

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH SIÊU ÂM CỦA HẠCH VÙNG CỔ Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ BIỆT HÓA ĐÃ ĐIỀU TRỊ

Characteristics of ultrasonic imaging of lymph nodes in the neck in treatment differentiated thyroid cancers patients

Dương Minh Tuyên, Nguyễn Huy Hoàng*, Bùi Thuỳ Linh**

SUMMARY

Background: Ultrasound is a minimally invasive diagnostic technique with the highest accuracy and sensitivity in the diagnosis of lymph node metastasis.

Objectives: The study consists of objectives: Describe the ultrasound imaging characteristics of cervical lymph nodes in treated patients with differentiated thyroid cancer.

Materials and methods: A cross-sectional descriptive study design was conducted on 89 patients diagnosed with differentiated thyroid cancer and found that the cervical lymph nodes were potentially malignant under ultrasonography and indicated fine-needle aspiration cytology under ultrasound guidance.

Results: Among 89 study subjects, the main reason for admission was lymphadenopathy, accounting for 95.5%. The results of papillary pathology accounted for 96.6%. Time after thyroid surgery when cervical lymph node metastasis is detected is 1-3 years (27%). The time after thyroid surgery when cervical lymph node metastasis was detected was 6-36 months (38.2%). Oval shape on ultrasound has 73%, cortex on ultrasound accounts for 65.2%, decreased lymph node on ultrasound accounts for 64%, loss of hilar lymph nodes on ultrasound accounts for 62.9%.

Conclusion: Ultrasound plays an important role in diagnosing the stage of the disease, fully and accurately describing the lesions and stage of the disease, helping to increase the effectiveness of treatment.

Keywords: *ultrasonic imaging, lymph nodes, differentiated thyroid cancers.*

* Học viện Quân Y

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Globocan năm 2020, trên thế giới có khoảng 586.202 ca ung thư tuyến giáp mới mắc, đứng hàng thứ 10 trong tổng số các loại ung thư [1]. Trong đó, tại Việt Nam có khoảng 5471 ca mới mắc năm 2020. Ung thư tuyến giáp thường gặp ở nữ nhiều hơn nam với tỷ lệ 3:1. Ung thư tuyến giáp có thể gặp ở bất kỳ nhóm tuổi nào, mặc dù thường gặp sau 30 tuổi và xu hướng tăng cao ở người lớn tuổi. Loại thường gặp nhất của ung thư tuyến giáp là thể biệt hóa. Tỷ lệ sống sau 10 năm, 15 năm, 20 năm tương ứng là 97%, 95% và 90% [2].

Hình ảnh siêu âm đã thay thế y học hạt nhân như một phương pháp kiểm tra hình ảnh tuyến giáp được sử dụng thường xuyên nhất. Sự gia tăng sử dụng hình ảnh siêu âm tuyến giáp của bác sĩ nội tiết và bác sĩ phẫu thuật đầu và cổ đã làm tăng tỷ lệ phát hiện ung thư ở giai đoạn sớm, trong đó có ung thư tuyến giáp. Mặc dù nhiều nghiên cứu đã phân tích mối liên quan giữa các đặc điểm hình ảnh siêu âm của tuyến giáp và nguy cơ ung thư tuyến giáp, nhưng hầu hết các nghiên cứu đều nhỏ và tất cả đều giới hạn phân tích ở những bệnh nhân đã làm sinh thiết, trong đó quyết định sinh thiết bị ảnh hưởng bởi hình ảnh siêu âm [3]. Trờ ngại này đã cản trở việc phát triển một chiến lược dựa trên bằng chứng để xác định nốt nào nên được sinh thiết vì nguy cơ ung thư cao. Mục đích của nghiên cứu này là xác định các đặc điểm hình ảnh siêu âm có liên quan đến ung thư và sử dụng thông tin này để giải thích hình ảnh siêu âm tuyến giáp. Vì những lý do trên, chúng tôi tiến hành "*Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh siêu âm của hạch vùng cổ ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa đã điều trị*". Mục tiêu nghiên cứu

1) *Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa đã điều trị;*

2) *Mô tả đặc điểm hình ảnh siêu âm của hạch vùng cổ ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa đã điều trị.*

II. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp thể biệt hóa sau phẫu thuật cắt tuyến giáp do ung thư trước đó trong giai đoạn theo dõi và thấy

hạch bạch huyết cổ có khả năng ác tính dưới siêu âm, được chỉ định chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm tại khoa CDHA, Bệnh viện Trung Ương Quân Đội.

Tiêu chuẩn chọn:

Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư tuyến giáp thể biệt hóa bằng siêu âm và siêu âm phát hiện thấy có hạch bạch huyết cổ có khả năng ác tính; có chỉ định chọc hút tế bào bằng kim nhỏ hạch cổ dưới hướng dẫn siêu âm. Bệnh nhân ung thư tuyến giáp đã được điều trị. Hồ sơ được lưu trữ đầy đủ. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại:

Không có đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân có chống chỉ định chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (mắc bệnh máu khó đông hoặc đang dùng thuốc chống đông máu, không hợp tác hoặc quá lo lắng trong khi làm thủ thuật). Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Thiết kế nghiên cứu:

Mô tả cắt ngang có phân tích, hồi cứu và tiến cứu.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

89 bệnh nhân nghiên cứu được chọn theo cách chọn mẫu thuận tiện toàn bộ những bệnh nhân phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn.

Nội dung nghiên cứu:

bao gồm đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (tuổi, giới, nghề nghiệp...; đặc điểm lâm sàng; đặc điểm hình ảnh siêu âm hạch di căn ung thư tuyến giáp thể biệt hóa.

Xử lý số liệu:

Số liệu sau khi thu thập sẽ kiểm tra tính đầy đủ, chính xác. Sau đó được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Các thuật toán thống kê được sử dụng trong thống kê mô tả: tính toán các tỷ lệ, tần số, trung bình; Thống kê phân tích: dùng phép kiểm định χ^2 để kiểm định mối liên quan giữa các yếu tố ở ngưỡng $\alpha = 0,05$.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của bệnh nhân theo giới tính và tuổi

		Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	22	24,7
	Nữ	67	75,3
Tuổi (TB (ĐLC))	47,9 (16,64)		
Nhóm tuổi	< 20	1	1,1
	20-<40	32	35,9
	40-60	32	35,9
	> 60	24	27
Tổng		89	100

Tuổi trung bình mắc bệnh ung thư tuyến giáp thể biệt hóa là 47,9 (16,64). Nhóm 20- 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 71,8%. Tỷ lệ nữ giới chiếm đa số 75,3% (tỷ lệ nữ/nam: 3,05/1).

Bảng 2. Lý do vào viện

Lý do vào viện	Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Có hạch	85	95,5
Nuốt vướng	1	1,1
Khó thở	2	2,2
Khám sức khỏe	1	1,1
Tổng	89	100

Lý do vào viện chủ yếu là có hạch, chiếm 95,5%.

Bảng 3. Giải phẫu bệnh sau phẫu thuật cắt tuyến giáp

	Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
Vết hạch cổ khi phẫu thuật	89	100%
Thể bệnh		
Thể nhú	86	96,6

Thể nhú - nang	1	1,1
Thể nang	1	1,1
Thể tủy	1,1	1,1
Giai đoạn bệnh		
Giai đoạn I	57	64
Giai đoạn II	32	36
Tổng	89	100

100% (89) bệnh nhân được vét hạch cổ khi phẫu thuật tuyến giáp. Bệnh nhân có mô bệnh học sau cắt tuyến giáp chủ yếu là thể nhú chiếm 96,6%. Giai đoạn K giáp được phẫu thuật chủ yếu là giai đoạn I chiếm 64%.

Bảng 4. Thời gian sau khi phẫu thuật tuyến giáp khi phát hiện hạch cổ di căn

	Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Thời gian sau khi phẫu thuật tuyến giáp đến khi phát hiện hạch cổ di căn (TB (ĐLC))	51,6 (45,85)	
	< 1 năm	20 22,5
	1-3 năm	24 27
	3- 5 năm	15 16,9
	> 5 năm	30 33,7
Thời gian khi điều trị I131 lần đầu đến khi phát hiện hạch cổ di căn (TB (ĐLC))	51,6 (45,85)	
	< 3 năm	34 38,2
	3 - 5 năm	15 16,9
	> 5 năm	30 33,7

Thời gian sau khi phẫu thuật tuyến giáp khi phát hiện hạch cổ di căn là 1-3 năm (27%), thời gian ngắn nhất 0 tháng, thời gian dài nhất 18 năm, thời gian trung bình $51,6 \pm 45,85$. Thời gian sau khi điều trị I131 lần đầu đến khi phát hiện hạch cổ di căn là dưới 3 năm (38,2%), thời gian trung bình $51,6 \pm 45,85$.

Bảng 5. Số lần điều trị I-131 khi phát hiện hạch cổ di căn

		Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Số lần (TB (ĐLC))		2,6 (1,6)	
	< 1 lần	18	20,2
	1-3 lần	51	57,3
	3-5 lần	15	16,9
	> 5 lần	5	5,6

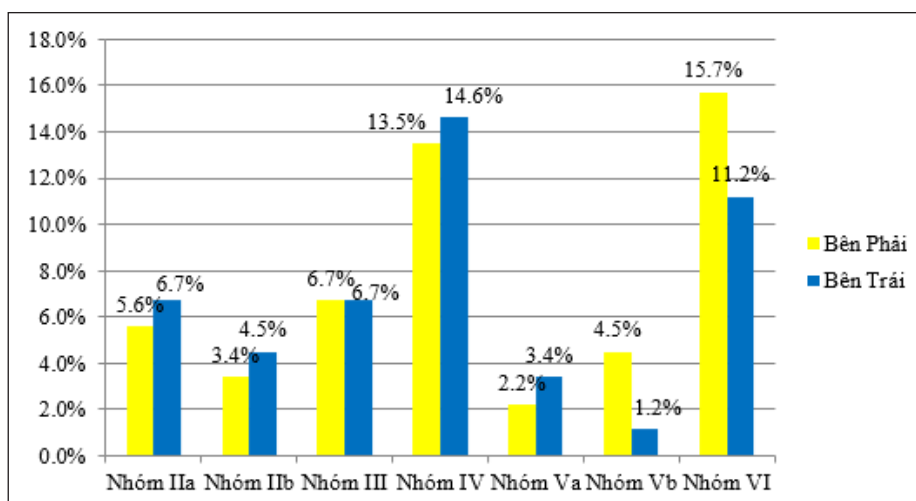
Số lần điều trị I131 của bệnh nhân chủ yếu hơn 1 -3 lần chiếm 57,3%. Số lần điều trị nhỏ nhất là 0 và lớn nhất là 9 lần, trung bình $2,6 \pm 1,6$.

Bảng 6. Đặc điểm cận lâm sàng

	Giá trị trung bình	Giá trị bình thường
ATG	$39,9 \pm 135,3$	0-115 IU/L
TSH (IU/ml)	$4,5 \pm 14,1$	0,27-4,2 μ IU/mL
FT4 (pmol/l)	$18,4 \pm 6,5$	12-22 pmol/L
Tg	$27,9 \pm 76,4$	1,4 - 78 ng/mL
Tăng (n (%))	4	4,5%
Giảm (n (%))	35	39,3%
Không thay đổi đáng kể (n (%))	17	19,1%
Không xác định (n (%))	33	37,1%

Giá trị chỉ số Tg, ATG, TSH, FT4 đều nằm trong giới hạn bình thường. Nồng độ Tg khi bắt đầu điều trị đến khi phát hiện hạch cổ chủ yếu là giảm chiếm 39,9%.

2. Đặc điểm siêu âm hạch di căn ung thư tuyến giáp thể biệt hóa



Biểu đồ 1. Nhóm hạch di căn

Nhóm hạch: Nhóm hạch cổ di căn chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm VI, trong đó nhóm VI bên phải chiếm 15,7%, VI bên trái chiếm 11,2%.

Bảng 7. Đặc điểm hình ảnh siêu âm hạch cổ trên siêu âm

Đặc điểm	Ác tính		Lành tính		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Hình dạng							
Tròn	60	75	5	55,6	65	73	<0,05
Đẹt	20	25	4	44,4	24	27	
Võ hạch							
Mỏng	51	63,8	7	77,8	58	65,2	<0,05
Dày	29	36,2	2	22,2	31	34,8	
Cấu trúc âm							
Giảm âm	51	63,8	6	66,7	57	64	<0,05
Tăng âm	28	35	2	22,2	30	33,7	
Hỗn hợp	1	1,2	1	11,1	2	2,3	
Rốn hạch							
Mất rốn hạch	50	62,5	6	66,7	56	62,9	<0,05
Có rốn hạch	16	20	2	22,2	18	20,2	
Không xác định	14	17,5	1	11,1	15	16,9	
Vi vôi							
Có	33	41,3	1	11,1	34	38,2	<0,05
Không	47	58,8	8	89,9	55	61,8	
Dịch hóa trong							
Có	14	17,5	1	11,1	15	16,9	<0,05
Không	66	82,5	8	89,9	74	83,1	
Mạch máu							
Ngoại vi	14	17,5	2	22,2	16	18	<0,05
Trung tâm	2	2,5	0	0	2	2,2	
Hỗn hợp	28	35	4	44,4	32	36	
Không TSM	36	45	3	33,4	39	43,8	
Kích thước trực ngắn							
> 5mm	41	51,2	2	22,2	43	48,3	<0,05
≤ 5mm	39	48,8	7	77,8	46	51,7	
Tỷ lệ ngang/dọc							
≥ 0,5	41	51,2	1	11,1	42	47,2	<0,05
< 0,5	39	48,8	8	88,9	47	52,8	
Tổng	80	100	9	100	89	100	

Hình dạng bầu dục trên siêu âm có 65/89 (73%) trong đó: 60 nhóm hạch hình bầu dục là hạch di căn (75%), 5 nhóm hạch hình bầu dục không phải là hạch di căn (55,6%).

Vỏ hạch mỏng trên siêu âm có 58/89 (65,2%) trong đó: 51 có vỏ hạch mỏng là hạch di căn (63,8%), 7 có vỏ hạch mỏng không phải là hạch di căn (77,8%).

Cấu trúc giảm âm hạch trên siêu âm có 57/89 (64%) trong đó: 51 nhóm hạch giảm âm là hạch di căn (63,8%), 6 nhóm hạch giảm âm không phải là hạch di căn (66,7%).

Mất rốn hạch trên siêu âm có 56/89 (62,9%) trong đó: 50 nhóm mất rốn hạch là hạch di căn (62,5%), 5 nhóm mất rốn hạch không phải là hạch di căn (66,7%).

Không có vi vôi hạch trên siêu âm có 55/89 (61,8%) trong đó: 47 nhóm không có vi vôi hạch là hạch di căn (62,5%), 8 nhóm không có vi vôi hạch không phải là hạch di căn (66,7%).

Không có dịch hóa trong hạch trên siêu âm có 74/89 (83,1%): 66 nhóm không có dịch hóa trong hạch là hạch di căn (82,5%), 8 nhóm không có dịch hóa trong hạch không phải là hạch di căn (89,9%)

Không có TSM trên siêu âm có 39/89 (43,8%) trong đó: 36 nhóm không có TSM hạch là hạch di căn (45%), 3 nhóm không có TSM hạch không phải là hạch di căn (33,4%).

Hạch có kích thước trục ngắn $\leq 5\text{mm}$ chiếm 51,7% trong đó có 48,8% ác tính và 77,8% hạch lành tính. Hạch kích thước trục ngắn $> 5\text{mm}$ chiếm 48,3% trong đó có 51,2% ác tính và 22,2% hạch lành tính. Có sự khác biệt về kích thước trục ngắn và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Có 47/89 hạch có tỷ lệ ngang/dọc $< 0,5$, trong đó 39 hạch ác tính (48,8%) và 8 hạch lành tính (88,9%). Có 42/89 hạch có tỷ lệ ngang/ dọc $\geq 0,5$, trong đó 41 hạch ác tính (51,2%) và 8 hạch lành tính (11,1%). Có sự khác biệt về tỷ lệ trục ngang/dọc và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

III. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình là 47,9 (16,64) tuổi, trong đó thấp nhất là 17 tuổi và tuổi lớn nhất là 81 tuổi. Về khía cạnh hạch cổ tái phát sau điều trị, theo Yasuhiro Ito và CS (2012), tuổi ≥ 55 là một trong các yếu tố có liên quan đến sự tái phát hạch cổ ở bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến

giáp thể nhú [4]. Một số nghiên cứu đưa ra con số thấp hơn: tuổi ≥ 45 tuổi cho tỷ lệ tái phát cao hơn so với những nhóm tuổi trẻ hơn. Theo tác giả Đỗ Quang Trường (2011) gặp nhiều nhất lứa tuổi 46-60 là 77,8%. Tuổi trung bình của nam là $40,2 \pm 14,8$ và của nữ là $39,7 \pm 12,7$ [5]. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Tiến Bằng (2016) cho thấy nhóm tuổi từ 16-45 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 61,8% [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi theo biểu đồ 3.1, bệnh nhân nữ giới gặp nhiều hơn hẳn nam giới, tỷ lệ nữ/nam là 3,05/1.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy có 85/89 bệnh nhân có hạch (95,5%), có 2/89 bệnh nhân thấy khó thở (2,2%), có 1/89 bệnh nhân nuốt vướng, 1/89 bệnh nhân đi khám sức khỏe định kì (1,1%). Nghiên cứu của chúng tôi đa phần bệnh nhân được phẫu thuật và điều trị ở các bệnh viện tuyến khác nên kết quả không tương đồng kết quả các nghiên cứu khác. Theo nghiên cứu của Đoàn Hồng Anh (2018) phần lớn các trường hợp bệnh nhân đều được phát hiện khi tái khám định kì chiếm 78,57%, điều này do bệnh nhân sau khi phẫu thuật ung thư tuyến giáp vẫn được tái khám định kì [7].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 86/89 bệnh nhân có mô bệnh học là thể nhú (96,6%). Kết quả cao hơn các nghiên cứu trong và ngoài nước. Nhìn chung ung thư biểu mô tuyến giáp là thể nhú gặp nhiều nhất trong ung thư biểu mô tuyến giáp. Bệnh nhân K giáp ở giai đoạn II chiếm 64%, bệnh nhân ở giai đoạn I chiếm 36% Kết quả này tuy không hoàn toàn đồng nhất nhưng có nhiều điểm phù hợp với kết quả nghiên cứu của nhiều tác giả khác, cả trong và ngoài nước. Theo nghiên cứu Đỗ Quang Trường (2011) bệnh nhân giai đoạn I là 60,9%, giai đoạn II 16,1%, giai đoạn III 23% [5].

Ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú có tỷ lệ tái phát rơi vào khoảng từ 8% -23% cho dù trước đó bệnh nhân được điều trị cắt toàn bộ tuyến giáp kết hợp nạo vét hạch cổ. Bệnh nhân có thể tái phát một lần hoặc nhiều lần sau đó. Theo các nghiên cứu trên thế giới, có 2 khoảng tái phát hay gặp đó là 2 năm đầu sau điều trị và khoản thứ 2 là 5 năm sau điều trị.

Thời gian điều trị 1131 lần đầu đến khi phát hiện hạch cổ di căn đa số dưới 3 năm chiếm 38,2%, tiếp theo đó là > 5 năm chiếm 33,7%. Kết quả này cao hơn so với

các nghiên cứu khác. Theo Lê Văn Quảng (2002), tỷ lệ phát hiện bệnh trong năm đầu tiên chỉ chiếm 9%. Theo nghiên cứu Trịnh Xuân Dương (2012) tỷ lệ này là 71,25% [10]. Điều này cho thấy vấn đề về nhận thức và quan tâm tới bệnh tật nói chung của người dân đã được nâng cao cùng với sự phát triển mạnh mẽ của văn hóa, xã hội, vấn đề truyền thông y tế, chất lượng dịch vụ y tế ngày càng được chú trọng.

Số lần điều trị I-131 đến khi phát hiện có hạch cổ di căn chủ yếu nhóm 1-3 lần chiếm 57,3%, tiếp theo đó là nhóm điều trị < 1 lần chiếm 20,2%, nhóm 3-5 lần chiếm 16,9% , ít nhất là nhóm > 5 lần chiếm 5,6%. Số lần điều trị I-131 ít nhất là 0 lần và nhiều nhất là 9 lần, trung bình $2,6 \pm 1,6$ lần. Theo nghiên cứu Phan Hồng Quân (2021) trong số 61 bệnh nhân nghiên cứu, số lần điều trị I131 trung bình là 2,23, Số bệnh nhân điều trị 2 lần chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 31 bệnh nhân (50,8%). Bệnh nhân ít nhất là 1 lần, nhiều nhất là 8 lần [8]. Mặc dù việc điều trị I131 sau phẫu thuật ung thư tuyến giáp lần đầu được khuyến nghị với những trường hợp ung thư tuyến giáp mà có khả năng tái phát hoặc di căn cổ cao nhưng vai trò của I131 trong những lần mổ sau của ung thư tuyến giáp thì chưa có lợi ích nào rõ ràng [7].

Trong điều trị ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú, Tg là một chất chỉ điểm giúp xác định tái phát sau điều trị. Đối với bệnh nhân đã được điều trị bằng phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ tuyến giáp kết hợp với nạo vét hạch cổ và điều trị I131, Tg là một chất chỉ điểm khối u lý tưởng, vì chỉ có tế bào ung thư mới tiết ra được Tg, nếu Tg tăng tức là báo hiệu tái phát hoặc di căn ngược lại Tg giảm tức là bệnh đã thoái lui. Trong nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu hồi cứu thu thập số liệu qua hồ sơ bệnh án, bệnh nhân đa phần được điều trị tuyến dưới, bệnh viện khác, không khám sức khỏe định, nên chưa thể đánh giá được chính xác được nồng độ Tg.

Nhóm hạch cổ di căn nhiều nhất là nhóm phải (P) VI chiếm 15,7%, tiếp đến là nhóm trái (Tr) IV chiếm 14,6%, nhóm PIV chiếm 13,5%, thấp nhất là nhóm TrVb 1,2%. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Đoàn Hồng Anh (2018) nhóm hạch cổ nhóm VI được phát hiện trên siêu âm chiếm tỷ lệ cao nhất 35,05% trong

đó có 5 bệnh nhân có hạch cổ nhóm VI 2 bên, sau đó là nhóm IV 31,58%, trong đó có 2 bệnh nhân có hạch cổ 2 bên, thấp nhất là nhóm III chiếm 28,07%, chỉ có 3/57 hạch cổ ở nhóm II, chiếm tỷ lệ 5,3%, không gặp trường nào siêu âm thấy hạch cổ di căn ở nhóm I và IV [7].

Hình dạng tròn trên siêu âm có 65/89 (73%) trong đó 60 nhóm hạch hình tròn là hạch di căn (75%); 5 nhóm hạch hình tròn không phải là hạch di căn (55,6%). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Theo nghiên cứu Nguyễn Thanh Thủy và CS (2020), 89% hạch ác tính có hình dạng tròn trong khi tỷ lệ này ở hạch lành tính gặp 79%. Theo nghiên cứu của Thiều Thị Trà My (2020) các nhóm hạch có 25 hạch có hình tròn gặp 15% tất cả các hạch, và 23% trong hạch di căn có dấu hiệu này [9].

Đặc điểm hồi âm được so sánh xung quanh chia làm 3 nhóm: hạch giảm âm, tăng âm và hỗn hợp. Theo nghiên cứu của chúng tôi, ở nhóm hạch di căn gặp nhất là giảm âm 63,8%, nhóm hạch tăng âm chiếm 35%. Hạch lành tính chủ yếu tăng âm (66,7%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Đoàn Hồng Anh (2018) phần lớn hạch cổ ác tính đều có đặc điểm giảm âm chiếm tới 78,72%, còn nhóm hạch viêm mạn tính thì hạch viêm chiếm tỷ lệ nhỏ chỉ 20% [7].

Đặc điểm rốn hạch quan sát có 56 trường hợp mất rốn hạch (62,9%), có 18/89 trường hợp còn rốn hạch (20,2%), có 15/89 bệnh nhân không xác định rốn hạch. Trong 56 trường hợp mất rốn hạch có 50 trường hợp là hạch di căn (62,5%), trong 18 trường hợp còn rốn hạch có 16 trường hợp ác tính (20%) và có 14/15 trường hợp không xác định rốn hạch có mô bệnh học là hạch di căn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi đặc điểm vi vôi có 34/89 trường hợp chiếm 38,2%. Trong đó có 33 trường hợp là hạch di căn chiếm 41,3%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Thiều Thị Trà My (2020) hạch có đặc điểm vi vôi gặp 20% và 34% trong nhóm hạch di căn [9].

Đặc điểm mạch máu được chia thành 4 nhóm trên siêu âm: Không tăng sinh mạch, tăng sinh mạch trung tâm, tăng sinh ngoại vi và hỗn hợp. Theo nghiên cứu của chúng tôi, hạch tăng sinh mạch chiếm tỷ lệ 56,2 %.

Trong đó tăng sinh ngoại vi, trung tâm, hỗn hợp lần lượt có giá trị là 18%, 2,2% và 36%. Hạch không tăng sinh mạch chiếm 44,8%. Theo Zeming Liu và CS (2019), trên siêu âm Doppler có sự khác biệt về đặc điểm mạch máu giữa nhóm hạch di căn và không di căn. Các hạch bạch huyết di căn có tỷ lệ tăng sinh mạch máu ngoại vi cao hơn so với các hạch không di căn (28,2% so với 22,7%; $p=0,002$).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi hạch kích thước trực ngắn $\leq 5\text{mm}$ chiếm 51,7% trong đó có 48,8% ác tính và 77,8% hạch lành tính. Hạch kích thước trực ngắn $> 5\text{mm}$ chiếm 48,3% trong đó có 51,2% ác tính và 22,2% hạch lành tính. Có sự khác biệt về kích thước trực ngắn và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Theo nghiên cứu của Lebouilleux và CS (2007), 67,8% hạch có kích thước $\leq 5\text{mm}$ và 32,2% hạch có kích thước $> 5\text{mm}$.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 47/89 hạch có tỷ lệ ngang/ dọc $< 0,5$, trong đó 39 hạch ác tính (48,8%) và 8 hạch lành tính (88,9%). Có 42/89 hạch có tỷ lệ ngang/ dọc $\geq 0,5$, trong đó 41 hạch ác tính (51,2%) và 8 hạch lành tính (11,1%). Có sự khác biệt về tỷ lệ trục ngang/dọc và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Theo Phan Hồng Quân và CS (2021) có 58/123 hạch có tỷ lệ ngang/dọc $\geq 0,5$ trong đó có 42 hạch ác tính (74%), 65/123 hạch có tỷ lệ ngang/dọc $< 0,5$ trong đó có 31 hạch lành tính (47,7%) [8].

Kết luận: Siêu âm đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán giai đoạn bệnh, mô tả đầy đủ và chính xác hình dạng, kích thước của các tổn thương và đánh giá được giai đoạn bệnh và mức độ di căn, giúp kịp thời đánh giá và điều trị ung thư tuyến giáp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray, F., et al., (2020), Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*, 68(6): p. 394-424.
2. Ito, Y., et al., (2018), Overall Survival of Papillary Thyroid Carcinoma Patients: A Single-Institution Long-Term Follow-Up of 5897 Patients. *World J Surg*, 42(3): p. 615-622.
3. Smith-Bindman R, et al. (2013), Risk of Thyroid Cancer Based on Thyroid Ultrasound Imaging Characteristics: Results of a Population-Based Study. *JAMA Intern Med*;173(19):1788–1795.
4. Ito, Y., et al., (2012), Lymph node recurrence in patients with N1b papillary thyroid carcinoma who underwent unilateral therapeutic modified radical neck dissection. *World J Surg*, 36(3): p. 593-7.
5. Đỗ Quang Trường (2011), “Di căn hạch cổ trong ung thư tuyến giáp thể biệt hóa”, *Y học Thực Hành*, 787(10): p. 22-24
6. Nguyễn Tiến Bằng (2016), “Nghiên cứu tái phát hạch cổ sau điều trị ung thư tuyến giáp thể nhú”, Luận Văn Thạc Sĩ, Đại học Y Hà Nội
7. Đoàn Hồng Anh (2018), “Nhận xét đặc điểm hạch bệnh lý sau phẫu thuật ung thư tuyến giáp thể nhú”, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội Hà Nội.
8. Phan Hồng Quân và cộng sự (2021), “Đặc điểm hình ảnh siêu âm của hạch cổ di căn ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hoasau phẫu thuật điều trị I131”. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 508(1).
9. Thiều Thị Trà My (2020), “Đánh giá giá trị của siêu âm và cắt lớp vi tính trong chẩn đoán hạch di căn vùng cổ của ung thư tuyến giáp thể nhú”, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
10. Trịnh Xuân Dương (2012), “Đánh giá kết quả điều trị ung thư thể nhú tại bệnh viện K”, Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội: Hà Nội.

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Siêu âm là kỹ thuật chẩn đoán có độ chính xác và độ nhạy cao nhất trong chẩn đoán di căn hạch.

Mục tiêu: Nghiên cứu gồm 2 mục tiêu: 1) Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa đã điều trị; 2) Mô tả đặc điểm hình ảnh siêu âm của hạch vùng cổ ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa đã điều trị.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 89 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp thể biệt hóa và thấy hạch bạch huyết cổ có khả năng ác tính dưới siêu âm và được chỉ định chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm.

Kết quả: Trong số 89 đối tượng nghiên cứu, lý do vào viện chủ yếu là có hạch chiếm 95,5%. Kết quả giải phẫu bệnh thể nhú chiếm 96,6%. Thời gian sau khi phẫu thuật tuyến giáp khi phát hiện hạch cổ di căn là 1-3 năm (27%). Thời gian sau khi phẫu thuật tuyến giáp khi phát hiện hạch cổ di căn là 6- 36 tháng (38,2%). Hình dạng bầu dục trên siêu âm có 73%, vỏ hạch mỏng trên siêu âm chiếm 65,2%, giảm âm hạch trên siêu âm chiếm 64%, mất rốn hạch trên siêu âm chiếm 62,9%.

Kết luận Siêu âm đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán giai đoạn bệnh, mô tả đầy đủ và chính xác hình dạng, kích thước của các tổn thương và đánh giá được giai đoạn bệnh và mức độ di căn, giúp kịp thời đánh giá và điều trị ung thư tuyến giáp.

Từ khóa: *siêu âm tuyến giáp, hạch cổ, ung thư tuyến giáp thể biệt hoá*

Người liên hệ: Dương Minh Tuyên. Email: duongminhtuyen221091@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/10/2022. Ngày gửi phản biện: 14/10/2022

Ngày nhận phản biện: 25/10/2022. Ngày chấp nhận đăng: 2/2/2023