

ĐÁNH GIÁ GIÁ TRỊ SINH THIẾT HẠCH CỬA TRONG UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN GIÁP THỂ NHÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Xuân Hậu^{1,2}, Nguyễn Xuân Hiền^{1,2}, Phạm Thái Dương², Nguyễn Nhật Tân², Lê Văn Quảng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá giá trị của phương pháp sinh thiết hạch cửa trong chẩn đoán di căn hạch cổ tiềm ẩn ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang tiến hành trên 170 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú được phẫu thuật tại Khoa Ung bướu và Chăm Sóc Giảm Nhẹ, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 12/2021 đến tháng 12/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ phát hiện hạch cửa bằng xanh Metylen là 98,2%, tỷ lệ di căn hạch cửa trên sinh thiết tức thì là 39,5%. Tỷ lệ di căn hạch cổ trên mô bệnh học thường quy: 51,5%. Xét nghiệm hạch cửa tức thì có độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương tính, giá trị dự báo âm tính, độ chính xác toàn bộ và tỷ lệ âm tính giả lần lượt là: 76,7%, 100%, 100%, 80,1%, 88% và 23,3%. **Kết luận:** Phương pháp hiện hình phát hiện hạch cửa bằng Xanh Metylen là phương pháp đơn giản, hiệu quả, phản ánh chính xác có hay không tình trạng di căn hạch cổ tiềm ẩn ở các bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú giai đoạn cN0. **Từ khóa:** ung thư tuyến giáp, xanh Metylen, sinh thiết hạch cửa.

SUMMARY

ASSESSMENT THE ROLE OF SENTINEL LYMPH NODE BIOPSY IN PAPILLARY THYROID CARCINOMA IN HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To evaluate the role of sentinel lymph node (SLN) biopsy in diagnosis of occult lymph node metastasis among Vietnamese patients with papillary thyroid carcinoma in Hanoi Medical University Hospital. **Patients and method:** Cross-sectional study of 170 patients with papillary thyroid carcinoma who underwent SLN biopsy at Oncology and Palliative care Department of Hanoi Medical University Hospital during 12/2021- 12/2022. **Results:** The rate of detecting sentinel lymph node using Methylene blue is 98.2%, the positive rate of SLN lesion in frozen section was 39.5%. Central lymph node metastasis in final pathology investigations was 51.5%. Sensitivity, specificity, accuracy, positive and negative predictive values of SLN biopsy was 76.7%, 100%, 100%, 80.1%, 88% and 23.3% respectively. **Conclusions:** Our study implies that SLN biopsy with methylene blue

dye method is a technically feasible and safe, which can reveal occult metastasis among papillary thyroid cancer patients with cN0 stage who may get benefit from selective neck dissection.

Keywords: Sentinel lymph node biopsy, methylene blue, thyroid cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp là bệnh hay gặp nhất trong ung thư các tuyến nội tiết, chiếm 3,6% các bệnh ung thư nói chung. Trong đó ung thư tuyến giáp thể nhú hay gặp nhất. Ung thư tuyến giáp thể này cũng có tiên lượng tốt nhất, tuy nhiên, bệnh hay di căn theo hệ thống bạch mạch. Do đó, tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn trong ung thư tuyến giáp thể nhú được báo cáo khá cao, dao động từ 27-90% các trường hợp, và được phát hiện chủ yếu sau phẫu thuật dựa vào xét nghiệm mô bệnh học.[1]

Phẫu thuật là phương pháp điều trị quan trọng nhất trong ung thư tuyến giáp, trong đó cắt tuyến giáp kèm nạo vét hạch cổ là phương pháp được áp dụng phổ biến. Phẫu thuật cắt tuyến giáp kèm nạo vét hạch cổ dự phòng giúp giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ, tuy nhiên, phương pháp này cũng có thể làm tăng nguy cơ tổn thương thần kinh thanh quản quặt ngược hoặc suy cận giáp nếu không được tiến hành bởi phẫu thuật viên có kinh nghiệm. Để hạn chế vét hạch hệ thống, việc tìm ra phương pháp phát hiện di căn hạch tiềm ẩn trong ung thư tuyến giáp là cần thiết, trong đó kỹ thuật sinh thiết hạch cửa đã được nhiều tác giả báo cáo là một phương pháp rất có giá trị, với độ nhạy thường ở mức cao 78-100%, độ đặc hiệu đạt 100%. [2] Trên thế giới đã có rất nhiều nghiên cứu về hạch cửa trong ung thư tuyến giáp, tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả của sinh thiết hạch cửa tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "Đánh giá giá trị sinh thiết hạch cửa trong ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm: Bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú được phẫu thuật tại khoa Ung bướu - Chăm Sóc Giảm Nhẹ, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 12/2021 đến tháng

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hậu

Email: drnguyentuanhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2023

Ngày duyệt bài: 5.01.2024

12/2022.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân nghiên cứu:

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp dựa vào lâm sàng, siêu âm và chọc hút tế bào. Những trường hợp không rõ ung thư trên tế bào học và/ hoặc siêu âm sẽ được làm sinh thiết tức thì trong mổ.

- Chẩn đoán giai đoạn lâm sàng cN0 theo phân loại AJCC 8th

- Được tiêm chất chỉ thị xanh Metylen quanh khối u.

- Được phẫu thuật vét hạch cổ nhóm trung tâm và nhóm II, III, IV hai bên.

- Kết quả mô bệnh học sau mổ là ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Ung thư tuyến giáp không thuộc tiêu chuẩn lựa chọn trên.

- Có tiền sử dị ứng với chất chỉ thị xanh Metylen.

- Bệnh nhân đã được phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại tuyến trước.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.3. Cỡ mẫu: Lấy cỡ mẫu thuận tiện.

2.4. Phương pháp nghiên cứu cắt ngang

2.5. Cách thức tiến hành:

- Thu thập hồ sơ bệnh án theo mẫu bệnh án

- Chọn bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu

- Ghi nhận các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phương pháp phẫu thuật.

- Đánh giá khả năng hiện hình hạch cửa của xanh Metylen

- Đánh giá giá trị của sinh thiết tức thì (STTT) hạch cửa trong chẩn đoán di căn hạch cổ tiềm ẩn.

2.6. Phân tích số liệu: số liệu được nhập và phân tích sử dụng phần mềm SPSS phiên bản 22.0.

2.7. Đạo đức nghiên cứu:

- Những bệnh nhân được chọn vào mẫu nghiên cứu tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị bệnh, không phục vụ mục đích nào khác.

- Mọi thông tin của bệnh nhân được đảm bảo giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình: 40,3 ± 10,6 tuổi, tuổi nhỏ nhất là 20, lớn nhất là 68. Lứa tuổi hay gặp nhất là dưới 45 tuổi chiếm gần 70%. Bệnh chủ yếu gặp ở nữ giới, tỷ lệ nữ/nam: 7,5/1. Phần lớn các

u có thể khám thấy trên lâm sàng với 105 trường hợp chiếm 61,8%. Mật độ cứng chắc là đặc điểm thường gặp của u với 81,9% u có đặc điểm này. Đa số các u chưa xâm lấn rộng trên lâm sàng với 95,2% trường hợp u vẫn có khả năng di động dễ.

Bảng 1: Đặc điểm u trên siêu âm tuyến giáp

Đặc điểm	Số BN	Tỷ lệ (%)
Vị trí u (n=170)*		
Thùy phải	79	46,5
Thùy trái	72	42,4
Eo giáp	7	4,1
Hai thùy	12	7,1
Vị trí u trong thùy (n=163)		
1/3 trên	24	14,7
1/3 giữa	91	55,8
1/3 dưới	48	29,4
Âm vang u (n=170)		
Giảm âm	139	81,7
Đồng âm	3	1,8
Tăng âm	2	1,2
Hỗn hợp âm	26	15,3
Kích thước u		
≤ 2cm	150	88,8
2-4 cm	17	10,0
>4 cm	3	1,2

Nhân xét: Cũng tương ứng với đặc điểm u trên lâm sàng, vị trí u ở 1 thùy hay gặp nhất chiếm gần 90%, phân bố đều ở cả 2 thùy phải và trái. Có 4,1% u nằm ở eo tuyến giáp và 7,1% u nằm ở cả 2 thùy. Trong thùy, u nằm ở vị trí 1/3 giữa hay gặp nhất chiếm trên 55%. Trên siêu âm, hình ảnh giảm âm hay gặp nhất chiếm trên 80%. Phần lớn bệnh nhân có kích thước u < 2 cm chiếm 88,8%, kích thước u > 4 cm chỉ chiếm 1,2%.

3.2. Phương pháp phẫu thuật và kết quả mô bệnh học

Bảng 2: Phương pháp phẫu thuật và kết quả mô bệnh học

	Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
PP phẫu thuật		
Cắt thùy tuyến giáp và eo	18	10,6
Cắt tuyến giáp toàn bộ	152	89,4
Mô bệnh học		
Thể nhú đơn thuần	158	92,9
Thể nhú biến thể nang	12	7,1

Nhân xét: Trong 170 bệnh nhân thì phần lớn được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp với 152 trường hợp chiếm gần 90%, chỉ có 18 trường hợp được phẫu thuật cắt 1 thùy và eo tuyến giáp chiếm 10,6%. Trên kết quả mô bệnh học, ung thư tuyến giáp thể nhú đơn thuần

chiếm đa số trường hợp, chỉ có 12 trường hợp chiếm 7,1% là ung thư thể nhú biến thể nang.

3.3. Kết quả phương pháp hiện hình và sinh thiết hạch cửa bằng Xanh Methylen

Bảng 3: Kết quả hiện hình hạch cửa và tình trạng di căn hạch cửa trên sinh thiết tức thì

	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
Phát hiện hạch cửa		
Phát hiện	167	98,2
Không phát hiện	3	1,8
Di căn hạch cửa trên STTT		
Di căn	66	39,5
Không di căn	101	60,5
Tổng	167	100

Nhận xét: Tỷ lệ phát hiện hạch cửa bằng Xanh Methylen là rất cao, chiếm 98,2%. Chỉ có 3 bệnh nhân chiếm khoảng 2% không phát hiện ra hạch cửa bằng phương pháp này. Tất cả các hạch cửa hiện hình được gửi làm sinh thiết tức thì. Tỷ lệ di căn hạch cửa trên sinh thiết tức thì chiếm 39,5%, có 60,5% hạch cửa âm tính trên sinh thiết tức thì.

3.4. Đối chiếu kết quả xét nghiệm hạch cửa trên sinh thiết tức thì với kết quả hạch cổ

Bảng 4: Đối chiếu kết quả xét nghiệm hạch cửa trên sinh thiết tức thì với kết quả xét nghiệm hạch cổ thường quy

Hạch cửa trên STTT	Hạch cổ		Tổng
	Di căn	Không di căn	
Di căn	66	0	66
Không di căn	20	81	101
Tổng	86	81	167

Kết quả: Độ nhạy = $66 / (66+20) = 76,7\%$
 Độ đặc hiệu = $81 / (81+0) = 100\%$
 Giá trị dự báo dương tính = $66 / (66+0) = 100\%$
 Giá trị dự báo âm tính = $81 / (81+20) = 80,1\%$
 Độ chính xác toàn bộ = $(66+81) / (66+0+20+81) = 88\%$

Tỷ lệ âm tính giả = $20 / (20+66) = 23,3\%$

Nhận xét: Tất cả 66 bệnh nhân có hạch cửa di căn trên sinh thiết tức thì đều di căn hạch cổ trên giải phẫu bệnh thường quy. Trong số 101 bệnh nhân kết quả hạch cửa trên sinh thiết tức thì âm tính có 20 bệnh nhân di căn hạch cổ trên giải phẫu bệnh thường quy. Khi tính toán các chỉ số đánh giá dựa trên đối chiếu kết quả xét nghiệm hạch cửa với tiêu chuẩn vàng cho thấy xét nghiệm hạch cửa tức thì có độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương tính, giá trị dự báo âm tính, độ chính xác toàn bộ và tỷ lệ âm tính giả lần lượt là: 76,7%, 100%, 100%, 80,1%, 88% và 23,3%.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 40,3 tuổi, thấp nhất là 20, cao nhất là 68 tuổi. Nhóm tuổi hay gặp nhất là dưới 45 tuổi chiếm 68,8%. Kết quả này cũng tương đương với kết quả của Nguyễn Văn Hùng, tuổi trung bình là 42,8, lứa tuổi hay gặp là từ 15 – 45 tuổi, chiếm tỷ lệ 57,8%. [3]

Về đặc điểm u trên lâm sàng, đa số u có mật độ cứng chắc chiếm 81,9% và di động dễ chiếm 95,2%. Kết quả của chúng tôi tương tự hai nghiên cứu của Nguyễn Xuân Phong và Nguyễn Văn Hùng với tỷ lệ u có mật độ cứng, chắc lần lượt là 93,9% và 94%, cho thấy đây là một trong những đặc trưng của khối ung thư tuyến giáp.[3], [4] Trên siêu âm, vị trí u nằm ở hai thùy tuyến giáp gần tương đương nhau, có 4,1% u nằm ở eo giáp và 7,1% u nằm ở cả hai thùy, khối u có đặc điểm âm vang là giảm âm hay gặp nhất chiếm 81,7%, tương đương với kết quả của tác giả Lê Công Định nghiên cứu tại bệnh viện Bạch Mai năm 2013 với đặc điểm giảm âm xuất hiện ở 79,8% các khối ung thư.[5]

Về phương pháp phẫu thuật, tỷ lệ bệnh nhân được phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ chiếm đa số gần 90%. Chỉ có khoảng 10% bệnh nhân được phẫu thuật bảo tồn cắt thùy và eo tuyến giáp. Nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu chủ yếu có thể mô bệnh học là ung thư tuyến giáp thể nhú đơn thuần với tỷ lệ 92,9%, tỷ lệ ung thư thể nhú biến thể nang là 7,1% trên kết quả giải phẫu bệnh sau mổ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi theo kết quả bảng 3, tỷ lệ phát hiện hạch cửa bằng Xanh Methylen là rất cao, chiếm 98,2%. Chỉ có 3 bệnh nhân chiếm 1,8% không phát hiện ra hạch cửa bằng phương pháp này. Cho tới hiện tại, trên thế giới cũng đã có một số các phân tích gộp nhằm đánh giá khả năng hiện hình hạch cửa, nghiên cứu phân tích gộp đầu tiên được thực hiện bởi Raijmakers (2008), bao gồm 14 nghiên cứu thì tỷ lệ phát hiện hạch cửa là 83%. [6] Một nghiên cứu phân tích gộp khác được thực hiện bởi Balasubramanian và Harrison (2011) với 24 nghiên cứu, trong đó có 17 nghiên cứu phát hiện hạch cửa bằng Xanh Methylen thì tỷ lệ phát hiện hạch cửa trung bình là 83,7%. [1] Như vậy kết quả của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu phân tích gộp, các nghiên cứu đều cho thấy tỷ lệ phát hiện hạch cửa bằng Xanh Methylen là rất cao.

Trong 167 bệnh nhân phát hiện hạch cửa bằng phương pháp hiện hình Xanh Methylen, tất cả các hạch cửa này được gửi làm sinh thiết tức thì. Tỷ lệ di căn hạch cửa trên sinh thiết tức thì

chiếm 39,5%, có 60,5% trường hợp hạch cửa âm. Kết quả nghiên cứu của tác giả Jaseongbae (2009), tỷ lệ hạch cửa di căn trên STTT là 55,5%. [7]. Tác giả Jong-Lyel Roh (2008) nghiên cứu trên 50 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hoá thu được kết quả tỷ lệ di căn hạch cửa trên STTT là 30,6%. [8] Sự khác biệt giữa các kết quả này có thể lý giải bởi sự khác biệt về số lượng bệnh nhân, tiêu chí tuyến bệnh của từng nghiên cứu.

Theo kết quả bảng 4, tất cả 66 bệnh nhân hạch cửa di căn trên sinh thiết tức thì đều di căn hạch cổ trên giải phẫu bệnh thường quy. Trong số 101 bệnh nhân kết quả hạch cửa trên sinh thiết tức thì âm tính có 20 bệnh nhân di căn hạch cổ trên giải phẫu bệnh thường quy. Tỷ lệ âm tính giả khi so sánh kết quả xét nghiệm hạch cửa trên sinh thiết tức thì với kết quả xét nghiệm hạch cổ là 23,3%. Đây là giá trị quan trọng nhất để đánh giá hiệu quả của xét nghiệm. Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương tính, giá trị dự báo âm tính và độ chính xác toàn bộ của phương pháp lần lượt là: 76,7%, 100%, 100%, 80,1% và 88%. Nghiên cứu của tác giả Cunningham (2010) trên 211 bệnh nhân, tỷ lệ di căn hạch cửa trên sinh thiết tức thì là 47 bệnh nhân (24%). Kết hợp với 24 bệnh nhân di căn hạch cửa trên giải phẫu bệnh thường quy không di căn trên STTT thì tỷ lệ âm tính giả của xét nghiệm STTT hạch cửa là 34%. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi.[9]

V. KẾT LUẬN

Phương pháp hiện hình và sinh thiết hạch cửa bằng Xanh Methylen trên các bệnh nhân ung

thư tuyến giáp thể nhú giai đoạn cN0 ở nghiên cứu này đem lại hiệu quả trong chẩn đoán có hay không tình trạng di căn hạch cổ tiềm ẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Shaha A.R.** (1998). MANAGEMENT OF THE NECK IN THYROID CANCER. Otolaryngologic Clinics of North America, 31(5), 823–831.
2. **Balasubramanian S.P. và Harrison B.J.** (2011). Systematic review and meta-analysis of sentinel node biopsy in thyroid cancer. British Journal of Surgery, 98(3), 334–344.
3. **Nguyễn Văn Hùng** (2013). Đánh giá kết quả điều trị ung thư tuyến giáp tại BV Tai Mũi Họng TW và BV Bạch Mai giai đoạn 2007 - 2013, Luận văn Bác sĩ nội trú bệnh viện, Đại học Y Hà Nội.
4. **Nguyễn Xuân Phong** (2011). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số xét nghiệm trong ung thư biểu mô tuyến giáp, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
5. **Lê Công Định, Nguyễn Thị Hoa Hồng** (2013). Tìm hiểu giá trị của siêu âm trong chẩn đoán bướu nhân tuyến giáp, thaythuocvietnam.vn.
6. **Paul MA, Raijmakers PG, Lips P** (2008). Sentinel node detection in patients with thyroid carcinoma: A meta-analysis. World và J Surg. 32(9): 1961–7.
7. **Woochanpark Jaseongbae and Byungjoosong** (2009). Endoscopic Thyroidectomy and Sentinel Lymph Node Biopsy Via an Anterior Chest Approach for Papillary Thyroid Cancer, Surg Today 39, 178–181..
8. **Jong-Lyel Roh** (2008). Sentinel lymph node biopsy as guidance for central Roh JL, neck dissection in patients with papillary thyroid carcinoma. Cancer, 113: 1527–1531.
9. **Cunningham D.Y, Turner RR, Singer FR et al** (2010). Sentinel Lymph Node Biopsy for Papillary Thyroid Cancer, 12 Years of Experience at a Single Institution. Ann Surg Oncol. Vol. 17.2970-2975.

KẾT QUẢ CHĂM SÓC TRẺ SƠ SINH NON THÁNG SUY HÔ HẤP VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI TRUNG TÂM NHI KHOA BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2023

Nguyễn Thị Lệ Huyền¹, Đỗ Tuấn Anh¹, Phạm Văn Đэм^{1,2}, Nguyễn Tiến Dũng³

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm trẻ sơ sinh non tháng suy hô hấp điều trị tại Trung tâm Nhi khoa Bệnh viện Bạch Mai năm 2023. Phân tích kết quả chăm sóc điều dưỡng bệnh nhi và một số yếu tố liên quan. **Đổi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả tiền cứu kết hợp nghiên cứu định tính trên 192 trẻ sơ sinh non tháng <37 tuần có suy hô hấp nhập viện tại TT Nhi khoa – Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** 77,1% trẻ có chỉ số SpO₂ (không oxy) <90%, 54,7% trẻ có nhịp thở nhanh ≥ 60 lần/ phút và 21,4% trẻ có nhịp thở chậm < 40 lần/ phút, 9,9% trẻ có phản xạ sơ sinh giảm hoặc mất, 81,8% trẻ có dấu hiệu tím tái, 84,9%

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Dược, ĐHQGHN

³Trường Đại học Thăng Long

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Lệ Huyền

Email: huyenlebm@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2023

Ngày duyệt bài: 5.01.2024