổi từ 15-19, với tỷ lệ nam/nữ là 1/4, tỷ lệ di căn xa thấy trong 133 [6] (7,6%). Tỷ lệ ung thư tuyến giáp thể nhú trong nghiên cứu chiếm 91,8% bệnh nhân tỷ lệ này cao hơn khi so sánh với Hogan là 60% [6].

Ung thư tuyến giáp trẻ em thường có đặc điểm lâm sàng lâm rộ hơn khi so sánh với người lớn. Theo nghiên cứu so sánh giữa 644 bệnh nhân trẻ em với 43,536 bệnh nhân ung thư tuyến giáp ở người lớn thì trẻ em có tỷ lệ di căn hạch cao hơn [7] (31,5% so với 14,7% ở người lớn) và tỷ lệ di căn phổi cao hơn (5,7% ở trẻ em và 2,2% ở người lớn) so sánh với nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ di căn hạch tính chung là 52,9% và tỷ lệ di căn phổi là 2,4%. Các yếu tố khối u kích thước  $\geq 2\text{cm}$ , hoặc phá vỡ bao tuyến làm tăng tỷ lệ di căn hạch khoang trung tâm và khoang bên ( $p < 0,05$ ).

Điều trị ung thư tuyến giáp ở trẻ em vẫn dựa vào phẫu thuật và điều trị I-131 là 2 công cụ chính [4]. Tuy nhiên có nhiều khó khăn khi điều trị cho bệnh nhân trẻ em, trong phẫu thuật đặt ra cắt thùy giáp hay cắt toàn bộ tuyến giáp, nạo hạch khi nào, và điều trị I-131 có tăng nguy cơ ung thư thứ phát. Các khuyến cáo hiện nay đều khuyến nghị cắt toàn bộ tuyến giáp để điều trị ung thư tuyến giáp [4]. Trong nghiên cứu chúng tôi có 73/85 bệnh nhân cắt toàn bộ tuyến giáp và hoặc nạo vét hạch cổ, còn 12 bệnh nhân còn lại có kích thước khối u  $< 1\text{cm}$ , đơn nhân, trong bao tuyến, và không có hạch nghi ngờ trên siêu âm, CLVT chúng tôi chỉ định cắt thùy tuyến giáp và theo dõi chặt sau mổ đến nay các bệnh nhân đều ổn định. Chỉ định nạo hạch trong ung thư tuyến giáp theo khuyến cáo thường chỉ định khi có hạch nghi ngờ trên lâm sàng hoặc tế bào học, nạo hạch dự phòng còn tranh cãi do chưa chứng minh được lợi ích  $>$  nguy cơ. Cách tiếp cận chung tôi là nạo hạch dự phòng khoang trung tâm khi khối u phá vỡ vỏ bao tuyến giáp và làm sinh thiết tức thì trong mổ để quyết định nạo hạch khoang bên.

Tỷ lệ biến chứng trong phẫu thuật ung thư tuyến giáp ở trẻ em theo các nghiên cứu phụ thuộc nhiều vào kinh nghiệm phẫu thuật viên biến chứng gặp nhiều nhất sau mổ là suy tuyến cận giáp tạm thời theo các báo cáo thì biến chứng này gặp từ 2 - 52%, [8,9], trong 85 bệnh nhân

nghiên cứu được thực hiện bởi nhiều phẫu thuật viên khác nhau suy cận giáp tạm thời có tỷ lệ từ (17,6%) tất cả các bệnh nhân được điều trị bằng bổ sung canxi + vitamin D hồi phục sau 3 tháng, có 10,6% khàn tiếng tạm thời, 1 bệnh nhân liệt dây thanh vĩnh viễn do khối u xâm lấn dây thần kinh thanh quản, 4 bệnh nhân bị rò ống ngực trong đó 1 bệnh nhân phải phẫu thuật khâu thắt ống ngực còn lại điều trị nội khoa ổn định.

## 5. KẾT LUẬN

Ung thư tuyến giáp ở trẻ em có biểu hiện lâm sàng rầm rộ với khối u phá vỡ, di căn hạch, di căn xa so với người trưởng thành. Điều trị ung thư tuyến giáp trẻ em vẫn còn nhiều thách thức cần được nghiên cứu thêm. Kết quả sớm phẫu thuật ung thư tuyến giáp trẻ em đa số có kết quả tốt với hai biến chứng thường gặp là suy cận giáp tạm thời và khàn tiếng tạm thời sẽ hồi phục theo thời gian thông thường từ 3 - 6 tháng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bucsky P, Parlowsky T. Epidemiology and therapy of thyroid cancer in childhood and adolescence. *Experimental and clinical endocrinology & diabetes: official journal, German Society of Endocrinology [and] German Diabetes Association*. 1997. 105 Suppl 4:70-73. doi:10.1055/s-0029-1211938.
2. Chen AY, Jemal A, Ward EM. Increasing incidence of differentiated thyroid cancer in the United States, 1988-2005. *Cancer*. 2009. 115(16): 3801-3807 % U <http://doi.wiley.com/3810.1002/cncr.24416>.
3. Bucsky P, Parlowsky T. Epidemiology and therapy of thyroid cancer in childhood and adolescence. *Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes*. 2009. 105(S 04): 70-73 % U <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0029-1211938>.

4. Francis GL, Waguespack SG, Bauer AJ, et al. Management Guidelines for Children with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Pediatric Thyroid Cancer. *Thyroid : official journal of the American Thyroid Association*. 2015. 25(7):716-759 %U <https://www.liebertpub.com/doi/710.1089/thy.2014.0460>.

5. Francis GL, Waguespack SG, Bauer AJ, et al. Management Guidelines for Children with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid : official journal of the American Thyroid Association*. Jul 2015. 25(7): 716-759. doi:10.1089/thy.2014.0460.

6. Hogan AR, Zhuge Y, Perez EA, Koniaris LG, Lew JI, Sola JE. Pediatric thyroid carcinoma: incidence and outcomes in 1753 patients. *The*

*Journal of surgical research*. Sep 2009. 156(1):167-172. doi:10.1016/j.jss.2009.03.098.

7. Al-Qurayshi Z, Adam Hauch M, Srivastav S, Aslam R, Friedlander P. A National Perspective of the Risk, Presentation, and Outcomes of Pediatric Thyroid Cancer. *JAMA otolaryngology head & neck surgery*. 2016.

8. Burke JF, Sippel RS, Chen H. Evolution of pediatric thyroid surgery at a tertiary medical center. *Journal of Surgical Research*. 2012. 177(2):268-274 %U <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022480412006075>.

9. Scholz S, Smith JR, Chaignaud B, Shamberger RC, Huang SA. Thyroid surgery at Children's Hospital Boston: a 35-year single-institution experience. *Journal of pediatric surgery*. 2011. 46(3): 437-442 %U <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022346810007888>.