

GIÁ TRỊ CỦA PHƯƠNG PHÁP CHỌC HÚT TẾ BÀO BẰNG KIM NHỎ DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ TUYẾN GIÁP TẠI BỆNH VIỆN NỘI TIẾT TRUNG ƯƠNG

*Khuất Duy Anh, Nguyễn Thị Quỳnh Giang, La Thị Loan, Đỗ Thị Yến
Khoa Huyết học và Chẩn đoán tế bào, Bệnh viện Nội tiết Trung ương*

DOI: 10.47122/vjde.2021.50.15

ABSTRACT

Value of ultrasound-guided fine-needle aspiration cytology in diagnosing thyroid nodules

Objective: To determine the diagnostic value of cytology by fine-needle aspiration under ultrasound guidance in the diagnosis of thyroid cancer at the National Hospital of Endocrinology. **Methodology:** A cross-sectional descriptive study on 862 patients with US-FNA cytology at the Department of Hematology and cytology, National Hospital of Endocrinology from December 2020 to October 2021. **Results:** The mean age of the study group was 47.29 ± 12.68 . The female/male ratio is 6.9/1. Cytological results according to the Bethesda system: malignancy group 40.7%, suspected malignancy 6.0%, benign group 47.6%, and the remaining groups accounted for 5.7%. Histopathological results after surgery: the cancer group accounted for 49.5%, the non-cancerous group accounted for 50.5%. Compared with the histopathological results, cytology by thyroid fine-needle aspiration under ultrasound guidance has a sensitivity of 92.7%, specificity of 98.4%, an accuracy of 95.6%, a positive predictive value of 98.3%, a negative predictive value of 93.2%, and a false-positive rate 1.6%, false-negative 7.3%. **Conclusion:** Thyroid fine-needle aspiration cytology under ultrasound guidance has an accuracy of 95.6%, sensitivity, and specificity of 92.7% and 98.4%, respectively.

Keywords: *US-FNA, thyroid cytology, the Bethesda system for reporting thyroid cytopathology.*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định giá trị chẩn đoán của xét nghiệm tế bào học bằng chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm trong chẩn đoán ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện Nội Tiết Trung Ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 862 bệnh nhân có xét nghiệm tế bào học bằng chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm tại Khoa Huyết học và Chẩn đoán tế bào, Bệnh viện Nội tiết Trung ương từ tháng 12 năm 2020 đến tháng 10 năm 2021. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $47,29 \pm 12,68$. Tỷ lệ nữ/nam là 6,9/1. Kết quả tế bào học theo hệ thống Bethesda: nhóm ác tính 40,7%, nghi ngờ ác tính 6,0%, nhóm lành tính 47,6% và các nhóm còn lại chiếm 5,7%. Kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật: nhóm ung thư chiếm 49,5%, nhóm không ung thư chiếm 50,5%. Đối chiếu với kết quả mô bệnh học thấy xét nghiệm tế bào học bằng chọc hút kim nhỏ tuyến giáp dưới hướng dẫn siêu âm có độ nhạy 92,7%, độ đặc hiệu 98,4%, độ chính xác là 95,6%, giá trị dự đoán dương tính 98,3%, giá trị dự đoán âm tính 93,2% và tỉ lệ dương tính giả 1,6%, âm tính giả 7,3%. **Kết luận:** Xét nghiệm tế bào học chọc hút kim nhỏ tuyến giáp dưới hướng dẫn siêu âm có độ chính xác 95,6%, độ nhạy, độ đặc hiệu lần lượt là 92,7% và 98,4%.

Từ khóa: *Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm, tế bào học tuyến giáp, phân loại Bethesda tế bào học tuyến giáp.*

Tác giả liên hệ: Khuất Duy Anh
Email: Khuatduyanh1993@gmail.com
Ngày nhận bài: 1/11/2021
Ngày phản biện khoa học: 10/11/2021
Ngày duyệt bài: 15/12/2021

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bướu giáp nhân là một bệnh phổ biến, trong đó bao gồm ung thư tuyến giáp, chỉ chiếm dưới 10% các nhân nhưng là ung thư phổ biến nhất của hệ nội tiết.¹ Theo **GLOBOCAN** năm 2020, ung thư tuyến giáp đứng thứ 11 trong trên bảng xếp hạng các loại ung thư trên toàn thế giới, với 586.202 ca mắc mới và 43.646 ca tử vong.² Tại Việt Nam, ung thư tuyến giáp đứng thứ 9 về tỉ lệ mắc mới, với tỉ lệ nữ/nam là 4/1.³ *Các triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm hóa sinh của bướu giáp nhân nói chung và ung thư tuyến giáp nói riêng là không đặc hiệu.* Chẩn đoán bướu giáp nhân lành tính hay ác tính là một vấn đề bức thiết, đặc biệt quan trọng để quyết định phương pháp điều trị. Các trường hợp bướu giáp nhân lành tính chỉ cần phẫu thuật tối thiểu, đơn thuần mà không cần nạo vét hạch cổ và điều trị hỗ trợ như với ung thư tuyến giáp.

Trong các phương pháp chẩn đoán, xét nghiệm tế bào chọc hút kim nhỏ rất có ý nghĩa trong việc phân biệt các nhân lành tính và ác tính. Trước đây chọc hút kim nhỏ chủ yếu thực hiện với các nhân kích thước lớn. Hiện nay, cùng với sự phát triển của siêu âm hướng dẫn đường đi, có thể lấy mẫu tế bào các nhân kích thước nhỏ, nằm sâu, không sờ thấy. Một số nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy xét nghiệm tế bào chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm nhân tuyến giáp có độ nhạy và độ đặc hiệu khá cao.⁴⁻⁸

Tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương, thống kê mỗi ngày có khoảng 100-300 bệnh nhân thực hiện xét nghiệm tế bào chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm, tuy nhiên thực tế chưa có nghiên cứu nào tại bệnh viện về giá trị của phương pháp này. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm mục tiêu đánh giá giá trị chẩn đoán của xét nghiệm tế bào chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm trong chẩn đoán ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 862 bệnh nhân được chẩn đoán tế bào chọc hút kim nhỏ dưới siêu âm và mô

bệnh học tại khoa Huyết học – Chẩn đoán tế bào, Bệnh viện Nội tiết Trung ương từ 12/2020 đến tháng 10/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân có nhân tuyến giáp được chẩn đoán tế bào chọc hút kim nhỏ dưới siêu âm và chẩn đoán mô bệnh học sau phẫu thuật.

- Có đủ tiêu bản tế bào, tiêu bản mô bệnh học và khối nén.

- Có hồ sơ bệnh án đủ các biến số cần thiết cho nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Những trường hợp ung thư tuyến giáp tái phát, hoặc đã điều trị trước phẫu thuật

- Các trường hợp ung thư từ cơ quan khác di căn tới tuyến giáp

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: 12/2020 đến tháng 10/2021.

- Địa điểm: khoa Huyết học - Chẩn đoán tế bào, Bệnh viện Nội tiết Trung ương

Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- Chọn mẫu nghiên cứu: chọn mẫu có chủ đích, bao gồm 862 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn.

Các biến số nghiên cứu

- Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu:

+ Giới: nam, nữ

+ Tuổi: <30, 30-39, 40-49, 50-59, ≥60 (tuổi tính theo năm dương lịch)

- Đặc điểm giải phẫu bệnh nhân tuyến giáp:

+ Kết quả tế bào học: nhóm I, II, III, IV, V, VI (theo Bethesda 2018)

+ Kết quả mô bệnh học: không ung thư, ung thư

- Đối chiếu kết quả tế bào học với kết quả mô bệnh học

- Giá trị của xét nghiệm tế bào chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm: độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác, giá trị dự đoán dương tính, giá trị dự đoán âm tính, tỉ lệ dương tính giả, tỉ lệ âm tính giả.

Quy trình tiến hành nghiên cứu

- Xây dựng phiếu thu thập thông tin.

- Thu thập thông tin hành chính của bệnh nhân theo hồ sơ bệnh án.

- Thu thập thông tin đặc điểm tế bào học,

mô bệnh học của nhân tuyến giáp theo các chỉ số/biến số nghiên cứu.

- Thu thập tiêu bản tế bào Giemsa, tiêu bản HE và khối nền kèm theo.

- Phân tích và xử lý số liệu.

Phân tích và xử lý số liệu: Phân tích và xử lý số liệu sử dụng phần mềm Excel 2013 và SPSS 22.0.

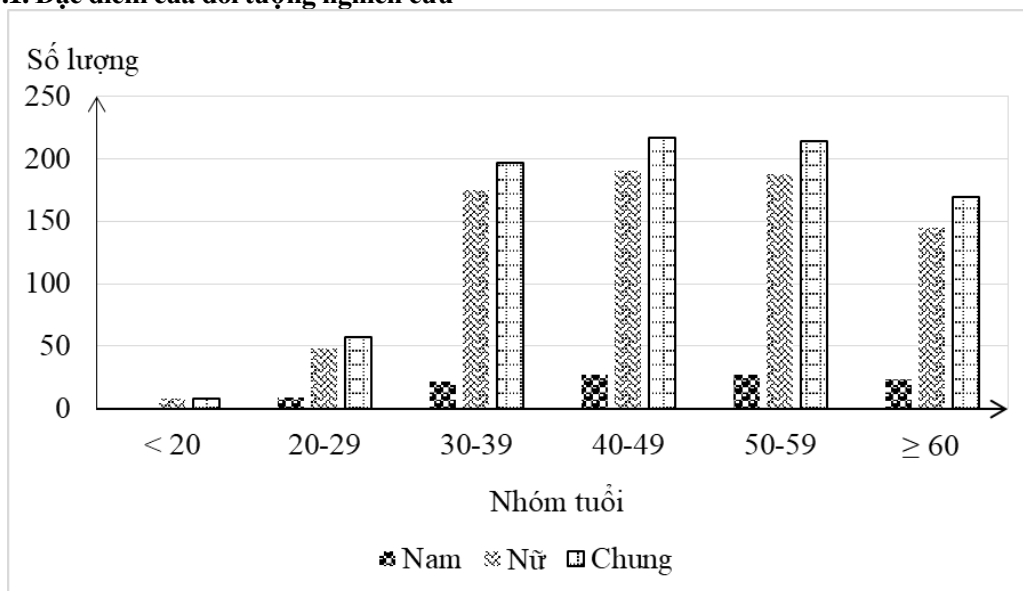
Đạo đức nghiên cứu:

- Tất cả biến số, chỉ số đều được thu thập, tính toán trung thực và khoa học.

- Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng chẩn đoán, điều trị, giúp chăm sóc, nâng cao sức khỏe, chất lượng cuộc sống bệnh nhân.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 3.1. Phân bố nhóm tuổi theo giới

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $47,29 \pm 12,68$, tuổi thấp nhất là 12, cao nhất là 83. Nhóm đối tượng chiếm tỉ lệ cao nhất là 30-49 tuổi với 48,1%. Tuổi trung bình của nhóm mô bệnh học ung thư là $44,55 \pm 12,03$.

Tỉ lệ nữ/nam = 6,9/1, với nữ giới chiếm đa số ở tất cả các độ tuổi.

3.2. Chẩn đoán tế bào học và mô bệnh học

Bảng 3.1. Kết quả tế bào học theo Bethesda 2018

Kết quả tế bào học	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Nhóm I	32	3,7
Nhóm II	410	47,6
Nhóm III	9	1,0
Nhóm IV	8	0,9
Nhóm V	52	6,0
Nhóm VI	351	40,7
Tổng	862	100

Trong số 862 trường hợp nhân tuyến giáp, chiếm tỉ lệ cao nhất là nhóm II với 47,6%, nhóm VI chiếm 40,7%, nhóm IV chiếm tỉ lệ thấp nhất là 0,9%. Các nhóm I, II và V chiếm tỉ lệ tương ứng là 3,7%, 1% và 6,0%.

Bảng 3.2. Kết quả mô bệnh học

Kết quả mô bệnh học	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Không ung thư	435	50,5
Ung thư	427	49,5
Tổng	862	100

Trong nhóm nghiên cứu tỉ lệ không ung thư chiếm 50,5%, ung thư chiếm 49,5%.

Bảng 3.3. Đối chiếu kết quả tế bào học với mô bệnh học

Tế bào học \ Mô bệnh học	Không ung thư		Ung thư	
	N	%	n	%
Nhóm I	32	100	0	0
Nhóm II	379	92,4	31	7,6
Nhóm III	9	100	0	0
Nhóm IV	8	100	0	0
Nhóm V	7	13,5	45	86,5
Nhóm VI	0	0	351	100
Tổng	435	50,5	427	49,5

Toàn bộ 100% bệnh nhân chẩn đoán nhóm VI có kết quả mô bệnh học là ung thư. Trong số 52 trường hợp chẩn đoán nhóm V, kết quả mô bệnh học như sau: 86,5% ung thư và 13,5% không ung thư. Trong nhóm II, tỉ lệ chẩn đoán mô bệnh học ung thư là 7,6. Không có trường hợp nhóm I, III, IV nào có kết quả mô bệnh học là ung thư.

3.3. Giá trị chẩn đoán của xét nghiệm tế bào học bằng chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm trong chẩn đoán ung thư tuyến giáp

Bảng 3.4. Đối chiếu giữa nhóm chẩn đoán tế bào học và kết quả mô bệnh học

Tế bào học \ Mô bệnh học	Ung thư	Không ung thư	p
Nhóm V, VI	396	7	<0,05
Nhóm I, II, III, IV	31	428	
Tổng	427	435	

Chẩn đoán tế bào học nhóm V, VI có tỉ lệ mô bệnh học ác tính cao hơn nhóm I, II, III, IV, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

Từ kết quả bảng trên chúng tôi tính được giá trị của xét nghiệm tế bào học bằng chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm trong chẩn đoán ung thư tuyến giáp theo bảng sau:

Bảng 3.5. Giá trị của xét nghiệm tế bào học bằng chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm

Giá trị	Tỉ lệ (%)
Độ nhạy	92,7
Độ đặc hiệu	98,4
Độ chính xác	95,6
Giá trị dự báo dương tính	98,3
Giá trị dự báo âm tính	93,2
Tỉ lệ dương tính giả	1,6
Tỉ lệ âm tính giả	7,3

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung nhóm đối tượng

Qua phân tích kết quả nghiên cứu chúng tôi nhận thấy tỷ lệ nữ/nam = 6,9/1. Tỉ lệ riêng nhóm mô bệnh học ung thư, tỉ lệ nữ/nam = 7,1/1.

Nhìn chung kết quả của chúng tôi tương tự nghiên cứu của tác giả Đào Thị Luận,⁹ Đặng Công Thuận,⁶ Papini¹⁰ nhưng cao hơn so với kết quả của tác giả Bùi Minh Nhật (2019)⁷ và một số tác giả nước ngoài.¹¹⁻¹³ Tuy nhiên, tất cả chúng tôi đều có chung nhận định là nữ gặp nhiều hơn nam.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 47,29 ± 12,68, tuổi nhỏ nhất là 12, cao nhất là 83. Nhóm đối tượng chiếm tỉ lệ cao nhất là 30-49 tuổi với 48,1%.

Tuổi trung bình của nhóm mô bệnh học ung thư là 44,55 ± 12,03. Kết quả nghiên cứu này cũng tương tự với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Tuổi mắc bệnh trung bình trong nghiên cứu của Đặng Công Thuận là 46,85 ± 11,07,⁶ của Papini là 47,8 ± 13,3,¹⁰ Taha là 46,3 ± 11,7.¹¹

Nghiên cứu của Bùi Minh Nhật cho thấy độ tuổi <45 chiếm 59%.⁷ Tuổi mắc bệnh nhìn chung cao hơn trong nghiên cứu của Đào Thị Luận, với tuổi trung bình là 40,10 ± 10,9, tuổi nhỏ nhất là 20 và cao nhất là 79, nhóm tuổi từ 30-49 chiếm tỉ lệ cao nhất với 52%,⁹ và Li cho thấy tuổi trung bình là 35,9 ± 8,7.¹²

Phân tích các nghiên cứu cho thấy ưu thế mắc bướu giáp nhân nói chung và ung thư tuyến giáp nói riêng ở giới nữ, và bệnh có thể

gặp ở mọi độ tuổi với tỉ lệ cao ở tuổi từ 30-49. Sự khác biệt tuổi và giới giữa nghiên cứu của chúng tôi và một số nghiên cứu khác có thể do cách thức chọn mẫu hoặc các yếu tố dịch tễ.

4.2. Phân bố kết quả tế bào học theo Bethesda 2018

Chúng tôi nhận thấy hai nhóm chiếm tỉ lệ cao nhất là nhóm II (lành tính) 47,6% và nhóm VI (ác tính) 40,7%. Theo các nghiên cứu, tỉ lệ u tuyến giáp ác tính có sự chênh lệch khá lớn.

Nghiên cứu của Đặng Công Thuận cho thấy nhóm V, VI (ngghi ngờ ác tính/ác tính) chiếm 51,9%, nhóm I (không đủ điều kiện chẩn đoán) 14,8% và nhóm II (lành tính) 16,7%.⁶

Kết quả nghiên cứu của Bùi Minh Nhật, nhóm V là 40,3% và nhóm VI là 46,1%.⁷ Tác giả Taha nghiên cứu trên 392 mẫu cho thấy có 13,1% nhóm I, 55,4% nhóm II, 14,8% nhóm III, 25,9% nhóm V và 11,5% nhóm VI.¹¹ Papini đưa ra tỉ lệ 18,6% (92/494) trường hợp không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán, 306/402 (76,3%) lành tính, 73/402 (18,1%) nghi ngờ và 23/402 (5,7%) là ác tính.¹⁰

Sự khác biệt kết quả giữa nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu khác trong nước có thể là do cách thức chọn mẫu. Các tác giả chọn mẫu bệnh nhân có nghi ngờ trên siêu âm thì tỉ lệ nhóm nghi ngờ ác tính và ác tính cao hơn nghiên cứu của chúng tôi.

Thông thường các trường hợp nhân xơ hoặc vôi hóa thô thường không lấy được đủ tế bào hoặc tế bào rời rạc không đánh giá được, các trường hợp nhân tăng sinh mạch hoặc mới làm FNA trong thời gian <3 tháng mẫu thường

nhieu máu che lấp tế bào nang giáp. Những trường hợp này chúng tôi loại khỏi nghiên cứu do không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán và không có kết quả mô bệnh học. Do đó nhóm I trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ bao gồm các trường hợp nang chày máu, nên tỉ lệ thấp hơn trong các nghiên cứu khác.

4.3. Phân bố kết quả mô bệnh học

Qua phân tích kết quả nghiên cứu, chúng tôi thấy nhóm tổn thương lành tính và nhóm ung thư tuyến giáp có tỷ lệ không chênh lệch nhiều (50,5% và 49,4%).

Theo nghiên cứu của Đào Thị Luận tỉ lệ ung thư biểu mô là 91,0%,⁹ của Bùi Minh Nhật là 82%⁷ và Đặng Công Thuận là 70,4%.⁶ Nghiên cứu của Papini với 107 mẫu mô bệnh học cho thấy ung thư chiếm 28,9%, u tuyến dạng nang 22,4% và tổn thương lành tính chiếm 48,6%.¹⁰

Taha đưa ra tỉ lệ ung thư trên mô bệnh học là 28,1%.¹¹ Tỉ lệ chẩn đoán mô bệnh học ung thư ở nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các nghiên cứu trên là do cách chọn mẫu. Tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương có tỉ lệ khá cao bệnh nhân bướu giáp nhân lành tính được chọc hút tế bào và phẫu thuật làm mô bệnh học.

4.4. Đối chiếu kết quả tế bào học với mô bệnh học

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 31/410 (7,6%) trường hợp kết quả tế bào học nhóm II là ung thư, tỉ lệ này trong nhóm V là 45/52 (86,6%). Toàn bộ 351 trường hợp tế bào chẩn đoán nhóm VI là ung thư.

Nghiên cứu của Bùi Minh Nhật cho thấy nhóm VI có tỉ lệ ác tính trên mô bệnh học là 99%, nhóm V là 88%.⁷ Đặng Công Thuận đưa ra kết quả 96,4% trường hợp chẩn đoán tế bào học nhóm VI là ác tính, và tỉ lệ này ở nhóm tế bào học nhóm II là 22,2%.⁶ Tác giả Papini cho thấy 8/31 ung thư được chẩn đoán tế bào học là nghi ngờ.¹⁰

Sự khác biệt giữa các nghiên cứu là có thể do cách phân nhóm kết quả, tác giả Đặng

Công Thuận gộp nhóm V và VI khi phân tích kết quả. Tuy nhiên, các nghiên cứu đều cho thấy tỉ lệ tương đồng khá cao giữa kết quả tế bào và mô bệnh học.

4.5. Về giá trị của chẩn đoán tế bào học chọc hút kim nhỏ

Phần lớn ung thư ở các cơ quan khác thường được sinh thiết để chẩn đoán trước phẫu thuật. Tuy nhiên, do vị trí giải phẫu và chức năng đặc biệt của tuyến giáp nên hầu như chỉ sử dụng phương pháp xét nghiệm tế bào chọc hút kim nhỏ làm cơ sở cho điều trị, đặc biệt trong chỉ định phẫu thuật cắt bỏ các nhân tuyến giáp.

Phương pháp chọc hút kim nhỏ đã được các nhà bệnh học và ung thư học trên khắp thế giới thừa nhận là phương pháp tốt nhất để chẩn đoán các nhân tuyến giáp. Theo DeMay và Carpi A, khi sử dụng các phương pháp truyền thống, chưa áp dụng xét nghiệm tế bào chọc hút kim nhỏ thì chỉ có khoảng 10-25% các trường hợp được phẫu thuật là u ác tính.^{14,15}

Kết hợp với các phương pháp chẩn đoán truyền thống, xét nghiệm tế bào chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm đã làm giảm 50% các trường hợp phẫu thuật và làm tăng gấp đôi tỷ lệ ung thư tuyến giáp được cắt bỏ.¹⁴

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy độ chính xác là 95,6%, độ nhạy 92,7%, độ đặc hiệu 98,3%, tỷ lệ âm tính giả 7,3%, tỷ lệ dương tính giả 1,7%, giá trị dự đoán dương tính 96,9%, giá trị dự đoán âm tính 92,9%.

Một số báo cáo cho thấy tỷ lệ chẩn đoán dương tính của tế bào học với ung thư biểu mô tuyến giáp đạt 85-90%, trong khi chọc hút các u lành tính độ chính xác thấp hơn khoảng 1%.¹⁵

Với những chuyên gia giàu kinh nghiệm, độ chính xác của chẩn đoán có thể cao tới 95% thậm chí cao hơn đối với các mẫu thỏa đáng.¹⁴ Nghiên cứu của Taha cho thấy dương tính giả là 7,8%, giá trị dự đoán dương tính là 75,3% và giá trị dự đoán âm tính là 88,6%.¹¹

Bảng 4.1. Độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác của xét nghiệm tế bào chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm

Tác giả		Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Độ chính xác
Chúng tôi		92,7	98,4	95,6
Đặng Công Thuận ⁶		81,1	92,3	
Nguyễn Thị Hồng ⁸		94,8	98,38	
Mustafa Cesur ⁴		85,6	89,5	
Ibrahim Taha ¹¹		69,7	91,1	85,1
Juan Li ¹²	Nhân ≤ 1cm	100	28,57	92,95
	Nhân > 1cm	100	63,64	97,96

Phân tích các mẫu tế bào học chọc hút kim nhỏ, chúng tôi nhận thấy rằng, lý do chủ yếu làm cho kết quả chẩn đoán âm tính giả là do mẫu không thỏa đáng, theo tiêu chuẩn của phân loại Bethesda, phải có ít nhất 6 đám tế bào, mỗi đám ít nhất 10 tế bào.

Một nguyên nhân khác có thể do không lấy đúng nhân ung thư ở bệnh nhân có nhiều nhân, các nhân nhỏ nằm sát mặt sau thùy giáp khó lấy mẫu tế bào, một số trường hợp nhân nhỏ đến bỏ sót nhân trên siêu âm.

Các trường hợp dương tính giả chủ yếu là quá sản biểu mô nang dạng u tuyến, quá sản biểu mô nang/viêm tuyến giáp mạn tính giàu lympho bào. Trên tiêu bản thấy số lượng tế bào nhiều, sắp xếp thành đám lớn - nhỏ, tế bào không đều, nên dễ bị đánh giá là nghi ngờ ác tính.

Các trường hợp u thể nang không xâm nhập với đặc điểm nhân thể nhú cũng thường được xếp nhóm nghi ngờ ác tính.

5. KẾT LUẬN

Qua khảo sát 862 trường hợp tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương, chúng tôi nhận thấy tỉ lệ nữ/nam = 6,9/1, giới nữ chiếm ưu thế ở cả tổn thương lành tính và ác tính. Độ tuổi 30-49 chiếm tỉ lệ cao nhất với 48,1%.

Xét nghiệm tế bào chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm có độ chính xác cao (95,6%), độ nhạy 92,7%, độ đặc hiệu 98,3%, tỉ lệ dương tính giả và âm tính giả thấp, tương ứng là 1,6% và 7,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Zamora EA, Khare S, Cassaro S. Thyroid Nodule. In: *StatPearls*. StatPearls Publishing; 2021. Accessed November 12, 2021. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535422/>
- Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*. 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
- International Agency for Research on Cancer. Viet Nam. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/704-viet-nam-fact-sheets.pdf>. Accessed November 12, 2021.
- Cesur M, Corapcioglu D, Bulut S, Gursoy A, Kamel N, Erdogan N. Comparison of Palpation-Guided Fine-Needle Aspiration Biopsy to Ultrasound-Guided Fine-Needle Aspiration Biopsy in the Evaluation of Thyroid Nodules. *Thyroid*. 2006;16:555-561.
- Lê Hoàng Anh Đức. Đối chiếu kết quả tế bào học qua chọc hút kim nhỏ với qua chọc hút kim nhỏ với kết quả mô bệnh học trong chẩn đoán các nhân giáp. *Tạp Chí Học TP Hồ Chí Minh*. 2017;21:48-52.
- Đặng Công Thuận, Ngô Thị Hồng Thắm, Ngô Quý Trân. Giá trị chọc hút tế bào

- bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm trong chẩn đoán tổn thương khu trú tuyến giáp. *Tạp Chí Học Việt Nam*. 2020;497:21-26.
7. Bùi Minh Nhật, Nguyễn Đức Duy, Ngô Quốc Đạt. Sự phù hợp giữa tế bào học tuyến giáp theo phân loại Bethesda 2010 với đặc điểm siêu âm tuyến giáp. *Tạp Chí Học TP Hồ Chí Minh*. 2019;23:108-115.
 8. Nguyễn Thị Hồng, Nguyễn Thị Thanh Hà, Dương Thị Lan Thu, Đinh Thị Huyền Trang. Xác định giá trị của phương pháp tế bào học và sinh thiết tức thì trong chẩn đoán ung thư tuyến giáp. *Tạp Chí Học TP Hồ Chí Minh*. 2017;21:53-57.
 9. Đào Thị Luận. Nghiên cứu đặc điểm giải phẫu bệnh u biểu mô tuyến giáp ở bệnh nhân u giáp có siêu âm TIRAD 3,4 và 5. 2019. Luận văn bác sĩ chuyên khoa II. Trường Đại học Y Hà Nội.
 10. Papini E, Guglielmi R, Bianchini A, et al. Risk of Malignancy in Nonpalpable Thyroid Nodules: Predictive Value of Ultrasound and Color-Doppler Features. *J Clin Endocrinol Metab*. 2002;87(5):1941-1946. doi:10.1210/jcem.87.5.8504
 11. Taha I, Al-Thani H, El-Menyar A, Asim M, Al-Sulaiti M, Tabeb A. Diagnostic accuracy of preoperative palpation- versus ultrasound-guided thyroid fine needle aspiration cytology: an observational study. *Postgrad Med*. 2020;132(5):465-472. doi:10.1080/00325481.2020.1741298
 12. Li J, Wang Q, Wang L, et al. Diagnostic value of fine-needle aspiration combined with ultrasound for thyroid cancer. *Oncol Lett*. 2019;18(3):2316-2321. doi:10.3892/ol.2019.10584
 13. Zhou Q, Wu W, Wang F, Gong X, Chen X. Ultrasound-Guided Fine-Needle Aspiration with or without Negative Pressure for Different Types of Thyroid Nodules. *Int J Gen Med*. 2021;14:5475-5481. doi:10.2147/IJGM.S317087
 14. DeMay R.M. *The Art and Science of Cytopathology*. 2th Edition, ASP Press. 1999th ed.
 15. Moreira AL, Waisman J, Cangiarella JF. Aspiration cytology of the oncocytic variant of papillary adenocarcinoma of the thyroid gland. *Acta Cytol*. 2004;48(2):137-141. doi:10.1159/000326306