

Đối chiếu kết quả tế bào học theo hệ thống Bethesda với mô bệnh học ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

A comparison between cytological diagnosis according to the 2018 Bethesda classification and histopathology of thyroid carcinoma at 108 Military Central Hospital

Ngô Thị Minh Hạnh*, Nguyễn Thị Ngọc Ánh*,
Đinh Hữu Tâm*, Đào Thị Huyền*, Bùi Thị Thái*,
Đào Anh Tuấn*, Lê Thị Trang*,
Nguyễn Duy Hoàng*, Tống Thị Vui**

*Bệnh viện Trung ương Quân đội 108,

**Trường Đại học Y Hà Nội

Tóm tắt

Mục tiêu: Đối chiếu chẩn đoán tế bào học theo hệ thống phân loại Bethesda với kết quả mô bệnh học ở bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp (UTBMTG) được phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 (TƯQĐ 108). **Đối tượng và phương pháp:** 529 trường hợp được chẩn đoán tế bào học trước phẫu thuật và có kết quả mô bệnh học sau mổ tại Bệnh viện TƯQĐ 108 là UTBMTG từ tháng 01/2020 đến tháng 4/2021. Phân loại tế bào học theo hệ thống phân loại tế bào tuyến giáp Bethesda 2018 và phân loại mô bệnh học tuyến giáp theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2017. **Kết quả:** UTBMTG gặp ở nữ/nam là 4/1, u ở vị trí thyreoid phải gặp nhiều nhất (42,9%) và hiếm gặp ở eo tuyến giáp (6,4%); kích thước u trung bình $1,1 \pm 0,9$ cm; 66,2% kích thước < 1cm. Chẩn đoán UTBMTG ở nhóm Bethesda V là cao nhất, tiếp đến là nhóm VI tương ứng là 47,1% và 29,6%. Nhóm Bethesda I có kích thước u < 0,5cm chiếm cao nhất (55,6%), không có trường hợp nào với u kích thước > 1cm, nhóm Bethesda II ≥ 2 nhân chiếm 63,6%. Chẩn đoán UTBMTG thể nang gặp nhiều nhất ở nhóm V (48,5%) và tiếp đến là nhóm VI (30,1%), trong khi UTBMTG thể nang gặp ở nhóm IV là cao nhất (53,8%), không gặp trường hợp thể nang nào thuộc nhóm II và VI. Phân loại nhóm tế bào u kích thước nhỏ có xu hướng ác tính cao hơn so với nhóm u có kích thước lớn hơn ($p=0,001$). **Kết luận:** Chẩn đoán tế bào học UTBMTG gặp chủ yếu trong nhóm V và VI và phần lớn là thuộc thể nang, thể nang gặp trong nhóm IV, phân loại nhóm tế bào lành tính và ác tính có sự khác biệt về kích thước khối u.

Từ khóa: Tế bào học, mô bệnh học, ung thư biểu mô tuyến giáp.

Summary

Objective: To compare the cytological diagnosis according to the 2018 Bethesda classification with the histopathology of thyroid carcinoma at 108 Military Central Hospital. **Subject and method:** 529 cases were diagnosed with preoperative cytology and post-operative histopathological results at 108 Military Central Hospital as thyroid carcinoma from January 2020 to April 2021. The cytological diagnosis was according to the 2018 Bethesda system for reporting thyroid cytopathology. The histopathological

Ngày nhận bài: 06/9/2023, ngày chấp nhận đăng: 25/9/2023

Người phản hồi: Ngô Thị Minh Hạnh, Email: ngominhhanh108@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

classification was according to the 2017 World Health Organization classification of thyroid neoplasms. *Result:* The rate of thyroid carcinoma in females/males was 4/1. The tumor was common in the right lobe (42.9%) and rare in the isthmus (6.4%), with the average tumor size being $1.1 \pm 0.9\text{cm}$ and 66.2% of the cases were less than 1cm. The diagnosis of thyroid carcinoma was mainly found in the groups of Bethesda V and VI, with 47.1% and 29.6% of the cases, respectively. The Bethesda I group with tumor size $< 0.5\text{cm}$ accounted for the highest proportion, with 55.6% of the tumors, and the Bethesda II group with ≥ 2 neoplasms had a rate of 63.6%. The diagnosis of papillary thyroid carcinoma was more common in group V (48.5%), followed by group VI (30.1%), while the number of follicular thyroid carcinoma in group IV was the highest (53.8%). None of the follicular carcinoma belongs to groups II and VI. Cytological classification with small-size tumors tend to be higher in a malignant group compared with tumor groups with larger sizes. *Conclusion:* The cytological diagnosis of thyroid carcinoma was found mainly in groups V and VI, with the papillary being the most common type. The follicular thyroid carcinoma, on the other hand, was commonly found in group IV. Cytological classification for thyroid gland in a benign and malignant group has statistically significant differentiation in tumor sizes.

Keywords: Cytology, histology, thyroid carcinoma.

1. Đặt vấn đề

Ung thư biểu mô tuyến giáp (UTBMTG) là một bệnh lý ác tính phổ biến ở vùng đầu mặt cổ, chiếm tỷ lệ hơn 90% trong các loại ung thư của hệ nội tiết [3]. Tỷ lệ mắc có chiều hướng gia tăng nhanh trong các thập niên gần đây.

Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (Fine Needle Aspiration - FNA) được coi là một trong những phương pháp chẩn đoán quan trọng trước phẫu thuật cùng với siêu âm. Theo Hiệp hội các nhà nội tiết lâm sàng Hoa Kỳ, đây là phương pháp hiệu quả nhất hiện nay trong phân biệt các nhân giáp lành tính và ác tính với độ chính xác lên tới 95% [8]. Tuy nhiên, sự khác biệt về kỹ thuật lấy tế bào và kinh nghiệm trong chẩn đoán dẫn đến chẩn đoán bị bỏ sót, chẩn đoán sai và sự khác biệt với mô bệnh học. Chẩn đoán tế bào học theo hệ thống phân loại Bethesda đang là phương pháp được áp dụng rộng rãi. Bệnh viện Trung ương Quân đội (TƯQĐ) 108 đang quản lý và điều trị cho hơn 30.000 bệnh nhân ung thư tuyến giáp tại khoa Y học hạt nhân. Số bệnh nhân đến khám sàng lọc ung thư tuyến giáp tại bệnh viện ngày một tăng cao, số ca phẫu thuật ung thư tuyến giáp trung bình 15 - 20 ca/ngày. Việc thực hành chẩn đoán tế bào học đã được thực hiện trong nhiều năm nhưng áp dụng phân loại thống nhất theo hệ thống Bethesda được thực hiện đồng bộ kể từ năm 2020. Nhằm đánh giá kết quả thực hiện áp dụng phân loại chẩn đoán tế bào học bệnh ung thư tuyến giáp, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với

mục tiêu: *Đối chiếu chẩn đoán tế bào học theo hệ thống phân loại Bethesda với kết quả mô bệnh học ở bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp được phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Bệnh nhân được chẩn đoán UTBMTG sau phẫu thuật tại bệnh viện TƯQĐ 108 trong thời gian từ tháng 01/2020 đến tháng 4/2021.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán mô bệnh học sau phẫu thuật là UTBMTG và đồng thời có chẩn đoán tế bào học trước phẫu thuật tại Bệnh viện TƯQĐ 108.

Bệnh nhân có đầy đủ hồ sơ bệnh án, còn các lam tế bào học đủ để chẩn đoán và còn khối nén lưu trữ bệnh phẩm u.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Những trường hợp tiêu bản tế bào không còn đủ điều kiện phân tích.

Kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật là ung thư di căn và ung thư mô liên kết, hệ tạo máu.

Các trường hợp phẫu thuật nhưng không xét nghiệm tế bào học tại Bệnh viện TƯQĐ 108.

Các trường hợp phẫu thuật từ nơi khác ngoài Bệnh viện TƯQĐ 108.

2.2. Phương pháp

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức tính cỡ mẫu mô tả định tính, ước lượng một tỷ lệ:

$$n = z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{p(1-p)}{e^2}$$

Trong đó:

n: Cỡ mẫu tối thiểu trong nghiên cứu.

$Z_{1-\alpha/2}$: Hệ số tin cậy với xác suất 95% ($\alpha = 0,05$), $Z = 1,96$

e: Sai số tuyệt đối cho phép (chúng tôi chọn $e = 0,05$).

p: Tỷ lệ UTBMGT thể nhú theo tác giả Inabnet (2020) là 0,84.

Kết quả cỡ mẫu tối thiểu $n = 207$ bệnh nhân. Theo các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ, chúng tôi đã chọn được 592 trường hợp.

2.2.3. Quy trình nghiên cứu

Tra cứu hồ sơ bệnh án, thu thập thông tin về vị trí, số lượng, kích thước.

Tìm lại tiêu bản tế bào và mô bệnh học, ghi nhận kết quả chẩn đoán tế bào và mô bệnh học. Hội chẩn lại những trường hợp khó.

Chẩn đoán tế bào học tuyến giáp theo phân loại Bethesda 2018 gồm 6 nhóm: Bethesda I: Bệnh phẩm chưa thỏa đáng, Bethesda II: Lành tính; Bethesda III: Tế bào không điển hình hoặc tổn thương nang không xác định, Bethesda IV: U thể nang hoặc nghi ngờ u thể nang, Bethesda V: Nghi ngờ ác tính, Bethesda VI: Ác tính

Đối chiếu kết quả chẩn đoán tế bào học với mô bệnh học sau mổ theo phân loại khối u tuyến giáp theo WHO năm 2019.

2.3. Xử lý số liệu

Theo SPSS 20.0; tính tỷ lệ, trung bình, kiểm định χ^2 .

3. Kết quả

Bảng 1. Vị trí, kích thước, số nhân ung thư biểu mô tuyến giáp

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Giới	Nam	117	19,8
	Nữ	475	80,2
Vị trí u	Thùy phải	254	42,9
	Thùy trái	221	37,3
	Eo	38	6,4
	≥ 2 vị trí	79	13,4
Kích thước u (cm)	≤ 1	392	66,2
	$> 1 - 2$	137	23,1
	$> 2 - 4$	50	8,4
	> 4	13	2,2
	Trung bình $\pm$ SD	1,1 $\pm$ 0,9 (0,2-7,4cm)	
Số lượng nhân ung thư	1	479	80,9
	≥ 2	113	19,1

Nhận xét: Tỷ lệ mắc bệnh ở nữ nhiều hơn nam 4 lần. U gặp nhiều nhất ở thùy phải (42,9%), thấp nhất ở eo chiếm 6,4%, gặp 2 vị trí chiếm 13,4%. Kích thước u trung bình là 1,1 $\pm$ 0,9 cm, chủ yếu là 66,2% trường hợp u có kích thước < 1 cm. Số lượng bệnh nhân giảm dần ở các nhóm có kích thước u tăng dần

Bảng 2. Phân bố tổn thương tế bào theo phân loại Bethesda 2018

Bethesda	Số lượng (N)	Tỷ lệ %
I	18	3,0
II	22	3,8
III	86	14,5
IV	12	2,0
V	279	47,1
VI	175	29,6
Tổng	592	100

Chẩn đoán UTBMTG gặp nhiều nhất trong nhóm Bethesda nhóm V, tiếp đến là nhóm VI, tương ứng là 47,1% và 29,6%. UTBMTG được chẩn đoán trên mô bệnh học có thể gặp ở tất cả các nhóm còn lại, thấp nhất là nhóm IV (2%), nhóm I hầu như không thấy đáng kể chiếm 3%, nhóm lành tính chiếm 3,8%.

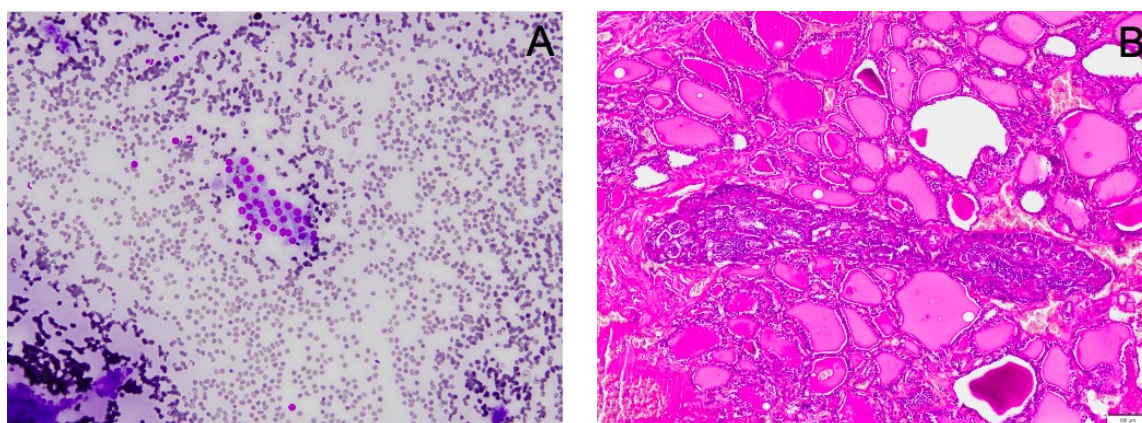
Trong tổng số 592 trường hợp được chẩn đoán xác định là UTBMTG, có 454 trường hợp chẩn đoán tế bào học nhóm V và nhóm VI là nhóm được coi là chẩn đoán tế bào học ác tính, chiếm 76,7%, còn 23,3% trường hợp âm tính giả.

Bảng 3. Đặc điểm tổn thương trong nhóm Bethesda I và II

Đặc điểm		I n = 18 (%)	II n = 22 (%)
Vị trí u	Thùy phải	10 (55,5)	7 (32,0)
	Thùy trái	7 (38,8)	5 (23,0)
	Eo	1 (5,7)	0
	≥ 2 vị trí	0	10 (45,0)
Kích thước u (cm)	≤ 0,5	10 (55,6%)	2 (9)
	0,5 - ≤ 1	8 (44,4%)	2 (9)
	> 1-2	0	4 (18,3)
	> 2-4	0	6 (27,3)
	> 4	0	8 (36,4)
Số lượng nhân ung thư	1	16 (88,9)	8 (36,4)
	≥ 2	2 (9,1)	14 (63,6)
Độ TIRASD	TRAS 1	0	0
	TRAS 2	0	0
	TRAS 3	0	5 (22,7)
	TRAS 4	8 (44,5%)	10 (45,5)
	TRAS 5	10 (55,6)	7 (31,8)

Trong nhóm Bethesda I, toàn bộ kích thước < 1 cm, cao nhất trong các trường hợp u ≤ 0,5cm (55,6%), chủ yếu thuộc nhóm có độ TIRASD 4 và 5 tương ứng 44,5% và 55,6%.

Trong nhóm Bethesda II, trường hợp u 2 vị trí chiếm chủ yếu 45,0%, u có kích thước > 2cm chiếm 63,7% trong đó > 4cm chiếm cao nhất 36,4%, dạng bướu đa nhân (≥ 2) chiếm 63,6%, phân độ TIRASD chủ yếu nhóm 4 và 5.



Hình 1. Hình ảnh tế bào học và mô bệnh học không phù hợp

(A) Tế bào học trước mổ thuộc nhóm Bethesda II (Diff-quick $\times 400$), (B) mô bệnh học sau mổ là vi ung thư tuyến giáp thể nhú, kích thước $< 0,5\text{cm}$, HE $\times 200$), (Nguyễn T. H, 23A3562)

Bảng 4. Đối chiếu kết quả chẩn đoán mô bệnh học và tế bào học

Mô bệnh học	Phân loại tế bào học theo Bethesda						Tổng
	I n (%)	II n (%)	III n (%)	IV n (%)	V n (%)	VI n (%)	
UTBMTG thể nhú	17 (3,0)	22 (3,9)	77 (13,6)	5 (0,9)	275 (48,5)	171 (30,1)	567 (100)
UTBMTG thể nang	1 (7,7)	0	3 (23,1)	7 (53,8)	2 (15,4)	0	13 (100)
UTBMTG tế bào ái toan	0	0	1 (100)	0	0	0	1 (100)
UTBMTG thể tủy	0	0	3 (60,0)	0	2 (40,0)	0	5 (100)
UTBMTG kém biệt hóa	0	0	2 (40,0)	0	0	3 (60,0)	5 (100)
UTBMTG không biệt hóa	0	0	0	0	0	1 (100)	1 (100)
Tổng	18 (3,0)	22 (3,7)	86 (14,5)	12 (2,0)	279 (47,2)	175 (29,6)	592 (100)

Chẩn đoán UTBMTG thể nhú sau mổ gặp ở nhóm Bethesda V là cao nhất, tiếp đến là nhóm VI, tương ứng là 48,5% và 30,1%. UTBMTG thể nang gặp nhiều nhất nhóm IV (chiếm 53,8%), tiếp đến là nhóm III (23,1%). Các thể hiếm gặp khác, cũng ít trong phân loại trên mô bệnh học.

Bảng 5. Mối liên quan đặc điểm lâm sàng với phân nhóm tế bào lành tính và ác tính

Đặc điểm		Ác tính (Bethesda I, II, III, IV)	Lành tính (Bethesda V, VI)	p
Giới	Nam	88 (75,2)	29 (24,8)	0,763
	Nữ	366 (77,1)	109 (22,9)	
Vị trí u	Thùy phải	193 (76,7)	61 (24,0)	0,692
	Thùy trái	170 (67,9)	51 (23,1)	
	Eo	32 (84,2)	6 (15,8)	
	≥ 2 vị trí	59 (74,7)	20 (25,3)	
Kích thước u (cm)	≤ 1	314 (80,1)	78 (53,8)	0,001
	$> 1-2$	104 (75,9)	33 (40,0)	

Đặc điểm		Ác tính (Bethesda I, II, III, IV)	Lành tính (Bethesda V, VI)	p
	> 2-4	30 (60,0)	20 (24,1)	
	> 4	6 (42,2)	7 (19,9)	
Số lượng nhân ung thư	1	366 (76,4)	113 (23,6)	0,740
	≥ 2	88 (77,9)	25 (22,1)	

Nhóm tế bào phân loại ác tính và lành tính có sự khác biệt về kích thước khối u, nhóm u kích thước nhỏ có xu hướng ác tính cao hơn so với u có kích thước lớn hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,001$. Không có sự khác biệt giữa phân nhóm lành tính và ác tính về giới, vị trí u, số lượng và kích thước u.

4. Bàn luận

Tuổi trung bình của bệnh nhân UTBMTG là $46,4 \pm 12,2$ tuổi. Bệnh gặp chủ yếu ở nữ, tỷ lệ nữ/nam = 4/1. U gặp ở thùy phải nhiều nhất (42,9%), ít gặp ở eo (6,5%) và trên 2 vị trí (Bảng 1). Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Yên [2]. Mặc dù tỷ lệ u ở eo thấp nhưng có báo cáo cho rằng khối u ở vị trí này có nguy cơ ác tính cao hơn, xâm lấn mô kế cận cao hơn vị trí khác, ảnh hưởng đến tiên lượng của bệnh. Do vậy, khi pha bệnh phẩm cần chú ý đánh giá kỹ vị trí eo [11]. Các trường hợp nghiên cứu có 1 nhân chiếm 80,9% (Bảng 1). Nhờ chính sách khám sức khỏe định kỳ cũng như các máy siêu âm có độ phân giải tốt mà tỷ lệ phát hiện sớm 1 nhân ung thư từ khi kích thước còn rất nhỏ, chủ yếu $\leq 1\text{cm}$ (chiếm 66,2%).

Phương pháp FNA là một kỹ thuật đơn giản, thực hiện nhanh, an toàn, ít gây tai biến, được khuyến cáo là sơ cở để quyết định hướng xử trí. Trong các trường hợp mô bệnh học khẳng định ác tính thì kết quả nghiên cứu cho thấy chủ yếu thuộc nhóm Bethesda V và VI tương ứng là 47,1% và 29,6% (Bảng 1). UTBMTG được chẩn đoán trên mô bệnh học có thể gặp ở tất cả các nhóm còn lại, thấp nhất là nhóm IV (2%), nhóm I mẫu không thoả đáng chiếm 3%, nhóm lành tính chiếm 3,8% (Bảng 2). Phân tích thêm về các nhóm Bethesda I cho thấy kích thước u chủ yếu $< 1\text{cm}$, thậm chí tỷ lệ $< 0,5\text{cm}$ chiếm đến 55,6% (Bảng 3). Với những trường hợp u

kích thước $< 1\text{cm}$, Hiệp hội Tuyến giáp Hoa Kỳ không khuyến cáo xét nghiệm FNA [5], nhưng thực tế, chúng tôi đều nhận được các mẫu xét nghiệm với u kích thước rất nhỏ mà kết quả siêu âm có nghi ngờ TIRASD 4, 5. Một khó khăn xét nghiệm chính xác tổn thương tuyến giáp khi kích thước u quá nhỏ hay u ở vị trí khó lấy mẫu như sát khí quản, mạch máu. Yêu cầu mẫu thoả đáng để phân tích tế bào phải đảm bảo ít nhất 6 đám tế bào biểu mô nang tuyến giáp với mỗi đám ít nhất 10 tế bào trên phiến đỡ trừ một số trường hợp khác như có ít tế bào không điển hình hoặc đặc điểm viêm đặc hiệu khác hay giàu chất keo [4]. Trong nghiên cứu này, mẫu không đạt chủ yếu là mẫu nhiều hồng cầu, có một vài mẫu thấy lẫn đám xơ mà không thấy được thành phần biểu mô để phân tích. Do vậy, việc tập huấn kỹ kỹ thuật lấy tế bào và phiên giải kết quả tế bào là rất quan trọng, việc lựa chọn phương pháp chọc hút tế bào dưới hướng dẫn siêu âm cho các nốt nhỏ nguy cơ cao, không sờ thấy được là rất quan trọng trong việc làm giảm tỷ lệ âm tính giả. Qua nghiên cứu tế bào học đối chiếu với mô bệnh học tuyến giáp cho thấy sự không phù hợp giao động 9,2 đến 15,3% [1], [6]. Các dữ liệu nghiên cứu cho thấy số lượng tế bào nang tuyến giáp ít, sẽ làm giảm khả năng phiên giải mẫu, ảnh hưởng đến kết quả chẩn đoán [9], [10]. Phân tích những trường hợp Bethesda II thấy phần lớn u có kích thước lớn $> 2\text{cm}$ (chiếm $> 63,7\%$) và u thường đa nhân (≥ 2 nhân) chiếm 63,6% (Bảng 3). Những trường hợp này thường gặp trên hình ảnh mô bệnh học là ngoài tổn thương bướu tuyến giáp hỗn hợp hoặc viêm mạn tính có những ổ vi ung thư, kích thước rất nhỏ, thậm chí $< 1\text{mm}$, chỉ quan sát được trên mẫu vi thể (Hình 1).

Qua các hồi cứu y văn thì trong các nhóm phân loại tuyến giáp đều có thể gặp nguy cơ ác tính và Hiệp hội Tuyến giáp Hoa Kỳ đã đưa ra hướng dẫn thực hành quản lý trong từng nhóm [5].

Phân loại Bethesda	Nguy cơ ác tính (%)	Quản lý lâm sàng
I. Không thoả đáng	5-10	Xét nghiệm FNA dưới hướng dẫn siêu âm
II. Lành tính	0-3	Theo dõi lâm sàng và siêu âm
III. Tế bào không điển hình hoặc tổn thương dạng nang có ý nghĩa chưa xác định	10-30	Xét nghiệm lại FNA, xét nghiệm sinh học phân tử hoặc phẫu thuật cắt thy tuyến giáp
IV. Tổn thương dạng nang hoặc nghi ngờ tổn thương nang	25-40	Xét nghiệm sinh học phân tử, phẫu thuật cắt thy tuyến giáp
V. Nghi ngờ ác tính	50-75	Phẫu thuật cắt thy hoặc gần toàn bộ tuyến giáp
VI. Ác tính	97-99	Phẫu thuật cắt thy hoặc gần toàn bộ tuyến giáp

Đối chiếu chẩn đoán thể mô bệnh học UTBMTG với các nhóm Bethesda cho thấy nhóm V và VI chủ yếu là ung thư thể nhú. Nhóm IV gặp chủ yếu là thể nang (chiếm 53,8%) (Bảng 4). Theo phân loại mô bệnh học của WHO 2017 thể nhú chiếm tỷ lệ cao nhất và có 15 các dưới nhóm của thể nhú (biến thể), trong đó có các biến thể tiến triển như biến thể tế bào cao và biến thể đỉnh mũ [7]. Trong khi đó, chẩn đoán tế bào tuyến giáp không quá quan trọng phân loại biến thể vì về mặt xử lý lâm sàng là như nhau, phẫu thuật cắt thy hoặc cắt gần toàn bộ [4]. Về đặc điểm tổn thương u tuyến giáp thể nang chỉ có thể phân biệt được với ung thư tuyến giáp thể nang trên mẫu bệnh phẩm phẫu thuật gồm tiêu chí xâm nhập mạch và xâm nhập vỏ [7]. Các tiêu chí này không thể đánh giá được trên mẫu xét nghiệm tế bào. Về mặt tế bào học, có thể chẩn đoán được tổn thương dạng nhú và tổn thương dạng nang nhưng không khẳng định được là ung thư thể nang. Do đó, nhóm IV hay gặp trong ung thư thể nang hơn ung thư nhú.

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy kích thước khối u trung bình $1,1 \pm 0,9\text{cm}$ (Bảng 1), phân nhóm tế bào ác tính và lành tính có sự khác biệt về kích thước khối u, nhóm u có kích thước nhỏ có xu hướng ác tính cao hơn so với u có kích thước lớn hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,001$ (Bảng 5). Các nghiên cứu cho thấy u có kích thước < 1cm chiếm nhiều nhất [1], [2]. Nhờ sự phát triển kỹ thuật và công nghệ, hệ thống máy siêu âm có độ

phân giải cao phát hiện được những tổn thương ung thư sớm nên đối với những tổn thương có kích thước nhỏ, siêu âm nghi ngờ, nên được xét nghiệm tế bào học khẳng định ung thư khi giai đoạn bệnh còn rất sớm để có hướng xử trí cho phù hợp, giảm nguy cơ tái phát khi u lớn xâm lấn [5].

5. Kết luận

Trong 592 trường hợp UTBMTG được chẩn đoán xác định mô bệnh học sau mổ có kết quả tế bào học trước phẫu thuật thuộc nhóm Bethesda V là cao nhất (47,1%), tiếp đến là Bethesda VI (29,6%). UTBMTG thể nhú gặp trong chẩn đoán nhóm Bethesda V (48,5%) và VI (30,1%); UTBMTG thể nang gặp nhóm IV (53,8%) cao nhất, nhóm Bethesda I không thoả đáng gặp nhiều nhất u có kích thước < 0,5cm, phân loại nhóm tế bào lành tính và ác tính có sự khác biệt về kích thước khối u.

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Hoàng Như Nga (2002) *Nghiên cứu giá trị chẩn đoán tế bào học trong ung thư giáp trạng tại Bệnh viện K*. Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
2. Nguyễn Thị Thanh Yên (2019) *Đối chiếu kết quả siêu âm, mô bệnh học với mô bệnh học ung thư biểu mô tuyến giáp tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội*. Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
3. Kabbash MM (2019) *The prevalence of thyroid cancer in patients with multinodular goiter*. The Egyptian Journal of Hospital Medicine 77(6): 5906-5910.

4. Cibas ES, Ali SZ (2017) *The 2017 bethesda system for reporting thyroid cytopathology*. *Thyroid* 27: 1341-1346.
5. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC et al (2016) *American Thyroid Association management guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer*. *Thyroid* 26: 1-133.
6. Kadam PN, Nafela AS, Deepak SS (2017) *Evaluation of Bethesda system for reporting thyroid cytology with histopathological correlation*. *Journal of Medical Science and Clinical Research* 01: 573-580.
7. Lloyd R, Osamura R, Kloppel G, Rosai J (2017) *WHO classification of tumours of endocrine organs, 4th edn*. (International Agency for Research on Cancer, Lyon, France, 2017).
8. Mistry SG, Mani N, Murthy P (2011) *Investigating the value of fine needle aspiration cytology in thyroid cancer*. *Journal of Cytology/Indian Academy of Cytologists* 28(4): 185.
9. Renshaw AA (2012) *Histologic follow-up of nondiagnostic thyroid fine needle aspirations: implications for adequacy criteria*. *Diagn Cytopathol* 40(1): 13-15.
10. Vivero M, Renshaw AA, Krane JF (2017) *Adequacy criteria for thyroid fine needle aspirates evaluated by ThinPrep slides only*. *Cancer Cytopathol* 125(7): 534-543.
11. Wang Y, Gao Y, Zhi W et al (2017) *Ultrasound findings for papillary thyroid carcinoma in the isthmus: A case-control study*. *Int J Clin Exp Med* 10(5): 8011-8017.