

NGHIÊN CỨU TỶ LỆ CÁC BIẾN THỂ MÔ BỆNH HỌC CỦA UNG THƯ BIỂU MÔ NHÚ TUYẾN GIÁP THEO PHÂN LOẠI TỔ CHỨC Y TẾ THẾ GIỚI NĂM 2017

Nguyễn Đức Thắng¹, Lê Trung Thọ², Lê Phong Thu¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu tỷ lệ các biến thể mô bệnh học của ung thư biểu mô nhú tuyến giáp theo phân loại Tổ chức Y tế Thế giới năm 2017. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ các biến thể của ung thư biểu mô nhú tuyến giáp. **Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 99 trường hợp có chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô nhú tuyến giáp đã được phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ trong thời gian từ 01/2019 đến 01/2021 tại bệnh viện K cơ sở Tân Triều. Chọn mẫu có chủ đích, lấy mẫu toàn bộ. **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. Các trường hợp nghiên cứu có đầy đủ thông tin về tuổi, giới, vị trí u, bệnh phẩm đại thể sau mổ. Các trường hợp chẩn đoán nghi ngờ trên HE sẽ được nhuộm hóa mô miễn dịch để xác định nguồn gốc và/hoặc tít u. **Kết quả và kết luận:** Tuổi trung bình mắc bệnh là $37,5 \pm 14,9$; tỷ lệ nữ/nam là 7,3/1; u thường gặp ở thùy phải chiếm 43,4%. Xác định được 10/15 biến thể; tần suất như sau: Biến thể thông thường (21,2%), vi ung thư biểu mô nhú (17,2%), xơ hóa lan tỏa (16,2%), tế bào cao (16,2%), có vỏ (11,1%), nang (9,1%), ái toan (6,0%) và 1% các biến thể dạng sàng phôi dâu, giống Warthin và đặc. Các kết quả nghiên cứu đã được so sánh và bàn luận.

Từ khóa: Mô bệnh học, biến thể, ung thư biểu mô nhú tuyến giáp.

SUMMARY

THE STUDY OF HISTOPATHOLOGICAL VARIANTS' RATE OF PAPILLARY THYROID CARCINOMA ACCORDING TO WORLD HEALTH ORGANIZATION'S CLASSIFICATION IN 2017

The study of histopathological variants' rate of papillary thyroid carcinoma is according to World Health Organization's classification in 2017.

Objective: Determine the variants' rate of papillary thyroid carcinoma. **Subjects:** Includes 99 patients with diagnosis of papillary thyroid carcinoma, who had total thyroidectomy and lymph node dissection from 01/2019 to 01/2021 in Viet Nam National Cancer Hospital, Tan Trieu campus. Sampling was purposive and took all cases. **Research methods:** The cross-sectional descriptive study was done. All research cases had full enough information about age, gender,

tumor site, gross after surgery. The suspicious cases in HE were stained by immunohistochemistry to determine the origin and/or tumor subtypes. **Results and conclusion:** The disease's average-age was $37,5 \pm 14,9$ years old, the rate of women/men was 7,3/1; tumors were usually in the right lobe with 43,4%. 10/15 variants were determined and their rate as following: Conventional variant (21,2%), papillary microcarcinoma (17,2%), diffuse sclerosing variant (16,2%), tall cell variant (16,2%), encapsulated variant (11,1%), follicular variant (9,1%), oncocytic variant (6,0%) and 1% other variants with cribriform – morular variant, warthin-like variant and solid variant. All research results were compared and discussed.

Keywords: histopathological, variant, papillary thyroid carcinoma

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tuyến giáp (UTBMTG) là bệnh lý ác tính của hệ thống nội tiết trong cơ thể. Theo thống kê của Globocan năm 2020, UTBMTG đứng thứ 9 trong số các ung thư phổ biến trên thế giới với 586.202 số trường hợp mắc mới (tăng so với năm 2018) và 43.646 trường hợp tử vong. Tỷ lệ mắc bệnh ở nữ giới cao gấp 3 lần so với nam giới (10,1:3,1)[1]. Tại Việt Nam, UTBMTG đứng thứ 10 trong số các ung thư phổ biến ở hai giới và đứng thứ 7 trong số các ung thư ở nữ giới; tỷ lệ mắc bệnh ở nữ giới cao gấp 4 lần so với nam giới. UTBMTG trong thực hành lâm sàng thường được chia thành các tít mô học là nhú, nang, bất thực sản, kém biệt hóa và tùy. Trong đó, ung thư biểu mô nhú tuyến giáp (UTBMNTG) là tít hay gặp nhất, chiếm trên 80% các UTBMTG và thường có tiên lượng tốt [2]. UTBMNTG có nhiều biến thể mà mỗi biến thể có đặc điểm mô bệnh học, điều trị lâm sàng và tiên lượng khác nhau. Trong bảng phân loại mô bệnh học mới nhất của UTBMTG năm 2017 đã đề cập đến 15 biến thể khác nhau của UTBMNTG, trong đó có những biến thể hiếm gặp không được đề cập trong các phân loại trước đó có mối liên quan khác nhau với tuổi, giới, đặc điểm mô bệnh học cũng như kết quả điều trị và tiên lượng khác nhau. Trong đó, một số biến thể có nguy cơ cao và tiên lượng xấu như biến thể xơ hóa lan tỏa, tế bào cao, tế bào trụ, tế bào đinh mũ (hobnail) và đặc [3]. Nhiều công trình nghiên cứu đã khẳng định việc chẩn đoán các biến thể hiếm này dựa trên đặc điểm mô bệnh học và/hoặc hóa mô

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Thắng

Email: nguyenducthangykt@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.5.2021

Ngày phản biện khoa học: 5.7.2021

Ngày duyệt bài: 19.7.2021

miễn dịch của bệnh phẩm sau mổ là thực sự cần thiết và hữu ích cho các nhà lâm sàng để từ đó đưa ra được phác đồ điều trị phù hợp và tiên lượng bệnh nhân. Việc áp dụng phân loại các biến thể của UTBMNTG dựa trên đặc điểm mô bệnh học theo phân loại Tổ chức Y tế Thế giới (TCYTTC) năm 2017 ở Việt Nam còn chưa nhiều. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Xác định tỷ lệ các biến thể của ung thư biểu mô nhú tuyến giáp theo phân loại Tổ chức Y tế Thế giới năm 2017.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 99 trường hợp được chẩn đoán mô bệnh học là các biến thể của ung thư biểu mô nhú tuyến giáp tại Trung tâm Giải phẫu bệnh – Sinh học phân tử bệnh viện K, cơ sở Tân Triều từ 01/2019 đến 1/2021.

- Tiêu chuẩn lựa chọn

+ Các trường hợp UTBMNTG nguyên phát được cắt bỏ toàn bộ tuyến giáp và có đầy đủ thông tin về giới, tuổi, vị trí u.

+ Các trường hợp nghiên cứu phải có đầy đủ

khối nén để có thể cắt nhuộm HE và/hoặc nhuộm hóa mô miễn dịch.

- Tiêu chuẩn loại trừ

+ Trường hợp không thỏa mãn bất kỳ tiêu chuẩn chọn mẫu nào nêu trên.

+ Bệnh nhân có kèm theo các ung thư khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

- Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn mẫu có chủ đích, lấy mẫu toàn bộ.

- Biến số nghiên cứu: Phân bố người bệnh theo nhóm tuổi, giới, vị trí u, xác định tỷ lệ các biến thể.

- Quy trình tiến hành nghiên cứu:

- Thu thập thông tin tuổi, giới, vị trí u trên phiếu xét nghiệm

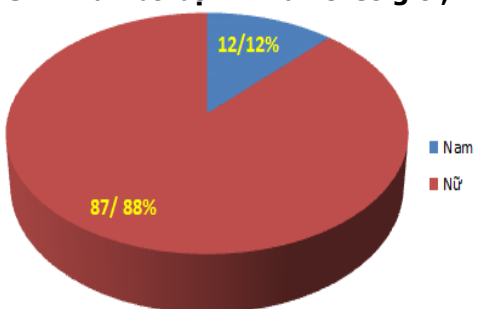
- Định biến thể UTBMNTG theo tiêu chuẩn phân loại của TCYTTC 2017 trên tiêu bản HE của 99 trường hợp.

- Phương pháp xử lý số liệu:

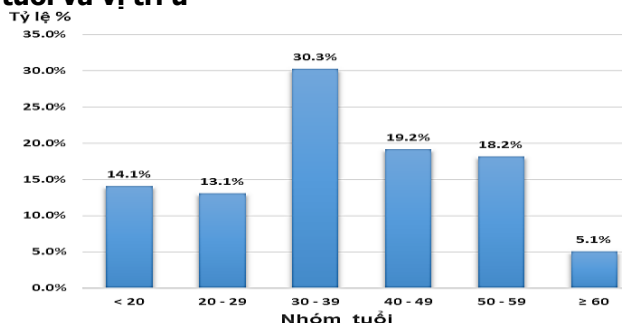
Các số liệu được xử lý trên máy tính bằng phương pháp thống kê y học và phần mềm SPSS 22.0, tỷ lệ phần trăm, số lượng trung bình.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Phân bố bệnh nhân theo giới, nhóm tuổi và vị trí u



Biểu đồ 3.1. Phân bố người bệnh theo giới



Biểu đồ 3.2 Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Bảng 3.1 Phân bố bệnh nhân theo vị trí khối u

Vị trí u	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thùy phải	43	43,4
Thùy trái	38	38,4
Eo giáp	0	0
2 Thùy	18	18,2
Tổng	99	100

Nhận xét: - Bệnh gặp chủ yếu ở nữ (87/99 trường hợp ≈87,9%). Tỷ lệ nữ/nam là 7,3/1.

- Trong nghiên cứu, bệnh nhân trẻ nhất là 6 tuổi, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 71 tuổi. Tuổi trung bình là 37,5 ± 14,9 tuổi.

- Nhóm tuổi có tỷ lệ cao nhất là 30-39 (30,3%), đứng thứ 2 là nhóm tuổi 40 - 49 với 19,2%. Nhóm tuổi ≥ 60 tuổi có tỷ lệ thấp nhất (5,1%).

- U ở thùy phải chiếm tỷ lệ cao nhất với 43 trường hợp (43,3%), sau đó là ở thùy phải (38,4%), hai thùy (18,2%). Không gặp u ở eo tuyến giáp.

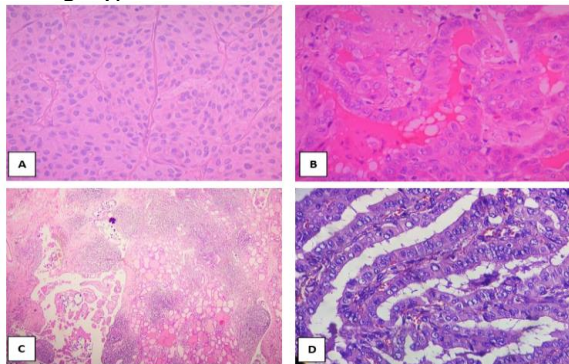
3.3. Tỷ lệ các biến thể mô bệnh học của ung thư biểu mô nhú tuyến giáp

Bảng 3.2. Tỷ lệ các biến thể ung thư biểu mô nhú tuyến giáp

Các biến thể	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Vi ung thư biểu mô nhú	17	17,2
Biến thể có vò	11	11,1
Biến thể dạng sàng/phôi dâu	1	1,0
Biến thể thông thường	21	21,2
Biến thể nang	9	9,1
Biến thể giống Warthin	1	1,0

Biến thể tế bào cao	16	16,2
Biến thể đặc	1	1,0
Biến thể xơ hóa lan tỏa	16	16,2
Biến thể tế bào ái toan	6	6,0
Tổng	99	100%

Nhận xét: Chúng tôi xác định được 10 biến thể UTBMNTG, tần suất các biến thể giảm dần theo thứ tự sau: biến thể thông thường chiếm nhiều nhất (21,2%), biến thể vi ung thư biểu mô nhú (17,2%), biến thể tế bào cao và biến thể xơ hóa lan tỏa (đều cùng 16,2%), biến thể có vỏ (11,1%), biến thể nang (9,1%) và biến thể tế bào ái toan (6,0%). Còn lại 03 trường hợp biến thể dạng sàng - phôi dậu, biến thể giống Warthin, biến thể đặc, mỗi biến thể chỉ gặp 1 trường hợp.



Hình 1.1 Một số biến thể ung thư biểu mô nhú tuyến giáp

A. Biến thể đặc (HE,400X): Các tế bào u sắp xếp chủ yếu dạng đặc/bè. (BN Chu Thị L, mã tiêu bản: K3-20-92998).

B. Biến thể tế bào ái toan (HE,400X): Các tế bào u có bào tương rộng, dạng hạt, ái toan; sắp xếp dạng nhú và dạng nang. (BN Lại Thị T, mã tiêu bản: K3-21-02778).

C. Biến thể xơ hóa lan tỏa (HE,40X): Các tế bào u tăng sinh lan tỏa trên nền mô đệm xơ hóa, thâm nhiễm nhiều lympho và thể cát. (BN Hoàng Bích T, mã tiêu bản: K3-19-67774).

D. Biến thể tế bào cao (HE,400X): Các tế bào u với chiều cao gấp 2 - 3 lần chiều rộng (BN Bùi Thị T, mã tiêu bản: K3-20-43293).

IV. BÀN LUẬN

4.1 Phân bố bệnh nhân theo giới, tuổi và vị trí u. Ung thư biểu mô nhú tuyến giáp là bệnh lý ác tính của hệ thống nội tiết thường gặp ở nữ. Giống như nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nữ mắc bệnh nhiều hơn nam và tỷ lệ giữa nữ/nam là 7,3/1. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Ngọc Dũng (2012), tỷ lệ nữ/nam là 7,8/1 [4]. UTBMNTG có thể gặp ở mọi

lứa tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi nhỏ nhất là 6 tuổi và lớn nhất là 71 tuổi. Tuổi trung bình mắc bệnh là $37,5 \pm 14,9$ tuổi. Nhóm tuổi thường gặp là 30 - 39 tuổi (chiếm 30,3%); tiếp theo đến nhóm tuổi 40-49 với tỷ lệ là 19,2%. Tương đồng với nghiên cứu của Đinh Xuân Cường (2010), tuổi nhỏ nhất là 6 tuổi và lớn nhất 77 tuổi, tuổi trung bình là $38 \pm 8,6$ tuổi[5]. Như vậy, ung thư biểu mô nhú tuyến giáp gặp ở mọi lứa tuổi và tập trung nhiều từ 30 - 50 tuổi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, vị trí u hay gặp nhất ở thùy phải chiếm 43,4%, thùy trái 38,4%, hai thùy chiếm 18,2% và không gặp trường hợp nào u gặp ở eo tuyến giáp. Tương tự như nghiên cứu của Phạm Duy Đạt (2019) cho thấy u gặp nhiều nhất ở thùy phải chiếm 49,5%, thùy trái là 43,1%, vùng eo là 7,4% và không gặp u ở cả hai thùy.[6] Như vậy, UTBMNTG có thể gặp ở bất kỳ vị trí nào và vị u ở một thùy chiếm ưu thế hơn cả.

4.2 Tỷ lệ các biến thể mô bệnh học của ung thư biểu mô nhú tuyến giáp. Trong nghiên cứu, chúng tôi đã phân loại được 10 loại biến thể gồm biến thể vi ung thư biểu mô nhú, có vỏ, dạng sàng-phôi dậu, thông thường, nang, giống Warthin, tế bào cao, đặc, xơ hóa lan tỏa, ái toan.

Biến thể thông thường chúng tôi gặp 21 trường hợp (chiếm 21,2%) với đặc điểm cấu trúc nhú và biến đổi nhân điển hình trong UTBMNTG. Cấu trúc nhú chia nhánh phức tạp với trục liên kết xơ mạch ở trung tâm bao phủ bên ngoài bởi một lớp biểu mô. Tế bào u với nhân lớn, chông lấp lên nhau, màng nhân không đều, rải rác nhân khía, thể giả vùi, chất nhiễm sắc mịn đến phân tán hoặc sáng. Có thể thấy thể cát. Biến thể này chẩn đoán dựa vào sự biến đổi nhân và cấu trúc nhú. Biến thể này được xếp vào nhóm nguy cơ trung bình và thường gặp trên lâm sàng. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của Phạm Duy Đạt năm 2019 với tỷ lệ biến thể thông thường chiếm 27,4%[6].

Biến thể vi ung thư biểu mô nhú đặc điểm mô bệnh học giống với biến thể thông thường và có kích thước $u \leq 1$ cm. Tỷ lệ gặp biến thể này từ 5,6 - 35,6%[2]. Tương tự nghiên cứu của chúng tôi, biến thể này chiếm 17,2%. U có thể vô tình phát hiện trên vi thể mà không thấy trên đại thể hoặc không có triệu chứng lâm sàng. Biến thể này cần phân biệt với nhân biến đổi phản ứng trong viêm tuyến giáp mạn tính giàu lympho bào dựa vào sự thâm nhiễm nhiều dòng lympho và không sự xơ hóa. Tiên lượng của biến thể này

còn có nhiều tranh cãi vì nhiều trường hợp vi ung thư biểu mô nhú vẫn di căn hạch và di căn xa.

Biến thể xơ hóa lan tỏa là biến thể hiếm và thường gặp nữ trẻ tuổi. Nghiên cứu của Chearau (2016) có tỷ lệ 1,8%[7]. Nghiên cứu của chúng tôi thì biến thể này chiếm 16,2% cao hơn có thể do cách chọn mẫu khác nhau. Đặc điểm mô bệnh học gồm các tế bào u có nhân điển hình của UTBMNTG; cấu trúc dạng nhú hoặc nang; dị sản vảy; mô đệm xơ hóa; thâm nhiễm nhiều lympho và thể cát (hình C). Biến thể này cần phân biệt với biến viêm tuyến giáp mạn tính giàu lympho bào với ổ dị sản vảy dựa vào nhân điển hình của UTBMNTG, thể cát, xâm nhập mạch. Nghiên cứu của chúng tôi, 16/16 (100%) trường hợp đều có di căn hạch và chủ yếu gặp ở bệnh nhân dưới 45 tuổi. Biến thể này được xếp vào nhóm nguy cơ cao của UTBMNTG do u thường di căn hạch cổ và di căn xa.

Biến thể tế bào cao chúng tôi gặp 16 trường hợp (chiếm 16,2%). Tỷ lệ này cao hơn so với các nghiên cứu khác cũng là do cách chọn mẫu có chủ đích các biến thể này. Đặc điểm mô bệnh học là các tế bào u với chiều cao gấp từ 2 – 3 lần chiều rộng và các tế bào cao chiếm trên 30% tế bào u. Các đặc điểm mô bệnh học khác đều giống với biến thể thông thường (hình D). Chẩn đoán phân biệt với các biến thể thông thường, biến thể tế bào trụ, biến thể tế bào ái toan dựa vào đặc điểm hình thái tế bào u. Tương tự nghiên cứu của Song E (2018) với tỷ lệ tế bào cao là 16,1%[3]. Biến thể này cũng được xếp vào nhóm nguy cơ cao do u xâm nhập rộng, di căn hạch, di căn xa và có đột biến gen BRAF.

Biến thể nang với đặc điểm cấu trúc nang chiếm toàn bộ (100%) hoặc gần như toàn bộ. Tế bào lót lòng nang có đặc điểm nhân của UTBMNTG. Biến thể này có 2 nhóm bao gồm dạng nang xâm nhập không có vỏ bao hoặc có vỏ bao. Nghiên cứu chúng tôi gặp 9 trường hợp chiếm 9,1% cũng tương đồng với nghiên cứu Phạm Duy Đạt (2019) tỷ lệ mắc bệnh là 6,3%[6]. Phân biệt với u tuyến thể nang và ung thư biểu mô nang tuyến giáp dựa vào đặc điểm nhân UTBMNTG. Biến thể này được xếp trong nhóm nguy cơ trung bình với tỷ lệ di căn hạch thấp hơn biến thể thông thường.

Biến thể có vỏ chúng tôi gặp 11 trường hợp (chiếm 11,1%) tương đồng với tỷ lệ mắc bệnh theo thống kê TCYTTG năm 2017 là 10%[2]. Với biến thể này chúng tôi nhận thấy u thường có vỏ xơ bao quanh hoàn toàn (11/11 trường hợp), các tế bào u có nhân điển hình của UTBMNTG. 11/11 trường hợp có mẫu cấu trúc điển hình và không

có trường hợp nào có mẫu cấu trúc nang hoặc hỗn hợp cấu trúc nhú và nang. Biến thể này được xếp vào nhóm nguy cơ thấp và tiên lượng tốt.

Biến thể tế bào ái toan chúng tôi gặp 6 trường hợp (chiếm 6,0%) với tỷ lệ di căn hạch là 16,7%. Tương tự như nghiên cứu của Azadeh A Carr và cộng sự năm 2018 với tỷ lệ mắc bệnh 4,8%[8]. Biến thể này có đặc điểm gồm các cấu trúc nhú, nang, bè hoặc đặc. Tế bào u có bào tương rộng, ái toan, trong bào tương có hạt mịn hoặc thô; nhân mang đặc điểm nhân UTBMNTG (hình B). Chẩn đoán phân biệt với ung thư biểu mô tuyến giáp tế bào ái toan dựa trên đặc điểm nhân điển hình của UTBMNTG. Biến thể này được xếp vào nhóm nguy cơ giống với biến thể thông thường.

Biến thể giống Warthin là biến thể giống với u Warthin của tuyến nước bọt. Trong nghiên cứu chúng tôi gặp 1 trường hợp (1%) và không di căn hạch. Đặc điểm mô bệnh học gồm có cấu trúc nhú với trục nhú tăng sinh tế bào dạng lympho tương bào. Các tế bào u nằm trên trục nhú thường lớn, ái toan và mang đặc điểm nhân UTBMNTG. U phát triển trên nền viêm tuyến giáp mạn tính giàu lympho bào. Tiên lượng giống với biến thể thông thường[2].

Biến thể dạng sàng – phôi dâu là biến thể hiếm trong nghiên cứu chúng tôi gặp 1 trường hợp (1%) và không di căn hạch. Đây là biến thể hiếm của UTBMNTG với tỷ lệ mắc bệnh 0,1%[2]. Trường hợp của chúng tôi, u có cấu trúc dạng sàng và có vùng cấu trúc dạng vảy tròn (phôi dâu). Lòng nang thì không có chất keo. Các tế bào u thường có nhân lớn tăng sắc hoặc nhân sáng, có khía và rải rác thể giả vùi. Biến thể này có nguy cơ thấp và tiên lượng tốt.

Biến thể đặc là biến thể hiếm, chúng tôi gặp 1 trường hợp và có di căn hạch. Đặc điểm vi thể thấy toàn bộ mô u có cấu trúc đặc và không thuộc bất kỳ biến thể nào khác. Nhân tế bào u có đặc điểm nhân UTBMNTG; không có hoại tử và không có nhân chia (hình A). Biến thể này chiếm tỷ lệ 1 – 3% trong các biến thể UTBMNTG, thường gặp ở người trẻ tuổi. Chẩn đoán biến thể này cần phân biệt với ung thư biểu mô tuyến giáp kém biệt hóa dựa vào đặc điểm nhân, nhân chia và hoại tử. U có tiên lượng xấu thường di căn hạch và di căn xa dù u có kích thước nhỏ[2].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu tỷ lệ các biến thể mô bệnh học của ung thư biểu mô nhú tuyến giáp theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2017 từ tháng 01/2019 đến 01/2021 tại trung tâm Giải

phẫu bệnh- Sinh học phân tử, Bệnh viện K, cơ sở Tân Triều, chúng tôi rút ra kết luận sau:

- UTBMNTG thường gặp ở nữ, tỷ lệ nữ/nam là 7,3/1. Tuổi trung bình mắc bệnh là $37,5 \pm 14$, U thường gặp ở thùy phải chiếm 43,4%.

- Xác định 10/15 biến thể bao gồm: thông thường (21,2%), vi ung thư biểu mô nhú (17,2%), xơ hóa lan tỏa và tế bào cao (16,2%), có vỏ (11,1%), nang (9,1%), ái toan (6,0%) và 1% các biến thể dạng sàng phôi dậu, giống Warthin và đặc.

Mỗi biến thể có đặc điểm cấu trúc và hình thái tế bào khác nhau nhưng có chung đặc điểm nhân của UTBMNTG. Các biến thể UTBMNTG được sắp xếp vào các nhóm nguy cơ khác nhau. Do đó, chẩn đoán các biến thể mô bệnh học của UTBMNTG trên lâm sàng là thực sự cần thiết và hữu ích cho các nhà lâm sàng trong việc điều trị và tiên lượng cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, et al (2021). "Cancer statistics for the year 2020: An overview". Int J Cancer,
2. Lloyd RV, Osamura RY, Klöppel G, et al (2017). WHO Classification of Tumours of Endocrine Organs, Lyon, 10,

3. Song E, Jeon M J, Oh H S, et al (2018). "Do aggressive variants of papillary thyroid carcinoma have worse clinical outcome than classic papillary thyroid carcinoma?". Eur J Endocrinol, 179 (3), 135-142.

4. Trần Ngọc Dũng (2012). Nghiên cứu phân loại mô bệnh học và giá trị của hóa mô miễn dịch trong chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến giáp. Luận văn Tiến sỹ y học: Trường Đại học Y Hà Nội.

5. Đinh Xuân Cường (2010). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và kết quả điều trị giải phẫu bệnh ung thư tuyến giáp tại bệnh viện K. Luận văn Thạc sỹ y học. Hà Nội: Trường Đại học Y Hà Nội.

6. Phạm Duy Đạt (2019). Nghiên cứu đặc điểm giải phẫu bệnh và bộc lộ BRAF V600E bằng hóa mô miễn dịch trong ung thư biểu mô nhú tuyến giáp. Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II. Hà Nội: Đại học Y Hà Nội.

7. Chereau N, Giudicelli X, Pattou F, et al (2016). "Diffuse Sclerosing Variant of Papillary Thyroid Carcinoma Is Associated With Aggressive Histopathological Features and a Poor Outcome: Results of a Large Multicentric Study". J Clin Endocrinol Metab, 101 (12), 4603-4610.

8. Carr A A, Yen T W F, Ortiz D I, et al (2018). "Patients with Oncocytic Variant Papillary Thyroid Carcinoma Have a Similar Prognosis to Matched Classical Papillary Thyroid Carcinoma Controls". Thyroid, 28 (11), 1462-1467.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM TẾ BÀO TỦY XƯƠNG VÀ KHỐI TẾ BÀO GỐC TÁCH TỪ DỊCH TỦY XƯƠNG CỦA BỆNH NHÂN THOÁI HÓA KHỚP GỐI

Dương Đình Toàn¹, Nguyễn Thị Thu Hà²

TÓM TẮT

Từ tháng 11/2011-10/2013 chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu ứng điều trị thoái hóa khớp gối (THKG) bằng nội soi tạo tổn thương dưới sụn (microfracture) kết hợp ghép khối tế bào gốc tủy xương tự thân (TBGTXTT) cho 46 bệnh nhân. **Mục tiêu:** 1) Nghiên cứu một số chỉ số của khối TBG tủy xương tự thân của bệnh nhân THKG. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Dịch tủy xương được lấy từ xương chậu của 46 bệnh nhân THKG tiền phát giai đoạn 2 và 3, trước khi được phẫu thuật nội soi tạo tổn thương dưới sụn và ghép khối TBGTXTT. Xác định số lượng tế bào có nhân của tủy xương bằng máy huyết học tự động CELL-DYN 1800. Khối TBG được tách bằng phương pháp ly tâm tỷ trọng. Xác định thành phần TBG tạo máu CD43(+) bằng phương pháp tế bào dòng chảy,

xác định TBG trung mô bằng kỹ thuật nuôi cấy cụm nguyên bào sợi CFU-F. **Kết quả:** Số lượng tế bào có nhân tủy xương trung bình là $69,03 \pm 49,86$ G/L, trong đó tỷ lệ tế bào gốc CD34(+) tủy xương trung bình chiếm $0,71 \pm 0,78\%$. Trong khối TBG được tiêm vào khớp gối, số lượng TBG CD34(+) trung bình là $8,15 \times 10^6$, số lượng tế bào tạo cụm CFU-F trung bình là $33,34 \times 10^3$. **Kết luận:** TBG được lấy từ dịch tủy xương của nhóm bệnh nhân thoái hoá khớp gối tiền phát giai đoạn 2, 3 không qua nuôi cấy có thể sử dụng hiệu quả trong điều trị bệnh thoái hoá khớp gối.

Từ khóa: thoái hóa khớp gối, nội soi khớp gối, ghép tế bào gốc.

SUMMARY

RESEARCH ON THE CHARACTERISTICS OF BONE MARROW CELLS AND AUTOLOGOUS BONE MARROW STEM CELLS ISOLATED FROM BONE MARROW FLUID OF PATIENTS WITH KNEE OSTEOARTHRITIS

Background: From 11/2011 to 10/2013, forty-six patients with forty-six knee osteoarthritis (KOA) underwent Arthroscopic Subchondral Drilling (microfracture) in combination with Autologous Bone

¹Đại Học Y Hà Nội

²Bệnh viện Trung Ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Dương Đình Toàn

Email: duongdinhtoan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.5.2021

Ngày phản biện khoa học: 2.7.2021

Ngày duyệt bài: 14.7.2021