

Vai trò siêu âm và chọc hút kim nhỏ (FNA) trong chẩn đoán trước phẫu thuật bệnh lý u tuyến giáp

Hoàng Hữu, Phùng Phương, Nguyễn Thị Hồng Chuyên
Bộ môn Ung bướu, Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Mỗi loại u tuyến giáp có xử trí khác nhau nên việc chẩn đoán chính xác là rất quan trọng. Đặc biệt trong ung thư tuyến giáp, việc chẩn đoán trước phẫu thuật dựa vào lâm sàng siêu âm và FNA giúp hạn chế phẫu thuật lần 2, giảm biến chứng do điều trị. Vấn đề đặt ra là “Giá trị chẩn đoán trước phẫu thuật của siêu âm và FNA là như thế nào?”. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm trả lời câu hỏi giá trị của siêu âm và FNA trong chẩn đoán trước phẫu thuật bệnh lý u tuyến giáp và đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của u tuyến giáp trước phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 100 bệnh nhân bệnh lý u tuyến giáp có chỉ định phẫu thuật có đầy đủ siêu âm, FNA, chức năng giáp trước phẫu thuật và mô bệnh học sau phẫu thuật tại khoa Ung bướu, Bệnh viện Đại học Y Dược Huế từ 6/2017-6/2018. **Kết quả:** Siêu âm tuyến giáp theo phân loại TIRADS có độ nhạy Se: 80,6%, độ đặc hiệu Sp: 79,7%, độ chính xác Acc: 80%, trong đó đặc điểm vi vôi hóa trên siêu âm có độ nhạy 71%, độ đặc hiệu 95,7%, trong khi chọc hút tế bào bằng kim nhỏ có độ nhạy 58%, độ đặc hiệu 82,6%, độ chính xác 75%. Đặc điểm lâm sàng, tỷ lệ nữ : nam là 9:1, độ tuổi từ 15 - 45 gặp nhiều nhất, 81% biểu hiện lâm sàng thấy u, 15% không có triệu chứng lâm sàng, đa u chiếm 41%, u đặc 56%, tỷ lệ u > 3 cm 30%. Tỷ lệ bướu keo tuyến giáp 39%, u tuyến tuyến giáp 23%, ung thư 31%. **Kết luận:** Trong nghiên cứu này u tuyến giáp thường gặp ở nữ, tuổi lao động gặp nhiều nhất. Biểu hiện lâm sàng phần lớn sờ thấy u. Chẩn đoán trước phẫu thuật của siêu âm và chọc hút tế bào bằng kim nhỏ có nhiều ưu điểm riêng và đáng tin cậy. Do đó, phối hợp khám lâm sàng, siêu âm, FNA trong chẩn đoán bệnh lý u tuyến giáp trước phẫu thuật giúp cải thiện độ chính xác.

Từ khóa: Siêu âm tuyến giáp, chọc hút tế bào bằng kim nhỏ, chẩn đoán trước phẫu thuật, u tuyến giáp.

Abstract

Preoperative assessment of thyroid nodules: Role of Ultrasound and Fine Needle Aspiration (FNA)

Hoang Huu, Phung Phuong, Nguyen Thi Hong Chuyen
Dept. Oncology, Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Background: Each type of thyroid nodules is managed differently, hence preoperative diagnosis plays an important role. In the case of thyroid cancer, the accurate results of ultrasound and FNA in preoperative diagnosis guides for a radical operation and to reduce the second operation which causes a high risk of complications. To answer the question: “The role of ultrasound and FNA in preoperative assessment of thyroid nodules”, we conducted this study to evaluate the value of ultrasound and fine-needle aspiration in the diagnosis of thyroid tumors and to describe clinical characteristics of the sample. **Materials and Methods:** This descriptive study included 100 patients diagnosed with thyroid nodules at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital from June 2017 to June 2018, having preoperative results of the ultrasound, FNA, thyroid functions, and postoperative pathology. **Results:** Of the 100 cases analyzed, sensitivity, specificity, and accuracy of ultrasound were 80.6%, 79.7%, 80% correspondingly, while these of FNA were 58%, 82.6%, 75% respectively. The sign of microcalcification on ultrasound had Se 71%, Sp 95.7% respectively. The clinical characteristics, the ratio of female to male was 9 to 1. Age from 15 - 45 was the most popular. Of these cases, 81% were palpable nodules, 15% were asymptomatic cases, 41% were multiple tumors, 56% were solid lesions, 30% had size over 3cm. The rates of colloid nodule, adenoma, and carcinoma w 39%, 23%, 31% respectively. **Conclusions:** In this study, thyroid tumors were more common in females, a common clinical presentation was a lump or protrusion, the adult was the most dominant. The preoperatively diagnostic value

of ultrasound and FNA in thyroid tumors were reliable. Hence, a combination of clinical signs, ultrasound, and FNA can improve the accuracy of preoperative diagnosis.

Keywords: *Thyroid ultrasound, fine needle aspiration (FNA), thyroid nodule, preoperative assessment.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến giáp là bệnh lý hay gặp trong các bất thường của hệ thống nội tiết nếu siêu âm độ phân giải cao tỉ lệ này lên đến 19 - 67% [16], vài nghiên cứu cho thấy ít nhất 20-76% dân số có ít nhất một nhân giáp [17].

Theo nghiên cứu Framingham tần suất tăng 0,09% hàng năm trên toàn thế giới [8], phần lớn không thấy được trên lâm sàng, tỉ lệ sờ thấy u trên lâm sàng 3 - 7% [9] khi u kích thước > 1 cm [15]. Và có chỉ định phẫu thuật khi bướu giáp gây chèn ép gây nuốt khó hoặc nghẹn, bướu giáp lớn lí do thẩm mỹ, nghi ngờ ung thư hoặc ung thư. Tỉ lệ gặp ở nữ nhiều hơn nam 5 : 1 [17]. Trong đó ung thư tuyến giáp chiếm 5 - 15% của u tuyến giáp [9] trở thành ung thư tăng nhanh nhất.

Mỗi loại tổn thương u tuyến giáp có phương pháp điều trị khác nhau nên việc chẩn đoán sớm và chính xác là rất quan trọng. Đặc biệt ung thư tuyến giáp chẩn đoán trước phẫu thuật giúp hạn chế phẫu thuật lần 2, giảm biến chứng, nâng cao kết quả điều trị. Siêu âm tuyến giáp với phân loại TIRADS (2017) và chọc hút kim nhỏ tế bào u tuyến giáp (FNA) đánh giá theo hệ thống Bethesda (2008) là hai kỹ thuật dễ thực hiện, kết quả nhanh, giá trị chẩn đoán tốt và có thể làm nhiều lần với nhiều bệnh nhân.

Ứng dụng siêu âm và FNA trong chẩn đoán được tiến hành tại Bệnh viện Đại học Y Dược Huế đã thực hiện từ lâu. Trong nước và thế giới có nhiều nghiên cứu về vấn đề này như Nguyễn Thành Lam[3], Vũ Tất Giao[2], Vũ Bích Nga[4], Châu Thị Hiền Trang[5] với giá trị chẩn đoán của siêu âm Se :78 - 87%, Sp:75 - 98% và FNA Se:75 - 92% Sp:83 - 98%. Tuy nhiên tại khu vực miền trung, đặc biệt Huế chưa có công trình tổng kết ứng dụng Bethesda 2008 và siêu âm tuyến giáp TIRADS (2017) trong chẩn đoán trước phẫu thuật u tuyến giáp.

Vậy câu hỏi đặt ra “Giá trị của Siêu âm và FNA trong chẩn đoán bệnh lý u tuyến giáp trước phẫu thuật là như thế nào?”. Do đó chúng tôi tiến hành đề tài: “Vai trò của siêu âm và chọc hút kim nhỏ (FNA) trong chẩn đoán trước phẫu thuật bệnh lý u tuyến giáp” với mục tiêu nghiên cứu:

- *Xác định giá trị của siêu âm và FNA trong chẩn đoán trước phẫu thuật u tuyến giáp độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác.*

- *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh lý u tuyến giáp.*

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Đối tượng nghiên cứu: Gồm 100 bệnh nhân u tuyến giáp có chỉ định phẫu thuật nhập viện khoa Ung bướu, Bệnh viện Đại học Y Dược Huế từ 6/2017 đến 6/2018.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: bệnh nhân nhập viện vì bướu giáp gây chèn ép gây nuốt khó hoặc nghẹn, bướu giáp lớn lí do thẩm mỹ có nguyện vọng phẫu thuật, nghi ngờ ung thư hoặc ung thư được làm xét nghiệm đầy đủ trước phẫu thuật: siêu âm tuyến giáp, FNA, chức năng giáp, đã phẫu thuật có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ, hồ sơ không thất lạc.

Phương pháp nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân được thăm khám lâm sàng trước mổ ghi nhận đặc điểm lâm sàng: giới, tuổi, địa chỉ, đặc điểm u. Chỉ định xét nghiệm siêu âm: ghi nhận kích thước u, tính chất u, số lượng u và phân loại kết quả theo hệ thống phân loại TIRADS 2017:TIRADS 1: Hình ảnh tuyến giáp bình thường TIRADS 2: Nang đơn thuần giới hạn rõ TIRADS 3: Hình ảnh nhân đồng âm, giảm âm, tăng âm vỏ, tổn thương viêm Hashimoto. Năm dấu nghi ngờ trên siêu âm: chiều cao lớn hơn chiều rộng, bờ đa cung hoặc không đều, giảm âm, vi vôi hóa, u đặc (cứng trên siêu âm đàn hồi mô nếu có). Nếu có 1 dấu phân loại 4A, 2 dấu nghi ngờ phân loại 4B, 3 - 4 dấu nghi ngờ phân loại 4C, TIRADS 5: có đủ 5 dấu TIRADS 6 đã có giải phẫu bệnh chẩn đoán ung thư.

Trong nghiên cứu gộp tổn thương từ 4A là nguy cơ thấp từ 4B trở lên là nguy cơ cao và ung thư so với giải phẫu bệnh, đánh giá dấu vi vôi hóa riêng đánh giá độ nhạy và độ đặc hiệu. Tế bào học chọc hút bằng kim nhỏ phân loại theo Bethesda 2008 tổn thương chia ra thành 6 loại với nguy cơ ác tính tăng dần từ 1 đến 6. Thang điểm 3 nguy cơ 5 - 15%, thang điểm 4 nguy cơ ác tính 15 - 30%, thang điểm 5 là 60 - 75% và 97 - 99% với thang điểm 6, phân nhóm tổn thương < 4 là nguy cơ thấp và từ 4 - 6 là nguy cơ cao và ung thư so với kết quả giải phẫu bệnh. Mô bệnh học phân loại theo tiêu chuẩn WHO 2004 và bản cập nhật 2017.

Xử lý số liệu: Các biến số định tính được đếm tần suất hiện diện có hoặc không. Mối tương quan giữa các biến số được kiểm định phép kiểm Chi bình phương (χ^2). Các biến số định lượng tính giá trị trung bình hoặc trung vị và độ lệch chuẩn. Các phép kiểm đều chọn $p < 0,05$ là có ý nghĩa thống kê, với độ tin cậy 95%. Sử dụng bảng 2x2 tính Se, Sp, Acc, PPV, NPV, nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng nhóm bệnh nhân nghiên cứu

| | N | % |
|-----------------------------|-----|----|
| Giới | 100 | |
| Nam | 10 | 10 |
| Nữ | 90 | 90 |
| Tuổi | | |
| < 15 | 1 | 1 |
| 15 - 45 | 61 | 61 |
| > 45 | 38 | 38 |
| Triệu chứng lâm sàng | 100 | |
| Thấy u trên lâm sàng | 81 | 81 |
| Chèn ép | 4 | 4 |
| Khàn tiếng | 0 | 0 |
| Không có triệu chứng | 15 | 15 |

Nhận xét: Đa số bệnh lý u tuyến giáp hay gặp ở nữ (Nữ : Nam = 9:1). Tuổi trung vị là 41 độ tuổi cao nhất là 75 và nhỏ nhất là 9 tuổi. Có 81% bệnh nhân thấy u tuyến giáp trên lâm sàng các triệu chứng khác ít gặp, trong đó 15% không có triệu chứng lâm sàng.

Bảng 2. Đặc điểm và giá trị chẩn đoán siêu âm, chức năng giáp nhóm bệnh nhân nghiên cứu

| SIÊU ÂM | N | % | | | | | |
|------------------------------|------------|-----|-----------------------|---------|-----------|-----|---|
| Số lượng u tuyến giáp | 100 | | | | | | |
| Đơn u | 59 | 59 | | | | | |
| Đa u | 41 | 41 | | | | | |
| Vị trí | 100 | | | | | | |
| Eo giáp | 5 | 5 | | | | | |
| Một thùy | 65 | 65 | | | | | |
| Hai thùy | 30 | 30 | | | | | |
| Kích thước | | | | | | | Giá trị chẩn đoán |
| ≥ 3 cm | 30 | 30 | Giải phẫu bệnh | | | | |
| TIRADS | | | | Ung thư | Lành tính | N | Se:80,6% Sp:79,7% PPV:64,1% NPV:90,1% Acc:80% χ^2 : 32,7 p < 0,001 |
| ≤ 3 | 23 | 23 | GỘP TIRADS | | | | |
| 4A | 38 | 38 | ≤ 4A | 6 | 55 | 61 | |
| 4B | 17 | 17 | | | | | |
| 4C | 21 | 21 | | | | | |
| 5 | 1 | 1 | 4B-5 | 25 | 14 | 39 | |
| | | | N | 31 | 69 | 100 | |
| Tính chất | | | | | | | |
| U đặc | 56 | 56 | | | | | |
| Khối lỏng | 19 | 19 | | | | | |
| Hỗn hợp | 25 | 25 | | | | | |
| CHỨC NĂNG GIÁP | | | | | | | |
| Bình giáp | 100 | 100 | | | | | |

| Đặc điểm nghi ngờ ác tính trên siêu âm | Kết quả mô bệnh học | | N (100%) | Giá trị của dấu vi vôi hoá |
|--|---------------------|-----------|----------|----------------------------|
| | Ung thư | Lành tính | | |
| Giảm âm | 27 (50%) | 27 (50%) | 54 | Se:71% Sp:95,7% |
| Bờ không đều | 17 (77%) | 5 (23%) | 22 | |
| Cao lớn hơn rộng | 3 (100%) | 0 (0%) | 3 | |
| Vi vôi hóa | 22 (88%) | 3 (12%) | 25 | |
| Tăng sinh mạch | 10 (24%) | 31 (76%) | 41 | |

Nhận xét: Đa số trường hợp u tuyến giáp đơn u, u vị trí nằm ở một thùy (65%), kích thước > 3 cm chiếm 1/3. U đặc chiếm 56% và 100% trường hợp có chức năng giáp bình giáp.

Kết quả phân loại hình ảnh tổn thương tuyến giáp trên siêu âm theo hệ thống TIRADS 2017 phân loại TIRADS từ 4B chiếm 39% và giá trị TIRADS từ 4B trở lên có liên quan đến khả năng ung thư càng cao (p<0,001).

Giá trị chẩn đoán siêu âm có độ nhạy Se:80,6%, độ đặc hiệu Sp:79,7%, giá trị tiên đoán dương PPV:64,1%, giá trị tiên đoán âm NPV:90,1%, độ chính xác Acc:80%. Vi vôi hóa là dấu trên siêu âm độ nhạy Se: 71%, độ đặc hiệu Sp: 95,7%. Đặc điểm cao lớn hơn rộng có 3 trường hợp với 100% là ác tính trên giải phẫu bệnh.

Bảng 3. Đặc điểm của FNA, giải phẫu bệnh của bệnh nhân và giá trị chẩn đoán của FNA

| Chọc hút kim nhỏ Bethesda 2008 | N | % | Giải phẫu bệnh | | | |
|--------------------------------|------------|----|--|------|----|-----|
| | | | Ung thư | Lành | N | |
| < 3 | 59 | 59 | Gộp FNA | | | |
| 3 | 11 | 11 | 3 | 13 | 57 | 70 |
| 4 | 8 | 8 | 4-6 | 18 | 12 | 30 |
| 5 | 16 | 16 | | | | |
| 6 | 6 | 6 | N | 31 | 69 | 100 |
| Giải phẫu bệnh | 100 | % | Se: 58%, Sp:82,6%, Acc:75%, $\chi^2:16,8$ (p<0,001) PPV:60%, NPV:81,4% | | | |
| U lành | 69 | | | | | |
| Phình giáp keo | 39 | 39 | | | | |
| U nang | 5 | 5 | | | | |
| U tuyến | 23 | 23 | | | | |
| Viêm giáp | 2 | 2 | | | | |
| U tế bào Hurthle | 0 | 0 | | | | |
| Ung thư | 31 | 31 | | | | |

Nhận xét: Kết quả FNA theo phân loại Bethesda có 70% trường hợp trong nhóm nghiên cứu được phân loại dưới 4, từ 4 - 6 chiếm 30%. Kết quả giải phẫu bệnh có hơn 2/3 trường hợp nghiên cứu lành tính. Trong đó tổn thương phình giáp keo chiếm 39%, u tuyến giáp 23% và khoảng 1/3 giải phẫu bệnh kết quả ung thư.

Có mối liên quan giữa kết quả chẩn đoán bằng FNA bethesda > 3 và giải phẫu bệnh ung thư với p < 0,001. Giá trị chẩn đoán FNA có độ nhạy của FNA Se: 58%, độ đặc hiệu Sp: 82,6%, giá trị tiên đoán dương PPV:60%, giá trị tiên đoán âm NPV: 81,4%, độ chính xác Acc: 75%.

4. BÀN LUẬN

Đặc điểm u tuyến giáp ở bệnh nhân nghiên cứu

Trong 100 ca nghiên cứu tỷ lệ mắc bệnh lý u tuyến giáp gặp phổ biến ở nữ gấp 9 lần nam và độ tuổi hay gặp từ 15 - 45 tuổi. Nhiều nghiên cứu cũng

cho kết quả tương tự: Nguyễn Thành Lam (2017) nữ gấp 6,6 lần nam, độ tuổi hay gặp nhất là 40-60 tuổi, Nguyễn Quốc Dũng (2014) là nữ gấp 14 lần nam, tuổi hay gặp 35-55 tuổi, Vũ Bích Nga (2013) thấy nữ gấp 9 lần nam, Sinna E.A (2012) thấy nữ gấp 5,2

lần nam, tuổi trung bình là 44, Singh Ashish Pratap (2016) thấy nữ gấp 5,5 lần nam, 36,3% tuổi từ 31-40. Trong nghiên cứu này 81% biểu hiện lâm sàng sờ thấy u và 15% là không có triệu chứng tỷ lệ này so với các nghiên cứu gần đây cũng tương tự Vũ Bích Nga (2013) thấy 81,1% thấy u trên lâm sàng. Tỷ lệ gặp một u 59% và đa u 41%, Nguyễn Thành Lam (2017) tỷ lệ gặp một u là 85,9%, Nguyễn Quốc Dũng (2014) gặp một u là 60,4%.

Đặc điểm cận lâm sàng

Trong nghiên cứu này 31% trường hợp có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư và 69% là u lành hay gặp là phình giáp keo 39% và u tuyến 23% so với các tác giả Nguyễn Thành Lam (2017) là 9,4% u ác và 90,6% u lành phình giáp keo 45,6% và u tuyến 20,1%, theo Vũ Bích Nga (2013) ung thư 9,4% bướu giápkeo 50,7% và u tuyến tuyến giáp (34,5%). Sing Ashish Pratap (2016) ung thư 16,7% bướu keo 66,7% viêm giáp 14,1%, Gupta Manoj (2010) ung thư 20%, bướu keo giáp 56%, u tuyến tuyến giáp 16%. Đặc điểm siêu âm có 61% bệnh nhân có kết quả siêu âm TIRADS dưới

4A và 39% kết quả siêu âm nghi ngờ ung thư từ 4B-5. Tỷ lệ ung thư trong nhóm nghiên cứu cao có thể do quy trình chọn mẫu phần lớn bệnh nhân được phẫu thuật do nghi ngờ ung thư (dấu hiệu trên siêu âm vi vôi hoá, cao lớn hơn rộng, tăng sinh mạch) và ung thư chiếm tỉ lệ cao và thứ hai là mẫu thuận tiện cỡ mẫu không lớn nên chưa có tính đại diện cho dân số chung.

Kết quả nghiên cứu này cho thấy dấu vi vôi hóa độ nhạy Se: 71%, độ đặc hiệu Sp: 95,7%. So với nghiên cứu Wang N, Xu Y và cộng sự, dấu vôi hóa và vi vôi hóa trên siêu âm có độ nhạy 63,6% và 24,3% độ đặc hiệu lần lượt là 69,8% và 96,7% sự khác biệt này có thể do gộp chung các đặc điểm vôi hóa của dưới nhóm. Dấu vi vôi hóa trên siêu âm có tỷ lệ ung thư cao hơn (88%) so với bướu giáp không có vôi hóa (12%), so với một báo cáo của Kakkos SK (2000) thì tỉ lệ ung thư có dấu vi vôi hóa (29%) so với không ung thư (14%).

Giá trị chẩn đoán ung thư tuyến giáp của siêu âm theo phân loại TIRADS (2017) và chọc hút tế bào bằng kim nhỏ theo phân loại Bethesda 2007

Bảng 4. Giá trị chẩn đoán của siêu âm tuyến giáp với phân loại TIRADS theo một số tác giả

| Tác giả | Se(%) | Sp(%) | PPV(%) | NPV(%) | Acc(%) |
|-------------------------------|-------|-------|--------|--------|--------|
| Chúng tôi và cộng sự(2018) | 80,6 | 79,7 | 64,1 | 90,1 | 80 |
| Nguyễn Thành Lam (2017)[3] | 78,6 | 98,1 | 81,5 | 97,8 | 96,3 |
| Vũ Tất Giao (2013)[2] | 86,5 | 75 | 62 | 92,2 | 78,67 |
| Châu Thị Hiền Trang (2015)[5] | 87,5 | 92,1 | 51,9 | 98,7 | 91,7 |
| Yunus Mahira (2010)[14] | 93,3 | 66 | 56,1 | 95,8 | 74,8 |

Các nghiên cứu đều cho thấy vai trò của siêu âm tuyến giáp theo phân loại TIRADS có độ nhạy và độ đặc hiệu khá cao trong chẩn đoán bệnh lý u tuyến giáp nhưng mức độ khác nhau (lí do có thể phụ thuộc vào cỡ mẫu, trình độ người làm siêu âm và phương tiện máy siêu âm).

Bảng 5. Giá trị chẩn đoán của chọc hút tế bào bằng kim nhỏ theo một số tác giả

| Tác giả | Se(%) | Sp(%) | PPV(%) | NPV(%) | Acc(%) |
|--------------------------------|-------|-------|--------|--------|--------|
| Chúng tôi và cộng sự (2018) | 58 | 82,6 | 60 | 81,4 | 75 |
| Nguyễn Thành Lam (2017)[3] | 92,9 | 97,8 | 81,3 | 99,2 | 97,3 |
| Nguyễn Quốc Dũng (2014)[1] | 85,7 | 83,8 | | | 70,7 |
| Chetma Sharma(2015)[7] | 89,5 | 98 | 84,6 | 98,6 | 97 |
| Singh Ashish Pratap (2016)[16] | 75 | 98,38 | | | 93,8 |

Trong nghiên cứu của chúng tôi độ nhạy và độ đặc hiệu thấp hơn so với các nghiên cứu gần đây có thể xuất phát từ cỡ mẫu nhỏ, số lượng u lớn > 3 cm chiếm 30%, đa u 41% và u hỗn hợp 25%, kỹ thuật chọc mù cho kết quả thiếu chính xác.

Theo Y văn phương pháp chọc hút tế bào u tuyến giáp bằng kim nhỏ có độ chính xác từ 80 - 95% tùy theo kinh nghiệm người chọc nhất là có hướng dẫn

của siêu âm và trình độ người đọc. Các hướng dẫn thực hành chẩn đoán của Hiệp hội Tuyến giáp Hoa Kỳ (ATA), Mạng lưới Ung thư quốc gia Hoa Kỳ (NCCN), Hội Ung thư nội khoa Châu Âu ESMO khuyến cáo sử dụng FNA và Siêu âm trong chẩn đoán bệnh lý u tuyến giáp. Để tăng độ chính xác của chẩn đoán khuyến cáo chọc FNA dưới hướng dẫn siêu âm [8],[6].

5. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh lý u tuyến giáp thường gặp ở nữ giới, độ tuổi hay gặp là từ 15 - 45 tuổi. Triệu chứng lâm sàng biểu hiện 81% là sờ thấy u, trong đó 15% là không phát hiện triệu chứng.

Tổn thương u tuyến giáp hay gặp trên siêu âm TIRADS < 3 và 4A chiếm 61%, phân loại chọc hút tế

bào theo Bethesda thì 70% là tổn thương lành tính, tổn thương ung thư chiếm 31%.

Siêu âm tuyến giáp phân loại theo TIRADS và phương pháp chọc hút tế bào bằng kim nhỏ có giá trị trong chẩn đoán bệnh lý u tuyến giáp. Nên thực hiện 2 xét nghiệm siêu âm và FNA trong chẩn đoán trước phẫu thuật giúp phân tầng bệnh lý u tuyến giáp và hướng xử trí tiếp theo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quốc Dũng, Nguyễn Quốc Bảo, Nguyễn Quang Trung (2014): “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, siêu âm, xạ hình, chọc hút tế bào kim nhỏ, giải phẫu bệnh của bướu tuyến giáp nhân”. Tạp chí ung thư học Việt Nam, số 2, trang 528-534.
2. Vũ Tất Giao (2013): “Nghiên cứu giá trị của siêu âm trong chẩn đoán ung thư tuyến giáp”. Tạp chí Ung thư học Việt Nam, số 4, trang 497-501.
3. Nguyễn Thành Lam (2017): “Đặc điểm lâm sàng, siêu âm, chọc hút tế bào bằng kim nhỏ, mô bệnh học của u tuyến giáp tại bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên”. Tạp chí ung thư học Việt nam, số 3, trang 24-30.
4. Vũ Bích Nga (2013): “Đặc điểm bướu nhân tuyến giáp qua chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm”. Tạp chí Y học thực hành, 874 (6) trang 20-22.
5. Châu Thị Hiền Trang, Nguyễn Thanh Thảo, Hoàng Minh Lợi (2015): “Nghiên cứu ứng dụng phân loại TIRADS trong chẩn đoán tổn thương dạng nốt tuyến giáp trên siêu âm”. Tạp chí Điện quang Việt Nam, số 21, trang 17-22.
6. Bryan R H, Erik K Alexander, Keith C Bible (2015) “American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer”. J. Thyroid, 26(1)
7. Chetna Sharma (2015): “Diagnostic accuracy of fine needle aspiration cytology with histopathology in the diagnosis of solitary thyroid nodule”. J.Thyroides, 27 (3), 147-153.
8. Dean DS, Gharib H. Epidemiology of thyroid nodules. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2008;22(6):901–911
9. Fileti S, Durante C, Hartl D (2019): “Thyroid cancer: ESMO clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up”. Annals of Oncology. 2019, 1856-1883
10. Gupta Manoj, Gupta Savita, Gupta Ved Bhushan (2010): “Correlation of aspiration cytology with histopathology in the diagnosis of solitary thyroid nodule”. J.Thyroid Res.2010, 1-5.
11. Hegedüs L (2004 Oct 21), “Clinical practice. The thyroid nodule”, N Engl J Med, 351(17):1764-71.
12. Jemal A, Siegel R, Xu J, Ward E (Sep-Oct 2010): “ Cancer statistics, 2010”. CA Cancer J Clin;60(5),277-300.
13. Kakkos SK, Scopa CD, Chalmoukis AK, Karachalios DA, Spiliotis JD, Harkoftakis JG, Karavias DD, Androulakis JA, Vagenakis AG (2000), “Relative risk of cancer in sonographically detected thyroid nodules with calcifications.” J Clin Ultrasound, 28(7),347.
14. Mahira Yunus, Zeba Ahmed (2010): “Significance of ultrasound features in predicting malignant solid thyroid nodules: need for fine needle aspiration”. J Pak Med, 60(10), 848-853.
15. Mary jo Welker, MD and Diane Orlov M.S (2003): “Thyroid nodules” Am Fam Physician. 2003 Feb 67(3), 559-567.
16. Singh Ashish Pratap, Chhari Singh Akash, Babu S. M Sajith, A. P. S. Gaharwar (2016): “ Diagnostic accuracy of fine needle aspiration cytology in thyroid swelling with histopathologic correlation in Vindhya region, central India”. International Journal of scientific study, 4(6), 178-180
17. Sinna E.A Ezzat N (2012): “Diagnostic accuracy of fine needle aspiration cytology in thyroid lesions”. Journal of Egyptian national cancer Institute. 24(2), 63-70.
18. Tan GH, Gharib H (Feb 1997), “Thyroid incidentalomas: management approaches to nonpalpable nodules discovered incidentally on thyroid imaging”, Ann Intern Med, 126(3),226-31.
19. Stang MT, Carty SE. Recent developments in predicting thyroid malignancy. Curr Opin Oncol. 2009;21(1):11–17.
20. Vander JB, Gaston EA, Dawber TR (1968), “The significance of nontoxic thyroid nodules. Final report of a 15-year study of the incidence of thyroid malignancy.” Ann Intern Med, 69(3), 537.
21. Wang N, Xu Y, Ge C, Guo R, Guo K (2006), « Association of sonographically detected calcification with thyroid carcinoma.” Heck & neck, 28(12):1077-83.