

DIFFERENTIATED THYROID CANCER ASSOCIATED WITH HASHIMOTO'S THYROIDITIS: CHALLENGES IN THYROID-CONSERVING SURGERY

Nguyen Giang Son*, Tran Ngoc Luong, Nguyen Van Loc

*National Hospital of Endocrinology -
Lane 215 Ngoc Hoi, Nguyen Bo Street, Tu Hiep Commune, Thanh Tri Dist, Hanoi City, Vietnam*

Received: 29/10/2024

Revised: 15/11/2024; Accepted: 22/02/2025

ABSTRACT

Differentiated thyroid carcinoma in the setting of Hashimoto's thyroiditis generates a variety of morphological, histological, and functional alterations in the thyroid gland, presenting major challenges to thyroid-conserving surgery. Evaluate the pathological characteristics that influence the decision to thyroid conserving surgery.

Objective: 39 patients with thyroid cancer tumors <2 cm on a background of Hashimoto's thyroiditis underwent lobectomy ± central lymph node dissection from May, 2023 to May 2024, in National Hospital of Endocrinology

Material and methods: Retrospective descriptive study.

Results: The majority of patients were middle-aged females (38.2 ± 8.9 years) with a history of chronic thyroiditis for more than three years. Anti-TPO antibodies were detected in 97.4% of the patients. Tumors greater than 1 cm were detected in 87.2% of cases, while ultrasonography revealed questionable lymph nodes in 89.7%. Only 2.6% obtained positive FNA results for metastatic lymph nodes. Lobectomy with central lymph node dissection was the main treatment approach, with 100% of cases being papillary thyroid carcinoma. Lymph node metastasis occurred in 23.5% of patients. The only postoperative complication was hoarseness, affecting 10% of patients. After 3 months, no recurrence or metastasis was detected, but only 64.1% reached the treatment goal in euthyroid status.

Conclusion: Thyroid-conserving surgery for differentiated thyroid cancer on the background of Hashimoto's thyroiditis presents several challenges but is a safe and effective treatment option in the early stages of the disease.

Keywords: Thyroid cancer, lobectomy, central lymph node.

*Corresponding author

Email: sonngan82@gmail.com **Phone:** (+84) 966669686 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v66i2.2098**

UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ BIỆT HÓA TRÊN NỀN VIÊM GIÁP HASHIMOTO: NHỮNG THÁCH THỨC KHI PHẪU THUẬT BẢO TỒN TUYẾN GIÁP

Nguyễn Giang Sơn*, Trần Ngọc Lương, Nguyễn Văn Lộc

Bệnh viện Nội tiết Trung ương - Ngõ 215 Ngọc Hồi, Đường Nguyễn Bô, Xã Tứ Hiệp, H. Thanh Trì, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 29/10/2024

Chỉnh sửa ngày: 15/11/2024; Ngày duyệt đăng: 22/02/2025

TÓM TẮT

Tổng quan: Ung thư tuyến giáp biệt hóa trên nền viêm giáp Hashimoto gây nhiều biến đổi về giải phẫu, mô học, và chức năng tuyến giáp gây ra nhiều thách thức trong phẫu thuật bảo tồn tuyến giáp. Mục tiêu đánh giá các đặc điểm bệnh học ảnh hưởng đến quyết định phẫu thuật bảo tồn tuyến giáp

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu 39 bệnh nhân có khối ung thư < 2 cm trên nền viêm giáp Hashimoto được phẫu thuật cắt thùy ± nạo hạch trung tâm từ tháng 5/2023 – tháng 5/2024 tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương.

Kết quả: Phần lớn bệnh nhân là nữ giới ở độ tuổi trung niên ($38,2 \pm 8,9$ tuổi), với tiền sử viêm giáp mạn tính từ 3 năm chiếm đa số, anti-TPO dương tính 97,4% bệnh nhân, 87,2% chẩn đoán với khối u >1cm và 89,7% xuất hiện hạch nghi ngờ trên siêu âm, tuy nhiên chỉ 2,6% có kết quả FNA hạch di căn. Cắt thùy tuyến giáp + nạo hạch trung tâm là phương pháp điều trị chính, với ung thư tuyến giáp thể nhú chiếm 100%, hạch di căn 23,5%. Biến chứng sau mổ duy nhất là khàn tiếng với 10% bệnh nhân bị ảnh hưởng. Khám lại sau 3 tháng không phát hiện tái phát, di căn, chỉ hơn 64,1% đạt mục tiêu điều trị bình giáp sau phẫu thuật.

Kết luận: Phẫu thuật bảo tồn điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa trên nền viêm giáp Hashimoto có nhiều thách thức cần giải quyết, nhưng là phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị giai đoạn sớm của bệnh.

Từ khóa: Ung thư tuyến giáp, cắt thùy tuyến giáp, Hạch trung tâm.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto là 1 bệnh tự miễn với các tổn thương tuyến giáp không hồi phục, tuyến giáp to, cứng, lan tỏa. Trên mô bệnh học có hình ảnh của lympho bào, diễn biến của bệnh đặc trưng bởi tình trạng suy giáp dần dần do có sự phá hủy tế bào tuyến giáp qua trung gian miễn dịch liên quan đến quá trình chết theo chu trình dẫn đến suy giáp quá trình này tiến triển thềm lạng qua các giai đoạn từ nhiễm độc giáp, bình giáp và cuối cùng là suy giáp. Ung thư tuyến giáp biệt hóa (thể nhú hoặc thể nang) trên nền viêm giáp Hashimoto là nhóm các bệnh nhân được phát hiện có nhân ung thư trên nền tuyến giáp bị ngấm viêm mạn tính không hồi phục. Qua các nghiên cứu thì tỉ lệ ung thư tuyến giáp thể nhú và có kèm theo viêm giáp Hashimoto có thể lên đến 23,2% [1].

Hiện nay chưa có khuyến cáo điều trị riêng cho Ung thư tuyến giáp thể biệt hóa trên nền viêm tuyến giáp Hashimoto.

Các khuyến cáo điều trị Ung thư tuyến giáp biệt hóa thì phẫu thuật vẫn là phương pháp đầu tay với 2 chỉ định Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp và phẫu thuật bảo tồn tuyến giáp (Cắt thùy tuyến giáp) có hoặc không kèm theo nạo vét hạch. Phẫu thuật bảo tồn được chỉ định khi Khối U ở 1 thùy tuyến giáp, không có tổn thương ác tính hoặc nghi ngờ ác tính thùy đối diện, kích thước khối u không quá 4cm, không xâm lấn, không di căn hạch (hoặc là vi di căn hạch trung tâm).

Trên thực tế lâm sàng khi bệnh nhân ung thư tuyến giáp trên nền viêm giáp mạn tính Hashimoto thường xuất hiện với hình ảnh siêu âm là tổn thương giảm âm lan tỏa 2 thùy đây là thách thức khi khó đánh giá được loại trừ khối u ở thùy đối diện, kèm theo do là bệnh viêm mạn tính có sự thâm nhiễm lympho bào nên hạch vùng cổ đặc biệt là hạch cổ trung tâm thường có hình ảnh trên siêu âm giống với hạch di căn ung thư, ngoài ra do cấu

*Tác giả liên hệ

Email: sonngan82@gmail.com Điện thoại: (+84) 966669686 [Https://doi.org/10.52163/yhc.v66i2.2098](https://doi.org/10.52163/yhc.v66i2.2098)

trúc mô giáp viêm dính nên sẽ làm tăng nguy cơ các tổn thương cấu trúc lân cận tuyến giáp trong phẫu thuật như dây thần kinh thanh quản ngược, tuyến cận giáp. Do quá trình mất dần chức năng của tuyến giáp do viêm mãn tính nên cũng đặt ra những thách thức về dùng liệu pháp hormone sau phẫu thuật. Qua nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật bảo tồn điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt trên nền viêm tuyến giáp Hashimoto với mục tiêu đánh giá các đặc điểm bệnh học ảnh hưởng đến quyết định phẫu thuật bảo tồn tuyến giáp sẽ phân nào trả lời những thách thức trên.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả hồi cứu, bằng phương pháp lấy mẫu toàn bộ trong khoảng thời gian từ tháng 5/2023 – tháng 5/2024. Tổng trên 39 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp thể biệt hóa giai đoạn T1 được phẫu thuật cắt 1 thùy, sau mổ có kết quả mô bệnh học là ung thư thể biệt hóa có kèm viêm tuyến giáp Hashimoto.

- Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

+ Các bệnh nhân ung thư/nghi ngờ ung thư tuyến giáp giai đoạn T1

+ Các bệnh nhân ung thư tuyến giáp giai đoạn T1 được phẫu thuật cắt 1 thùy tuyến giáp.

+ Có tiền sử điều trị viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto hoặc mô bệnh học sau mổ là ung thư tuyến giáp thể biệt hóa có kèm viêm tuyến giáp mạn tính.

+ Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

+ Có hồ sơ bệnh án đầy đủ

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Ung thư tuyến giáp thể biệt hóa giai đoạn T1 không có kèm viêm tuyến giáp HT

+ Bệnh nhân viêm tuyến giáp HT có FNA nghi ngờ ung thư tuyến giáp nhưng mô bệnh học là lành tính.

+ Bệnh nhân có tiền sử mổ cũ, tiền sử chiếu xạ vùng đầu cổ.

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

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ, bệnh học

Tiêu chí	Số BN	Tỉ lệ %
Tuổi	38,23±8,98 (22-62)	
Giới		
Nữ	36	92,3
Nam	3	7,7
Thời gian phát hiện viêm giáp Hashimoto (tháng)		
Dưới 36 tháng	8	20,5
Trên 36 tháng	31	79,5
Thời gian phát hiện nhân giáp		
Từ dưới 12 tháng	28	71,8
Trên 12 tháng	11	28,2
Chức năng tuyến giáp trước khi mổ		
Cường giáp	1	2,6
Bình giáp	31	79,5
Suy giáp	7	17,9
Xét nghiệm Anti -TPO		
Âm tính	1	2,6
Dương tính	38	97,4
Đặc điểm siêu âm tuyến giáp		
U ≤ 1cm	5	12,8
U > 1cm	34	87,2
Đặc điểm siêu âm hạch cổ		
Hạch nghi ngờ trên siêu âm	35	89,7
Không	4	10,3
Kết quả FNA nhân giáp trước mổ		
Nghi ngờ hoặc ác tính	23	59,0
Khác	16	41,0
Kết quả FNA hạch cổ trước mổ (35 BN)		
Hạch di căn	1	2,6
Hạch viêm	33	84,6

Nhận xét: Phần lớn các bệnh nhân là nữ giới ở độ tuổi trung niên, có tiền sử viêm giáp mạn tính (79,5% trên 3 năm), bệnh nhân bình giáp chiếm tỉ lệ cao 79,5%, 7/39 bệnh nhân có suy giáp cận lâm sàng, 1 cường giáp cận lâm sàng. Siêu âm đánh giáp trước mổ nhân giáp lớn hơn 1 cm chiếm tỉ lệ cao 87,2% và xuất hiện nhiều hạch có đặc điểm nghi ngờ di căn 89,7% tuy vậy tỉ lệ hạch di căn trước mổ qua chọc FNA thấp chỉ có 1/35 bệnh nhân.

Bảng 2. Các đặc điểm trong và sau phẫu thuật

Tiêu chí	Số BN	Tỉ lệ (%)
Phương pháp phẫu thuật		
Cắt thùy tuyến giáp	5	12,8
Cắt thùy TG + nạo hạch	34	87,2
Số lượng nhân ung thư		
Đơn ổ	36	92,3
Đa ổ	3	7,7
Sinh thiết tức thì hạch trong mổ (28 BN)		
Hạch di căn	3	7,7
Hạch viêm	25	64,1
Giải Phẫu bệnh		
Thể nhú	38	97,4
Thể nhú biến thể nang	1	2,6
Thể nang	0	
Giải phẫu bệnh hạch cổ (34 BN)		
Hạch vi di căn < 5 hạch	8	23,5
Hạch di căn > 5 hạch	0	
Hạch viêm	26	76,5
Biến chứng sau mổ		
Chảy máu	0	
Dò dưỡng chấp	0	
Khàn tiếng tạm thời	4	10,2
Tê bì tay chân tạm thời	0	

Nhận xét: Phẫu thuật cắt thùy tuyến giáp + nạo vét hạch trung tâm được thực hiện trên phần lớn bệnh nhân, kết quả 100% bệnh nhân có Ung thư tuyến giáp thể nhú trên nền viêm giáp Hashimoto, tỷ lệ di căn hạch sau mổ chiếm 23,5%, khàn tiếng là biến chứng gặp duy nhất với tỉ lệ khá cao 10,2% với phẫu thuật cắt thùy tuyến giáp đơn thuần.

Bảng 3. Các đặc điểm khám lại sau phẫu thuật

Tiêu chí	Số BN	Tỉ lệ (%)
Hocmon tuyến giáp		
TSH < 2,5	25	64,1
TSH > 2,5	14	35,9

Tiêu chí	Số BN	Tỉ lệ (%)
Siêu âm tuyến giáp		
Phát hiện U thùy đối diện	2	5,1
Không phát hiện tổn thương	37	94,9
Siêu âm hạch cổ		
Phát hiện hạch cổ nghi ngờ	13	33,3
Không phát hiện hạch nghi ngờ	26	66,7
FNA nhân giáp, hạch cổ sau khám lại (12 BN)		
Âm tính	12	100
Dương tính	0	0

Nhận xét: Sau mổ các bệnh nhân được dùng hocmon tuyến giáp theo liều cố định 50mcg/ngày, sau 3 tháng khám lại chỉ có 64,1% đạt mục tiêu điều trị, khảo sát vùng cổ thấy 13/39 bệnh nhân vẫn thấy hạch cổ nghi ngờ khi thăm khám lại, kết quả chọc FNA hạch cổ cho thấy 100% hạch âm tính.

4. BÀN LUẬN

Phẫu thuật bảo tồn tuyến giáp được chỉ định trong các trường hợp ung thư tuyến giáp thể biệt hóa giai đoạn sớm, việc chẩn đoán giai đoạn trước và trong mổ có vai trò quyết định thuận lợi của phẫu thuật. Trong ung thư tuyến giáp thể nhú việc chẩn đoán giai đoạn gặp một vài khó khăn do U giáp thường được chẩn đoán khi kích thước hơn 5mm và phần lớn là hơn 1cm do với U giáp kích thước nhỏ có hình ảnh trên siêu âm khó phân biệt được với mô giáp ngấm viêm mạn tính, trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ nhân giáp lớn hơn 1cm chiếm hơn 80% kết quả này tương tự nghiên cứu của Durfee và cộng sự công bố 2015 [2].

Chẩn đoán hạch cổ trung tâm có di căn hay không cũng là thách thức trong chiến lược điều trị phẫu thuật bảo tồn tuyến giáp, do viêm giáp mạn tính Hashimoto có sự thâm nhiễm lympho bào vào trong nhu mô tuyến giáp nên các hạch cổ trung tâm thường có biểu hiện trên hình ảnh siêu âm trước mổ như là hạch di căn ung thư (hạch mất rón, giảm âm), ngay cả khi trong mổ việc chẩn đoán lâm sàng hạch có di căn hay không cũng rất khó vì do hạch viêm mạn tính nên thường rất chắc, tập trung thành từng chuỗi, do đó vai trò của mô bệnh học trước và trong mổ đóng vai trò quan trọng, chúng tôi thực hiện chọc sinh thiết hạch cổ bằng kim nhỏ trước mổ + làm sinh thiết tức thì trong mổ đối với những hạch nghi ngờ di căn ung thư tuyến giáp. Tỉ lệ hạch di căn ung thư sinh thiết tức thì tương đương với giải phẫu bệnh thường quy là 23,5%, phát hiện hạch di căn qua chọc hút tế bào bằng kim nhỏ phát hiện ít hơn chỉ có 2,6% nghiên cứu của Yu Min và cộng sự cho kết quả tương tự [3].

Biến chứng thường gặp sau phẫu thuật tuyến giáp là khàn tiếng tạm thời sau mổ và thường tự hồi phục sau 6 tháng. Trong phẫu thuật tuyến giáp viêm dính nguy cơ tổn thương thần kinh thanh quản ngược là cao

hơn, trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có tới 10% bệnh nhân có khả năng tiếng sau phẫu thuật tỉ lệ này là cao hơn nhiều so với các nghiên cứu cắt thùy tuyến giáp tại cùng đơn vị phẫu thuật như nghiên cứu Nguyễn Trung Dũng là 1,2%, Đinh Ngọc Triều là 0% [4, 5].

Xét nghiệm hormone tuyến giáp sau mổ 3 tháng, chỉ có 64,1% là trong trạng thái bình giáp. Theo khuyến cáo của ATA về mục tiêu điều trị hormone tuyến giáp là TSH ở ngưỡng dưới của giới hạn bình thường, do tuyến giáp trong bệnh Hashimoto thường mất dần chức năng nên việc điều trị liệu pháp hormone ở những nhóm đối tượng này thường khó đạt được và duy trì lâu dài mục tiêu điều trị, do đó đòi hỏi khám lại thường xuyên hơn so với khuyến cáo là 6 tháng, chúng tôi thường kê levothyroxin 50mcg/ngày và chỉnh liều sau 8-12 tuần [6].

Các nghiên cứu về tái phát sau phẫu thuật bảo tồn điều trị ung thư tuyến giáp trên nền viêm giáp Hashimoto còn hạn chế, việc theo dõi phát hiện các tổn thương nghi ngờ bằng chọc sinh thiết tế bào bằng kim nhỏ hiện vẫn là phương pháp an toàn và hiệu quả để khẳng định có tái phát của ung thư tuyến giáp [3].

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật bảo tồn cắt thùy tuyến giáp điều trị ung thư tuyến giáp biệt hóa trên nền viêm giáp Hashimoto là chỉ định nên được cân nhắc ở bệnh nhân giai đoạn sớm khu trú tại 1 thùy tuyến giáp, việc đánh giá kỹ, nhiều lần siêu âm tuyến giáp và hạch cổ, kết hợp với chọc tế bào kim nhỏ hạch và sinh thiết tức thì hạch trong mổ giúp mang lại kết quả khả quan. Khám theo dõi sau mổ nên được thực hiện định kỳ 3 tháng đến khi đạt được mục tiêu điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Lee, Ju-Han, et al., The association between papillary thyroid carcinoma and histologically proven Hashimoto's thyroiditis: a meta-analysis. *European journal of endocrinology*, 2013; 168(3), pp. 343-349.
- [2] Durfee, S. M., et al., Sonographic appearance of thyroid cancer in patients with Hashimoto thyroiditis. *J Ultrasound Med*, 2015; 34(4), pp. 697-704.
- [3] Min, Y., et al., Preoperatively Predicting the Central Lymph Node Metastasis for Papillary Thyroid Cancer Patients With Hashimoto's Thyroiditis. *Front Endocrinol (Lausanne)*, 2021; 12, p. 713475.
- [4] Nguyễn Trung Dũng (2022), Chỉ định và kết quả sớm phẫu thuật mô mở cắt một thùy tuyến giáp điều trị UTTG thể biệt hóa tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương. Luận văn Thạc sỹ y học. Trường Đại học Y Hà Nội, 2022.
- [5] Đinh Ngọc Triều, Kết quả phẫu thuật nội soi cắt một thùy tuyến giáp trong điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa nguy cơ thấp tại bệnh viện Nội tiết Trung ương. Luận văn Thạc sỹ y học. Trường Đại học Y Hà Nội, 2020.
- [6] Haugen, B. R., et al., 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid*, 2016; 26(1), pp. 1-133.