

LÂM SÀNG - GIẢI PHẪU BỆNH QUA 25 TRƯỜNG HỢP UNG THƯ BIỂU MÔ Ở TRONG NANG (BỌC) TUYẾN GIÁP CÓ TẾ BÀO HỌC LÀNH TÍNH

Trần Hòa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá các biểu hiện lâm sàng - giải phẫu bệnh những trường hợp ung thư có trong nang tuyến giáp.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả 25 trường hợp ung thư biểu mô tuyến giáp được ghi nhận qua 201 trường hợp nang (bọc) giáp có kết quả FNA (chọc hút bằng kim nhỏ) lành tính được kiểm tra và xác định bằng chẩn đoán mô bệnh học tại khoa Giải Phẫu bệnh, Bệnh viện C Đà Nẵng từ năm 2004 đến năm 2011.

Kết quả: Ung thư biểu mô có trong nang (bọc) tuyến giáp chiếm tỉ lệ 12,4%; 60% là nữ giới, tổn thương có kích thước từ 2-4 cm chiếm 72%, lứa tuổi hay gặp là 41-60 tuổi chiếm 72% trường hợp; 80% tổn thương nang tái phát sau chọc hút. Tất cả các trường hợp đều là ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú. Màu sắc chất dịch không có liên quan đến bản chất tổn thương. FNA ít có giá trị vì trong tất cả các trường hợp không có hoặc không có đủ tế bào trên tiêu bản để đánh giá.

Kết luận: Chẩn đoán tế bào học thật sự gặp khó khăn trong phát hiện những trường hợp ung thư biểu mô có trong nang (bọc) tuyến giáp. Vì vậy cần phải theo dõi và lưu ý đến những trường hợp nang (bọc) tuyến giáp tái phát sau chọc hút, chỉ định ngoại khoa cần phải đặt ra trong những trường hợp bệnh nhân này để đánh giá tổn thương nang (bọc) bằng chẩn đoán mô bệnh học và tất cả các u nang phải được kiểm tra giải phẫu bệnh sau khi phẫu thuật.

Từ khóa: Ung thư biểu mô, nang (bọc) tuyến giáp.

ABSTRACT

CLINICO-PATHOLOGIC ANALYSIS OF 25 CASES OF CARCINOMA IN CYTOLOGICALLY BENIGN THYROID CYSTS

Tran Hoa¹

Objective: Investigation of clinical and cytopathology for patients with cancer incystic lesions of thyroid.

Patients and methodes: A retrospective analysis was performed of FNA (fine needle aspiration biopsy) material in 201 cases of cystic thyroid which had the cytologic diagnosis confirmed pathohistology from 2004 – 2011 at Hospital C- Danang, Viet Nam.

Result: 25 cases of carcinoma was found within 201 cases of cytologically benign thyroid cysts : 12,4%. Most of there cysts measured 2 to 4 cm: 72% of cases. 72% of cases occurred in patients 41 to 60 years old; 60% are

1. Khoa Giải phẫu bệnh –Bệnh viện
C Đà Nẵng

- Ngày nhận bài (received): 19/5/2013; Ngày phản biện (revised): 25/7/2013;
- Ngày đăng bài (accepted): 26/8/2013
- Người phản biện: PGS.TS Phạm Như Hiệp, TS. Phạm Nguyên Tường
- Người phản hồi (corresponding author): Trần Hòa
- Email: tranhoadok@gmail.com Di động: 0905325858

women; 80% of cases are cysts recurred after aspirations. 100% of cases are papillary thyroid carcinoma;

There was no difference in fluid color from benign and malignant. The color of fluid is not related to risk of malignancy. FNA has been report to be less efficacious for cancer in cystic lesions because of a greater frequency of acellular or paucicellular in specimens with "cyst fluid only" features: 80% of cases and a higher rate of false- negative. This rate may be represent a samples error rather than a cytologic misdiagnosis. Cysts recurred are the important of clinical data and also necessary which can help the cytopathologist to avoid pitfalls of cancer in cystic thyroid.

Conclusion: The FNA cytologic diagnosis of carcinoma in cystic lesions of thyroid are difficult, Close clinical follow – up of all patients with cystic thyroid are indicated whether or not FNA is negative and surgery is advise when a recurrent cysts despite 2 or more aspirations.

Key words: Carcinoma, cytologically benign cysts.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nang (bọc) tuyến giáp là một tổn thương thường gặp trong bệnh lý tuyến giáp và được chỉ định làm FNA một cách thường quy trong chẩn đoán tế bào học. Trong những nghiên cứu trước đây hầu hết các tổn thương nang (bọc) tuyến giáp được cho là lành tính – cho nên ngoài việc chẩn đoán một số tác giả còn áp dụng FNA như là một phương tiện để điều trị. Tuy nhiên vẫn có trường hợp chẩn đoán tế bào học là lành tính nhưng thực chất ung thư vẫn có mặt trong những tổn thương nang (bọc) tuyến giáp sau khi được kiểm tra lại bằng mô bệnh học. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Đánh giá các biểu hiện lâm sàng- giải phẫu bệnh những trường hợp ung thư có trong nang tuyến giáp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả những bệnh án của những bệnh nhân có kết quả mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến giáp đã có kết quả FNA trước đó là nang (bọc) tuyến giáp lành tính ở tại khoa Giải phẫu bệnh Bệnh viện C Đà Nẵng từ năm 2004-2011.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu

- Ghi nhận các yếu tố: Giới - tuổi - kích thước u - màu sắc chất dịch – sự tái phát u - tính chất tế bào học - phân loại mô bệnh học.

- Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê Y học thông thường.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung

Ghi nhận được 25 trường hợp ung thư/201 trường hợp Nang (bọc) tuyến giáp có tế bào học lành tính: 12,4%

Bảng 1. Giới tính

Nam	Nữ	Tổng cộng
10	15	25
40%	60%	100%

Bảng 2. Tuổi

20-30	31-40	41-50	51-60	>61	Tổng cộng
2	3	10	8	2	25
8%	12%	40%	32%	8%	100%

3.2. Đặc điểm lâm sàng- giải phẫu bệnh

Bảng 3. Kích thước

<2cm	2-4cm	>4cm	Tổng cộng
2	18	5	28
8%	72%	20%	100%

Bảng 4. Màu sắc chất dịch

Vàng trong	Vàng đục	Nâu đục	Màu máu	Tổng cộng
5	6	7	7	25
20%	24%	28%	28%	100%

Bảng 5. Tiền sử đã chọc hút

Lần đầu	Lần thứ hai	> 2 lần	Tổng cộng
5	9	11	25
20%	36%	44%	100%

Bảng 6. Hình ảnh tế bào học

Không có tế bào biểu mô	Có ít tế bào biểu mô	Tổng cộng
20	5	25
80%	20%	100%

Bảng 7. Phân loại mô học

Các loại khác	Ung thư thể nhú	Tổng cộng
0	25	25
0	100%	100%

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ ung thư biểu mô/ những trường hợp nang giáp có tế bào học lành tính.

Theo các nghiên cứu trước đây được các y văn trích dẫn, cho thấy rằng các tổn thương dạng nang (bọc) giáp ít có liên quan đến ung thư, tỷ lệ được ghi nhận là ít hơn 2% trường hợp nang giáp có ung thư [1], [4]. Tuy nhiên trong những nghiên cứu sau này cho thấy tỷ lệ ung thư được tìm thấy trong tổn thương nang (bọc) giáp được các tác giả ghi nhận từ 10-15% tổng số nang giáp hoặc dao động từ 7,7 %- 29%, trung bình là 14% [4], [12], [16], [25]. Tỷ lệ của chúng tôi là 12,4%; cũng nằm trong giới hạn tương tự như của các tác giả khác. Sự dao động của

tỷ lệ mắc bệnh này có thể là do các tiêu chuẩn khác nhau để chỉ định phẫu thuật nên thật sự khó xác định được một tỷ lệ ung thư thật sự trên nang (bọc) tuyến giáp “lành tính” bởi vì không phải tất cả các tổn thương nang (bọc) được phẫu thuật [25]. Trong khi đó ở khu vực chúng tôi tổn thương bướu giáp được chỉ định ngoại khoa khá rộng rãi nhưng việc kiểm tra mô bệnh học các tổn thương nang (bọc) tuyến giáp lại không được thực hiện hoàn chỉnh và có hệ thống. Một nghiên cứu khác còn cho thấy tỷ lệ ung thư giáp trên nang (bọc) giáp có thể cao tương tự như tỷ lệ ung thư trên những u đặc tuyến giáp [12], [16].

Vì vậy quan điểm các tổn thương nang (bọc)

giáp đa số là lành tính là một quan điểm cần đánh giá lại. Và vấn đề kiểm tra mô bệnh học trên những tổn thương nang giáp cần được thực hiện một cách có hệ thống và chặt chẽ.

4.2. Về giới tính và tuổi:

Sự khác biệt về giới tính cũng cho thấy có một sự thay đổi theo các ghi nhận của các tác giả khác nhau, nhìn chung cho thấy tỉ lệ ung thư/ nang (bọc) tuyến giáp tỷ lệ bệnh nhân nữ gấp nhiều hơn nam giới: Từ 70% đến 86,7% là nữ trong khi đó từ 13,3% đến 30% là nam [11], [13], [16]. Tỷ lệ của chúng tôi là nữ: 60% - nam: 40%. Trong khi đó ghi nhận của Cusick và Kyung lại cho kết quả ngược lại: 22,2% đến 29% trường hợp ung thư/ nang (bọc) tuyến giáp là nam giới so với 6,2 đến 11% trường hợp là nữ giới, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,09$ [7], [25]. Nhìn chung các y văn nhấn mạnh bệnh nhân nữ có nguy cơ ung thư/ nang tuyến giáp cao hơn.

Tỷ lệ mắc bệnh cao thường gặp ở bệnh nhân > 40 tuổi : 71,4% so với 28,6% < 40 tuổi [16]. Một ghi nhận khác cũng cho thấy lứa tuổi trung bình trong những trường hợp ung thư/ nang giáp là từ 44,6- 45,6 tuổi [6], [17], [25]. Nếu đánh giá trên một tổn thương nang (bọc) tuyến giáp chung còn cho thấy 22% bệnh nhân nang giáp trên 40 tuổi có sự hiện diện tổn thương ung thư trong nang so với 16% bệnh nhân dưới 40 tuổi [16].

Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân ung thư/ nang giáp cũng có kết quả tương tự với các tác giả khác: 72% lứa tuổi > 40 tuổi.

Khả năng có mặt ung thư/ nang (bọc) tuyến giáp có tế bào học lành tính tăng cao ở tuổi >40-50 tuổi. Nữ giới > 40 tuổi có tổn thương nang giáp có thể coi là một yếu tố cần được lưu ý và cần nhắc để loại trừ 1 trường hợp ung thư/ nang giáp khi làm chẩn đoán tế bào học.

4.3. Kích thước nang giáp

Mối quan hệ giữa kích thước nang với ung thư còn khác biệt giữa một số tác giả. Kích thước nang không có giá trị trong chẩn đoán phân biệt giữa tổn thương lành tính và ác tính; tỉ lệ mắc bệnh ung thư/ nang giáp ở bệnh nhân có khối u kích thước lớn hơn và nhỏ hơn 1cm tương tự nhau [13], kích thước

trung bình của ung thư/ nang giáp là $3,8 \pm 2,8\text{cm}$ so với $3,7 \pm 2,6\text{cm}$ ở trong trường hợp nang lành tính, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ [2]. Tuy nhiên trong ghi nhận của chúng tôi hầu hết các tổn thương ung thư/ nang giáp có tỉ lệ cao ở những tổn thương nang có kích thước 2-4cm: 72%, điều này cũng tương tự như những ghi nhận của các tác giả khác, tỷ lệ 64% trường hợp ung thư/ nang có kích thước từ 2-4cm so với 15,6% trường hợp nang lành tính [12], 85% ung thư đều có kích thước nang giáp >3cm [2], [6]. Các tác giả đều thống nhất có một tỉ lệ cao ung thư / nang giáp ở những tổn thương nang > 3-3,5cm nhất là những nang >4cm [8], [9], [17], [25]. Như vậy với những tổn thương nang có kích thước 2- 3cm được phát hiện qua thăm khám lâm sàng cần phải lưu ý đến 1 trường hợp ung thư/ nang giáp.

4.4. Màu sắc chất dịch: Trong tất cả các trường hợp ung thư/ nang giáp chất dịch được hút ra dễ dàng, có mật độ loãng, không có trường hợp nào có dạng chất dịch keo giáp. Đây có thể coi là một đặc điểm để loại trừ một tổn thương ác tính ở nang giáp. Đặc điểm này đã được George nhấn mạnh: Chất dịch nang nếu không phải là dịch nhầy keo thì bắt buộc phải hút ra và phải đánh giá tế bào học [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi màu sắc chất dịch thể hiện khá đa dạng từ màu vàng trong, vàng đục, màu chocolate, màu máu ở trong những tổn thương ung thư/ nang giáp nhưng tỉ lệ không có khác biệt rõ, dao động từ 24-28%. Một số quan niệm trước đây và cho rằng màu sắc chất dịch có một mối liên quan đến tổn thương u nhất là chất dịch có màu chocolate và màu máu. Ung thư tuyến giáp thể nhú thoái hóa nang thường tạo dịch máu [5] và dịch máu thường được tìm thấy nhiều hơn trong tổn thương ác tính [25]. Theo Rossen được Sontor trích dẫn: 74% chất dịch máu có liên quan đến ung thư, 8% chất dịch máu có trong u tuyến giáp lành tính, 50% có trong phình giáp keo [16]. Tuy nhiên với kết quả chúng tôi ghi nhận thì chưa thể dựa vào màu sắc chất dịch để nghi ngờ một tổn thương ung thư/ nang tuyến giáp. Một số nghiên cứu cho rằng không có một mối liên quan nào giữa màu sắc chất dịch và tỷ lệ ác tính trong nang giáp [7], [16]. 81% chất dịch nang

là dịch máu, 80% trong u ác, 88% có trong u lành và 78% có trong tổn thương lành tính không phải u [7] Theo Kyung sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (25). Chất dịch máu, dịch vàng trong đều có thể được hút ra từ tổn thương ung thư, 29% bệnh nhân lành tính chất dịch trong nang là dịch máu còn những bệnh nhân bị ung thư / nang chất dịch có màu sắc khác [4], [18]. Tổn thương u có chứa dịch nâu hay dịch máu nhưng bản thân tính chất màu sắc này không có được một sự phân biệt rạch ròi giữa lành tính với ác tính [2], [7], [16]. Những trường hợp ung thư / nang giáp chất dịch nang không có ý nghĩa chẩn đoán trong đa số trường hợp [6].

Sự thoái hóa nang được coi là một hình ảnh bệnh lý cơ bản của tổn thương tuyến giáp, dịch máu được tìm thấy từ tổn thương hoại tử như là một kết quả của sự tiến triển tế bào phát triển nhanh hơn sự hình thành mạch máu nuôi dưỡng [2], [16]. Nồng độ hormol tuyến giáp trong dịch nang cao hơn hẳn so với huyết tương, điều này chứng tỏ dịch nang là sự hủy hoại của các tế bào nang tuyến [2].

4.5. Tái phát u và tồn tại u sau hút dịch: Có thể nói đây là một biểu hiện lâm sàng nổi bật và quan trọng trong bệnh cảnh ung thư/ nang giáp. Hầu hết tất cả các tác giả đều nhấn mạnh biểu hiện một u nang tái phát hoặc vẫn còn sờ thấy sau khi hút hết dịch đều có một nguy cơ ung thư trong nang tuyến giáp [6], [16], [17]. 10% các nang tái phát có liên quan tới u [22]. Trong trường hợp ung thư biểu mô tuyến giáp có thể hiện diện trong các nang giáp nhưng các tế bào u lại không có mặt trên tiêu bản, khi đó cần lưu ý đến những biểu hiện lâm sàng thường gặp như tái phát của u. Tỷ lệ tái phát u mà chúng tôi ghi nhận được cũng khá cao chiếm đến 80% trường hợp; tương tự như nhận định của các tác giả khác: 58 % đến 64,3 % trường hợp bệnh nhân ung thư/nang tuyến giáp [4], [25] trong những trường hợp u nang tái phát sau một kết quả FNA âm tính tỉ lệ ác tính trên các tổn thương này cao tương tự như những trường hợp u đặc hoặc u hỗn hợp [4]. Mặc dù sự tái phát nang sau lần chọc hút thứ 2 vẫn là tổn thương lành tính thì nguy cơ ung thư thấp, chỉ còn 4 % so với 8,5% trong lần chọc thứ nhất [1]. Chỉ định ngoại

khoa cần được xem xét khi tổn thương nang tái phát, Cần lưu ý trong những trường hợp u nang tái phát trên 2 lần sau chọc hút, cho dù kết quả tế bào học âm tính vẫn phải coi đây là những trường hợp bất thường [2], [7], [16].

Tỉ lệ nang (bọc) tuyến giáp vẫn còn tồn tại sau khi chọc hút dịch trong khi làm FNA có thay đổi theo các tác giả từ 52% - 92 % [2] nhưng tỉ lệ ung thư/ nang tuyến giáp tồn tại không được các tác giả đánh giá. Tuy nhiên theo Mc Henry trong những trường hợp u nang tồn tại được chỉ định ngoại khoa, có đến 50% trường hợp ung thư/nang (bọc) tuyến giáp [2] một tỉ lệ cần được lưu ý trong theo dõi bệnh nhân. Như vậy cần phải làm lại FNA trên khối u tồn tại sau chọc hút [2].

Tái khám hoặc làm siêu âm tuyến giáp sau chọc hút nang là điều đáng quan tâm. Nên thực hiện kỹ thuật làm FNA dưới hướng dẫn của siêu âm trên những tổn thương nang tồn tại. Trong nghiên cứu của chúng tôi vấn đề này đã được bỏ qua, đây thực sự là một thiếu sót cần ghi nhận.

Theo dõi tiến triển lâm sàng là một vấn đề quan trọng trong việc đánh giá nguy cơ có ung thư/ Nang (bọc) tuyến giáp.

4.6. Cấu trúc mô học của ung thư biểu mô tuyến giáp: Trong 25 trường hợp của chúng tôi, 100% ung thư được chẩn đoán mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú (PTC). Theo ghi nhận của các tác giả khác cũng có kết quả tương tự như của chúng tôi. Loại mô học của ung thư biểu mô tuyến giáp có ở các nang (bọc) giáp là PTC chiếm tỷ lệ 100% tổng số các trường hợp ung thư/ nang giáp với các biến thể của nó [4], [13], [16]. Tuy nhiên ung thư tuyến giáp thể nang cũng được tìm thấy trong các trường hợp nang (bọc) giáp tỉ lệ từ 14,2% – 26% trường hợp có thành phần nang nổi trội được phát hiện qua FNA [7], [23], [25]. Các loại ung thư khác như thể tủy, thể không biệt hóa có biểu hiện nang cũng được ghi nhận với tỉ lệ thấp 6,7% – 1,3% trường hợp [7], [15]. 10-16% trường hợp PTC có thoái hóa nang đã tạo nên những khó khăn trong chẩn đoán tế bào học [11]. Biểu hiện một hình ảnh nang (bọc) được coi là một biến thể của PTC và được lưu ý với những tiêu chuẩn hỗ trợ bên

cạnh tiêu chuẩn của PTC kinh điển trong phân loại tế bào học của tuyến giáp theo Besthsda 2007 [24]. Như vậy khi phát hiện tổn thương nang giáp qua lâm sàng và làm FNA cần lưu ý một trường hợp PTC tiềm ẩn.

4.7. Vai trò của FNA trong những trường hợp ung thư/ Nang (bọc) tuyến giáp:

Trong 25 trường hợp của chúng tôi ghi nhận đều có kết quả tế bào học là tổn thương lành tính, hình ảnh của chất dịch kết tinh, tế bào bọt, đại thực bào đều được ghi nhận nhưng sự có mặt của các tế bào biểu mô tuyến giáp chiếm tỉ lệ thấp 7/25 # 28% trường hợp nhưng không có đủ tiêu chuẩn về hình thái để đánh giá ác tính nên đưa đến những kết quả âm tính giả. Các nghiên cứu của các tác giả khác đều nhấn mạnh những khó khăn trong việc phát hiện ung thư trong những trường hợp nang (bọc) tuyến giáp từ chọc hút. Độ nhạy và độ đặc hiệu của FNA trong những trường hợp này đều thấp: 88% và 52% [7]. tỉ lệ âm tính giả ở những trường hợp ung thư/ nang tuyến giáp được ghi nhận từ 33-50%, nhất là tuyến nang có đường kính >3cm [8].

Nguyên nhân chính có liên quan đến sự thiếu hụt tế bào hơn là sự nhận định tế bào [7], [8]. 29-50% trường hợp FNA không chẩn đoán ung thư trên nang giáp [2]. Hầu hết nghiên cứu đều cho thấy không có hoặc thiếu hụt tế bào biểu mô là vấn đề quan trọng, tương tự như ghi nhận của chúng tôi.

Hình ảnh đại thực bào, bọt bào, tế bào khổng lồ, tinh thể cholesterol, sắc tố, tế bào mô đệm, mảnh vụn thoái hóa đều không giúp gì cho việc dự báo ác tính trên tổn thương nang [13]. Tuy nhiên không có một sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nguy cơ ung thư/ nang tuyến giáp với nguy cơ ung thư trong những trường hợp chọc hút không có đủ tế bào để chẩn đoán [1].

Tiêu chuẩn của một tiêu bản đạt yêu cầu là có đủ hoặc ít nhất là 6 nhóm tế bào biểu mô với mỗi nhóm tế bào có 10 tế bào nang được hiện diện [24], nhưng thực tế ở cơ sở chúng tôi rất khó khăn để áp dụng tiêu chuẩn này trong những FNA từ những nang giáp và ngay cả khi có đủ tế bào, tỉ lệ âm tính giả vẫn có thể xảy ra : 75% trường hợp ung thư/ nang tuyến giáp vẫn có đủ tiêu chuẩn về số lượng tế bào

biểu mô để chẩn đoán nhưng có kết quả âm tính giả [4]. Trong nghiên cứu của Faquin cho thấy: 56 trường hợp nang lành tính thực sự có đến 21,4% trường hợp không có tế bào biểu mô; 55,4% trường hợp có dưới 6 nhóm tế bào, chỉ có 23,2% có đủ trên 6 nhóm tế bào; trong khi đó 20 trường hợp ung thư/ nang có đến 55% là nhóm không đạt [13]. 71% trường hợp ung thư/ nang tuyến giáp không chẩn đoán được bằng tế bào học [25].

Do vậy, trên thực tế việc áp dụng một cách chặt chẽ các tiêu chuẩn nêu trên là thật sự khó khăn trong những trường hợp nang (bọc) tuyến giáp khi làm FNA.

Trong một số trường hợp các tế bào lột thành nang lành tính cũng có cấu trúc tương tự tế bào PTC như nhân lớn, chất nhiễm sắc nhạt, có khía, tuy nhiên các tính chất khác của PTC như nhân co cụm, giả thể vùi trong nhân, thể cát, tế bào khổng lồ, chất dịch ái toan mạnh và cấu trúc nhú lại hiếm khi quan sát được [13]. Hoặc đôi khi tìm thấy tế bào u trong chất dịch nhưng sự thoái hóa của nó lại giống sự co cụm của mô bào [6]. Không có hoặc có ít tế bào trên những tiêu bản FNA từ nang giáp sẽ là một hạn chế nặng nề nếu như không muốn nói là chấp nhận thua cuộc [13].

Trên thực tiễn lâm sàng cần phải hiểu rằng không có đủ tế bào không có nghĩa là lành tính mà là không chẩn đoán được [4]. Nó có thể bao hàm một khả năng PTC thoái hóa nang tồn tại trong đó. Thuật ngữ chỉ là “dịch nang đơn thuần” (cyst fluid only) cần được mạnh dạn áp dụng trong khi thông báo kết quả FNA [24] và cần được các nhà lâm sàng hiểu và chia sẻ hạn chế này trên những tổn thương dạng nang (bọc) tuyến giáp.

Để tránh sai sót do những khó khăn trong việc xác định một tổn thương ung thư/ nang (bọc) tuyến giáp, các tác giả đều khuyến cáo làm lại FNA sau một thời gian 2-3 tháng [10], [23], [24] và sự cần thiết phải kết hợp với sự hướng dẫn siêu âm. Mặc dù chọc hút lần 2 vẫn cho kết quả dịch nang đơn thuần thì nguy cơ ung thư thấp chỉ từ 0-4% so với nguy cơ chọc lần 1 là 8,5% [1]. Nhưng sau 2 lần có kết quả tế bào học âm tính, u vẫn tái phát thì nên có chỉ định ngoại khoa.

V. KẾT LUẬN

Qua 25 trường hợp ung thư biểu mô tuyến giáp được phát hiện trên những bệnh nhân nang (bọc) tuyến giáp tại khoa Giải phẫu bệnh Bệnh viện C Đà Nẵng cho thấy:

- Tỷ lệ ung thư/ nang (bọc) tuyến giáp có tế bào học lành tính chiếm: 12,4%
- Lứa tuổi mắc bệnh > 40 tuổi chiếm 80% trường hợp, Bệnh nhân nữ chiếm 60%,
- 100% trường hợp là ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú,
- 80% trường hợp tổn thương nang (bọc) tái phát sau chọc hút.

VI. ĐỀ NGHỊ

- Chẩn đoán tế bào học vẫn còn gặp nhiều khó khăn trong việc xác định ung thư/nang tuyến giáp, chủ yếu là do sự thiếu hụt tế bào biểu mô. Các thành phần tế bào đi kèm không có giá trị dự báo bản chất tổn thương.

- Sự tái phát u có thể xem là một dấu hiệu lâm sàng quan trọng cần theo dõi để hỗ trợ cho FNA và được coi là một chỉ định ngoại khoa.

- Kiểm tra mô bệnh học phải là một xét nghiệm bắt buộc và có hệ thống cho tất cả những tổn thương nang (bọc) tuyến giáp được phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Có 25 tài liệu tham khảo, nếu có nhu cầu xin đọc giả liên hệ với tác giả