

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SAU ĐIỀU TRỊ XOÁ MÔ GIÁP BẰNG I-131 LIỀU 30 MCI Ở NGƯỜI BỆNH UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ NHÚ CÓ VIÊM GIÁP HASHIMOTO SAU PHẪU THUẬT

Dương Phú Triết Diễm¹, Nguyễn Minh Đức¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư tuyến giáp thể nhú (UTTG) có viêm giáp Hashimoto đồng thời (VG) thường gặp trên lâm sàng. Mục đích nghiên cứu là khảo sát đặc điểm lâm sàng và hiệu quả sau 1 đợt điều trị xóa mô giáp bằng I-131 liều 30 mCi ở nhóm bệnh này theo hướng dẫn của hội tuyến giáp Hoa Kỳ 2015.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu báo cáo loạt ca 234 người bệnh UTTG nguy cơ thấp đến trung bình điều trị I-131 liều 30 mCi tại bệnh viện Đại học Y Dược (BVĐHYD) từ 1/2019 đến 06/2020. Tiêu chuẩn loại trừ là người bệnh có đồng thời 2 bệnh lý ung thư, siêu âm sau phẫu thuật nghi ngờ di căn hạch hoặc xạ hình toàn thân sau điều trị có di căn hạch hay di căn xa. Tiến hành chia 2 nhóm có và không có viêm giáp để so sánh đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng cũng như để đánh giá đáp ứng sau 1 đợt điều trị I-131 ở nhóm có TgAb âm tính. Đánh giá đáp ứng sau 3-6 tháng theo hướng dẫn của Hội tuyến giáp Hoa Kỳ 2015.

Kết quả: 234 người bệnh, trong đó 194 (83%) nguy cơ trung bình, 40 (17,1%) nguy cơ thấp, 207 (88,5%) giai đoạn 1, 27 (11,5%) giai đoạn 2. Có 47 (20,1%) có viêm giáp Hashimoto đồng thời. Nhóm ung thư tuyến giáp có viêm giáp Hashimoto đồng thời (UTTG kèm VG) có các đặc điểm sau so với nhóm UTTG đơn thuần: chiếm ưu thế nữ (95,7% so với 78,1%, $p=0,003$). Thyroglobulin kích thích (sTg) <2 ng/ml chiếm tỉ lệ cao, và tỉ lệ thấp hơn giá trị 2ng/ml $<sTg <10$ ng/ml (74,5% so với 19,1%; 33,7% so với 41,2%, lần lượt, với $p<0,001$). Antibody thyroglobulin (TgAb) cao lớn hơn (53,2% so với 8,6%, $p<0,001$). Các yếu tố khác như tuổi, kích thước u, giai đoạn u, xâm lấn ngoài tuyến giáp, di căn hạch, giai đoạn bệnh cũng như phân tầng nguy cơ tái phát không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm. Sau 1 đợt điều trị I-131, tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn, không hoàn toàn về cấu trúc, không hoàn toàn về sinh hoá và trung gian lần lượt giữa 2 nhóm có và không có viêm giáp không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (56,4%, 25,6%, 2,6% và 15,4%; 51,7%, 19,3%, 4% và 25%, $p=0,566$).

Kết luận: Ung thư tuyến giáp thể nhú có viêm giáp Hashimoto đồng thời có ưu thế nữ, giá trị sTg <2 ng/ml và TgAb cao lớn hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm ung thư tuyến giáp thể nhú đơn thuần. Không có sự khác biệt về đáp ứng sau điều trị I-131 liều thấp lần đầu giữa 2 nhóm ung thư tuyến giáp thể nhú có và không có viêm giáp Hashimoto.

Từ khóa: ung thư tuyến giáp thể nhú, viêm giáp Hashimoto, I-131 liều thấp

ABSTRACT

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND EFFICACY OF 30MCI I-131 RAI AFTER SURGERY OF PAPILLARY THYROID CANCER ASSOCIATED WITH HASHIMOTO'S THYROIDITIS

Duong Phu Triet Diem, Nguyen Minh Duc

* Ho Chi Minh City Journal of Medicine * Vol. 27 - No. 1 - 2024: 19 - 25

Objectives: Papillary thyroid carcinoma patients associated with Hashimoto's thyroiditis (PTC with HT)

¹Khoa Y học Hạt nhân, Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

Tác giả liên lạc: BSCKII. Dương Phú Triết Diễm ĐT: 0909682269 Email: diem.dpt@umc.edu.vn

Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 27(1):19-25. DOI: [10.32895/hcjm.m.2024.01.04](https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2024.01.04)

commonly present in clinical practice. The objective of the study was to investigate the clinical characteristics and effectiveness after one course of thyroid remnant ablation with 30 mCi of I-131 in this patient group according to the guidelines of the ATA 2015.

Methods: From January 2019 to June 2020, we conducted a retrospective study on 234 low-to moderate-risk PTC patients. All of these patients underwent total thyroidectomy and cervical lymph node resection (if lymph node metastasis was suspected). The exclusion criteria were concomitant presence of other cancer, suspected cervical lymph node metastasis on post-surgery ultrasound, detection of metastasis findings on post-therapy WBS. Therapy response was evaluated 3-6 months after an ablation dose of 30 mCi I-131. The response criteria were standardized according to those of the ATA guideline.

Results: 234 patients were included in the study, 194 (83%) were classified as intermediate risk and 40 (17.1%) as low risk. 207 (88.5%) were in stage 1, and 27 (11.5%) were in stage 2. There are 47 patients (20.1%) had concurrent Hashimoto's thyroiditis. The patient group with Hashimoto's thyroiditis (PTC with HT) had the following characteristics compared to the PTC group: a higher proportion of females (95.7% vs. 78.1%, $p=0.003$), a higher proportion of thyroglobulin levels <2 ng/ml, and a lower proportion of thyroglobulin levels between 2 ng/ml and 10 ng/ml (74.5% vs. 19.1%; 33.7% vs. 41.2%, $p<0.001$). The positive rate of thyroglobulin antibodies was also higher in the PTC with HT group compared to the PTC group (53.2% vs. 8.6%, $p<0.001$). Other factors such as age, tumor size, tumor stage, extrathyroidal invasion, lymph node metastasis, disease stage, and risk stratification showed no statistically significant differences between the two groups. After one course of I-131 treatment, there were no statistically significant differences in the complete response rate, incomplete structural response rate, incomplete biochemical response rate, and indeterminate response rate between the two groups with and without thyroiditis (56.4%, 25.6%, 2.6%, and 15.4%; 51.7%, 19.3%, 4%, and 25%, $p=0.566$).

Conclusion: Papillary thyroid cancer patients associated with Hashimoto's thyroiditis have a female predominance, higher levels of sTg (<2 ng/ml), and higher levels of positive TgAb, all of which have statistical significance when compared to the PTC group. There is no difference in treatment response after one low-dose I-131 treatment between PTC with and without Hashimoto's thyroiditis.

Key words: PTC, Hashimoto's thyroiditis, radioiodine ablation

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp thể nhú là thể phổ biến, chiếm 80%-90% bệnh nhân ung thư tuyến giáp thường có tiên lượng tốt sau điều trị đa mô thức gồm phẫu thuật tuyến giáp, có hay không điều trị bằng I-131 và liệu pháp hormone thay thế⁽¹⁾. Viêm giáp Hashimoto là bệnh phổ biến nhất trong các rối loạn viêm của tuyến giáp. Tỷ lệ ung thư tuyến giáp thể nhú có viêm giáp Hashimoto (UTTg kèm VG) theo nhiều nghiên cứu từ 0,5%-38%. Kwon H (2016) nhận thấy UTTg kèm VG thường ở nữ, bệnh đa ổ và viêm giáp Hashimoto và Thyroglobulin (Tg) cao tương quan nghịch với xóa mô thành công⁽²⁾. Carvalho MS (2016) cho rằng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các đặc điểm lâm sàng bệnh học giữa 2 nhóm bệnh này⁽³⁾. Chúng tôi tiến hành nghiên

cứu “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và bước đầu đánh giá kết quả sau điều trị xóa mô giáp bằng I-131 liều 30mCi ở người bệnh ung thư tuyến giáp thể nhú có viêm giáp Hashimoto sau phẫu thuật” với 2 mục tiêu:

Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh UTTg kèm VG sau phẫu thuật có chỉ định điều trị xóa mô giáp bằng I-131 liều 30mCi;

Bước đầu đánh giá đáp ứng sau 1 đợt điều trị xóa mô giáp bằng I-131 liều 30mCi ở người bệnh UTTg kèm VG sau phẫu thuật.

ĐỐI TƯỢNG-PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tất cả người bệnh ung thư tuyến giáp sau phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp, có chỉ định điều trị I-131, đủ tiêu chuẩn lựa chọn, loại trừ trong thời gian điều trị tại khoa. Tổng 234 người.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Người bệnh UTTG đã phẫu thuật cắt giáp toàn bộ, có giải phẫu bệnh sau mổ: UTTG thể nhú, giai đoạn nguy cơ thấp-trung bình hoàn thành điều trị I-131 và khám lại đánh giá sau điều trị, đầy đủ các thông số nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Người bệnh (NB) có đồng thời 2 bệnh ung thư, siêu âm sau phẫu thuật nghi ngờ di căn hạch hay có di căn hạch/ di căn xa ở xạ hình toàn thân (WBS) sau điều trị lần đầu, người bệnh không tuân thủ qui trình điều trị.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Hồi cứu loạt ca có phân tích nội nhóm. Tiến hành chọn mẫu toàn bộ người bệnh điều trị tại khoa Y học hạt nhân trong thời gian nghiên cứu đảm bảo các tiêu chuẩn.

Phương pháp tiến hành

Hồi cứu hồ sơ từ danh sách người bệnh UTTG điều trị I-131 tại khoa, chọn người bệnh thỏa tiêu chí chọn mẫu. Loại người bệnh theo tiêu chuẩn loại trừ. Lập danh sách người bệnh đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu.

Tiến hành thu thập số liệu qua bệnh án, kết quả xét nghiệm, hình ảnh lưu trữ tại bệnh viện. Các biến số thu thập gồm tuổi, giới tính, thời điểm phẫu thuật, giải phẫu bệnh sau mổ, kích thước u, số lượng u, tình trạng xâm lấn (vỏ bao, cơ trước giáp), hạch di căn (số lượng, vị trí), viêm giáp Hashimoto, giai đoạn T, N, giai đoạn bệnh, phân tầng nguy cơ tái phát, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng sTg, TgAb khi TSH ≥ 30 mIU/L thời điểm điều trị I-131, hình ảnh xạ hình toàn thân sau điều trị.

Qui trình điều trị

Điều trị I-131 lần đầu sau phẫu thuật 4-6 tuần. Hướng dẫn người bệnh (NB) ngưng Levothyroxine (LT4) 3-4 tuần, chế độ ăn uống nghèo iode 2-3 tuần trước điều trị. Khi TSH ≥ 30 mIU/L, NB được cho uống 1110 MBq (30 mCi) I-131 và xạ hình toàn thân (WBS) 5-7 ngày sau

điều trị bằng máy Gamma camera hai đầu thu. Bổ sung LT4 hai ngày sau uống I-131. Đánh giá đáp ứng sau điều trị 3-6 tháng. Hướng dẫn NB tái khám sau khi ngưng Levothyroxin 3-4 tuần và thực hiện chế độ ăn uống nghèo iode trong thời gian 2-3 tuần, WBS chẩn đoán dùng liều 5 mCi I-131 hoặc dùng liều điều trị thứ 2 để đánh giá đáp ứng điều trị lần đầu.

Định nghĩa các biến số chính

Đánh giá giai đoạn bệnh sau phẫu thuật theo Ủy ban liên hiệp Mỹ về ung thư AJCC lần 8⁽⁴⁾.

Đánh giá phân tầng nguy cơ tái phát trung bình-thấp theo Hội tuyến giáp Mỹ ATA 2015⁽⁵⁾.

Đánh giá đáp ứng theo ATA 2015 và hướng dẫn của mạng lưới ung thư quốc gia Hoa Kỳ NCCN version 3.2022^(5,6).

Đáp ứng hoàn toàn: Xạ hình toàn thân (WBS) không ghi nhận hấp thu xạ vùng cổ, Tg kích thích sTg < 2 ng/mL, Anti thyroglobulin (TgAb) thấp, siêu âm cổ không phát hiện bất thường.

Không hoàn toàn về cấu trúc: WBS còn mô giáp vùng cổ, bất kể sTg, TgAb.

Không hoàn toàn về sinh hóa: WBS không ghi nhận hấp thu xạ vùng cổ và sTg ≥ 10 ng/mL.

Đáp ứng trung gian: WBS hấp thu mờ nhạt hoặc 2 ng/mL < sTg < 10 ng/mL.

TgAb cao khi giá trị lớn hơn ngưỡng tham chiếu bình thường.

TgAb thấp khi giá trị trong ngưỡng tham chiếu bình thường.

Phân tích thống kê

Sử dụng tần số, tỷ lệ % với biến định tính, trung bình và độ lệch chuẩn với biến định lượng có phân phối bình thường, trung vị và khoảng tứ phân vị với biến định lượng phân phối không bình thường.

So sánh đặc điểm ở 2 nhóm UTTG kèm VG và UTG đơn thuần bằng phép kiểm t đối với biến định lượng phân phối bình thường, phép kiểm Mann-Whitney đối với biến định lượng phân phối không bình thường, phép kiểm Fisher đối với biến định tính.

Đánh giá hiệu quả sau một đợt điều trị, chọn nhóm TgAb thấp, chia 2 nhóm nhỏ gồm UTTG kèm VG và UTTG đơn thuần để so sánh.

Dùng phần mềm SPSS 20. để xử lý số liệu.

Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Y đức

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, số 03/GCN-HĐĐĐ ngày 14/02/2023.

KẾT QUẢ

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu 234 người bệnh, tuổi trung vị 42,9 tuổi, trong đó nữ 191 (81,6%), nam 43 (18,4%). Có 194 (83%) nguy cơ trung bình, 40 (17%) nguy cơ thấp, 207 (88,5%) giai đoạn 1, 27 (11,5%) giai đoạn 2. Có 47 người bệnh UTTG kèm VG chiếm 20,1%. Thời gian từ lúc phẫu thuật đến điều trị I-131 trung bình $47,1 \pm 24,3$ ngày. Thyroglobulin kích thích (sTg) < 2 ng/mL, 2-10 ng/mL, > 10 ng/mL lần lượt chiếm 98 (41,8%), 86 (36,8%) và 50 (21,4%). Anti thyroglobulin (TgAb) cao chiếm tỉ lệ 41 (17,5%).

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước điều trị ở nhóm UTTG kèm VG

Ở nhóm này, tỉ lệ nữ 45 (95,7%). Tuổi trung vị ở thời điểm phẫu thuật $44,5 \pm 11,1$ tuổi. Kích thước trung vị của u $14 \pm 8,1$ mm. Đơn nhân là 26 (55,3%), đa nhân 21 (44,7%). U 1 thùy 33 (70,2%), u 2 thùy 14 (29,8%). Xâm lấn vỏ bao là 19 (40,4%), xâm lấn cơ vâ 6 (12,8%), không xâm lấn 22 (46,8%). 17 (36,2%) là T1, 5 (10,6%) T2 và 25 (53,2%) T3. 24 (51,1%) N0, 15 (31,9%) N1a và 8 (17%) N1b. 40 (85,1%) người bệnh giai đoạn 1 và 7 (14,9%) giai đoạn 2. Nguy cơ thấp 7 (14,9%), nguy cơ trung bình 40 (85,1%). Có sự khác biệt giới tính giữa 2 nhóm với $p = 0,003$ (Bảng 1).

Ở nhóm UTTG kèm VG, 74,5% sTg < 2 , 19,1% sTg 2-10, 6,4% sTg > 10 . TgAb thấp 46,8%, TgAb cao 53,2%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê sTg, TgAb trước điều trị ở 2 nhóm UTTG kèm VG và UTTG đơn thuần (Bảng 2).

Bảng 1. So sánh đặc điểm lâm sàng giữa UTTG kèm VG và UTTG đơn thuần

	UTTG đơn thuần (N=187)	UTTG kèm VG (N=47)	Giá trị p
Giới tính			0,003
Nam	41 (21,9%)	2 (4,3%)	
Nữ	146 (78,1%)	45 (95,7%)	
Tuổi (năm)	$42,5 \pm 11,0$ (21 – 74)	$44,5 \pm 11,1$ (16 – 69)	0,192
Kích thước u (mm)	$14,5 \pm 7,9$ (5 – 50)	$14,0 \pm 8,1$ (4 – 40)	0,359
Số lượng u			0,121
Đơn nhân	127 (68,3%)	26 (55,3%)	
Đa nhân	60 (31,7%)	21 (44,7%)	
Vị trí			0,582
1 thùy	139 (74,3%)	33 (70,2%)	
2 thùy	48 (25,7%)	14 (29,8%)	
Xâm lấn			0,120
Không xâm lấn	67 (35,8%)	22 (46,8%)	
Xâm lấn vỏ bao	71 (38,0%)	19 (40,4%)	
Xâm lấn cơ trước giáp	49 (26,2%)	6 (12,8%)	
Giai đoạn u T			0,320
T1	55 (29,4%)	17 (36,2%)	
T2	12 (6,4%)	5 (10,6%)	
T3	120 (64,2%)	25 (53,2%)	
Giai đoạn hạch N			0,600
N0	110 (58,8%)	24 (51,1%)	
N1a	49 (26,2%)	15 (31,9%)	
N1b	28 (15,0%)	8 (17,0%)	
Giai đoạn (AJCC/UICC lần 8)			0,445
1	167 (89,3%)	40 (85,1%)	
2	20 (10,7%)	7 (14,9%)	
Nguy cơ tái phát (ATA 2015)			0,829
Thấp	34 (17,7%)	7 (14,9%)	
Trung bình	153 (82,3%)	40 (85,1%)	

*Phép kiểm Chi bình phương

*Phép kiểm t hai nhóm

Bảng 2: So sánh đặc điểm cận lâm sàng UTTG đơn thuần và UTTG kèm VG trước điều trị

sTg trước điều trị (TSH ≥ 30 mIU/L)	UTTG đơn thuần (N=187)	UTTG kèm VG (N=47)	Giá trị p
sTg (ng/ml)			$< 0,001$
< 2	63 (33,7%)	35 (74,5%)	
2-10	77 (41,2%)	9 (19,1%)	
> 10	47 (25,1%)	3 (6,4%)	
TgAb (IU/mL)			$< 0,001$
thấp	171 (91,4%)	22 (46,8%)	
cao	16 (8,6%)	25 (53,2%)	

*Phép kiểm Chi bình phương

Đánh giá đáp ứng sau điều trị lần đầu

Số ngày từ điều trị I-131 đến thời điểm đánh giá đáp ứng trung bình 222±47,8 ngày. Ở thời điểm đánh giá đáp ứng, nhóm UT TG đơn thuần có sTg <2 ng/mL, 2-10 ng/mL, >10 ng/mL lần lượt chiếm 136 (72,7%), 38 (20,3%) và 13 (2,6%). TgAb cao chiếm tỉ lệ 11 (5,9%). Xạ hình toàn thân âm tính chiếm 116(62%), còn mô giáp vùng cổ 41 (21,9%), hấp thu mờ nhạt vùng cổ 30 (16%). Nhóm UT TG kèm VG có sTg <2 ng/mL, 2-10 ng/mL, >10 ng/mL lần lượt chiếm 43 (91,5%), 3 (6,4%) và 1 (2,1%). TgAb cao chiếm tỉ lệ 8 (17%). Xạ hình toàn thân âm tính chiếm 29 (61,7%), còn mô giáp vùng cổ 13 (27,7%), hấp thu mờ nhạt vùng cổ 5 (10,6%) (Bảng 3).

Bảng 3: Đặc điểm cận lâm sàng thời điểm đánh giá đáp ứng

Cận lâm sàng	UTTG đơn thuần (N=187)	UTTG kèm VG (N=47)	Giá trị p
sTg (ng/ml)			0,048
< 2	136 (72,7%)	43 (91,5%)	
2-10	38 (20,3%)	3 (6,4%)	
>10	13 (2,6%)	1 (2,1%)	
TgAb (IU/mL)			0,031
thấp	176 (94,1%)	39 (83%)	
cao	11 (5,9%)	8 (17%)	
DxWBS			0,564
Không hấp thu vùng cổ và toàn thân	116 (62%)	29 (61,7%)	
Còn hấp thu vùng cổ	41 (21,9%)	13 (27,7%)	
Hấp thu mờ nhạt vùng cổ	30 (16%)	5 (10,6%)	

*Phép kiểm Chi bình phương

Bảng 4. Đánh giá đáp ứng sau 1 đợt điều trị giữa 2 nhóm UT TG kèm VG và UT TG đơn thuần

Đáp ứng điều trị (ATA 2015, NCCN 3.0 2022)	TgAb thấp (N=215)	UTTG đơn thuần (N=176)	UTTG kèm VG (N=39)	Giá trị p
Đáp ứng điều trị				0,566
Hoàn toàn	113 (52,6%)	91 (51,7%)	22 (56,4%)	
Không hoàn toàn về cấu trúc	44 (20,5%)	34 (19,3%)	10 (25,6%)	
Không hoàn toàn về sinh hoá	8 (3,7%)	7 (4,0%)	1 (2,6%)	
Trung gian	50 (23,3%)	44 (25,0%)	6 (15,4%)	

*Phép kiểm Chi bình phương

Sau 1 đợt điều trị, nhóm UT TG kèm VG có tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn 56,4%, đáp ứng không hoàn toàn về cấu trúc 25,6%, không hoàn toàn về sinh hoá 2,6%, đáp ứng trung gian 15,4%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về hiệu quả sau 1 đợt điều trị I-131 giữa 2 nhóm UT TG kèm VG và UT TG đơn thuần (Bảng 4).

BÀN LUẬN

Ung thư tuyến giáp là u ác tính thường gặp nhất của hệ nội tiết, tần suất tăng nhanh với tỉ lệ tăng hàng năm 4,5-6,6%, trong đó UT TG chiếm 80-90%. Các nghiên cứu báo cáo tỉ lệ UT TG kèm VG khoảng 23% (10-58%). Biểu hiện đồng thời UT TG và VG cho thấy mối liên kết miễn dịch giữa hai thực thể, mà cơ chế bệnh học có thể do miễn dịch tồn tại trước đó hay do dung nạp miễn dịch. Tuy mỗi cơ chế mà sự hấp thu I-131 của tế bào tuyến giáp có thể khác nhau. Nghiên cứu hiện tại có tỉ lệ UT TG kèm VG là 47 (20,1%), gần tương đồng nghiên cứu của Ahn D (2011), thấp hơn nghiên cứu của Kwon H (2016), Albano D (2021), Liang J (2017), do nghiên cứu này chỉ chọn người bệnh UTG điều trị I-131 liều thấp^(2,7,8,9).

Khi đánh giá các đặc điểm lâm sàng, chúng tôi chỉ ghi nhận nhóm UT TG kèm VG có ưu thế nữ (95,7%), trong khi các đặc điểm lâm sàng khác như đặc điểm u (kích thước, vị trí, số lượng u, tính xâm lấn, giai đoạn u), di căn hạch, giai đoạn bệnh, nguy cơ tái phát không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm UT TG đơn thuần (Bảng 1). Tỉ lệ gần tương đồng với nghiên cứu của Kwon H (2016), Albano D (2021)^(2,8). Nghiên cứu của Ahn D cho thấy UT TG kèm VG gặp ở nữ và tuổi trẻ hơn so với UT TG đơn thuần⁽⁹⁾. Liang J ghi nhận UT TG kèm VG có ưu thế nữ, kích thước u nhỏ hơn, và tỷ lệ đa ổ cao hơn⁽⁷⁾. Trong nghiên cứu này, UT TG kèm VG có tỉ lệ nữ cao hơn có ý nghĩa thống kê với p=0,005. Kwon H ghi nhận có sự khác biệt liên quan nữ (p<0,001), u đa ổ (p=0,003) giữa 2 nhóm⁽²⁾. Sự khác biệt kết quả giữa các nghiên cứu có thể

do đối tượng nghiên cứu khác nhau. Ngoài ra có thể do sự khác biệt về chủng tộc, địa lý, đặc điểm người bệnh và yếu tố môi trường. Nghiên cứu hiện tại chỉ gồm 47 người bệnh có UTTG kèm VG và ở nhóm nguy cơ thấp, trung bình, nên chưa phản ánh đúng mức sự khác biệt các yếu tố lâm sàng khi so sánh với nhóm UTTG đơn thuần.

Về đặc điểm cận lâm sàng, chúng tôi ghi nhận UTTG kèm VG có TgAb cao và sTg <2 ng/ml lớn hơn có ý nghĩa so với UTTG đơn thuần, tương đồng với nghiên cứu của Kwon H (2016), Liang J (2017)^(2,7). Chẩn đoán viêm giáp Hashimoto thường dựa vào lâm sàng, TgAb và giải phẫu bệnh, trong đó giải phẫu bệnh là tiêu chuẩn vàng. TgAb là tự kháng thể liên quan đến UTTG. TgAb tuần hoàn có thể đại diện cho viêm giáp Hashimoto đồng thời hoặc phản ứng với sự thay đổi cấu trúc của thyroglobulin do u gây ra nên TgAb cao ngay cả ở người UTTG đơn thuần và thường cao ở UTTG kèm VG do phản ứng tự miễn dịch trùng lặp với phản ứng miễn dịch của vật chủ đối với u. Hai nghiên cứu gần đây báo cáo rằng TgAb là tự kháng thể duy nhất liên quan đến UTTG (Bảng 2).

Ở thời điểm đánh giá đáp ứng, chúng tôi tiếp tục ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về sTg, và TgAb giữa 2 nhóm UTTG kèm VG và UTTG đơn thuần. Tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về WBS giữa 2 nhóm (Bảng 3). Sau 1 đợt điều trị, nghiên cứu này không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kết quả đáp ứng giữa 2 nhóm UTTG đơn thuần và UTTG kèm VG. Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn ở nhóm UTTG kèm VG là 56,4%, tương đồng với nghiên cứu của Albano D và Kwon H (Bảng 4). Theo hai tác giả này, UTTG kèm VG có tỷ lệ đáp ứng điều trị thấp hơn so với nhóm UTTG đơn thuần. Albano D cho tỷ lệ thành công sau 1 đợt điều trị ở nhóm UTTG kèm VG và UTTG đơn thuần lần lượt là 54% và 69% với $p < 0,001$, Kwon H cho tỷ lệ khác biệt lần lượt 50,7% và 67,4% với $p < 0,001$ ^(2,8,9). Lý giải sự khác biệt là do bệnh viêm giáp Hashimoto có thụ thể

NIS bộc lộ thấp làm giảm hấp thu I-131 vào mô giáp còn lại, làm giảm hiệu quả điều trị. Tuy nhiên, đáp ứng điều trị còn phụ thuộc nhiều yếu tố khác như đặc điểm người bệnh, đặc điểm u, thể tích mô giáp còn lại cũng như liều hấp thụ I-131 thực sự tại mô giáp còn lại. Ở nghiên cứu này, chúng tôi còn ghi nhận UTTG kèm VG có tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng không hoàn toàn về cấu trúc cao hơn và tỷ lệ đáp ứng trung gian thấp hơn nhóm UTTG đơn thuần mặc dù không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (56,4% và 51,7%, 25,6% và 20,5%, 15,4% và 25%, $p = 0,566$) (Bảng 4).

Nghiên cứu này còn một số hạn chế do chỉ tập trung vào UTTG giai đoạn T1-3N0-1M0 điều trị I-131 liều 30mCi nên chưa khái quát đúng mức đặc điểm lâm sàng ở nhóm người bệnh UTTG kèm VG. Hơn nữa, có sự khác biệt rộng thời gian đánh giá đáp ứng sau một đợt điều trị từ 3-12 tháng, nên kết quả chưa thật sự đồng nhất. Số lượng ít người bệnh UTTG kèm VG đưa vào đánh giá đáp ứng cũng có thể ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu bước đầu này làm tiền đề cho các nghiên cứu tiếp theo mở rộng cả đối tượng UTTG kèm VG không có chỉ định điều trị I-131 hay điều trị I-131 liều cao cũng như thời gian nghiên cứu đủ dài để đánh giá ảnh hưởng của viêm giáp Hashimoto lên tiên lượng bệnh.

KẾT LUẬN

Ung thư giáp thể nhú có viêm giáp Hashimoto đồng thời có ưu thế nữ, giá trị sTg <2 ng/ml và TgAb cao lớn hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có viêm giáp Hashimoto. Không có sự khác biệt về đáp ứng sau 1 đợt điều trị I-131 liều thấp giữa 2 nhóm ung thư giáp thể nhú có và không có viêm giáp Hashimoto.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Verburg FA (2019). "Radioiodine therapy of Thyroid cancer", trong Giovanella Luca, chủ biên. *Nuclear Medicine Therapy*, Springer, Gewerbestrasse 11, 6330 Cham, Switzerland, pp.35-39.
2. Kwon H, et al (2016). "Effect of Hashimoto thyroiditis on low-dose radioactive-iodine remnant ablation". *Head Neck*, 38(S1):E730-5.
3. Carvalho MS, et al (2017). "Chronic lymphocytic thyroiditis does

- not influence the risk of recurrence in patients with papillary thyroid carcinoma and excellent response to initial therapy". *Endocrine*, 55(3):954-958.
4. Tuttle RM, Haugen B, Perrier ND (2017). "Updated American Joint Committee on Cancer/Tumor-Node-Metastasis Staging System for Differentiated and Anaplastic Thyroid Cancer (Eighth Edition): What Changed and Why?". *Thyroid*, 27(6):751-756.
 5. Haugen BR, et al (2016). "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*, 26(1):1-133.
 6. Haddad RI, et al (2022). "Thyroid Carcinoma, Version 2.2022, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology". *J Natl Compr Canc Netw*, 20(8):925-951.

7. Liang J, et al (2017). "Clinical analysis of Hashimoto thyroiditis coexistent with papillary thyroid cancer in 1392 patients". *Acta Otorhinolaryngologica Italica*, 37(5):393-400.
8. Albano D, et al (2021). "The role of Hashimoto thyroiditis in predicting radioiodine ablation efficacy and prognosis of low to intermediate risk differentiated thyroid cancer". *Annals of Nuclear Medicine*, 35(10):1089-1099.
9. Ahn D, et al (2011). "Clinical relationship between Hashimoto's thyroiditis and papillary thyroid cancer". *Acta Oncologica*, 50(8):1228-1234.

Ngày nhận bài:

22/03/2024

Ngày chấp nhận đăng bài:

26/04/2024

Ngày đăng bài:

02/05/2024