

UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ NHÚ Ở TRẺ EM 9 TUỔI: BÁO CÁO CA BỆNH

Đào Thị Nguyệt^{1,✉}, Dương Hồng Quân², Lương Đình Trung¹, Lê Tuấn Anh¹

¹Bệnh viện Đa khoa Đức Giang

²Trường Đại học Y tế công cộng

Ung thư tuyến giáp thể nhú là bệnh lý ác tính phổ biến nhất ở trẻ, chiếm 85 - 95% các trường hợp ung thư tuyến giáp tuy nhiên ung thư tuyến giáp thể nhú là khối u hiếm gặp ở trẻ em dưới 10 tuổi. Mặc dù ung thư tuyến giáp thể nhú tiến triển nhanh hơn ở trẻ em nhưng có tiên lượng tốt hơn khi so sánh ung thư tuyến giáp thể nhú ở người trưởng thành. Trong báo cáo ca bệnh này, chúng tôi báo cáo ca bệnh trẻ nam 9 tuổi được chẩn đoán ung thư tuyến giáp thể nhú và thảo luận về phác đồ điều trị kết hợp giữa phẫu thuật và I¹³¹. Người bệnh ung thư tuyến giáp thể nhú được cắt bỏ toàn bộ hai thùy tuyến giáp và nạo vét hạch và điều trị bằng I¹³¹. Tình trạng của người bệnh không có dấu hiệu tái phát khối u sau phẫu thuật 16 tháng.

Từ khóa: Trẻ em, Ung thư tuyến giáp, Ung thư tuyến giáp thể nhú, Ung thư tuyến giáp biệt hóa.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN năm 2020, ung thư tuyến giáp đứng hàng thứ 11 trong tổng số các loại ung thư với 586.220 trường hợp mắc mới và 43.646 trường hợp tử vong.¹ Đặc biệt, ung thư tuyến giáp ở trẻ em được hiểu là ung thư tuyến giáp gặp ở trẻ em ở độ tuổi bằng hoặc dưới 18 tuổi. Ung thư tuyến giáp ở trẻ em rất ít khi xảy ra và chỉ chiếm 1,5% trong tổng số các loại ung thư với tỷ lệ mắc từ 4,8 đến 5,9 ca/1 triệu trẻ em trong độ tuổi và ngày càng có xu hướng gia tăng.² Tại Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu và công bố về tỉ lệ mắc ung thư tuyến giáp ở trẻ em. Theo công bố mới đây của Nguyễn Duy Trì có 7/30 người bệnh được chẩn đoán ung thư tuyến giáp tại thời điểm chẩn đoán dưới 10 tuổi.³ Hơn thế nữa, dựa trên đặc điểm mô học, ung thư biểu mô tuyến giáp được chia thành bốn loại chính gồm ung thư tuyến giáp thể nhú và ung thư tuyến giáp thể nang, ung thư tuyến giáp thể tủy và ung thư ung thư tuyến giáp

không biệt hóa.

Chẩn đoán ung thư tuyến giáp dựa vào kết quả chẩn đoán lâm sàng, siêu âm và tế bào học. Trong đó, xét nghiệm tế bào học chọc hút bằng kim nhỏ khối u tuyến giáp được biết đến là kỹ thuật chẩn đoán sớm, ít can thiệp đối với ung thư tuyến giáp biệt hóa đặc biệt là ung thư tuyến giáp thể nhú. Hơn thế nữa, yếu tố nguy cơ ung thư tuyến giáp thể nhú là môi trường (nhất là các trường hợp tiếp xúc với bức xạ) và đột biến gen BRAF (41,5 % người bệnh có yếu tố gia đình).⁴ ung thư tuyến giáp thể nhú ở trẻ em có tiên lượng tốt. Di căn theo đường bạch huyết hơn là đường máu và ít di căn xa.⁵ Hiện nay, hướng điều trị tốt nhất với ung thư tuyến giáp là cắt bỏ toàn bộ tuyến giáp.^{6,7}

Trường hợp mô tả ca bệnh trong bài báo này là trẻ nam 09 tuổi, quê Hà Nội, gần đây thấy cổ to lên, người bệnh đi khám được chẩn đoán u ác tính trên phẩn đồ chọc hút kim nhỏ. Người bệnh được phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ tuyến giáp và nạo vét hạch vùng. Các tiêu bản nhuộm Hematoxylin & Eosin (H.E) rất điển hình cho một ung thư tuyến giáp thể nhú. Bệnh nhân có tiền sử gia đình có ông nội ruột phát hiện ung

Tác giả liên hệ: Đào Thị Nguyệt

Bệnh viện Đa khoa Đức Giang

Email: Nguyethmu@gmail.com

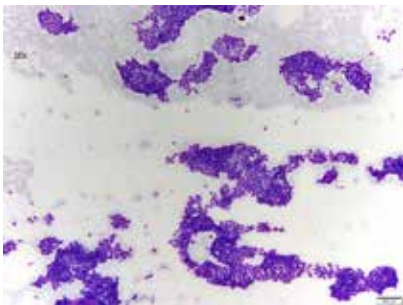
Ngày nhận: 13/04/2023

Ngày được chấp nhận: 04/05/2023

thư tuyến giáp không biệt hóa cách đây 2 năm. Chúng tôi đã theo dõi người bệnh từ khi vào viện và chẩn đoán u ác tính tới nay đã sau mổ được gần 2 năm. Tại Việt Nam, một số nghiên cứu đã nói về ung thư tuyến giáp biệt hóa tuy nhiên chưa có nhiều báo cáo chi tiết về lâm sàng cũng như giải phẫu bệnh của loại ung thư này ở trẻ em; mặt khác, tại bệnh viện đa khoa Đức Giang lần đầu phát hiện ung thư tuyến giáp thể nhú ở trẻ em dưới 10 tuổi. Vì vậy, trên ca bệnh này chúng tôi mô tả ca bệnh và hồi cứu y văn về lâm sàng, giải phẫu bệnh, điều trị và tiên lượng của ung thư tuyến giáp thể nhú ở trẻ em.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Người bệnh nam, 09 tuổi, đi khám vì thấy cổ to lên một bên. Người bệnh đã được khám,

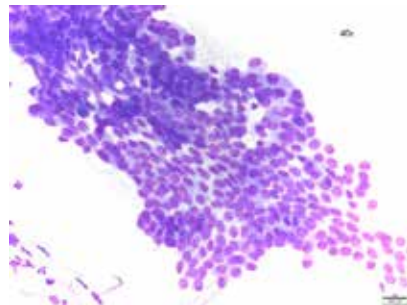


Hình 1. Nhuộm Giemsa ở độ phóng đại nhỏ (100X) dưới kính hiển vi quang học thấy mật độ tế bào cao, có cấu trúc nhú

Phác đồ điều trị đầu tiên đặt ra cho người bệnh ung thư tuyến giáp thể nhú trên là phẫu thuật cắt gọn khối u và cắt toàn bộ tuyến giáp và nạo vét hạch.

sờ thấy một nhân tuyến giáp thùy phải có tính chất chắc, ranh giới không rõ và di động theo nhịp nuốt. Trên hình ảnh siêu âm thấy một nhân giảm âm đường kính 18mm, bờ không đều, có vi vôi hóa. Ngoài ra siêu âm vùng cổ phát hiện một vài hạch nhóm IV và nhóm VI kích thước hạch lớn nhất 10mm, giảm âm, không rõ cấu trúc rốn hạch. . Người bệnh được bác sĩ chỉ định xét nghiệm chọc hút tế bào bằng kim nhỏ tuyến giáp có kết quả xét nghiệm tế bào học là ung thư tuyến giáp thể nhú.

Hình ảnh tế bào trên phiến đồ chọc hút kim nhỏ tuyến giáp gồm các tế bào hình ovan, lớn, kích thước gấp 2 - 3 lần hồng cầu, màng nhân không đều, nhân có khía, chông chất gọi cấu trúc nhú.

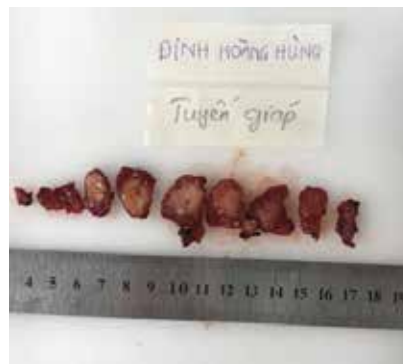


Hình 2. Nhuộm Giemsa ở độ phóng đại lớn (400X) dưới kính hiển vi quang học thấy các tế bào nhân lớn, hình ovan, màng nhân không đều, nhiều nhân khía, các tế bào u chông chất nhau

Hình ảnh đại thể sau phẫu thuật cắt tuyến giáp: Thùy phải tuyến giáp, kích thước 50x30x30mm diện cắt qua có nhân đường kính 18mm màu xám, chắc.



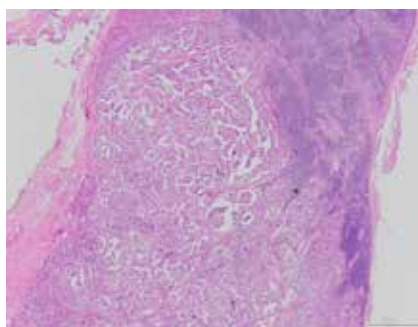
Hình 3. Đại thể u. Thùy phải tuyến giáp



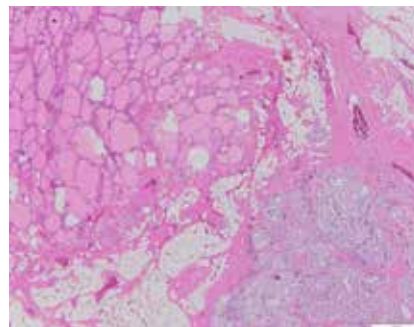
Hình 4. Đại thể u. Phẫu tích thùy phải tuyến giáp thấy diện cắt u màu xám, chắc

Hình ảnh vi thể u tuyến giáp sau phẫu thuật thấy khối u không có vỏ, xâm nhập sát bao giáp

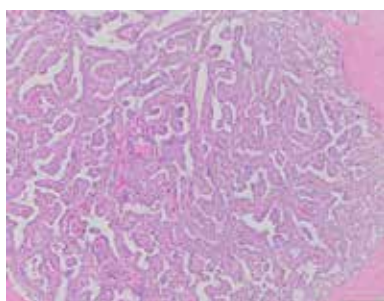
với mật độ tế bào cao, sắp xếp tạo cấu trúc nhú, tế bào có nhân tăng sắc và có khía.



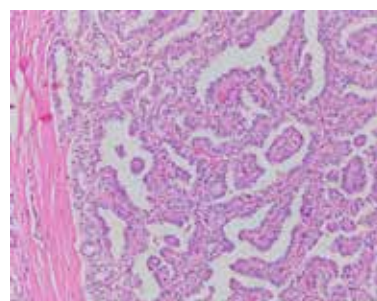
Hình 5. Nhuộm Hematoxylin và Eosin (H.E) ở độ phóng đại nhỏ (50x) dưới kính hiển vi quang học thấy khối u không có vỏ, xâm nhập vào bao giáp



Hình 6. Nhuộm Hematoxylin và Eosin (H.E) ở độ phóng đại lớn hơn (100x) dưới kính hiển vi quang học thấy khối u xâm nhập sát mô giáp lành



Hình 7. Nhuộm Hematoxylin & Eosin (H.E) ở độ phóng đại lớn (200x) dưới kính hiển vi quang học thấy mật độ tế bào cao, sắp xếp tạo cấu trúc nhú



Hình 8. Nhuộm Hematoxylin & Eosin (H.E) ở độ phóng đại lớn (400x) dưới kính hiển vi quang học thấy u mật độ tế bào cao, sắp xếp tạo cấu trúc nhú, tế bào có nhân tăng sắc và có khía. U xâm nhập vào bao giáp

Chẩn đoán xác định: Người bệnh được chẩn đoán ung thư tuyến giáp thể nhú, xâm nhập vỏ bao giáp. 8/36 hạch di căn bởi ung thư tuyến giáp thể nhú.

Người bệnh đến khám lại sau 16 tháng nhưng không phát hiện ổ tái phát tại tuyến giáp và không thấy hạch cổ trên siêu âm tuyến giáp và hạch cổ.

III. BÀN LUẬN

Ung thư tuyến giáp là bệnh ung thư phổ biến, ngày càng gia tăng tuy nhiên ít gặp ở trẻ em trong độ tuổi dưới 18 tuổi, chủ yếu nhất ở thể ung thư tuyến giáp thể nhú; đặc biệt, ung thư tuyến giáp thể nhú hiếm gặp ở trẻ em trước 10 tuổi. Trong một nghiên cứu trên 2709 người bệnh ung thư tuyến giáp thì nhóm dưới 18 tuổi chỉ chiếm 1,8% với 51/2709, còn lại là nhóm tuổi trên 18 tuổi.⁵ Hơn thế nữa, theo nghiên cứu của Hogan trên 1.753 người bệnh ung thư tuyến giáp cho thấy tỉ lệ mắc của nữ giới cao hơn nam giới (4/1).² Người bệnh của chúng tôi nằm trong nhóm hiếm gặp (nam, dưới 10 tuổi).

Theo công bố trên y văn về hình ảnh/đặc điểm tế bào chọc hút kim nhỏ điển hình của ung thư tuyến giáp thể nhú gồm mật độ phìên đồ dày đặc kèm theo các đặc điểm của ung thư tuyến giáp thể nhú như tế bào nhân lớn, màng nhân không đều, có nhân khía và giả vùi trong nhân, các tế bào chõng chất gợn cấu trúc nhú.⁸ Tuy nhiên, đặc điểm tế bào học trường hợp ca bệnh mắc ung thư tuyến giáp thể nhú của chúng tôi không thấy thể giả vùi trong nhân nhưng rất nhiều nhân có khía và các tế bào chõng chất gợn cấu trúc nhú. Hình ảnh này điển hình cho chẩn đoán ung thư tuyến giáp thể nhú típ thông thường.

Cho đến nay, phác đồ điều trị kết hợp giữa phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ tuyến giáp và tiến hành nạo vét toàn bộ hạch vùng nhằm lấy hết toàn bộ u và đánh giá mức độ di căn hạch

và hóa trị liệu bằng I¹³¹ là phác đồ điều trị tối ưu trong điều trị ung thư tuyến giáp thể nhú. Trường hợp ca bệnh của chúng tôi phát hiện 8/36 hạch di căn. Phẫu thuật cắt bỏ kết hợp với hóa trị liệu bổ trợ bằng I¹³¹ ngăn ngừa sự phát triển và làm giảm nguy cơ tái phát ung thư tuyến giáp thể nhú ở người bệnh.⁹ Bệnh nhân của chúng tôi được điều trị 2 đợt, đợt đầu điều trị 50mCi, đợt 2 điều trị 75 mCi.

Theo nghiên cứu của Hogan, tiên lượng sống của người bệnh ung thư tuyến giáp tốt với thời gian sống trung bình của người bệnh nữ là 40 năm và của người bệnh nam là 20,4 năm ($p = 0,0001$). Đặc biệt, ung thư tuyến giáp thể nhú chủ yếu di căn hạch vùng, ít di căn hạch và hiếm di căn xa. Các yếu tố tiên lượng bao gồm tuổi, kích thước khối u, tình trạng di căn do vậy, tuổi thiếu niên, khối u kích thước nhỏ chưa xâm lấn hay di căn có tiên lượng tốt hơn so với các yếu tố như độ tuổi mắc trung niên, khối u kích thước lớn và có khả năng xâm lấn hay di căn xa.^{2,4,10,11} Ung thư tuyến giáp ở trẻ em có xu hướng tiến triển hơn người lớn và thường di căn hạch bạch huyết. Phẫu thuật cắt bỏ và điều trị iod phóng xạ đưa đến kết quả điều trị tốt.^{12,13}

Bệnh nhân này có tiền sử ông nội mắc ung thư tuyến giáp thể không biệt hóa phát hiện bệnh trước thời điểm bệnh nhân đi khám 2 năm. Tuy nhiên, đến khi bệnh nhân có khối u ở cổ to mới được khám và phát hiện u tuyến giáp. Trong trường hợp này nếu bệnh nhân được khám sàng lọc ung thư sau khi người ông phát hiện bệnh thì có thể phát hiện khối u tuyến giáp sớm hơn.

IV. KẾT LUẬN

Qua ca bệnh nhóm nghiên cứu đã báo cáo và tham khảo tài liệu từ y văn về ung thư tuyến giáp thể nhú ở trẻ em. Chúng tôi nhận thấy ung thư tuyến giáp thể nhú ở trẻ em là bệnh lý hiếm gặp ở trẻ dưới 10 tuổi, độ ác tính thấp. Yếu

tổ nguy cơ là môi trường có bức xạ và/hoặc yếu tố di truyền. Triệu chứng lâm sàng của người bệnh ung thư tuyến giáp thể nhú ở trẻ em không có gì đặc hiệu: người bệnh khi khối u phát triển thấy cổ to, không đau, đôi khi không có triệu chứng. Trong trường hợp có tiền sử gia đình mắc ung thư tuyến giáp cần khám và siêu âm vùng cổ cho người nhà ruột của bệnh nhân để phát hiện sớm ung thư tuyến giáp. Điều trị chủ yếu là phẫu thuật cắt u kết hợp xạ trị bằng I¹³¹. Tiên lượng tốt phụ thuộc kích thước khối u, số lượng hạch và khả năng di căn. Hơn thế nữa, nghiên cứu ca bệnh của chúng tôi sẽ mở ra cách tiếp cận tốt hơn về ung thư tuyến giáp thể nhú ở trẻ em khi gặp ca bệnh tương tự

LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện Đa khoa Đức Giang đã tạo điều kiện thuận lợi để chúng tôi hoàn thành bài báo cáo này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*. 2021; 71(3): 209-249. doi:10.3322/caac.21660.
2. Hogan AR, Zhuge Y, Perez EA, Koniaris LG, Lew JI, Sola JE. Pediatric Thyroid Carcinoma: Incidence and Outcomes in 1753 Patients. *J Surg Res*. 2009; 156(1): 167-172. doi:10.1016/j.jss.2009.03.098.
3. Nguyễn Duy Trì. *Kết Quả Điều Trị Ung Thư Tuyến Giáp Biệt Hóa ở Trẻ Em*. Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh; 2022.
4. Leenhardt L, Grosclaude P. [Epidemiology of thyroid carcinoma over the world]. *Ann Endocrinol*. 2011; 72(2): 136-148. doi:10.1016/j.ando.2011.03.025.
5. Miccoli P, Minuto MN, Ugolini C, et al. Papillary thyroid cancer: Pathological parameters as prognostic factors in different classes of age. *Otolaryngol Neck Surg*. 2008; 138(2): 200-203. doi:10.1016/j.otohns.2007.10.034.
6. Filetti S, Durante C, Hartl D, et al. Thyroid cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up†. *Ann Oncol*. 2019; 30(12): 1856-1883. doi:10.1093/annonc/mdz400.
7. 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*. 2015; 25(7): 716-759. doi:10.1089/thy.2014.0460.
8. The Bethesda system for reporting thyroid cytopathology: Implied risk... ResearchGate. Accessed April 6, 2021. https://www.researchgate.net/figure/The-Bethesda-system-for-reporting-thyroid-cytopathology-Implied-risk-of-malignancy-and_tbl1_330362157.
9. Treatment of Differentiated Thyroid Cancer in Children: Emphasis on Surgical Approach and Radioactive Iodine Therapy | Endocrine Reviews | Oxford Academic. Accessed March 29, 2023. <https://academic.oup.com/edrv/article/32/6/798/2354768>.
10. Qian ZJ, Jin MC, Meister KD, Megwalu UC. Pediatric Thyroid Cancer Incidence and Mortality Trends in the United States, 1973-2013. *JAMA Otolaryngol Neck Surg*. 2019; 145(7): 617. doi:10.1001/jamaoto.2019.0898.
11. Jarzab B, Handkiewicz Junak D, Włoch J, et al. Multivariate analysis of prognostic factors for differentiated thyroid carcinoma in children. *Eur J Nucl Med*. 2000; 27(7): 833-841. doi:10.1007/s002590000271.
12. Halac I, Zimmerman D. Thyroid nodules and cancers in children. *Endocrinol Metab*

Clin North Am. 2005; 34(3): 725-744, x. doi:10.1016/j.ecl.2005.04.007.

13. Luster M, Lassmann M, Freudenberg LS, Reiners C. Thyroid cancer in childhood:

management strategy, including dosimetry and long-term results. *Horm Athens Greece.* 2007; 6(4): 269-278. doi:10.14310/horm.2002.1111023.

Summary

PAPILLARY THYROID CARCINOMA IN A 9-YEAR-OLD CHILD: CASE REPORT

Papillary thyroid carcinoma (PTC), the most common pediatric thyroid malignancy, represents 85 - 95% of cases. Although the PTC is more aggressive in children when compared to adults, the prognosis is better. We presented a case report of a 9-year-old child diagnosed with PTC and the diagnosis and therapy of the disease is discussed. The patient underwent a complete thyroidectomy and lymph node removal combined with treatment of I^{131} . There was no sign of recurrence after 16 months post surgery.

Keywords: Child, Thyroid cancer, Papillary thyroid carcinoma, Differentiated thyroid cancer.