

## NGHIÊN CỨU SIÊU ÂM UNG THƯ TUYẾN GIÁP NGUYÊN PHÁT

NGUYỄN BÁ ĐỨC, TRẦN GIANG CHÂU

### TÓM TẮT

*Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu một số chỉ tiêu siêu âm ung thư tuyến giáp nguyên phát.*

*Đối tượng và phương pháp nghiên cứu : 58BN được xác định UTTG nguyên phát bằng mô học. Dùng máy siêu âm Aloka SDD 500 của Nhật Bản, với đầu dò tích hợp 5 – 7,5 MHz.*

*Kết quả và kết luận: Độ nhạy phát hiện khối U UTTGT của siêu âm cao hơn lâm sàng đạt 98,3%. Khả năng xác định vị trí và số lượng khối U cao hơn lâm sàng đạt 96,2% và 94,3%. Độ giảm âm chiếm 66,7% có ở tất cả các giai đoạn và thể mô bệnh học. Mật độ siêu âm không đều 80,7%, cao ở giai đoạn III, IV 100% và thể tủy, thể không biệt hóa 100%. Ranh giới U*

không rõ trên siêu âm. Rõng âm chỉ gặp 1 trường hợp (1,8%) ít hơn nhiều so với UGT lành tính là 24%. Về các dấu hiệu siêu âm kèm theo thì hình ảnh viền giảm âm quanh U ít gặp trong UTTGT chỉ có 14%.

**Từ khóa:** Siêu âm UTTGT, Mật độ siêu âm UTTG.

### SUMMARY

**Research objectives:** Research indicators ultrasonic primary thyroid cancer. **Subjects and Methods:** 58BN primary UTTG determined by histology. Used Ultrasound Aloka SDD 500 in Japan, with integrated probe 5 to 7.5 MHZ.

**Results and conclusions:** The sensitivity of detecting tumor by ultrasound reached 98.3%, higher clinical examination. The ability to locate and number tumor higher of clinical reached 96.2% and 94.3%. The reduction echo is 66.7% higher at stage III, IV. Uneven density ultrasound 80.7%, not differentiate 100%. The boundary of tumors is not clear. Empty echo is 1.8% less than the tumor benign is 24%. On the ultrasound signal, borderless image with hypoechoic around the cancer tumor uncommon, in only 14%.

**Keywords:** Ultrasound thyroid cancer, density ultrasound thyroid cancer.

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới đã có nhiều phương pháp chẩn đoán cận lâm sàng được ứng dụng để chẩn đoán ung thư tuyến giáp (UTTG) như xét nghiệm tế bào học, mô bệnh học, định lượng các hormon trục yên giáp, các chất chỉ điểm khối u. Bên cạnh đó còn có các phương pháp ghi hình tuyến giáp như chụp X quang thường cổ ngực, siêu âm tuyến giáp, chụp cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ hạt nhân, ghi hình nhấp nháy phóng xạ (Scintigraphy)... và gần đây còn đề cập tới các gen ung thư.

Ở Việt Nam, một số phương pháp trên cũng đã ứng dụng có hiệu quả. Năm 1982 Phạm Gia Khải đưa siêu âm vào chẩn đoán bướu nhân giáp, trong lĩnh vực tế bào học Nguyễn Vương đã có nhiều công trình nghiên cứu, ghi hình tuyến giáp bằng nhấp nháy phóng xạ cũng được Phan Văn Duyệt ứng dụng từ những năm 1980 và nhiều phương pháp khác cũng đang được nghiên cứu ứng dụng ngày càng rộng rãi và hiệu quả hơn. Tuy nhiên các công trình nghiên cứu sâu về siêu âm ung thư tuyến giáp chưa nhiều, do đó trong công trình này chúng tôi tập trung vào mục tiêu: *Nghiên cứu một số chỉ tiêu siêu âm ung thư tuyến giáp nguyên phát.*

### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 1. Đối tượng nghiên cứu.

Tổng số 58 bệnh nhân được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học là ung thư tuyến giáp trạng nguyên phát tại bệnh viện K Hà Nội. Tuổi từ 13 đến 77, tỷ lệ nữ trên nam là 2,7/1.

#### 2. Phương pháp nghiên cứu.

- Chuẩn bị bệnh nhân:

+ Tư thế nằm ngửa: Bệnh nhân nằm ngửa, cổ ưỡn tối đa, kê ở giữa vùng bả vai và cổ bằng một gối nhỏ dày khoảng 10 cm.

+ Tư thế ngồi: Bệnh nhân ngồi thẳng cổ, tư thế này thuận lợi để khảo sát cấu trúc, những đo đạc kính thước chính xác.

- Phương tiện:

+ Máy siêu âm Aloka SDD 500 của Nhật Bản, với đầu dò tích hợp 5 – 7,5 MHZ.

+ Hình ảnh siêu âm đen trắng.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán siêu âm:

Dựa trên tiêu chuẩn Ohio tháng 10/1979 của hội nghiên cứu và đào tạo chuyên khoa X-quang Mỹ (Radiology research and education foundation), của trường Đại học California, tiêu chuẩn của Carl (1991), Solbiati (1985), Palmer (1995). Cụ thể là xác định tổn thương, vị trí, kích thước, ranh giới và tổ chức xung quanh, cấu trúc siêu âm của U giáp và hạch vùng cổ nếu có.

### KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

#### 1. Siêu âm phát hiện có khối U tại tuyến giáp.

Đánh giá khả năng phát hiện khối u trên siêu âm so với lâm sàng dựa trên kết quả phẫu thuật.

Bảng 1. Xác định có khối U giáp trạng(UGT) trên siêu âm.

	Có UGT		Không có U GT		n
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	
Phẫu thuật	58	100	0	0	58
Siêu âm	57	98,3	1	1,7	58
Lâm sàng	53	91,4	5	8,6	58

- Với 58 bệnh nhân tiến hành siêu âm phát hiện được 57 BN có U giáp (98%) chỉ có 1 trường hợp không phát hiện U giáp trên siêu âm (1,7%). Trong khi có 5 trường hợp không sờ thấy U trên lâm sàng (8,6%).

- Khả năng phát hiện U trên siêu âm cao hơn so với khám lâm sàng, sự khác biệt này có ý nghĩa với p < 0,05.

#### 2. Xác định kích thước khối u tuyến giáp trên siêu âm.

Đánh giá khả năng xác định chính xác kích thước U trên siêu âm so với lâm sàng dựa trên kết quả phẫu thuật.

Bảng 2. Xác định kích thước khối U giáp trên siêu âm.

	Kích thước U giáp trạng			n
	< 1cm	1- 4cm	> 4cm	
Phẫu thuật	7	31	15	53
Siêu âm	6	30	17	53
Lâm sàng	3	40	10	53

Tỷ lệ chẩn đoán đúng trên siêu âm với khối U kích thước: < 1cm = 85%

1 – 4cm = 98%

> 4cm= 88%

- Tỷ lệ chẩn đoán đúng toàn bộ các kích thước khối U trên siêu âm là 96,3%, sai là 3,7%.

- Tỷ lệ chẩn đoán đúng kích thước khối U trên lâm sàng là 83%, sai là 17%.

#### 3. Mật độ siêu âm của U giáp trạng theo kết quả mô bệnh học.

Bảng 3. Mật độ siêu âm U giáp trạng theo kết quả mô bệnh học.

	Mật độ siêu âm của U giáp trạng (n = 57BN)				n
	Không đều		Đều		
	Số BN	Tỷ lệ	Số BN	Tỷ lệ	
Thể nhú, nhú nang	38	79,2	10	20,8	48
Thể nang	3	75	1	25	4

Tủy	4	100	0	0	4
Không biệt hóa	1	100	0	0	1

Thể nhú và nhú nang có mật độ âm giảm không đều vì có hoại tử vùng, có hình ảnh canxi.

Thể nang có mật độ siêu âm giảm, không đều, có hình ảnh canxi.

Thể tủy có mật độ tăng âm, giảm âm hoặc đồng âm. Có hình ảnh canxi trung tâm.

Thể không biệt hóa có thể tăng hoặc giảm âm hoặc không có ranh giới rõ.

Theo Charboneau T.W. 1987 cho biết rõ về hình ảnh canxi trung tâm trong siêu âm thường có trong ung thư thể nhú. Mật độ siêu âm không đều, có khi có bóng canxi nằm rải rác ở ngoại vi.

#### 4. Cấu trúc siêu âm của U giáp trạng theo kết quả mô bệnh học

Bảng 4. Cấu trúc U giáp trạng theo mô bệnh học UTTGT.

MBH	Cấu trúc siêu âm U					SL N=57
	Tăng âm	Đồng âm	Giảm âm	Rỗng âm	Hỗn hợp	
Nhú	4	6	32	1	5	48
Nhú nang	(8,3%)	(12,5%)	(66,7%)	(2%)	(10,4%)	
Nang	0	0	3	0	1	4
	(75%)			(25%)		
Tủy	0	0	2	0	2	4
	(50,0%)					
Không	0	0	1	0	0	1
Biệt hóa	(100%)					

Chủ yếu gặp cấu trúc siêu âm của U giáp trạng là giảm âm trong tất cả các thể mô bệnh học. Thể nang và không biệt hóa tỷ lệ giảm âm cao 75%, 100%.

Tỷ lệ các U giảm âm giữa các thể mô bệnh học không có sự khác biệt có ý nghĩa với  $p > 0,05$ .

U giáp có cấu trúc siêu âm là tăng âm và đồng âm chỉ gặp trong thể nhú, nhú nang (8,3%, 12,5%).

Rỗng âm chỉ gặp 1 trường hợp ở thể nhú, nhú nang (2%).

Trên bảng so sánh chẩn đoán lâm sàng và siêu âm của bệnh nhân, gần như 100% các trường hợp đều phát hiện được bướu nhân giáp bằng siêu âm mặc dù có rất nhiều loại nhân với tổn thương khác nhau.

#### KẾT LUẬN

Độ nhạy phát hiện khối U UTTGT của siêu âm cao hơn lâm sàng đạt 98,3%. Khả năng xác định vị trí và số lượng khối U cao hơn lâm sàng đạt 96,2% và 94,3%.

Về cấu trúc siêu âm chủ yếu là giảm âm chiếm 66,7% có ở tất cả các giai đoạn và thể mô bệnh học. Mật độ siêu âm phần lớn không đều 80,7%, cao ở giai đoạn III, IV 100% và thể tủy, thể không biệt hóa 100%.

So sánh giữa UTTGT và UGT lành tính: UTTGT có ranh giới U không rõ trên siêu âm cao hơn so với UGT lành tính 46,5% so với 20%. Cấu trúc siêu âm chủ yếu của cả hai nhóm đều là giảm âm UTTGT là 66,7%, UGT lành tính là 40% tuy nhiên cấu trúc rỗng âm chỉ gặp 1 trường hợp (1,8%) ít hơn nhiều so với UGT lành tính là 24%. Về các dấu hiệu siêu âm kèm theo thì hình ảnh viền giảm âm quanh U ít gặp trong UTTGT gặp 14%, gặp nhiều ở UGT lành tính 48%.

Như vậy có thể kết luận về mật độ siêu âm và ranh giới khối u không đều thường có thể nghĩ đến hình ảnh của ung thư tuyến giáp trạng.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hải thủy (2000), Siêu âm tuyến giáp, chẩn đoán và điều trị bệnh yueens giáp, NXBYH, Tr. 79-103.
2. Lê Văn Tri (1089), Cẩm nang siêu âm, (Tài liệu dịch từ nguyên bản Eschography của A.Bonnin, P. Legmann, NXBYH. Tr.233-252.
3. Traci Parker(1995), Thyroid, Text book of Diagnostic Ultrasonography, 4<sup>th</sup>. Edition, Mosby.
4. Chan BK, Desser TS, McDougall IR, Weigel RJ,(2003)Common and uncommon sonographic features of papillary thyroid carcinoma. J Ultrasound Med; 22:1083-1090.