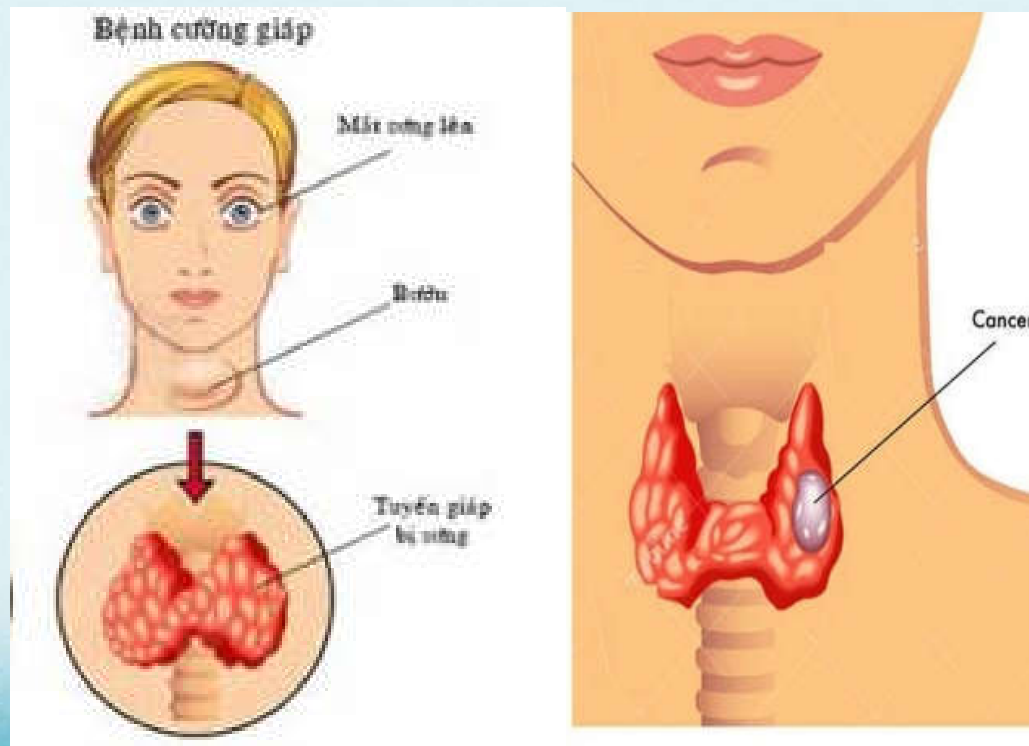


UNG THƯ TUYẾN GIÁP PHỐI HỢP ĐỒNG THỜI VỚI CƯỜNG GIÁP

(THYROID CANCER WITH CONCURRENT HYPERTHYROIDISM)

PGS.TS. Hoàng Trung Vinh – Học viện Quân y



ĐẶT VẤN ĐỀ

+ Trước năm 1950: một số tác giả trong đó có Means cho rằng CG có tác dụng bảo vệ chống lại sự xuất hiện K_{TG} .

+ Sau năm 1950: thông báo một số trường hợp K_{TG} ở BN CG trong đó có bệnh Grave.

+ Tỷ lệ dao động: 0,15 – 0,5% thậm chí 2,5%.

+ Shapiro: K_{TG} ở BN Grave: 8,7%.

+ Chẩn đoán K_{TG} chủ yếu dựa vào MBHTG sau phẫu thuật.

+ Sự kết hợp 2 bệnh gây tiến triển không thuận lợi, K_{TG} có thể xâm lấn, di căn hạch kể cả khi có kích thước nhỏ.

Table 1 Incidence of thyroid carcinoma in hyperthyroid patients (Graves', autonomous adenoma, toxic multinodular goiter).

Author	Hyperthyroid patients (n)	Thyroid cancer n	Thyroid cancer %
Taneri [15]	120	10	8.3
Cappelli C [8]	691	32	4.7
Terzioglou [19]	138	8	5.8
Gabriele [22]	425	7	1.6
Cakir [18]	375	26	6.9
Vaiana [21]	512	24	4.7
Linos [20]	400	27	7.0
Pacini [14]	179	11	6.1
Lin [24]	45	6	13.3
Lian [94]	394	12	3.0
Senyurek Giles [17]	817	53	6.5
Calò [26]	71	15	21.1
Sahin [16]	333	13	3.9
Zanella [25]	202	12	5.9

Nguyên nhân CG có thể gặp K_{TG}

- + Bệnh Grave (hay gặp nhất).
- + Nhân nóng (đơn nhân)
- + Đa nhân.
- + Tất cả các thể gây CG.

Table 2 Percentage incidence of microcarcinomas in patients with both thyroid cancer and hyperthyroidism.

Author	Thyroid Cancer patients (n)	Type of hyperthyroidism	Tumor size n	≤10 mm %
Farbota [34]	6	Graves' disease	3	50.0
Belfiore [31]	22	Graves' disease, hot nodule	11	50.0
Ahuja [72]	20	All types	7	35.0
Vini [102]	23	All types	12	51.2
Ozaki [10]	19	Graves' disease	9	47.4
Cakir [18]	26	All types	9	34.6
Cerci [92]	11	Multinodular	8	72.7

Table 2 Percentage incidence of microcarcinomas in patients with both thyroid cancer and hyperthyroidism.

Author	Thyroid Cancer patients (n)	Type of hyperthyroidism	Tumor size n	≤10 mm %
Taneri [15]	10	All types	7	70.0
Chao [49]	61	Graves' disease	49	80.3
Pazaitou-Panayiotou [11]	60	All types	39	65.0
Pellegriti [32]	36	Graves' disease	15	41.7
Lian [94]	12	All types	7	58.3
Omur [96]	76	All types	50	65.7
Gerenova [37]	8	Graves'	7	88.0
Erbil [38]	18	Graves'	15	83.3
Hales [13]	16	Graves'	14	87.0

Đặc điểm khối ung thư kết hợp trong bệnh Grave

- + Đa số khối u có KT nhỏ (microcarcinomas)
- + 88% có KT < 10mm.
- + TG có nhân trên nền to lan tỏa nguy cơ xuất hiện ác tính cao hơn (gặp 3-10%).
- + Bướu lan tỏa cũng có thể gặp K_{TG} song ít hơn.
- + Tỷ lệ K_{TG} gặp trong Grave với bướu nhân/bướu lan tỏa: 22,2%/2,9%.
- + Belfore: tỷ lệ lên đến 45,8%/9,8%.

Sàng lọc và chẩn đoán K_{TG} trong CG

- + Chẩn đoán CG theo tiêu chuẩn chung.
- + Cần xét nghiệm MBH tất cả TG sau phẫu thuật, chú ý khi có nhân.
- + Chụp xạ hình TG đặc biệt khi có nhân lạnh.
- + Nếu có nhân phát hiện trước phẫu thuật cần chọc hút kim nhỏ khi đã bình giáp.
- + Tỷ lệ K_{TG} phát hiện sau PT và RAI: 2,5%/0,17%.

Giả thuyết về CCBS K_{TG} phối hợp với bệnh Grave

- + Chưa rõ ràng. K_{TG} thường xuất hiện sau trên nền bệnh Grave có trước.
- + Một số cho rằng liên quan biến đổi gen.
- + TSAb ngoài việc kích thích thụ thể TSH còn đóng vai trò kích thích các KT trung gian gây CG bổ sung, độc lập so với CG do trực TG – TY – DĐ do bệnh Grave.
- + KT của TSH có tác dụng kích thích sự tăng trưởng tế bào TG có thể quá mức so với bình thường.

Giả thuyết về CCBS K_{TG} phối hợp với bệnh Grave (tiếp theo)

- + Tăng tân tạo mạch máu, yếu tố tăng trưởng nội mạc, yếu tố trưởng thành nhau thai.
- + KT của thụ thể TSH kích thích kéo dài gây tiến triển ác tính hóa.
- + Yếu tố tăng trưởng biệt hóa gây kích thích quá mức.

Phạm vi phẫu thuật

- + Mở rộng chỉ định PT nếu K_{TG} được chẩn đoán trước.
- + PT cho tác dụng kép với cả hai bệnh.
- + Nếu $KT < 10\text{mm}$ vẫn có thể cắt gần hoàn toàn TG phần có nhân.
 - + Khuyến cáo của Châu Âu và Hoa Kỳ: microcarcinoma thể nhú được chẩn đoán trước mổ có thể cắt gần hoàn toàn hoặc hoàn toàn TG.
 - + Nếu K_{TG} thể nhú xác định sau PT song bướu đa nhân cần cắt bỏ hoàn toàn hoặc gần hoàn toàn khi nhân chỉ có ở cực của TG, biệt hóa rõ, không di căn, không xâm lấn.
 - + Cắt bỏ toàn bộ TG vẫn là ưu tiên được lựa chọn.

Bảng 1. Tỷ lệ phương pháp phẫu thuật ở BN K_{TG} với CG

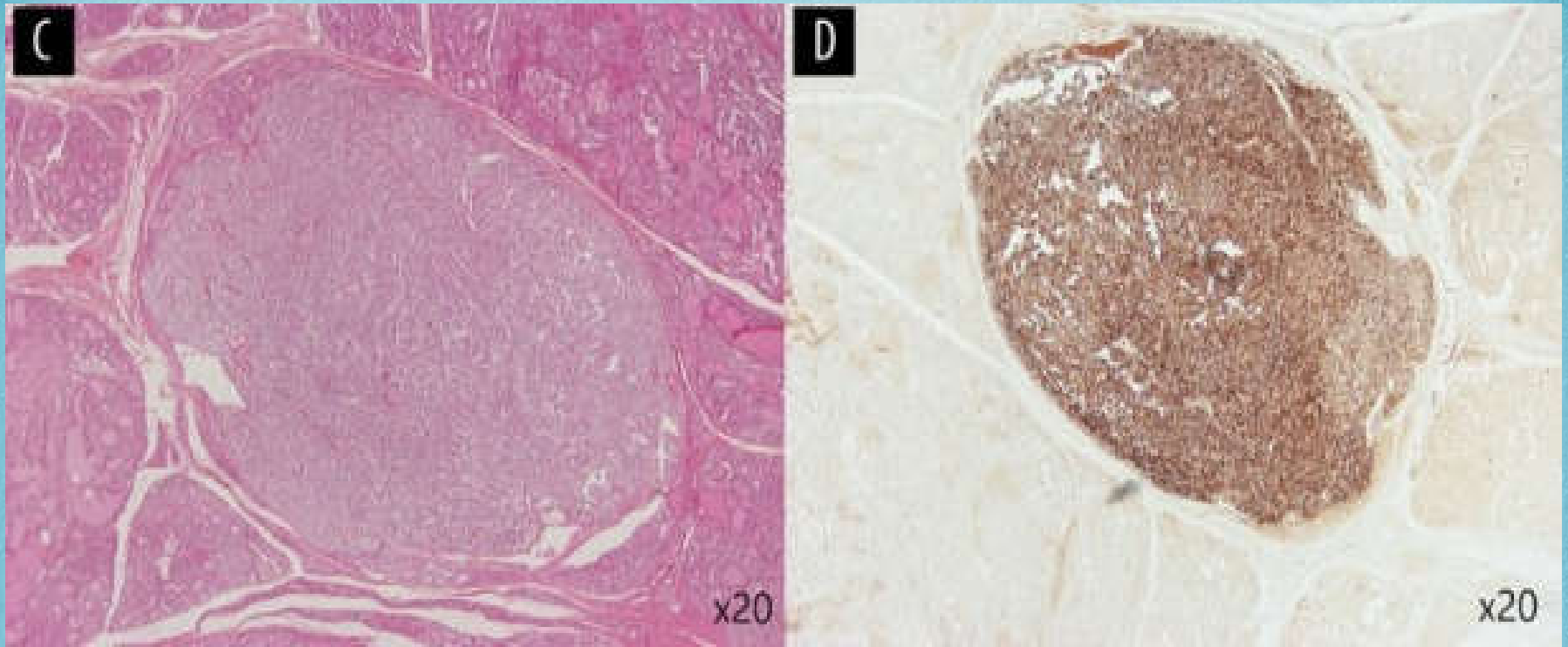
Surgery	Small Tumors	Large Tumors	Total
Subtotal thyroidectomy	18	3	21
Near-total thyroidectomy	3	3	6
Total thyroidectomy	3*	4	7
Completion thyroidectomy	1	2	3



Hình 1. Hình ảnh siêu âm TG phối hợp K_{TG} với bệnh Grave



Hình 2. Hình ảnh đại thể TG phối hợp K_{TG} với bệnh Grave



Hình 3. Hình ảnh vi thể TG phối hợp K_{TG} với bệnh Grave

K_{TG} ở BN CG do adenoma tự trị (autonomously functioning thyroid nodules - AFTN)

+ Tỷ lệ: 1,0 – 10,3%, cá biệt 44%.

Table 4 Incidence of thyroid carcinoma in patients with autonomous adenoma (inside or outside the hot nodule).

Author	Toxic adenoma n	Thyroid cancer n	Thyroid cancer %
Senyurek Giles [17]	176	21	12.0
Vaiana [21]	153	8	5.2
Cappelli [8]	207	10	4.8
Gabriele [22]	120	3	2.5
Cakir [18]	63	4	6.3
Foppiani [36]	16	2	2.5
Harach [76]	73	6	8.2
Smith [77]	30	2	6.6
Hamburger [74]	29	3	10.3
Sahin [6]	77	6	7.8

+ Nhân nóng ở trẻ em có nguy cơ ác tính hóa cao hơn (29%).

+ Sự ác tính hóa của nhân nóng liên quan đến đột biến gen của TCT TSH.

K_{TG} với bướu đa nhân nhiễm độc

- + Tỷ lệ K_{TG} xuất hiện ở bướu nhân không nhiễm độc (4-17%).
- + K_{TG} ở bướu đa nhân cường chức năng 1,8-8,8%, tỷ lệ di căn cao (23%).

Table 6 Incidence of thyroid carcinoma in patients with toxic multinodular goiter n = number of patients.

Author	Toxic multinodular goiter n	Thyroid cancer n	Thyroid cancer %
Cerci [99]	124	11	8.8
Senyurek Giles [17]	299	19	6.4
Vaiana [21]	251	10	3.9
Cappelli [8]	339	13	3.9
Gabriele [22]	241	4	1.6
Cakir [18]	245	18	7.3
Sahin [16]	112	2	1.8

KẾT LUẬN

- + K_{TG} có thể phối hợp đồng thời với CG do mọi nguyên nhân trong đó bệnh Grave chiếm tỷ lệ cao nhất.
- + Sự tương tác giữa 2 bệnh sẽ gây tiến triển không thuận lợi.
- + Sau điều trị CG cần phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn hoặc gần hoàn toàn TG.



Cám ơn sự chú ý lắng nghe của quý đồng nghiệp