

Đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú ở trẻ em

Clinicopathological characteristics of papillary thyroid carcinoma in children

Tổng Thị Vui¹, Nguyễn Văn Phú Thắng²,
Nguyễn Thị Ngọc Anh² và Ngô Thị Minh Hạnh^{2*}

¹Đại học Y Hà Nội,
²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học ung thư biểu mô tuyến giáp (UTBMTG) thể nhú ở trẻ em (≤ 18 tuổi). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 131 bệnh nhi được phẫu thuật và chẩn đoán UTBMTG thể nhú tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 và Bệnh viện K3 từ tháng 1 năm 2015 đến tháng 6 năm 2024. **Kết quả:** Tuổi bệnh nhân từ 15-18 chiếm 71%; tỷ lệ nữ/nam là 2,1/1; dưới típ kinh điển chiếm 87,7%, tỷ lệ u > 10mm; u ở hai thùy, đa ổ, xâm lấn ngoài tuyến giáp, xâm nhập mạch máu lần lượt là 58%, 18,3%, 27,5%, 44,3% và 19,8%, tình trạng di căn hạch (DCH) cổ trung tâm và di căn hạch cổ bên có tỷ lệ lần lượt là 71,8% và 42,0%. Bệnh nhân < 15 tuổi có tỷ lệ u > 10mm, dưới típ tiến triển, di căn hạch cổ bên cao hơn bệnh nhân 15-18 tuổi. Các bệnh nhân có u > 10mm và đa ổ có tỷ lệ u xâm lấn ngoài tuyến giáp, di căn hạch cổ trung tâm và di căn hạch cổ bên cao hơn. **Kết luận:** UTBMTG thể nhú ở trẻ em chủ yếu gặp ở bệnh nhân nữ ở độ tuổi 15-18. U có mức độ ác tính cao hơn ở các bệnh nhân < 15 tuổi, kích thước u > 10mm và đa ổ.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú, đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học, trẻ em.

Summary

Objective: This study aimed to describe the clinicopathological characteristics of papillary thyroid carcinoma (PTC) in children. **Subject and method:** Cross-sectional study was implemented on a total of 131 pediatric patients (≤ 18 years) who underwent thyroidectomy and histopathological report with PTC from January 2015 to June 2024 at 108 Military Central Hospital and K3 Hospital were included in this study. **Result:** Patients aged 15-18 years old accounted for 71%; the female/male ratio was 2.1/1. The rate of the classic subtype was 87.7%. The prevalences of tumors > 10mm, tumors in both lobes, multifocality, extrathyroidal extension, and vascular invasion were 58%, 18.3%, 27.5%, 44.3%, and 19.8%, respectively. The rates of central neck lymph node metastasis (CNM) and lateral neck lymph node metastasis (LNM) were 71.8% and 42.0%, respectively. Patients < 15 years old had higher rates of tumors > 10mm, aggressive subtypes, and LNM than patients aged 15-18 years old. Patients with tumors > 10mm and multifocality had higher rates of extrathyroidal extension, CNM and LNM. **Conclusion:** Pediatric PTC was mainly found in female patients, 15-18 years old. The patients < 15 years old, tumor size > 10mm, and multifocality showed more aggressive features compared to others.

Keywords: Papillary thyroid carcinoma, clinicopathological characteristics, children.

Ngày nhận bài: 27/03/2025, ngày chấp nhận đăng: 6/6/2025

* Tác giả liên hệ: ngominhhanh108@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Hiệp hội Tuyến giáp Hoa Kỳ, ung thư biểu mô tuyến giáp (UTBMTG) ở trẻ em được định nghĩa là UTBMTG gặp ở bệnh nhân nhỏ hơn hoặc bằng 18 tuổi¹. UTBMTG là bệnh hiếm gặp nhưng lại là bệnh lý ác tính phổ biến nhất của tuyến nội tiết ở trẻ em¹. Bệnh có xu hướng gia tăng với tỷ lệ mắc tăng trên 4% mỗi năm, chủ yếu do sự gia tăng của UTBMTG thể nhú².

Tại thời điểm phát hiện bệnh, UTBMTG ở trẻ em thường có mức độ tiến triển cao hơn với tỷ lệ xâm lấn ngoài tuyến giáp, di căn hạch cổ và di căn phổi cao hơn so với các lứa tuổi khác^{3,4}. Tuy nhiên, tiên lượng của UTBMTG thể nhú ở trẻ em rất tốt, tỷ lệ sống toàn bộ sau 30 năm trên 95%⁵. UTBMTG thể nhú là tít mô học hay gặp nhất, chiếm trên 85% UTBMTG thể biệt hoá ở trẻ em^{6,7}.

Sự khác biệt về mặt lâm sàng, mô bệnh học và đáp ứng điều trị giữa trẻ em và người lớn mắc UTBMTG nhấn mạnh việc đưa ra các khuyến nghị cụ thể cho trẻ em. Hơn nữa, đặc điểm UTBMTG giữa các khu vực khác nhau có thể khác nhau. Các nghiên cứu cỡ mẫu lớn luôn được khuyến cáo. Tuy nhiên, phần lớn các nghiên cứu trước đây đều thực hiện ở một trung tâm với cỡ mẫu nhỏ. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *"Mô tả đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học UTBMTG thể nhú ở trẻ em"*. Theo hiểu biết của nhóm nghiên cứu, đây là nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn nhất, khảo sát các đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học của UTBMTG thể nhú ở trẻ em Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Gồm 131 bệnh nhân trẻ em (≤ 18 tuổi) được phẫu thuật cắt tuyến giáp, có hoặc không vét hạch cổ; chẩn đoán mô bệnh học sau mổ là UTBMTG thể nhú tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 và Bệnh viện K3 từ tháng 1 năm 2015 đến tháng 6 năm 2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Bệnh nhân ≤ 18 tuổi; được phẫu thuật cắt tuyến giáp (cắt thy và eo tuyến giáp hoặc cắt toàn bộ tuyến giáp), có hoặc không vét hạch cổ. Chẩn đoán

mô bệnh học là UTBMTG thể nhú. Có đủ hồ sơ bệnh án, khối nén lưu trữ bệnh phẩm.

Tiêu chuẩn loại trừ

Kết quả mô bệnh học sau mổ không phải UTBMTG thể nhú (thể nang, thể tủy, thể không biệt hóa, sarcoma, u lympho ác tính, di căn ung thư từ nơi khác đến tuyến giáp...). Bệnh nhân đã được phẫu thuật UTBMTG trước đó. Không đủ hồ sơ bệnh án và khối nén lưu trữ bệnh phẩm.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu toàn bộ có chủ đích do UTBMTG là bệnh lý hiếm gặp ở trẻ em.

Cách tiến hành nghiên cứu:

Thu thập danh sách các bệnh nhân trẻ em được chẩn đoán UTBMTG thể nhú tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 và Bệnh viện K3 từ tháng 1 năm 2015 đến tháng 6 năm 2024. Tìm lại tất cả tiêu bản u và hạch (nếu có) của các bệnh nhân đã được lựa chọn.

Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu: Hồ sơ bệnh án, ghi nhận các thông tin về tuổi, giới tính, phương pháp phẫu thuật và vét hạch, nhận định của phẫu thuật viên trong quá trình phẫu thuật về sự xâm lấn của u vào cơ, khí quản, thực quản, thần kinh quặt ngược.

Đọc lại các tiêu bản u và hạch, ghi nhận các đặc điểm mô bệnh học theo phân loại WHO 2022.

Biến số nghiên cứu

Tuổi: Chia thành hai nhóm < 15 tuổi và 15-18 tuổi. Giới tính: Nam, nữ.

Kích thước: Chia thành hai nhóm ≤ 10 mm và > 10 mm.

Vị trí: U ở một thùy, eo hay ở hai thùy tuyến giáp.

Số lượng: Nột u hay nhiều u.

Tít mô học của u: Định tít mô học của u theo WHO 2022.

Xâm lấn ra ngoài tuyến giáp của u: Khi u xâm lấn mô xơ mỡ hay xâm lấn vào cơ và các cấu trúc chính của vùng cổ.

Xâm nhập mạch máu; viêm tuyến giáp mạn tính.

Tình trạng di căn hạch, vị trí hạch di căn.

Với các bệnh nhân không được vét hạch do không có bằng chứng di căn hạch qua khám lâm sàng và các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh hoặc đánh giá trong mổ thì được xếp vào nhóm không có hạch di căn tại thời điểm chẩn đoán.

Xử lý số liệu:

Số liệu được quản lý bằng phần mềm Exel. Các phân tích thống kê được thực hiện bằng phần mềm

SPSS phiên bản 29.0. Dùng phép kiểm χ^2 hoặc Fisher' Exact test để kiểm định ý nghĩa thống kê khi so sánh các tỷ lệ. Sự khác biệt giữa các nhóm nghiên cứu được ghi nhận khi giá trị $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Hà Nội, số 2998/QĐ-ĐHYHN, ngày 21 tháng 6 năm 2024.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học UTBMTG thể nhú ở trẻ em

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học UTBMTG thể nhú ở trẻ em

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi (năm)	< 15	38	29,0
	15-18	93	71,0
Giới tính	Nữ	89	67,9
	Nam	42	32,1
Kích thước u (mm)	≤ 10	55	42,0
	> 10	76	58,0
Vị trí khối u	Một bên	107	81,7
	Hai bên	24	18,3
Đa ổ	Không	95	72,5
	Có	36	27,5
Các dưới típ mô bệnh học	Dưới típ không tiến triển	117	89,3
	Dưới típ kinh điển	115	87,7
	Dưới típ giống u Warthin	1	0,8
	Dưới típ có vỏ	1	0,8
	Dưới típ tiến triển	14	10,7
	Dưới típ đặc	1	0,8
	Dưới típ xơ hóa lan tỏa	12	9,1
	Dưới típ tế bào cao	1	0,8
U xâm lấn ngoài tuyến giáp	Không	73	55,7
	Có	58	44,3
U xâm nhập mạch máu	Không	105	80,2
	Có	26	19,8
Viêm tuyến giáp mạn tính	Không	99	75,6
	Có	32	24,4
Di căn hạch cổ trung tâm	Không	37	28,2
	Có	94	71,8
Di căn hạch cổ bên	Không	76	58,0
	Có	55	42,0

Bệnh nhi mắc UTBMTG thể nhú chủ yếu là nữ (67,9%), tuổi từ 15 - 18 (71,0%); khối u có kích thước > 10mm (58,0%); thể mô bệnh học dưới típ kinh điển chiếm 87,7%, trong khi dưới típ tiến triển chỉ gặp ở 14 bệnh nhân (10,7%).

Tỷ lệ u ở hai thùy, đa ổ, xâm lấn ngoài tuyến giáp và xâm nhập mạch máu lần lượt là 18,3%, 27,5%, 44,3% và 19,8%. Viêm tuyến giáp mạn tính gặp ở 32 bệnh nhân (24,4%).

Tỷ lệ di căn hạch cổ trong UTBMTG thể nhú ở trẻ em cao. Tỷ lệ di căn hạch cổ trung tâm và di căn hạch cổ bên tương ứng là 71,8% và 42%.

3.2. Mối liên quan giữa các đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học UTBMTG thể nhú ở trẻ em

Bảng 2. Mối liên quan giữa tuổi, giới với đặc điểm mô bệnh học UTBMTG thể nhú ở trẻ em

Đặc điểm		Tuổi (n, %)		p	Giới (n, %)		p
		< 15	15-18		Nữ	Nam	
Kích thước u (mm)	≤ 10	10 (26,3)	45 (48,4)	0,020	36 (40,4)	19 (45,2)	0,604
	> 10	28 (73,7)	48 (51,6)		53 (59,6)	23 (54,8)	
Vị trí khối u	Một bên	29 (76,3)	78 (83,9)	0,310	74 (83,1)	33 (78,6)	0,528
	Hai bên	9 (23,7)	15 (16,1)		15 (16,9)	9 (21,4)	
Đa ổ	Không	24 (63,2)	71 (76,3)	0,125	68 (76,4)	27 (64,3)	0,147
	Có	14 (36,8)	22 (23,7)		21 (23,6)	15 (35,7)	
Dưới típ tiến triển	Không	29 (76,3)	88 (94,6)	0,004	79 (88,8)	38 (90,5)	1,000
	Có	9 (23,7)	5 (5,4)		10 (11,2)	4 (9,5)	
Xâm lấn ngoài tuyến giáp	Không	20 (52,6)	53 (57,0)	0,649	49 (55,1)	24 (57,1)	0,822
	Có	18 (47,4)	40 (43,0)		40 (44,9)	18 (42,9)	
U xâm nhập mạch máu	Không	27 (71,1)	78 (83,9)	0,095	74 (83,1)	31 (73,8)	0,211
	Có	11 (28,9)	15 (16,1)		15 (16,9)	11 (26,2)	
Viêm tuyến giáp mạn tính	Không	27 (71,1)	72 (77,4)	0,442	65 (73,0)	34 (81,0)	0,325
	Có	11 (28,9)	21 (22,6)		24 (27,0)	8 (19,0)	
Di căn hạch cổ trung tâm	Không	8 (21,1)	29 (31,2)	0,243	27 (30,3)	10 (23,8)	0,439
	Có	30 (78,9)	64 (68,8)		62 (69,7)	32 (76,2)	
Di căn hạch cổ bên	Không	16 (42,1)	60 (64,5)	0,018	57 (64,0)	19 (45,2)	0,042
	Có	22 (57,9)	33 (35,5)		32 (36,0)	23 (54,8)	

Bệnh nhi dưới 15 tuổi có tỷ lệ khối u kích thước u > 10mm, tỷ lệ dưới típ tiến triển, tỷ lệ di căn hạch cổ bên cao hơn có ý nghĩa thống kê so với các bệnh nhân từ 15 đến 18 tuổi ($p < 0,05$).

Không có sự khác biệt giữa các bệnh nhân nam và nữ về phần lớn các đặc điểm mô bệnh học ($p > 0,05$). Bệnh nhân nam có tỷ lệ di căn hạch cổ bên cao hơn có ý nghĩa thống kê so với bệnh nhân nữ ($p < 0,05$).

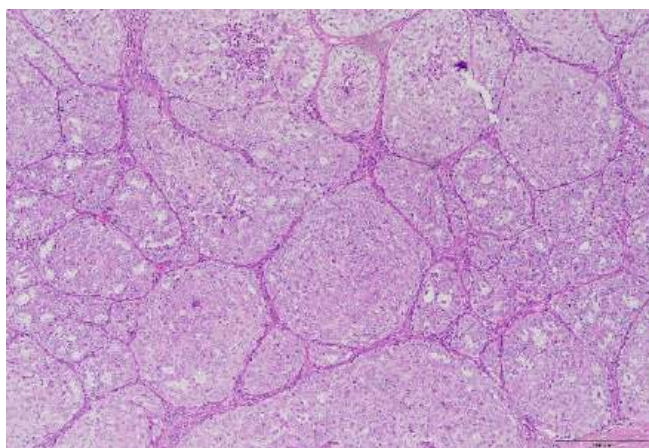
Bảng 3. Mối liên quan giữa kích thước, số lượng u với các đặc điểm mô bệnh học khác trong UTBMTG thể nhú ở trẻ em

Đặc điểm		Kích thước u (mm, n (%))		p	Số lượng u (n, %)		p
		≤ 10	> 10		Đơn ổ	Đa ổ	
Dưới típ tiến triển	Không	52 (94,5)	65 (85,5)	0,099	86 (90,5)	31 (86,1)	0,465
	Có	3 (5,5)	11 (14,5)		9 (9,5)	5 (13,9)	
Xâm lấn ngoài tuyến giáp	Không	39 (70,9)	34 (44,7)	0,003	60 (63,2)	13 (36,1)	0,005
	Có	16 (29,1)	42 (55,3)		35 (36,8)	23 (63,9)	
U xâm nhập mạch máu	Không	49 (89,1)	56 (73,7)	0,029	80 (84,2)	25 (69,4)	0,059
	Có	6 (10,9)	20 (26,3)		15 (15,8)	11 (30,6)	
Viêm tuyến giáp mạn tính	Không	45 (81,8)	54 (71,1)	0,157	76 (80,0)	23 (63,9)	0,055
	Có	10 (18,2)	22 (28,9)		19 (20,0)	13 (36,1)	
Di căn hạch cổ trung tâm	Không	23 (41,8)	14 (18,4)	0,003	32 (33,7)	5 (13,9)	0,025
	Có	32 (58,2)	62 (81,6)		63 (66,3)	31 (86,1)	
Di căn hạch cổ bên	Không	40 (72,7)	36 (47,4)	0,004	65 (68,4)	11 (30,6)	< 0,001
	Có	15 (27,3)	40 (52,6)		30 (31,6)	25 (69,4)	

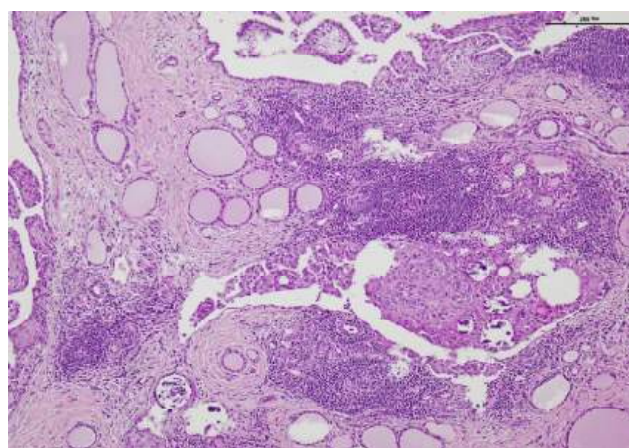
U có kích thước > 10mm có tỷ lệ xâm lấn ngoài tuyến giáp, xâm nhập mạch máu, di căn hạch cổ trung tâm, di căn hạch cổ bên cao hơn có ý nghĩa thống kê so với các khối u có kích thước ≤ 10mm ($p < 0,05$). Không thấy sự khác biệt về các đặc điểm khác giữa các nhóm kích thước u ($p > 0,05$).

Các bệnh nhi đa khối u có tỷ lệ u xâm lấn ngoài tuyến giáp, di căn hạch cổ trung tâm và di căn hạch cổ bên cao hơn có ý nghĩa thống kê so với các bệnh nhi có một khối u ($p < 0,05$).

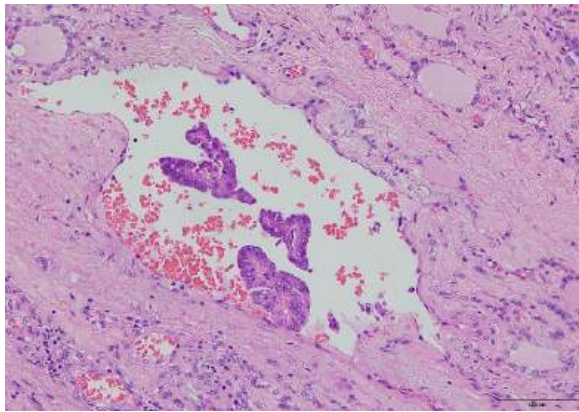
3.3. Một số hình ảnh mô bệnh học UTBMTG ở trẻ em



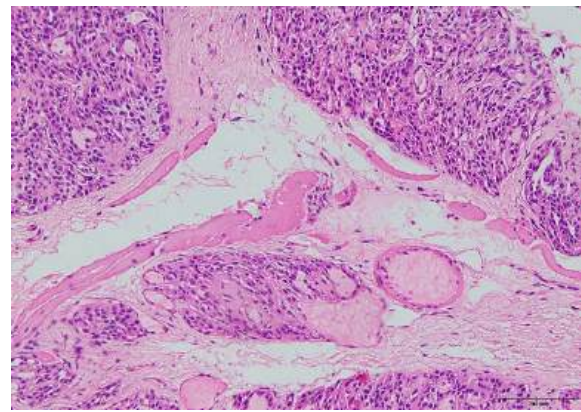
Hình 1. UTBMTG thể nhú dưới típ đặc (HE, 100X, 22A2856)



Hình 2. UTBMTG thể nhú dưới típ xơ hóa lan tỏa (HE, 100X, 23C2102)



Hình 3. Mô u xâm nhập mạch máu (HE, 200X, A4521)



Hình 4. Mô u xâm nhập cơ vân (HE, 200X, A5785)

IV. BÀN LUẬN

UTBMTG là bệnh lý hiếm gặp ở trẻ em, chiếm tỷ lệ thấp trong tổng số các ung thư ở độ tuổi này, trong đó tít mô học chủ yếu là UTBMTG thể nhú ^{6,7}. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn bệnh nhi là nữ, độ tuổi từ 15 -18, phù hợp với xu hướng chung được ghi nhận ở nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Ngô Quốc Duy (2022) đã ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân nữ gấp hai lần bệnh nhân nam, với 67,7% số bệnh nhân nằm trong nhóm tuổi từ 15 đến 18 ⁶. Tương tự, Nguyễn Văn Lộc và cộng sự (2021) báo cáo tỷ lệ nữ/nam là 4,66/1, nhóm tuổi từ 15 đến 18 tuổi chiếm 69,4% ⁷. Nghiên cứu trên quy mô lớn của Sharma và cộng sự (2020) ở 2271 bệnh nhân cũng cho thấy bệnh nhân nữ chiếm 81,8%, nhóm tuổi từ 15 - 18 tuổi chiếm 77,3% ⁸. Những dữ liệu này củng cố nhận định rằng UTBMTG thể nhú ở trẻ em có xu hướng xuất hiện muộn trong tuổi thiếu niên và ưu thế rõ rệt ở nữ giới.

Kích thước khối u tại thời điểm chẩn đoán là một yếu tố tiên lượng quan trọng. Các nghiên cứu về UTBMTG ở trẻ em cho thấy tại thời điểm chẩn đoán, u thường có kích thước lớn, đa số u có kích thước > 10mm ^{6,7}. Tương tự như các báo cáo trước, các bệnh nhi trong nghiên cứu này phần lớn có kích thước u > 10mm. Điều này cho thấy bệnh thường được phát hiện muộn, có thể do triệu chứng nghèo nàn. Dưới tít mô học chủ yếu là dưới tít kinh điển, chiếm 87,7% số bệnh nhân, phù hợp với tỷ lệ được báo cáo trên 80% trong các tài liệu ^{6,7}. Dưới tít tiến

triển gặp ở 14 bệnh nhân (10,7%), trong đó dưới tít xơ hóa lan tỏa là phổ biến nhất (9,1%). Ở trẻ em, dưới tít xơ hóa lan tỏa thường liên quan đến viêm tuyến giáp mạn tính lympho bào, với xu hướng di căn hạch và phổi vào thời điểm chẩn đoán ban đầu. Tuy nhiên, tiên lượng sống không khác biệt đáng kể so với UTBMTG thể nhú dưới tít kinh điển ⁹.

Các đặc điểm thể hiện mức độ ác tính cao hơn của UTBMTG thể nhú như đa ổ, xâm lấn ngoài tuyến giáp được ghi nhận với tỷ lệ tương đối cao, lần lượt là 27,5% và 44,3%. Tỷ lệ này tương đồng với Yue Jie và cộng sự (2023), lần lượt là 26,4% và 52,8% ¹⁰. Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi cao hơn của Ngô Quốc Duy (2022), với tỷ lệ tương ứng là 21,2% và 34,3% ⁶. Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu lớn hơn hoặc tiêu chuẩn đánh giá chi tiết hơn, bao gồm cả xâm lấn mô xơ mỡ trên vi thể cũng được đánh giá và ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi.

Di căn hạch cổ là đặc điểm thường gặp trong UTBMTG thể nhú. Tỷ lệ di căn hạch cổ trung tâm và di căn hạch cổ bên trong nghiên cứu lần lượt là 71,8% và 42%, tương đồng với các báo cáo trong nước và quốc tế ^{6,7}. Đây là yếu tố tiên lượng quan trọng vì liên quan chặt chẽ đến nguy cơ tái phát tại chỗ.

Khi phân tích theo nhóm tuổi, chúng tôi ghi bệnh nhi dưới 15 tuổi có tỷ lệ khối u kích thước > 10mm, dưới tít tiến triển và di căn hạch cổ bên cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm từ 15 đến 18 tuổi. Điều này phù hợp với nhận định rằng UTBMTG thể nhú ở trẻ nhỏ thường biểu hiện mức độ ác tính cao hơn. Một số nghiên cứu cho thấy ở bệnh nhi

dưới 15 tuổi, u tuyến giáp biểu hiện mức độ ác tính cao hơn so với các bệnh nhi trên 15 tuổi. Do đó, có quan điểm đề nghị lấy 15 tuổi là giới hạn cho UTBMTG ở trẻ em thay vì 18 tuổi¹¹. Ngô Quốc Duy (2022) cũng ghi nhận tỷ lệ di căn hạch cổ hơn ở nhóm bệnh nhi dưới 15 tuổi⁶.

Về giới, một số tác giả đã chứng minh nam giới có xu hướng mắc UTBMTG thể nhú biểu hiện bệnh nặng hơn, thể hiện qua tỷ lệ di căn hạch cổ, di căn xa và tái phát cao hơn so với bệnh nhân nữ¹². Do vậy, UTBMTG ở nam giới nên được quản lý và điều trị tích cực hơn. Tuy nhiên, nghiên cứu khác cho thấy tiên lượng ở hai giới là như nhau khi có cùng yếu tố ảnh hưởng như tuổi, kích thước u, tình trạng di căn hạch cổ và xâm lấn ngoài tuyến giáp¹³. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ di căn hạch cổ bên ở trẻ nam cao hơn có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên, các đặc điểm mô bệnh học khác không khác biệt giữa hai giới. Điều này cho thấy giới tính có thể là yếu tố nguy cơ độc lập, cần nghiên cứu sâu hơn.

Kích thước khối u là một yếu tố tiên lượng quan trọng, giúp xác định giai đoạn trong phân loại TNM. So với các khối u có kích thước $\leq 10\text{mm}$, các khối u có kích thước $> 10\text{mm}$ thường có mức độ ác tính cao hơn với tỷ lệ u xâm lấn ngoài tuyến giáp, di căn hạch cổ cao hơn^{6,9}. Kết quả của chúng tôi phù hợp với các phát hiện trên. Khối u có kích thước $> 10\text{mm}$ có tỷ lệ xâm lấn ngoài tuyến giáp, xâm nhập mạch máu, di căn hạch cổ trung tâm và di căn hạch cổ bên cao hơn có ý nghĩa thống kê so với các khối u có kích thước $\leq 10\text{mm}$. Đây là bằng chứng bổ sung cho nhận định rằng khối u lớn có liên quan đến tiên lượng xấu.

UTBMTG thể nhú đa ổ chiếm tỷ lệ khá cao (25-42%) và có liên quan đến tiên lượng xấu ở trẻ em¹⁴. Theo Young Ah Lee và cộng sự (2015), bệnh nhi mắc UTBMTG thể nhú đa ổ có nguy cơ tái phát cao hơn so với bệnh nhân trưởng thành¹⁵. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có đa ổ ghi nhận tỷ lệ u xâm lấn ngoài tuyến giáp, di căn hạch cổ trung tâm và di căn hạch cổ bên cao hơn rõ rệt so với nhóm đơn ổ.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế. Thứ nhất, nghiên cứu chỉ khảo sát các đặc điểm lâm

sàng, mô bệnh học mà chưa có kết quả điều trị. Thứ hai, các xét nghiệm khảo sát các đột biến gen chưa được thực hiện. Các biến đổi di truyền phổ biến nhất trong UTBMTG ở trẻ em là *RET-PTC* và *NTRK*, trong khi các đột biến khác ít gặp hơn (*BRAF* và *NRAS*) hoặc rất hiếm gặp (đột biến *TERT*)^{4,9}. Có thể sự khác biệt về phân tử là một trong những lý do dẫn đến sự khác biệt về biểu hiện lâm sàng và đáp ứng điều trị giữa trẻ em và người lớn mắc UTBMTG. Do đó, các nghiên cứu đa trung tâm với cỡ mẫu lớn hơn, kết hợp phân tích gen và theo dõi dài hạn là cần thiết để hiểu rõ hơn về đặc điểm mô bệnh học và tiên lượng của UTBMTG thể nhú ở trẻ em Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 131 bệnh nhi mắc UTBMTG thể nhú, chúng tôi nhận thấy:

UTBMTG thể nhú ở trẻ em chủ yếu gặp ở nữ giới, độ tuổi từ 15 đến 18 tuổi; dưới típ mô bệnh học kinh điển là thể phổ biến nhất. Bệnh biểu hiện độ ác tính cao với tỷ lệ đa ổ, u xâm lấn ngoài tuyến giáp, di căn hạch cổ cao.

Nhóm bệnh nhi dưới 15 tuổi có đặc điểm bệnh lý ác tính hơn so với nhóm từ 15-18 tuổi, với tỷ lệ kích thước khối u lớn, dưới típ tiến triển và di căn hạch cổ bên cao hơn. Kích thước khối u $> 10\text{mm}$ và đa ổ có liên quan đến mức độ ác tính cao.

Hướng nghiên cứu tiếp theo nên tập trung vào việc đánh giá kết quả điều trị dài hạn và tỷ lệ tái phát nhằm làm rõ tiên lượng bệnh; đồng thời, cần phân tích mối liên quan giữa các đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và các biến đổi di truyền thường gặp như *RET-PTC*, *NTRK*, *BRAF* để hiểu rõ hơn cơ chế bệnh sinh ở trẻ em. Bên cạnh đó, việc xây dựng chiến lược chẩn đoán sớm và phân tầng nguy cơ phù hợp với đặc điểm dịch tễ và mô bệnh học của trẻ em tại Việt Nam là cần thiết nhằm tối ưu hóa quản lý và điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Francis GL, Waguespack SG, Bauer AJ et al (2015) *Management guidelines for children with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer*. *Thyroid* 25(7): 716-759.

2. Bernier MO, Withrow DR, Berrington de Gonzalez A et al (2019) *Trends in pediatric thyroid cancer incidence in the United States, 1998-2013*. Cancer 125(14): 2497-2505.
3. Al-Qurayshi Z, Hauch A, Srivastav S et al (2016) *National Perspective of the Risk, Presentation, and Outcomes of Pediatric Thyroid Cancer*. JAMA Otolaryngology- Head & Neck Surgery 142(5): 472-478.
4. Oishi N, Kondo T, Nakazawa T et al (2017) *Frequent BRAF V600E and Absence of TERT Promoter Mutations Characterize Sporadic Pediatric Papillary Thyroid Carcinomas in Japan*. Endocrine Pathology 28(2): 103-111.
5. Golpanian S, Perez EA, Tashiro J et al (2016) *Pediatric papillary thyroid carcinoma: Outcomes and survival predictors in 2504 surgical patients*. Pediatric Surgery International 32(3): 201-208.
6. Ngô Quốc Duy (2022) *Nghiên cứu kết quả điều trị ung thư tuyến giáp ở trẻ em*. Luận án tiến sĩ y học. Đại học Y Hà Nội.
7. Nguyễn Văn Lộc, Trần Ngọc Lương, Phan Hoàng Hiệp (2021) *Đặc điểm bệnh học và kết quả sớm phẫu thuật ung thư tuyến giáp biệt hóa ở trẻ em tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương*. Tạp chí Nhi khoa 14(4), tr. 23-28.
8. Sharma RK, Huang B, Lee JA et al (2021) *Trends and Outcomes of Surgical Management of Primary Papillary Carcinoma in the Pediatric Population*. Journal of Surgical Research 263: 207-214.
9. Lebbink CA, Links TP, Czarniecka A et al (2022) *management of pediatric thyroid nodules and differentiated thyroid carcinoma*. European Thyroid Journal 11(6): 220146.
10. Jie Y, Ruan J, Cai Y et al (2023) *Comparison of ultrasonography and pathology features between children and adolescents with papillary thyroid carcinoma*. Heliyon 9(1): 12828.
11. Sugino K, Nagahama M, Kitagawa W et al (2022) *Cutoff Age Between Pediatric and Adult Thyroid Differentiated Cancer: Is 18 Years Old Appropriate?* Thyroid 32(2): 145-152.
12. Siraj AK, Parvathareddy SK, Annaiyappanaidu P et al (2022) *Male Sex Is an Independent Predictor of Recurrence-Free Survival in Middle Eastern Papillary Thyroid Carcinoma*. Frontiers in Endocrinology (Lausanne) 13:777345.
13. Yorke E, Melck A, Wiseman SM (2016) *Impact of sex on the clinicopathological characteristics and prognosis of papillary thyroid cancer*. Canadian Journal of Surgery 59(4): 287-288.
14. Shaha AR, Poorten VV, Tuttle RM (2020) *Multifocality in papillary thyroid carcinoma-An unresolved controversy*. European Journal of Surgical Oncology 46(10 Pt A): 1777-1778.
15. Lee YA, Jung HW, Kim HY et al (2015) *Pediatric patients with multifocal papillary thyroid cancer have higher recurrence rates than adult patients: a retrospective analysis of a large pediatric thyroid cancer cohort over 33 years*. Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism 100(4): 1619-1629.