

Giá trị của phối hợp hai phương pháp chọc hút tế bào và siêu âm trong chẩn đoán nhân ung thư tuyến giáp

Thyroid imaging ultrasound combined with Bethesda classification of cytology in thyroid nodule diagnosis

Tưởng Thị Hồng Hạnh, Nguyễn Huy Hoàng, Vũ Thị Hoa,
Vũ Quang Tiệp, Lê Hồng Vân, Đặng Minh Phương,
Vũ Thị Thu Lan, Đỗ Văn Quyền

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Nghiên cứu giá trị của phối hợp phương pháp chọc hút tế bào sử dụng bảng điểm BETHESDA và phương pháp siêu âm sử dụng bảng điểm ACR_TIRADS trong chẩn đoán nhân ung thư tuyến giáp. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu 512 nhân giáp ở 497 bệnh nhân được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học thông qua phẫu thuật gồm: 104 nhân giáp lành tính, 408 nhân giáp ác tính. Thời gian nghiên cứu: Tháng 9/2019 đến tháng 8/2020. Phương tiện nghiên cứu: Kính hiển vi vật kính 40, máy siêu âm GE S7 (Hàn Quốc), Labo chọc hút tế bào dưới siêu âm, labo giải phẫu bệnh. **Kết quả:** Nghiên cứu 512 nhân giáp trên 497 bệnh nhân, 408 nhân giáp ác tính và 104 nhân giáp lành tính. Kết quả tế bào học (theo phân loại Bethesda 2017): Bethesda 1 chiếm 4,5%, Bethesda 2 chiếm 16,2%, Bethesda 3 chiếm 12,1%, Bethesda 4 chiếm 3,3%, Bethesda 5 chiếm 60,6%, Bethesda 6 chiếm 3,7%. Kết quả siêu âm theo phân loại Tirads (Hoa Kỳ, 2017): TR1 chiếm 0,0%, TR2 chiếm 3,1%, TR3 chiếm 11,7%, TR4 chiếm 23,6%, TR5 chiếm 61,3%. Chẩn đoán nhân ung thư giáp bằng phương pháp FNA có độ nhạy 78,4%, độ đặc hiệu là 59,6%, độ chính xác của chẩn đoán là 74,6%. Kết hợp phương pháp chọc hút tế bào và phương pháp siêu âm, chẩn đoán nhân ung thư giáp có độ nhạy 95,3%, độ đặc hiệu 37,3%, giá trị chẩn đoán đúng 89,6%. **Kết luận:** Kết hợp phương pháp chọc hút tế bào và phương pháp siêu âm làm tăng giá trị chẩn đoán nhân ung thư giáp với độ nhạy 95,3%, độ đặc hiệu 67,3%, giá trị chẩn đoán đúng 89,6%.

Từ khóa: Kết hợp Bethesda và Tirads trong chẩn đoán nhân ung thư giáp.

Summary

Objective: To study the value of the combined use of high-resolution ultrasound thyroid imaging reporting and data system (TI-RADS) classification and thyroid fine needle aspiration cytology (Bethesda classification) for the qualitative diagnosis of benign and malignant thyroid nodules. **Subject and method:** This study included 497 patients with 512 thyroid nodules confirmed by histopathology, from September 2019 to August 2020. All patients were evaluated by ultrasound with US machine (GE Logiq S8, US) and cytology with result using Bethesda classification 2017. **Result:** Of 512 thyroid nodules, 23 nodules with Bethesda 1 (4.5%), 83 nodules with Bethesda 2 (16.2%), 62 nodules with Bethesda 3 (12.1%), 13 nodules with Bethesda 4 (3.1%), 310 nodules with Bethesda 5 (60.6%), 18 nodules with Bethesda 6 (3.5%). The ACR TIRADS (2017) classification included 16 nodules of Tirads 2 (3.1%), 60 nodules of Tirads 3 (11.7%), 122 nodules of Tirads 4 (23.8%), 314 nodules of Tirads 2 (31.3%). The FNA

Ngày nhận bài: 14/01/2021, ngày chấp nhận đăng: 01/02/2021

Người phản hồi: Nguyễn Huy Hoàng, Email: Nguyenhuyhoangc7108@gmail.com - Bệnh viện TWQĐ 108

diagnostic value for thyroid cancer with the sensitivity, specificity and accuracy were 78.4%; 59.6%, and 74.6%. The combined diagnostic method of Bethesda and Tirads systems with the sensitivity, specificity, and accuracy were 95.3%, 67.3%, and 89.6%. *Conclusion:* The combination of US-FNAC (Bethesda classification) and ultrasonography (ACR TIRADS classification) can improve the accuracy of malignant thyroid nodules diagnosis with the sensitivity, specificity, and accuracy were 95.3%, 67.3%, and 89.6%.

Keywords: Combined Bethesda grading and TI-RADS system to diagnosis thyroid nodules.

1. Đặt vấn đề

Bệnh lý bướu nhân tuyến giáp chiếm tỷ lệ khá cao trong cộng đồng khoảng 20%, tăng dần theo tuổi, có thể có triệu chứng lâm sàng hoặc được phát hiện tình cờ trên siêu âm. Tỷ lệ nhân ung thư giáp trong số tổn thương nhân giáp khú trú có thể tới 4% [1].

Ung thư tuyến giáp chiếm 1% trong số các loại ung thư và là ung thư tuyến nội tiết hay gặp nhất (chiếm 90% trong các loại ung thư nội tiết), gây ra tử vong nhiều nhất trong số các loại ung thư thuộc hệ nội tiết. Tỷ lệ tử vong do ung thư tuyến giáp khoảng 0,5 - 0,6/100 000 dân [1]. Theo Hiệp hội Quốc tế Chống ung thư (IUAC), ung thư tuyến giáp chiếm khoảng 1% các loại ung thư. Tỷ lệ này tăng hơn ở các nước có lưu hành bướu cổ lành tính. Tỷ lệ mới mắc hàng năm của ung thư tuyến giáp trên thế giới là 0,5 - 10/100.000 dân [2].

Theo nghiên cứu của Tổ chức Chống ung thư toàn cầu năm 2012, tỷ lệ mắc bệnh ở Việt Nam đối với nữ là 2,7/100.000 dân, đối với nam là 1,3/100.000 dân [5].

Chẩn đoán tế bào qua chọc hút dưới hướng dẫn siêu âm (FNA) là phương pháp chẩn đoán nhân ung thư giáp được áp dụng phổ biến ở nước ta và trên thế giới trong những năm gần đây. Nhiều nghiên cứu cho thấy đây là phương pháp chẩn đoán có độ chính xác cao, tuy nhiên chẩn đoán còn phụ thuộc khá nhiều vào kỹ năng lấy bệnh phẩm, kiến thức của bác sĩ chẩn đoán hình ảnh, trình độ đọc của bác sĩ giải phẫu bệnh, cũng như các yếu tố khách quan khác liên quan như kích thước nhân giáp, mức độ biến đổi của tế bào ung thư so với tế bào lành tính của tuyến giáp [3]. Kết hợp FNA với phương pháp siêu âm qua đánh giá phân loại mức độ ác tính bằng bảng điểm TIRADS là một sự kết hợp hay và có ý

nghĩa thực tiễn trong theo dõi và tiên lượng mức độ ác tính của nhân giáp, qua nghiên cứu đưa ra những kết luận và kinh nghiệm để trong tầm soát nhân ung thư giáp. Nghiên cứu có mục tiêu chính như sau: *Nghiên cứu giá trị của phối hợp phương pháp chọc hút tế bào sử dụng bảng phân loại Bethesda với phương pháp siêu âm sử dụng bảng phân loại ACR_TIRADS trong chẩn đoán nhân ung thư giáp.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Nghiên cứu 497 bệnh nhân có tổn thương nhân giáp được điều trị nội trú và chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học, gồm 99 bệnh nhân có nhân giáp lành tính, 398 bệnh nhân có nhân giáp ác tính.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân có tổn thương nhân tuyến giáp trên hình ảnh siêu âm được phân loại ACR_TIRADS 2017 và làm xét nghiệm tế bào học qua lấy bệnh phẩm bằng chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm và phân loại tế bào theo Bethesda 2017.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân không được phẫu thuật và làm xét nghiệm mô bệnh học.

Nơi tiến hành siêu âm nghiên cứu: Khoa chẩn đoán chức năng, Khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Thời gian nghiên cứu: Tháng 9/2019 đến tháng 9/2020.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu mô tả tiến cứu có so sánh đối chiếu. Phương tiện nghiên cứu:

Máy siêu âm Logiq S7 (GE Healthcare, Hàn Quốc), đầu dò Linear 5.0 - 15.0MHz, đặt tại Khoa Chẩn đoán chức năng, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Labo xét nghiệm giải phẫu bệnh: Sinh thiết và đọc kết quả giải phẫu bệnh tại Khoa Giải phẫu bệnh lý.

Các bước tiến hành

Bước 1: Chọn lọc bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật tuyến giáp, siêu âm nhân giáp và phân loại theo bảng điểm ACR TIRADS 2017 (ACR - Hội Điện quang Hoa Kỳ).

Bước 2: Làm xét nghiệm tế bào học qua chọc hút tế bào dưới hướng dẫn siêu âm. Phân tích kết quả xét nghiệm tế bào học theo tiêu chuẩn Bethesda 2017.

Bước 3: Chọn BN được phẫu thuật và làm xét nghiệm mô bệnh học chẩn đoán xác định để nghiên cứu. Kết quả đánh giá theo phân loại giải phẫu bệnh nhân giáp lành tính, ác tính.

Bước 4: So sánh kết quả phân loại hình ảnh siêu âm theo ACR-TIRADS 2017, phân loại tế bào học theo Bethesda 2017 với kết quả xét nghiệm mô bệnh học.

Tiêu chuẩn đánh giá

Phân loại hình ảnh nhân giáp trên siêu âm theo bảng điểm TIRADS của Hoa Kỳ 2017 (ACR TIRADS 2017) và áp dụng thang tính điểm trong nghiên cứu theo tác giả Tan H (2019) [9].

Phân loại Tirads	Mức độ ác tính	Thang điểm
TR 1	Lành tính	0
TR 2	Không nghi ngờ	1
TR 3	Nghi ngờ thấp	2
TR 4	Nghi ngờ vừa	4
TR 5	Nghi ngờ cao	6

Phân loại kết quả tế bào học theo Bethesda 2017 và áp dụng thang tính điểm trong nghiên cứu theo tác giả Tan H (2019) [9].

Phân loại Bethesda	Kết quả đánh giá	Thang điểm
1	Không chẩn đoán được hoặc mẫu không đạt yêu cầu	1
2	Lành tính	0
3	Tổn thương nang không điển hình, hoặc có ý nghĩa không xác định	2
4	Tế bào không điển hình hoặc tổn thương nang ý nghĩa không xác định	3
5	Nghi ngờ ác tính	4
6	Ác tính	6

Chẩn đoán ung thư bằng xét nghiệm tế bào học được coi là dương tính khi thấy tế bào ác tính trong tiêu bản nghiên cứu.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu thu được được quản lý và xử lý bằng chương trình SPSS 20.0 bằng các thuật toán kiểm định T-test, χ^2 -test, ANOVA- test: Kết quả kiểm định được đánh giá là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3. Kết quả

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Số bệnh nhân	497	
Số nhân giáp	512	
Giới tính	Nam	70 (14,1%)
	Nữ	427 (85,9%)
	Tỷ lệ nam/nữ	~ 1/6,14
Tuổi (năm)	$\bar{X} \pm SD$ (Min - Max)	46,6 $\pm$ 12,2 (11 - 83)

Nhận xét: Tuổi trung bình nghiên cứu là 46,6 $\pm$ 12,2 tuổi, thấp nhất 11 tuổi, cao nhất 83 tuổi. Trong 497 bệnh nhân nghiên cứu, nữ giới chiếm chủ yếu với tỷ lệ 85,9% (427 bệnh nhân), nam giới là 14,1% (70 bệnh nhân), tỷ lệ nữ giới/nam giới ~ 6,14/1.

Bảng 2. Kết quả mô bệnh học nhân giáp nghiên cứu

Phân loại	Kết quả giải phẫu bệnh	n	Tỷ lệ %
Lành tính (n = 104)	Nhân keo	78	15,2
	Viêm tuyến giáp mạn tính	2	0,4
	U tuyến lành tính	24	4,7
Ác tính (n = 408)	Vi ung thư giáp thể nhú	153	29,9
	Ung thư thể nhú thông thường	240	46,9
	Ung thư biến thể nang	10	2,0
	Ác tính thể nang	5	1,0
Tổng		512	100

Nhận xét: Tỷ lệ nhân giáp lành tính trong nghiên cứu chiếm 20,3%, nhân giáp ác tính chiếm 79,7%. Trong nhóm ung thư giáp, ung thư giáp thể nhú thông thường chiếm chủ yếu (46,9%), vi ung thư giáp thể nhú chiếm 29,9%. Trong nhóm nhân giáp lành tính, nhân keo chiếm chủ yếu (15,2%).

Bảng 3. Kích thước nhân giáp trung bình nhóm lành tính và ác tính

Kích thước	Tổng (n = 512)	Lành tính ¹ (n = 104)	Ác tính ² (n = 408)
Trung bình (mm)	13,2 $\pm$ 10,3	22,6 $\pm$ 12,8	10,8 $\pm$ 7,9
Min - max (mm)	3,0 - 60,0	3,7 - 60,0	3,0 - 44,9
(p ^{1,2} < 0,05)			

Nhận xét: Kích thước nhân giáp trung bình là 13,2 $\pm$ 10,6mm, nhân bé nhất kích thước là 3,0mm, nhân lớn nhất kích thước là 60mm. Kích thước trung bình nhân giáp ác tính nhỏ hơn (10,8 $\pm$ 7,9mm) có ý nghĩa thống kê so với kích thước trung bình nhóm nhân giáp lành tính (22,6 $\pm$ 12,8mm).

Bảng 4. Bảng phân loại nhân giáp trên siêu âm theo ACR TIRADS 2017

Phân loại TIRADS	n (%)	Lành tính (n = 104)	Ác tính (n = 408)
TR1	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
TR2	16 (3,1)	13 (12,5)	3 (0,7)
TR3	60 (11,7)	47 (45,2)	13 (3,2)

TR4	122 (23,8)	26 (25,0)	96 (23,5)
TR5	314 (61,3)	18 (17,3)	296 (72,5)

Nhận xét: Tỷ lệ nhân giáp TIRADS 5 chiếm chủ yếu (61,3%). Nhóm nhân giáp lành tính TIRADS 3 chiếm chủ yếu (45,2%), nhóm ác tính TIRADS 5 chiếm chủ yếu (72,5%).

Bảng 5. Kết quả chẩn đoán bằng FNA theo phân loại Bethesda 2017

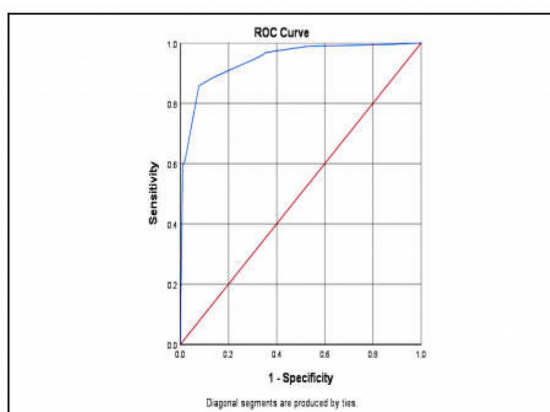
Bethesda	Mô bệnh học	n (%)
Bethesda 1		23 (4,5)
Bethesda 2		83 (16,2)
Bethesda 3		62 (12,1)
Bethesda 4		16 (3,1)
Bethesda 5		310 (60,6)
Bethesda 6		18 (3,5)
Tổng		512

Nhận xét: Tỷ lệ không chẩn đoán được chiếm 4,5% (Bethesda 1), tỷ lệ nhân giáp chẩn đoán lành tính là 16,2% (Bethesda 2), tỷ lệ nhân giáp chẩn đoán ác tính là 3,5% (Bethesda 6), tỷ lệ nghi ngờ ác tính là 60,4% (Bethesda 5), tỷ lệ nhân giáp giai đoạn trung gian là 12,1% và 3,3% (Bethesda 3 và 4).

Bảng 6. Bảng so sánh kết quả chẩn đoán bằng FNA theo phân loại Bethesda và kết quả mô bệnh học

Bethesda	Mô bệnh học	Lành tính n (%)	Ác tính n (%)	Tổng
Bethesda 1		13 (56,5)	10 (43,5)	23
Bethesda 2		62 (74,7)	21 (25,3)	83
Bethesda 3		19 (30,6)	43 (69,4)	62
Bethesda 4		3 (17,6)	13 (82,4)	16
Bethesda 5		7 (2,3)	303 (97,7)	310
Bethesda 6		0 (0,0)	18 (100,0)	18
Tổng		104	408	512

Nhận xét: Trong nhóm BN không chẩn đoán được, tỷ lệ nhân giáp lành tính là 56,5%, nhân giáp ác tính là 43,5%. Ở nhóm nhân giáp giai đoạn trung gian, tỷ lệ nhân ác tính ở Bethesda 3 là 69,4%, Bethesda 4 là 82,4%. Ở nhóm nghi ngờ ung thư, tỷ lệ nhân giáp ác tính là 97,7%.



- Diện tích dưới đường cong: 0,943
- Giá trị cut-off: "Siêu âm + FNA" = 7
- Độ nhạy: 95,3. Độ đặc hiệu: 67,3

Biểu đồ 1. Đường cong ROC chẩn đoán nhân ung thư giáp bằng phương pháp phối hợp Bethesda và bảng điểm ACR_TIRADS 2017

Bảng 7. Bảng kết quả phối hợp thang điểm Bethesda và ACR -TIRADS trong chẩn đoán nhân giáp với giá trị cut-off “Siêu âm + FNA” = 7

Siêu âm + FNA = 7	Lành tính	Ác tính
Bethesda 1	8/13	6/10
Bethesda 2	56/62	11/21
Bethesda 3	5/19	41/43
Bethesda 4	1/3	11/13
Bethesda 5	0/7	302/303
Bethesda 6	0/0	18/18
Tổng	70	389

Nhận xét: Khi phối hợp bảng điểm Bethesda và TIRADS, số nhân giáp chẩn đoán đúng ở nhóm lành tính là 70/104 nhân (67,3%), nhóm nhân giáp ác tính là 389/408 nhân (95,3%).

Bảng 8. So sánh độ nhạy và độ đặc hiệu chẩn đoán nhân ung thư giáp bằng FNA và phương pháp kết hợp FNA với siêu âm

Phương pháp	Giá trị	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Giá trị chẩn đoán đúng	Giá trị dự báo dương tính	Giá trị dự báo âm tính	Tỷ lệ không xác định (%)
FNA		78,4	59,6	74,6	88,4	41,3	19,9
FNA + Siêu âm		95,3	67,3	89,6	92,0	78,6	5,7

Nhận xét: Độ nhạy và độ đặc hiệu của phương pháp kết hợp bảng phân loại Bethesda trên xét nghiệm tế bào học với bảng điểm TIRADS trên siêu âm có giá trị cao hơn (95,3% và 67,3%) so với xét nghiệm tế bào học đơn thuần (78,4% và 59,6%). Giá trị dự báo dương tính tăng từ 88,4% lên 96,3%, giá trị dự báo âm tính tăng từ 41,3% lên 78,6%. Tỷ lệ nhân giáp không chẩn đoán được giảm từ 19,9% xuống còn 5,7%.

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm chung bệnh nhân nghiên cứu, tuổi và giới tính

Tổng số bệnh nhân nghiên cứu là 497 bệnh nhân, trong đó có 99 bệnh nhân chẩn đoán nhân giáp lành tính, 398 bệnh nhân chẩn đoán nhân giáp ác tính. Tổng số nhân giáp nghiên cứu là 512 nhân, trong đó có 104 nhân giáp lành tính, 408 nhân giáp ác tính.

Tuổi nghiên cứu trung bình là $46,6 \pm 12,2$ tuổi (nhiều tuổi nhất là 83 tuổi, thấp tuổi nhất là 11 tuổi). Không có sự khác biệt về tuổi nghiên cứu trung bình giữa hai nhóm bệnh nhân ung thư giáp và nhân giáp lành tính.

Về phân bố bệnh theo giới tính trong nghiên cứu nữ giới chiếm chủ yếu với tỷ lệ 85,9%, tỷ lệ nữ giới/nam giới ~ 6,14/1.

4.2. Về đặc điểm của nhân giáp

Kích thước trung bình nhân giáp trong nghiên cứu là $13,2 \pm 10,3$ mm (từ 3,0 - 60mm), trong đó kích thước trung bình của nhóm nhân giáp lành tính ($22,6 \pm 12,8$ mm) lớn hơn so với nhóm nhân giáp ác tính ($10,8 \pm 7,9$ mm) (Bảng 3). Sự khác biệt do nghiên cứu thực hiện trên nhóm bệnh nhân được phẫu thuật, đối với nhân giáp lành tính có chỉ định phẫu thuật thường có kích thước lớn hoặc đa nhân, một số ít có kích thước nhỏ tuy nhiên nghi ngờ ác tính

trên hình ảnh siêu âm hoặc đã được chẩn đoán xét nghiệm tế bào bằng FNA. Nhóm nhân giáp ác tính có kích thước nhỏ hơn do có chỉ định phẫu thuật khi có kết quả xét nghiệm tế bào học nghi ngờ ung thư.

4.2.1. Đặc điểm siêu âm phân loại theo bảng điểm ACR_TIRADS 2017

Trong nghiên cứu này tỷ lệ nhân giáp TIRADS 5 chiếm tỷ lệ cao nhất (61,3%), nhân giáp TIRADS 4 chiếm tỷ lệ 23,8%. Nhân giáp có TIRADS từ 1 đến 3 chiếm tỷ lệ 14,8%. Giải thích điều này liên quan đến đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật tuyến giáp, được chẩn đoán tế bào học bằng phương pháp FNA có nghi ngờ ác tính trên hình ảnh siêu âm, do đó tỷ lệ nhân giáp lành tính chiếm tỷ lệ thấp, tuy nhiên số nhân giáp có TIRADS từ 1 đến 3 với số nhân là 76 nhân đủ mẫu nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu Bảng 4 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có hình ảnh nghi ngờ ác tính với phân loại TIRADS 5 chiếm chủ yếu (61,3%), đặc biệt trong nhóm bệnh nhân ác tính kết quả phân loại TIRADS có giá trị khá cao với kết quả phân loại TIRADS 4 và 5 lần lượt là 23,5% và 72,5%. Ở nhóm lành tính TIRADS 3 chiếm chủ yếu với tỷ lệ 45,2%. Với kết quả này cho thấy có sự tương quan thuận về tỷ lệ nhân giáp ác tính với mức độ TIRADS cao (4 và 5), tương tự ở nhóm nhân giáp lành tính có sự tương quan thuận về mức độ lành tính với TIRADS thấp (≤ 3).

4.2.2. Đặc điểm giải phẫu bệnh

Tất cả bệnh nhân nghiên cứu được chẩn đoán mô bệnh học sau phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ hoặc một phần, kết quả chẩn đoán qua sinh thiết tức thì trong mổ hoặc hóa mô miễn dịch sau phẫu thuật.

Kết quả nghiên cứu ở Bảng 2 cho thấy nhân giáp ác tính chiếm chủ yếu trong nghiên cứu với tỷ lệ 79,7% và chủ yếu là thể nhú thông thường (46,9%). Tỷ lệ nhân giáp thể nhú biến thể nang và thể nang ít gặp hơn do tần suất ít gặp hơn, điều này cũng đã được thể hiện trong y văn và các nghiên cứu trước đây [6].

Tỷ lệ nhân giáp lành tính trong nghiên cứu là 20,3%, thấp hơn rất nhiều so với tỷ lệ nhân giáp ác tính, do nghiên cứu của chúng tôi tập trung nghiên cứu ở nhóm bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật nên số bệnh nhân ung thư giáp nhiều hơn số bệnh nhân lành tính.

4.3. Giá trị của kết hợp đánh giá thang điểm Bethesda 2017 và bảng điểm ACR_TIRADS 2017

4.3.1. Chẩn đoán nhân ung thư giáp bằng phương pháp FNA

Với phân độ trả lời kết quả theo Bethesda 2017 theo 4 mức độ: Bệnh phẩm không thỏa đáng/lành tính/trung gian/nghi ngờ ác tính/ác tính. Kết quả nghiên cứu Bảng 5 cho thấy tỷ lệ nhân giáp nghi ngờ ác tính (Bethesda 5) chiếm tỷ lệ cao nhất (60,4%). Tỷ lệ nhân ung thư giáp được chẩn đoán xác định bằng phương pháp FNA (Bethesda 6) là 3,5% và tỷ lệ nhân giáp được chẩn đoán lành tính là 16,2%. Số nhân giáp còn lại 23 nhân (4,5%) và nhân giáp giai đoạn trung gian (Bethesda 3 và 4) là 78 nhân (15,4%).

Với kết quả Bảng 5, kết quả của phương pháp FNA dương tính với Bethesda 5 và 6, số nhân giáp ác tính được chẩn đoán là 320 nhân/408 nhân, độ nhạy của chẩn đoán là 78,4%. Do số nhân không chẩn đoán được (Bethesda 1, chiếm 4,5%) và số nhân không xác định ở giai đoạn trung gian (Bethesda 3 và 4, chiếm 15,4%) nên tỷ lệ nhân giáp không chẩn đoán được và không xác định chiếm 19,9%, độ đặc hiệu của chẩn đoán là 59,6%. So sánh kết quả nghiên cứu của chúng tôi với nghiên cứu của tác giả Esmaili HA và cộng sự (2012): Nghiên cứu có độ nhạy 91,6% và độ đặc hiệu 100%, sự khác biệt về kết quả nghiên cứu do mẫu nghiên cứu có khác nhau về kết quả mô bệnh học, ung thư thể nhú chiếm 66,4%, thể nang 10,9%, thể nang 10,1% và thể hạch 0,78% . Tuy nhiên khi so sánh với các nghiên cứu khác, chúng tôi thấy rằng giá trị của FNA trong chẩn đoán ung thư giáp trong nghiên cứu của chúng tôi là khá cao, các nghiên cứu khác có kết quả độ nhạy từ 65 - 90% và độ đặc hiệu từ 60 - 100% [7], [8].

Tỷ lệ nhân giáp ác tính không được chẩn đoán là 19,9%, kết quả nghiên cứu thuộc khoảng giới hạn

trong các báo cáo của các nghiên cứu của Chang HY (1997) [7] và Safirullah MN (2004) [8].

4.3.2. Kết hợp FNA và siêu âm chẩn đoán nhân ung thư giáp

Kết hợp phương pháp FNA với bảng điểm theo phân loại Bethesda 2017 và hình ảnh siêu âm theo bảng điểm ACR-TIRADS 2017 của Hoa Kỳ, thang tính điểm cụ thể được áp dụng phương pháp tính điểm của Tan H (2019). Sử dụng phương pháp đường cong ROC, độ nhạy và độ đặc hiệu của phương pháp phối hợp 2 phương pháp là 95,3% và 67,3% với giá trị cut-off của tổng điểm "Siêu âm + FNA" bằng 7 điểm (Biểu đồ 1). Kết quả nghiên cứu ở Bảng 7 cho thấy với phương pháp kết hợp đã cải thiện giá trị chẩn đoán rất nhiều ở nhóm không chẩn đoán được với phân loại Bethesda 1, số nhân giáp lành tính và ác tính được chẩn đoán lần lượt là 8/13 nhân lành tính và 6/10 nhân ác tính, do đó tỷ lệ nhân giáp không chẩn đoán được giảm từ 19,9% xuống còn 5,7%. So sánh giá trị chẩn đoán của phương pháp phối hợp với phương pháp FNA đơn thuần (Bảng 8) cho thấy độ nhạy của chẩn đoán tăng từ 78,4% lên 95,3%, độ đặc hiệu tăng từ 59,6% lên 67,3%. Giá trị dự báo dương tính tăng từ 88,4% lên 92,0%, giá trị dự báo âm tính tăng từ 41,3% lên 78,6%. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với nghiên cứu mới nhất của tác giả Tan H (2019) với độ nhạy và độ đặc hiệu tăng lên của phương pháp kết hợp là 97,3% và 90,0% [9].

5. Kết luận

Qua nghiên cứu 497 bệnh nhân bướu nhân tuyến giáp, trong đó có 398 bệnh nhân ung thư giáp với tổng số nhân nghiên cứu là 512 nhân, trong đó 408 nhân ác tính, thời gian nghiên cứu từ tháng 10 năm 2019 đến tháng 9 năm 2020, chúng tôi đưa ra kết luận như sau:

Chẩn đoán nhân ung thư giáp bằng phối hợp phương pháp chọc hút tế bào sử dụng phân loại

Bethesda 2017 với phương pháp siêu âm sử dụng phân loại ACR-TIRADS 2017 của Hoa Kỳ có độ nhạy 95,3%, độ đặc hiệu 67,3%, giá trị chẩn đoán đúng 89,6%.

Tài liệu tham khảo

1. Frates MC et al (2006) *Prevalence and distribution of carcinoma in patients with solitary and multiple thyroid nodules on sonography*. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism 91(9): 3411-3417.
2. La Vecchia C et al (2015) *Thyroid cancer mortality and incidence: A global overview*. Int J Cancer 136(9): 2187-2195.
3. Leenhardt L et al (1999) *Indications and limits of ultrasound-guided cytology in the management of nonpalpable thyroid nodules*. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism 84(1): 24-28.
4. Tessler FN et al (2017) *ACR thyroid imaging, reporting and data system (TI-RADS): White paper of the ACR TI-RADS committee*. Journal of the American college of radiology 14(5): 587-595.
5. Cibas ES and Ali SZ (2017) *The 2017 Bethesda system for reporting thyroid cytopathology*. Thyroid 27(11): 1341-1346.
6. Esmaili HA and Taghipour H (2012) *Fine-needle aspiration in the diagnosis of thyroid diseases: An appraisal in our institution*. ISRN Pathology 2012.
7. Chang HY et al (1997) *Correlation of fine needle aspiration cytology and frozen section biopsies in the diagnosis of thyroid nodules*. Journal of clinical pathology 50(12): 1005-1009.
8. Safirullah MN and Khan A (2004) *Role of Fine Needle Aspiration Cytology (FNAC) in the diagnosis of thyroid swellings*. J Postgrad Med Ins 18(2): 196-201.
9. Tan H et al (2019) *Thyroid imaging reporting and data system combined with Bethesda classification in qualitative thyroid nodule diagnosis*. Medicine 98(50).