

HỘI NGHỊ KHOA HỌC KỸ THUẬT BỆNH VIỆN BÌNH DÂN LẦN THỨ 19 NGÀY 06 - 07 THÁNG 04 NĂM 2018

TỔNG QUAN

- 1 Tiến bộ trong điều trị ngoại khoa ung thư tụy tạng
* Lê Quang Nghĩa
- 7 Gây mê hồi sức trong phẫu thuật ghép gan
* Nguyễn Văn Chàng, Nguyễn Văn Chính,
Trần Đỗ Anh Vũ
- 13 Nội soi ngược dòng tán sỏi niệu quản
* Đào Quang Oánh
- 19 Testosterone: hư cấu và thực tế lâm sàng
* Mai Bá Tiến Dũng
- 24 Điều trị testosterone bổ sung và bệnh lý tuyến tiền
liệt
* Đào Quang Oánh
- 31 Cập nhật chẩn đoán và vai trò của ung bướu nội
khoa trong điều trị bướu biểu mô tuyến ức: thực tế
và triển vọng
* Võ Thị Ngọc Diệp, Nguyễn Hoàng Quý
- 36 Chất chống oxy hóa: quan điểm trong điều trị vô
sinh nam
* Mai Bá Tiến Dũng
- 41 Bảo tồn thần kinh tự động vùng chậu trong phẫu
thuật ung thư trực tràng
* Phan Thanh Tuấn, Trần Văn Minh Tuấn, Hồ Tiến Duy

- 49 Liệu pháp kích điện thần kinh chày sau điều trị bảo
tồn các rối loạn chức năng sàn chậu
* Nguyễn Trung Vinh, Đặng Duy Anh

NGHIÊN CỨU Y HỌC

- 56 Đánh giá hiệu quả chương trình quản lý kháng sinh
trong sử dụng kháng sinh dự phòng ở các khoa
ngoại tại bệnh viện Bình Dân
* Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Huỳnh Lê Hạ,
Bùi Hồng Ngọc
- 64 Đánh giá kết quả điều trị ung thư bàng quang
không xâm lấn cơ bàng胱 đốt qua ngã niệu đạo với
laser thulium yag kết hợp hóa trị trong bàng quang
sau phẫu thuật
* Nguyễn Hoàng Luông, Hà Văn Bằng
- 70 U mạch cơ mỡ thận – báo cáo trường hợp lâm sàng
* Trần Ngọc Khánh, Ngô Thanh Liêm, Hoàng Phong,
Đinh Thị Phương Hoài
- 74 Đánh giá kết quả điều trị bệnh co thắt tâm vị bằng
phương pháp nong bóng hơi nội soi
* Nguyễn Khôi, Nguyễn Ngọc Tuấn, Tạ Văn Ngọc Đức,
Nguyễn Văn Hùng, Trần Quang Trình

(Xem tiếp trang 640)

NGHIÊN CỨU UNG THƯ TUYẾN GIÁP BV BÌNH DÂN 2014 – 2016

Trần Công Quyên*, Văn Tân*, Trần Vinh Hưng*, Nguyễn Văn Việt Thành*, Đoàn Hùng Dũng*,
Duong Thanh Hải*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư tuyến giáp là bệnh thường xảy ra. Tỷ lệ khá cao. Một số ít, định bệnh lâm sàng được, đa số ở bướu giáp đa nhân. Nhưng có những trường hợp bướu giáp đơn nhân hay đa nhân mà khám không thấy gì. FNA có thể biết ung thư.

Mục tiêu: Xem định bệnh, FNA so với mổ. Tỷ lệ bao nhiêu. Ung thư loại gì, phẫu thuật và tiên lượng như thế nào.

Bệnh nhân và phương pháp: Là nghiên cứu hồi cứu 3 năm (2014-2016).

Kết quả: Trong 79 BN, đa số bệnh nhân đến từ các tỉnh, chiếm tỷ lệ 62%, nam/nữ = 1/6, tuổi trung bình 46. Đa số là ung thư dạng nhú. Từ 2014-2016, tất cả bướu giáp đã mổ là 1065, trong đó cường giáp ổn tỷ lệ là 15, 3%; ung thư tuyến giáp, tỷ lệ 7,4%, hoặc chỉ 7,2% nếu không kể u tế bào Hurthle. Riêng về ung thư thì có 8 trường hợp làm FNA, 6 trường hợp dương tính. Trong ung thư tuyến giáp có CA dạng nhú: 73, medullary 6? (tế bào Hurthle) và anaplastic CA 0, differentiated cancer 0. 2 TH bị Basedow hay cường giáp, đã điều trị ổn định. Trong số trên có 25 TH bướu giáp 1 bên, phải hoặc trái, 2 TH bướu giáp ở eo, 52 TH bướu giáp 2 bên, đa nhân. 12 TH có hạch trước mổ. 1 TH ung thư quá lớn, mổ cấp cứu, cắt eo tuyến giáp và mở khí quản ra da để giúp thở. Phẫu thuật và kết quả: 85% TH cắt tuyến giáp như bình thường, 12 TH có nạo hạch. Biến chứng: Không có TH nào bị mềm khí quản, không có TH nào bị liệt dây thanh âm và không có TH bị tetany vĩnh viễn. Xuất viện sau 2-3 ngày 94%, tái khám 1 tuần rồi 1 tháng và cho hóa trị 75%. Theo dõi: 5% ung thư tái phát hạch trong từ 6 tháng đến 3 năm, là những TH đã biết ung thư trên lâm sàng. 95% chưa thấy ung thư tái phát.

Kết luận: Ung thư tuyến giáp, đặc biệt là dạng nhú, tỷ lệ tăng nhưng nói chung là ít nguy hiểm, sống 5 năm hay 10 năm mà chưa tái phát cho đa số.

Từ khóa: ung thư giáp.

ABSTRACT

STUDY OF THYROID CARCINOMA AT BINH DAN HOSPITAL 2014 - 2016

Tran Cong Quyen, Van Tan, Tran Vinh Hung, Nguyen Van Viet Thanh, Doan Hung Dung,
Duong Thanh Hai * Y Hoc TP. Ho Chi Minh * Supplement Vol. 22 - No 2-2018: 351 - 354

Background: Thyroid carcinomas are common. A small number has a clinical picture, as thyroid gland big and bulky of nodules, nodes in the neck, dysphony, in some cases, of course dysphagia...A number is a multinodular tumor, with a hard nodule in the thyroid gland but in many cases, cancer with single nodule or multiple nodule in thyroid mimic normal. FNA may make the diagnosis.

Objective: How about the diagnosis with FNA. The incidence, the operations and results.

Patients and method: It is a retrospective study during 3 years (2014-2016).

Results: Epidemiology: 62% of case is from province. Male/female = 1/6, middle age 46. During 3 years,

* Bệnh viện Bình Dân
Tác giả liên lạc: GS Văn Tân

ĐT: 02838394747

Email: hoinghibvbd@gmail.com

2014-2016, there are 1065 thyroid operated; Basedow or hyperthyroidism 163, the rate 15.3%; carcinoma are 79, the rate 7.4%. If we can not cited the Hurthle cell tumor, the number is 73 patients, the rate only 7.2%. It seems increase incidence. In carcinoma of thyroid, there are papillary CA: 73, medullary carcinoma 6, differentiated carcinoma 0? (Hurthle cell) and anaplastic CA 0. 6 patients have FNA +, 2 patients (-). There are 3 Basedow already stabilized. There are 25 patients having unilateral goiter, right or left, 2 patients having goiter in middle, 52 patients having goiter bilateral, multinodular. 12 patients have nodes, nodes removal. 1 patient have very big mass of cancer, invasion of esophagus and trachea, severe difficult respiration, before there is Hashimoto lesion. We must operation him in emergency, remove of middle lobe and tracheotomy. Operation and results: 85% normally thyroidectomy, 12 patients have node removal, 1 patient remove only the middle lobe. Complications: None have tracheomalasy, none have nerve palsy (there are temporary dyspnea 3 cases) and none have tetany (only there are 8 cases having temporary hypocalcemia). 94% discharge after 2-3 days in postop. Revision 1 week and 1 month with 75% chemotherapy. 95%, is follow-up 6 months and 3 years, 5% have recurrent cancer, they have nodes.

Conclusion: Thyroid CA, especially for papillary CA, and for woman with increase incidence, in general is not dangerous, except the cases with clinical manifestation. In total thyroidectomy, the average survival for 5 year or 10 years are very common. In case of the tumor progresses quickly, the patients may make examination for FNA, if the CA is demonstrated, patients must be operated soon.

Key words: Thyroid carcinoma.

MỞ ĐẦU

Ung thư tuyến giáp là bệnh thường xảy ra. Tỷ lệ khá cao. Một số ít, định bệnh lâm sàng được, khi tuyến giáp gõ gõ, có hạch cổ, nói khàn, có khi thở khó, nuốt nghẹn... Đa số TH ở bướu giáp đa nhân. Khám thấy có nhân cứng hơn các chỗ khác trên tuyến giáp nhưng cũng có những TH bướu giáp đơn nhân hay đa nhân mà khám không thấy gì. FNA có thể biết ung thư ở những TH có nhân cứng^(11,14).

Mục tiêu

Xem định bệnh, FNA so với mổ. Tỷ lệ ung thư bao nhiêu so với bướu giáp đã mổ. Ung thư loại gì, phẫu thuật và tiên lượng.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu trong 3 năm 2014-2016

Dịch tễ học: Với 79 trường hợp ung thư tuyến giáp.

Đa số BN đến điều trị từ các tỉnh, chiếm tỷ lệ 62%, nam/nữ = 1/6, tuổi TB 46. Tỷ lệ ung thư dạng nodule có vè tăng.

Trong thời gian 3 năm, 2014-2016, tất cả bướu tuyến giáp đã mổ là 1065, trong đó cường giáp ổn 163, tỷ lệ là 15,3%; ung thư tuyến giáp, là 79, tỷ lệ 7,4%, Nếu không kể bướu giáp tế bào Hurthle thì chỉ có 73 BN, tỷ lệ là 7,2%.

Trong ung thư tuyến giáp có CA dạng như: 73, dạng follicular 6 (tế bào Hurthle), dạng medullary 0, dạng anaplastic 0 và lymphoma 0.

6 TH có FNA trước mổ dương tính, 2 TH âm tính. 2 TH bị Basedow hay cường giáp, đã điều trị ổn định.

Trong số trên có 25 TH bướu giáp 1 bên phải hoặc trái, 2 TH bướu giáp ở eo, 52 TH bướu giáp 2 bên, đa nhân. 12 TH có hạch trước mổ, mổ có nạo hạch nhưng không nạo hạch tận gốc. 1 TH ung thư quá lớn, chèn ép khí quản và thực quản gây khó thở rất nặng, trước đó bị Hashimoto. Mổ cấp cứu, cắt eo tuyến giáp và mở khí quản ra da để giúp thở. BN này có thể có dạng lymphoma. Người này là nam (Trần Văn C, sinh 1957), nằm ở sản sóc đặc biệt 21 ngày rồi về khoa gần 2 tuần mới xuất viện và chuyển ung bướu để hóa trị

(CHOP: hydroxydaunomycin, prednisolone). cyclophosphamide, vicristine, và

KẾT QUẢ

85% TH cắt tuyến giáp như bình thường, 12 TH có nạo hạch.

Biến chứng: Không có TH nào bị mềm khí quản, không có TH nào bị liệt dây thanh âm (chỉ có nói khàn vì khi mổ chạm phải thần kinh quặt ngược, 3 TH) và không có TH bị tetany vĩnh viễn (có một số TH bị thiếu calci tạm, vì tuyến cận giáp còn lại thiếu máu nuôi 8 TH).

Xuất viện sau 2-3 ngày 94%, tái khám 1 tuần rồi 1 tháng và hóa trị cho 75% TH. Những TH cắt tuyến giáp gần hết hay hết, chúng tôi cho uống thyroxine mỗi ngày để ngừa suy giáp.

95%, chưa thấy ung thư tái phát. 5% ung thư tái phát hạch trong từ 6 tháng đến 3 năm, là những TH đã biết ung thư trên lâm sàng đã điều trị I 131.

BÀN LUẬN

Ung tuyến giáp dạng nhú có vẻ tăng. Thời gian mổ trung bình 82 phút, ngắn nhất là 30 phút, dài nhất là 230 phút, 19 TH mổ trên 100 phút; máu mất trung bình là 37 ml, ít nhất là 5 ml, nhiều nhất là 1000 ml, 4 TH máu mất trên 100 ml. Tỉ lệ mổ dài mất máu nhiều, 1 TH phải truyền máu đó là BN Nguyễn thị Th, thời gian mổ 180 phút, máu mất 1000 ml, mổ có nạo hạch như BN Đồng thi Lê Th, thời gian mổ 230 phút, máu mất 200 ml, Nguyễn thị Y, thời gian mổ 160 phút, Lê thi S, thời gian mổ 100 phút, Nguyễn thị Ph, thời gian mổ 180 phút, Trần thị Ph, thời gian mổ 215 phút, Nguyễn thị H, thời gian mổ 105 phút, Ngô thị H, thời gian mổ 180 phút, hay bệnh basedow ổn, vì phải cắt gần hết tuyến giáp, như Châu Thành Ph, Quách thị Kim H, thời gian mổ trên 100 phút.

Ngoài những biến chứng trực tiếp do phẫu thuật, còn có con bảo tuyến giáp và suy giáp^(5,8,10).

Trong trường hợp con bảo giáp, ta phải cho thở oxy, truyền dịch tĩnh mạch, cho an thần, cho heparin, cho dexamethasone.

Nếu sốt cao thì cho thuốc hạ nhiệt và cho vào phòng lạnh,

Nếu suy tim thì cho digoxin, thuốc lợi tiểu,

Nếu loạn tâm nhĩ thì cho heparin tĩnh mạch,

Betablockers: uống propranolol 60-90 mg/4 giờ hay diltiazem để giảm huyết áp xuống dưới 100. Trong trường hợp BN đau nhiều thì cho reserpine chích tĩnh mạch, để giảm liều propranolol quá cao.

Propylthiouracil hay methimazole.

Dung dịch lugol 4 giờ sau cho propylthiouracil

Lọc huyết thanh và cho truyền huyết thanh có charcoal hay đổi máu dành cho TH bồi hoàn calci máu lại nếu không đáp ứng trong 24-48 giờ.

Sau khi chức năng tuyến giáp trở về bình thường thì phải phòng ngừa con bảo giáp thứ hai.

Trong TH suy giáp: myxedema coma, hiếm gặp nhưng tử vong 40-50% do suy tim, suy hô hấp. ECG thấy nhịp tim thấp, PR, QRS, và QT dài. T3 tự do, T4 thấp và TSH cao.

Điều trị dùng hormone tuyến giáp và hydrocortisone truyền tĩnh mạch, cho levothyroxine.

Rất may là chúng tôi chưa bị TH nào con bảo giáp hay suy giáp nặng.

Ung thư tuyến giáp đa số là dạng nhú, tỉ lệ tăng. Trước năm 2000, tỉ lệ này là khoảng từ 3-5%, đặc biệt ở nam⁽⁶⁾. Ngày nay, tỉ lệ này tăng, đặc biệt ở nữ (7,2%). Dạng này rất hiền so với các ung thư khác. Trừ TH khối u gồ ghề, có hạch, khó thở thì diễn tiến ung thư đến xấu trong khoảng 1-3 năm, nhưng mổ phải nạo hạch trừ căn và điều trị bổ túc bằng iodine 131^(10,11). Những TH u ác tính mà không biểu hiện trên lâm sàng thì cắt hết tuyến giáp coi như điều trị trừ căn, có điều trị thì chỉ dùng Iodine radioactif để phòng ngừa nhưng lưu ý là bị suy giáp. Chưa

có NC ở Việt Nam, TH ung thư không biểu hiện trên lâm sàng, 2 nhóm có hóa trị phòng ngừa hay không hóa trị, kết quả chưa rõ ?

Các loại ung thư khác như follicular CA, có khoảng 10%, thì có Hurthle cell CA, có thể lẫn lộn với follicular CA thì chỉ có 6 BN (tỉ lệ là 9%), đa số ở người già, đã gởi sang khoa ung bướu để điều trị bổ túc sau mổ. Follicular cũng như Hurthle cell khá đề kháng với iode 131 (20%). Chúng tôi chưa gặp medullary CA, có thể tìm không được, dạng này, có từ 4-10%, Dạng này cũng đề kháng với iode 131 cũng như anaplastic CA, có khoảng 1%, hầu hết đề kháng với iode 131 và tử vong rất sớm. Riêng lymphoma, chúng tôi đã gặp 1 BN, mổ chỉ cắt eo tuyến giáp cấp cứu và mở khí quản để giúp thở, đã nằm viện hơn 1 tháng mới xuất viện, sau đó gởi qua khoa ung bướu để điều trị bổ túc^(13,14).

KẾT LUẬN

Ung thư tuyến giáp, đặc biệt là dạng nhú, tỉ lệ tăng nhưng nói chung là ít nguy hiểm, trừ TH có biểu hiện trên lâm sàng, sau mổ có con bão giáp hay suy giáp, có hóa trị hay không, sống 5 năm hay 10 năm mà chưa tái phát cho đa số. Những dạng khác, đặc biệt là dạng anaplastic, mổ rất ít và tử vong sau điều trị rất cao. Trong TH, nếu bướu tuyến giáp phát triển nhanh thì nên đi khám và FNA có thể cho biết là ung thư hay không, để điều trị sớm, nhất bướu giáp 1 bên, có di lệch vùng cổ hay 2 bên làm cho cổ to ra nhanh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alacdeen DL, Khiyami A, Mc Henry CR et al(2005). FNA biopsy specimen with a predominance of Hurthle cells. A

dilemma in the management of nodule thyroid disease. *Surgery*;138:650-546.

2. Cody B, Sedgwick CE, Meissner WA et al (1979). Risk factor analysis in differentiated thyroid cancer. *Cancer*;45: 810-820.

3. Cooper DS, Doherty GM, Haugen BB et al (2009). Revised American Thyroid Association management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid*; 19:1167-1214.

4. D'Avanzo A, Treseler P, Ituarte PH et al (2004). Follicular thyroid CA. Histology and prognosis. *Cancer*; 100:1123-1129,

5. Davies L, Welch G (2014). Current thyroid cancer trends in US. Published online.

6. Enewold L, Zhu K, Ron E et al (2009). Rising thyroid cancer incidence in the US by demographic and tumor characteristics, 1980-2005. *Cancer epidemiol Biomarkers*;18(3): 784-91.

7. Hard DM, Travagli JP, Leboulleux S et al (2005). Clinical review. Current concepts in the management of unilateral recurrent laryngeal nerve paralysis after thyroid surgery. *J Clin Endocrinol Metab*; 90:3084-3088.

8. Hay ID, Thompson GB, Grait CS et al (2002). Papillary thyroid carcinoma managed at the Mayo Clinic during 6 decades (1940-1999). Temporal trends in initial therapy and long term outcome in 2444 consecutively treated patients. *World J Surg*; 26:879-885.

9. Kloos RT, Eng C, Evan Db et al (2009). Medullary thyroid cancer. Management guidelines of the American Thyroid Association. *Thyroid*; 19:565-612.

10. Pasicka JL (2003). Anaplastic thyroid cancer. *Curr Opin Oncol*; 15:78-85.

11. Pelegriti G, Frasca F et al (2013). Worldwide increasing incidence of thyroid cancer: Update and epidemiology and risk factors. *J cancer Epidemiol*; 2013:965212.

12. Rahib L, Smith BD, Aisenberg R et al (2014). Projecting cancer incidence and deaths to 2030: The unexpected burden of thyroid, liver and pancreas cancers in US. *AA for cancer research*; 74(11):2913-21.

13. Schlumberger MJ (1998). Papillary and follicular thyroid cancer. *N Engl J Med*;338: 297-306.

14. Sherman SE (2003). Thyroid carcinoma. *Lancet*; 361:501-511.

Ngày nhận bài báo: 04/12/2017

Ngày nhận xét phản biện bài báo: 15/01/2018

Ngày bài báo được đăng: 25/03/2018