

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA CÁC BỆNH NHÂN UNG THƯ TUYẾN GIÁP BIỆT HÓA KHÁNG I-131

The clinical characteristics of rai refractory  
differentiated thyroid cancer

Lê Ngọc Hà\*, Nguyễn Thị Lan Hương\*\*, BS Nguyễn Thị Nhung\*

### SUMMARY

**Objectives:** to determine clinical characteristics of RAI refractory differentiated thyroid carcinoma patients.

**Material and methods:** 30 post-surgical and treated with I-131 differentiated thyroid carcinoma patients, diagnosed RAI refractory were enrolled in the study in 108 Military Centre Hospital from January 2017 to Jun 2017.

**Results:** RAI refractory differentiated thyroid carcinoma has more frequently seen in middle aged, female patients (female to male ratio 3.2/1). Papillary and follicular carcinoma represents 86.7% and 6.7% respectively. 40% of patients were in stage I and 53.4% in stage VI (AJCC7). The distant metastases were detected in 13.3% of patients. The median of time from initial diagnosis to RAI refractory were 21.5 months. I-131 treatment courses were  $2.47 \pm 1.13$ . The mean total dose was 301,8 mCi. 70% of the patients were in group I; 10% in group II and the rate of group III and IV were 6.7 and 13.3% respectively according to the ATA RAI refractory classification of DTC. 80% of patients had one RAI refractory lesion; 76.8% had metastasis in the neck lymph nodes and 16.7% had recurrent malignant lesions in the thyroid bed.

**Keywords:** differentiated thyroid carcinoma, RAI refractory differentiated thyroid carcinoma.

\*Bệnh viện TWQĐ 108

\*\*Viện phóng xạ và Ung bướu  
Quân Đội

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp (UTTG) chiếm 2% trong các bệnh lý ác tính và chiếm dưới 1% các trường hợp tử vong do ung thư tại Mỹ. Theo Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ, số liệu mới mắc UTTG năm 2014 ước tính 63.000 ca, tỉ lệ mắc bệnh hàng năm tăng khoảng 2%. Cho đến năm 2019, UTTG sẽ đứng thứ 3 trong các loại ung thư phổ biến của nữ giới. Tại Việt Nam, theo số liệu ghi nhận trong giai đoạn 2005-2008, UTTG đứng hàng thứ 6 trong các loại ung thư ở phụ nữ với tần suất mắc theo tuổi ở nữ giới là 5,6/100,000 dân, ở nam giới là 1,8/100,000 dân. Đối với UTTG thể biệt hóa, các phương pháp điều trị chính gồm: phẫu thuật, điều trị bằng I-131, điều trị ức chế TSH. Với phần lớn bệnh nhân UTTG biệt hóa, các phương pháp điều trị nói trên cho hiệu quả cao và tỉ lệ sống thêm 5 năm khoảng 83-98%.

Điều trị bằng i-ốt phóng xạ là phương pháp điều trị hỗ trợ chủ yếu sau phẫu thuật. Tuy nhiên, có khoảng 5-15% số bệnh nhân kháng với I-131 và tiên lượng của các bệnh nhân này rất xấu. Tỉ lệ sống thêm 5 năm ở các bệnh nhân UTTG biệt hóa không bắt I-131 là 66% và tỉ lệ sống thêm 10 năm khoảng 10%. Các nghiên cứu cho thấy thời gian sống thêm của các bệnh nhân UTTG biệt hóa kháng I-131 và có di căn xa trung bình khoảng 2,5-3,5 năm. Việc điều trị bệnh nhân UTTG thể biệt hóa, di căn, tái phát, thất bại trong điều trị với I-131 hiện tại vẫn là thách thức đối với các nhà nội tiết học và ung thư học. Trong trường hợp này, các phương pháp điều trị tại chỗ như: phẫu thuật, xạ trị ngoài, thường được chỉ định. Tại Việt Nam, cho đến nay chưa có nhiều nghiên cứu đề cập đến UTTG biệt hóa kháng I-131. Chúng tôi nghiên cứu đề tài "**Nghiên cứu các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng UTTG biệt hóa kháng I-131**" với mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trên các bệnh nhân UTTG biệt hóa kháng I-131.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

**1. Đối tượng nghiên cứu:** các BN được chẩn đoán xác định UTTG biệt hóa bằng kết quả mô bệnh học là thể nhú, thể nang, thể nhú nang hoặc thể tế bào Hurthle. BN đã được phẫu thuật cắt gần hoàn toàn hoặc hoàn toàn tuyến giáp, vét hạch cổ và được điều trị bằng I-131, được xác định kháng với I-131.

**1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:** các BN UTTG biệt hóa đáp ứng một trong các tiêu chuẩn kháng I-131 của Hiệp Hội Tuyến giáp Hoa Kỳ năm 2015:

(1) Mô ung thư hoặc tổ chức di căn không bắt I-131; (2) Tổ chức u mất khả năng bắt I-131 sau một số lần điều trị; (3) I-131 chỉ bắt vào một số tổn thương, có một số tổn thương không bắt I-131; (4) Các tổn thương tiến triển mặc dù có bắt phóng xạ.

**1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:** BN UTTG phân loại mô bệnh học không phải là ung thư biểu mô thể nhú, thể nang hay thể nhú nang; các BN UTTG biệt hóa chưa được phẫu thuật, chưa được điều trị bằng I-131.

## 2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang. Thời gian nghiên cứu: 01/2017 - 6/2017

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Trung ương quân đội 108

Các chỉ tiêu sử dụng trong nghiên cứu

- BN được khai thác bệnh sử và thăm khám lâm sàng tỉ mỉ, thu thập các thông tin về tuổi, giới tính, thời điểm phẫu thuật, phương pháp phẫu thuật, tình trạng khối u, tình trạng hạch vùng ghi nhận trong phẫu thuật.

- Thời gian từ khi được chẩn đoán đến khi xác định kháng I-131

- Số lần điều trị I-131, tổng liều điều trị I-131.

- Định lượng nồng độ Tg và anti-Tg huyết thanh trước và sau điều trị I-131 bằng phương pháp hóa miễn dịch phát quang.

- Xạ hình toàn thân chẩn đoán và xạ hình sau điều trị với I-131 được làm trên máy gamma SPECT Millenium và Infinia của hãng GE.

- Ghi nhận các kết quả: siêu âm vùng cổ, siêu âm ổ bụng, chụp CT, chụp PET/CT đánh giá tình trạng di căn.

- Đánh giá số lượng, kích thước tổn thương trên các xn chẩn đoán hình ảnh.

- Chẩn đoán giai đoạn theo Liên ủy ban ung thư Mỹ năm 2010 (AJCC 7) chương trình SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ

**Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân ung thư tuyến giáp biệt hoá kháng I-131**

Đặc điểm	Số lượng (n = 30)	
	n	%
Tuổi	Trung bình	50,1 ± 14,93
	Thấp nhất	23
	Cao nhất	75
Giới	Nam	7   23,3
	Nữ	23   76,7
Mô bệnh học	Thể nhú	26   86,7
	Thể nhú nang	2   6,7
	Thể nang	2   6,7

Tuổi trung bình 50,07 ± 14,93 (cao nhất là 75, thấp nhất là 23 tuổi). Tỷ lệ nữ/ nam trong nghiên cứu là 3,2/1.

Xét nghiệm mô bệnh học sau mổ của 30 bệnh nhân cho thấy 86,7% là thể nhú, 6,7% là thể nhú - nang và 6,7% là thể nang.

**Bảng 2. Đánh giá TNM và giai đoạn bệnh và nguy cơ tái phát tại thời điểm chẩn đoán**

Đặc điểm	n	%
T	X	7   23,3
	1	7   23,3
	2	9   30
	3	2   16,7
	4a	5   16,7
N	0	7   23,3
	1a	1   3,3
	1b	19   63,4
	X	3   10
M	0	26   86,7
	1	4   13,3
Giai đoạn	I	12   40
	II	1   3,3
	III	1   3,3
	IV	16   53,4
Nguy cơ tái phát	Thấp	2   6,7
	Trung bình	10   33,3
	Cao	15   50
	Không đánh giá được	3   10

53,3% BN có khối u đánh giá trong phẫu thuật là T1-2, u có kích thước < 4 cm, trong giới hạn tuyến giáp.

16,7% số BN được đánh giá khối u ở giai đoạn T4a, không BN nào có khối u xếp loại T4b. 23,3% BN chưa có di căn hạch tại thời điểm phẫu thuật và 66,7% đã có di căn hạch trong đó phần lớn các trường hợp có N1b, di căn vào nhiều nhóm hạch cùng bên hoặc đối bên (63,4%). 23,3% không đánh giá được khối u và 10% không đánh giá được hạch vùng.

13,3% số BN đã có di căn xa tại thời điểm được chẩn đoán trong đó chủ yếu là di căn phổi và di căn xương.

40% BN ở giai đoạn I; 3,3% ở giai đoạn II, giai đoạn III có 3,3% và có tới 53,4% BN ở giai đoạn IV. Tỷ lệ bệnh giai đoạn IV tăng hơn nhiều so với các nghiên cứu trước đây là do trong AJCC 7 các trường hợp khối u xâm lấn tại chỗ (T4a, T4b) và di căn nhiều nhóm hạch cũng được xếp vào giai đoạn IVa hoặc IVb. Nguy cơ tái phát: tại thời điểm được chẩn đoán, phần lớn số BN được xếp loại nguy cơ tái phát trung bình và cao 83,3% theo phân loại của ATA. Đặc biệt, nguy cơ tái phát cao thấy được ở 50% số BN với các đặc điểm u xâm lấn ra ngoài tuyến giáp, phẫu thuật không lấy hết được khối u, đã có di căn xa hoặc định lượng Tg sau phẫu thuật cho giá trị cao.

Trung vị thời gian từ khi được chẩn đoán đến khi được xác định kháng I-131 là 21,5 tháng (ngắn nhất 6 tháng, dài nhất 123 tháng). Số lần điều trị I-131 trung bình của các BN trước khi được chẩn đoán kháng I-131 là 2,47±1,13 lần (ít nhất 1 lần, nhiều nhất 6 lần) trong đó có 73,3% số BN được điều trị từ 2 đến 3 lần. Có 5/30 BN xuất hiện các tổn thương về mặt cấu trúc không bắt I-131 ngay từ lần điều trị đầu tiên.

**Bảng 3. Tổng liều điều trị I-131**

Tổng liều (mCi)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
100 - 300	21	70
301 - 700	7	23,3
≥ 700	2	6,7
<b>Tổng</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Các bệnh nhân trong nghiên cứu có tổng liều điều trị I-131 trước khi phát hiện kháng I-131 là 301,8 mCi (trung vị 275 mCi, thấp nhất 100 mCi, cao nhất 850

mCi). Có 70% các bệnh nhân trong nghiên cứu nhận liều điều trị  $\leq 300\text{mCi}$  trước khi phát hiện kháng I-131.

**Bảng 4. Phân nhóm bệnh nhân kháng I-131 theo ATA**

Phân loại kháng I-131	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Nhóm I	21	70
Nhóm II	3	10
Nhóm III	2	6,7
Nhóm IV	4	13,3
<b>Tổng</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

70% số bệnh nhân kháng I-131 được phân loại thuộc vào nhóm I theo Hiệp Hội Tuyến Giáp Hoa Kỳ: mô ung thư hoặc tổ chức di căn không bắt I-131 (không có vị trí bắt xạ ngoài giường tuyến giáp trên xạ hình sau điều trị lần đầu). Trong khi đó nhóm II (tổ chức u mất khả năng bắt I-131 sau một số lần điều trị) chiếm 10%, nhóm III (I-131 chỉ bắt vào một số tổn thương, có một số tổn thương không bắt phóng xạ) và nhóm IV (các tổn thương tiến triển mặc dù có bắt phóng xạ) có tỉ lệ lần lượt là 6,7 và 13,3%.

**Bảng 5. Vị trí tái phát, di căn ở UTTG biệt hoá kháng I-131**

Vị trí di căn	Số BN	Tỷ lệ
Giường tuyến giáp	1	3,3
Hạch cổ	23	76,8
Giường tuyến giáp + Hạch cổ	2	6,7
Hạch cổ + phổi	1	3,3
Giường tuyến giáp + hạch + phổi	1	3,3
Hạch cổ + phổi + xương	1	3,3
Giường tuyến giáp + phổi	1	3,3
<b>Tổng số</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

80% số bệnh nhân có 1 vị trí tổn thương kháng I-131. Vị trí tổn thương hay gặp nhất là tại hạch vùng cổ, chiếm 76,8%; 5/30 bệnh nhân có tổn thương tại giường tuyến giáp trong đó 4/5 bệnh nhân có tổn thương tại giường tuyến giáp kết hợp với các vị trí khác như hạch cổ, phổi. Các bệnh nhân có tổn thương phối hợp của giường tuyến giáp và/hoặc hạch cổ với các vị trí khác như phổi, hạch trung thất, xương khiến cho phẫu thuật không còn là biện

pháp điều trị triệt căn trên các bệnh nhân này mà việc điều trị thường phải kết hợp đa mô thức như phẫu thuật, I-131, tia xạ và có thể là cả điều trị đích.

#### IV. BÀN LUẬN

**Đặc điểm tuổi, giới:** tuổi trung bình  $50,07 \pm 14,93$  (cao nhất là 75, thấp nhất là 23 tuổi). Tuổi trung bình của nhóm BN trong nghiên cứu này cao hơn so với các nghiên cứu trên BN UTTG biệt hóa không kháng I-131. Theo Phạm Thị Minh Bảo, Lê Ngọc Hà (2006), tuổi trung bình của các BN là  $42,5 \pm 12,8$ , trẻ nhất là 9 tuổi, lớn tuổi nhất là 73 tuổi. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Lan Hương (2013) trên 303 BN UTTG biệt hóa có tuổi trung bình là  $41,6 \pm 13,6$ . Tuy nhiên, điều này phù hợp với nhận xét của nhiều tác giả nước ngoài cho thấy các BN kháng I-131, tiến triển nhanh thường gặp ở lứa tuổi cao. Tỉ lệ nữ/ nam trong nghiên cứu của chúng tôi là 3,2/1. Tỉ lệ này phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Một số nghiên cứu cho thấy tỉ lệ này khoảng 3,5/1 đến 4,5/1. Theo y văn, tỉ lệ nữ/nam trong UTTG biệt hóa khoảng 2/1-3/1.

**Phân loại mô bệnh học:** Xét nghiệm mô bệnh học sau mổ cho thấy trong 30 bệnh nhân có 86,7% là thể nhú, 6,7% là thể nhú - nang và 6,7% là thể nang. Tỉ lệ BN có xét nghiệm mô bệnh học thuộc thể nhú trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu trong và ngoài nước khác. Nghiên cứu của Bệnh viện TWQĐ 108 cho thấy trên 510 BN UTTG biệt hóa điều trị trong giai đoạn 1999 - 2005 có 85% kết quả mô bệnh học là thể nhú trong đó thể nhú đơn thuần là 70%, thể nhú biến thể nang là 15%, thể nang chiếm 15%.

**Phân loại TMN:** Có 53,3% BN trong nghiên cứu có khối u đánh giá trong phẫu thuật là T1-2, u có kích thước  $< 4\text{ cm}$ , trong giới hạn tuyến giáp. Trong khi có 16,7 % số BN được đánh giá khối u ở giai đoạn T4a, không BN nào có khối u xếp loại T4b. Có 23,3% BN chưa có di căn hạch tại thời điểm phẫu thuật và 66,7% đã có di căn hạch trong đó phần lớn các trường hợp có N1b, di căn vào nhiều nhóm hạch cùng bên hoặc đối bên (63,4%). Do các BN của chúng tôi được phẫu thuật từ nhiều bệnh viện khác nhau trước khi chuyển đến để điều trị <sup>131</sup>I, có bệnh viện chuyên phẫu thuật ung thư, cũng có bệnh viện không chuyên khoa nên có tới 23,3% không đánh giá được khối u và 10% không đánh giá được hạch vùng. Có 13,3% số BN đã có di căn xa

tại thời điểm được chẩn đoán trong đó chủ yếu là di căn phổi và di căn xương.

**Đánh giá giai đoạn:** trong nghiên cứu này chúng tôi phân chia giai đoạn bệnh theo AJCC 7 (2010). Có 40% BN ở giai đoạn I; 3,3% ở giai đoạn II, giai đoạn III có 3,3% và có tới 53,4% BN ở giai đoạn IV. Tỷ lệ bệnh giai đoạn IV tăng hơn nhiều so với các nghiên cứu trước đây là do trong AJCC 7 các trường hợp khối u xâm lấn tại chỗ (T4a, T4b) và di căn nhiều nhóm hạch cũng được xếp vào giai đoạn IVa hoặc IVb. Nghiên cứu của Samaan (1992) trên 1599 bệnh nhân từ 1984 đến 1989 có 35% bệnh nhân có di căn hạch và 17% bệnh nhân có di căn vào mô mềm vùng cổ, chỉ có 6% có di căn xa tại thời điểm các bệnh nhân được chẩn đoán. Theo Nguyễn Thị Lan Hương (2013), có 25 BN có di căn xa nhưng chỉ có 6 BN ở giai đoạn IV, chiếm 1,9%. Theo Trịnh Thị Minh Bảo, trong 510 BN, chỉ có 7,2% ở giai đoạn I và có tới 20,2% ở giai đoạn IV.

**Đánh giá nguy cơ tái phát:** tại thời điểm được chẩn đoán, phần lớn số BN được xếp loại nguy cơ tái phát trong bình và cao 83,3% theo phân loại của ATA. Đặc biệt, nguy cơ tái phát cao thấy được ở 50% số BN với các đặc điểm u xâm lấn ra ngoài tuyến giáp, phẫu thuật không lấy hết được khối u, đã có di căn xa hoặc định lượng Tg sau phẫu thuật cho giá trị cao.

**Thời gian theo dõi, số lần điều trị và tổng liều điều trị I-131 đến khi phát hiện kháng I-131:** Trung vị thời gian từ khi được chẩn đoán đến khi được xác định kháng I-131 là 21,5 tháng (thời gian ngắn nhất 6 tháng, dài nhất 123 tháng). Số lần điều trị I-131 trung bình của các BN trước khi được chẩn đoán kháng I-131 là  $2,47 \pm 1,13$  lần (ít nhất 1 lần, nhiều nhất 6 lần) trong đó có 73,3% số BN được điều trị từ 2 đến 3 lần. Có 5/30 BN xuất hiện các tổn thương về mặt cấu trúc không bắt I-131 ngay từ lần điều trị đầu tiên. Các bệnh nhân trong nghiên cứu có tổng liều điều trị I-131 trước khi phát hiện kháng I-131 là 301,8 mCi (trung vị 275 mCi, thấp nhất 100 mCi, cao nhất 850 mCi). Có 70% các bệnh nhân trong nghiên cứu nhận liều điều trị  $\leq 300$  mCi trước khi

phát hiện kháng I-131. Kết quả này cho thấy việc áp dụng các tiêu chuẩn ATA về kháng I-131 trên bệnh nhân UTTG biệt hóa cho phép phát hiện tình trạng kháng I-131 sớm và tránh cho bệnh nhân việc điều trị liều cao I-131 một cách không cần thiết. 70% số bệnh nhân kháng I-131 được phân loại thuộc vào nhóm I theo Hiệp Hội Tuyến Giáp Hoa Kỳ: mô ung thư hoặc tổ chức di căn không bắt I-131 (không có vị trí bắt xạ ngoài giường tuyến giáp trên xạ hình sau điều trị lần đầu). Trong khi đó nhóm II (tổ chức u mất khả năng bắt I-131 sau một số lần điều trị) chiếm 10%, nhóm III (I-131 chỉ bắt vào một số tổn thương, có một số tổn thương không bắt phóng xạ) và nhóm IV (các tổn thương tiến triển mặc dù có bắt phóng xạ) có tỉ lệ lần lượt là 6,7 và 13,3%.

Kết quả của nghiên cứu cho thấy 80% số bệnh nhân có 1 vị trí tổn thương kháng I-131. Vị trí tổn thương hay gặp nhất là tại hạch vùng cổ, chiếm 76,8%; 5/30 bệnh nhân có tổn thương tại giường tuyến giáp trong đó 4/5 bệnh nhân có tổn thương tại giường tuyến giáp kết hợp với các vị trí khác như hạch cổ, phổi. Các bệnh nhân có tổn thương phối hợp của giường tuyến giáp và/hoặc hạch cổ với các vị trí khác như phổi, hạch trung thất, xương khiến cho phẫu thuật không còn là biện pháp điều trị triệt căn trên các bệnh nhân này mà việc điều trị thường phải kết hợp đa mô thức như phẫu thuật, I-131, tia xạ và có thể là cả điều trị đích.

## V. KẾT LUẬN

UTTG biệt hóa kháng I-131 có tuổi trung bình  $51 \pm 14,93$ ; tỉ lệ nữ/nam là 3,2/1. Trung vị thời gian từ khi được chẩn đoán đến khi xác định kháng I-131 là 21,5 tháng. Số lần điều trị I-131 trung bình trước khi được chẩn đoán kháng I-131 là  $2,47 \pm 1,13$  lần với tổng liều trung bình là 301,8 mCi. 70% số BN kháng I-131 được phân loại thuộc vào nhóm I; 10% thuộc nhóm II; nhóm III và nhóm IV có tỉ lệ lần lượt là 6,7 và 13,3%. 80% số BN có 1 vị trí tổn thương kháng I-131. Vị trí tổn thương hay gặp nhất là hạch vùng cổ, chiếm 76,8%; 16,7% tổn thương tại giường tuyến giáp, 13,3% có tổn thương tại giường tuyến giáp kết hợp với các vị trí khác như hạch cổ, phổi.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Thị Minh Bảo, Lê Ngọc Hà và cộng sự (2007). Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị ung thư tuyến giáp biệt hóa sau phẫu thuật bằng I-131 tại bệnh viện Trung ương quân đội 108. *Đề tài nghiên cứu khoa học cấp Bộ Quốc phòng*.

2. Nguyễn Thị Lan Hương và cộng sự (2013). Đánh giá kết quả điều trị ung thư giáp trạng thể biệt hoá sau phẫu thuật bằng  $I^{131}$  tại Viện Y học phóng xạ và U bướu quân đội. *Y học lâm sàng* 108, tập 8, tr.162-167.
  3. Francis Worden (2014). Treatment strategies for radioactive iodine- refractory differentiated thyroid cancer. *Ther Adv Med Oncol* 6161: 267-279.
  4. Brian R. Haugen, Erik K. Alexander, Keith C. Bible (2016). 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid* 26 (1):1-133.
  5. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Thyroid Carcinoma. V.1. 2016.
  6. Fernanda Vaisman, Denise P, Mario Vaisman (2014). A new appraisal of iodine refractory thyroid cancer. *European Journal of Endocrinology* 22:301-310.
- 

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trên các bệnh nhân UTTG biệt hóa kháng I-131.

**Đối tượng và phương pháp:** các bệnh nhân được chẩn đoán xác định UTTG biệt hóa bằng kết quả mô bệnh học là thể biệt hoá đã được phẫu thuật cắt gần hoàn toàn hoặc hoàn toàn tuyến giáp, vét hạch cổ và được điều trị bằng I-131 và được xác định kháng với I-131.

**Kết quả:** nghiên cứu 30 BN UTTG biệt hóa kháng I-131 chúng tôi nhận thấy BN có tuổi trung bình  $50,07 \pm 14,93$ ; tỷ lệ nữ/nam là 3,2/1. Xét nghiệm mô bệnh học có 86,7% thể nhú, 6,7% là thể nhú - nang và 6,7% thể nang. 40% BN ở giai đoạn I; 3,3% ở giai đoạn II, giai đoạn III có 3,3% và có tới 53,4% BN ở giai đoạn IV. Trong đó 13,3% đã có di căn xa tại thời điểm chẩn đoán. Trung vị thời gian từ khi được chẩn đoán đến khi xác định kháng I-131 là 21,5 tháng. Số lần điều trị I-131 trung bình trước khi được chẩn đoán kháng I-131 là  $2,47 \pm 1,13$  lần với tổng liều trung bình là 301,8 mCi. 70% số BN kháng I-131 được phân loại thuộc vào nhóm I; 10% thuộc nhóm II; nhóm III và nhóm IV có tỉ lệ lần lượt là 6,7 và 13,3% theo Hiệp Hội Tuyến Giáp Hoa kỳ. 80% số BN có 1 vị trí tổn thương kháng I-131. Vị trí tổn thương hay gặp nhất là hạch vùng cổ chiếm 76,8%; 16,7% tổn thương tại giường tuyến giáp trong đó 13,3% có tổn thương tại giường tuyến giáp kết hợp với các vị trí khác như hạch cổ, phổi.

**Từ khóa:** Ung thư tuyến giáp biệt hoá, kháng I-131.

---

Ngày nhận bài: 1.1.2018. Ngày chấp nhận đăng: 30.3.2018

Người liên hệ: Lê Ngọc Hà. Khoa YHHN bệnh viện trung ương quân đội 108. Email: lengocha108@yahoo.com