ASSOCIATION BETWEEN ISTHMIC LOCATION AND INVASIVE FEATURES AND CERVICAL LYMPH NODE METASTASIS IN PATIENTS WITH SOLITARY PAPILLARY THYROID CARCINOMA

Luu Xuan Thong*, Nguyen Quang Hung, Pham Anh Hai, Nguyen Tuan Anh

Thanh Hoa Oncology Hospital - 958 Quang Trung, Hac Thanh Ward, Thanh Hoa Province, Vietnam

Received: 01/06/2026
Revised: 24/07/2026; Accepted: 06/08/2026

ABSTRACT

Objectives: To describe the clinical and histopathological characteristics of solitary papillary thyroid carcinoma and evaluate the association between isthmic location and features of tumor invasion as well as cervical lymph node metastasis.

Methods: A retrospective cohort study was conducted on 261 patients with solitary papillary thyroid carcinoma who underwent surgery at Thanh Hoa Oncological Hospital between April 2023 and May 2026. Clinical and histopathological data were collected and analyzed for 38 patients with isthmic tumors and 223 patients with lobar tumors.

Results: The rate of capsular invasion was significantly higher in the isthmic group than in the lobar group (44.7% vs. 18.9%, p = 0.0001). After adjustment for age, sex, and tumor size, isthmic location remained independently associated with capsular invasion (adjusted OR = 3.54; 95% CI: 1.70-7.38; p = 0.001). The rate of central lymph node metastasis was 52.6% (20/38 cases) in the isthmic group compared to 48.2% (96/199 cases) in the lobar group (p = 0.620). However, high-volume central lymph node metastasis (> 5 metastatic central lymph nodes) was observed in 18.4% of patients in the isthmic group compared with 6.0% in the lobar group (p = 0.018).

Conclusions: In solitary papillary thyroid carcinoma, isthmic location is independently associated with capsular invasion and correlates with a high burden (> 5 metastatic lympho nodes) of central lymph node metastasis.

Keywords: Papillary thyroid carcinoma, isthmus thyroid cancer, cervical lymph node metastasis.

*Corresponding author
Email: luuxuanthong@gmail.com **Phone**: (+84) 916686629 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6121

MỐI LIÊN QUAN GIỮA VỊ TRÍ EO GIÁP VÀ CÁC ĐẶC ĐIỂM XÂM LẤN, DI CĂN HẠCH CỔ Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN GIÁP THỂ NHÚ ĐƠN Ổ

Lưu Xuân Thông*, Nguyễn Quang Hưng, Phạm Anh Hải, Nguyễn Tuấn Anh

Bệnh viện Ung Bướu Thanh Hóa - 958 Quang Trung, P. Hạc Thành, Tỉnh Thanh Hóa, Việt Nam

Ngày nhận: 01/06/2026
Ngày sửa: 24/07/2026; Ngày đăng: 06/08/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh và đánh giá mối liên quan giữa vị trí eo giáp và các đặc điểm xâm lấn, di căn hạch cổ của ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú đơn ổ.

Phương pháp: Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu 261 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú đơn ổ được phẫu thuật tại Bệnh viện Ung Bướu Thanh Hóa từ tháng 4/2023 đến tháng 5/2026, 38 trường hợp u eo giáp và 223 trường hợp u thùy giáp, các đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học được thu thập và phân tích.

Kết quả: Tỷ lệ xâm lấn bao ở nhóm eo giáp là 44,7% so với 18,9% ở nhóm thùy giáp (p = 0,0001); sau khi hiệu chỉnh tuổi, giới và kích thước u, vị trí eo giáp là yếu tố liên quan độc lập với xâm lấn vỏ bao (aOR = 3,54; 95% CI: 1,70-7,38; p = 0,001), tỷ lệ di căn hạch bạch huyết trung tâm nhóm eo giáp là 52,6% (20/38 ca) và 48,2% (96/199 ca) ở nhóm thùy giáp (p = 0,620); di căn > 5 hạch ở nhóm eo giáp là 18,4% và nhóm thùy giáp là 6,0% (p = 0,018).

Kết luận: Trong ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú đơn ổ, vị trí eo giáp liên quan độc lập với xâm lấn vỏ bao, liên quan với gánh nặng (> 5 hạch) di căn hạch trung tâm.

Từ khóa: Ung thư tuyến giáp thể nhú, ung thư eo giáp, di căn hạch cổ.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp là ung thư hay gặp nhất của hệ nội tiết, trong đó chiếm khoảng 80-90% ung thư tuyến giáp là thể nhú (papillary thyroid carcinoma - PTC) [1-2]. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính trong PTC, và thường là điều trị dẫn đầu trong hầu hết các trường hợp. Hai nội dung quan trọng của phẫu thuật là cắt u nguyên phát (mức độ cắt bỏ tuyến giáp) và xử lý hạch vùng cổ. Có nhiều yếu tố để đưa ra chỉ định mức độ phẫu thuật, trong đó tình trạng xâm lấn tại chỗ và di căn hạch là những yếu tố đầu tiên được cân nhắc [3]. Các khối u càng gần bao giáp thì càng thuận lợi hơn cho việc xâm nhập vỏ, xâm lấn ngoài bao và di căn hạch sớm hơn, nguy cơ tiến triển nhanh hơn u nằm sâu trong nhu mô.

Eo giáp là phần nhu mô nằm trước khí quản, nối phần thấp của hai thùy tuyến giáp, bề dày eo ở người châu Á khoảng 3,4 ± 1,7 mm [4-5]. Do đặc điểm giải phẫu đặc biệt: eo giáp mỏng, hệ thống cấp máu và dẫn lưu bạch huyết phong phú, một số nghiên cứu cho thấy rằng PTC tại eo giáp có tỷ lệ xâm lấn vỏ bao, xâm lấn ngoài tuyến giáp và di căn hạch trung tâm cao hơn so với PTC nằm ở thùy tuyến giáp [6-7]. Tuy nhiên, các kết quả này hiện nay vẫn chưa thống nhất. Tại Việt Nam, các nghiên cứu về PTC eo giáp còn hạn chế, chưa có nhiều dữ liệu mô tả, đánh giá riêng về ung thư tại vị trí này, và mối liên quan giữa vị trí eo giáp với các đặc điểm xâm lấn, di căn hạch cổ. Xuất phát từ thực tiễn trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học của bệnh nhân PTC đơn ổ theo vị trí khối u và đánh giá mối liên quan giữa vị trí khối u tại eo giáp với các đặc điểm xâm lấn và di căn hạch cổ ở bệnh nhân được phẫu thuật tại Khoa Ngoại Đầu mặt cổ, Bệnh viện Ung Bướu Thanh Hóa.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Ngoại Đầu mặt cổ, Bệnh viện Ung Bướu Thanh Hóa từ tháng 4/2023 đến tháng 5/2026.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân PTC đơn ổ được phẫu thuật điều trị trong thời gian nghiên cứu.

- *Tiêu chuẩn lựa chọn:* Người bệnh có mô bệnh học sau mổ là ung thư thể nhú, đơn ổ; hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin nghiên cứu. Tiêu chuẩn u eo giáp dựa trên hình ảnh siêu âm trước mổ: eo giáp là phần nhu mô được giới hạn giữa 2 đường thẳng vuông góc với mặt da và tiếp tuyến với thành bên khí quản, tâm khối u là giao điểm của 2 đường kính khối u; khối u giáp có tâm nằm trong vùng giới hạn của eo được xác định là u eo giáp.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* Ung thư khác kèm theo; mô bệnh học sau mổ là u tân sinh tuyến giáp dạng nang không xâm lấn với đặc điểm nhân giống nhú (NIFTP); đã phẫu thuật tuyến giáp trước đó.

2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Trong nghiên cứu này, theo các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ, chúng tôi thu thập được 261 bệnh nhân PTC đơn ổ, bao gồm 38 bệnh nhân PTC eo giáp và 223 bệnh nhân PTC thùy giáp.

2.5. Các biến số và chỉ số nghiên cứu

Tuổi, giới, vị trí u, kích thước u, dưới nhóm mô học của PTC, xâm lấn vỏ bao giáp, xâm lấn ngoài tuyến giáp, tình trạng di căn hạch cổ trung tâm (central lymph node metastasis - CLNM) bao gồm: có hay không, di căn nguy cơ cao (> 5 hạch bị di căn), di căn hạch cổ bên.

*Tác giả liên hệ
Email: luuxuanthong@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 916686629 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6121

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Số liệu được thu thập từ bệnh án điện tử bằng phiếu thu thập được thiết kế sẵn, nhập và làm sạch số liệu vào phần mềm SPSS 20.0

2.7. Phân tích số liệu

- Thống kê mô tả: biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn (X ± SD) hoặc trung vị (Q1-Q3); biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm.

- So sánh giữa hai nhóm: kiểm định Chi-square hoặc Fisher exact đối với biến định tính, Student t-test hoặc Mann-Whitney U test đối với biến định lượng.

- Đánh giá mối liên quan: hồi quy logistic đơn biến, hồi quy logistic đa biến. Các biến được đưa vào mô hình gồm vị trí u eo giáp, kích thước u > 1 cm, tuổi ≥ 55, giới tính nam. Kết quả được trình bày dưới dạng OR, OR hiệu chỉnh (aOR) và khoảng tin cậy 95% (95% CI).

- Ngưỡng ý nghĩa thống kê được xác định khi p < 0,05.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu quan sát, hồi cứu, không tác động đến quá trình điều trị của người bệnh; mọi thông tin thu thập từ bệnh án điều trị được bảo đảm bí mật và mã hóa khi phân tích. Nghiên cứu vì mục đích nâng cao chất lượng điều trị, không vì mục đích khác; và được sự đồng ý của Bệnh viện Ung Bướu Thanh Hóa.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học PTC đơn ổ

Đặc điểm	U thùy giáp (n = 223)	U eo giáp (n = 38)	p
Tuổi			
Trung vị (Q1-Q3) (tuổi)	52 (42,0-61,0)	47 (36,8-55,3)	0,034*
< 55 tuổi	128 (57,4%)	27 (71,1%)	0,113
≥ 55 tuổi	95 (42,6%)	11 (28,9%)	
Giới			
Nữ	200 (89,7%)	35 (92,1%)	0,778**
Nam	23 (10,3%)	3 (7,9%)	
Kích thước u			
Trung vị (Q1-Q3) (mm)	8,0 (5,0-12,0)	6,0 (5,0-9,5)	0,42*
≤ 10 mm	150 (67,3%)	29 (76,3%)	0,27
> 10 mm	73 (32,7%)	9 (23,7%)	
Phân loại			
Dưới nhóm cổ điển	201 (90,1%)	35 (92,1%)	1,0**
Dưới nhóm khác	22 (9,9%)	3 (7,9%)	
Xâm lấn vỏ bao tuyến giáp			
	42 (18,9%)	17 (44,7%)	0,0001
Xâm lấn ngoài tuyến (ETE)			
	5 (2,2%)	3 (7,9%)	0,095

**Kiểm định Mann-Whitney test; **Kiểm định Fisher's Exact test.*

Tuổi trung vị của nhóm u thùy giáp là 52 (42,0-61,0), cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm u eo giáp là 47 (36,8-55,3) với p = 0,034. Khi phân nhóm theo mốc 55 tuổi, sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê (p = 0,113).

Tỷ lệ xâm lấn vỏ bao tuyến giáp ở nhóm u eo giáp (44,7%) cao hơn so với nhóm u thùy giáp (18,9%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê rất mạnh với p = 0,0001. Tỷ lệ ETE ở nhóm eo giáp (7,9%) cũng cao hơn thùy giáp (2,2%) nhưng mối liên quan chưa đạt ý nghĩa thống kê với p = 0,095, hơn nữa số bệnh nhân có ETE khá thấp

Bảng 2. Đặc điểm phẫu thuật

Đặc điểm	U thùy giáp (n = 223)	U eo giáp (n = 38)	Tổng (n = 261)
Mức độ cắt giáp			
Cắt giáp toàn bộ	124 (55,6%)	29 (76,3%)	153 (58,6%)
Cắt một thùy giáp	99 (44,4%)	6 (15,8%)	105 (40,2%)
Cắt eo giáp	0	3 (7,9%)	3 (1,1%)
Mức độ vét hạch			
Vét hạch trung tâm	199 (89,2%)	38 (100%)	237 (90,8%)
Vét hạch cổ bên	22 (9,9%)	1 (2,6%)	23 (8,9%)

Nhóm u eo giáp có tỷ lệ thực hiện phẫu thuật cắt giáp toàn bộ (76,3%) cao hơn so với nhóm u thùy giáp (55,6%); cắt một thùy giáp chủ yếu được chỉ định ở nhóm u thùy giáp (44,4%). Có 3 trường hợp (7,9%) ở nhóm eo giáp được thực hiện kỹ thuật cắt eo giáp.

Tỷ lệ vét hạch trung tâm đạt mức rất cao trên toàn bộ mẫu nghiên cứu (90,8%). Đặc biệt, 100% bệnh nhân u eo giáp đều được tiến hành vét hạch trung tâm, trong khi tỷ lệ này ở nhóm u thùy giáp là 89,2%. Tỷ lệ vét hạch cổ bên ở nhóm thùy giáp là 9,9% và nhóm eo giáp là 2,6%.

Bảng 3. So sánh tình trạng di căn hạch giữa hai nhóm

Đặc điểm			
U thùy giáp	**U eo giáp**	**OR (95% CI)**	**p**
Di căn hạch trung tâm			
(n = 199) 96 (48,2%)	(n = 38) 20 (52,6%)	1,19 (0,59-2,39)	0,620
Số hạch trung tâm di căn [Trung vị (Q1-Q3)]			
0 (0-2)	1 (0-5)		0,22*
Di căn > 5 hạch trung tâm			
12 (6,0%)	7 (18,4%)	3,52 (1,29-9,63)	0,018**
Di căn hạch cổ bên			
(n = 53) 15 (30,6%)	(n = 1) 0 (0%)		1,0**
Xâm lấn ngoài vỏ hạch (ENE)			
(n = 199) 4 (2,0%)	(n = 38) 3 (7,9%)	4,18 (0,89-9,48)	0,084**

**Kiểm định Mann-Whitney test;*
***Kiểm định Fisher's Exact test*

Tính trên số ca thực tế được vét hạch, tỷ lệ di căn hạch trung tâm ở nhóm u eo giáp là 52,6% (20/38 ca), có xu hướng cao hơn so với nhóm u thùy giáp là 48,2% (96/199 ca). Tuy nhiên, sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê (OR = 1,19; 95% CI: 0,59-2,39; p = 0,620). Trung vị số hạch trung tâm di căn ở nhóm eo giáp là 1 (0-5), có xu hướng cao hơn nhóm thùy giáp là 0 (0-2), sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê (p = 0,22). Tỷ lệ bệnh nhân có > 5 hạch trung tâm bị di căn ở nhóm eo giáp cao hơn thùy giáp lần lượt là 18,4% so với 6,0% có ý nghĩa thống kê với p = 0,018.

Di căn hạch cổ bên ghi nhận 15 ca ở nhóm thùy giáp (30,6%) và 0 ca ở nhóm eo giáp. Tỷ lệ xâm lấn ngoài vỏ hạch (ENE) ở nhóm u eo giáp là 7,9% (3/38 ca), cao hơn nhóm u thùy giáp là 2% (4/199 ca) nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê (p = 0,084).

3.2. Mối liên quan giữa vị trí u eo giáp và các đặc điểm xâm lấn, di căn hạch

Phân tích các yếu tố liên quan đến di căn hạch trung tâm được thực hiện trên 237 bệnh nhân có kết quả mô bệnh học hạch trung tâm.

Bảng 4. Phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến các yếu tố liên quan đến di căn hạch trung tâm

Yếu tố nguy cơ			
Phân tích đơn biến		**Phân tích đa biến**	
OR (95% CI)	**p**	**aOR (95% CI)**	**p**
Vị trí eo giáp (so với thùy giáp)			
1,19 (0,59-2,39)	0,620	1,56 (0,74-3,28)	0,244
Tuổi ≥ 55 (so với tuổi < 55)			
1,37 (0,82-2,31)	0,233	1,59 (0,91-2,79)	0,105
Giới nam (so với nữ)			
2,14 (0,91-5,01)	0,081	2,57 (1,04-6,35)	0,041
Kích thước u > 10 mm (so với u ≤ 10 mm)			
4,15 (2,29-7,52)	0,0001	4,52 (2,45-8,34)	0,0001

Phân tích đơn biến: chỉ có biến "kích thước u > 10 mm" liên quan có ý nghĩa thống kê với di căn hạch trung tâm (OR = 4,15; p = 0,0001).

Phân tích đa biến: mô hình xác định được 2 yếu tố nguy cơ độc lập: "kích thước u > 10 mm" (aOR = 4,52; 95% CI: 2,45-8,34; p = 0,0001) và "giới nam" (aOR = 2,57; 95% CI: 1,04-6,35; p = 0,041).

Vị trí eo giáp sau khi hiệu chỉnh nhiễu tuy có tăng chỉ số nguy cơ (aOR = 1,56) nhưng vẫn không có ý nghĩa độc lập đối với di căn hạch trung tâm (p = 0,244).

Bảng 5. Phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến các yếu tố liên quan đến xâm lấn vỏ bao giáp

Yếu tố nguy cơ			
Phân tích đơn biến		**Phân tích đa biến**	
OR (95% CI)	**p**	**aOR (95% CI)**	**p**
Vị trí eo giáp (so với thùy giáp)			
3,47 (1,69-7,14)	0,001	3,54 (1,70-7,38)	0,001
Tuổi ≥ 55 (so với tuổi < 55)			
0,83 (0,46-1,51)	0,536	0,91 (0,49-1,68)	0,753
Giới nam (so với nữ)			
0,62 (0,21-1,89)	0,404	0,63 (0,20-1,96)	0,423
Kích thước u > 10 mm (so với u ≤ 10 mm)			
1,27 (0,69-2,34)	0,446	1,40 (0,74-2,63)	0,299

Trong phân tích đơn biến: chỉ ghi nhận "vị trí eo giáp" có mối liên quan ý nghĩa thống kê với tình trạng xâm lấn vỏ bao (p = 0,001). Bệnh nhân có khối u tại vị trí eo giáp có nguy cơ xâm lấn vỏ bao cao gấp 3,47 lần so với nhóm có khối u tại thùy giáp (OR = 3,47; 95% CI: 1,69-7,14). Các yếu tố "giới nam", "tuổi ≥ 55" và "kích thước u > 10 mm" chưa cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với p lần lượt là 0,404; 0,536 và 0,446.

Phân tích đa biến, sau khi đã hiệu chỉnh với tuổi, giới tính và kích thước khối u, nguy cơ xâm lấn vỏ bao giáp ở nhóm bệnh nhân có u tại eo giáp cao gấp 3,54 lần so với nhóm có u tại thùy giáp (aOR = 3,54; 95% CI: 1,70-7,38). Các yếu tố còn lại bao gồm "giới nam", "tuổi ≥ 55" và "kích thước u > 10 mm" đều không phải là yếu tố nguy cơ độc lập đối với tình trạng xâm lấn vỏ bao giáp (p > 0,05).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học của PTC eo giáp

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân PTC thùy giáp có tuổi trung vị là 52 (42,0-61,0) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với tuổi trung vị 47 (36,8-55,3) của nhóm PTC eo giáp (p = 0,034). Kết quả này trái ngược với nghiên cứu năm 2023 của Kwon O và cộng sự: nhóm bệnh nhân mắc PTC ở eo giáp có độ tuổi trung bình lớn hơn đáng kể so với nhóm PTC ở thùy giáp (49,6 tuổi so với 46,8 tuổi, p = 0,007) [8]. Bên cạnh đó, các nghiên cứu của các tác giả khác thấy sự khác biệt về tuổi giữa 2 nhóm bệnh nhân PTC eo giáp và thùy giáp không có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ bệnh nhân nữ giới luôn chiếm ưu thế trong PTC và trong nghiên cứu của chúng tôi giới nữ luôn chiếm tỷ lệ áp đảo ở cả hai nhóm thùy giáp (89,7%) và eo giáp (92,1%), không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,778). Sự phân bố dịch tễ theo giới này hoàn toàn phù hợp với các báo cáo ung thư giáp kinh điển, khẳng định u vùng eo giáp không mang đặc tính thiên lệch về giới tính so với u ở các vị trí thùy giáp.

Về kích thước u: trung vị ở nhóm thùy giáp là 8,0 mm lớn hơn so với nhóm eo giáp (6,0 mm), mặc dù sự khác biệt chưa đạt ý nghĩa thống kê với p = 0,42. Tương tự, tỷ lệ u có kích thước lớn > 10 mm ở nhóm thùy giáp là 32,7%, cao hơn nhóm eo giáp (23,7%) nhưng khác biệt không có ý nghĩa (p = 0,27). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Kwon O và cộng sự (2023): bệnh nhân PTC eo giáp có kích thước u trung bình nhỏ hơn đáng kể so với nhóm ở thùy giáp (0,8 ± 0,4 cm so với 1,0 ± 0,7 cm, p < 0,001) [8]. Tuy nhiên, nghiên cứu của Lee Y.C (2016) [9] và Song C.M (2016) [10] thấy kích thước u ở nhóm eo giáp lại lớn hơn một chút so với thùy giáp nhưng không có ý nghĩa thống kê. Những kết quả này cho thấy có vẻ như không thực sự có sự khác biệt ý nghĩa thống kê về kích thước u giữa PTC eo giáp và thùy giáp.

4.2. Mối liên quan giữa vị trí eo giáp và tình trạng xâm lấn u, di căn hạch cổ trung tâm

Đặc tính xâm lấn vỏ bao tuyến giáp là điểm khác biệt rõ nhất giữa hai nhóm vị trí u trong nghiên cứu của chúng tôi. Bảng 1 cho thấy tỷ lệ u xâm lấn vỏ bao ở nhóm eo giáp lên tới 44,7%, cao vượt trội so với mức 18,9% ở nhóm thùy giáp với giá trị p = 0,0001. Khi đưa vào mô hình hồi quy đa biến (bảng 5) để kiểm soát các yếu tố nhiễu bao gồm tuổi, giới tính và kích thước u, vị trí eo giáp được khẳng định là yếu tố nguy cơ độc lập duy nhất làm tăng khả năng xâm lấn vỏ bao với tỷ số chênh hiệu chỉnh aOR = 3,54 (95% CI: 1,70-7,38; p = 0,001). Tỷ lệ xâm lấn vỏ bao của PTC eo giáp cao hơn được Lee Y.C và cộng sự giải thích là do đặc điểm giải phẫu: độ dày của eo giáp rất hạn chế, khối u dù nhỏ cũng dễ dàng tiếp cận, phá vỡ vỏ bao và xâm lấn vào các mô lân cận [9].

Một trong những vấn đề còn nhiều tranh luận hiện nay là liệu vị trí eo giáp có làm tăng nguy cơ CLNM hay không. Bảng 3 cho thấy nhóm u eo giáp có tỷ lệ di căn thực tế là 52,6% (20/38 ca), cao hơn so với 48,2% (96/199 ca) của nhóm thùy giáp. Tuy nhiên, mối liên quan này không đạt ý nghĩa thống kê ở cả phân tích đơn biến (p = 0,620) lẫn đa biến (aOR = 1,56; 95% CI: 0,74-3,28; p = 0,244). Kết quả này trái ngược với Song C.M và cộng sự (2016) nghiên cứu trên 45 bệnh nhân PTC eo giáp và 149 bệnh nhân PTC thùy giáp đều được cắt tuyến giáp toàn bộ kèm nạo hạch trung tâm hai bên, các tác giả ghi nhận vị trí eo giáp là yếu tố nguy cơ độc lập của CLNM trên phân tích đa biến; đồng thời, nhóm eo giáp có tỷ lệ di căn hạch trước khí quản và hạch cạnh khí quản hai bên cao hơn đáng kể [10]. Sự khác biệt có thể do trong nghiên cứu của Song C.M và cộng sự, kích thước u trung bình của PTC eo là 12,2 ± 6,3 mm cao hơn PTC thùy là 11,6 ± 8,8 mm, mặc dù khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p = 0,732). Phân tích sâu hơn, chúng tôi đã tiến hành chia nhóm CLNM > 5 hạch và ≤ 5 hạch, bởi vì khi số lượng CLNM > 5 hạch là một trong những cân nhắc cho chỉ định cắt giáp toàn bộ. Kết quả bảng 3 cho thấy tỷ lệ CLNM > 5 hạch ở nhóm eo giáp là 18,4% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với thùy giáp là 6,0% với p = 0,018 (OR = 3,52; 95% CI: 1,29-9,63). Kết quả này gợi ý rằng vị trí eo giáp có thể không ảnh hưởng đến khả năng xuất hiện CLNM nhưng có liên quan đến mức độ lan tràn hạch khi di căn đã xảy ra; điều này phù hợp với giả thuyết về hệ thống dẫn lưu bạch huyết đa hướng của vùng eo giáp.

Một số nghiên cứu gần đây cũng cho thấy sau khi hiệu chỉnh các yếu tố nguy cơ kinh điển, vai trò độc lập của vị trí eo giáp đối với CLNM không phải lúc nào cũng được duy trì. Các nghiên cứu sử dụng phương pháp hiệu chỉnh yếu tố nhiễu hoặc ghép cặp điểm xu hướng đã cho thấy tác động của vị trí khối u có thể thấp hơn so với ảnh hưởng của kích thước u, tuổi hoặc các đặc điểm bệnh học khác [7-8].

Qua phân tích đa biến, nghiên cứu của chúng tôi xác định hai yếu tố nguy cơ độc lập đối với CLNM là "giới nam" và "kích thước khối u > 10 mm": nam giới có OR xuất hiện CLNM cao gấp khoảng 2,6 lần so với nữ giới (aOR = 2,57; p = 0,041), trong khi khối u > 10 mm làm tăng OR CLNM hơn 4 lần (aOR = 4,52; p < 0,001). Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu lớn trên thế giới. Phân tích của Kwon O và cộng sự (2023), giới tính nam là yếu tố nguy cơ độc lập với HR = 2,53 (95% CI: 1,445-4,438), p = 0,001; kích thước u > 10 mm có HR = 4,085 (95% CI: 2,542-6,566), p < 0,001.

4. KẾT LUẬN

Vị trí eo giáp liên quan độc lập với xâm lấn vỏ bao giáp, liên quan với mức độ lan tràn di căn trung tâm (> 5 hạch). Chưa đủ bằng chứng về mối liên quan độc lập của vị trí eo với CLNM nói chung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Pizzato M, Li M, Vignat J et al. The epidemiological landscape of thyroid cancer worldwide: GLOBOCAN estimates for incidence and mortality rates in 2020. Lancet Diabetes Endocrinol, 2022, 10 (4): 264-272. doi: 10.1016/S2213-8587(22)00035-3

[2] Megwalu U.C, Moon P.K. Thyroid cancer incidence and mortality trends in the United States: 2000-2018. Thyroid®, 2022, 32 (5): 560-570. doi: 10.1089/thy.2021.0662

[3] Haugen B.R, Alexander E.K, Bible K.C et al. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. Thyroid, 2016, 26 (1): 1-133. doi: 10.1089/thy.2015.0020

[4] Trịnh Văn Minh. Giải phẫu đầu mặt cổ. Trong: Giải phẫu người, tập 1. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, Vĩnh Phúc, 2010, tr. 451-616.

[5] Won H.S, Han S.H, Oh C.S et al. The location and morphometry of the thyroid isthmus in adult Korean cadavers. Anat Sci Int, 2013, 88 (4): 212-216. doi: 10.1007/s12565-013-0187-9

[6] Lyu Y.S, Pyo J.S, Cho W.J et al. Clinicopathological significance of papillary thyroid carcinoma located in the isthmus: a meta-analysis. World J Surg, 2021, 45 (9): 2759-2768. doi: 10.1007/s00268-021-06178-1

[7] Seok J, Choi J.Y, Yu H.W et al. papillary thyroid cancers of the thyroid isthmus: the pattern of nodal metastasis and the significance of extrathyroidal extension. Ann Surg Oncol, 2020, 27 (6): 1937-1944. doi: 10.1245/s10434-020-08215-0

[8] Kwon O, Lee S, Bae J.S et al. Implications of isthmic location as a risk factor in papillary thyroid carcinoma. Gland Surg, 2023, 12 (7): 952-962. doi: 10.21037/gs-23-56

[9] Lee Y.C, Na S.Y, Chung H et al. Clinicopathologic characteristics and pattern of central lymph node metastasis in papillary thyroid cancer located in the isthmus. The Laryngoscope, 2016, 126 (10): 2419-2421. doi: 10.1002/lary.25926

[10] Song C.M, Lee D.W, Ji Y.B et al. Frequency and pattern of central lymph node metastasis in papillary carcinoma of the thyroid isthmus. Head Neck, 2016, 38 (S1). doi: 10.1002/hed.24009