

**NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, SIÊU ÂM VÀ TẾ BÀO HỌC CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ TUYẾN GIÁP ĐƯỢC PHÁT HIỆN TÌNH CỜ**

*Trần Thị Hậu<sup>1</sup>, TS. Nguyễn Quang Bầy<sup>1,2</sup>  
Bệnh viện Nội tiết Trung Ương<sup>1</sup>, Bệnh viện Bạch Mai<sup>2</sup>*

DOI: 10.47122/VJDE.2023.69.8

**ABSTRACT**

**Clinical, ultrasonographic features and cytological of incidental thyroid cancer**

**Objective:** To assess patients with incidentally detected thyroid cancer. **Methods:** This cross-sectional descriptive study consisted of 208 patients with incidental thyroid nodules detected by ultrasound at the Endocrinology Department, Bach Mai Hospital between November 2019 and August 2020. Clinical information, sonography characteristics of thyroid nodules, results of fine-needle aspiration biopsy (FNAB), postoperative pathology were collected. **Results:** A total of 272 thyroid nodules (from 208 participants) were included in this study. The mean age was  $47.2 \pm 12.0$  (years). The rate of incidental thyroid cancer patients detected was 17.3%. Nodules <1 cm in size were significantly more prevalent for malignant nodules. Postoperative pathology of all nodules with Bethesda V and VI was papillary thyroid cancer which was consistent with cytological results. **Conclusion:** The study showed that the prevalence of incidental thyroid cancers was 17.3%, of which 100% was papillary carcinoma. People under the age of 45 and the presence of ultrasound characteristics, such as solid echo structure, taller-than-wide, hypoechoic nodules, blurred margins and microcalcification increased risk for malignancy.

**Keywords:** *incidental, thyroid cancer, thyroid nodules FNAB*

**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm của các bệnh nhân ung thư tuyến giáp được phát hiện tình cờ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang gồm 208 bệnh nhân có bướu nhân tuyến giáp phát hiện qua siêu âm tại Khoa Nội tiết, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11/2019 đến tháng 8/2020. Thu thập các đặc điểm lâm sàng, siêu âm tuyến giáp, kết quả xét nghiệm chọc hút bằng kim nhỏ (FNAB), mô bệnh học sau phẫu thuật. **Kết quả:** Tổng cộng có 272 nhân tuyến giáp (từ 208 bệnh nhân) được đưa vào nghiên cứu này. Tuổi trung bình là  $47,2 \pm 12,0$ . Tỷ lệ bệnh nhân ung thư tuyến giáp được phát hiện tình cờ là 17,3%. Các nhân ác tính có kích thước < 1 cm phổ biến hơn đáng kể. Giải phẫu bệnh sau mổ tất cả các nhân tuyến giáp với Bethesda V và VI đều là ung thư tuyến giáp thể nhú phù hợp với kết quả tế bào học. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc bệnh ung thư tuyến giáp được phát hiện tình cờ là 17,3%, trong đó 100% là ung thư tuyến giáp thể nhú. Những người dưới 45 tuổi và sự hiện diện của các đặc điểm siêu âm, như nhân đặc, chiều cao lớn hơn chiều rộng, giảm âm, bờ không đều, vi vôi hóa tăng nguy cơ ác tính.

**Từ khóa:** *tình cờ, ung thư tuyến giáp, chọc hút kim nhỏ*

Tác giả liên hệ: Trần Thị Hậu

Email:

Ngày nhận bài: 15/10/2023

Ngày phản biện khoa học: 20/10/2023

Ngày duyệt bài: 1/11/2023

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Bướu nhân tuyến giáp (BNTG) là tổn thương dạng khối khu trú nằm trong tuyến giáp, là bệnh phổ biến với tỷ lệ 5% dân số nói chung. Việt Nam có sự gia tăng nhanh chóng tỷ lệ mắc ung thư tuyến giáp (UTTG), 2,4 trên 100.000 trong giai đoạn 1996–2000 và tăng lên 7,5 trên 100.000 trong giai đoạn 2011–2015 [1].

Do sự phổ biến và gia tăng các thăm dò chẩn đoán hình ảnh nên số bệnh nhân (BN) tình cờ được phát hiện BNTG ngày càng tăng. Các đặc điểm như tuổi trẻ, nhân đơn độc và nam giới [2], dấu hiệu siêu âm như vi vôi hóa, giảm âm và bờ không đều làm tăng nguy cơ ung thư (UT) [3,4].

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

Nghiên cứu được thiết kế mô tả cắt ngang bao gồm 208 đối tượng có nhân tuyến giáp được phát hiện tình cờ đến khám tại Khoa Nội tiết, Bệnh viện (BV) Bạch Mai từ tháng 11/2019 đến tháng 8/2020 trong đó có 272 nhân được chỉ định FNAB.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Có nhân tuyến giáp

tình cờ được phát hiện bằng siêu âm tuyến giáp khi kiểm tra định kỳ, không các dấu hiệu lâm sàng của bệnh tuyến giáp và đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Những người tham gia bị loại khỏi nghiên cứu nếu có bất kỳ tình trạng nào sau đây: (1) tiền sử bệnh tuyến giáp, (2) UT đã biết của các cơ quan khác, (3) thiếu kết quả dữ liệu

Thu thập dữ liệu: Lâm sàng: bao gồm tuổi, giới tính, siêu âm tuyến giáp: phân loại theo ACR-TIRADS 2017 [5]. Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm được thực hiện theo chỉ định, kết quả tế bào học được phân loại theo Bethesda 2018 [6]. Tất cả các BN có Bethesda V và VI đều được thực hiện phẫu thuật cắt tuyến giáp tại 3 BV là BV Bạch Mai, BV K và BV Nội tiết Trung ương. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ được phân loại của WHO 2017 [7].

Phương pháp thống kê: được thực hiện với SPSS 20. Biến định lượng: báo cáo thông qua giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn (SD). Biến định tính: báo cáo dưới dạng tỷ lệ và tần số.  $p < 0,05$  được coi là có ý nghĩa thống kê.

**III. KẾT QUẢ**

**Bảng 1:** Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tổng (n = 208 BN)		Ung thư (n = 36 BN)		Không ung thư (n = 172 BN)		P
		N	%	n	%	n	%	
Tổng		208	100	36	17,3	172	82,7	
Tuổi	≤ 45	96	46,2	25	69,4	71	41,3	<b>0,003</b>
	> 45	112	53,8	11	30,6	101	58,7	
Tuổi (Mean ± SD) Min - Max		47,2 ± 12,0 13 - 81		42,2 ± 12,0 16 - 73		48,3 ± 11,8 13 - 81		<b>0,006</b>

*Nhận xét:* Tỷ lệ BN được phát hiện UTTG là 17,3%. Tuổi trung bình là 47,2 ± 12,0. Tỷ lệ UTTG ở nhóm tuổi ≤ 45 cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm tuổi > 45.

**Bảng 2:** Đặc điểm trên siêu âm của các nhân UTTG được phát hiện tình cờ

Đặc điểm		Tổng N = 272 nhân		Ung thư n = 42 nhân		Không ung thư n = 230 nhân		P
		N	%	n	%	n	%	
<b>Kích thước nhân (cm)</b>	< 0,5	18	6,6	8	19,0	10	4,3	<0,001
	0,5 - 0,99	117	43,0	23	54,8	94	40,9	
	1,0 - 1,49	85	31,3	4	9,5	81	35,2	
	≥1,5	52	19,1	7	16,7	45	19,6	
<b>Đặc điểm siêu âm</b>								
<b>Hình thái</b>	Đặc	174	64,0	39	92,9	135	58,7	<0,001
	Nang	13	4,8	0	0	13	5,7	
	Hỗn hợp	85	31,2	3	7,1	82	35,6	
<b>Cao lớn hơn rộng</b>	Có	21	7,7	14	33,3	7	3,0	<0,001
	Không	251	92,3	28	66,7	223	97,0	
<b>Độ hồi âm</b>	Giảm âm	151	55,5	39	92,9	112	48,7	<0,001
	Đồng âm	26	9,6	0	0	26	11,3	
	Tăng âm	5	1,8	0	0	5	2,2	
	Hỗn hợp	77	28,3	3	7,1	74	32,2	
	Trống âm	13	4,8	0	0	13	5,6	
<b>Vi vôi hóa</b>	Có	25	9,2	9	21,4	16	7,0	0,003
	Không	247	90,8	33	78,6	33,2	93,0	
<b>Bờ</b>	Không đều	57	21,0	21	50,0	36	15,7	<0,001
	Đều	215	79,0	21	50,0	194	84,3	
<b>Đối chiếu với phân loại ACR-TIRADS 2017</b>								
<b>ACR-TIRADS 2017</b>	3	140	51,4	9	21,4	131	62,7	-
	4	94	34,6	21	50	73	34,9	
	5	17	6,3	12	28,6	5	2,4	

*Nhận xét:* Nhân ác tính phổ biến hơn với kích thước <1 cm (p <0,05), nhân đặc, cao hơn rộng, giảm âm, bờ không đều với p < 0,001 và vi vôi hóa ( p = 0,003). Có 50% là nhân UT TIRADS 4

**Bảng 3:** Phân loại theo Bethesda 2018 và kết quả mô bệnh học sau mổ

Tế bào học	n (%)	Phẫu thuật n (%)	Ung thư n (%)	Không ung thư n (%)	Loại ung thư n (%)
Bethesda I	19 (7,0)	0	0	0	-
Bethesda II	202 (74,3)	0	0	0	-
Bethesda III	0	0	0	0	-

Bethesda IV	4 (1,5)	0	0	0	-
Bethesda V	11 (4,0)	9 (21,4)	9 (100,0)	0	Thể nhú 9 (100,0)
Bethesda VI	36 (13,2)	33 (78,6)	33 (100,0)	0	Thể nhú 33 (100,0)
Tổng số nhân	272	42	42		42

*Nhận xét:* Kết quả FNAB cho thấy 74,3% nhân là Bethesda II, 4% nghi ngờ ác tính (Bethesda V) và 13,2% là tế bào ác tính (Bethesda VI). Tất cả các nhân phân độ Bethesda I, II và IV được phẫu thuật đều lành tính; tất cả các nhân phân độ Bethesda V và VI được phẫu thuật đều là UTTG thể nhú.

**IV. BÀN LUẬN**

Nghiên cứu 208 BN, tỷ lệ UTTG là 17,3% được phát hiện tình cờ. Tùy thuộc vào kỹ thuật chẩn đoán là CT/MRI, siêu âm hay PET, tỷ lệ UTTG dao động tương ứng từ 5-13% [8,9], 12-21,6% [10,11,12], và lên đến 33% [13]. Tương tự của Liebeskind A [10]: tỷ lệ ác tính của BNTG phát hiện tình cờ trên siêu âm là 17%, cao hơn tỷ lệ UT phát hiện qua CT/MRI và thấp hơn PET.

Tuổi là một yếu tố tiên lượng quan trọng của UTTG đã được nêu trong các hệ thống phân loại như TNM, AMES và MACIS [14-16]. Kết quả của chúng tôi, UTTG có nhiều khả năng xảy ra ở độ tuổi trẻ hơn ( $\leq 45$  tuổi so với  $>45$  tuổi) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Ở Việt Nam, theo nghiên cứu của Phạm Xuân Dũng tại Thành phố Hồ Chí Minh từ năm 1996 – 2015, tỷ lệ mắc UTTG cao nhất ở độ tuổi  $< 45$  ở cả hai giới [1].

Các đặc điểm siêu âm như bờ không đều, vi vôi hóa, giảm âm, và chiều cao lớn hơn chiều rộng và nhân đặc đều gợi ý UT và có điểm TIRADS cao [17]. Số liệu của chúng tôi cho thấy UTTG chủ yếu có kích thước từ 0,5 – 0,99 cm (54,8%) và  $< 0,5$  cm (19,0%). Tại Hoa Kỳ, giai đoạn 1988-2005, tỷ lệ gia tăng cao nhất là đối với các khối u tuyến giáp nguyên phát  $< 1,0$  cm [18]. Theo Nguyễn Xuân Hậu tỷ lệ nhân UT TIRADS 3 là 1,2%, nhân TIRADS 4 là 92,3%, nhân TIRADS 5 là 6,5% và tương tự như nghiên cứu của chúng tôi 50% nhân UT TIRADS 4 không xuất hiện nhân ác tính ở TIRADS 1 và 2 [19]

Kết quả tế bào học và mô bệnh học của

nghiên cứu 100% là UT biểu mô tuyến giáp thể nhú. Pamela L. et [20] nghiên cứu cho thấy phụ nữ Việt Nam và Philipin có tỷ lệ mắc UTTG thể nhú cao hơn đáng kể so với phụ nữ ở ba nhóm dân tộc châu Á khác và phụ nữ không phải gốc Tây Ban Nha, phụ nữ da trắng.

**V. KẾT LUẬN**

UTTG được phát hiện tình cờ không phải là hiếm với tỷ lệ mắc là 17,3%, trong đó 100% là UTTG thể nhú. Những người dưới 45 tuổi và có các đặc điểm siêu âm: như nhân đặc, chiều cao lớn hơn chiều rộng, giảm âm, bờ không đều, vi vôi hóa tăng nguy cơ ác tính.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Pham, D.X., et al., *Trends in incidence and histological pattern of thyroid cancer in Ho Chi Minh City, Vietnam (1996–2015): a population-based study*. BMC Cancer, 2021. **21**(1): p. 296.
2. Rago, T., et al., *Male sex, single nodularity, and young age are associated with the risk of finding a papillary thyroid cancer on fine-needle aspiration cytology in a large series of patients with nodular thyroid disease*. Eur J Endocrinol, 2010. **162**(4): p. 763-70.
3. Remonti, L.R., et al., *Thyroid ultrasound features and risk of carcinoma: a systematic review and meta-analysis of observational studies*. Thyroid: official journal of the American Thyroid Association, 2015. **25**(5): p. 538-550.

4. Frates, M.C., et al., *Management of thyroid nodules detected at US: Society of Radiologists in Ultrasound consensus conference statement*. *Radiology*, 2005. **237**(3): p. 794-800.
5. Tessler FN, Middleton WD, Grant EG, et al. ACR Thyroid Imaging, Reporting and Data System (TI-RADS): White Paper of the ACR TI-RADS Committee. *Journal of the American College of Radiology*. 2017;14(5):587-595. doi:10.1016/j.jacr.2017.01.046
6. Es Cibas, Sz Ali. The Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology. *Am J Clin Pathol*, 2018; 132 (5): 658-665.
7. Ricardo V, Lloyd, , Robert Y. Osamura et al. *World Health Organization Classification of Tumors. Tumors of the Thyroid Gland*. Vol 4.; 2017.
8. Shetty SK, Maher MM, Hahn PF, Halpern EF, Aquino SL: Significance of incidental thyroid lesions detected on CT: correlation among CT, sonography, and pathology. *AJR Am J Roentgenol* 006;187:1349–1356.
9. Leenhardt L, Hejblum G, Franc B, Fediaevsky LD, Delbot T, Le Guillouzie D, Menegaux F, Guillausseau C, Hoang C, Turpin G, Aurengo A: Indications and limits of ultrasound-guided cytology in the management of nonpalpable thyroid nodules. *J Clin Endocrinol Metab* 1999;84:24–28.
10. Liebeskind A, Sikera AG, Komisar A et al., *Rates of malignancy in incidentally discovered thyroid nodules evaluated with sonography and fine -needle aspiration*. *J Ultrasound Med*. 2005 May;24(5):629 -34
11. Nam-Goong IS, Kim HY, Gong G, et al. Ultrasonography-guided fine-needle aspiration of thyroid incidentaloma: correlation with pathological findings. *Clin Endocrinol* 2004;60:21– 8.
12. KimDL, SongKH, KimSK. High prevalence of carcinoma in ultrasonography-guided fine needle aspiration cytology of thyroid nodules. *Endocr J* 2008;55:135– 42.
13. Shie P, Cardarelli R, Sprawls K, et al: Systematic review: Prevalence of malignant incidental thyroid nodules identified on fluorine-18 fluorodeoxyglucose positron emission tomography. *Nucl Med Commun* 30: 742-748, 2009
14. Sobin LH, Gospodarowicz M, Wittekind C eds. 2010 UICC: *TNM classification of malignant tumors*, 7th ed. New York: Wiley-Blackwell.
15. Cady B, Rosai R 1988 An expanded view of risk group definition in differentiated thyroid carcinoma. *Surgery* 104: 947-953.
16. Hay ID, Bergstrahl EJ, Goellner JR, Ebersold JR, Grant CS 1993 *Predicting outcome in papillary thyroid carcinoma: development of a reliable prognostic scoring system in a cohort of 1779 patients surgically treated at one institution during 1940 through 1989*. *Surgery* 114: 1050-1058
17. Douglas S. Ros, Henry B. Burch, D S. Cooper et al. 2016 American Thyroid Association Guidelines for Diagnosis and Management of Hyperthyroidism and Other Causes of Thyrotoxicosis. *Thyroid*, 2016; 26(10). <https://doi.org/10.1089/thy.2016.0229>.
18. Chen AY, Jemal A, Ward EM: Increasing incidence of differentiated thyroid cancer in the United States, 1988-2005. *Cancer*. 2009, 115:3801-3807. 10.1002/cncr.24416
19. Nguyễn Xuân Hậu. Nghiên cứu giá trị sinh thiết hạch cửa trong bệnh ung thư tuyến giáp. 2019. Luận văn Tiến sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.
20. Pamela L. Horn-Ross; Laura A. McClure; Ellen T. Chang; Christina A. Clarke; Theresa H. M. Keegan; Rudolph P. Rull; Thu Quach; Scarlett Lin Gomez (2011). *Papillary thyroid cancer incidence rates vary significantly by birthplace in Asian American women*. , 22(3), 479–485. doi:10.1007/s10552-010-9720-5
21. Al-Hakami H, Alqahtani R, Alahmadi A, et al. (March 30, 2020) *Thyroid Nodule Size and Prediction of Cancer: A Study at Tertiary Care Hospital in Saudi Arabia*. *Cureus* 12(3): e7478. DOI 10.7759/cureus.7478