

NHẬN XÉT KẾT QUẢ CHỌC HÚT TẾ BÀO KIM NHỎ VÀ SINH THIẾT TỨC THÌ TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ TUYẾN GIÁP

Vũ Anh Hải*, Lê Việt Anh*, Trần Xuân Bộ*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét chỉ định và kết quả chẩn đoán ung thư tuyến giáp bằng xét nghiệm chọc hút kim nhỏ tế bào học và sinh thiết tức thì tại Bệnh viện Quân y 103. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, trên những bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư tuyến giáp theo kết quả mô bệnh học sau mổ. Đối chiếu kết quả tế bào học và mô bệnh tức thì với kết quả mô bệnh sau mổ. **Kết quả:** 106 bệnh nhân ung thư tuyến giáp được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp. Xét nghiệm tế bào bằng chọc hút kim nhỏ trước mổ được thực hiện cho 100% trường hợp, kết quả: xác định được 51 bệnh nhân là ung thư (tỷ lệ 48,1%) và 50 bệnh nhân (tỷ lệ 42,7%) nghi ngờ ung thư tuyến giáp; 4 trường hợp chẩn đoán lành tính. STTT được chỉ định khi kết quả FNA (tỷ lệ 90,9%) hoặc khi tổn thương được đánh giá đại thể trong mổ (tỷ lệ 9,1%) nghi ngờ ác tính. Kết quả định tính tế bào của xét nghiệm STTT phù hợp với giải phẫu bệnh đạt 85,5%; STTT không xác định được các biến thể nang và tế bào trụ của UTBMTG thể nhú (tỷ lệ 14,5%). **Kết luận:** Hiệu quả chẩn đoán UTBMTG bằng chọc hút tế bào kim nhỏ đạt 48,1%. Cần chỉ định STTT cho những trường hợp có kết quả FNA nghi ngờ UTBMTG và những trường hợp ghi nhận tổn thương đại thể bất thường trong mổ để nâng cao kết quả chẩn đoán.

Từ khóa: Ung thư tuyến giáp, chọc hút kim nhỏ tế bào học, sinh thiết tức thì

SUMMARY

COMMENT ON THE RESULTS OF THE APPLICATION OF FINE -NEEDLE ASPIRATION AND FROZEN SECTION IN DIAGNOSING OF THYROID CARCINOMA

Objective: To review indications and diagnostic results of thyroid cancer by fine-needle aspiration (FNA) and frozen section at Military Hospital 103. **Subjects and methods:** Retrospective study on patients were diagnosed with thyroid cancer according to histopathological results. Compare the cytological and immediately histopathological results with the HE stain results. **Results:** 106 thyroid cancer patients underwent total thyroidectomy. Preoperative fine needle aspiration cytology was performed for 100% of cases, the results: identified of 51 patients with cancer (rate 48.1%) and 50 patients (rate 42.7) % suspected thyroid cancer; 4 cases were diagnosed as benign. Frozen-section was mainly indicated for patients with suspected of malignancy by FNA results

*Bệnh viện 103, Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Anh Hải

Email: vuanhhai.ncs@gmail.com;

Ngày nhận bài: 1/8/2021

Ngày phản biện khoa học: 30/8/2021

Ngày duyệt bài: 20/9/2021

(90.9%) or macroscopic lesion during operation (9,1%). The histopathologic type identification of frozen section test were consistent with HE stain at rate of 85.5%; frozen section test did not identify follicular and columnar variants of papillary thyroid carcinoma (14.5%). **Conclusions:** The efficiency of thyroid cancer diagnosis by FNA was 48.1%. Frozen section should be indicated for cases with FNA results or macroscopic lesions suspected of thyroid cancer to improve diagnostic results.

Key words: Thyroid cancer, fine-needle aspiration (FNA), frozen section.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tuyến giáp (UTBMTG) là bệnh ác tính thường gặp, chiếm 90% các trường hợp ung thư tuyến nội tiết và khoảng 1% các loại ung thư [1], [2]. Tại Việt Nam, theo số liệu Globocan, số ca mắc mới trong năm 2020 là 5471 trường hợp, chiếm tỉ lệ 3% và đứng thứ 10 trong tổng số các ca mắc ung thư, số ca tử vong là 642 ca, chiếm tỉ lệ 0,52% [3].

Chẩn đoán xác định bản chất bướu giáp trước phẫu thuật rất quan trọng, từ đó lựa chọn chiến lược điều trị phù hợp. Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNA) là xét nghiệm an toàn, dễ thực hiện, được áp dụng phổ biến trong chẩn đoán. Tuy vậy, độ nhạy, độ đặc hiệu vẫn còn những hạn chế. Do vậy, trong nhiều trường hợp, xét nghiệm mô học tức thì trong mổ (STTT) cần được thực hiện để chẩn đoán bản chất khối u [4], [5].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi thực hiện hồi cứu trên 106 bệnh nhân đã được chẩn đoán bằng FNA trước phẫu thuật hoặc STTT trong mổ. Từ đó, rút ra một số nhận xét về chỉ định và kết quả của hai xét nghiệm này tại Bệnh viện Quân Y 103.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. 106 bệnh nhân UTBMTG được phẫu thuật cắt hoàn toàn tuyến giáp tại khoa Phẫu thuật Lồng ngực - Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 6/2018 đến 12/2020.

2.2. Phương pháp. Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang.

2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu: Tuổi, giới tính, kích thước khối u, phân nhóm Tirads, giai đoạn TNM^{8th}.

- Nhận xét chỉ định và đánh giá kết quả của FNA và STTT: chỉ định theo kích thước u, phân nhóm

Tirads; kết quả chẩn đoán và định tính mô bệnh.

2.4. Xử lý số liệu. Số liệu được thu thập theo mẫu bệnh án thống nhất, xử lý các thuật toán bằng phần mềm SPSS 24.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm		n	Tỷ lệ %
Tuổi		47,4 ± 12,0 (17-77)	
Giới	Nữ	83	78,3
	Nam	22	20,8
Kích thước u trên siêu âm (mm)		14,6 ± 8,4 mm	
Phân nhóm TIRADS	II	1	0,9
	III	29	27,4
	IV	61	57,5
	V	15	14,2
Giai	T1	58	54,7

đoạn pT	T2	4	3,8
	T3	26	24,5
	T4	18	17,0
Giai đoạn pTNM	I	90	84,9
	II	11	10,4
	III	4	3,8
	IV	1	0,9
Di căn hạch cổ	Có	51	48,1
	Không	55	51,9
Mô bệnh học	UTBMTG thể nhú	88	83,0
	Biến thể của UTBMTG thể nhú	18	17,0
	UTBMTG thể nang	0	0

Tỉ lệ nữ:nam là 4:1. Đánh giá bướu giáp trên siêu âm chủ yếu thuộc phân nhóm TIRADS IV (57,5%). Giai đoạn T1 chiếm tỷ lệ cao (54,7%). UTBMTG biệt hóa ở giai đoạn I chiếm chủ yếu (tỷ lệ 83,3%).

3.2. Kết quả ứng dụng FNA

Bảng 2. Chỉ định FNA theo kích thước u và phân nhóm Tirads

Kích thước u	Tirads				Tổng
	II	III	IV	V	
< 10	1	11	25	3	40
10 - < 20	0	12	26	9	47
≥ 20	0	6	10	3	19
Tổng	1	29	61	15	106

Xét nghiệm FNA được chỉ định khi khối u kích thước dưới 10mm chiếm tỷ lệ 37,7%, trong đó chủ yếu thuộc phân nhóm từ TIRADS III trở lên (39/40 trường hợp), phân nhóm TIRADS II chiếm tỷ lệ rất thấp (1/40 trường hợp = 2,5%).

Bảng 3. Kết quả chẩn đoán tế bào học

Tế bào học	Tổng (n = 106)	
	n	%
Ung thư	51	48,1
Nghi ngờ ung thư	50	47,2
Lành tính	5	4,7

FNA có độ nhạy cao trong chẩn đoán UTBMTG (tỷ lệ 95,3%).

Bảng 4. Kết quả FNA theo kích thước u

Kích thước u (mm)	FNA			Tổng
	Ung thư	Nghi ngờ	Lành tính	
< 10	16	22	2	40
10 - 20	24	20	3	47
> 20	11	8	0	19
Tổng	51	50	5	106

FNA có độ nhạy cao trong chẩn đoán UTBMTG với u kích thước lớn, trên 20mm (19/19 trường hợp, tỷ lệ 100%).

3.3. Kết quả ứng dụng STTT

Bảng 5. Chỉ định STTT theo kết quả FNA và phân nhóm Tirads

Tế bào học	Tirads				Tổng
	II	III	IV	V	
Lành tính	0	4	0	1	5
Nghi ngờ ung thư	1	17	28	4	50
Tổng	1	21	28	5	55

Tất cả bệnh nhân có kết quả FNA nghi ngờ ác tính đều được làm STTT để xác định chẩn đoán trước khi quyết định cắt toàn bộ tuyến giáp. 4 trường hợp có kết quả FNA lành tính, tirads III nhưng đánh giá đại thể trong mổ, tổn thương có dấu hiệu xâm lấn, do vậy được thực hiện STTT để chẩn đoán.

Bảng 6. So sánh kết quả định tíP tế bào giữa STTT với giải phẫu bệnh

STTT	Mô bệnh học			Tổng
	Carcinoma thể nhú	Carcinoma nhú biến thể nang	Carcinoma nhú biến thể tế bào tru	
Carcinoma thể nhú	47	7	1	55
Biến thể PCT	0	0	0	0
Tổng	47	7	1	55

Tỷ lệ phù hợp trong định tíP mô học là 85,5%; xét nghiệm mô học tức thì không xác định được các biến thể của ung thư tuyến giáp thể nhú (0/8 trường hợp).

IV. BÀN LUẬN

Ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú là bệnh lí ác tính phổ biến nhất của tuyến giáp, khả năng bệnh nhân được chẩn đoán chính xác cao khi được chỉ định FNA các tổn thương tuyến giáp khi kết quả siêu âm có nghi ngờ. FNA được coi là xét nghiệm đáng tin cậy, tiết kiệm chi phí và ít xâm lấn nhất để chẩn đoán nhân tuyến giáp. Tuy nhiên, trong một số trường hợp kết quả FNA không chính xác, do những nguyên nhân như: kĩ thuật lấy bệnh phẩm không đầy đủ, kinh nghiệm của bác sĩ giải phẫu bệnh và các đặc điểm tế bào học trùng lặp giữa u nang lành tính và ác tính [5].

STTT trong mổ là công cụ chẩn đoán được đánh giá là có độ chính xác cao, hạn chế được những nguyên nhân gây sai lệch kết quả của FNA do khả năng lấy được chính các tổn thương và kích thước mẫu bệnh phẩm lớn... Kết quả STTT là cơ sở, giúp phẫu thuật viên đưa ra quyết định xử trí tổn thương ngay trong cuộc mổ. Do đó, quan điểm áp dụng STTT trong các trường hợp chẩn đoán FNA nghi ngờ ác tính được đa số phẫu thuật viên đồng thuận, thực hiện [6], [7].

Nhiều nghiên cứu cho thấy độ đặc hiệu của FNA đối với ung thư tuyến giáp (không bao gồm các trường hợp FNA nghi ngờ) trên 90%, từ đó cho rằng STTT sẽ không hữu ích [5], [7], [8]. Qin Y., và cs (2017), nghiên cứu trên 1265 bệnh nhân được thực hiện FNA và STTT, kết quả: nhóm bệnh nhân FNA ác tính có 10,0% STTT là lành tính hoặc không xác định, trong số đó 96,4% bệnh nhân có giải phẫu bệnh là ác tính [5]. Một số tác giả cũng khuyến cáo, kết quả STTT có tỷ lệ âm tính giả khá cao. Theo Kenedy J.M., và cs (2016), Qin Y., và cs (2017), thống kê các trường hợp có kết quả STTT là lành tính thì có tới 50% đến 80% trong số đó có kết quả giải phẫu bệnh là ác tính [5]. Như vậy, STTT không phải là xét nghiệm có độ chính xác cao trong loại trừ bệnh lí ác tính.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, xét nghiệm FNA cho kết quả nghi ngờ ác tính chiếm tỉ lệ khá lớn (47,2%); tuy vậy nếu xét về độ nhạy của FNA trong chẩn đoán ung thư tuyến giáp, tỷ lệ lên tới 95,3%. Như vậy, FNA có hiệu

quả cao trong chẩn đoán cao, việc đưa ra kết quả "nghi ngờ" là do các nhà tế bào học tại cơ sở chúng tôi đã thận trọng hơn trong việc đưa ra chẩn đoán xác định là ác tính. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng đã chứng minh STTT là rất hữu ích trong việc xác chẩn bệnh ung thư tuyến giáp, với 100% trường hợp có kết quả FNA nghi ngờ được xác chẩn chính xác bằng kết quả STTT. Kết quả được kiểm chứng bằng kết quả giải phẫu bệnh.

Trong nghiên cứu, chúng tôi có 5 trường hợp được chẩn đoán là bướu lành tính trước mổ (tỷ lệ 4,7%), được thực hiện STTT trong mổ, xác định là UTBMTG. Kết quả nghiên cứu cho thấy việc đánh giá tổn thương trong mổ và kinh nghiệm phẫu thuật viên là rất quan trọng: khi phẫu thuật cho những người bệnh có nguy cơ ung thư thấp (dựa vào khám lâm sàng; siêu âm - kích thước u nhỏ, phân nhóm Tirads I,II,III; kết quả FNA lành tính), không nên bỏ qua bước đánh giá đại thể tổn thương một cách tỉ mỉ (ranh giới, bề mặt, xâm lấn...), nếu nghi ngờ cần bổ sung xét nghiệm STTT để xác định lại bản chất tổn thương. Mặc dù, việc làm này gây kéo dài cuộc mổ nhưng có thể sẽ giúp người bệnh tránh được một cuộc mổ lại để cắt toàn bộ tuyến giáp, vét hạch cổ sau đó.

Một vấn đề cũng cần lưu tâm trong thực hiện FNA và STTT với u tuyến giáp thể nang vì rất khó chẩn đoán lành tính hay ác tính thông qua FNA và STTT, chủ yếu do không có khả năng đánh giá u nang vì mẫu bệnh phẩm không đầy đủ và chẩn đoán không dựa vào các đặc điểm cấu trúc như xâm lấn vỏ như trong carcinoma tuyến giáp thể nhú [6], [7]. Do đó, các nghiên cứu này khuyến cáo không nên STTT đối với các tổn thương dạng nang, cần chờ kết quả giải phẫu bệnh để quyết định kế hoạch điều trị.

V. KẾT LUẬN

Hiệu quả chẩn đoán UTBMTG bằng chọc hút tế bào kim nhỏ đạt 48,1%. Cần chỉ định STTT cho những trường hợp có kết quả FNA nghi ngờ UTBMTG và những trường hợp ghi nhận tổn thương đại thể bất thường trong mổ để nâng cao kết quả chẩn đoán.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Galliano Gretchen E, Frishberg David P (2012), "Pathology and classification of thyroid tumors", *Thyroid cancer*, Springer, 1-33.
2. Lim Raymond ZM, Ooi Juin Y, Tan Jih H, et al. (2019), "Outcome of Cervical Lymph Nodes Dissection for Thyroid Cancer with Nodal Metastases: A Southeast Asian 3-Year Experience", *International journal of surgical oncology*, 2019.
3. Sung Hyuna, Ferlay Jacques, Siegel Rebecca L, et al. (2021), "Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries", *J CA: A Cancer Journal for Clinicians*.
4. Crowe Amanda, Linder Ami, Hameed Omar, et al. (2011), "The impact of implementation of the Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology on the quality of reporting, "risk" of malignancy, surgical rate, and rate of frozen sections requested for thyroid lesions", *J Cancer cytopathology*, 119(5), 315-321.
5. Ye Qin, Woo Jennifer S, Zhao Qunzi, et al. (2017), "Fine-needle aspiration versus frozen section in the evaluation of malignant thyroid nodules in patients with the diagnosis of suspicious for malignancy or malignancy by fine-needle aspiration", *J Archives of pathology laboratory medicine*, 141(5), 684-689.
6. LiVolsi Virginia A, Baloch Zubair W (2005), "Use and abuse of frozen section in the diagnosis of follicular thyroid lesions", *J Endocrine pathology*, 16(4), 285-293.
7. Lumachi Franco, Borsato Simonetta, Tregnaghi Alberto, et al. (2009), "FNA cytology and frozen section examination in patients with follicular lesions of the thyroid gland", *J Anticancer research*, 29(12), 5255-5257.
8. Huber Gerhard F, Dziegielewski Peter, Matthews T Wayne, et al. (2007), "Intraoperative frozen-section analysis for thyroid nodules: a step toward clarity or confusion?", *J Archives of Otolaryngology-Head Neck Surgery*, 133(9), 874-881.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ PHẪU THUẬT AMIDAN QUÁ PHÁT ĐIỀU TRỊ NGÁY Ở BỆNH NHÂN TRƯỞNG THÀNH TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Nguyễn Triều Việt*, Nguyễn Minh Dương*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả cải thiện triệu chứng ngáy bằng phương pháp phẫu thuật cắt amidan quá phát ở người trưởng thành. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu có can thiệp lâm sàng trên 49 bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán ngáy và được điều trị bằng phẫu thuật cắt amidan quá phát. Địa điểm tại bệnh viện Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ và bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ, thời gian từ tháng 08/2018 đến 02/2021. **Kết quả:** Có 49 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, trong đó có 38 nam (63,3%), 11 nữ (36,7%). Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $38,89 \pm 7,8$. Trung bình BMI: 28,5. Độ ngáy chiếm tỷ lệ cao nhất là độ III (44,9%). Amidan quá phát độ III có tỷ lệ cao nhất (72,22%). Không có trường hợp nàorbị tai biến trong phẫu thuật. Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả tốt là khá cao, khi ra viện chiếm (75,5%) và sau 3 tháng chiếm (93,8%). **Kết luận:** Phẫu thuật cắt amidan quá phát làm rộng eo họng, rộng đường hô hấp và sẽ giúp bệnh nhân cải thiện tình trạng ngáy đáng kể.

Từ khóa: Ngủ ngáy, amidan quá phát, phẫu thuật cắt amidan

*Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Triều Việt

Email: vietctho@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/8/2021

Ngày phản biên khoa học: 29/8/2021

Ngày duyệt bài: 24/9/2021

SUMMARY

EVALUATING THE RESULT OF TONSILLECTOMY FOR TREATING THE TONSIL HYPERTROPHY CAUSING SNORING IN ADULTS AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

Objectives: Evaluating the results of tonsillectomy in patients with tonsillar hypertrophy to treating snoring. **Materials and methods:** A descriptive and interventional study was conducted on 49 ADULTS who were diagnosed with snoring and treated with tonsillectomy. Our study was conducted in Can Tho University Hospital of Medicine And Pharmacy from 4/2018 to 4/2020. **Results:** 49 patients were included in the study (38 males (63.3%) and 11 females (36.7%). The average age of the study subjects is 38.89 ± 7.8 . Average BMI: 28.5. Snoring accounted for the highest rate of level III (44.9%). Grade III hypertrophic tonsillitis has the highest rate (72.22%). There in no complication happening in the operations. The proportion of patients with good results is quite high, at discharge (75.5%) and after 3 months (93.8%). **Conclusion:** Tonsillectomy in patients with tonsillar hypertrophy will widen the waist of the throat, the airways and will help the patient improve the snoring significantly.

Keywords: Snoring, hypertrophic tonsillitis, tonsillectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngáy là biểu hiện đầu tiên và thường gặp của