DOI: 10.38103/jcmhch.16.6.6

Báo cáo trường hợp

ĐẶC ĐIỂM SIÊU ÂM, GIẢI PHẪU BỆNH VÀ CÁC DẤU HIỆU DỰ BÁO ÁC TÍNH Ở BỆNH NHÂN CÓ NHÂN GIÁP ĐƯỢC PHÂN LOẠI TẾ BÀO HỌC BETHESDA NHÓM IV

Trần Văn Bảo[1], Nguyễn Ngọc Toản[2], Đặng Công Thuận[1]

[1]Bộ môn Mô phôi, Giải phẫu bệnh và Pháp y, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế, Thừa Thiên Huế.

[2]Khoa xét nghiệm - Giải phẫu bệnh, Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh, Nghệ An.

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: *Nhân giáp là vấn đề lâm sàng thường gặp và ngày càng trở nên phổ biến trên thế giới cũng như tại Việt Nam. Hệ thống báo cáo tế bào bệnh học tuyến giáp Bethesda được xuất bản năm 2017 giúp các nhà giải phẫu bệnh và bác sĩ lâm sàng có hướng xử trí phù hợp. Tuy nhiên, với kết quả Bethesda IV hướng xử trí còn không thống nhất. Đề tài này nhằm mô tả đặc điểm siêu âm và giải phẫu bệnh ở bệnh nhân có nhân giáp Bethesda IV, và khảo sát một số dấu hiệu dự báo ác tính ở bệnh nhân có nhân giáp Bethesda IV.*

Đối tượng, phương pháp: *Nghiên cứu mô tả cắt ngang, trên 70 bệnh nhân có nhân giáp được khám và điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ 04/2023 - 04/2024.*

Kết quả: *Đa số bệnh nhân với nhân giáp Bethesda IV có kích thước dưới 2 cm (90,0%) và chỉ có đơn nhân (52,9%). Kết quả siêu âm nhân giáp theo ACR-TIRADS lần lượt là TIRADS 3 (17,1%), TIRADS 4 (62,9%) và TIRADS 5 (20,0%). Nguy cơ ác tính sau phẫu thuật của nhân giáp Bethesda IV là 42,9%. Hồi âm kém hoặc rất kém, vi vôi hóa và kết quả TIRADS 5 là các yếu tố dự đoán nguy cơ ác tính của nhân giáp với aOR lần lượt là 4,7; 5,8 và 7,1.*

Kết luận: *Nguy cơ ác tính của nhân giáp Bethesda IV là 42,9%. Hồi âm kém hoặc rất kém, vi vôi hóa và ACR-TIRADS 5 là các yếu tố dự báo ác tính của nhân giáp Bethesda IV.*

Từ khóa: *Nhân giáp, Bethesda IV, yếu tố nguy cơ.*

ABSTRACT

STUDY ON ULTRASOUND, PATHOLOGICAL FEATURES AND RISK FACTORS ASSOCIATED WITH MALIGNANCY OF THYROID NODULES CLASSIFIED AS BETHESDA IV

Tran Van Bao[1], Nguyen Ngoc Toan[2], Dang Cong Thuan[1]

Background: *Thyroid nodules are a commonly encountered clinical problem and are increasingly prevalent. The Bethesda thyroid cytopathology reporting system, established in 2017, aimed to guide pathologists and clinicians in determining appropriate treatment strategies. However, there remains inconsistency in treatment approaches, particularly in cases classified as Bethesda IV. This study aims to describe the ultrasound and histopathological characteristics of thyroid nodules classified as Bethesda IV, and investigate the risk factors associated with malignancy of thyroid nodules classified as Bethesda IV.*

Method: *A cross-sectional study on 70 patients who came for examination and treatment due to thyroid nodules at the Hospital of Hue University of Medicine and Pharmacy, from April 2023 to April 2024.*

Ngày nhận bài: 14/6/2024. **Ngày chỉnh sửa:** 20/7/2024. **Chấp thuận đăng:** 06/8/2024

Tác giả liên hệ: Đặng Công Thuận. Email: dcthuan@huemed-univ.edu.vn. ĐT: 0913427196

Results: *The majority of patients with Bethesda IV thyroid nodules have a size of less than 2 cm (90,0%) and present with single nodules only (52,9%). According to the ACR-TIRADS classification system for thyroid nodule ultrasound results, the distribution is as follows: TIRADS 3 (17,1%), TIRADS 4 (62,9%), and TIRADS 5 (20,0%). The risk of postoperative malignancy for Bethesda IV thyroid nodules is 42,9%. Hypoechoic nodules, microcalcifications and TIRADS 5 result are predictive factors for malignancy risk in thyroid nodules, with adjusted odds ratios (aOR) of 4,7; 5,8 and 7.1, respectively.*

Conclusions: *Risk of malignancy of Bethesda IV thyroid nodules is 42,9%. Hypoechoic nodules, microcalcification and ACR-TIRADS 5 results are predictive factors for malignant thyroid nodules.*

Keywords: *Thyroid nodules, Bethesda IV, risk factors.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhân giáp là vấn đề lâm sàng phổ biến trên thế giới cũng như tại Việt Nam. Tỷ lệ phát hiện ngẫu nhiên trong cộng đồng lần lượt là 5% và 1% ở nam giới và nữ giới, con số này có thể lên tới 19-68% khi kết hợp với siêu âm (SÂ) độ phân giải cao [1].

Cùng với siêu âm và xét nghiệm sinh hóa, chọc hút kim nhỏ (FNA) được xem là công cụ hữu ích giúp tầm soát, chẩn đoán sớm các tổn thương nhân giáp với độ nhạy và độ đặc hiệu khá cao. Hệ thống báo cáo tế bào học tuyến giáp Bethesda xuất bản năm 2017 giúp các nhà giải phẫu bệnh và bác sĩ lâm sàng có hướng xử trí phù hợp với từng tổn thương cụ thể [2].

Đối với nhân giáp Bethesda IV, bệnh nhân sẽ được khuyến cáo xét nghiệm sinh học phân tử hoặc phẫu thuật cắt thùy giáp. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng, chỉ có 10 - 40% các tổn thương này là ác tính [2]. Vì vậy, việc đánh giá chính xác nguy cơ ác tính ở các tổn thương Bethesda IV có thể giúp bệnh nhân tránh khỏi các cuộc phẫu thuật không cần thiết.

Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào đánh giá cụ thể vào nhóm tổn thương Bethesda IV cũng như các dấu hiệu dự báo ác tính ở nhóm này. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mô tả đặc điểm siêu âm và giải phẫu bệnh ở bệnh nhân có nhân giáp thuộc Bethesda nhóm IV, và khảo sát một số dấu hiệu dự báo ác tính ở bệnh nhân có nhân giáp thuộc Bethesda nhóm IV.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

70 bệnh nhân có nhân giáp đến khám, điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ 04/2023 - 04/2024.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Có hình ảnh nhân giáp trên SÂ; Được thực hiện FNA với kết quả Bethesda IV; Có kết quả mô bệnh học (MBH) sau phẫu thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ: Đã phẫu thuật, xạ trị tuyến giáp trước đó; Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, tại Khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện Trường Đại học Y – Dược Huế từ 04/2023 - 04/2024.

Kỹ thuật SÂ, FNA và MBH thường quy tiến hành theo hướng dẫn của Bộ y tế [3].

Các dấu hiệu được ghi nhận theo phân loại ARC-TIRADS 2017: Thành phần nhân giáp, độ hồi âm, hình dạng, đường bờ, vôi hóa.

Phân loại MBH tổn thương tuyến giáp theo phân loại của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) 2022 [4]. Kết quả MBH sau phẫu thuật là u tuyến giáp nguy cơ thấp: tân sinh tuyến giáp dạng nang không xâm lấn, nhân có đặc điểm típ nhú (NIFTP) được xếp vào nhóm tổn thương ác tính.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu

Các số liệu thu thập được xử lý theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 22.0. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Biểu đồ 1: Đặc điểm chung

Ở các bệnh nhân có nhân giáp Bethesda IV, nữ nhiều hơn nam với tỉ lệ lần lượt là 87,1% và 12,9%. Phần lớn bệnh nhân có độ tuổi dưới 55 tuổi (67,1%), trung bình là 47,5 tuổi (17-78).

3.2. Đặc điểm SÂ và giải phẫu bệnh học ở bệnh nhân có nhân giáp Bethesda IV

Bảng 1: Đặc điểm đại thể

Đặc điểm		Ác tính	Lành tính	p
Vị trí	Thùy phải	19 (55,9)	22 (61,1)	p > 0,05
	Thùy trái	7 (20,6)	7 (19,4)	
	Eo	3 (8,8)	3 (8,3)	
	Kết hợp	5 (14,7)	4 (11,1)	
Kích thước	< 1 cm	17 (50,0)	13 (36,1)	p > 0,05
	1 - 2 cm	14 (41,2)	19 (52,8)	
	> 2 cm	3 (8,8)	4 (11,1)	
	Trung bình (X ± SD)	1,1 ± 0,6	1,3 ± 0,6	
Số lượng u	1	16 (47,1)	21 (58,3)	p > 0,05
	2	12 (35,3)	13 (36,1)	
	> 2	6 (17,6)	2 (5,6)	

58,6% nhân giáp gặp ở thùy phải, các vị trí khác chiếm tỉ lệ thấp. Phần lớn nhân giáp có kích thước bé hơn hoặc bằng 2 cm (90,0%). Tổn thương đơn nhân thường gặp với 52,9%.

Bảng 2: Đặc điểm nhân giáp trên SÂ

Đặc điểm		Ác tính	Lành tính	p
Thành phần	Nang/hầu hết là nang	1 (2,9)	1 (2,8)	p > 0,05
	Hỗn hợp nang - đặc	9 (26,5)	13 (36,1)	
	Đặc/hầu hết là đặc	24 (70,6)	22 (61,1)	
Hồi âm	Trống âm	1 (2,9)	2 (5,6)	p < 0,05
	Tăng âm/đồng âm	5 (14,7)	15 (41,7)	
	Hồi âm kém/rất kém	28 (82,4)	19 (52,8)	

Đặc điểm		Ác tính	Lành tính	p
Hình dạng	Chiều rộng > chiều cao	18 (52,9)	19 (52,8)	p > 0,05
	Chiều cao > chiều rộng	16 (47,1)	17 (47,2)	
Đường bờ	Đều rõ	15 (44,1)	25 (69,4)	p < 0,05
	Dạng thùy/không đều	14 (41,2)	5 (13,9)	
	Phát triển ra ngoài tuyến giáp	5 (14,7)	6 (16,7)	
Vôi hóa	Không/dạng đuôi sao chổi	15 (44,1)	23 (63,9)	p < 0,05
	Vôi hóa thô, vôi hóa ngoại vi	10 (29,4)	11 (30,6)	
	Vi vôi hóa	9 (26,5)	2 (5,6)	
ACR TIRADS	3	3 (8,8)	9 (25,0)	p < 0,05
	4	19 (55,9)	25 (69,4)	
	5	12 (35,3)	2 (5,6)	

Phần lớn nhân giáp Bethesda IV có kết quả trên SÂ thuộc nhóm 4 (62,9%) tiếp đến là nhóm 5 (20,0%) và nhóm 3 (17,1%), không có trường hợp nào thuộc nhóm 1 và nhóm 2. Có sự liên quan giữa đặc điểm hồi âm, đường bờ, tình trạng vôi hóa, phân loại ACR-TIRADS và không có sự liên quan giữa thành phần, hình dạng nhân giáp với nguy cơ ác tính của nhân giáp sau phẫu thuật.

Bảng 3: Kết quả MBH sau phẫu thuật

Đặc điểm		n (%)
Phân loại MBH	UTBMTG típ nhú	27 (38,6)
	UTBMTG típ nang	3 (4,3)
	NIFTP	4 (5,7)
	U tuyến tuyến giáp lành tính	19 (27,2)
	Bệnh nốt nang tuyến giáp	16 (22,8)
	Viêm tuyến giáp	1 (1,4)
Xâm nhập ra ngoài bao giáp	Có	7 (23,3)
	Không	23 (76,7)
Xâm nhập mạch máu	Có	2 (6,7)
	Không	28 (93,3)
Di căn hạch	Có	5 (16,7)
	Không	25 (83,3)

42,9% bệnh nhân có kết quả sau mổ là ác tính, 5,7% là u nguy cơ thấp và 51,4% là lành tính. Với 30 bệnh nhân có kết quả ác tính, 7 trường hợp xâm nhập ra ngoài bao giáp (23,3%), 2 trường hợp có xâm nhập mạch máu (6,7%) và 5 trường hợp có di căn hạch (16,7%).

3.3. Các dấu hiệu dự báo ác tính ở bệnh nhân có nhân giáp Bethesda IV

Bảng 4: Các dấu hiệu dự báo khi phân tích hồi quy đơn biến

Đặc điểm	OR (CI 95%)	p
Kích thước > 2 cm	0,8 (0,2-3,7)	> 0,05
Hỗn hợp nang - đặc	0,7 (0,04-12,6)	> 0,05
Đặc/hầu hết là đặc	1,1 (0,06-18,5)	> 0,05
Hồi âm kém/rất kém	4,2 (1,4-12,5)	< 0,05
Chiều cao > chiều rộng	1,0 (0,4-2,6)	> 0,05
Bờ dạng thùy, không đều	4,3 (1,4-13,9)	< 0,05
Bờ phát triển ra ngoài tuyến giáp	1,4 (0,4-5,3)	> 0,05
Vôi hóa thô, vôi hóa ngoại vi	1,4 (0,5-4,0)	> 0,05
Vi vôi hóa	6,1 (1,2-30,8)	< 0,05
ACR-TIRADS 4	2,2 (0,5-9,6)	> 0,05
ACR-TIRADS 5	9,2 (1,9-45,5)	< 0,05

Các đặc điểm hồi âm kém/rất kém, bờ dạng thùy không đều, vi vôi hóa và ACR-TIRADS 5 là các yếu tố độc lập dự báo ác tính của nhân giáp Bethesda IV với p < 0,05.

Bảng 5: Các dấu hiệu dự báo sau khi phân tích đa biến

Đặc điểm	aOR	Khoảng tin cậy	p	Độ nhạy	Độ đặc hiệu
Hồi âm kém/rất kém	4,7	1,2-19,3	0,03	82,4	47,2
Bờ dạng thùy, không đều	3,1	0,8-11,8	0,09		
Vi vôi hóa	5,8	1,5-29,8	0,04	46,5	94,4
ACR-TIRADS 5	7,1	1,3-45,0	0,03	35,2	94,4

Các đặc điểm: nhân giáp hồi âm kém hoặc rất kém, vi vôi hóa và ACR-TIRADS 5 có liên quan đến nguy cơ ác tính của nhân giáp Bethesda IV với aOR lần lượt là 4,7; 5,8 và 7,1.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhân giáp Bethesda IV thường gặp ở nữ gấp gần 8 lần ở nam và phần lớn gặp ở nhóm tuổi dưới 55 tuổi, đây là nhóm tuổi có tiên lượng tốt hơn so với độ tuổi còn lại, tương tự tác giả N.T.T Quỳnh (2022) và Fernandez (2020) [5, 6]. Mối liên quan giữa giới tính và bệnh tuyến giáp đã được đề cập trong nhiều nghiên cứu, nhìn chung có liên quan đến sự khác biệt về nội tiết và mức độ stress giữa nam và nữ [7].

4.2. Đặc điểm SÂ và giải phẫu bệnh học ở bệnh nhân có nhân giáp Bethesda IV

4.2.1. Đặc điểm đại thể nhân giáp

Thùy phải là vị trí thường gặp nhất với 58,6%. Phần lớn nhân giáp có kích thước < 2cm (90,0%), trung bình là 1,2 0,6 cm. Đa số chỉ có 1 nhân giáp (52,9%). Kết quả này tương tự tác giả N.T.T Quỳnh (2022) và B.H.N Trọng (2023) [6, 8]. Nghiên cứu của chúng tôi có kích thước nhân giáp nhỏ hơn đáng kể so với tác giả N.T.T Thủy (3,03 + 0,177cm). Điều này cho thấy việc ứng dụng rộng rãi hơn SÂ đã góp phần giúp phát hiện sớm các tổn thương giáp

có kích thước nhỏ, thậm chí khi chưa có biểu hiện trên lâm sàng.

4.2.2. Đặc điểm nhân giáp trên SÂ theo phân loại ACR-TIRADS 2017

Phần lớn nhân giáp Bethesda IV có kết quả SÂ thuộc nhóm 4 (62,9%) tiếp đến là nhóm 5 (20,0%) và nhóm 3 (17,1%), không có trường hợp nào thuộc nhóm 1 và nhóm 2. Về các đặc điểm cụ thể:

Phần lớn tổn thương nhân giáp Bethesda IV có thành phần là hỗn hợp nang - đặc hoặc đặc với tỉ lệ 97,1%. Về hình dạng, nhân giáp với chiều rộng lớn hơn chiều cao chiếm tỉ lệ nhiều hơn nhóm còn lại với lần lượt là 52,9 và 47,1%. Đa số tổn thương có bờ đều rõ với 57,1%, 27,1% có bờ dạng thùy hoặc không đều và 15,7% có nhân phát triển ra ngoài tuyến giáp. Phần lớn nhân giáp không có hình ảnh vôi hóa hoặc vôi hóa dạng đuôi sao chổi trên SÂ. Có 15,7% trường hợp có hình ảnh vi vôi hóa, 30,0% trường hợp có vôi hóa thô hoặc vôi hóa ngoại vi.

Có sự liên quan giữa đặc điểm hồi âm, đường bờ, tình trạng vôi hóa, phân loại ACR-TIRADS và không có sự liên quan giữa thành phần, hình dạng nhân giáp với nguy cơ ác tính của nhân giáp sau mổ, tương tự N.T.T Quỳnh (2022) và Bekir Kuru (2018) [6, 9]. Tác giả Thu Quỳnh và Bekir Kuru cũng thấy rằng các đặc điểm như điểm số ACR-TIRADS chính xác, tăng sinh mạch trong nhân cũng có liên quan đến nguy cơ ác tính của nhân giáp mà nghiên cứu của chúng tôi chưa đề cập đến.

4.2.3. Kết quả MBH sau phẫu thuật tổn thương nhân giáp Bethesda IV

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 42,9% các trường hợp nhân giáp Bethesda IV có kết quả MBH ác tính với 38,6% là UTBMTG típ nhú và 4,3% UTBMTG típ nang. 27,2% trường hợp là u tuyến tuyến giáp lành tính và 22,8% trường hợp là bệnh nốt nang tuyến giáp. Nguy cơ ác tính của nhân giáp Bethesda IV cũng đã được đề cập trong hệ thống báo cáo Bethesda 2017 với phân bố khá rộng từ 10-40% [2]. Sự khác biệt này liên quan đến nhiều yếu tố như cỡ mẫu, tiêu chuẩn chọn bệnh,... Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ ác tính khá cao liên quan đến yếu tố chọn mẫu, khi các bệnh nhân chỉ được phẫu thuật sau khi đã được đánh giá các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng khác. Do đó, chúng tôi kiến nghị có thêm các nghiên cứu tiếp theo để đánh giá chính xác hơn.

23,3% trường hợp UTBMTG có xâm nhập ra ngoài bao giáp, 6,7% trường hợp có xâm nhập mạch máu và 16,7% trường hợp có di căn hạch cổ. Kết quả này cao hơn Ozgur Mete nghiên cứu trên 4000 bệnh nhân UTBMTG thấy rằng, tỉ lệ xâm nhập mạch máu là 3,0% [10]. Tác giả Bortz Michael (2020) nghiên cứu trên 177497 bệnh nhân với tỷ lệ xâm nhập ra ngoài bao giáp mức độ vi thể, tối thiểu và đại thể lần lượt là 4,7%, 7,7% và 10,2% [11]. Tác giả Jingxin Mao (2020) thực hiện nghiên cứu phân tích tổng hợp thấy rằng tỷ lệ di căn hạch ở các trường hợp UTBMTG là 13,9% - 63,7% [12]. Có thể lý giải sự khác biệt giữa nghiên cứu của chúng tôi so với các tác giả khác do số lượng mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn ít, cần có thêm các nghiên cứu với quy mô lớn hơn để có thể đánh giá thêm. Đánh giá xâm nhập mạch máu, xâm nhập ra ngoài bao giáp và tình trạng di căn hạch là điều mà các nhà giải phẫu bệnh cần phải chú ý đánh giá đối với các trường hợp UTBMTG do có liên quan đến nguy cơ tái phát, tiên lượng và điều trị cho bệnh nhân.

4.3. Các dấu hiệu dự báo ác tính ở bệnh nhân có nhân giáp Bethesda IV

Phân tích hồi quy đơn biến trên 70 bệnh nhân có nhân giáp Bethesda IV, chúng tôi nhận thấy có mối liên quan giữa các yếu tố hồi âm kém/rất kèm, bờ không đều, có hình ảnh vi vôi hóa và kết quả SÂ ACR-TIRADS 5 với nguy cơ ác tính của nhân giáp.

Tiến hành phân tích hồi quy đa biến, chúng tôi nhận thấy: hồi âm kém/rất kèm, có vi vôi hóa trên SÂ và nhân ACR-TIRADS 5 là yếu tố dự báo ác tính ở các nhân giáp Bethesda IV với aOR lần lượt là 4,7; 5,8 và 7,1. Kết quả này tương tự N.T.T Quỳnh (2022) và Bekir Kuru (2018) [6, 9]. Nhiều nghiên cứu được thực hiện nhằm giải thích cơ chế và mối liên quan giữa vi vôi hóa với nguy cơ ác tính của nhân giáp, như Mengyao Ye (2023) và Liu T (2019) [13, 14]. Vi vôi hóa là các ổ tăng âm nhỏ với đường kính từ 1-2 mm, không có bóng lưng, có thể có đuôi sao chổi kích thước nhỏ trên SÂ. Chúng được xem là hình ảnh đại diện cho các thể cát (psammoma) trên mô học. Thể cát lại là tổn thương khá đặc hiệu đối với UTBMTG típ nhú, típ mô học thường gặp nhất trong các khối u tuyến giáp ác tính [15]. Do đó, vi vôi hóa là một yếu tố quan trọng giúp dự báo khả năng ác tính của tổn thương nhân giáp nói chung và nhân giáp Bethesda IV nói riêng. Hệ thống dữ liệu và báo

cáo hình ảnh tuyến giáp của ACR 2017 nghiên cứu trên hơn 3000 nhân giáp, từ đó đưa ra thang điểm và hệ thống phân loại tổn thương giáp theo 5 đặc điểm trên SÂ đã được chứng minh có hiệu quả giúp định hướng xử trí tổn thương giáp. Trong đó, tổn thương nhân giáp với TIRADS 5 có nguy cơ ác tính là 35%, đây cũng là yếu tố cần quan tâm trong đánh giá nguy cơ ác tính của nhân giáp [16].

Về độ nhạy và độ đặc hiệu, đặc điểm hồi âm kém/rất kém có độ nhạy khá cao 82,4% tuy nhiên độ đặc hiệu thấp 47,2%. Trong khi đó, vi vôi hóa và kết quả ACR-TIRADS 5 có độ đặc hiệu cao 94,4% nhưng độ nhạy lại khá thấp. Sự đánh giá phối hợp các đặc điểm này trước phẫu thuật sẽ giúp bác sĩ lâm sàng có quyết định chính xác hơn khi quyết định phẫu thuật cho bệnh nhân, tránh khỏi những cuộc phẫu thuật không cần thiết.

V. KẾT LUẬN

Nguy cơ ác tính của nhân giáp Bethesda IV là 42,9%. Một số yếu tố liên quan đến nguy cơ ác tính của nhân giáp Bethesda IV bao gồm nhân hồi âm kém hoặc rất kém, bờ dạng thùy không đều, vi vôi hóa và nhân giáp TIRADS 5 theo ACR 2017. Đây là các đặc điểm trước mổ mà các nhà lâm sàng có thể xem xét như là yếu tố cân nhắc để quyết định chọn lựa phẫu thuật cho bệnh nhân trong bối cảnh các phương pháp khác như sinh học phân tử chưa được triển khai rộng rãi tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, Doherty GM, Mandel SJ, Nikiforov YE, et al. 2015 American Thyroid Association management guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer: the American Thyroid Association guidelines task force on thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. 2016;26(1):1-133.
2. Cibas ES, Ali SZJT. The 2017 Bethesda system for reporting thyroid cytopathology. 2017;27(11):1341-1346.
3. tế BY. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành nội tiết. 1119/QĐ-BYT, Hà Nội. 2013.
4. Baloch ZW, Asa SL, Barletta JA, Ghossein RA, Juhlin CC, Jung CK, et al. Overview of the 2022 WHO classification of thyroid neoplasms. 2022;33(1):27-63.
5. Fernández-Trujillo C, Pérez-Zaballos J, Rodríguez-Pérez CA, López-Plasencia Y, Marrero-Arencibia D, Cabrera-Galván JJ, et al. TSH level and risk of malignancy in patients with Bethesda category IV thyroid nodules. 2020;11:200-204.
6. Nguyễn Thị Thu Quỳnh DBT, Âu Nguyệt Diệu, Võ Duy Phi Vũ. Khảo sát nguy cơ ác tính của hạt giáp nhóm Bethesda III/IV sau phẫu thuật. Hội thảo hằng năm phòng chống ung thư thành phố Hồ Chí Minh lần thứ 25 và Tạp chí Y học Việt Nam. 2022;520:17-23.
7. Yao R, Chiu CG, Strugnell SS, Gill S, Wiseman SMJERoE, Metabolism. Gender differences in thyroid cancer: a critical review. 2011;6(2):215-243.
8. Bùi Hứa Như Trọng PP, Nguyễn Trần Thúc Huân, Lê Thanh Huy, Hà Thúc Khánh. Đánh giá kết quả phẫu thuật u tuyến giáp có phân loại tế bào học thuộc nhóm Bethesda IV. Tạp chí Y học lâm sàng Bệnh viện Trung ương Huế. 2023;91:91-96.
9. Kuru B, Kefeli MJDc. Risk factors associated with malignancy and with triage to surgery in thyroid nodules classified as Bethesda category IV (FN/SFN). 2018;46(6):489-494.
10. Mete O, Asa SLJMP. Pathological definition and clinical significance of vascular invasion in thyroid carcinomas of follicular epithelial derivation. 2011;24(12):1545-1552.
11. Bortz MD, Kuchta K, Winchester DJ, Prinz RA, Moo-Young TAJS. Extrathyroidal extension predicts negative clinical outcomes in papillary thyroid cancer. 2021;169(1):2-6.
12. Mao J, Zhang Q, Zhang H, Zheng K, Wang R, Wang GJFie. Risk factors for lymph node metastasis in papillary thyroid carcinoma: a systematic review and meta-analysis. 2020;11:528980.
13. Liu T, Zhou S, Yu J, Guo Y, Wang Y, Zhou J, et al. Prediction of lymph node metastasis in patients with papillary thyroid carcinoma: a radiomics method based on preoperative ultrasound images. 2019;18:1533033819831713.
14. Ye M, Wu S, Zhou Q, Wang F, Chen X, Gong X, et al. Association between macrocalcification and papillary thyroid carcinoma and corresponding valuable diagnostic tool: retrospective study. 2023;21(1):149.
15. O'Connor E, Mullins M, O'Connor D, Phelan S, Bruzzi JJCR. The relationship between ultrasound microcalcifications and psammoma bodies in thyroid tumours: a single-institution retrospective study. 2022;77(1):e48-e54.
16. Tessler FN, Middleton WD, Grant EG, Hoang JK, Berland LL, Teefey SA, et al. ACR thyroid imaging, reporting and data system (TI-RADS): white paper of the ACR TI-RADS committee. 2017;14(5):587-595.