

# UNG THƯ TUYÊN GIÁP THẺ NHÚ CẬP NHẬT 2025

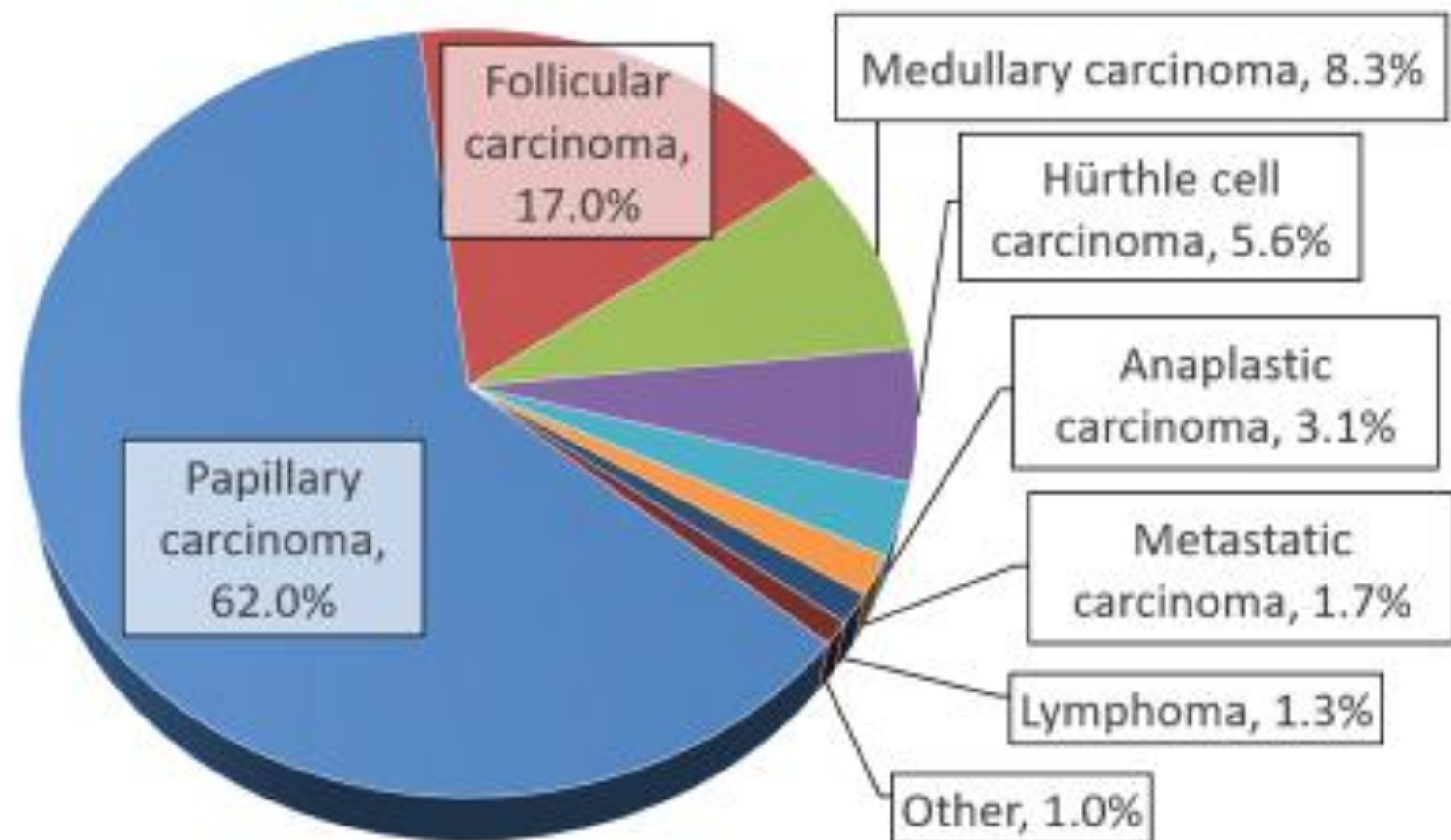
PGS TS Đỗ trung Quân  
Đại học Y Hà Nội

# Ung thư tuyến giáp phổ biến như thế nào

*(NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Thyroid Carcinoma Version 1.2025 — March 27, 2025)*

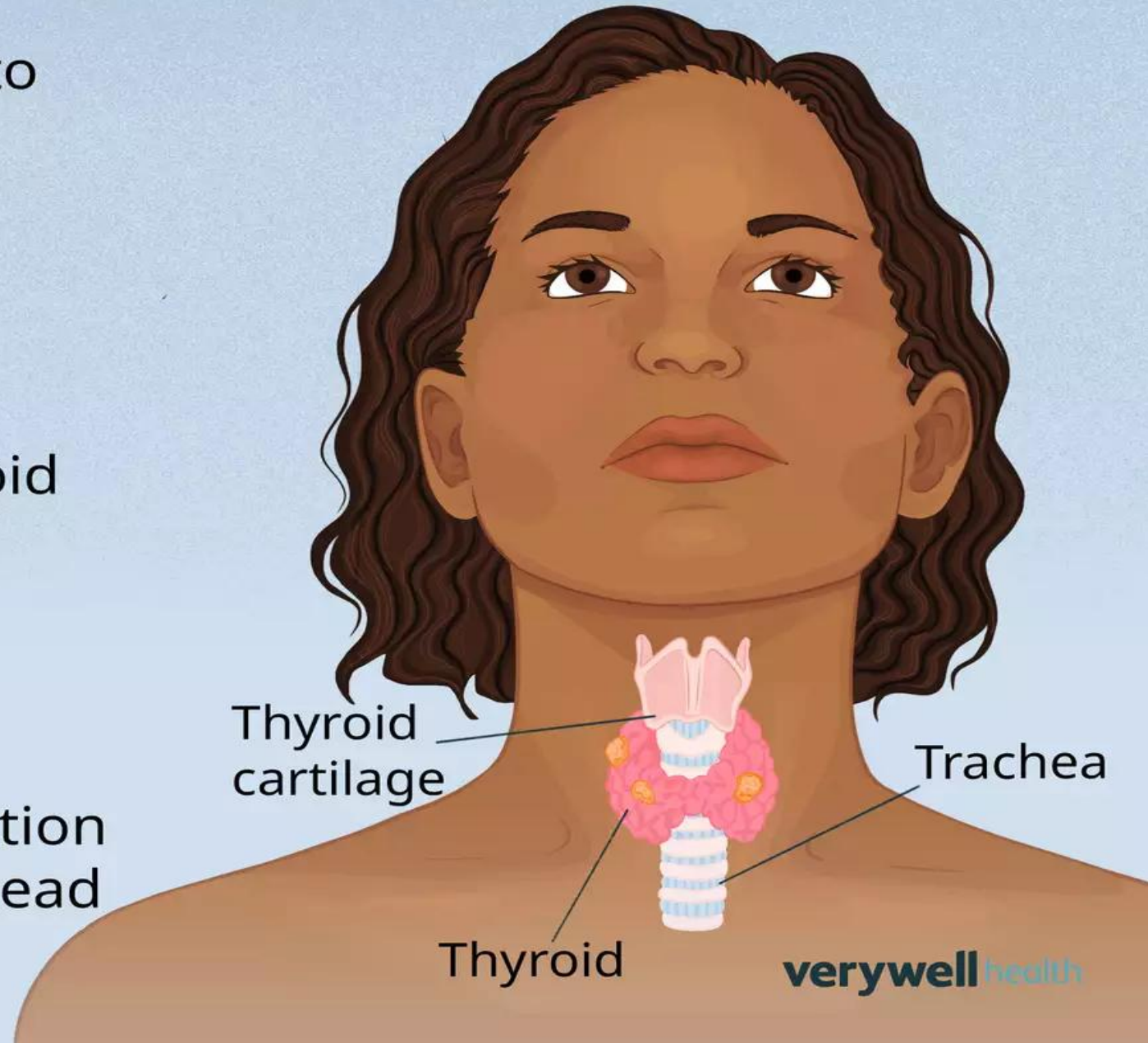
The incidence of thyroid cancer in the United States increased by 313% from a 1974-1977 incidence of 4.6 cases per 100,000 people to 14.4 cases per 100,000 people in 2010-13.<sup>[72]</sup> **This increase is thought to be due to more widespread use of head and neck imaging** (which may incidentally detect thyroid masses) **as well as increased use of fine needle aspiration biopsies.**<sup>[10]</sup>

- Gần 53.000 người Mỹ được chẩn đoán mắc ung thư tuyến giáp mỗi năm. Các phương pháp điều trị hầu hết các loại ung thư tuyến giáp đều rất thành công. Tuy nhiên, vẫn có khoảng 2.000 người tử vong vì căn bệnh này mỗi năm.
- Phụ nữ có nguy cơ mắc ung thư tuyến giáp cao gấp ba lần so với nam giới. Bệnh thường được chẩn đoán ở phụ nữ trong độ tuổi 40 và 50 và nam giới trong độ tuổi 60 và 70. Ngay cả trẻ em cũng có thể mắc bệnh.



# Thyroid Cancer Risk Factors

- Females are more likely to develop thyroid cancer.
- Thyroid cancer is more common in middle age.
- Genetic syndromes can increase the risk of thyroid cancer.
- If others in your family develop thyroid cancer.
- Having undergone Radiation from treatments to the head or neck.

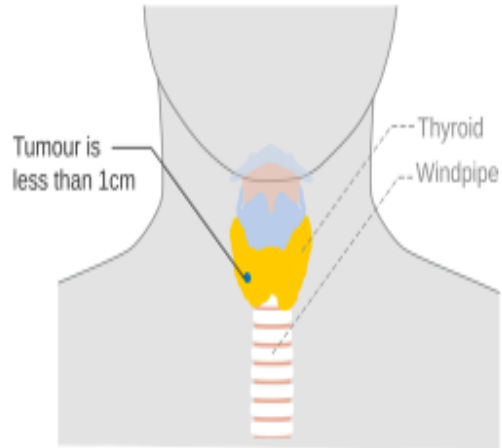


# Lâm sàng

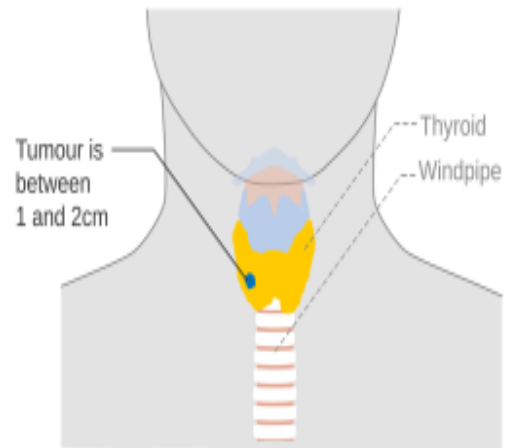
- Hầu hết các bệnh ung thư tuyến giáp không gây ra bất kỳ dấu hiệu hoặc triệu chứng nào trong giai đoạn đầu của bệnh. Khi ung thư tuyến giáp phát triển, nó có thể gây ra:
- Một cục u (nốt sần) có thể cảm nhận được qua da trên cổ của bạn
- Những thay đổi về giọng nói, bao gồm khản giọng ngày càng tăng
- Khó nuốt
- Sưng hạch bạch huyết ở cổ của bạn
- Đau ở cổ và họng

# Phân loại ung thư tuyến giáp theo TMN

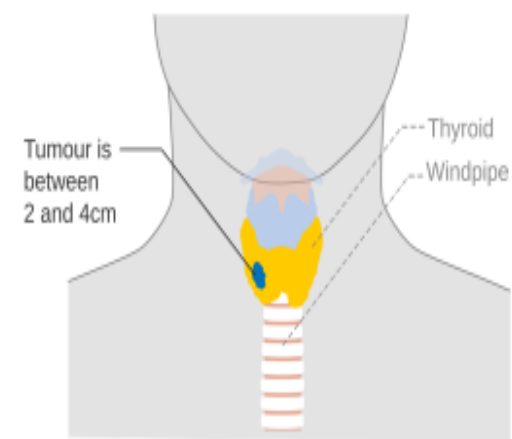
T1



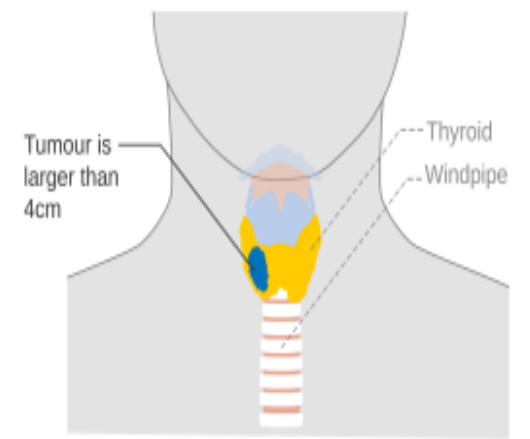
T1b



T2

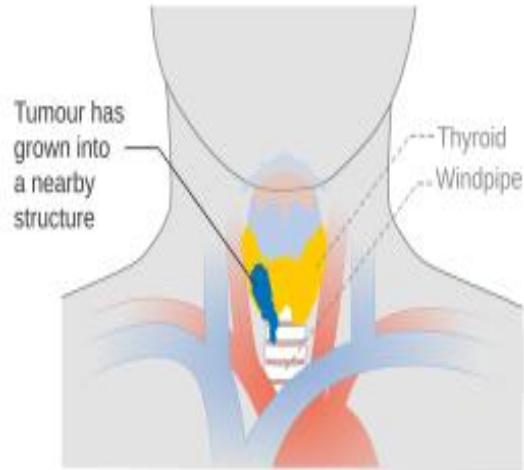


T3

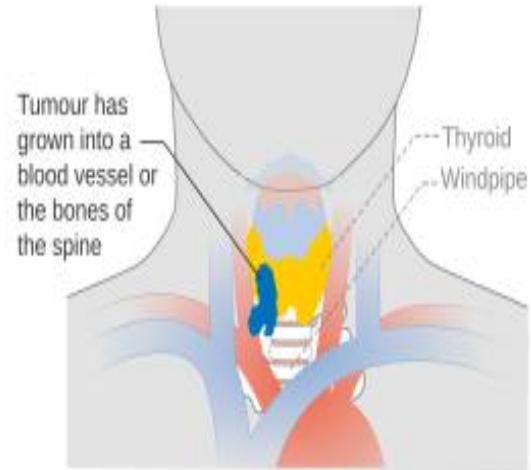


# Phân loại ung thư tuyến giáp theo TMN

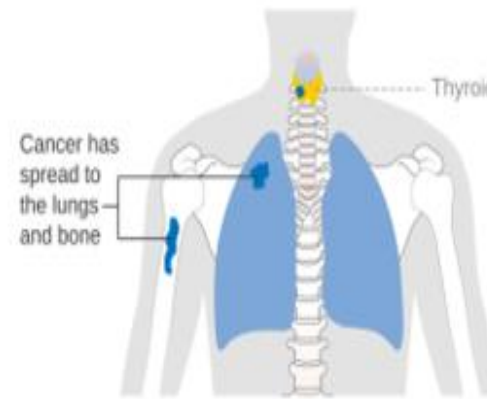
T4a



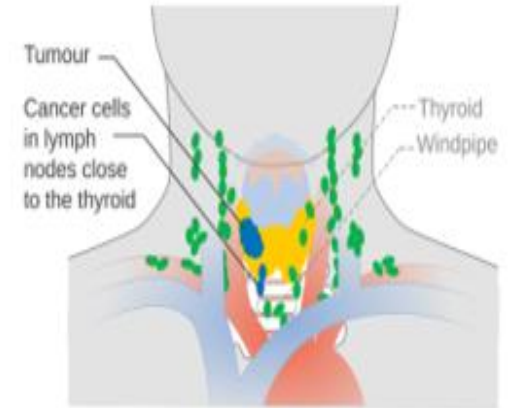
T4b



M1



N1b



# 2025 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Differentiated Thyroid Cancer

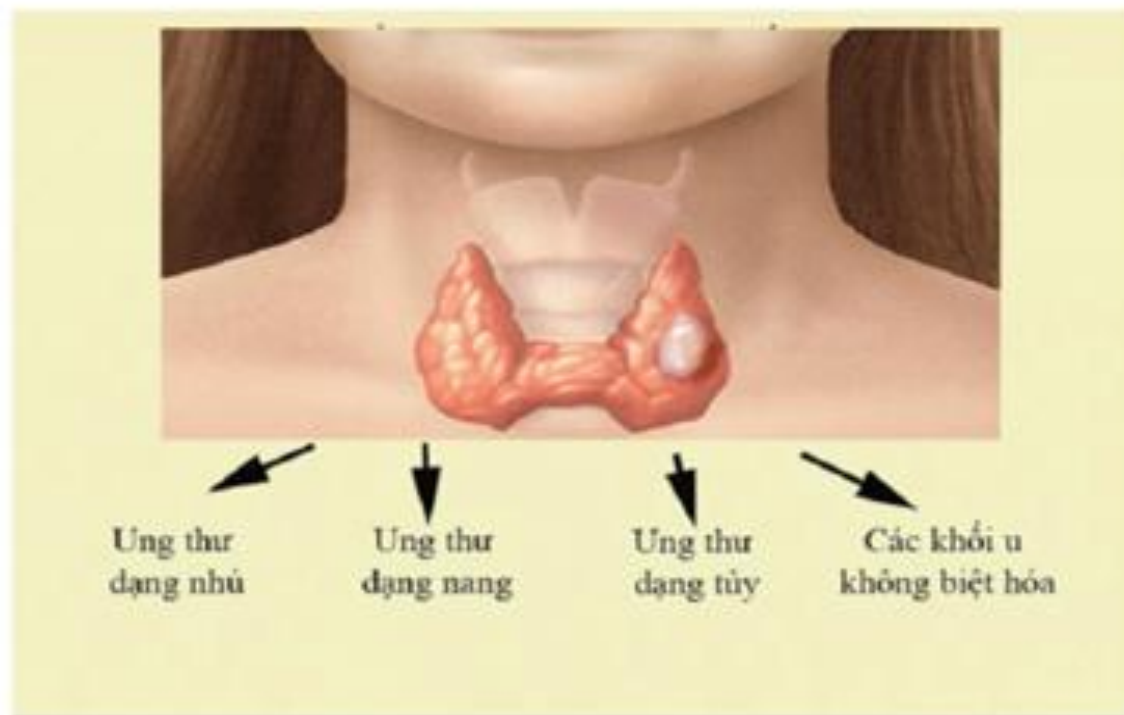
## Lâm sàng

- T1N0M0 (Unilateral)
- T1 (m) N0M0 (Bilateral)
- T2N0M0 (Unilateral)
  
- T2 (m) N0M0 (Bilateral)
- T3-4 or cN1 or cM1

## Chỉ định phẫu thuật

- Lobectomy
- Total thyroidectomy
- Lobectomy or Total thyroidectomy
  
- Total Thyroidectomy
- Total thyroidectomy

# Thể lâm sàng

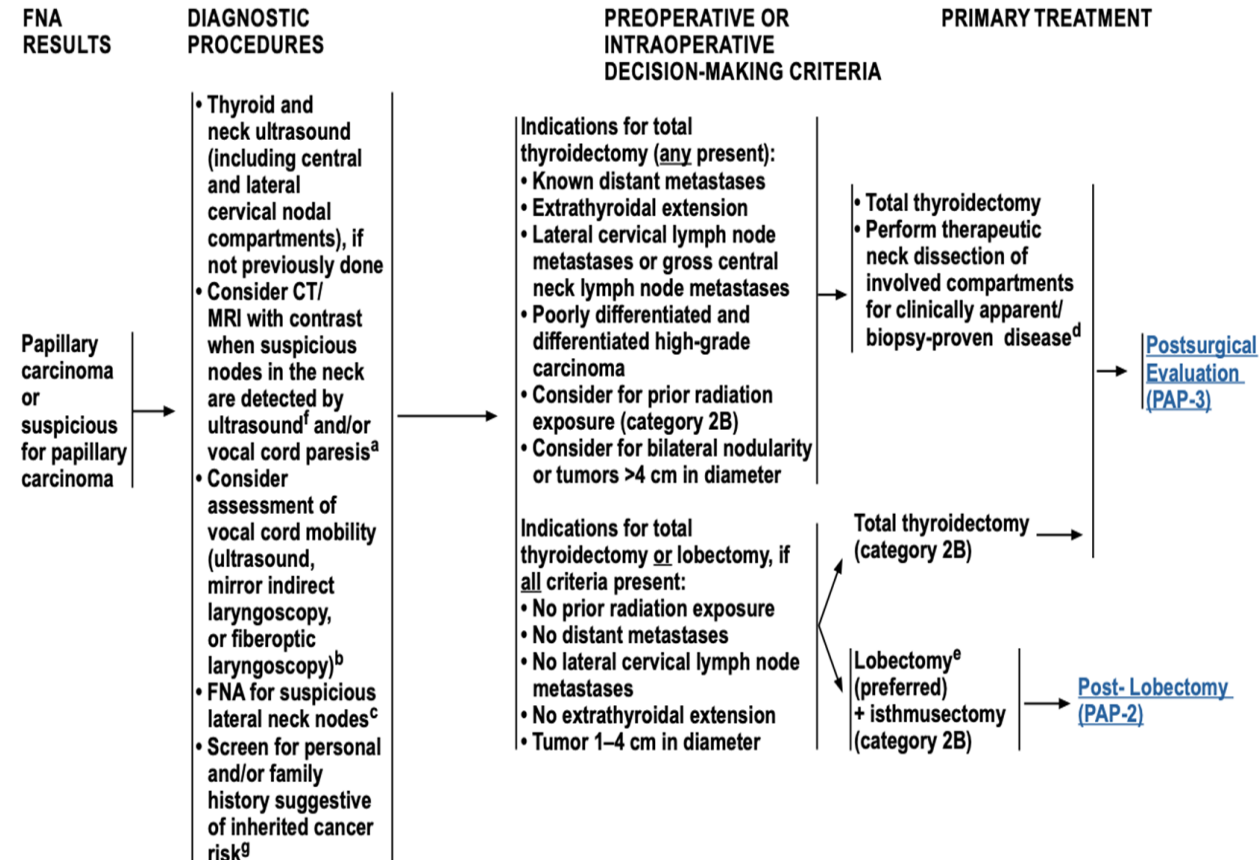


# CHẨN ĐOÁN UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ NHÚ

(NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Thyroid Carcinoma Version 1.2025 — March 27, 2025)

Khi kết quả FNA là nghi ngờ hoặc phù hợp với UTTG thể nhú,

- Siêu âm vùng cổ, bao gồm tuyến giáp, hạch khoang trung tâm và khoang bên 2 bên
- Chụp CT hoặc MRI có tiêm cản quang trong trường hợp nghi ngờ hạch di căn qua siêu âm hoặc xuất hiện triệu chứng khan tiếng, hụt hơi
- Kiểm tra chức năng dây thanh quản qua nội soi
- Chọc TB đối với các hạch nghi ngờ di căn
- Kiểm tra khả năng di truyền ung thư qua tiền sử bệnh và gia đình



# ATA guidelines for assessment of thyroid nodules

Last revised by [Arlene Campos](#) on 14 May 2025

- Lành tính (TIRADS 1)(nguy cơ 0%): không sinh thiết
- Nguy cơ rất thấp (TIRADS 2)(nguy cơ <3%): sinh thiết nếu  $\geq 2$  cm (hoặc quan sát siêu âm)
- Nguy cơ thấp (TIRADS 3) (nguy cơ 5-10%): sinh thiết nếu  $\geq 1,5$  cm
- Nguy cơ trung bình (TIRADS 4) (nguy cơ 10-20%): sinh thiết nếu  $\geq 1$  cm
- Nguy cơ cao (TIRADS 5)(nguy cơ >70-90%): sinh thiết nếu  $\geq 1$ cm

# Phân loại nguy cơ tái phát ATA 2025

1. Nguy cơ tái phát thấp : 10-15 %
2. Nguy cơ tái phát trung bình : 16-30 %
  - khối u ở giai đoạn T1T2T3a và có một trong các yếu tố sau:  
khối u 2 thùy > 1cm. Có di căn hạch < 3 cm. u xâm lấn mạch máu
3. Nguy cơ tái phát cao : > 30 %
  - khối u T3a (>4 cm ). T3b( u phá vỡ vỏ ). T4a ( xâm lấn tổ chức xung quanh )
  - Khối u có di căn hạch cổ , di căn xa

# Chỉ định phẫu thuật

(NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Thyroid Carcinoma Version 1.2025 — March 27, 2025)

## Chỉ định cắt toàn bộ tuyến giáp (nếu có bất kì tiêu chí nào)

- Di căn xa đã xác định
- xâm lấn ngoài tuyến giáp
- Di căn hạch trung tâm hoặc hạch khoang bên
- Ung thư không biệt hoá hoặc biệt hoá
- Tiền xạ trị
- Đa nhân 2 thùy hoặc khối u lớn hơn 4cm

## Chỉ định cắt toàn bộ hoặc 1 thùy tuyến giáp (có tất cả các tiêu chí)

- Chưa điều trị xạ trước đó
- Không di căn xa
- Không di căn hạch khoang bên
- Không xâm lấn ngoài tuyến giáp
- Kích thước khối u 1-4cm

### PREOPERATIVE OR INTRAOPERATIVE DECISION-MAKING CRITERIA

Indications for total thyroidectomy (any present):

- Known distant metastases
- Extrathyroidal extension
- Lateral cervical lymph node metastases or gross central neck lymph node metastases
- Poorly differentiated and differentiated high-grade carcinoma
- Consider for prior radiation exposure (category 2B)
- Consider for bilateral nodularity or tumors >4 cm in diameter

Indications for total thyroidectomy or lobectomy, if all criteria present:

- No prior radiation exposure
- No distant metastases
- No lateral cervical lymph node metastases
- No extrathyroidal extension
- Tumor 1–4 cm in diameter

### PRIMARY TREATMENT

• Total thyroidectomy  
• Perform therapeutic neck dissection of involved compartments for clinically apparent/ biopsy-proven disease<sup>d</sup>

Total thyroidectomy (category 2B)

Lobectomy<sup>e</sup> (preferred) + isthmusectomy (category 2B)

[Postsurgical Evaluation \(PAP-3\)](#)

[Post-Lobectomy \(PAP-2\)](#)

# CẮT 1 THỤY HAY TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP?

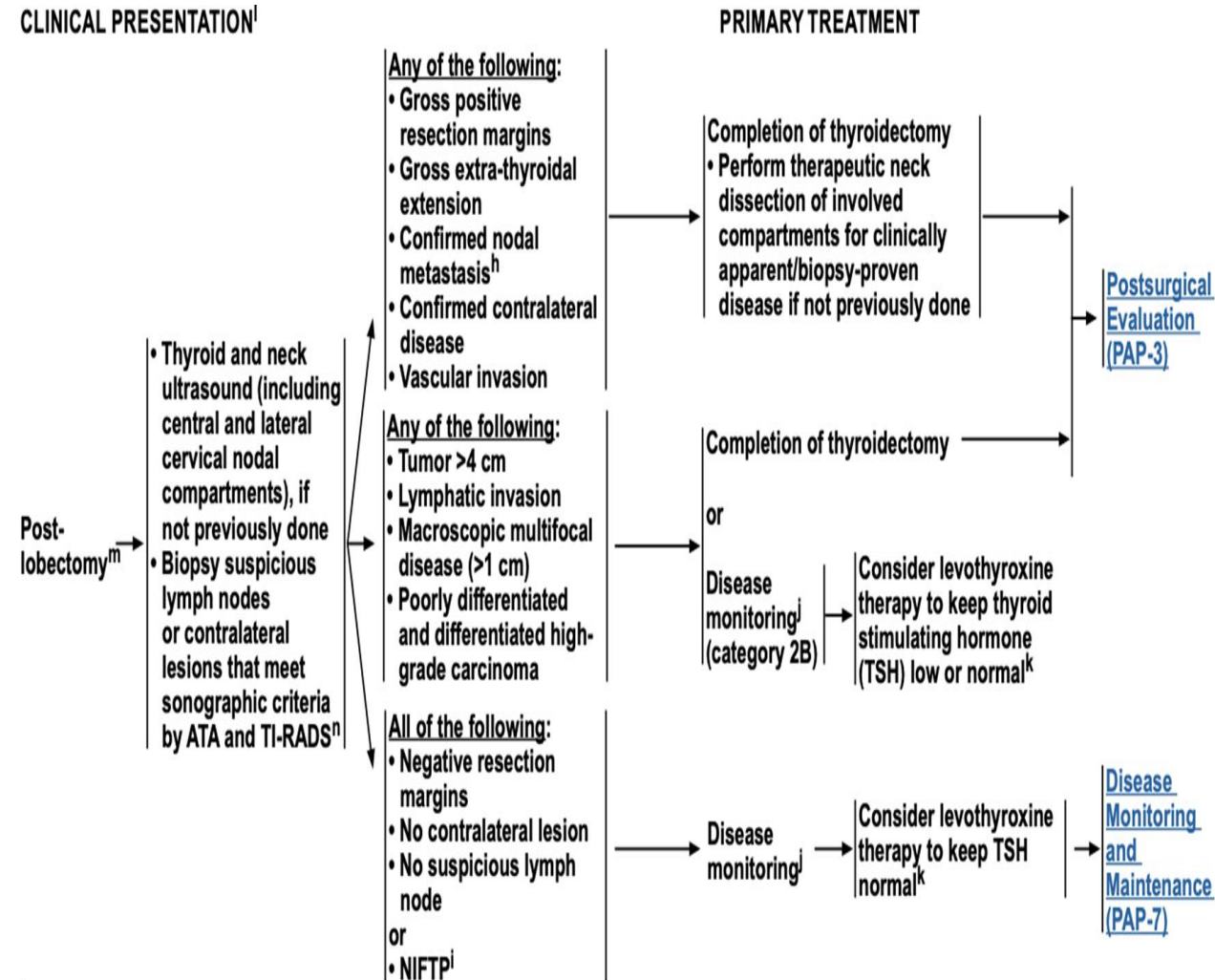
(NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Thyroid Carcinoma Version 1.2025 — March 27, 2025)

## Cắt toàn bộ tuyến giáp

- Khối u sát vỏ bao tuyến giáp
- Có xâm lấn ra ngoài vỏ
- Có hạch di căn ( cắt lạnh )
- Có ổ ung thư bên còn lại ( cắt lạnh )
- Xâm nhập mạch máu ( cắt lạnh )

## Bảo tồn 1 thùy hoặc cắt toàn bộ

- khối u > 4 cm
- Xâm nhập hạch bạch huyết
- Đa nhân với nhân > 1 cm



# CHỈ ĐỊNH VÀ CHỐNG CHỈ ĐỊNH XẠ TRỊ

(NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Thyroid Carcinoma Version 1.2025 — March 27, 2025)

## **KHÔNG** điều trị xạ I131

- Carcinoma TG thể nhú, thể cổ điển
- Khối u lớn nhất < 2cm
- Nằm trong bao tuyến
- Đơn nhân hoặc đa nhân (các nhân < 1cm)
- Không thấy kháng thể Tg
- Tg hậu phẫu < 1ng/mL

## **CÓ THỂ** điều trị xạ I131

- Khối u lớn
- Carcinoma TG thể nguy cơ cao
- xâm lấn hệ bạch huyết
- Di căn hạch trung tâm
- Đa nhân với nhân > 1cm
- Tg hậu phẫu 1-10 ng/mL

## **NÊN** điều trị xạ I131

- N1b – di căn hạch khoang bên
- Đại thể xâm lấn ngoài bao tuyến
- Tg hậu phẫu > 10 ng/mL
- > 5 hạch di căn
- Xâm lấn mạch máu
- Carcinoma TG thể biệt hoá nguy cơ cao

## **CLINICOPATHOLOGIC FACTORS**

### **RAI not typically recommended (if all present):**

- **Papillary thyroid carcinoma (PTC), classic subtype**
- **Largest primary tumor  $\leq 2$  cm**
- **Intrathyroidal**
- **Unifocal or multifocal (all foci  $\leq 1$  cm)**
- **No detectable Tg ab**
- **Postoperative unstimulated Tg <1 ng/mL<sup>t</sup>**
- **Negative postoperative ultrasound, if done<sup>u</sup>**

### **RAI selectively recommended (if any present):**

- **Large primary tumor size<sup>z</sup>**
- **High-risk subtypes<sup>v</sup>**
- **Lymphatic invasion**
- **Cervical lymph node metastases (millimetric central nodes)**
- **Macroscopic multifocality (one focus >1 cm)**
- **Postoperative unstimulated Tg 1–10 ng/mL<sup>t</sup>**
- **Microscopic positive margins**

### **RAI typically recommended (if any present):**

- **Significant N1b disease**
- **Gross extrathyroidal extension<sup>w</sup>**
- **Postoperative unstimulated Tg >10 ng/mL<sup>t,x</sup>**
- **Bulky or >5 positive lymph nodes**
- **Vascular invasion**
- **Differentiated high-grade carcinoma<sup>y</sup>**

# Theo dõi sau điều trị

- Khám lâm sàng: phát hiện tái phát u, hạch, các dấu hiệu của di căn xa
- - Cận lâm sàng:
- Xét nghiệm FT3, FT4, TSH, Tg huyết thanh
- Đối với thể tửy xét nghiệm calcitonin và CEA
- Chụp X-quang phổi phát hiện di căn
- Siêu âm phần mềm vùng cổ và xạ hình tuyến giáp với I131
- Trong trường hợp với bệnh nhân Tg ở mức cao > 10ng/ml. Xạ hình tuyến giáp, khám lâm sàng, siêu âm và CT Scan không phát hiện tổn thương tái phát, di căn có thể được chỉ định chụp PET-CT với 18F-FDG.

# TÁI PHÁT VÀ HƯỚNG ĐIỀU TRỊ

(NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Thyroid Carcinoma Version 1.2025 — March 27, 2025)

## Nguy cơ tái phát

- Tăng nồng độ Tg , không thấy dấu hiệu trên thăm dò hình ảnh
- Trường hợp không có chỉ định phẫu thuật
- Không đáp ứng xạ trị
- Ức chế TSH bằng levothyroxine không hiệu quả

## Tái phát tại chỗ hoặc di căn

- xạ hình toàn thân
- Phẫu thuật nếu có thể hoặc xạ trị
- Cân nhắc làm RFA , tiêm cồn

### RECURRENT DISEASE

- Rising or newly elevated Tg and negative imaging
- Non-resectable tumors
- Non-radioiodine responsive<sup>99</sup>

Suppress TSH with levothyroxine<sup>k</sup>

Continue surveillance with unstimulated Tg, ultrasound, and other imaging as clinically indicated ([PAP-7](#))

Locoregional recurrence

Consider iodine total body scan

Surgery (preferred) if resectable<sup>ii</sup> and  
Consider RAI therapy,<sup>hh</sup> if preoperative or postoperative radioiodine imaging positive  
Disease monitoring for non-progressive disease that is stable and distant from critical structures  
or  
For select patients with unresectable, non-radioiodine-avid, and progressive disease, consider:  
▶ RT<sup>q</sup>  
and/or  
▶ Systemic therapies ([Treatment \[PAP-10\]](#))  
or  
For select patients with limited burden nodal disease, consider local therapies when available (ethanol ablation, radiofrequency ablation [RFA])

Metastatic disease

RAI therapy for iodine-avid disease<sup>q</sup>  
and/or  
Local therapies when available<sup>jj</sup>  
and/or  
If RAI-refractory, see [Treatment \(PAP-10\)](#)

# DI CĂN XA VÀ HƯỚNG ĐIỀU TRỊ

(NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Thyroid Carcinoma Version 1.2025 — March 27, 2025)

Khối u không thể phẫu thuật hoặc có tái phát nhiều lần, di căn tới các cơ quan ( phổi , gan , cơ ) trừ xương và não :

- Dùng levothyroxine ức chế TSH
- Điều trị nâng cao thể trạng
- Phẫu thuật khi thể trạng bệnh nhân cho phép
- Theo dõi triệu chứng lâm sàng và tiến triển của ung thư

Unresectable  
locoregional  
recurrent/  
persistent disease

Soft tissue  
metastases  
(eg, lung, liver,  
muscle) excluding  
central nervous  
system (CNS)  
metastases (see  
below)

- Consider clinical trial
- Continue to suppress TSH with levothyroxine<sup>k</sup>
- Consider systemic therapy for progressive and/or symptomatic disease (Principles of Systemic Therapy [\[THYR-B\]](#))
- Consider resection of distant metastases and/or RT<sup>q</sup> or other local therapies<sup>jj</sup> when available to metastatic lesions if progressive and/or symptomatic ([Treatment of Locoregional Recurrence \[PAP-9\]](#))
- Disease monitoring is often appropriate in asymptomatic patients with indolent disease assuming no brain metastasis<sup>kk</sup> ([PAP-7](#))
- Best supportive care, see [NCCN Guidelines for Palliative Care](#)

# Ung thư di căn

## Di căn xương

- Cân nhắc điều trị giảm nhẹ bằng phẫu thuật hoặc các liệu pháp tại chỗ khác
- Cân nhắc thuyên tắc mạch hoặc các can thiệp thay thế khác cho phẫu thuật cắt bỏ
- Truyền tĩnh mạch bisphosphonate hoặc denosumab
- Điều trị toàn thân nếu bệnh tiến triển

Bone metastases

- Consider surgical palliation and/or RT<sup>9</sup>/other local therapies<sup>jj</sup> when available if symptomatic, or asymptomatic in weight-bearing sites. Embolization prior to surgical resection of bone metastases should be considered to reduce the risk of hemorrhage
- Consider embolization or other interventional procedures as alternatives to surgical resection/RT in select cases
- Consider intravenous bisphosphonate or denosumab<sup>mm</sup>
- Disease monitoring may be appropriate in asymptomatic patients with indolent disease<sup>kk</sup> ([PAP-7](#))
- Consider systemic therapy for progressive and/or symptomatic disease (Principles of Systemic Therapy [\[THYR-B\]](#))
- Best supportive care, see [NCCN Guidelines for Palliative Care](#)

## Di căn não

- Khối u đơn độc -> ưu tiên phẫu thuật cắt bỏ hoặc xạ phẫu định vị SRS
- Khối u đa ổ -> xạ trị toàn bộ não hoặc xạ trị định vị SRS hoặc phẫu thuật cắt bỏ trong trường hợp đặc biệt
- Điều trị toàn thân nếu bệnh tiến triển

CNS metastases

- For solitary CNS lesions, either neurosurgical resection or stereotactic radiosurgery (SRS)<sup>9</sup> is preferred or
- For multiple CNS lesions, consider radiotherapy, including whole brain radiotherapy RT (WBRT) or SRS,<sup>9</sup> and/or resection in select cases and/or
- Consider systemic therapy for progressive and/or symptomatic disease (Principles of Systemic Therapy [\[THYR-B\]](#))
- Best supportive care, see [NCCN Guidelines for Palliative Care](#)

# Tiên lượng

Thyroid cancer type	<u>5-year survival</u>					10-year survival
	<u>Stage I</u>	Stage II	Stage III	Stage IV	Overall	Overall
<u>Papillary</u>	100% <sup>[63]</sup>	100% <sup>[63]</sup>	93% <sup>[63]</sup>	51% <sup>[63]</sup>	96% <sup>[64]</sup> or 97% <sup>[65]</sup>	93% <sup>[64]</sup>
<u>Follicular</u>	100% <sup>[63]</sup>	100% <sup>[63]</sup>	71% <sup>[63]</sup>	50% <sup>[63]</sup>	91% <sup>[64]</sup>	85% <sup>[64]</sup>
<u>Medullary</u>	100% <sup>[63]</sup>	98% <sup>[63]</sup>	81% <sup>[63]</sup>	28% <sup>[63]</sup>	80%, <sup>[64]</sup> 83% <sup>[66]</sup> or 86% <sup>[67]</sup>	75% <sup>[64]</sup>
<u>Anaplastic</u>	(always stage IV) <sup>[63]</sup>			7% <sup>[63]</sup>	7% <sup>[63]</sup> or 14% <sup>[64]</sup>	(no data)

Xin cảm ơn sự chú ý lắng nghe  
của quý đồng nghiệp