

# Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước mổ và di căn hạch cổ ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nang được phẫu thuật tại Bệnh viện nội tiết Trung ương

Lê Tấn Phát<sup>1</sup>, Trần Ngọc Lương<sup>1</sup>, Vũ Ngọc Tú<sup>2\*</sup>, Nguyễn Duy Hồ<sup>1</sup>, Nguyễn Tuấn Đạt<sup>1</sup>

## TÓM TẮT:

**Tổng quan:** Ung thư tuyến giáp thể nang có tỉ lệ di căn hạch chiếm tỉ lệ thấp so với các thể khác. Tuy nhiên, di căn hạch cổ là một yếu tố nguy cơ tái phát và di căn xa, ảnh hưởng tới tiên lượng sống của người bệnh. Nghiên cứu được tiến hành nhằm đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tình trạng di căn hạch cổ trong ung thư biểu mô tuyến giáp thể nang tại Bệnh viện Nội tiết Trung Ương.

**Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu bệnh nhân chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến giáp thể nang được phẫu thuật tại Bệnh viện Nội tiết Trung Ương từ tháng 6/2017 đến tháng 3/2019.

**Kết quả:** Nghiên cứu có 64 bệnh nhân; tuổi mắc bệnh trung bình là  $45,5 \pm 13,1$ , tỉ lệ nữ/nam là 15/1. Đa số bệnh nhân không biểu hiện triệu chứng mà vô tình phát hiện qua khám sức khỏe định kỳ, khối u chủ yếu ở 1 thùy với đường kính trung bình  $15,1 \pm 8,4$  mm. Trên siêu âm, 73,4% khối u được đánh giá TIRADS 4. Tế bào học có giá trị không cao trong chẩn đoán với tỉ lệ phát hiện bệnh chỉ 40,6%. Tỉ lệ di căn hạch cổ chung là 29,7%, cao hơn ở bệnh nhân ung thư cả 2 thùy tuyến giáp.

**Kết luận:** Ung thư tuyến giáp thể nang có tỉ lệ di căn hạch cổ gặp cao hơn ở nhóm bệnh nhân tuổi từ 55 tuổi trở lên, có u ở cả hai thùy và kích thước u lớn hơn 2 cm. Tuy nhiên, di căn hạch cổ trong ung thư tuyến giáp thể nang thấp hơn so với các ung thư tuyến giáp khác và xét

NGHIỆM TẾ BÀO HỌC CÓ GIÁ TRỊ KHÔNG CAO TRONG CHẨN ĐOÁN TRƯỚC MỔ.

**Từ khóa:** ung thư biểu mô tuyến giáp, ung thư biểu mô tuyến giáp thể nang, di căn hạch.

## PREOPERATIVE CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES AND NECK LYMPH METASTASIS IN PATIENTS WITH FOLLICULAR THYROID CANCER UNDERGOING SURGERY IN NATIONAL HOSPITAL OF ENDOCRINOLOGY

### ABSTRACT:

**Background:** Follicular thyroid cancer has a low rate of lymph node metastasis compared to other types. However, cervical lymph node metastasis is a risk factor for recurrence and distant metastasis, affecting the patient's prognosis. The study aims to evaluate the clinicopathologic features and metastasis states of follicular thyroid carcinoma at National hospital of Endocrinology.

**Methods:** We conducted a retrospective cohort study of 64 follicular thyroid carcinoma patients treated by surgery at National hospital of Endocrinology from June 2017 to March 2019.

**Results:** The mean age was  $45,5 \pm 13,1$  and the female/male ratio was 15/1. Most patients presented with an asymptomatic and had a

<sup>1</sup>Bệnh viện Nội tiết Trung ương

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

\*Tác giả liên hệ: Vũ Ngọc Tú

Email: vungoctu.hmu@gmail.com - Tel: 0915451293

Ngày nhận bài: 03/10/2024 Ngày chấp nhận đăng: 28/10/2024

unilateral tumor with mean diameter was 15, 09 ± 8,42 mm. 73,4% of tumors were classified as TIRADS 4 on ultrasound. FNA was not of great significance for diagnosis of follicular thyroid carcinoma with undetermined significance result in 40,6%. The overall rate of nodal metastasis was 29,7%, higher with cancer surgery in both lobes of the thyroid gland.

**Conclusions:** Follicular thyroid cancer has

a higher rate of cervical lymph node metastasis in patients aged 55 years and older, with tumors in both lobes and larger than 2 cm. However, cervical lymph node metastasis in follicular thyroid cancer is lower than in other thyroid cancers and cytology is not of high value in preoperative diagnosis.

**Keywords:** thyroid carcinoma, follicular thyroid carcinoma, nodes metastasis.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp (UTTG) là ung thư phổ biến nhất trong hệ nội tiết, chiếm tỉ lệ >90% các trường hợp ung thư của hệ nội tiết. Hiện nay UTTG đứng hàng thứ 5 trong số các ung thư phổ biến nhất ở nữ giới.<sup>1</sup>

UTTG thể biệt hóa gồm thể nhú và thể nang, trong đó UTTG thể nang ít gặp hơn, ở nhóm tuổi lớn hơn với tỉ lệ di căn hạch thấp hơn thể nhú. Di căn xa có thể là triệu chứng đầu tiên giúp phát hiện UTTG thể nang. Chẩn đoán xác định thể bệnh này cần bằng chứng về xâm lấn mạch máu và/hoặc xâm lấn vỏ trên mô bệnh học. So với UTTG thể nhú, ung thư tuyến giáp thể nang có khả năng tái phát và tỉ lệ sống sót kém hơn.<sup>2,3</sup>

Do UTTG thể nang thường xâm lấn mạch máu nên tỉ lệ di căn hạch chiếm tỉ lệ thấp so với các thể UTTG khác. Tuy nhiên, di căn hạch cổ là một yếu tố nguy cơ tái phát và di căn xa, ảnh hưởng tới tiên lượng sống của người bệnh.

Tại Việt Nam cho đến nay chưa có nhiều nghiên cứu về UTTG thể nang được công bố, nhất là ở phương diện di căn hạch trong mối liên quan với các biểu hiện trước và trong mổ. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước mổ và tình trạng di căn hạch cổ ở bệnh

nhân UTTG thể nang được phẫu thuật tại Bệnh viện Nội tiết trung ương.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán UTTG thể nang được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Nội tiết Trung Ương từ tháng 6/2017 đến tháng 3/2019.

### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân UTTG được phẫu thuật và kết quả xét nghiệm giải phẫu bệnh sau mổ khẳng định là UTTG thể nang.

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin phục vụ nghiên cứu.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đã được phẫu thuật UTTG tại tuyến trước.

- Bệnh nhân cũ đến điều trị tiếp vì tái phát, di căn hoặc do lý do khác.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

### 2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

- Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang hồi cứu.

- Cỡ mẫu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

### 2.2.2 Nội dung, chỉ số nghiên cứu

### 2.2.2.1. Triệu chứng lâm sàng

- Đặc điểm chung: tuổi, giới.

- Triệu chứng cơ năng: tự sờ thấy khối u, nuốt vướng, khó thở, khàn tiếng, khó thở.

- Triệu chứng thực thể:

+ Tính chất u giáp (vị trí, số lượng, kích thước, tính chất bề mặt, mật độ, di động, tổ chức quanh u...)

+ Tính chất hạch cổ: cùng bên, đối bên hoặc cả hai bên; vị trí (trước khí quản, máng cảnh, dưới hàm, dưới cằm...); mật độ và di động.

### 2.2.2.2. Triệu chứng cận lâm sàng

- Siêu âm tuyến giáp: kích thước, số lượng u, tình trạng di căn hạch, phân loại theo TIRADS (Thyroid Imaging Reporting and Data System)<sup>4</sup>:

+ TIRADS 1: Tuyến giáp bình thường.

+ TIRADS 2: Tổn thương lành tính.

+ TIRADS 3: Tổn thương khả năng lành tính (< 5% nguy cơ ác tính).

+ TIRADS 4: Tổn thương nghi ngờ ác tính (4a, 4b, 4c với sự gia tăng nguy cơ ác tính).

+ TIRADS 5: Tổn thương có nguy cơ ác tính: Có > 4 đặc điểm siêu âm nghi ngờ (> 85% nguy cơ ác tính).

+ TIRADS 6: Biết tổn thương ác tính trước đó.

- Chọc hút tế bào trước phẫu thuật (FNA): kết quả hình ảnh tế bào học được phân thành 6 nhóm theo phân loại Bethesda 2017<sup>5</sup>

+ Bethesda I: Không đầy đủ tiêu chuẩn để chẩn đoán, mức độ nguy cơ ung thư từ 5-10 %.

+ Bethesda II: Lành tính, mức độ nguy cơ ung thư 0-3%.

+ Bethesda III: Tổn thương không điển hình hoặc tổn thương nang tuyến không xác định, mức độ nguy cơ ung thư 10-30%.

+ Bethesda IV: U tuyến thể nang hoặc nghi ngờ u tuyến thể nang, mức độ nguy cơ ung thư 25-40%.

+ Bethesda V: Nghi ngờ ung thư, mức độ nguy cơ ung thư 50-75%.

+ Bethesda VI: Ung thư, mức độ nguy cơ ung thư 97-99%.

Theo phân loại trên, UTTG có kết quả Bethesda I, II là lành tính; III-V là nghi ngờ ác tính và VI là ác tính.

### 2.2.2.3 Phẫu thuật:

- Cắt thùy tuyến và eo tuyến giáp 1 bên:

+ Chỉ định: kích thước u tuyến giáp < 1 cm, 1 u đơn độc và không có xâm lấn, di căn.

+ Kỹ thuật: Bóc tách bọc lộ tuyến giáp một bên, cắt bỏ thùy và eo tuyến giáp sau khi thắt, cắt động mạch giáp trên và giáp dưới. Bảo tồn thần kinh quặt ngược và tuyến cận giáp.

- Cắt toàn bộ tuyến giáp:

+ Chỉ định: Với trường hợp nhân > 1 cm, đa nhân 2 thùy và hoặc có xâm lấn, di căn.

+ Kỹ thuật: Cắt bỏ toàn bộ các thùy tuyến giáp hai bên kèm bao giáp và dây chằng xung quanh. Bảo tồn các cấu trúc liên quan (dây thần kinh thanh quản quặt ngược, tuyến cận giáp ở mặt sau thùy giáp, khí quản...)

- Vết hạch cổ trung tâm:

+ Chỉ định: siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính lồng ngực, FNA trước mổ và/ hoặc trong mổ phát hiện hạch trung tâm (nhóm VI, VII) bất thường.

+ Kỹ thuật: Hạch cổ và mô mỡ trong phạm vi giới hạn sau được lấy bỏ bằng dao điện hoặc dao hàn mạch: phía trên là xương móng, phía dưới bởi động mạch cánh tay đầu, phía bên là các động mạch cảnh chung, phía trước là lớp nông của mạc cổ sâu và phía sau bởi lớp sâu của mạc cổ sâu. Bảo tồn dây thần kinh quặt ngược và tuyến cận giáp dưới.

- Vết hạch cổ bên:

+ Chỉ định: siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính lồng ngực, FNA trước mổ và/ hoặc trong mổ phát hiện hạch cổ bên (nhóm II, III, IV) bất thường.

+ Kỹ thuật: Sau khi bộc lộ toàn bộ máng cảnh, hạch cổ nhóm II, III, IV được lấy bỏ cả khối. Bảo tồn dây thần kinh quặt ngược và tuyến cận giáp dưới và ống ngực (bên trái).

- Kết quả tế bào học khối u và hạch cổ. Mối liên quan giữa kết quả tế bào học và các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

2.2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị bệnh, không

phục vụ vì mục đích nào khác. Mọi thông tin thu thập từ bệnh nhân được đảm bảo bí mật và chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu. Quy trình nghiên cứu không ảnh hưởng tới quá trình chẩn đoán và điều trị người bệnh. Đề cương nghiên cứu đã được Hội đồng luận văn Thạc sĩ Trường Đại học Y Hà Nội thông qua tháng 07 năm 2023.

2.2.4. Xử lý số liệu: Thống kê và sử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong giai đoạn từ tháng 6/2017 đến tháng 3/2019, có tổng số 64 bệnh nhân đủ điều kiện lựa chọn vào nghiên cứu.

1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1: Triệu chứng lâm sàng trước mổ (N = 64)

Tuổi (năm)	Trung bình: 45,4 ± 13,1	Nhỏ nhất – lớn nhất: 15 - 76
Giới	Nữ/ Nam = 15/1	
Lý do phát hiện bệnh/ Triệu chứng cơ năng (n, %)	Khám định kì	30 (46.9 %)
	Tự sờ thấy u vùng cổ	20 (31.3 %)
	Nuốt vướng	9 (14.1 %)
	Khàn tiếng	1 (1.6 %)
Triệu chứng lâm sàng (n, %)	Sờ thấy khối u	34 (53.1%)
	Sờ thấy hạch cổ	1 (1.6%)

Nhận xét: Đa số người bệnh là nữ tuổi trung niên, đi khám định kì phát hiện bướu giáp.

2.2. Đặc điểm cận lâm sàng

2.2.1. Đặc điểm siêu âm tuyến giáp và hạch cổ trước phẫu thuật

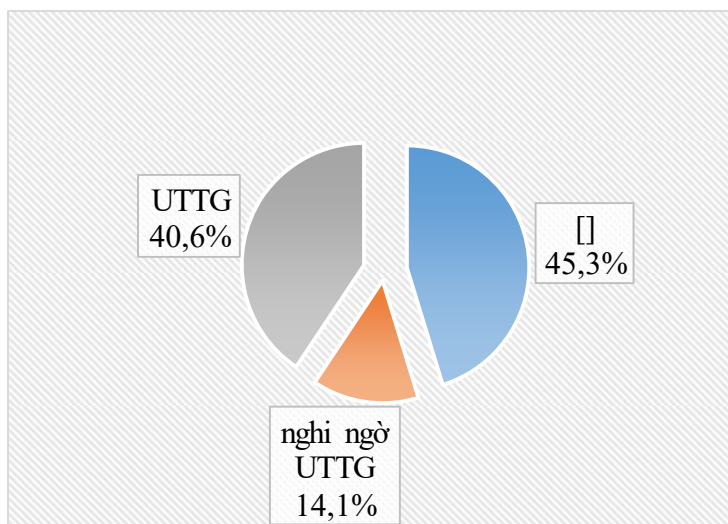
Bảng 2. Đặc điểm siêu âm tuyến giáp và hạch cổ trước mổ (N = 64)

Đặc điểm u giáp	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Vị trí u</b>		
Một thùy	43	67,2
Hai thùy	21	32,8
<b>Số lượng u</b>		
1 u	29	45,3
≥2 u	35	54,7

<b>Kích thước u</b>		
≤10 mm	29	45,3
11-20mm	20	31,3
21-40mm	15	23,4
<b>TIRADS</b>		
III	8	12,5
IV	47	73,4
V	9	14,1
<b>Hạch cổ</b>		
Hạch cổ bên	14	21,9
Hạch cổ trung tâm	2	3,1
Hạch cổ bên và trung tâm	3	4,7

**Nhận xét:** Đa phần người bệnh có nhiều u, ở 1 thùy tuyến giáp ở giai đoạn TIRADS IV.

2.2.2. Đặc điểm sinh thiết kim nhỏ



**Biểu đồ 1. Kết quả sinh thiết kim nhỏ tuyến giáp**

**Nhận xét:** 54,7% FNA cho kết quả là ác tính và nghi ngờ ác tính.

### 2.3. Tình trạng di căn hạch cổ trong mổ

**Bảng 3. Tình trạng di căn hạch cổ trong phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp (N = 64)**

Vết hạch cổ	Không di căn (n, %)	Chỉ di căn hạch cổ trung tâm (n, %)	Di căn hạch cổ trung tâm + hạch cổ bên (n, %)	Tổng (n, %)
Không vết hạch	40 (62,5)	0	0	40 (62,5)
Chỉ vết hạch cổ trung tâm	1 (1,6)	5 (7,8)	0	6 (9,4)
Vết hạch cổ trung tâm + hạch cổ bên	4 (6,3)	8 (12,5)	6 (9,4)	18 (28,2)
Tổng n (%)	45 (70,3)	13 (20,3)	6 (9,4)	64 (100)

**Nhận xét:** Có 24 bệnh nhân (37,5%) được vết hạch cổ, trong đó đa phần là vết hạch cổ trung tâm đồng thời với hạch cổ bên.

#### Mối liên quan giữa di căn hạch cổ và các yếu tố nguy cơ

**Bảng 4. Mối liên quan giữa di căn hạch cổ và các yếu tố nguy cơ**

Đặc điểm		Có di căn hạch n, (%)	Không di căn hạch n (%)	<i>p</i>
Tuổi	< 55	13 (28,3)	33 (71,7)	0.04
	≥ 55	6 (33,3)	12 (66,7)	
Giới	Nam	3 (75,0)	1 (25,0)	0.42
	Nữ	42 (70,0)	18 (30,0)	
Số thùy UTTG	2 thùy	8 (38,1)	13 (61,9)	0.03
	1 thùy	11 (25,6)	32 (74,4)	
Kích thước u	< 20mm	14 (28,6)	35 (71,4)	0.02
	≥ 20mm	5 (33,3)	15 (66,7)	

**Nhận xét:** Tuổi dưới 55, số thùy UTTG từ 2 trở lên và kích thước u trên 20mm là những yếu tố làm tăng tỉ lệ di căn hạch có ý nghĩa thống kê ( $p < 0.05$ )

## 2. BÀN LUẬN

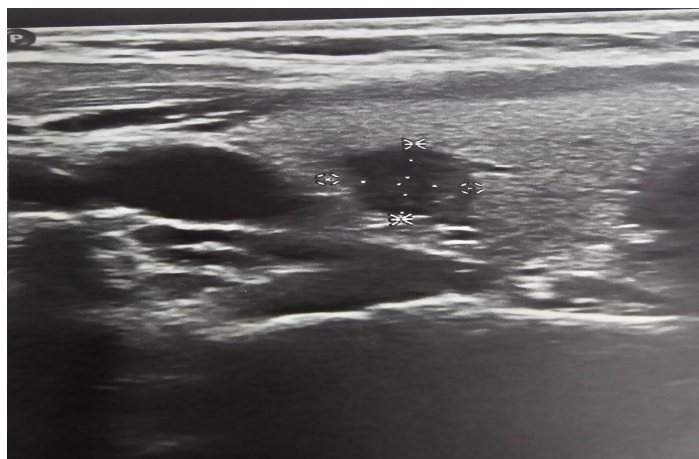
**Đặc điểm chung:** Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là  $45,4 \pm 13,1$  thấp nhất là 15 tuổi, cao nhất là 76 tuổi, trong đó nhóm bệnh nhân <55 tuổi chiếm đa số (71,9%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Su và cs (2019)<sup>6</sup>, tuổi trung bình của bệnh nhân UTTG thể nang là  $46,7 \pm 17,9$  và tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hậu và cs (2021)<sup>7</sup> tuổi trung bình là  $44 \pm 16,1$ . Theo Bảng 1 độ tuổi  $\geq 55$  có tỉ lệ di căn hạch cao hơn có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Kết quả này tương đồng với báo cáo của Vương và cs (2018)<sup>8</sup>. Do đó, độ tuổi là một trong những căn cứ để thực hiện phẫu thuật đánh giá, nạo vét hạch cổ dù có phát hiện hay không di căn hạch trước mổ (trên siêu âm hay FNA).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, UTTG thể nang gặp phần lớn ở nữ giới (93.8%) với tỷ

lệ nữ/nam là 15/1. Kết quả này cao hơn khá nhiều so với nghiên cứu của Aschebrook-Kylfof và cs (2013)<sup>3</sup>, S.M. Chow và cs (2002)<sup>9</sup> với tỷ lệ nữ/nam lần lượt là 3/1 và 2,9/1. UTTG thể nang cũng như UTTG nói chung chủ yếu gặp ở nữ giới và hormon sinh dục dường như là một giả thuyết hợp lý để giải thích cho sự chênh lệch này.

### **Đặc điểm lâm sàng và siêu âm tuyến giáp:**

Đa phần người bệnh có u kích thước nhỏ với tỷ lệ  $u \leq 2$  cm chiếm 76,5% (Bảng 2). Vì vậy người bệnh hầu như không thấy có triệu chứng và đa số bệnh nhân đều được phát hiện bệnh khi đi khám sức khỏe định kỳ (46,9%) với sự hỗ trợ của siêu âm tuyến giáp (Bảng 1). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của D'Avanzo và cs (2004)<sup>10</sup>, theo đó đa số (69,2%) bệnh nhân UTTG thể nang đến viện khám sức khỏe định kỳ và được phát hiện bệnh sau đó.



**Hình 1. Siêu âm tuyến giáp nhân TIRADS 4**

Nhiều nghiên cứu khác nhau đã chỉ ra tỷ lệ UTTG ở bệnh nhân có một nốt đơn độc không có sự khác biệt so với tỷ lệ ở bệnh nhân có nhiều nốt. Theo Hoang và cs (2007)<sup>11</sup>, UTTG thể nang cũng hay gặp trong các u tuyến giáp đa nhân. Kích thước u là một trong những yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến tiên lượng của bệnh. Kết quả của chúng tôi gần tương đồng với nghiên cứu

của Nguyễn Xuân Phong (2011)<sup>12</sup> với 86, 67% bệnh nhân có khối u <2 cm.

### **Kết quả chọc tế bào kim nhỏ (FNA):**

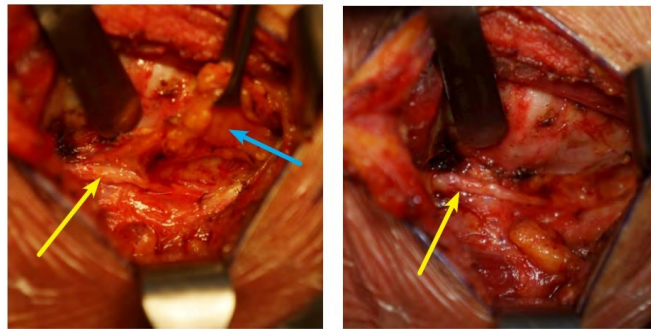
Trong nghiên cứu của chúng tôi, hơn 50% bệnh nhân có kết quả FNA không khẳng định ung thư (Bethesda II-IV), trong đó 45,3% bệnh nhân có kết quả FNA lành tính (Bethesda II) (Biểu đồ 1). Đa số các bệnh nhân này có nghi ngờ ác tính

trên siêu âm (TIRADS 4 trở lên) nên vẫn được chỉ định phẫu thuật. Kết quả này cũng giống các nghiên cứu khác trên thế giới đều chỉ ra rằng rất khó chẩn đoán phân biệt được UTTG thể nang và u tuyến giáp thể nang lành tính dựa vào kết quả chọc tế bào.<sup>8</sup> Tuy nhiên, tỉ lệ lành tính này (âm tính giả) cũng cao hơn rất nhiều so với tác giả Nguyễn Xuân Hậu thực hiện nghiên cứu trên UTTG thể nhú, chỉ 4,7%. Tương tự như vậy, tỉ lệ dương tính thật của FNA đối với UTTG thể nhú cũng cao hơn nhiều với kết quả gần 80%.<sup>13</sup> Như vậy, trong u tuyến giáp thể nang, khi FNA lành tính mà siêu âm cho kết quả từ TIRADS từ độ 4 trở lên thì phẫu thuật theo hướng UTTG vẫn cần đặt ra.

**Tình trạng di căn hạch:**

Tình trạng di căn hạch của bệnh nhân có thể được tiên lượng từ trước mổ với các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng. Tuy nhiên, sờ

thấy hạch cổ trên lâm sàng là một triệu chứng tương đối chủ quan và khó khăn do kích thước hạch thường rất nhỏ, do đó trong nghiên cứu chỉ có 1,6% được sờ thấy hạch khi khám bệnh. Trên siêu âm, xác định được 19 trường hợp có di căn hạch (hạch tăng kích thước, vôi hóa, mất cấu trúc xoang). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hậu với tỉ lệ phát hiện di căn hạch trên siêu âm là 25,5%<sup>13</sup>. Ngoài việc dựa trên kết quả siêu âm, phẫu thuật vét hạch cổ còn dựa trên đánh giá trực tiếp trong mổ. Những hạch có hình dạng bất thường hoặc u giáp có kích thước lớn, tăng sinh mạch nhiều thì phẫu thuật vét hạch cũng được thực hiện. Chính vì vậy, trong nghiên cứu, số trường hợp được phẫu thuật vét hạch cổ nhiều hơn khi xác định di căn hạch trên siêu âm (chiếm 37,5%), trong đó đa phần là vét hạch cổ trung tâm đồng thời với hạch cổ bên.



**Hình 2. Phẫu thuật vét hạch cổ trung tâm**

(Mũi tên vàng: Thần kinh thanh quản ngược, mũi tên xanh: hạch cổ trung tâm)

Tình trạng di căn hạch cuối cùng được xác chẩn dựa trên xét nghiệm tế bào học trong mổ. Tỉ lệ này trong nghiên cứu là 29,7%. Do UTTG thể nang thường xâm lấn mạch máu nên ít gặp di căn vào hệ thống hạch hơn. Điều này trái ngược với UTTG thể nhú, thường gặp di căn ở hệ thống hạch hơn. Theo tác giả Nguyễn Xuân Hậu, tỉ lệ di căn hạch ở vi UTTG thể nhú là gần 50% và chủ yếu là di căn ở nhóm hạch trung tâm.<sup>13</sup> Trong khi đó, tỉ

lệ di căn hạch và được phẫu thuật vét hạch cổ bên phối hợp với hạch trung tâm lại cao hơn gấp ba lần so với nhóm hạch cổ trung tâm đơn thuần.

Cũng giống như các tác giả khác<sup>12-14</sup>, tình trạng di căn hạch của nghiên cứu gặp nhiều hơn có ý nghĩa thống kê ở bệnh nhân nam giới, trẻ tuổi, u có kích thước >2 cm, ung thư cả 2 thùy giáp với trị số  $P < 0.05$  (Bảng 4). Đây cũng là những căn cứ quan trọng để dự kiến phẫu thuật



vết hạch cho những người bệnh có nguy cơ di căn cao, cho dù các triệu chứng lâm sàng và kết quả FNA là lành tính hoặc nghi ngờ ác tính.

### KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu 64 bệnh nhân chẩn đoán UTTG cho thấy, tỷ lệ nữ/nam là 15/1, độ tuổi trung bình là  $45,4 \pm 13,1$ , chủ yếu ở nhóm tuổi  $<55$  (71,9%). Lý do vào viện thăm khám của người bệnh chủ yếu là tình cờ phát hiện u giáp qua khám sức khỏe (46,9%). Đa số gặp ở một thùy tuyến giáp, thường là u đơn độc, kích thước u trung bình là  $15,1 \pm 8,4$  mm., chủ yếu được đánh giá TIRADS IV (73,4%). Chọc hút tế bào ít có vai trò trong chẩn đoán, tỷ lệ kết quả FNA lành tính chiếm 45,3%

Di căn hạch cổ gặp cao hơn ở nhóm bệnh nhân tuổi từ 55 tuổi trở lên, ung thư tuyến giáp cả hai thùy và kích thước u lớn hơn 2 cm, tuy nhiên, di căn hạch cổ trong ung thư tuyến giáp thể nang thấp hơn so với các ung thư tuyến giáp khác.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alfalah H, Cranshaw I, Jany T, et al. Risk factors for lateral cervical lymph node involvement in follicular thyroid carcinoma. *World J Surg.* 2008;32:2623-26. doi:http://doi.org/10.1007/s00268-008-9742-2
2. Zaydfudim V, Feurer ID, Griffin MR, et al. The impact of lymph node involvement on survival in patients with papillary and follicular thyroid carcinoma. *Surgery.* 2008;144(6):1070-1078. doi:http://doi.org/10.1016/j.surg.2008.08.034
3. Aschebrook-Kilfoy B, Grogan RH, Ward MH, et al. Follicular Thyroid Cancer Incidence Patterns in the United States, 1980–

2009. *Thyroid®.* 2013/08/01 2013;23(8):1015-1021. doi:http://doi.org/10.1089/thy.2012.0356

4. Kwak JY, Han KH, Yoon JH, et al. Thyroid Imaging Reporting and Data System for US Features of Nodules: A Step in Establishing Better Stratification of Cancer Risk. *Radiology.* 2011;260(3):892-899. doi:http://doi.org/10.1148/radiol.11110206

5. Cibas ES, Ali SZ. The 2017 Bethesda system for reporting thyroid cytopathology. *Thyroid.* 2017;27(11):1341-1346.

6. Su D-H, Chang T-C, Chang S-H. Prognostic factors on outcomes of follicular thyroid cancer. *Journal of the Formosan Medical Association.* 2019/07/01/ 2019;118(7):1144-1153. doi:https://doi.org/10.1016/j.jfma.2018.11.010

7. Nguyễn Xuân Hậu, Nguyễn Thị Phương Anh, Lê Văn Quảng. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tình trạng di căn của ung thư tuyến giáp thể nang. *Khoa học và Công nghệ.* 63(9):06-09. doi:https://doi.org/10.31276/VJST.63(9).06-09

8. Vuong HG, Duong UNP, Pham TQ, et al. Clinicopathological Risk Factors for Distant Metastasis in Differentiated Thyroid Carcinoma: A Meta-analysis. *World Journal of Surgery.* 2018/04/01 2018;42(4):1005-1017. doi:http://doi.org/10.1007/s00268-017-4206-1

9. Chow S-M, Law SCK, Au S-K, et al. Differentiated thyroid carcinoma: Comparison between papillary and follicular carcinoma in a single institute. *Head & Neck.* 2002;24(7):670-677. doi:https://doi.org/10.1002/hed.10080

10. D'Avanzo A, Treseler P, Ituarte PHG, et al. Follicular thyroid carcinoma: Histology and

prognosis. *Cancer*. 2004;100(6):1123-1129. doi:<https://doi.org/10.1002/cncr.20081>

11. Hoang JK, Lee WK, Lee M, et al. US Features of Thyroid Malignancy: Pearls and Pitfalls. *RadioGraphics*. 2007;27(3):847-860. doi:<http://doi.org/10.1148/rg.273065038>

12. Nguyễn Xuân Phong. *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số xét nghiệm trong ung thư biểu mô tuyến giáp*. Trường Đại học Y Hà Nội; 2011.

13. Nguyễn Xuân Hậu. Đặc điểm lâm sàng và tình trạng di căn hạch của vi ung thư tuyến giáp thể nhú. *Y học Việt Nam*. 2021;507(1):217-220.

14. Nguyễn Thị Quỳnh Giang, Nguyễn Văn Chủ, Đỗ Tiến Dũng, et al. Đặc điểm mô bệnh học của ung thư biểu mô tuyến giáp biệt hóa tại Bệnh viện Nội tiết trung ương năm 2023. *Y học Việt Nam*. 2023;540(3):9-12