

ĐÁNH GIÁ DI CĂN HẠCH CỦA UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ BIỆT HÓA

*Phan Hoàng Hiệp, Nguyễn Giang Sơn, Đinh Ngọc Triều
Bệnh viện Nội tiết Trung ương*

DOI: 10.47122/vjde.2021.50.10

ABSTRACT

Lymph node metastasis in differentiated thyroid cancer

Objective: Differentiated thyroid cancer have high frequency of cervical lymph node metastases. The aim of this study is to evaluate lymph node metastasis status in differentiated thyroid cancer. **Methodology:** Prospective research. Patients with differentiated thyroid cancer who underwent total thyroidectomy with lymph node resection in National hospital of Endocrinology. We analyzed the clinicopathological characteristics, lymph node metastasis status with relative factors. **Results:** From October 2019 to October 2020, 286 patients were included. Mean age was 42,1. Female/male ratio was 10/3. The common tumor sizes are 1-2cm (65,7%) and 2-4cm (30%). Only 18 patients have tumor size > 4cm. Preoperative ultrasound identifies cervical lymph node in 32,9% of cases, most of them are located on the same side with the tumor. Frequency of cervical lymph node metastases: 60,1%, in cN0 group: 43%. The location of lymph node metastases: level VI (52,8%), lateral compartment (31,1%). Frequency of cervical lymph node metastases was significantly higher in group with clinical preoperative lymph nodes than in cN0 group: 64,9% vs 43,0% (p<0,001). Frequency of cervical lymph node metastases in papillary carcinoma was higher in follicular carcinoma: 64,4% vs 16% (p<0,001). **Conclusion:** With high frequency of cervical lymph node metastases, lymph node resection should be considered in patients with differentiated thyroid cancer.

Keywords: *Differentiated thyroid cancer, lymph node metastasis.*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư tuyến giáp (UTTĐ) thể biệt hóa có tỷ lệ di căn hạch khá cao. Nghiên cứu nhằm mục đích đánh giá di căn hạch của UTTĐ thể biệt hóa. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiền cứu. Bệnh nhân (BN) UTTĐ thể biệt hóa điều trị cắt toàn bộ tuyến giáp và vét hạch hệ thống theo chỉ định tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương. Các chỉ tiêu nghiên cứu về đặc điểm bệnh lý, tình trạng di căn hạch cổ và các yếu tố liên quan. **Kết quả:** từ 10/2019 đến 10/2020 có 286 BN được lựa chọn. Tuổi trung bình 42,1, tỷ lệ nữ/nam là 10/3. Kích thước u thường gặp là 1-2cm chiếm 65,7%, u kích thước 2-4cm chiếm 30%. Chỉ có 18 BN có u kích thước > 4cm chiếm tỷ lệ 6,3%. Phát hiện hạch cổ trước mổ 32,9%, chủ yếu hạch cổ cùng bên. Tỷ lệ di căn hạch: 60,1%, tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn: 43%. Di căn theo nhóm hạch: nhóm VI (52,8%), nhóm hạch cảnh (31,1%). Tỷ lệ di căn hạch ở nhóm BN có hạch trên lâm sàng cao hơn so với BN không có hạch trên lâm sàng: 64,9% so với 43,0% (p<0,001). Tỷ lệ di căn hạch của UTTĐ thể nhú cao hơn thể nang (p<0,001). **Kết luận:** Với tỷ lệ di căn hạch cao, cần cân nhắc vét hạch ở BN UTTĐ thể biệt hóa.

Từ khóa: *ung thư tuyến giáp biệt hóa, di căn hạch.*

Tác giả liên hệ: Phan Hoàng Hiệp

Email: hoanghiepbvnt@gmail.com

Ngày nhận bài: 1/11/2021

Ngày phản biện khoa học: 10/11/2021

Ngày duyệt bài: 15/12/2021

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay UTTĐ đứng hàng thứ 5 trong số các ung thư phổ biến nhất ở nữ giới¹. Trong UTTĐ thể biệt hóa, phẫu thuật đóng vai trò

quyết định đến kết quả điều trị: cắt toàn bộ tuyến giáp hoặc cắt thùy và eo giáp có thể kèm theo vét hạch cổ hoặc không.

Hiện nay, chỉ định vét hạch cổ thường được áp dụng khi phát hiện hạch trên lâm sàng (gồm thăm khám lâm sàng và siêu âm). Tuy nhiên với UTTG thể biệt hóa, một tỷ lệ khá cao có hạch di căn tiềm ẩn (các hạch không phát hiện trên lâm sàng, được vét hạch cổ dự phòng và kết quả mô bệnh học sau mổ là có di căn hạch).

Theo các nghiên cứu về nạo vét hạch cổ dự phòng cho các bệnh nhân không phát hiện hạch trên lâm sàng (cN0) thì có đến 25-60% số UTTG thể biệt hoá có di căn hạch tiềm ẩn²⁻⁵. Di căn hạch là một yếu tố tiên lượng, làm tăng nguy cơ tái phát bệnh với UTTG. Nghiên cứu nhằm mục đích đánh giá di căn hạch của UTTG thể biệt hóa.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

BN UTTG thể biệt hóa điều trị cắt toàn bộ

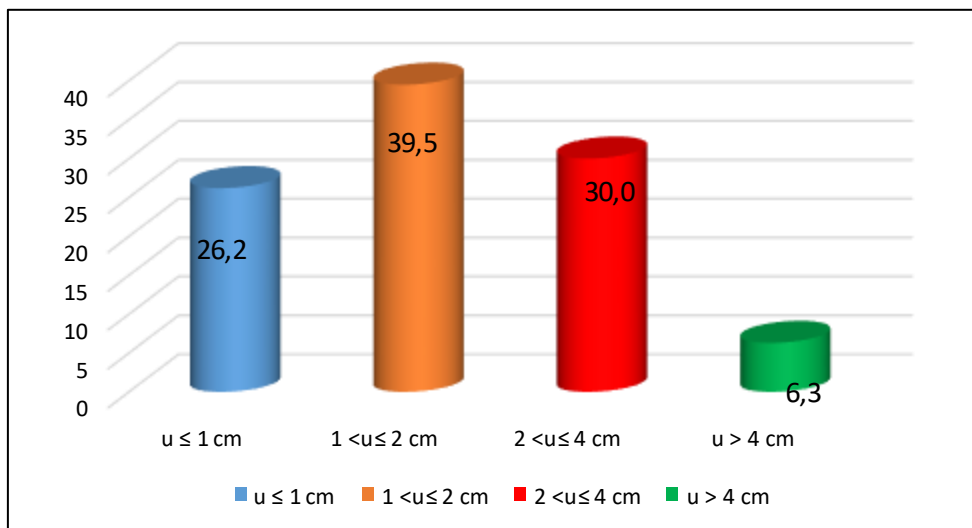
3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tuổi và giới của BN

Tuổi: trung bình là 42,1 ± 15,7, tuổi thấp nhất 10, tuổi cao nhất là 75 tuổi

Giới: nữ chiếm đa số với tỷ lệ 76,6%. Tỷ lệ nữ / nam là khoảng 10/3

3.2. Kích thước u trên siêu âm



Biểu đồ 3.1. Kích thước u trên siêu âm (n=286)

Nhận xét: Chủ yếu phát hiện khi u có kích thước ≤ 2cm, chiếm 65,7%.

tuyến giáp và vét hạch hệ thống theo chỉ định tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương từ tháng 10/2019 đến 10/2020 không kể tuổi, giới.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Chẩn đoán UTTG dựa vào xét nghiệm tế bào học là UTTG

- Mổ cắt TBTG theo chỉ định và vét hạch hệ thống các nhóm VI, nhóm II, III, IV cùng bên và đối bên, vét hạch nhóm I hoặc nhóm V nếu phát hiện các hạch nhóm này trên lâm sàng.

- Kết quả mô bệnh học là UTTG thể biệt hóa

- Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

- Có đủ thông tin kiểm tra, theo dõi sau phẫu thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Các trường hợp không được theo dõi và đánh giá về kết quả sau mổ

- Bệnh nhân đã mổ cũ vùng cổ.

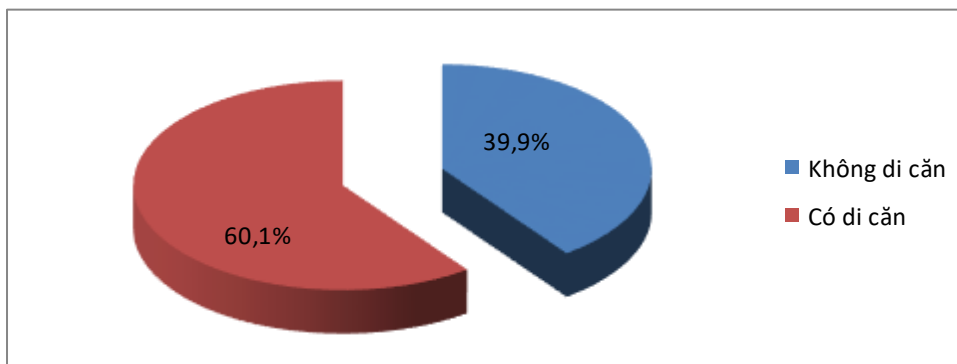
2.2 Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả tiến cứu

2.2.2. Chỉ tiêu nghiên cứu: đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng; tình trạng di căn hạch cổ và các yếu tố liên quan.

- Khối u có kích thước trên 4 cm chiếm tỷ lệ thấp (6,3%).

3.3. Tỷ lệ di căn hạch



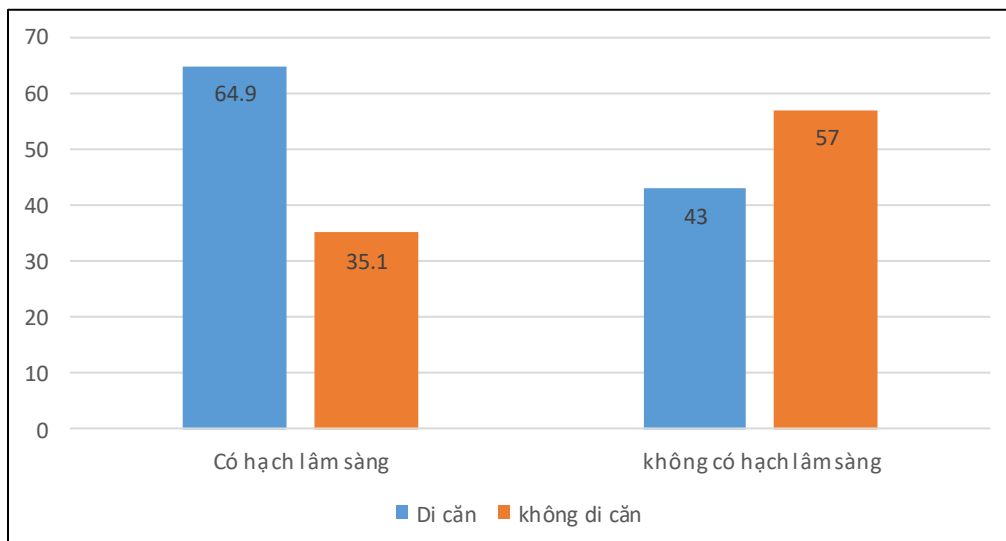
Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ di căn hạch sau mổ (n=286)

3.4. Đặc điểm di căn hạch theo nhóm hạch

Bảng 3.1. Đặc điểm di căn hạch theo nhóm hạch

Nhóm hạch (n=286)	Số BN	Tỷ lệ (%)
Có di căn	172	60,1
Chỉ căn hạch nhóm VI	83	29,0
Chỉ di căn nhóm cảnh (II, III, IV, V)	21	7,3
Di căn cả nhóm VI và nhóm cảnh	68	23,8
Không di căn	114	39,9

3.5. Liên quan giữa di căn hạch và hạch phát hiện trên lâm sàng



Biểu đồ 3.3. Liên quan giữa di căn hạch và hạch phát hiện trên lâm sàng (n=286)

3.6. Mối liên quan giữa mô bệnh học và di căn hạch

Bảng 3.2. Mối liên quan giữa mô bệnh học và di căn hạch

Mô bệnh học	Nhú	Nang	Tổng
Di căn hạch			
Không di căn	93 (35,6%)	21 (84%)	114 (47,2%)
Có di căn	168 (64,4%)	4 (16%)	172 (52,8%)
Tổng	261 (100%)	25 (100%)	286 (100%)

4. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi và giới

Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Hùng, lứa tuổi hay gặp là từ 15 - 45, chiếm tỷ lệ 57,8%, tuổi trung bình là 42,75, thấp nhất là 17 tuổi, cao nhất là 80 tuổi. Lứa tuổi thuộc nhóm nguy cơ cao (< 15 hoặc > 45) chiếm 42,2%⁶.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, lứa tuổi hay gặp là từ 15 - 45, chiếm tỷ lệ 61,2%, tuổi trung bình là 42,2±15,7, thấp nhất là 10, cao nhất là 75 tuổi. Bệnh nhân nhóm nguy cơ cao (< 15 hoặc > 45) chiếm tỷ lệ 38,8%, trong đó nhóm BN < 15 tuổi, chiếm tỷ lệ 3,5%. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với các kết quả nghiên cứu trước đó của các tác giả trong và ngoài nước.

4.2. Kích thước u trên siêu âm

Kích thước u là một trong những yếu tố tiên lượng của UTTG, dựa vào kích thước u cho phép ta đánh giá, phân độ giai đoạn T (tumor). Theo nghiên cứu của Đinh Xuân Cường (2004) khối u có kích thước < 4 cm chiếm 75,5%, u > 4cm chiếm 24,5%⁷.

Nghiên cứu của chúng tôi (biểu đồ 3.1), kích thước u thường gặp là 1-2cm chiếm 65,7%, u kích thước 2-4cm chiếm tỷ lệ 30%. Chỉ có 18 BN có u có kích thước > 4cm chiếm tỷ lệ 6,3%, thường gặp ở những BN đã phát hiện bệnh từ lâu nhưng không khám và điều trị.

4.3. Tỷ lệ di căn hạch

Theo nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ di căn hạch là 60,1% (biểu đồ 3.2). Theo Nguyễn Văn Hùng (2013), tỷ lệ di căn hạch là 41,2%⁷. Theo Vũ Trung Chính (2002), tỷ lệ này là 65,1%⁸.

Theo Ernest L.M (2004), tỷ lệ di căn hạch của UTTG là 61%⁹. Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu trong và

ngoài nước, chứng tỏ di căn hạch rất thường gặp trong UTTG.

Theo nghiên cứu của Diana (2000), nghiên cứu trên 859 bệnh nhân UTTG thể nhú nhận thấy di căn hạch làm tăng nguy cơ tái phát sau mổ nhưng không làm thay đổi đáng kể thời gian sống thêm toàn bộ¹⁰.

Theo Đinh Xuân Cường, tỷ lệ sống thêm 5 năm của nhóm bệnh nhân có di căn hạch là 82,4%, nhóm không có di căn hạch là 89,1%, có sự khác biệt nhưng không có ý nghĩa thống kê⁷.

Theo Nguyễn Văn Hùng (2013), thời gian sống thêm toàn bộ 5 năm của nhóm bệnh nhân có di căn hạch là 80,4%, không di căn hạch là 100%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê⁶. Các tác giả trong và ngoài nước đều thống nhất rằng, di căn hạch là một yếu tố tiên lượng quan trọng, di căn hạch làm tăng tỷ lệ tái phát bệnh.

Tuy nhiên, di căn hạch ảnh hưởng đến thời gian sống thêm toàn bộ còn chưa được khẳng định và cần thêm các nghiên cứu khác. Với tỷ lệ di căn hạch cao và ý nghĩa của di căn hạch đối với tỷ lệ tái phát bệnh cho thấy việc vét hạch cổ là việc cần thiết trong điều trị bệnh UTTG thể biệt hóa.

4.4. Liên quan giữa di căn hạch và hạch phát hiện trên lâm sàng

Nghiên cứu của Đinh Xuân Cường, nhóm bệnh nhân có hạch trên lâm sàng, tỷ lệ di căn hạch là 93,5%, nhóm bệnh nhân không có hạch trên lâm sàng (cN0), tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn là 61,1%⁷.

Theo Nguyễn Văn Hùng (2013), với nhóm bệnh nhân có hạch trên lâm sàng, tỷ lệ di căn hạch là 94,1%, nhóm bệnh nhân cN0 được vét hạch nhóm VI dự phòng, tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn là 44%⁶.

Theo Yan DG và cộng sự, tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn là 77,4%¹¹. Theo Hughes DT (2018) tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn là 50%¹².

Theo nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn là 43% (biểu đồ 3.3). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước, thể hiện di căn hạch tiềm ẩn của UTTG thể biệt hóa cN0 có tỷ lệ cao.

Với kết quả đó cho thấy việc vét hạch dự phòng cho bệnh nhân UTTG thể biệt hóa cN0 là việc cần thiết để đánh giá chính xác giai đoạn và tiên lượng cho bệnh nhân, loại bỏ tối đa các tổn thương hạch di căn, giúp các bác sĩ có chỉ định lựa chọn liệu điều trị I-131 cho bệnh nhân cũng như tăng hiệu quả điều trị của I-131 và theo dõi bằng Thyroglobulin sau điều trị.

Theo nghiên cứu của Bian X và cộng sự (2010), tỷ lệ di căn hạch của nhóm bệnh nhân có hạch trên lâm sàng là 76%, cao hơn có ý nghĩa so với nhóm bệnh nhân cN0 chỉ là 45,8% ($p = 0,009$)¹³.

Qua biểu đồ 3.3 cho thấy tỷ lệ di căn hạch của nhóm bệnh nhân có hạch trên lâm sàng của chúng tôi là 64,9%, cao hơn so với tỷ lệ di căn hạch của nhóm bệnh nhân cN0, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Như vậy, BN xuất hiện hạch trên lâm sàng là yếu tố cho thấy nguy cơ cao có di căn hạch cổ.

4.5. Đặc điểm di căn hạch theo nhóm hạch

Theo nghiên cứu của Yan D.G và cộng sự, với bệnh nhân UTTG thể nhú cN0, tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn theo các nhóm lần lượt là VI 62,3%, II 18,9%, III 52,8%, IV 30,2%, V 0%¹¹. Các kết quả cho thấy trong UTTG, nhóm VI là nhóm hạch di căn nhiều nhất, tiếp đến là nhóm hạch cảnh, nhóm V tỷ lệ di căn thấp và nhóm I hầu như không có di căn hạch.

Theo kết quả của chúng tôi (bảng 3.1), tỷ lệ di căn hạch nhóm VI là 52,8%, nhóm hạch cảnh (nhóm II, III, IV) là 31,1%, phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Với tỷ lệ di căn hạch cao của cả 2 nhóm hạch cho thấy việc vét hạch nhóm VI và nhóm hạch cảnh là việc cần thiết với UTTG thể biệt hóa.

4.6. Mối liên quan giữa mô bệnh học và di căn hạch

Theo nghiên cứu của Lê Văn Quảng (2002), UTTG thể nhú có tỷ lệ di căn hạch là 71,4%, thể nang là 20,8%¹⁴. Nghiên cứu của Ernest L.M (2004), UTTG thể nhú có 80% di căn hạch, tỷ lệ này ở thể nang là 17%⁹. Các tác giả đều đồng thuận rằng tỷ lệ di căn hạch của UTTG thể nhú cao, tỷ lệ di căn hạch ở thể nang thấp hơn nhiều. Theo nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ di căn hạch của UTTG thể nhú là 64,4% (bảng 3.2). Tỷ lệ này có thấp hơn các tác giả khác, nguyên nhân là vì chúng tôi thực hiện vét hạch thường quy cho tất cả các bệnh nhân ung thư tuyến giáp kể cả các bệnh nhân cN0.

Với UTTG thể nang, chúng tôi chỉ có 25 bệnh nhân và có 4 bệnh nhân có di căn hạch (16%), điều đó cũng thể hiện tỷ lệ di căn hạch cổ ở thể nang là thấp, việc vét hạch dự phòng không được chỉ định trừ khi có những đặc tính ác tính của u giáp ví dụ như u lớn xâm lấn xung quanh.

5. KẾT LUẬN

UTTG thể biệt hóa có tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn cao, do vậy cần cân nhắc vét hạch dự phòng với nhóm bệnh nhân không có hạch trên lâm sàng, đặc biệt với BN có nguy cơ cao như u giai đoạn T3, T4.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2018. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(1):7-30.
2. Hughes DT, White ML, Miller BS, Doherty GM. Influence of prophylactic central lymph node dissection on postoperative thyroglobulin levels and radioiodine treatment in papillary thyroid cancer. *Surgery.* 2010;148(6):1100-1107.
3. Wada N, Duh QY, Sugino K, et al. Lymph node metastasis from 259 papillary thyroid microcarcinomas: frequency, pattern of occurrence and recurrence, and optimal strategy for neck dissection. *Ann Surg.* 2003;237(3):399.

4. Nixon IJ, Ganly I, Patel SG, et al. Observation of clinically negative central compartment lymph nodes in papillary thyroid carcinoma. *Surgery*. 2013;154(6):1166-1173.
5. Adam MA, Pura J, Goffredo P, et al. Presence and number of lymph node metastases are associated with compromised survival for patients younger than age 45 years with papillary thyroid cancer. *J Clin Oncol*. 2015;33(21):2370-2375.
6. Nguyễn Văn Hùng. Đánh giá kết quả điều trị ung thư tuyến giáp tại BV Tai Mũi Họng TW và BV Bạch Mai giai đoạn 2007 - 2013. *Luận Văn Bác Sĩ Nội Trú Bệnh Viện Đại Học Hà Nội*. Published online 2013.
7. Đinh Xuân Cường (2004). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và kết quả điều trị phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại bệnh viện K. *Luận Văn Thạc Sĩ Học Đại Học Hà Nội*. Published online 2004.
8. Vũ Trung Chính. Nghiên cứu áp dụng phương pháp điều trị ung thư giáp trạng thể biệt hóa bằng cắt bỏ tuyến giáp toàn bộ kết hợp I131. *Luận Văn Thạc Sĩ Học Đại Học Hà Nội*. Published online 2002.
9. Ernest L. M. Management of papillary and follicular thyroid cancer,. *Endocr Surg*. 2004;18:157-182.
10. Dean DS, Hay ID. Prognostic indicators in differentiated thyroid carcinoma. *Cancer Control*. 2000;7(3):229-239.
11. Yan DG, Zhang B, An CM, et al. Cervical lymph node metastasis in clinical N0 papillary thyroid carcinoma. *Chin J Otorhinolaryngol Head Neck Surg*. 2011;46(11):887.
12. Hughes DT, Rosen JE, Evans DB, Grubbs E, Wang TS. Prophylactic central compartment neck dissection in papillary thyroid cancer and effect on locoregional recurrence. *Ann Surg Oncol*. 2018;25(9):2526-2534.
13. Bian X, Chen H, Ye X, Tang PZ. Role of level VI lymph nodes metastasis in cervical metastasis of patients with papillary thyroid cancer. *Chin J Otorhinolaryngol Head Neck Surg*. 2010;45(8):664.
14. Lê Văn Quang, Nguyễn Bá Đức. Nhận xét đặc điểm lâm sàng và các phương pháp điều trị ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện K từ năm 1992 - 2000. *Tạp Chí Học Lâm Sàng*. 2002;431:323-326.