

DOI: 10.59715/pntjmp.2.2.3

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}, Nguyễn Tín Trung³, Huỳnh Quang Huy^{1,4}

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

²Bệnh viện Ung bướu TP.HCM

³Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Ung bướu TP.HCM

⁴Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Trung Vương TP.HCM

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Tại Việt Nam, ung thư tuyến giáp đứng hàng thứ mười với 5471 ca mắc trong năm 2020. Cắt lớp vi tính (CLVT) có độ nhạy tốt hơn so với siêu âm trong việc đánh giá hạch vùng và vượt trội hơn trong việc đánh giá khối u nguyên phát xâm lấn đến các cơ quan lân cận.

Đối tượng - phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 104 bệnh nhân (72 nữ, 32 nam trong độ tuổi 16 - 80 tuổi, tuổi trung bình là 48 tuổi) với 116 tổn thương tuyến giáp được chụp CLVT, phẫu thuật và có giải phẫu bệnh là ung thư tuyến giáp tại bệnh viện Ung Bướu TP.HCM từ tháng 09/2020 đến tháng 05/2022.

Kết quả: Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán âm, giá trị tiên đoán dương của CLVT trong đánh giá xâm lấn vỏ bao là 99%, 84,6%, 98,1% và 91,7%, xâm lấn cơ vùng cổ trước là 98,7%, 97,4%, 98,7% và 97,4%, xâm lấn mô mềm dưới da là 85,7%, 97,2%, 66,7% và 99%, xâm lấn khí quản là 77,3%, 98,9%, 94,4% và 94,9%, xâm lấn thực quản là 76,5%, 98,9%, 92,9% và 96,1%, xâm lấn mạch máu là 83,3%, 100%, 100% và 99%, trong đánh giá hạch cổ di căn lần lượt là 89,8%, 84,8%, 96,5%, 64,5%.

Kết luận: CLVT là phương tiện chẩn đoán có giá trị trong đánh giá xâm lấn và di căn hạch vùng ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp.

Từ khóa: Ung thư tuyến giáp, cắt lớp vi tính, xâm lấn, di căn hạch.

Abstract

Role of computed tomography in evaluation of invasion and regional lymph nodes metastasis in patients with thyroid cancer

Background: Vietnam reported 5471 new cases of thyroid cancer which ranks tenth in 2020. The sensitivity of computed tomography (CT) is higher than ultrasound in evaluation of invasive thyroid cancer and the lymph nodes metastasis.

Materials and methods: One hundred and four patients (72 women, 32 men; age range 16 - 80 years; mean 44 years) with 116 malignant tumors of the thyroid were enrolled in this descriptive study. All patients underwent contrast - enhanced CT of the neck and the results were compared with the surgical and histopathologic findings.

Results: The sensitivity, specificity, positive predictive value and negative predictive value of CT were as follows: 99%, 84,6%, 98,1% and 91,7% for capsular invasion; 98,7%, 97,4%, 98,7% and 97,4% for invasion of strap muscles; 85,7%, 97,2%, 66,7% and 99% for invasion of subcutaneous soft tissues; 77,3%, 98,9%, 94,4% and 94,9% for tracheal invasion; 76,5%, 98,9%, 92,9% and 96,1% for esophageal invasion; 83,3%,

Ngày nhận bài:

31/01/2023

Ngày phản biện:

23/02/2023

Ngày đăng bài:

20/4/2023

Tác giả liên hệ:

Trương Thụy My

Email: thuymyclhp@gmail.com

ĐT: 0369282900

100%, 100% and 99% for invasion of blood vessels and for regional lymph nodes metastasis is 89,8%, 84,8%, 96,5%, 64,5%.

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

Keywords: Thyroid cancer, computed tomography, invasion, lymph nodes metastasis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, ung thư tuyến giáp (UTTG) đứng hàng thứ mười 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]

Để chẩn đoán giai đoạn UTTG cần phải xác định được kích thước, vị trí của khối u, sự xâm lấn vào các cơ quan lân cận, tình trạng di căn hạch vùng và di căn xa, từ đó chọn lựa các phương pháp điều trị thích hợp. [2] 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. [3, 4, 5] 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. [3, 6]

Tại Việt Nam, tình trạng UTTG rất phổ biến, tuy nhiên chúng tôi chưa ghi nhận nghiên cứu nào về đánh giá xâm lấn và di căn hạch vùng trên CLVT. Vì thế, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với hai mục tiêu là mô tả đặc điểm hình ảnh UTTG trên CLVT và xác định giá trị của CLVT trong đánh giá xâm lấn và di căn hạch vùng ở bệnh nhân UTTG.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 104 bệnh nhân (BN) UTTG với 116 tổn thương được khảo sát tại Bệnh viện Ung bướu TP. Hồ Chí Minh dựa trên hồi cứu dữ liệu bệnh án điện tử trong khoảng thời gian từ tháng 09/2020 đến tháng 05/2022. Tiêu chuẩn chọn mẫu gồm BN có chẩn đoán lâm sàng UTTG được chụp CLVT, được phẫu thuật có đầy đủ tường trình và có kết quả giải phẫu bệnh xác định tổn thương ác tính tại tuyến giáp. Tiêu chuẩn loại trừ gồm BN không có đầy đủ tường trình phẫu thuật, kết quả giải phẫu bệnh không rõ ràng, BN đã được điều trị UTTG trước đó.

Tất cả phim CLVT được chụp bởi máy CLVT 64 dãy đầu thu (Optima 660, GE Healthcare, Mỹ) và 16 dãy đầu thu (BrightSpeed Elite, GE Healthcare, Mỹ) với đầu đèn 120 kV, 120 - 350mA và tái tạo 0,625mm, phim chụp thì không tiêm thuốc và thì tiêm thuốc. Bơm thuốc cản quang Iopromide (Ultravist 300, Bayer Pharma, Đức) liều 1,5 ml/kg, tốc độ bơm 2 ml/s. Hình ảnh được gửi lên và lưu trữ trên hệ thống PACS.

Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê IBM SPSS Statistics 26.0

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Các BN trong nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi từ 16 đến 80 tuổi, trung bình 48 tuổi. Tuổi phát hiện bệnh chủ yếu dưới 55 tuổi (64,4%) và hay gặp ở nữ với tỷ lệ 2,2:1. Giải phẫu bệnh UTTG thường gặp là UTTG dạng nhú (86,2%), các dạng khác ít gặp hơn với tỷ lệ < 10%. Các tổn thương chủ yếu xuất phát từ hai thùy tuyến giáp, kích thước > 40mm chiếm đa số (35,4%) và có các đặc điểm như bờ không đều, giới hạn không rõ, có vôi hóa và bắt thuốc tương phản mạnh sau tiêm (Bảng 1).

Bảng 1: Các đặc điểm và tính chất UTTG trên CLVT

Tính chất trên CLVT	N = 116 ¹
Vị trí	
Thùy phải	58 (50%)
Thùy trái	54 (46,6%)
Eo giáp	3 (2,6%)
Vùng cổ trước	1 (0,8%)
Kích thước	
≤ 20 mm	36 (31%)
> 20 - 40 mm	39 (33,6%)
> 40 mm	41 (35,4%)

Tính chất trên CLVT	N = 116 ¹
Bờ	
Không đều	116 (100%)
Đều	0 (0%)
Giới hạn	
Không rõ	111 (95,7%)
Rõ	5 (4,3%)
Vôi hóa	
Có	75 (64,7%)
Không	41 (35,3%)
Bắt thuốc	
Mạnh	107 (92,2%)
Kém	9 (7,8%)
¹ n (%)	

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 (Bảng 2).

Bảng 2: Đặc điểm xâm lấn của UTTG trên CLTV

Vị trí xâm lấn trên CLVT	N = 116 ¹
Xâm lấn vỏ bao	
Có	104 (89,7%)
Không	12 (10,3%)
Xâm lấn cơ vùng cổ trước	
Có	77 (66,4%)
Không	39 (33,6%)
Xâm lấn mô mềm dưới da	
Có	9 (7,8%)
Không	107 (92,2%)
Xâm lấn khí quản	
Có	18 (15,5%)
Không	98 (84,5%)
Vị trí xâm lấn trên CLVT	N = 116¹
Xâm lấn thực quản	
Có	14 (12,1%)
Không	102 (87,9%)
Xâm lấn mạch máu	
Có	5 (4,3%)
Không	111 (95,7%)
Xâm lấn trung thất	
Có	0 (0,0%)
Không	116 (100%)
¹ n (%)	

Bảng 3: Các giá trị của CLVT trong đánh giá xâm lấn của UTTG

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

Các đặc điểm xâm lấn được khảo sát trên CLVT đa số có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trên 70%. Trong đó đặc điểm xâm lấn thực quản có độ nhạy thấp nhất với 76,5% và đặc điểm xâm lấn mạch máu có độ đặc hiệu cao nhất với 100%. Đặc điểm xâm lấn vỏ bao có độ nhạy cao nhất (99%) nhưng độ đặc hiệu thấp nhất

(84,6%). Các đặc điểm đều có giá trị $p < 0,001$ (Bảng 3).

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. Hạch cổ trung

tâm (nhóm VI) chiếm ưu thế với 78/371 nhóm hạch. Hạch cổ bên 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%, nhóm hạch cổ bên là 85,7% (Bảng 4). 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%. Tuy nhiên giá trị tiên đoán âm thấp hơn hẳn dù các nhóm đều trên 60% (Bảng 5).

Bảng 4: Các nhóm hạch di căn trên giải phẫu bệnh và tổng nhóm hạch được nạo

	Nhóm I	Nhóm II	Nhóm III	Nhóm IV	Nhóm Va	Nhóm Vb	Nhóm VI	Tổng
Số nhóm hạch di căn trên giải phẫu bệnh	0	58	68	73	5	23	78	305
Số nhóm hạch được nạo	0	75	78	81	7	24	106	371

Bảng 5: Các giá trị của CLVT trong đánh giá di căn hạch của UTTG

Đặc điểm	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	PPV (%)	NPV (%)
Các nhóm hạch	89,8	84,8	96,5	64,5
Nhóm hạch cổ trung tâm	87,2	75	90,7	67,7
Nhóm hạch cổ bên	90,7	92,1	98,6	62,5

4. BÀN LUẬN

Trong tổng số 104 BN UTTG có tuổi phân bố từ 16 đến 80 tuổi, tuổi trung bình là 48 tuổi. Đa số các bệnh nhân được phát hiện bệnh có độ tuổi dưới 55 tuổi, chiếm 64,4%. Tỷ lệ bệnh nhân nữ chiếm ưu thế với 69% và tỷ lệ nữ/nam là 2,2. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các tác giả khác về phân bố tuổi và giới. [7, 8]

Các tổn thương chủ yếu là UTTG dạng nhú chiếm 86,2% và ít gặp nhất là UTTG kém biệt hóa (2,6%). Điều này cũng tương tự với các tác giả khác trên thế giới. [9, 10]

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%. Theo tác giả Che - Wei Wu (2011) vôi hóa hiện diện trong khoảng 57% các tổn thương ác tính của tuyến giáp trên cắt lớp vi tính. [11] Tác giả Fengyan 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%). [12]

Như vậy các tổn thương UTTG 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.

4.1. Đặc điểm xâm lấn của UTTG trên CLVT

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 Sae Rom 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 Doh Young 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 Lihua 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 Sae Rom Chung kích thước tổn thương chủ yếu ≤ 10mm (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 Li 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] Tuy nhiên các nghiên cứu này đa số thực hiện trên cỡ mẫu lớn và đánh giá bằng phương pháp phẫu thuật. Trong khi đó nghiên cứu của chúng tôi với cỡ mẫu nhỏ, thực hiện trên các bệnh nhân có chỉ định chụp CLVT nên đối tượng bệnh nhân của chúng tôi đã được khu trú lại, tỷ lệ xuất hiện tổn thương xâm lấn cũng nhiều hơn.

Đặc điểm xâm lấn mô mềm dưới da trên CLVT 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 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 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 Young Lan

Seo (2010) nghiên cứu 84 bệnh nhân với 86 tổn thương ác tính tuyến giáp có biểu hiện xâm lấn trên CLVT cho thấy 25,6% tổn thương có xâm lấn khí quản, 8,1% xâm lấn thực quản, 5,8% xâm lấn mạch máu. [18] Nghiên cứu của tác giả Hana 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%. [19] Theo tác giả Tihana 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%. [20] Nhìn chung nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với tác giả Young Lan 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.

4.2. Đặc điểm di căn hạch của UTTG trên CLVT

Tỷ lệ di căn hạch cổ ở BN UTTG trong nghiên cứu của chúng tôi là 67,3%. 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 D.W. 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%. [21] Theo tác giả Ji Eun 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%. [5]

Tỷ lệ di căn hạch cổ ở các nghiên cứu có sự khác nhau phụ thuộc vào cách đánh giá trên hình ảnh học, cách phẫu thuật nạo toàn bộ các nhóm hạch hay chỉ nạo các nhóm hạch nghi ngờ. Trong nghiên cứu của chúng tôi sử dụng các đặc điểm để đánh giá hạch di căn trên hình ảnh cắt lớp vi tính gồm: hạch có hóa nang bên trong, có vôi hóa, hạch bắt thuốc tương phản mạnh, bắt thuốc tương phản không đồng nhất.

Theo nghiên cứu của Ji Eun Ahn (2008) hạch nghi ngờ di căn có các đặc điểm: hoại tử trung tâm hoặc hóa nang, bắt thuốc vô hạch mạnh hơn cơ hoặc có vôi hóa bên trong hạch. [5] Theo tác giả Kyu Ri Son (2009) và tác giả Younghen Lee (2018) các đặc điểm nghi ngờ của hạch di căn là: bắt thuốc tương phản mạnh, hóa nang, vôi hóa và bắt thuốc không đồng nhất. [22, 23] Tác giả David Lesnik (2013) cho rằng các đặc điểm như hạch lớn, có vôi hóa, hóa nang và tăng bắt thuốc tương phản là nghi ngờ hạch di căn. [24]

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%. Tác giả Younghen Lee (2018) nghiên cứu trên tổng số 531 nhóm hạch có các giá trị lần lượt là 49,9%, 85,9%, 76,4%, 65,2%, 68,7%. [23] Theo tác giả D.W. Lee (2013) là 57%, 85%, 68%, 77%, 74%. [21] Tác giả Ji Eun Ahn (2008) đánh giá các giá trị lần lượt là 77%, 70%, 81%, 64%, 74%. [5] Theo tác giả So Yeon Yang (2019) các giá trị độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác lần lượt là 69%, 72%, 70%. [25]

Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm đối với nhóm hạch cổ trung tâm là 87,2%, 75%, 90,7%, 67,7%. Tác giả Younghen Lee (2018) nghiên cứu nhóm hạch trung tâm có các giá trị lần lượt là 26,5%, 84,3%, 54,2%, 62%. [23] Tác giả D.W. Lee (2013) là 41%, 90%, 66%, 76%. [21] Tác giả Ji Eun Ahn (2008) đánh giá các giá trị lần lượt là 74%, 44%, 72%, 47%. [5] Tác giả David Lesnik (2013) báo cáo các giá trị là 50%, 94%, 85%, 74%. [24] Theo tác giả So Yeon Yang (2019) các giá trị độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác lần lượt là 50%, 82%, 63%. [25]

Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm đối với nhóm hạch cổ bên là 90,7%, 92,1%, 98,6%, 62,5%. Tác giả Younghen Lee (2018) có các giá trị lần lượt là 81,8%, 90,4%, 92,9%, 76,4%. [23] Tác giả D.W. Lee (2013) nghiên cứu trên 252 bệnh nhân và đánh giá nhóm hạch cổ bên với các giá trị là 82%, 64%, 69%, 78%. [21] Tác giả Ji Eun Ahn (2008) đánh giá các giá trị lần lượt là 78%, 78%, 86%, 68%. [5] Tác giả David Lesnik (2013) báo cáo các giá trị là 79%, 83%, 76%, 86%. [24] Theo tác giả So Yeon Yang (2019)

các giá trị độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác lần lượt là 85%, 87%, 86%. [25]

Các giá trị của CLVT trong đánh giá hạch di căn như độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán âm, giá trị tiên đoán dương có sự thay đổi đáng kể giữa các nghiên cứu. Sự khác biệt này có thể đến từ các yếu tố sau. Đầu tiên là sự khác nhau giữa các tiêu chuẩn đánh giá hạch di căn trong từng nghiên cứu. Có nghiên cứu sử dụng kích thước hạch là một yếu tố đánh giá tuy nhiên có nghiên cứu không sử dụng tiêu chí này. Số lượng tiêu chí cho hạch di căn ở các nghiên cứu cũng khác nhau và cách thức khảo sát hạch cũng không tương đồng. Yếu tố thứ hai là sự khác biệt về kỹ năng, kinh nghiệm của người đọc kết quả cắt lớp vi tính. Thứ ba là hình thức phẫu thuật khác nhau trong việc nạo toàn bộ các nhóm hạch cổ hay chỉ nạo nhóm hạch nghi ngờ.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi có những kết luận sau. UTTG thường gặp ở nữ với tuổi phát hiện bệnh chủ yếu dưới 55 tuổi, tổn thương đa số là UTTG dạng nhú và bắt nguồn từ hai thùy tuyến giáp. Các đặc điểm của UTTG trên CLVT gồm bờ không đều, giới hạn không rõ, có vôi hoá và bắt thuốc tương phản mạnh sau tiêm. UTTG xâm lấn vỏ bao và cơ vùng cổ trước thường gặp hơn so với xâm lấn khí quản, thực quản, mạch máu và mô mềm dưới da. Tỷ lệ di căn hạch ở UTTG 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 UTTG.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hyuna Sung PhD, Jacques Ferlay MSc M, Rebecca L. Siegel MPH, Mathieu Laversanne MSc, Isabelle Soerjomataram MD M, PhD., Ahmedin Jemal DMV P, 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(3):pp.212-236.
2. Mahul B. Amin, Stephen B. Edge, Frederick L. Greene, David R. Byrd, Robert K. Brookland, Mary Kay Washington, et al. AJCC Cancer Staging Manual. 8 ed. Springer International Publishing; 2017.

3. Bryan R. Haugen, Erik K. Alexander, Keith C. Bible, Gerard M. Doherty, Susan J. Mandel, Yuri E. Nikiforov, et al. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid*. 2016;26(1):pp.1-133.
4. 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(1):pp.154-161.
5. Ji Eun Ahn, Jeong Hyun Lee, Jong Sook Yi, 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(7):pp.1552-1558.
6. Michael W. Yeh, Andrew J. Bauer, Victor A. Bernet, 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(1):pp.3-14.
7. Zhang T-T, Qi X-Z, Chen J-P, Shi R-L, Wen S-S, Wang Y-L, et al. The association between tumor's location and cervical lymph nodes metastasis in papillary thyroid cancer. *Gland Surgery*. 2019;8(5):pp.557-568.
8. Huang X-P, Ye T-T, Zhang L, Liu R-F, Lai X-J, Wang L, et al. Sonographic features of papillary thyroid microcarcinoma predicting high-volume central neck lymph node metastasis. *Surgical Oncology*. 2018;27(2):pp.172-176.
9. EL. M. In: Becker KLe, editor. Principles and practice of endocrinology and metabolism. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins; 2001. p. 382-402.
10. Smallridge RC, JA C. Anaplastic thyroid carcinoma: pathogenesis and emerging therapies. *Clin Oncol*. 2010;22:pp.486-497.
11. Wu C-W, Dionigi G, Lee K-W, Hsiao P-J, Paul Shin M-C, Tsai K-B, et al. Calcifications in thyroid nodules identified on preoperative computed tomography: Patterns and clinical significance. *Surgery*. 2012;151(3):pp.464-470.
12. Fengyan Zhang, Ying Qiao, Zhang 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.
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(10):pp.1187-1195.
14. Lee DY, Kwon T-K, Sung M-W, 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(1):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. Seo YL, Dae Young Yoon, Kyoung Ja Lim, 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(3):pp. W240-W244.
19. Kim H, Kim J-A, Son EJ, Youk JH, Chung T-S, 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(5):pp.544-548.

20. Ibrahim 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(8):pp.997-1002.
21. 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(2):pp.191-196.
22. Son KR, Na DG, Chang KH. Diagnostic Value of CT for the Detection of Cervical Lymph Node Metastases in Papillary Thyroid Carcinoma. *Journal of the Korean Society of Radiology*. 2009;60(6):p.383.
23. Lee Y, Kim J, Baek JH, Jung SL, Park S-W, Kim J, et al. Value of CT added to ultrasonography for the diagnosis of lymph node metastasis in patients with thyroid cancer. *Head & Neck*. 2018;
24. Lesnik D, Cunnane ME, Zurakowski D, Acar GO, Ecevit C, Mace A, et al. Papillary thyroid carcinoma nodal surgery directed by a preoperative radiographic map utilizing CT scan and ultrasound in all primary and reoperative patients. *Head & Neck*. 2013;36(2):pp.191-202.
25. Yang SY, Shin JH, Hahn SY, Lim Y, Hwang SY, Kim TH, et al. Comparison of ultrasonography and CT for preoperative nodal assessment of patients with papillary thyroid cancer: diagnostic performance according to primary tumor size. *Acta Radiologica*. 2019;