ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ KÉM BIỆT HÓA VÀ KHÔNG BIỆT HÓA TẠI BỆNH VIỆN K GIAI ĐOẠN 2018 - 2023

Nguyễn Văn Đăng[1,2,✉], Tiêu Văn Lực[1]

[1]Bệnh viện K

[2]Trường Đại học Y Hà Nội

Ung thư tuyến giáp là bệnh lý ung thư phổ biến nhất của hệ nội tiết (chiếm 90%). Phần lớn (> 95%), ung thư tuyến giáp có nguồn gốc từ tế bào nang giáp, chỉ dưới 5% ung thư từ tế bào cận giáp. Ung thư tế bào nang giáp chia làm 3 thể chính: thể biệt hóa cao, thể kém biệt hóa và thể không biệt hóa, trong đó, ung thư tuyến giáp thể kém biệt hóa và không biệt hóa có những đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng riêng biệt. Nghiên cứu được tiến hành trên 16 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể kém biệt hóa và không biệt hóa được điều trị tại Khoa Xạ đầu cổ - Bệnh viện K từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2023. Độ tuổi trung bình là 67,4 ± 11,2 tuổi. Lý do vào viện thường gặp là sờ thấy u vùng cổ (50%), hạch cổ (31,25%), nuốt vướng (12,5%). Đặc điểm u và hạch hay gặp trên lâm sàng là cứng chắc và di động hạn chế. Trên siêu âm, các đặc điểm của u hay gặp là: giảm âm (87,5%), vi vôi hóa (93,75%), ranh giới không rõ (93,75%). Tỷ lệ chẩn đoán hạch cổ bên trên siêu âm là 93,75%. Tỷ lệ chọc tế bào dương tính và nghi ngờ ung thư tuyến giáp thể kém biệt hóa là 100%.

Từ khóa: Ung thư tuyến giáp thể kém biệt hóa, không biệt hóa, di căn hạch.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp (UTTG) là bệnh lý ung thư phổ biến nhất của hệ nội tiết (chiếm 90%). Bệnh có xu hướng ngày càng gia tăng, hiện nay chiếm 3,8% tổng số các loại ung thư nói chung so với 1 - 2% trước đây.[1,2] Theo GLOBOCAN 2020, trên thế giới, ung thư tuyến giáp chiếm 3,0% trong tất cả các bệnh ung thư nói chung, bệnh thường gặp đứng hàng thứ 5 ở nữ giới với 448.915 ca mới mắc hàng năm và đứng hàng thứ 9 ở cả 2 giới với số ca mắc mới trung bình mỗi năm là 586.202 ca. Việt Nam cũng là một trong các quốc gia có ỷ lệ mắc ung thư tuyến giáp cao, bệnh phổ biến thứ 10 với 5471 ca mới mắc và 642 ca tử vong mỗi năm, tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi là 9,5/100.000 dân.[3]

Tác giả liên hệ: Nguyễn Văn Đăng

Bệnh viện K

Email: nguyenvandang@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 22/07/2024

Ngày được chấp nhận: 30/07/2024

Phần lớn (> 95%), ung thư tuyến giáp có nguồn gốc từ tế bào nang giáp, chỉ dưới 5% ung thư từ tế bào cận giáp. Ung thư tế bào nang giáp chia làm 3 thể chính: thể biệt hóa cao, thể kém biệt hóa và thể không biệt hóa. Trong khi, phần lớn bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa cao có tiên lượng rất tốt bất kể điều trị, ung thư tuyến giáp kém biệt hóa và không biệt hóa có tiên lượng rất xấu, đặc biệt là thể không biệt hóa.

Theo WHO năm 2004, ung thư tuyến giáp kém biệt hóa được mô tả là "ung thư của tế bào nang giáp, không rõ ràng về mặt cấu trúc của tế bào nang biệt hóa, nằm trung gian về mặt hình thái giữa ung thư tuyến giáp biệt hóa cao và không biệt hóa".[4] Ngoài ra, theo tiêu chuẩn Turin, ung thư tuyến giáp kém biệt hóa được định nghĩa:

(1) tăng sinh cấu trúc đặc/xốp/insular,

(2) không có đặc điểm nhân của ung thư

tuyến giáp thể nhú,

(3) có ít nhất 1 trong các đặc điểm sau: nhân tăng sắc uốn lượn, có nguyên phân (≥ 3 x10 HPF), hoại tử.[5]

Ung thư tuyến giáp kém biệt hóa hiếm gặp, chiếm khoảng 0,3 - 6,7 % trong tất cả ung thư tuyến giáp và có độ tuổi trung bình là 55 - 63.[6] ung thư tuyến giáp không biệt hóa chỉ chiếm dưới 1% trong tất cả ung thư tuyến giáp , chủ yếu gặp ở người cao tuổi với tuổi trung bình là 71, nữ nhiều hơn nam, chiếm 60 - 70%.[7] Chẩn đoán ung thư tuyến giáp thể kém biệt hóa và không biệt hóa dựa chủ yếu vào lâm sàng, siêu âm, tế bào học, mô bệnh học và hóa mô miễn dịch sau phẫu thuật. Do có tỷ lệ ung thư tuyến giáp thể kém biệt hóa và thể không biệt hóa nằm lẫn trong ung thư tuyến giáp thể biệt hóa cao, đôi khi bệnh chỉ được chẩn đoán xác định sau phẫu thuật. Mô bệnh học và hóa mô miễn dịch giúp phân biệt ung thư tuyến giáp thể kém biệt hóa, không biệt hóa và biệt hóa cao.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trên nhóm bệnh nhân ung thư tuyến giáp kém biệt hóa và không biệt hóa tại Bệnh viện K từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Gồm 16 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư tuyến giáp thể kém biệt hóa, không biệt hóa điều trị tại Khoa Xạ đầu cổ - Bệnh viện K giai đoạn từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân ung thư tuyến giáp, kết quả mô bệnh học là ung thư tuyến giáp thể kém hoặc không biệt hóa.

- Đã phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp, vét hạch cổ.

- Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư tuyến giáp kém biệt hóa và có một trong các yếu tố nguy cơ cao: u xâm lấn ngoài vỏ, diện cắt R1, R2, có di căn hạch.

- Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư tuyến giáp không biệt hóa.

- Thể trạng chung tốt: PS 0-1.

- Có hồ sơ theo dõi đầy đủ và có thông tin sau điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Mắc bệnh ung thư thứ 2.

- Bệnh nhân bỏ dở điều trị.

- Bệnh nhân có các bệnh mạn tính hoặc cấp tính trầm trọng có khả năng gây tử vong trong thời gian ngắn.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang hồi cứu.

Thời gian, địa điểm nghiên cứu

Từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2023 tại Bệnh viện K.

Mẫu nghiên cứu

Chọn mẫu thuận tiện, chọn được 16 bệnh nhân vào nghiên cứu.

Các chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm lâm sàng: Tuổi, giới, lý do vào viện, đặc điểm u, hạch trên lâm sàng.

- Đặc điểm cận lâm sàng: Đặc điểm siêu âm u và hạch, kết quả tế bào trước mổ, kết quả giải phẫu bệnh sau mổ.

Xử lý số liệu

Các thông tin được mã hoá và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

Các thuật toán thống kê: mô tả, kiểm định so sánh.

3. Đạo đức nghiên cứu

Tất cả thông tin chi tiết về tình trạng bệnh

tật, các thông tin cá nhân của người bệnh được bảo mật. Nghiên cứu mô tả, không can thiệp, không làm ảnh hưởng tới kết quả điều trị người bệnh. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị, không nhằm mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ phần trăm (%)
Tuổi		
Tuổi trung bình: 67,4 ± 11,2 tuổi (45-78 tuổi)		
< 65	9	56,25
> 65	7	43,75
Giới		
Nam	3	18,75
Nữ	13	81,25
Lý do khám bệnh		
U vùng cổ	8	50
Hạch cổ	5	31,25
Nuốt vướng	2	12,5
Khàn tiếng	1	6,25
Kiểm tra sức khỏe định kì	0	0

Tuổi trung bình là 67,4 tuổi, thấp nhất là 45 tuổi, cao nhất là 78 tuổi. giới nữ chiếm đa số (81,25%). Chủ yếu bệnh nhân khám bệnh do sờ thấy u vùng cổ, chiếm 50%, các lý do khám bệnh khác ít gặp hơn như nuốt vướng (12,5%), khàn tiếng (6,25%).

Bảng 2. Đặc điểm u tuyến giáp trên lâm sàng

Đặc điểm u trên lâm sàng		Số Bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Sờ thấy u trên lâm sàng	Có	13	81,25
	Không	3	18,75
Vị trí u (n = 15)	Thùy phải	4	25,0
	Thùy trái	5	31,25
	Eo giáp	0	0
	Cả hai thùy	7	43,75

Đặc điểm u trên lâm sàng		Số Bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Mật độ u (n = 15)	Cứng, chắc	15	93,75
	Mềm	1	6,25
Di động u	Có di động	6	37,5
	Di động hạn chế	10	62,5

Tỷ lệ sờ thấy u trên lâm sàng là 81,25%, trong đó tỷ lệ u ở cả 2 thùy tương đối cao: 43,75%. Đặc điểm u hay gặp là cứng, chắc và di động hạn chế.

Bảng 3. Đặc điểm hạch trên lâm sàng

Đặc điểm hạch	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Phát hiện hạch trên lâm sàng		
Không	5	31,25
Có	11	68,75
Mật độ hạch (n = 11)		
Cứng chắc	10	90,9
Mềm	1	9,1
Di động hạch (n = 11)		
Di động	2	18,2
Hạn chế	9	81,8

Trên lâm sàng, tỷ lệ khám phát hiện hạch cổ trên nhóm bệnh nhân là 68,75%. Phần lớn hạch có đặc điểm cứng chắc (90,9%) và di động hạn chế (81,8%).

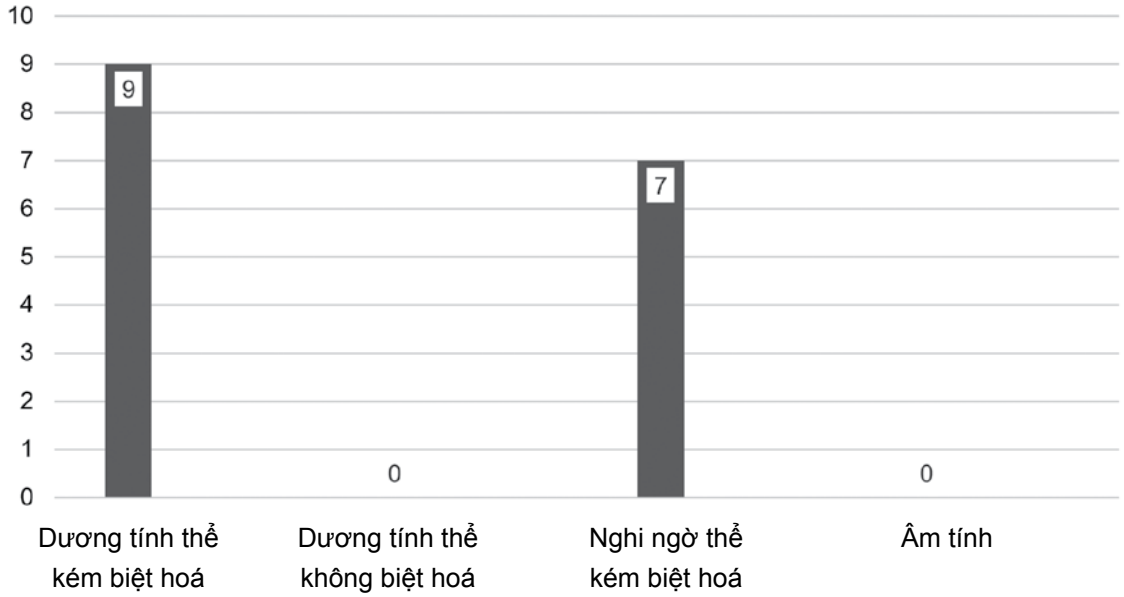
2. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 4. Đặc điểm u và hạch trên siêu âm

	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Đặc điểm u trên siêu âm		
Vị trí u		
Thùy phải	3	18,75
Thùy trái	4	25,0
Eo giáp	0	0
Hai thùy	9	56,25

	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Kích thước u		
Kích thước trung bình: 29,3 ± 15,2mm (15 - 64mm)		
U < 2cm	7	43,75
U từ 2 - 4cm	6	37,5
U > 4cm	3	18,75
Số lượng u		
1 u	7	43,75
≥ 2 u	9	56,25
Âm vang		
Giảm âm	14	87,5
Tăng âm	1	6,25
Hỗn hợp âm	1	6,25
Canxi hóa		
Vi vôi hóa	15	93,75
Không vôi hóa	1	6,25
Tăng sinh mạch		
Tăng sinh mạch	7	43,75
Không mô tả	9	56,25
Ranh giới		
Ranh giới rõ	1	6,25
Ranh giới không rõ	15	93,75
TIRADS		
4a	0	0
4b	4	25,0
4c	7	43,75
5	5	31,25
Phát hiện hạch trên siêu âm		
Không	0	0
Có	16	100
Vị trí hạch		
Chỉ hạch cổ trung tâm	1	6,25
Hạch cổ bên	15	93,75

Trên siêu âm phát hiện được cả những trường hợp không sờ thấy u trên lâm sàng, kích thước u nhỏ nhất là 15mm, lớn nhất là 64mm. Kích thước u trung bình là 29,3 ± 15,2mm. Đa số u gặp ở 2 thùy của tuyến giáp, chiếm 56,25%. Tỷ lệ có từ 2 u trở lên chiếm 56,25%. Các đặc điểm của u trên siêu âm hay gặp là: giảm âm (87,5%), vi vôi hóa (93,75%), ranh giới không rõ (93,75%). Tất cả bệnh nhân đều được ghi nhận có hạch trên siêu âm, trong đó có tới 93,75% trường hợp phát hiện hạch cổ bên.



Biểu đồ 1. Kết quả chọc tế bào

Tất cả bệnh nhân đều được chọc hút tế bào bằng kim nhỏ. Trong số đó, 56,25% có kết quả là dương tính với thể kém biệt hóa, 43,75% có kết quả là nghi ngờ thể kém biệt hóa. Không có bệnh nhân nào khẳng định ung thư tuyến giáp không biệt hóa.

Bảng 5. Kết quả phẫu thuật

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
Mô bệnh học		
UTTG kém biệt hóa	10	62,5
UTTG không biệt hóa	6	37,5
U phá vỏ		
Có	8	50
Không	8	50
Hạch di căn		
Có	15	93,75
Không	1	6,25

Sau phẫu thuật, tỷ lệ ung thư tuyến giáp kém biệt hóa chiếm 62,5%. U phá vỏ chiếm tỷ lệ cao, 50%. Đa số các trường hợp sau mổ có di căn hạch, chiếm 93,75%.

IV. BÀN LUẬN

Ung thư tuyến giáp thể kém, không biệt hóa có thể gặp ở nhiều lứa tuổi khác nhau, tuy nhiên các ghi nhận dịch tễ đều cho thấy hay gặp ở lứa tuổi trung niên và cao tuổi. Nghiên cứu trên 5583 bệnh nhân ung thư tuyến giáp tại Hoa Kỳ cho thấy 67% bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể không biệt hóa có độ tuổi trên 70, trong khi ung thư tuyến giáp thể biệt hóa lại hay gặp ở độ tuổi trung niên, từ 30 - 50 tuổi.[8] Một nghiên cứu khác trên 91 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể kém biệt hóa ghi nhận độ tuổi trung bình là 59 tuổi (16 - 93 tuổi).[9] Theo bảng 1, tuổi trung bình bệnh nhân trong nghiên cứu là 67,4 ± 11,2 tuổi, tương tự với các nghiên cứu khác trên thế giới. Bệnh nhân tuổi cao mắc ung thư tuyến giáp thể kém biệt hóa và không biệt hóa khiến việc chẩn đoán và điều trị càng thêm khó khăn.

Theo số liệu của bảng 1 cho thấy: đa số bệnh nhân đi khám vì phát hiện có u vùng cổ, lý do vào viện này chiếm tỉ lệ 50,0%. Tuy nhiên, các triệu chứng gợi ý bệnh giai đoạn tiến triển cũng chiếm tỷ lệ đáng kể như: sờ thấy hạch cổ chiếm 31,25%, nuốt vướng chiếm 12,5% và nói khàn chiếm 6,25%. Kết quả này khác biệt với ung thư tuyến giáp thể biệt hóa, khi khối u tiến triển chậm và bệnh nhân chủ yếu khám bệnh vì biểu hiện tại chỗ. Trong các nghiên cứu về ung thư tuyến giáp thể biệt hóa, nguyên nhân chủ yếu để bệnh nhân đi khám là phát hiện khối vùng cổ: Theo tác giả Lê Văn Quảng (2002) nguyên nhân thường gặp nhất là tự sờ thấy khối u vùng cổ, chiếm 68,5%.[10]

Trong nghiên cứu, đặc điểm lâm sàng của khối u hay gặp là cứng chắc, di động hạn chế. Ngoài ra, tỷ lệ phát hiện hạch cổ trên lâm sàng là 68,75%, với đặc điểm hạch hay gặp là cứng chắc, di động hạn chế. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước, cho thấy ung thư tuyến giáp thể kém biệt hóa và không biệt hóa tiến triển nhanh, hay di căn hạch cổ hơn ung thư tuyến giáp thể biệt hóa.

Siêu âm là công cụ chẩn đoán hình ảnh quan trọng trong chẩn đoán và sàng lọc ung thư tuyến giáp. Theo bảng 4, trên hình ảnh siêu âm của ung thư tuyến giáp kém biệt hóa và không biệt hóa hay gặp các đặc điểm: giảm âm chiếm 87,5%, vi vôi hóa chiếm 93,75%, ranh giới u không rõ chiếm 93,75%. Có thể thấy, tuy có tiên lượng khác hẳn với thể biệt hóa nhưng ung thư tuyến giáp thể kém biệt hóa và không biệt hóa có các đặc điểm siêu âm tương tự, khó phân biệt với ung thư tuyến giáp thể biệt hóa.[11] Kích thước u trung bình trong nghiên cứu là 29,3 ± 15,2mm. Có 56,25% số bệnh nhân phát hiện có u ở 2 thùy trên siêu âm, không có bệnh nhân nào phát hiện u tại eo giáp. Kết quả này tương đồng với kết quả của S. Ahmed, nghiên cứu trên 57 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể không biệt hóa thấy rằng kích thước trung bình u là 51mm, 54% trường hợp phát hiện u tại 2 thùy.[12] Tỷ lệ phát hiện hạch cổ trên siêu âm trong nghiên cứu là 100%, trong số đó có 93,75% phát hiện hạch cổ bên. Tỷ lệ phát hiện hạch cổ bên cao trên siêu âm cũng cho thấy mức độ ác tính cao, lan tràn nhanh của bệnh ung thư tuyến giáp kém biệt hóa và không biệt hóa.

Theo biểu đồ 1, tất cả các bệnh nhân đều được chọc tế bào bằng kim nhỏ trước phẫu thuật, và đều có kết quả là dương tính với thể kém biệt hóa và nghi ngờ thể kém biệt hóa. Kết quả này cho thấy mức độ chính xác cao của phương pháp chọc hút tế bào bằng kim nhỏ tại cơ sở chúng tôi, đặc biệt là khi được phối hợp chọc tế bào dưới hướng dẫn siêu âm. Tuy nhiên, không có trường hợp

nào ghi nhận ung thư tuyến giáp thể không biệt hóa. Theo bảng 5, sau phẫu thuật, mô bệnh học ung thư tuyến giáp thể kém biệt hóa chiếm 62,5%, trong khi ung thư tuyến giáp thể không biệt hóa chiếm 37,5%. Điều này có thể giải thích do ung thư tuyến giáp thể không biệt hóa thường nằm lẫn trong nhu mô lành, ung thư tuyến giáp thể biệt hóa hay kém biệt hóa, khiến việc chọc tế bào phát hiện trước phẫu thuật là rất khó khăn. Phẫu thuật không chỉ có vai trò điều trị mà còn giúp phân loại mô bệnh học ung thư tuyến giáp một cách chính xác. Tỷ lệ u phá vỡ vỏ và hạch cổ di căn sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ cao, cho thấy mức độ ác tính cao, xâm lấn rộng của ung thư tuyến giáp kém biệt hóa và không biệt hóa.

V. KẾT LUẬN

Độ tuổi trung bình bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể kém biệt hóa và không biệt hóa cao hơn so với thể biệt hóa. Lý do vào viện thường gặp là triệu chứng tiến triển của bệnh như sờ thấy u hoặc hạch, nuốt vướng. Tỷ lệ phát hiện hạch cổ bên cao. ung thư tuyến giáp không biệt hóa thường được chẩn đoán xác định nhờ bệnh phẩm sau mổ, tỷ lệ phát hiện qua chọc tế bào trước mổ thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Davies L, Welch HG. Current thyroid cancer trends in the United States. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2014; 140(4): 317-322. doi:10.1001/jamaoto.2014.1.

2. Shaha AR. Implications of prognostic factors and risk groups in the management of differentiated thyroid cancer. *Laryngoscope*. 2004; 114(3): 393-402. doi:10.1097/00005537-200403000-00001.

3. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*. 2021; 71(3): 209-249. doi:10.3322/caac.21660.

4. DRL Heitz PU, The International Agency for Research on Cancer. *WHO Classification of Tumours of Endocrine Organs*. IARC Press; 2004.

5. Volante M, Collini P, Nikiforov YE, et al. Poorly differentiated thyroid carcinoma: the Turin proposal for the use of uniform diagnostic criteria and an algorithmic diagnostic approach. *Am J Surg Pathol*. 2007; 31(8): 1256-1264. doi:10.1097/PAS.0b013e3180309e6a.

6. Bongiovanni M, Fadda G, Faquin WC. Poorly Differentiated Thyroid Carcinoma. In: Ali SZ, Cibas ES, eds. *The Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology*. Springer International Publishing; 2018: 177-188. doi:10.1007/978-3-319-60570-8_10.

7. Kebebew E, Greenspan FS, Clark OH, Woeber KA, McMillan A. Anaplastic thyroid carcinoma. Treatment outcome and prognostic factors. *Cancer*. 2005; 103(7): 1330-1335. doi:10.1002/cncr.20936.

8. Hundahl SA, Cady B, Cunningham MP, et al. Initial results from a prospective cohort study of 5583 cases of thyroid carcinoma treated in the United States during 1996. *Cancer*. 2000; 89(1): 202-217. doi:10.1002/1097-0142(20000701)89:1<202::AID-CNCR27>3.0.CO;2-A.

9. Ibrahimpasic T, Ghossein R, Carlson DL, et al. Outcomes in patients with poorly differentiated thyroid carcinoma. *J Clin Endocrinol Metab*. 2014; 99(4): 1245-1252. doi:10.1210/jc.2013-3842.

10. Lê Văn Quảng. Nhận xét đặc điểm lâm sàng và các phương pháp điều trị ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện K từ năm 1992-2000. *Tạp chí Y học*.:323-326.

11. Suh HJ, Moon HJ, Kwak JY, Choi JS, Kim EK. Anaplastic Thyroid Cancer:

Ultrasonographic Findings and the Role of Ultrasonography-Guided Fine Needle Aspiration Biopsy. *Yonsei Med J*. 2013; 54(6): 1400-1406. doi:10.3349/ymj.2013.54.6.1400.

12. Ahmed S, Ghazarian MP, Cabanillas ME, et al. Imaging of Anaplastic Thyroid Carcinoma. *American Journal of Neuroradiology*. 2018; 39(3): 547-551. doi:10.3174/ajnr.A5487.

Summary

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH POORLY DIFFERENTIATED AND UNDIFFERENTIATED THYROID CANCER AT VIET NAM NATIONAL CANCER HOSPITAL DURING 2018 - 2023

Thyroid cancer (TC) is the most common malignancy of the endocrine system, accounting for 90% of cases. The majority (> 95%) of thyroid cancers originate from follicular cells, with less than 5% originating from parafollicular cells. Thyroid cancer of follicular origin is divided into three main types: well-differentiated, poorly differentiated, and undifferentiated. Poorly differentiated and undifferentiated thyroid cancers have distinct clinical and paraclinical features. The study was conducted on 16 patients with poorly differentiated and undifferentiated thyroid cancers treated at the Head and Neck Radiation Department of Viet Nam National Cancer Hospital from January 2018 to December 2023. The average age was 67.4 ± 11.2 years. Common reasons for hospital admission included palpable neck mass (50%), cervical lymphadenopathy (31.25%), and dysphagia (12.5%). Clinically, the tumors and lymph nodes were often firm and had limited mobility. On ultrasound, the common features of the tumors were hypoechogenicity (87.5%), microcalcifications (93.75%), and indistinct margins (93.75%). The rate of cervical lymph node diagnosis on ultrasound was 93.75%. The rate of positive and suspicious fine-needle aspiration cytology for poorly differentiated thyroid cancer was 100%.

Keywords: Poorly differentiated thyroid cancer, undifferentiated thyroid cancer, lymph node metastasis.