

# Đặc điểm hình ảnh và giá trị của cắt lớp vi tính trong chẩn đoán hạch cổ di căn ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa sau phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp

Imaging characteristics and value of computed tomography in the diagnosis of cervical lymph node metastasis in patients with differentiated thyroid cancer after total thyroidectomy

Tường Thị Hồng Hạnh, Nguyễn Thị Nhàn,  
Nguyễn Thị Thanh Thảo, Hoàng Mỹ Phương,  
Lê Hồng Vân, Nguyễn Thị Minh Phương,  
Cao Xuân Long

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

## Tóm tắt

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm hạch di căn vùng cổ và đánh giá giá trị của cắt lớp vi tính trong chẩn đoán hạch di căn vùng cổ ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa sau cắt toàn bộ tuyến giáp và điều trị  $I^{131}$ . **Đối tượng và phương pháp:** Trong thời gian từ tháng 9 năm 2019 đến tháng 2 năm 2022, chúng tôi nghiên cứu tiến cứu 280 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa đã được cắt toàn bộ tuyến giáp và điều trị  $I^{131}$  bằng phương pháp chụp CT có tiêm thuốc cản quang, phát hiện có 556 hạch vùng cổ. **Kết quả:** Trong tổng số 556 hạch, có 374 (67,3%) hạch di căn và 182 (32,7%) hạch lành tính. Vị trí hạch di căn thuộc nhóm VI chiếm tỷ lệ cao nhất 40,4% và nhóm V thấp nhất 3,5%. Trong số hạch di căn có 74,1% hạch ngấm thuốc mạnh, 16,0% có dấu hiệu nang hóa và 17,6% có vôi hóa. Dấu hiệu ngấm thuốc mạnh có độ nhạy 74,1%, độ đặc hiệu 82,4%, dấu hiệu nang hóa độ nhạy 16,0%, độ đặc hiệu 97,3%, dấu hiệu vôi hóa có độ nhạy 17,6%, độ đặc hiệu 96,7%. Tổng hợp các dấu hiệu của cắt lớp vi tính chẩn đoán hạch di căn vùng cổ có độ nhạy 79,4%, độ đặc hiệu 77,5%, độ chính xác 78,8%. **Kết luận:** Cắt lớp vi tính có tiêm thuốc cản quang cũng là một phương pháp có giá trị chẩn đoán hạch cổ di căn ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa sau mổ cắt toàn bộ tuyến giáp.

**Từ khóa:** Cắt lớp vi tính, hạch cổ di căn, ung thư tuyến giáp thể biệt hóa.

## Summary

**Objective:** To characterize the metastatic cervical lymph nodes and evaluating the value of computed tomography (CT) in the diagnosis of cervical lymph node metastasis in patients with differentiated thyroid cancer after total thyroidectomy and treatment of  $I^{131}$ . **Subject and method:** During the period from September 2019 to February 2022, we

Ngày nhận bài: 14/9/2022, ngày chấp nhận đăng: 20/9/2022

Người phản hồi: Tường Thị Hồng Hạnh, Email:hanhbssa@gamil.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

prospectively studied 280 patients with differentiated thyroid cancer who had undergone total thyroidectomy and treatment of  $^{131}\text{I}$  by contrast enhanced-computer tomography. On radiographs, 556 cervical lymph nodes were detected. *Result:* Of the total 556 lymph nodes, 374 (67.3%) metastases and 182 (32.7%) benign nodes. The location of metastatic lymph nodes in group VI accounted for the highest rate of 40.4% and group V had the lowest rate of 3.5%. Among the metastatic nodes, 74.1% of the lymph nodes had strong enhancement, 16.0% had signs of necrosis and 17.6% had calcifications. The sign of strong enhancement had a sensitivity of 74.1%, a specificity of 82.4%, a sign of necrosis had a sensitivity of 16.0%, a specificity of 97.3%, a sign of calcification had a sensitivity of 17.6%, specificity 96.7%. Synthesis of signs of CT to diagnose cervical lymph node metastasis had sensitivity 79.4%, specificity 77.5%, accuracy 78.8%. *Conclusion:* Contrast-enhanced CT is also a valuable method for diagnosing cervical lymph node metastasis in patients with differentiated thyroid cancer after total thyroidectomy.

*Keywords:* Computed tomography, cervical lymph node metastasis, differentiated thyroid cancer.

## 1. Đặt vấn đề

Ung thư tuyến giáp (UTTG) thể biệt hóa được đánh giá là loại ung thư có tiên lượng tốt, tỷ lệ sống thêm sau 10 năm từ khi điều trị kỳ đầu > 90%. Tuy vậy đây cũng là bệnh có tỷ lệ tái phát và di căn hạch tại chỗ cao, tới khoảng 30% [2]. Theo Hội tuyến giáp Mỹ (ATA 2015), sau phẫu thuật cắt tuyến giáp, siêu âm là phương tiện chẩn đoán hình ảnh đầu tiên được khuyến cáo sử dụng cho mục đích này. Tuy nhiên siêu âm cũng có một số hạn chế như, đánh giá hạch cổ di căn khoang trung tâm khó khăn, nên độ chính xác không cao, hơn nữa siêu âm là phương pháp phụ thuộc nhiều vào yếu tố chủ quan của người đọc, vì thế gần đây một số khuyến cáo sử dụng cắt lớp vi tính (CLVT) trong phát hiện bệnh tái phát và hạch di căn vùng cổ ở bệnh nhân (BN), bị UTTG đã phẫu thuật, để tăng độ chính xác, nhất là với những BN có chỉ định phẫu thuật vét hạch. Mặt khác CLVT còn giúp cho việc xác định chính xác các hạch nghi ngờ di căn theo các mốc giải phẫu vùng cổ, giúp cho phẫu thuật viên dễ dàng thực hiện phẫu thuật hơn.

Mục tiêu của nghiên cứu nhằm: *Mô tả những đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính của hạch di căn và đánh giá giá trị của của cắt lớp vi tính trong chẩn đoán hạch di căn*

*vùng cổ ở BN UTTG thể biệt hóa sau phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp và điều trị  $^{131}\text{I}$ .*

## 2. Đối tượng và phương pháp

### 2.1. Đối tượng

Gồm những BN sau mổ cắt toàn bộ tuyến giáp và điều trị  $^{131}\text{I}$ , có hạch di căn vùng cổ, được mổ vét hạch tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

#### *Tiêu chuẩn lựa chọn nhóm nghiên cứu*

Những BN UTTG thể biệt hóa sau phẫu thuật và điều trị  $^{131}\text{I}$ , có dấu hiệu nghi ngờ hạch di căn qua khám xét lâm sàng, xét nghiệm sinh hóa máu và siêu âm.

Bệnh nhân được chụp CLVT trước mổ.

Bệnh nhân được phẫu thuật vét hạch và có kết quả mô bệnh học các hạch sau mổ.

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

#### *Tiêu chuẩn loại trừ*

Bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh không rõ ràng.

Bệnh nhân có hình ảnh CLVT không đủ để phân tích kết quả theo mẫu nghiên cứu.

### 2.2. CLVT đánh giá hạch

Vị trí các hạch. Mô tả 7 nhóm hạch theo khuyến cáo của Hội Tuyến giáp châu Âu, được đánh số từ I- VII, trong đó hạch nhóm VI, VII (khoảng trung tâm) các nhóm còn lại là hạch khoang bên.

Kích thước hạch trong nghiên cứu được tính kích thước lớn nhất của hạch.

Tính chất ngấm thuốc cản quang được đánh giá theo 3 mức độ: Không ngấm, ngấm nhẹ và ngấm mạnh.

Dấu hiệu vôi hóa.

Nang hóa một phần hay toàn bộ hạch.

Đánh giá độ nhạy, độ đặc hiệu theo từng đặc điểm mô tả trên CLVT.

Đánh giá hạch di căn: Khi có ít nhất 1 trong 3 tiêu chuẩn: Nang hóa, vôi hóa và ngấm thuốc mạnh.

Phương tiện nghiên cứu: Hệ thống CLVT 16 dãy Brivo 385 của hãng GE - Mỹ.

Đánh giá giai đoạn bệnh tại thời điểm sau mổ cắt tuyến giáp theo AJCC VIII. Đánh

giá yếu tố nguy cơ theo khuyến cáo của Hội Tuyến giáp Mỹ (ATA) 2015.

### 2.3. Phương pháp

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang, đối chiếu với kết quả mô bệnh học sau mổ để tìm giá trị chẩn đoán của CLVT trong chẩn đoán hạch cổ di căn.

Thống kê y học. Số liệu được phân tích trên phần mềm SPSS 20.0.

### 3. Kết quả

Trong thời từ tháng 9 năm 2019 đến tháng 2 năm 2022, chúng tôi đã lựa chọn được 280 BN có đủ tiêu chuẩn vào nhóm nghiên cứu. Trong đó, nữ 220 (78,6%), nam 60 (21,4%). Tuổi trung bình  $47,5 \pm 14,6$ , tuổi lớn nhất 84 và nhỏ nhất 16. Trong đó có 103 BN  $\geq 55$  tuổi, chiếm 36,8% và 177 BN  $< 55$  tuổi (63,2%). Tổng số hạch nghiên cứu 556 hạch, trong đó có 374 (67,3%) là hạch di căn và 182 (32,7%) hạch lành tính.

**Bảng 1. Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu**

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Tuổi	< 55	177	63,2
	$\geq 55$	103	36,8
<b>Tổng</b>		<b>280</b>	<b>100</b>
Giới (n = 280)	Nữ	220	78,6
	Nam	60	21,4
<b>Tổng</b>		<b>280</b>	<b>100</b>
Giai đoạn bệnh (n = 280)	Không đánh giá được	2	0,7
	Giai đoạn 1	160	57,2
	Giai đoạn 2	71	25,4
	Giai đoạn 3	20	7,1
	Giai đoạn 4	27	9,6
<b>Tổng</b>		<b>280</b>	<b>100</b>
Nguy cơ tái phát (n = 280)	Không đánh giá được	3	1,1
	Thấp	50	17,9
	Trung bình	138	49,2
	Cao	89	31,8
<b>Tổng</b>		<b>280</b>	<b>100</b>

*Nhận xét:* Tỷ lệ nữ/nam 3,7/1 trong đó lứa tuổi dưới 55 nhiều hơn lứa tuổi trên 55. Tại thời điểm sau điều trị kỳ đầu, đánh giá giai đoạn theo AJCC VIII, số BN giai đoạn I chiếm tỷ lệ cao nhất. Dự báo nguy cơ tái phát trung bình theo ATA 2015 chiếm tỷ lệ cao nhất.

**Bảng 2. Phân bố vị trí hạch di căn**

Nhóm hạch	Số lượng, tỷ lệ hạch	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Nhóm hạch theo bản đồ hạch (n = 374 )	Nhóm II	58	15,5
	Nhóm III	60	16,0
	Nhóm IV	92	24,6
	Nhóm V	13	3,5
	Nhóm VI	151	40,4
<b>Tổng</b>		<b>374</b>	<b>100</b>
Theo khoang (n = 374)	Khoang trung tâm	151	40,4
	Khoang bên	223	59,6
<b>Tổng</b>		<b>374</b>	<b>100</b>

*Nhận xét:* Tỷ lệ hạch di căn tại nhóm VI chiếm tỷ lệ cao nhất 40,4%, tiếp đến là nhóm IV. 2 nhóm III và II có tỷ lệ tương đương nhau, hạch di căn ở nhóm V gặp ít nhất 3,5%. Số lượng hạch di căn khoang trung tâm 40,4%, thấp hơn khoang bên.

**Bảng 3. So sánh kích thước của hạch di căn và lành tính trên CLVT**

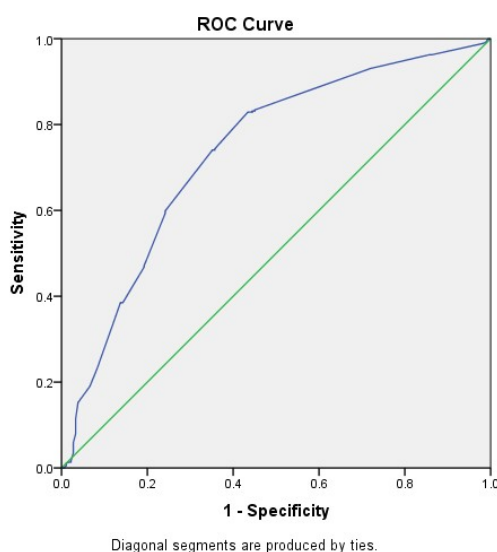
Mô bệnh học Vị trí hạch	Hạch di căn		Hạch lành tính		p
	n	Trung bình (mm)	n	Trung bình (mm)	
Khoang trung tâm	151	8,9 ± 3,9	47	6,5 ± 4,3	0,001
Khoang bên	223	9,1 ± 4,1	135	6,4 ± 3,6	0,000
<b>Tổng</b>	<b>374</b>	<b>9,0 ± 4,0</b>	<b>182</b>	<b>6,4 ± 3,8</b>	<b>0,000</b>

*Nhận xét:* Kích thước hạch di căn ở các 2 khoang bên và trung tâm đều lớn hơn hạch lành tính. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,001. Căn cứ vào kích thước hạch đo trên CLVT và kết quả mô bệnh học của các hạch, chúng tôi tìm giá trị ngưỡng cho chẩn đoán hạch di căn bằng thuật toán tìm giá trị chẩn đoán ROC, diện tích dưới đường cong là 73,5%. Theo biểu đồ này giá trị ngưỡng của kích thước hạch ≥ 6mm cho giá trị độ nhạy, độ đặc hiệu tốt nhất, với độ nhạy 82,9%, độ đặc hiệu 56,6%, độ chính xác 74,3%.

**Bảng 4. Tỷ lệ các đặc điểm hạch di căn trên CLVT**

Đặc điểm CLVT hạch di căn	Giải phẫu bệnh	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Ngấm thuốc cản quang mạnh	277	74,1
Nang hóa hoặc hoại tử hạch 1 phần hoặc hoàn toàn	60	16,0
Vôi hóa	66	17,6

*Nhận xét:* Tỷ lệ hạch di căn ngấm thuốc mạnh chiếm cao 74,1%, trong khi tỷ lệ hạch di căn nang hóa hoặc vô hóa chỉ chiếm 17,6% và 16%.



**Biểu đồ.** Đường cong ROC giá trị kích thước hạch

Đối chiếu với kết quả mô bệnh học chúng tôi tìm giá trị chẩn đoán của từng dấu hiệu, trong đó giá trị kích thước hạch chúng tôi lấy từ 5-12mm và 3 dấu hiệu được coi là nghi ngờ di căn cao: nang hóa, vô hóa và ngấm thuốc mạnh. Kết quả cụ thể được trình bày trong Bảng 5.

**Bảng 5. Giá trị chẩn đoán một số đặc điểm nghi ngờ hạch di căn trên CLVT**

Đặc điểm CT hạch ác	Giá trị	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Giá trị dự đoán dương	Giá trị dự đoán âm	Độ chính xác
Kích thước ngang hạch $\geq 5$ mm	93,0	28,0	72,7	66,2	71,8	
Kích thước ngang hạch $\geq 6$ mm	82,9	56,6	79,7	61,7	74,3	
Kích thước ngang hạch $\geq 7$ mm	74,1	64,8	81,2	54,9	71,0	
Kích thước ngang hạch $\geq 8$ mm	59,4	75,8	83,5	47,6	64,7	
Kích thước ngang hạch $\geq 9$ mm	46,8	80,8	83,3	42,5	57,9	
Kích thước ngang hạch $\geq 10$ mm	38,5	86,3	85,2	40,6	54,1	
Kích thước ngang hạch $\geq 12$ mm	19,0	93,4	85,5	35,9	43,4	
Ngấm thuốc cản quang mạnh	74,1	82,4	89,6	60,7	76,8	
Nang hóa hoặc hoại tử hạch	16,0	97,3	92,3	36,0	42,6	
Vô hóa	17,6	96,7	91,7	36,4	43,6	

*Nhận xét:* Với kích thước hạch, nếu lấy ngưỡng càng nhỏ, độ nhạy càng cao, độ đặc hiệu càng thấp và ngược lại. Tính theo độ chính xác kích thước hạch  $\geq 6$ mm có giá trị cao nhất. Các dấu hiệu nang hóa và vi vô có độ nhạy thấp  $< 20\%$ , nhưng độ đặc hiệu  $> 96\%$ .

Tổng hợp các dấu hiệu CLVT nghi ngờ hạch di căn, trong đó có 3 dấu hiệu nghi ngờ cao: nang hóa, vi vôi và ngấm thuốc mạnh. Chúng tôi lấy tiêu chí hạch được coi là di căn khi có ít nhất 1 trong 3 dấu hiệu trên.

**Bảng 6. Giá trị chẩn đoán hạch cổ di căn của CLVT**

Đặc điểm CLVT hạch ác tính	Giá trị	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Giá trị dự đoán dương (%)	Giá trị dự đoán âm (%)	Độ chính xác (%)
≥ 1 đặc điểm khi lấy 3 đặc điểm: Ngấm mạnh, có vôi, có nang		79,4	77,5	87,9	64,7	78,8

*Nhận xét:* Với hạch có ≥ 1 đặc điểm, độ nhạy 79,4%, độ đặc hiệu 77,5%, giá trị dự đoán dương 87,9%, giá trị dự đoán âm 64,7%, độ chính xác 78,8%.

#### 4. Bàn luận

Di căn hạch và tái phát tại chỗ hay gặp đối với BN UTTG thể biệt hóa sau điều trị kỳ đầu. Mặc dù siêu âm và chọc hút tế bào (FNA) dưới hướng dẫn của siêu âm được khuyến cáo là phương tiện đầu tiên được lựa chọn cho mục đích này, nhưng siêu âm cũng có những hạn chế nhất định như không khảo sát được những vùng xa đầu dò, những vùng bị che khuất bởi các tổ chức khác như với hạch khoang trung tâm (hạch nhóm VII) và nhận định kết quả phụ thuộc khá nhiều vào kinh nghiệm của người đọc... Chính vì thế trong những năm gần đây có nhiều nghiên cứu sử dụng CLVT trong chẩn đoán hạch di căn và tái phát tại chỗ trên BN UTTG thể biệt hóa [2], [4]. Mặt khác đối với BN có chỉ định mổ vét hạch lại sau điều trị kỳ đầu, ngoài việc xác định hạch di căn, tái phát tại chỗ, CLVT còn cung cấp chính xác vị trí hạch và mốc giải phẫu vùng cổ liên quan, điều này rất tốt cho phẫu thuật viên khi thực hiện vét hạch. Đặc biệt đối với những trường hợp tái phát nghi ngờ xâm lấn rộng, xâm lấn mạch máu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi với 280 BN. Tất cả bệnh nhân đều được chẩn đoán

UTTG thể biệt hóa và đã phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp. Hầu hết đã được mổ vét hạch, 100% bệnh nhân đã được điều trị <sup>131</sup>I tối thiểu 1 lần. Đánh giá giai đoạn bệnh theo AJCC VIII, tại thời điểm sau mổ cắt tuyến giáp, phần lớn ở giai đoạn I và dự báo nguy cơ tái phát theo ATA 2015 mức độ trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất. Như vậy, phần lớn BN được phát hiện tương đối sớm và điều trị đầy đủ đúng qui trình, nhưng vẫn tái phát hạch cổ, tuy nhiên bài báo này, chúng tôi không nghiên cứu về tỷ lệ di căn hạch cổ trên BN UTTG thể biệt hóa sau mổ. Mục đích của nghiên cứu chỉ tập trung đánh giá vai trò của CT trong chẩn đoán hạch cổ di căn. Với tổng số 556 hạch, trong đó 374 hạch di căn, số hạch khoang trung tâm 151 (40,4%) và khoang bên 223 (59,6%). Điều này phù hợp thực tế lâm sàng, vì khoang bên bao gồm 4 nhóm hạch, trong khi đó khoang trung tâm chỉ 1 nhóm. Nếu tính vị trí theo từng nhóm hạch, nhóm VI chiếm tỷ lệ cao nhất 40,4%, tiếp đến là nhóm IV 24,6% và ít nhất là nhóm V 3,5%. Nhóm I và VII không phát hiện được hạch di căn, tương tự như nhiều nghiên cứu khác trên thế giới [3].

Chẩn đoán phân biệt hạch ác tính (bao gồm cả nguyên phát và di căn) với hạch lành tính, trên CT thường dựa vào 2 nhóm dấu hiệu cơ bản là kích thước hạch, tỷ lệ ngang/dọc. Theo nguyên tắc hạch ác tính

có kích thước to hơn hạch bình thường và có xu hướng hình cầu. Nhóm dấu hiệu thứ 2 quan trọng hơn gồm các đặc tính bên trong của hạch như xuất hiện vôi hóa, nang hóa (hoại tử toàn bộ hay 1 phần của hạch), ngoài ra dấu hiệu ngấm thuốc cản quang cũng là dấu hiệu quan trọng để chẩn đoán hạch ác tính. Trong đó, nhóm dấu hiệu thứ 2 được đánh giá cao hơn. Một số tác giả phân chia các đặc tính của hạch cổ ra 3 nhóm dấu hiệu có vai trò chẩn đoán khác nhau: Nhóm dấu hiệu nghi ngờ ác tính, nhóm không xác định và nhóm dấu hiệu lành tính [2], [7].

Cách chọn trục kích thước hạch. Đánh giá kích thước hạch cổ trên CT, hầu hết các nghiên cứu đều khẳng định kích thước hạch có giá trị chẩn đoán phân biệt hạch lành tính và ác tính, tuy nhiên giá trị ngưỡng của dấu hiệu này còn nhiều ý kiến khác nhau. Một số nghiên cứu chỉ lấy kích thước ngang hạch làm tiêu chuẩn tham chiếu, một số khác lại lấy kích thước lớn nhất của hạch, bất kể đó là ngang hay dọc. Ngưỡng tham chiếu kích thước hạch cũng rất rộng, từ 5-15mm [2], [11]. Theo Jenny K. Hoang, hạch di căn vùng cổ có thể từ 3mm và nếu lấy ngưỡng  $\geq 10$ mm, độ nhạy 88%, độ đặc hiệu 39% và nếu lấy ngưỡng 15mm, độ nhạy là 56%, độ đặc hiệu 84% [4]. Một số nghiên cứu khác chia ngưỡng kích thước hạch theo khoang trung tâm và khoang bên khác nhau, khoang trung tâm lấy mốc  $\geq 6$ mm, khoang bên  $\geq 8$ mm, hoặc chi tiết hơn Young Lan Sco lấy ngưỡng với hạch nhóm I, II  $\geq 10$ mm, các nhóm khác  $\geq 7$ mm [12]... Trái lại một số nghiên cứu đánh giá kích thước hạch trên CLVT không có giá trị phân biệt hạch lành tính và ác tính [7], [9]... Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm hạch di căn có kích thước trung bình lớn hơn nhóm hạch lành tính:  $9,0 \pm 4,0$ mm so với  $6,4 \pm 3,8$ mm ( $p=0,000$ ), như vậy theo nghiên cứu của chúng tôi kích

thước hạch cũng có thể là một dấu hiệu để đánh giá hạch di căn, nhưng không thể là dấu hiệu có ý nghĩa quyết định, vì độ giao động của cả 2 nhóm hạch di căn và lành tính rất lớn.

Theo kết quả trong Bảng 5, khi lấy ngưỡng kích thước hạch càng nhỏ, độ nhạy càng cao, độ đặc hiệu càng thấp và ngược lại khi mốc kích thước hạch càng cao độ nhạy càng giảm và độ đặc hiệu càng cao. Với ngưỡng  $\geq 5$ mm, độ nhạy cao nhất 93,0%, nhưng độ đặc hiệu chỉ 28,0%, với ngưỡng  $\geq 10$ mm độ nhạy 38,5%, độ đặc hiệu 86,3%. Chính vì sự không thống nhất này nên một số tác giả khuyến cáo tự tìm ngưỡng kích thước hạch cho nghiên cứu của mình. Trong nghiên cứu của chúng tôi, giá trị ngưỡng của hạch di căn  $\geq 6$ mm có giá trị chẩn đoán tốt nhất.

Nếu như giá trị của kích thước hạch còn có bàn cãi, thì tính chất hạch cơ bản thống nhất hơn. Hầu hết các nghiên cứu đều thống nhất, đặc điểm vôi hóa, nang hóa có độ đặc hiệu rất cao, nhưng độ nhạy lại rất thấp trong chẩn đoán hạch di căn.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, dấu hiệu vôi hóa có độ nhạy 17,6%, nhưng độ đặc hiệu 96,7%, dấu hiệu nang hóa (hoại tử) cũng có độ nhạy 16,0% và độ đặc hiệu 97,3%, như vậy kết quả của chúng tôi cũng tương tự như hầu hết tác giả khác về giá trị của 2 dấu hiệu vôi hóa và nang hóa. Riêng dấu hiệu ngấm thuốc cản quang có phức tạp hơn ở chỗ đôi khi tùy thuộc vào qui trình chụp và tiêu chí đánh giá, như liều lượng thuốc cản quang, tốc độ tiêm, đánh giá thì động mạch hay thì muện... về tiêu chuẩn nhận định thường được chia làm 3 nhóm: Không ngấm thuốc, ngấm thuốc ít và ngấm thuốc mạnh, hay định nghĩa thế nào là mạnh, có đo độ HU không? hay so sánh với ngấm thuốc của cơ ức đòn chũm cùng bên... chính vì thế những nhận định này sẽ ảnh hưởng nhất định đến kết quả

chẩn đoán. Trong nghiên cứu của chúng tôi dấu hiệu ngấm thuốc mạnh có độ nhạy 74,1% và độ đặc hiệu 82,4%, tương đối cân bằng hơn.

Hầu hết các nghiên cứu đều thống nhất có ít nhất một dấu hạch nghi ngờ ác tính trên CLVT được chẩn đoán là hạch di căn [1], [2], [5], tuy nhiên một số tiêu chí khác như kích thước hạch, mất rốn hạch, đường bờ... được coi là tiêu chuẩn phụ, nên có thể lấy thêm vào tùy nghiên cứu, lúc đó có ít nhất  $\geq 2$  dấu hiệu mới được coi là hạch di căn... Trong nghiên cứu này chúng tôi cũng dựa theo khuyến cáo của Hội Chẩn đoán hình ảnh Hàn Quốc (2021) và một số nghiên cứu khác [2], [1], [5], hạch được coi là di căn khi có ít nhất 1 trong 3 dấu hiệu: Nang hóa, vôi hóa và ngấm thuốc mạnh. Kết quả độ nhạy của CLVT là 79,4%, độ đặc hiệu 77,5%, giá trị dự báo dương 87,9%, giá trị dự báo âm 64,7%, độ chính xác 78,8%. Kết quả này, tương đương với nghiên cứu của của Suh CH, Baaek JH (2017) nghiên cứu trên 1691 hạch cả khoang bên và khoang trung tâm bằng CLVT và siêu âm, thấy độ nhạy của CLVT với hạch khoang trung tâm 62%, độ đặc hiệu 87%, với khoang bên độ nhạy 70% và độ đặc hiệu 89% [11], hay nghiên cứu của Qiaoquiao (2018), độ nhạy của CLVT 67%, độ đặc hiệu 60%, giá trị dự báo (+) 81,18%, giá trị dự báo (-) 41,38%, độ chính xác 75,36% [6]. Một điều cũng dễ nhận thấy là kết quả đánh giá của CLVT đối với hạch cổ di căn cũng rất khác nhau. Theo nghiên cứu của Se Jin Cho tổng hợp trên 17 đề tài độc lập cho thấy độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác của CLVT rất khác nhau, độ nhạy giao động trong khoảng từ 23-83% và độ đặc hiệu từ 64-94% [7]. Tác giả cũng chỉ ra, sự khác nhau là do, ngoài nguyên nhân chọn mẫu, còn phụ thuộc vào phương tiện nghiên cứu, qui trình thực hiện, như chiều dày lát cắt, liều lượng

thuốc cản quang và tốc độ tiêm thuốc, tiêu chuẩn đánh giá mức độ ngấm thuốc ở thì động mạch hay tĩnh mạch... và cuối cùng là tiêu chuẩn đánh giá thế nào là hạch di căn... Nhưng có điểm chung là các nghiên cứu đều khẳng định CLVT đánh giá hạch khoang bên có độ chính xác cao hơn khoang trung tâm. Nghiên cứu của chúng tôi là đánh giá hạch di căn sau mổ cắt toàn bộ tuyến giáp, nên không bị nhu mô tuyến giáp che phủ, nên giá trị chẩn đoán tương đối tốt hơn những nghiên cứu đánh giá hạch trước mổ.

## 5. Kết luận

CLVT đánh giá hạch cổ di căn ở BN UTTG thể biệt hóa sau điều trị kỳ đầu còn chưa được áp dụng rộng rãi như siêu âm, nhưng nếu sử dụng đúng, CLVT cũng là một phương tiện có giá trị cao trong chẩn đoán phân biệt hạch cổ di căn và lành tính với độ nhạy 79,4% và độ đặc hiệu 77,5%. Do đó chắc chắn CLVT sẽ là bổ sung hữu ích cho siêu âm, nhất là trong những trường hợp cần đánh giá chính xác trước khi quyết định phẫu thuật vét hạch cổ trên những BN đã phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp.

## Tài liệu tham khảo

1. Na DK, Choi YJ, Choi SH, Kook SH, Park HJ (2015) *Evaluation of cervical lymph node metastasis in thyroid cancer patients using real-time CT-navigated ultrasonography: preliminary study*. Ultrasonography 34: 39-44. doi: 10.14366/usg.14030.
2. Ha EJ, Chung SR, Na DG, Ahn HS, Chung J, Lee JY, Park JS, Yoo RE, Baek JH, Baek SM, Cho SW, Choi YJ, Hahn SY, Jung SL, Kim JH, Kim SK, Kim SJ, Lee CY, Lee HK, Lee JH, Lee YH, Lim HK, Shin JH, Sim JS, Sung JY, Yoon JH, Choi M (2021) *2021 Korean Thyroid Imaging Reporting and Data System and Imaging-Based Management of Thyroid Nodules: Korean Society of*



- Thyroid Radiology Consensus Statement and Recommendations*. Korean J Radiol 22(12): 2094-2123. doi: 10.3348/kjr.2021.0713.
3. Sakorafas GH, Koureas A, Mpampali I, Balalis D, Nasikas D, Ganztzoulas S (2019) *Patterns of lymph node metastasis in differentiated thyroid cancer; Clinical implications with particular emphasis on the emerging role of compartment-oriented lymph node dissection*. Oncol Res Treat 42: 143-147. doi: 10.1159/000488905.
  4. Hoang JK, Vanka J, Ludwig BJ, Glastonbury CM (2013) *Evaluation of cervical lymph nodes in head and neck cancer with CT and MRI: Tips, traps, and a systematic approach*. AJR 200: 17-25. doi: 10.2214/AJR.12.8960.
  5. Eun NL, Son EJ, Kim JA, Gweon HM, Kang JH, Youk JH (2018) *Comparison of the diagnostic performances of ultrasonography, CT and fine needle aspiration cytology for the prediction of lymph node metastasis in patients with lymph node dissection of papillary thyroid carcinoma: A retrospective cohort study*. International Journal of Surgery 51: 145-150. doi: 10.1016/j.ijvsu.2017.12.036.
  6. Wei Q, Wu D, Luo H, Wang X, Zhang R, Liu Y (2018) *Features of lymph node metastasis of papillary thyroid carcinoma in ultrasonography and CT and the significance of their combination in the diagnosis and prognosis of lymph node metastasis*. JBUON 23(4): 1041-1048.
  7. Park JE, Lee JE, Ryu KH, Chung MS, Kim HW et al (2017) *Improved diagnostic accuracy using arterial phase ct for lateral cervical lymph node metastasis from papillary thyroid cancer*. AJNR Am J Neuroradiol 38: 782-788.
  8. Cho SJ, Suh CH, Baek JH, Chung SR, Choi YJ, Lee JH (2019) *Diagnostic performance of CT in detection of metastatic cervical lymph nodes in patients with thyroid cancer: systematic review and meta-analysis*. European Radiology 29: 4635-4647.
  9. Yang SY, Shin JH, Hahn SY, Lim Y, Hwang SY, Kim TH, Kim JS (2020) *Comparison of ultrasonography and CT for preoperative nodal assessment of patients with papillary thyroid cancer: diagnostic performance according to primary tumor size*. Acta Radiologica 61(1): 21-27.
  10. Suh CH, Baek JH, Choi YJ, and Lee JH (2017) *Performance of CT in the Preoperative Diagnosis of Cervical Lymph Node Metastasis in Patients with Papillary Thyroid Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis* X C.H. Suh, X J.H. Baek, X Y.J. Choi, and X J.H. Lee. AJNR Am J Neuroradiol 38:154-161
  11. Sun J, Li B, Li CJ, Li Y, Su F, Gao QH, Wu FL, Yu T, Wu L, Li LJ (2015) *Computed tomography versus magnetic resonance imaging for diagnosing cervical lymph node metastasis of head and neck cancer: A systematic review and meta-analysis*. OncoTargets and Therapy 8: 1291-1313.
  12. Seo YL, Yoon DY, Baek S, Ku YJ, Rho YS, Chung EJ, Koh SH (2012) *Detection of neck recurrence in patients with differentiated thyroid cancer: comparison of ultrasound, contrast-enhanced CT and 18F-FDG PET/CT using surgical pathology as a reference standard: (ultrasound vs. CT vs. 18F-FDG PET/CT in recurrent thyroid cancer)*. Eur Radiol 22: 2246-2254. doi: 10.1007/s00330-012-2470-x.