

VAI TRÒ CỦA CẮT LỚP VI TÍNH TRONG ĐÁNH GIÁ XÂM LẤN VÀ DI CĂN HẠCH VÙNG Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ TUYẾN GIÁP

Trương Thụy My^{1,2}, Huỳnh Quang Huy^{1,3}

¹Bộ môn Chẩn đoán hình ảnh, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.

²Bệnh viện Ung bướu TP Hồ Chí Minh.

³Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Trung Vương TP Hồ Chí Minh.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh ung thư tuyến giáp trên CLVT và so sánh với kết quả phẫu thuật, giải phẫu bệnh nhằm xác định giá trị CLVT trong đánh giá xâm lấn và di căn hạch vùng ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp.

Đối tượng, phương pháp: Tất cả các bệnh nhân có chẩn đoán lâm sàng ung thư tuyến giáp được chụp CLVT, được phẫu thuật có đầy đủ tường trình và có kết quả giải phẫu bệnh xác định mô học tổn thương ác tính tại tuyến giáp. Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả, hồi cứu và tiến cứu số liệu. Phương tiện nghiên cứu: Máy chụp cắt lớp vi tính 64 dãy đầu thu thế hệ Optima 660 và máy chụp cắt lớp vi tính 16 dãy đầu thu thế hệ Bright Speed Elite của hãng GE tại bệnh viện Ung Bướu thành phố Hồ Chí Minh. So sánh các đặc điểm CLVT với kết quả phẫu thuật và giải phẫu bệnh.

Kết quả: Các đặc điểm của ung thư tuyến giáp trên CLVT gồm bờ không đều, giới hạn không rõ, có vôi hóa và bắt thuốc tương phản mạnh sau tiêm. Các tổn thương trong nghiên cứu chủ yếu có kích thước > 40mm với tỷ lệ 35,4%. Ung thư tuyến giáp xâm lấn vỏ bao và cơ vùng cổ trước thường gặp hơn so với xâm lấn khí quản, thực quản, ít gặp xâm lấn mạch máu và mô mềm dưới da. Không có tổn thương xâm lấn trung thất trong nghiên cứu của chúng tôi. Tỷ lệ di căn hạch ở ung thư tuyến giáp cao và nhóm hạch cổ trung tâm chiếm ưu thế.

Kết luận: CLVT có giá trị cao trong đánh giá xâm lấn và di căn hạch vùng ở BN ung thư tuyến giáp.

Từ khóa: Cắt lớp vi tính, ung thư tuyến giáp, phẫu thuật, giải phẫu bệnh, giai đoạn.

ABSTRACT

ROLE OF COMPUTED TOMOGRAPHY IN EVALUATION OF INVASION AND REGIONAL LYMPH NODES METASTASIS IN PATIENTS WITH THYROID CANCER

Truong Thuy My^{1,2}, Huynh Quang Huy^{1,3}

Purpose: To describe the characteristic imaging of thyroid cancer on computed tomography and compare with the surgical and histopathologic findings in order to determine the role of computed tomography in evaluation of invasion and regional lymph nodes metastasis on patients with thyroid cancer.

Methods: All patients with a clinical diagnosis of thyroid cancer underwent CT, had surgery with full reports and had histopathologically confirmed malignant lesions in the

Ngày nhận bài:

02/01/2023

Ngày chỉnh sửa:

25/1/2023

Chấp thuận đăng:

07/02/2023

Tác giả liên hệ:

Huỳnh Quang Huy

Email: drhuycdhabachmai@gmail.com

SĐT: 0982108108

Vai trò của cắt lớp vi tính trong đánh giá xâm lấn và di căn hạch...

thyroid gland. Descriptive cross - sectional study design. CT scanning was performed using Optima 660 (GE Healthcare, USA) and Bright Speed Elite (GE Healthcare, USA) in Ho Chi Minh City Oncology Hospital. Comparison of CT features with surgical and pathological results.

Results: The features of thyroid cancer on CT include irregular margin, unclear boundary, calcification and strong contrast enhancement. The lesions in the study were mainly > 40mm in size with the rate of 35.4%. Thyroid cancer that invades the capsule and strap muscles is more common than the trachea and esophagus and is less common with blood vessels and subcutaneous soft tissue. There were no mediastinal invasion lesions in our study. The rate of lymph nodes metastasis in thyroid cancer is high and the central compartment lymph nodes predominates.

Conclusion: CT can be a high valuable tool for evaluation of invasive thyroid cancer and the lymph nodes metastasis.

Keyword: Computed tomography, thyroid cancer, surgery, pathology, staging.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp xếp vị trí thứ chín về tỷ lệ mắc trong các loại ung thư thường gặp và có khoảng 586,000 ca bệnh trên toàn thế giới trong năm 2020. Tại Việt Nam, ung thư tuyến giáp đứng hàng thứ mười và nước ta cũng nằm trong nhóm có tỷ lệ mắc ung thư tuyến giáp cao với 5471 ca mắc, 642 ca tử vong đã được ghi nhận trong năm 2020. Theo thống kê cho thấy tỷ lệ mắc ở nữ là 7,6/100.000 và cao gấp bốn lần nam là 1,9/100.000 [1].

Hiện nay, siêu âm được sử dụng rộng rãi để đánh giá nguy cơ ác tính của các nhân giáp và hỗ trợ hướng dẫn cho chọc hút bằng kim nhỏ (FNA) để tìm kiếm tế bào bất thường [2]. Tuy nhiên siêu âm chỉ đánh giá được khoảng 50% hạch vùng được phát hiện khi phẫu thuật [3]. Vì thế, cắt lớp vi tính (CLVT) hoặc cộng hưởng từ (CHT) có thuốc tương phản tĩnh mạch được chỉ định trước phẫu thuật trong các trường hợp lâm sàng nghi ngờ bệnh tiến triển, khối u nguyên phát xâm lấn hoặc đánh giá toàn bộ hạch vùng [2, 3]. Mặc dù CHT tốt hơn trong tương phản mô so với CLVT nhưng bị ảnh hưởng bởi xảo ảnh do hô hấp và do nuốt, xảo ảnh do độ nhạy từ khác nhau giữa mô mềm cổ và khí trong khí quản [2, 4].

Tại Việt Nam hiện nay CLVT là một phương tiện hình ảnh thông dụng, không xâm lấn, không tốn nhiều thời gian, chi phí không quá cao và đặc biệt là phổ biến ở hầu hết các cơ sở y tế. CLVT có

độ nhạy tốt hơn so với siêu âm trong việc đánh giá hạch vùng, nhất là các hạch trung thất, hạch sau hầu và hạch cạnh khí quản [2, 5, 6]. Bên cạnh đó, CLVT vượt trội hơn trong việc đánh giá khối u nguyên phát xâm lấn đến các cơ quan lân cận như thanh quản, khí quản và thực quản; xâm lấn các mạch máu hay cơ vùng cổ; đánh giá kích thước khối u lớn thông vào trung thất [2, 3]. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mô tả đặc điểm hình ảnh ung thư tuyến giáp trên CLVT và so sánh với kết quả phẫu thuật, giải phẫu bệnh nhằm xác định giá trị CLVT trong đánh giá xâm lấn và di căn hạch vùng ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Tất cả các bệnh nhân có chẩn đoán lâm sàng ung thư tuyến giáp được chụp CLVT, được phẫu thuật có đầy đủ tường trình và có kết quả giải phẫu bệnh xác định mô học tổn thương ác tính tại tuyến giáp.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không có đầy đủ tường trình phẫu thuật; Bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh không rõ ràng để xác định chẩn đoán; Bệnh nhân đã được phẫu thuật và điều trị, chụp CLVT lại để theo dõi diễn tiến bệnh.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả, hồi cứu và tiến cứu số liệu.

Vai trò của cắt lớp vi tính trong đánh giá xâm lấn và di căn hạch...

Phương pháp chọn mẫu: Tất cả các trường hợp thoả tiêu chuẩn chọn mẫu đều được lấy vào mẫu nghiên cứu.

Phương tiện nghiên cứu: Máy chụp cắt lớp vi tính 64 dãy đầu thu thế hệ Optima 660 và máy chụp cắt lớp vi tính 16 dãy đầu thu thế hệ Bright Speed Elite của hãng GE tại bệnh viện Ung Bướu thành phố Hồ Chí Minh

Quy trình chụp CLVT đa dãy đầu dò với bệnh nhân ung thư tuyến giáp: Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa trên bàn chụp, đầu đặt thẳng cân xứng hai bên, hai tay xuôi xuống theo thân mình. Chụp hình scout: vùng khảo sát 700mm, tư thế thẳng (AP). Đặt đường cắt Axial theo trục dọc cơ thể, lấy từ sụn sườn đến tuyến thượng thận.

Đọc kết quả: Các kết quả cắt lớp vi tính đều được đọc cùng với các bác sĩ có kinh nghiệm. Sử dụng các kỹ thuật như thay đổi cửa sổ, tái tạo lát cắt mỏng với đa mặt phẳng... để xác định và đánh giá tổn thương.

Xác định vị trí, kích thước, cấu trúc và các đặc điểm cần khảo sát của tổn thương. Đánh giá sự lan rộng và xâm lấn của tổn thương nghi ngờ với các cấu trúc lân cận.

Xác định vị trí hạch cổ, phân bố nhóm hạch, tính chất bắt thuốc tương phản, sự xâm lấn xung quanh của hạch.

Phương pháp thu thập số liệu: Ghi nhận các thông tin khác từ bệnh án: chẩn đoán lâm sàng, kết quả chẩn đoán hình ảnh, tế bào học, giải phẫu bệnh và tường trình thủ thuật. Xem hình ảnh CLVT được lưu trên hệ thống PACS.

Đối chiếu hình ảnh CLVT với kết quả phẫu thuật, giải phẫu bệnh nhằm xác định giá trị CLVT trong đánh giá xâm lấn và di căn hạch vùng ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp.

2.3. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Nhập và phân tích dữ liệu bằng phần mềm SPSS 26.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn. Kiểm định χ^2 hoặc Fisher để so sánh hai hay nhiều tỷ lệ. Sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0.05$. Kiểm định t hoặc Anova để so sánh hai hay nhiều số trung bình. Giá trị $p < 0.05$ được cho là khác biệt có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ

Có 104 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp, trong đó có 116 tổn thương tuyến giáp được khảo sát.

3.1. Đặc điểm hình ảnh ung thư tuyến giáp trên CLVT

Bảng 1: Vị trí tổn thương của ung thư tuyến giáp

Vị trí tổn thương	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thùy phải	58	50
Thùy trái	54	46,6
Eo giáp	3	2,6
Vùng cổ trước	1	0,8

Tổn thương chủ yếu ở hai thùy tuyến giáp, trong đó thùy phải là 58 tổn thương, chiếm 50%. Thùy trái ít hơn với 54 tổn thương, chiếm 46,6% và eo giáp chỉ có 3 tổn thương (2,6%). Ghi nhận được 1 tổn thương ở ngoài tuyến giáp (phần mềm vùng cổ trước, chiếm 0,8%).

Bảng 2: Đặc điểm kích thước ung thư tuyến giáp

Kích thước tổn thương	Số lượng	Tỷ lệ (%)
$\leq 20\text{mm}$	36	31
20 - 40mm	39	33,6
$> 40\text{mm}$	41	35,4
Tổng	116	100

Các tổn thương có kích thước từ 9mm đến 160mm được chia làm ba nhóm chính. Tổn thương chủ yếu có kích thước $> 40\text{mm}$ với tỷ lệ 35,4%. Các tổn thương $\leq 20\text{mm}$ và từ 20 - 40mm có tỷ lệ lần lượt là 21% và 33,6%.

Bảng 3: Các đặc điểm khác của ung thư tuyến giáp trên CLVT

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bờ không đều	116	100
Giới hạn không rõ	111	95,7
Vôi hóa	75	64,7
Bắt thuốc mạnh	107	92,2

Các tổn thương được khảo sát hầu hết có chung các đặc điểm như: bờ không đều, giới hạn không rõ, có vôi hóa và bắt thuốc tương phản mạnh sau tiêm.

Vai trò của cắt lớp vi tính trong đánh giá xâm lấn và di căn hạch...

3.2. Đặc điểm xâm lấn và di căn của ung thư tuyến giáp trên CLVT và phẫu thuật

Bảng 4: Đặc điểm xâm lấn trên CLVT

Đặc điểm khảo sát		Kết quả sau phẫu thuật		Tổng
		Có	Không	
Xâm lấn vỏ bao	Có	102	2	104
	Không	1	11	12
Xâm lấn cơ vùng cổ trước	Có	76	1	77
	Không	1	38	39
Xâm lấn mô mềm dưới da	Có	6	3	9
	Không	1	106	107
Xâm lấn khí quản	Có	17	1	18
	Không	5	93	98
Xâm lấn thực quản	Có	13	1	14
	Không	4	98	102
Xâm lấn mạch máu	Có	5	0	5
	Không	1	110	111
Xâm lấn trung thất	Có	0	0	0
	Không	0	116	116

Hầu hết các tổn thương được đánh giá trên CLVT đều có đặc điểm xâm lấn vỏ bao (89,7%), tiếp đến là xâm lấn cơ vùng cổ trước với 66,4%. Tổn thương xâm lấn vào khí quản và thực quản đều trên 10%. Ít gặp xâm lấn mô mềm dưới da, xâm lấn mạch máu và không có tổn thương xâm lấn vào trung thất.

Trong số 104 bệnh nhân ung thư tuyến giáp có: 70 bệnh nhân có di căn hạch cổ, chiếm 67,3%; 34 bệnh nhân không có di căn hạch cổ, chiếm 32,7%. Tỷ lệ di căn hạch cổ của ung thư tuyến giáp khá cao.

3.3. Giá trị của cắt lớp vi tính trong đánh giá xâm lấn

Bảng 5: Các giá trị của CLVT trong đánh giá xâm lấn của ung thư tuyến giáp

Đặc điểm	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	PPV (%)	NPV (%)	Độ chính xác (%)	Giá trị p
Xâm lấn vỏ bao	99	84,6	98,1	91,7	97,4	< 0,001
Xâm lấn cơ vùng cổ trước	98,7	97,4	98,7	97,4	98,2	< 0,001
Xâm lấn mô mềm	85,7	97,2	66,7	99	96,6	< 0,001
Xâm lấn khí quản	77,3	98,9	94,4	94,9	94,8	< 0,001
Xâm lấn thực quản	76,5	98,9	92,9	96,1	95,7	< 0,001
Xâm lấn mạch máu	83,3	100	100	99	99,1	< 0,001

Các đặc điểm xâm lấn được khảo sát trên cắt lớp vi tính đa số có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trên 70%. Đặc điểm xâm lấn thực quản có độ nhạy thấp nhất với 76,5%. Đặc điểm xâm lấn mạch máu có độ đặc hiệu cao nhất với 100% và đặc điểm có độ đặc hiệu thấp nhất là xâm lấn vỏ bao với 84,6%.

Bảng 6: Các giá trị của CLVT trong đánh giá di căn hạch của ung thư tuyến giáp

Đặc điểm	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	PPV (%)	NPV (%)	Độ chính xác (%)	Giá trị p
Các nhóm hạch	89,8	84,8	96,5	64,5	88,9	< 0,001
Nhóm hạch cổ trung tâm	87,2	75	90,7	67,7	84	< 0,001
Nhóm hạch cổ bên	90,7	92,1	98,6	62,5	90,9	< 0,001

Độ nhạy và độ đặc hiệu chung khi khảo sát tất cả các nhóm hạch cao trên 80%. Riêng nhóm hạch cổ bên có độ nhạy và độ đặc hiệu cao hơn so với nhóm hạch cổ trung tâm. Các giá trị tiên đoán dương đều cao trên 90%. Tuy nhiên giá trị tiên đoán âm thấp hơn hẳn dù các nhóm đều trên 60%. Độ chính xác cho nhóm hạch cổ bên là cao nhất với 90,9%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm hình ảnh ung thư tuyến giáp trên cắt lớp vi tính

Tổn thương chủ yếu nằm ở hai thùy của tuyến giáp, trong đó thùy phải là 58 tổn thương (50%) và thùy trái là 54 tổn thương (46,6%). Ít gặp tổn thương tại vùng eo giáp (2,6%) và chỉ khảo sát được duy nhất một tổn thương nằm ngoài tuyến giáp. Theo tác giả Valeria Ramundo (2019) thực hiện trên 44 nhân giáp ác tính cho thấy tổn thương ở thùy phải chiếm 52,3%, thùy trái chiếm 45,5% và vị trí eo giáp chiếm 2,2% [7].

Tác giả Zhang (2020) nghiên cứu 49 tổn thương ác tính tuyến giáp cho thấy đa số tổn thương được phát hiện ở thùy phải (46,9%) và thùy trái (49%), ít gặp tổn thương ở vùng eo giáp (4.1%) [8].

Chúng tôi ghi nhận được một tổn thương nằm ngoài tuyến giáp ở vùng cổ, đây có thể là trường hợp có mô giáp lạc chỗ và mô giáp này có tổn thương ác tính. Theo các tác giả Klubo - Gwiedzinska (2011), G.Lianos và cộng sự (2013) thì ung thư tuyến giáp lạc chỗ khá hiếm, chỉ chiếm dưới 1% [9, 10].

Kết quả của chúng tôi về vị trí của tổn thương tuyến giáp cũng tương đồng với các tác giả trên thế giới khi đánh giá tổn thương chủ yếu ở hai thùy tuyến giáp, ít gặp ở eo giáp và rất hiếm tổn thương ngoài tuyến giáp.

Trong số 116 tổn thương chúng tôi ghi nhận có kích thước từ 9mm đến 160mm và chủ yếu các tổn thương này > 40mm (35,4%). Các tổn thương từ 20 - 40mm cũng có tỷ lệ gần tương đương với 33,6% và tổn thương ≤ 20mm chỉ chiếm 21%.

Theo nghiên cứu năm 2010 của tác giả Cramer và cộng sự báo cáo trên 29425 tổn thương ác tính tuyến giáp, tỷ lệ khối u có kích thước ≤ 20mm chiếm 66,9%, kích thước 20 - 50mm chiếm 29,5% [11].

Sự khác biệt về phân bố kích thước tổn thương

trong nghiên cứu của chúng tôi và tác giả Cramer có thể do cỡ mẫu của chúng tôi nhỏ hơn nhiều (116 so với 29425) và chúng tôi chỉ khảo sát các tổn thương trên cắt lớp vi tính, không khảo sát tất cả các tổn thương tuyến giáp được chẩn đoán qua siêu âm.

Đặc điểm bờ không đều hiện diện ở toàn bộ 116 tổn thương. Bên cạnh đó đặc điểm giới hạn không rõ và bắt thuốc tương phản mạnh chiếm tỷ lệ cao với 95,7% và 92,2%. Riêng đặc điểm vôi hóa trong tổn thương chỉ chiếm 64,7%. Như vậy các tổn thương ung thư tuyến giáp đa phần có các đặc điểm chung như: bờ không đều, giới hạn không rõ, có vôi hóa và bắt thuốc tương phản mạnh sau tiêm.

Theo tác giả Wu (2011) vôi hóa hiện diện trong khoảng 57% các tổn thương ác tính của tuyến giáp trên cắt lớp vi tính [12]. Tác giả Zhang (2020) kết luận rằng các nhân giáp ác tính trên cắt lớp vi tính thường có các đặc điểm như: bờ không đều (57,1%), giới hạn không rõ (75,5%) và bắt thuốc tương phản rõ sau tiêm (75,5%) [8].

Nghiên cứu của chúng tôi gần tương đồng với các tác giả khác khi mô tả tổn thương ác tính ở tuyến giáp trên cắt lớp vi tính.

4.2. Đặc điểm xâm lấn của ung thư tuyến giáp trên cắt lớp vi tính

Hầu hết các tổn thương được đánh giá trong nghiên cứu của chúng tôi đều có đặc điểm xâm lấn vỏ bao, chiếm 89,7%. Các tổn thương nằm sát vỏ bao thường có xu hướng xâm lấn ra ngoài nhiều hơn. Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương và giá trị tiên đoán âm lần lượt là 99%, 84,6%, 98,1% và 91,7%, giá trị p < 0,001.

Tác giả Chung (2020) báo cáo tỷ lệ xâm lấn vỏ bao của ung thư tuyến giáp dạng nhú là 47,3% (783/1656) trên siêu âm [13]. Theo tác giả Lee (2014) cho thấy tỷ lệ xâm lấn vỏ bao là (46,2%) khi đánh giá cùng lúc trên siêu âm và cắt lớp vi tính

[14]. Năm 2018 tác giả Liu nghiên cứu trên 381 bệnh nhân và ghi nhận tỷ lệ xâm lấn vỏ bao là 62,2% [15].

Tỷ lệ xâm lấn vỏ bao ở nghiên cứu của chúng tôi cao hơn có thể do mẫu khảo sát còn hạn chế (116 so với 1656 tổn thương) và tổn thương có kích thước > 20mm chiếm tỷ lệ nhiều hơn (69%), trong khi nghiên cứu của tác giả Chung kích thước tổn thương chủ yếu $\leq 10\text{mm}$ (55,6%).

Trong tổng số 116 tổn thương được khảo sát chúng tôi ghi nhận có 77 tổn thương xâm lấn cơ vùng cổ trước, chiếm 66,4%. Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương và giá trị tiên đoán âm lần lượt là 98,7%, 97,4%, 98,7% và 97,4%, giá trị $p < 0,001$.

Tác giả Genpeng (2020) nghiên cứu trên 4045 bệnh nhân, có 371 bệnh nhân có tổn thương tuyến giáp xâm lấn cơ vùng cổ trước (chiếm 9,2%). Nghiên cứu cũng chỉ ra sự xâm lấn này có liên quan đến tổn thương có kích thước lớn, đa tổn thương, có di căn hạch và di căn xa [16]. Tác giả Rosario (2018) trên 182 bệnh nhân cho thấy dấu hiệu xâm lấn cơ vùng cổ trước chiếm 44% [17]. Theo tác giả Jin (2015) khảo sát 967 bệnh nhân ung thư tuyến giáp dạng nhú có phẫu thuật ghi nhận có 476 bệnh nhân có xâm lấn ra ngoài tuyến giáp, trong đó tỷ lệ xâm lấn cơ vùng cổ trước là 25,4% [18].

Đặc điểm xâm lấn mô mềm trên cắt lớp vi tính được chúng tôi khảo sát chỉ chiếm 7,8%. Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương và giá trị tiên đoán âm lần lượt là 85,7%, 97,2%, 66,7% và 99%, giá trị $p < 0,001$.

Đặc điểm xâm lấn khí quản trên cắt lớp vi tính được chúng tôi khảo sát chiếm 15,5%. Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương và giá trị tiên đoán âm lần lượt là 77,3%, 98,9%, 94,4% và 94,9%, giá trị $p < 0,001$.

Đặc điểm xâm lấn thực quản trên cắt lớp vi tính được ghi nhận với 12,1%. Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương và giá trị tiên đoán âm lần lượt là 76,5%, 98,9%, 92,9% và 96,1%, giá trị $p < 0,001$.

Đặc điểm xâm lấn mạch máu chúng tôi đánh giá gồm xâm lấn động mạch cảnh chung, tĩnh mạch cảnh trong hoặc động mạch cảnh trong, nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả xâm lấn mạch máu chiếm 4,3%. Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương và giá trị tiên đoán âm lần lượt là 83,3%, 100%, 100% và 99%, giá trị $p < 0,001$.

Tác giả Seo (2010) nghiên cứu 84 bệnh nhân với 86 tổn thương ác tính tuyến giáp có biểu hiện

xâm lấn trên cắt lớp vi tính cho thấy 25,6% tổn thương có xâm lấn khí quản, 8,1% xâm lấn thực quản, 5,8% xâm lấn mạch máu [19]. Nghiên cứu của tác giả Kim (2014) trên 75 bệnh nhân có tỷ lệ xâm lấn khí quản là 13,3%, xâm lấn thực quản là 9,3% và xâm lấn mạch máu là 9,3% [20]. Theo tác giả Ibrahimasic (2013) đánh giá trên 91 bệnh nhân và kết quả xâm lấn đường thở chiếm 19,8%, xâm lấn thực quản 16,5%, xâm lấn mạch máu là 3,3% [21]. Nhìn chung nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với tác giả Seo khi độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương và giá trị tiên đoán âm đa số trên 80%, chỉ có độ nhạy của nghiên cứu chúng tôi cao hơn. Điều này có thể do các tổn thương xâm lấn chúng tôi khảo sát có biểu hiện hình ảnh rõ ràng hơn. Ngoài ra tỷ lệ xâm lấn các cơ quan của nghiên cứu này cũng thay đổi so với các tác giả khác có thể do mẫu nghiên cứu của chúng tôi chỉ thực hiện ở các BN có chỉ định chụp CLVT, là đối tượng BN đã được khu trú. Trong khi đó có nhiều tác giả khác thực hiện việc đánh giá xâm lấn khi phẫu thuật và trên kết quả giải phẫu bệnh nên cỡ mẫu lớn hơn và đối tượng bệnh nhân rộng hơn.

Trong tổng số 104 bệnh nhân chúng tôi khảo sát có 70 bệnh nhân biểu hiện di căn hạch cổ, chiếm 67,3% và có 371 nhóm hạch được nạo. Trong đó có 305 nhóm hạch được xác định là hạch di căn trên giải phẫu bệnh. Các số liệu cho thấy hạch cổ trung tâm (nhóm VI) chiếm ưu thế với 78/371 nhóm hạch. Trong nhóm hạch cổ bên thì hạch nhóm IV có tỷ lệ cao nhất, chiếm 19,8%. Hạch cổ bên nhóm Va chiếm tỷ lệ thấp nhất và không có hạch cổ nhóm I. Tỷ lệ di căn nhóm hạch cổ trung tâm là 73,6%, tỷ lệ di căn ở nhóm hạch cổ bên là 85,7%. Theo tác giả Lee (2013) đánh giá trên 410 nhóm hạch cho thấy tỷ lệ di căn của nhóm hạch cổ trung tâm và hạch cổ bên lần lượt là 32,4% và 50% [22].

Theo tác giả Ahn (2008) khảo sát thì tỷ lệ di căn hạch cổ của ung thư tuyến giáp là 64%. Trong đó tỷ lệ di căn hạch cổ trung tâm là 67,3%, hạch cổ bên là 62,7% [6]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm của CLVT trong đánh giá hạch cổ di căn lần lượt là 89,8%, 84,8%, 96,5%, 64,5%. Độ nhạy và độ đặc hiệu chung khi khảo sát tất cả các nhóm hạch đều cao trên 80%. Riêng nhóm hạch cổ bên có độ nhạy và độ đặc hiệu cao hơn so với nhóm hạch cổ trung tâm. Các giá trị tiên đoán dương đều cao trên 90%.

V. KẾT LUẬN

Các đặc điểm của ung thư tuyến giáp trên CLVT gồm bờ không đều, giới hạn không rõ, có vôi hóa và bắt thuốc tương phản mạnh sau tiêm. Các tổn thương trong nghiên cứu chủ yếu có kích thước > 40mm với tỷ lệ 35,4%. Ung thư tuyến giáp xâm lấn vỏ bao và cơ vùng cổ trước thường gặp hơn so với xâm lấn khí quản, thực quản, ít gặp xâm lấn mạch máu và mô mềm dưới da. Không có tổn thương xâm lấn trung thất trong nghiên cứu của chúng tôi. Tỷ lệ di căn hạch ở ung thư tuyến giáp cao và nhóm hạch cổ trung tâm chiếm ưu thế. CLVT có giá trị cao trong đánh giá xâm lấn và di căn hạch vùng ở BN ung thư tuyến giáp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hyuna S., Jacques F., Rebecca L.S., Mathieu L., Isabelle S., Ahmedin J.D., et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. American Cancer Society Journals. 2021;71:pp.212-236.
2. Bryan R.H., Erik K.A., Keith C.B., Gerard M.B., Susan J.M., Yuri E.N., et al. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Thyroid. 2016;26:pp.1-133.
3. Michael W.Y., Andrew J.B., Victor A.B., Robert L. Ferris, Laurie A. Loevner, Susan J. Mandel, et al. American Thyroid Association Statement on Preoperative Imaging for Thyroid Cancer Surgery. Thyroid. 2015;25:pp.3-14.
4. Asako M., Robert W.D., Yoshimi A. Magnetic Resonance Imaging of Thyroid Cancer. Topics in Magnetic Resonance Imaging. 2007;18:pp.293-302.
5. C.H. Suh, J.H. Baek, Y.J. Choi, Lee JH. Performance of CT in the Preoperative Diagnosis of Cervical Lymph Node Metastasis in Patients with Papillary Thyroid Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. American Journal of Neuroradiology. 2016;38:pp.154-161.
6. Ji E.A., Jeong H.L., Jong S.Y., Young Ki Shong, Seok Joon Hong, Deok Hee Lee, et al. Diagnostic Accuracy of CT and Ultrasonography for Evaluating Metastatic Cervical Lymph Nodes in Patients with Thyroid Cancer. World Journal of Surgery. 2008;32:pp.1552-1558.
7. Ramundo V, Lamartina L, Falcone R, Ciotti L, Lomonaco C, Biffoni M, et al. Is thyroid nodule location associated with malignancy risk? Ultrasonography (Seoul, Korea). 2019;38:pp.231-235.
8. Fengyan Z., Ying Q., Z. H. Value of CT Features in the Diagnosis of Papillary Thyroid Tumors in Incidental Thyroid Nodules. International Journal of Endocrinology. 2020;2020:pp.1-7.
9. Klubo - Gwiedzinska J, Manes RP, Chia SH, Burman KD, Stathatos NA, Deeb ZE, et al. Ectopic Cervical Thyroid Carcinoma - Review of the Literature with Illustrative Case Series. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2011;96:pp.2684-2691.
10. Lianos G, Bali C, Tatsis V, Anastasiadi Z, Lianou E, Papathanasiou V, et al. Ectopic thyroid carcinoma. Case report. Il Giornale di chirurgia. 2013;34:pp.114-116.
11. Cramer JD, Fu P, Harth KC, Margevicius S, Wilhelm SM. Analysis of the rising incidence of thyroid cancer using the Surveillance, Epidemiology and End Results national cancer data registry. Surgery. 2010;148:pp.1147-1153.
12. Wu CW, Dionigi G, Lee KW, Hsiao PJ, Paul Shin MC, Tsai KB, et al. Calcifications in thyroid nodules identified on preoperative computed tomography: Patterns and clinical significance. Surgery. 2012;151:pp.464-470.
13. Chung SR, Baek JH, Choi YJ, Sung TY, Song DE, Kim TY, et al. Sonographic Assessment of the Extent of Extrathyroidal Extension in Thyroid Cancer. Korean journal of radiology. 2020;21:pp.1187-1195.
14. Lee DY, Kwon TK, Sung MW, Kim KH, Hah JH. Prediction of Extrathyroidal Extension Using Ultrasonography and Computed Tomography. International Journal of Endocrinology. 2014;2014:pp.1-6.
15. Liu L, Oh C, Heo JH, Park HS, Lee K, Chang JW, et al. Clinical significance of extrathyroidal extension according to primary tumor size in papillary thyroid carcinoma. European Journal of Surgical Oncology (EJSO). 2018;2018:pp.1-6.
16. Li G, Li R, Song L, Chen W, Jiang K, Tang H, et al. Implications of Extrathyroidal Extension Invading Only the Strap Muscles in Papillary Thyroid Carcinomas. Thyroid. 2020;30:pp.57-64.
17. Rosario PW, Mourão G, Calsolari MR. Risk of recurrence in patients with papillary thyroid carcinoma and minimal extrathyroidal extension not treated with radioiodine. Journal of Endocrinological Investigation. 2018.
18. Jin BJ, Kim MK, Ji YB, Song CM, Park JH, Tae K. Characteristics and significance of minimal and maximal extrathyroidal extension in papillary thyroid carcinoma. Oral Oncology. Oral Oncology. 2015;51:pp.759-763.
19. Seo YL, Yoon D.Y., Lim K.J, Ji Hyeon Cha, Eun Joo Yun, Chul Soon Choi, et al. Locally Advanced Thyroid Cancer: Can CT Help in Prediction of Extrathyroidal Invasion to Adjacent Structures? American Journal of Roentgenology. 2010;195:pp.W240-W244.

Vai trò của cắt lớp vi tính trong đánh giá xâm lấn và di căn hạch...

20. Kim H, Kim JA, Son EJ, Youk JH, Chung TS, Park CS, et al. Preoperative prediction of the extrathyroidal extension of papillary thyroid carcinoma with ultrasonography versus MRI: A retrospective cohort study. *International Journal of Surgery*. 2014;12:pp.544-548.
21. Ibrahimasic T, Ghossein R, Carlson DL, Chernichenko N, Nixon I, Palmer FL, et al. Poorly Differentiated Thyroid Carcinoma Presenting with Gross Extrathyroidal Extension: 1986–2009 Memorial Sloan-Kettering Cancer Center Experience. *Thyroid*. 2013;23:pp.997-1002.
22. Lee DW, Ji YB, Sung ES, Park JS, Lee YJ, Park DW, et al. Roles of ultrasonography and computed tomography in the surgical management of cervical lymph node metastases in papillary thyroid carcinoma. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)*. 2013;39:pp.191-196.