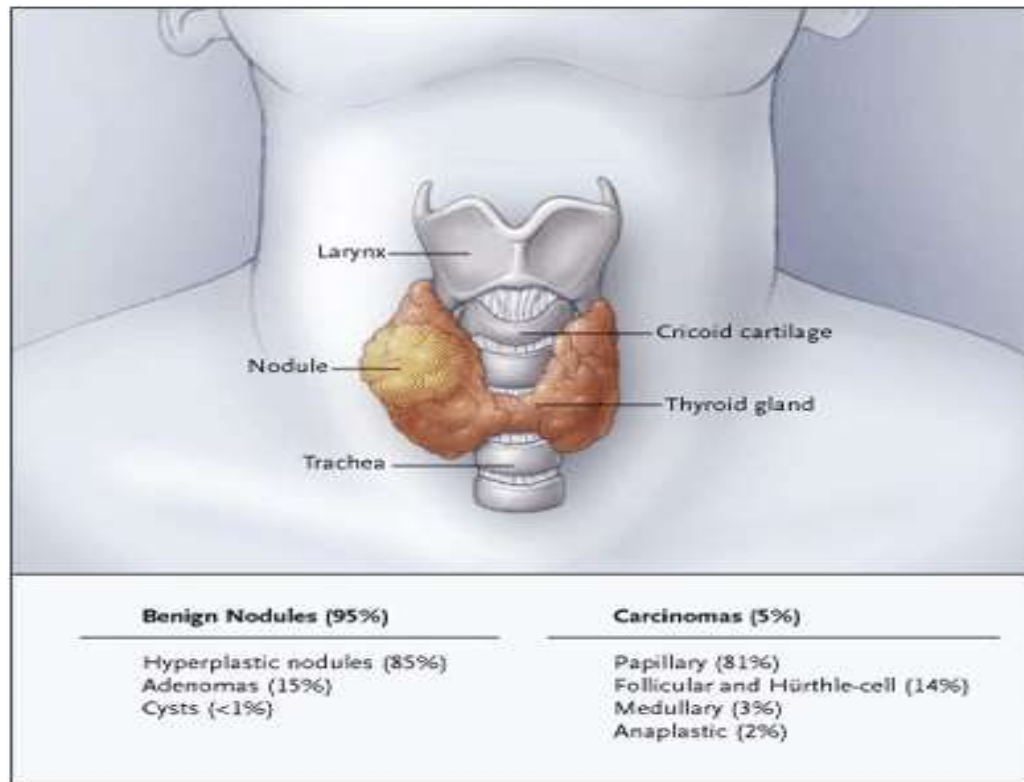


TIẾP CẬN BƯỚC GIÁP NHÂN

ThS. BS. Nguyễn Thị Bích Duyên
Bộ môn Y Học Gia Đình

ĐẠI CƯƠNG

Bướu giáp nhân (nhân giáp) là khối u dạng đặc hoặc nang được hình thành trong tuyến giáp.



Bước giúp nhân thường gặp trên LS

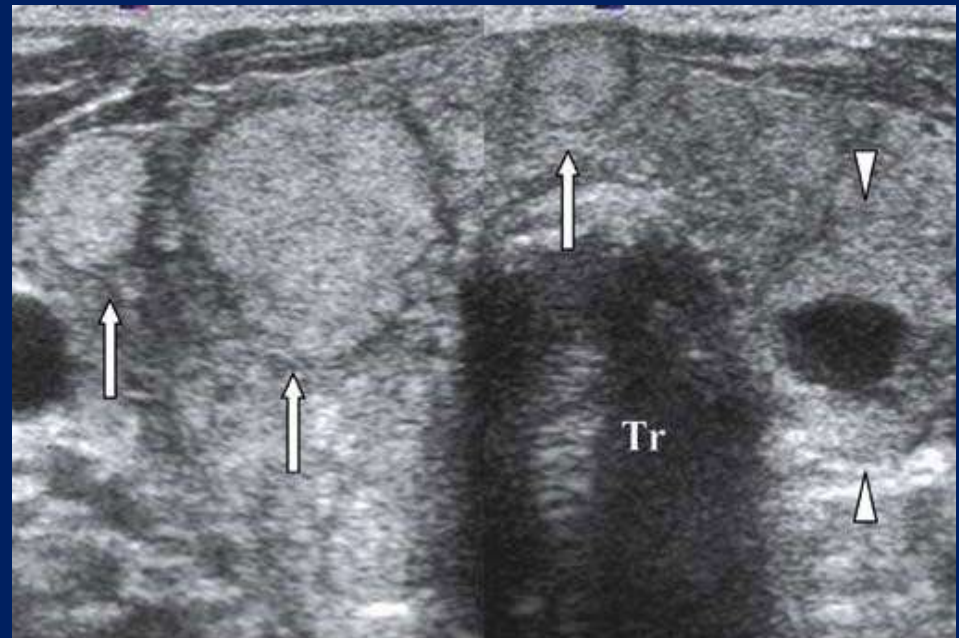
- **BGN / khám LS : 3-7%**
- **BGN / Siêu âm : 20- 76%**

Bước giúp ác tính : 5%

BG đơn nhân/khám LS (20- 48%) = BG đa nhân/SA

BGN thường gặp:

- người lớn tuổi
- nữ giới
- người thiếu iod
- tiền sử tiếp xúc với tia xạ



PHÂN LOẠI BGN

Non-neoplastic palpable lumps

Hyperplastic conditions

Colloid nodule/nodules

Inflammatory conditions

Acute bacterial thyroiditis (abscess)

Subacute thyroiditis

Hashimoto's thyroiditis

Riedel's thyroiditis

Neoplastic palpable lumps

Benign neoplasms

Adenoma

Cysts

Malignant neoplasms

Primary carcinoma

Papillary thyroid cancer

Follicular thyroid cancer

Hürthle cell (oxyphilic) cancer

Poorly differentiated thyroid cancer

Anaplastic thyroid cancer

Medullary thyroid cancer

Secondary malignancies (not arising in thyroid cells)

Lymphoma

Metastases

TIẾP CẬN BGN

BSử & khám LS: nên tập trung vào YTNC gây K_{TG}

Siêu âm độ phân giải cao + Doppler:

- Là phương tiện nhạy nhất để phát hiện sang thương TG
- Nên thực hiện ở BN có YTNC gây K_{TG}
- Dùng để theo dõi BGN

Bệnh Sử Khám LS

SA tuyến giáp

(phân tầng nguy cơ ác tính)

TSH + FT4

Calcitonin?

U < 1cm

(không nghi ngờ trên bsử, SA)

-U > 1cm

-U < 1cm + nghi ÁC
(trên bsử, SA)

TSH

bình thường

-TSH thấp

-BGĐN/ vùng thiếu iod

Nghi ÁC
(LS, SA)

Chức năng bt
hay nhân lạnh

Theo dõi

K

FNA

Lành
tính

Sang thương dạng nang
Nghi có tb K

Phẫu thuật

BỆNH SỬ

- Tuổi.
- Tiền căn gia đình & bản thân
- Khô U vùng cổ: tốc độ phát triển
- Khàn giọng, khó phát âm, khó nuốt, khó thở.
- Triệu chứng của cường giáp hoặc suy giáp.
- Sử dụng thuốc hoặc thực phẩm có chứa iod.

KHÁM LÂM SÀNG

- **Khám Tuyến giáp và hạch vùng cổ: bắt buộc**
- **Ghi nhận:**
 - Vị trí, mật độ và kích cỡ nhân giáp
 - Vùng cổ đau
 - Hạch cổ



Nguy cơ ung thư tương đương

ở BN có 1 nhân đơn độc hay đa nhân

YTNC của K tuyến giáp

- 1. Tiền sử GD:** bệnh Tuyến giáp lành hoặc ác
(đặc biệt: Familial Thyroid Carcinoma, multiple endocrine neoplasia 2)
- 2. Tiền sử bản thân:** chiếu xạ vùng đầu-cổ
- 3. Khám LS:** gợi ý:
 - Nhân giáp tiến triển, cứng, dính so cấu trúc xung quanh
 - Hạch tại chỗ
 - Khó thở, khó nuốt, khó phát âm, khàn tiếng kéo dài.
- 4. YTNC khác:** <14 hoặc >70 tuổi; nam giới

**SIÊU ÂM
TUYỂN GIÁP**

Bệnh Sử Khám LS

SA tuyến giáp

(phân tầng nguy cơ ác tính)

TSH + FT4

U < 1cm

(không nghi ngờ trên bsử, SA)

U > 1cm

hay
U < 1cm
(kèm nghi ngờ trên bsử, SA)

TSH bình thường

TSH thấp hay BGDN/ vùng thiếu iod

Nghi ÁC (LS, SA)

Chức năng bt hay nhân lạnh

Theo dõi

K

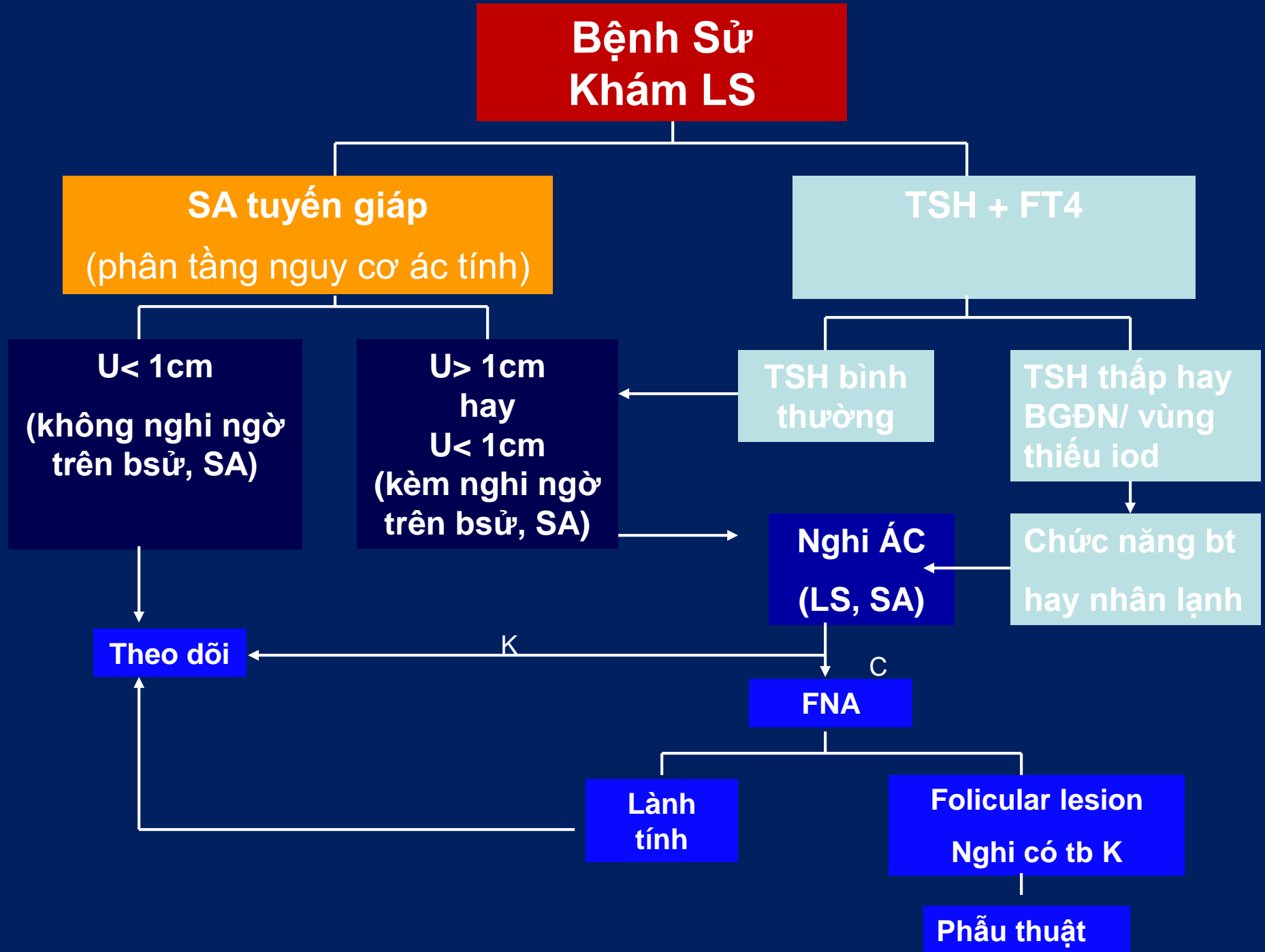
FNA

C

Lành tính

Follicular lesion
Nghi có tb K

Phẫu thuật



Siêu âm TG được khuyến cáo:

- BN có nguy cơ K_{TG} .
- BN có nhân giáp sờ được hoặc có BG đa nhân.
- BN có hạch lympho gợi ý sang thương ác tính.

Ở BN sờ được nhân giáp, Siêu âm nhằm:

- Giúp **chẩn đoán case khó** (ViêmTG lympho mạn tính)
- Tìm **nhân giáp khác** hoặc **bệnh TG lan tỏa** kèm.
- **Kiểm tra** những đặc trưng nghi **K** trên siêu âm và chọn nhân giáp để làm **FNA**.
- Giúp chọn lựa kim sinh thiết.
- **Đo $V_{\text{tuyến giáp}}$ & sang thương** (để theo dõi, ĐT)

Yêu cầu trong mô tả 1 nhân giáp /SA

- Vị trí (position)
- Hình dạng (shape)
- Kích thước (size)
- Bờ (margin)
- Thành phần bên trong (content)
- Cấu trúc (echogenic pattern)
- Phân bố mạch máu (vascular feature)

Các đặc điểm gợi ý K giáp/ SA

TABLE 6.1. Reported sensitivities and of sonographic features for detection of thyroid cancer

	Median Sensitivity [Range]	Median Specificity [Range]
Microcalcifications (vi vôi hóa)	50% [26–73%]	85% [69–96%]
Absence of Halo (Không bờ viền Halo)	66% [46–91%]	54% [30–72%]
Irregular Margins (bờ không đều)	55% [17–77%]	76% [63–85%]
Hypoechoic (echo kém)	80% [49–90%]	53% [36–66%]
Increased Intranodular Flow (tăng sinh mạch máu trong nhân)	67% [57–74%]	81% [49–89%]

(9, 10, 26–33)

BƯỚC GIÁP NHÂN LÀNH:

SIÊU ÂM TG

Khối echo kém, bờ đều, halo (+)



Cystic lesion

SIÊU ÂM TG

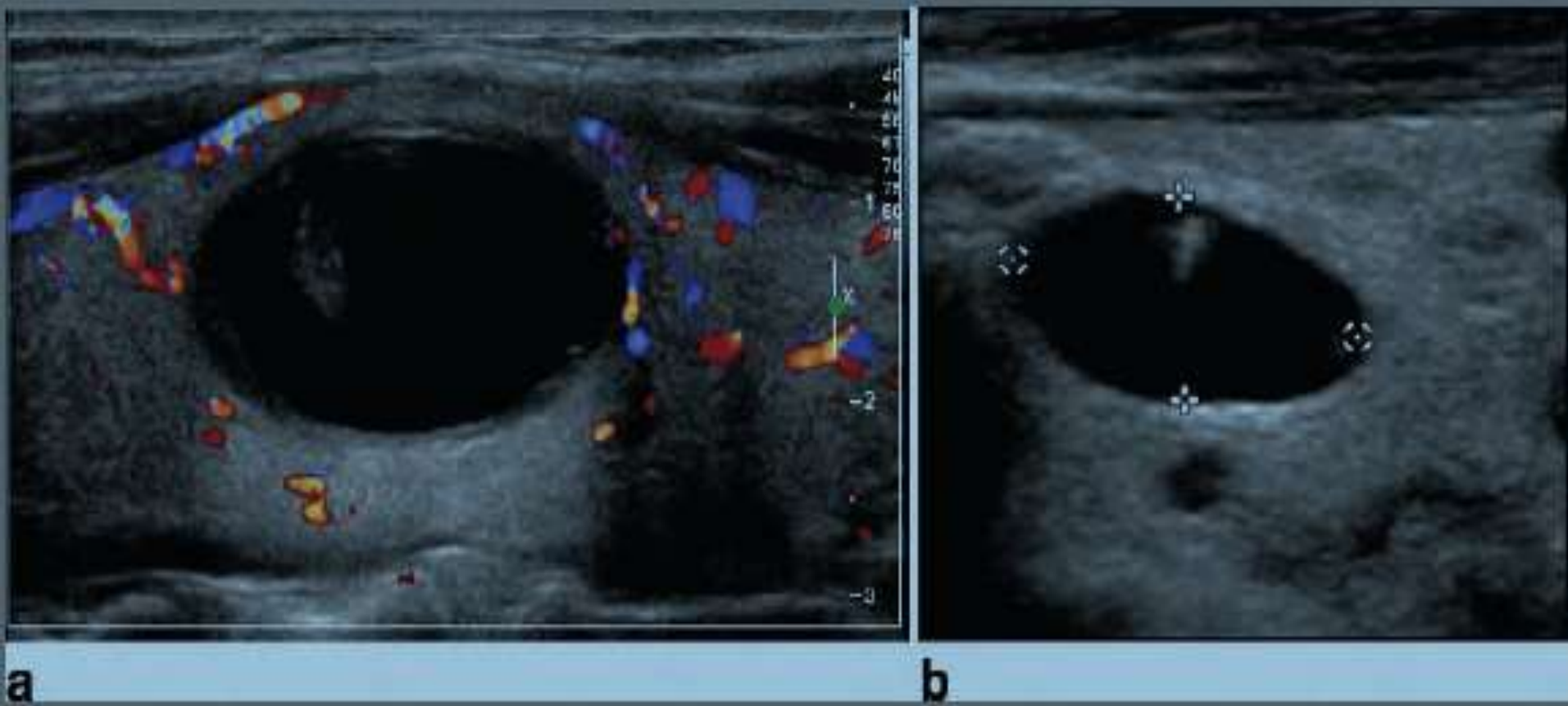


FIG. 6.4. **a** Pure cystic lesion without any internal vascular flow. **b** Cyst with comet tail artifact

- a. Sang thương dạng nang thuần nhất, không có tăng sinh mạch máu bên trong
- b. Nang với ảnh giả (đuôi sao chổi)

Cystic papillary cancer (K tuyến giáp dạng nhú)

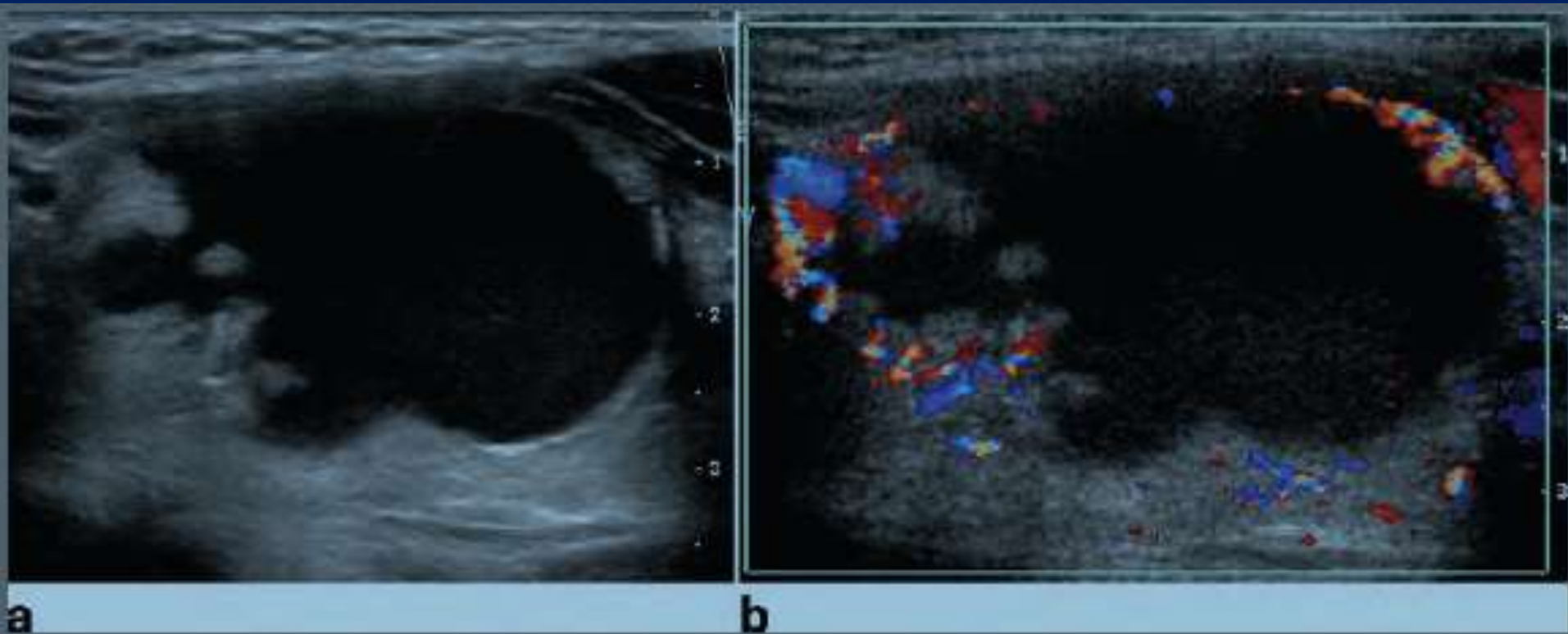


FIG. 6.5. **a** Gray-scale image of cystic papillary cancer. Note microcalcification in solid area. **b** Color-flow Doppler image of same nodule demonstrating increased vascularity in the papilliform solid area.

- K tuyến giáp dạng nhú: có vi vôi hóa ở phần đặc
- Có hình ảnh tăng sinh mạch máu ở phần đặc (hình ảnh màu của cùng một nhân)

Papillary Thyroid Cancer (K tuyến giáp dạng nhú)



Khối echo kém, bờ không đều, halo (-), có vi vôi hóa



FIG. 6.11. Hypoechoic solid nodule with irregular borders. Note anterior border of lesion penetrates through anterior thyroid capsule into surrounding tissue

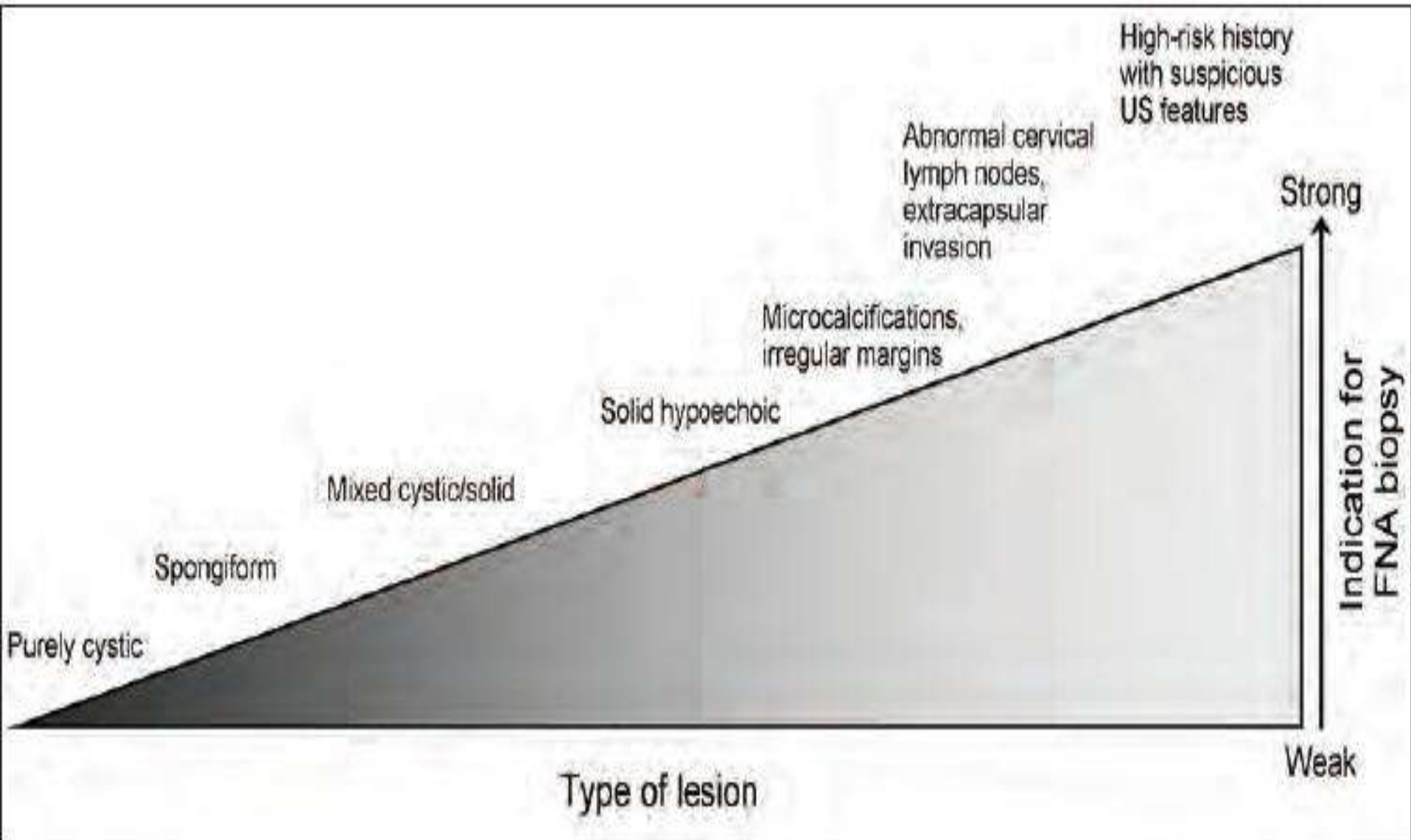


Fig. 2. Strength of indication for fine-needle aspiration (FNA) biopsy of thyroid nodules on the basis of ultrasonography (US) findings.

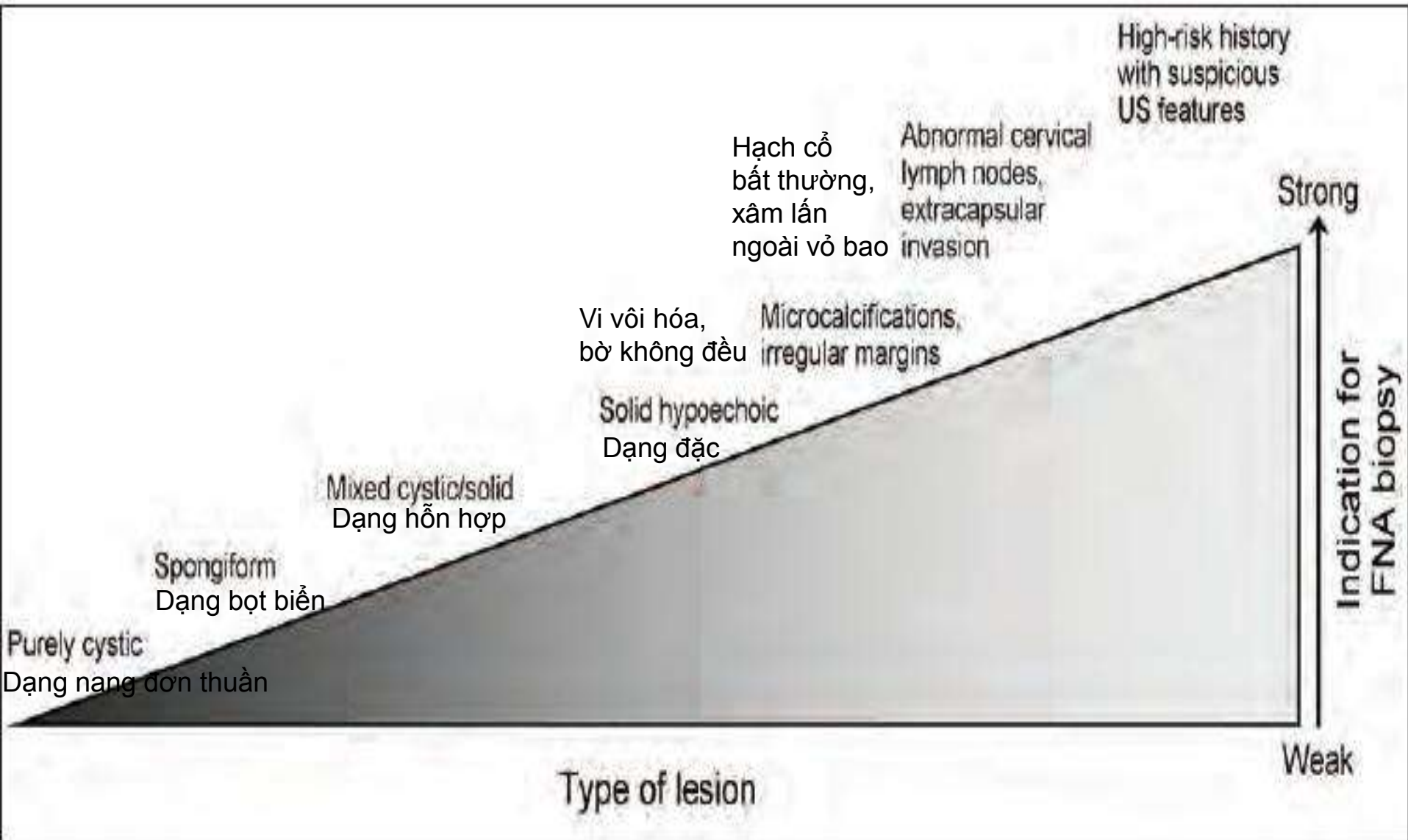


Fig. 2. Strength of indication for fine-needle aspiration (FNA) biopsy of thyroid nodules on the basis of ultrasonography (US) findings.

ĐỘ MẠNH CỦA CHỈ ĐỊNH FNA NHÂN GIÁP dựa trên siêu âm

Vai trò siêu âm TG đàn hồi

1 nhân giáp cứng, chắc thường có nguy cơ ung thư cao.

Siêu âm đàn hồi giúp tiếp cận chẩn đoán nhân giáp với độ nhạy và đặc hiệu cao.

XÉT NGHIỆM

Bệnh Sử Khám LS

SA tuyến giáp

(phân tầng nguy cơ ác tính)

TSH + FT4

TSH bình thường

TSH thấp hay BGDN/ vùng thiếu iod

Chức năng bt hay nhân lạnh

U < 1cm
(không nghi ngờ trên bsử, SA)

U > 1cm hay U < 1cm
(kèm nghi ngờ trên bsử, SA)

Nghi ÁC (LS, SA)

Theo dõi

K

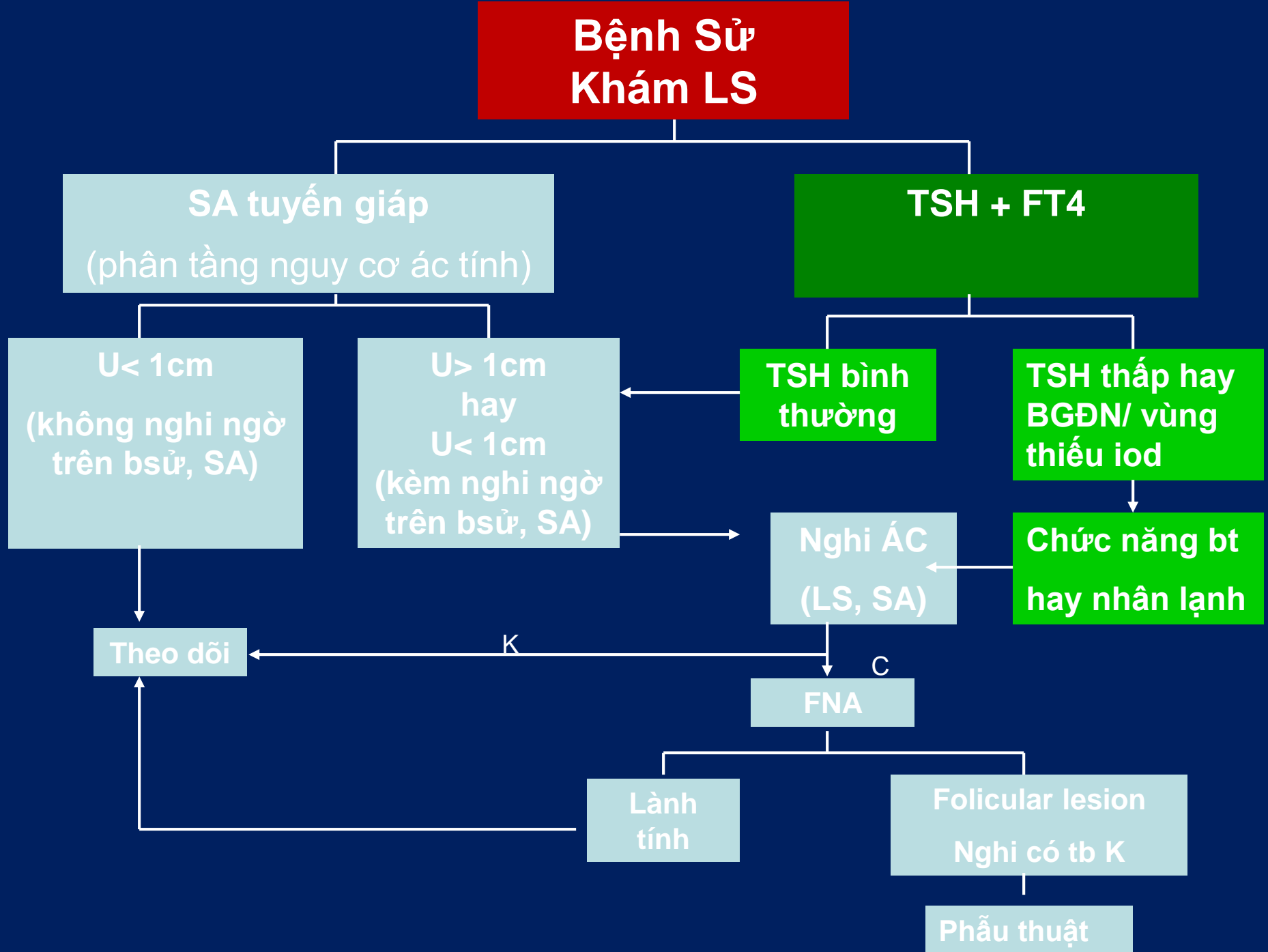
C

FNA

Lành tính

Follicular lesion
Nghi có tb K

Phẫu thuật



- **TSH , FT4, FT3/T3:** XN cơ bản để kiểm soát BGN

Luôn luôn xét nghiệm TSH

- TSH bình thường: không làm thêm XN.
- TSH ↑ : FT4 → suy giáp?
- TSH ↓ : FT4 và FT3/T3 → cường giáp?

Palpable lump

TSH

Elevated

**Autoimmune
thyroiditis**

**TPOAb
Cytology**

Normal

**Benign/
Malignant?**

Cytology

Suppressed

**Subclinical/clinical
hyperthyroidism**
**Autonomous
adenoma**
Multinodular goitre

**Scintigraphy
(Cytology)**

Not detectable

Hyperthyroidism
**Autonomous
adenoma**
**Toxic multinodular
goitre**

**Scintigraphy
(Cytology)**

- **Xạ hình TG**
 - Không cần thiết trong chẩn đoán mọi TH BGN.
 - Hữu ích trong TH: TSH thấp, BG đa nhân
- **Đo Calcitonin**
 - Bắt buộc trong TH có tiền căn GĐ hoặc LS nghi:
 - Medullary Thyroid Carcinoma
 - Multiple Endocrine Neoplasia type 2
 - Nên làm trước phẫu thuật BGN

SINH THIẾT BẰNG KIM NHỎ (FNA)



Bệnh Sử Khám LS

SA tuyến giáp

(phân tầng nguy cơ ác tính)

TSH + FT4

U < 1cm

(không nghi ngờ trên bsử, SA)

U > 1cm
hay
U < 1cm

(kèm nghi ngờ trên bsử, SA)

TSH bình thường

TSH thấp hay BGDN/ vùng thiếu iod

Chức năng bt hay nhân lạnh

Nghi ÁC (LS, SA)

Theo dõi

K

FNA

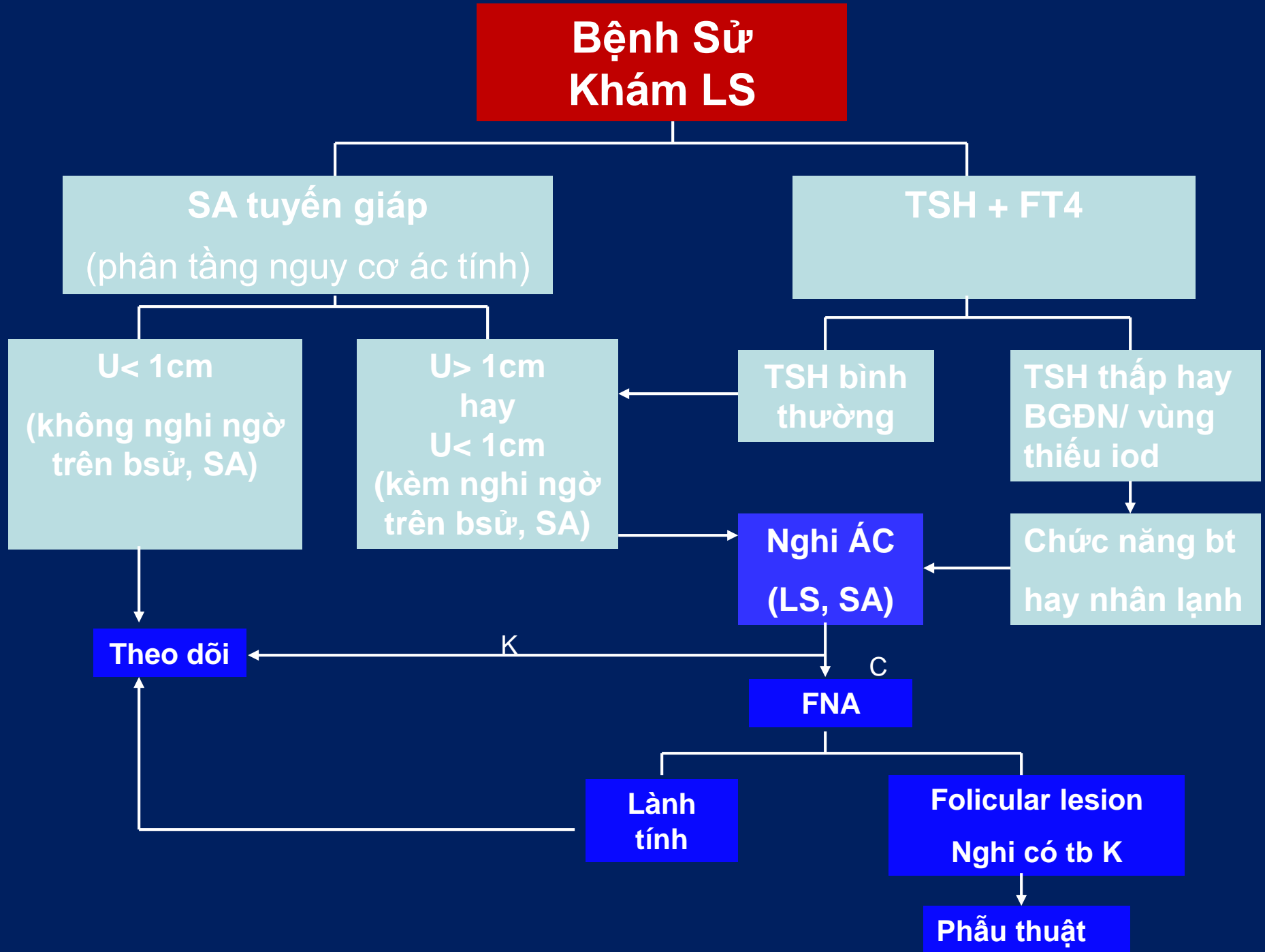
C

Lành tính

Follicular lesion

Nghi có tb K

Phẫu thuật



- FNA là test chọn lựa tốt nhất: đánh giá trước mổ BGN.
 - NN phổ biến nhất gây (-) giả/ CĐ tế bào học: lấy mẫu sai
- FNA nên được thực hiện dưới hướng dẫn SA.
- FNA dưới hướng dẫn SA được khuyến cáo mạnh mẽ trong TH:
 - Nhân không sờ được, bứu giáp đa nhân.
 - Béo phì và người nam có vùng cơ cổ phát triển tốt.

- **Chẩn đoán tế bào học:** 5 nhóm
 - **Nondiagnostic:** do số lượng tb không đầy đủ, kỹ thuật kém.
 - **Benign:** phổ biến nhất gồm: colloid nodule, hyperplastic nodule, lymphocytic/ granulomatous thyroiditis, benign cyst.
 - **Follicular:** CĐ TB học không thể xác định lành/ ác tính.
 - **Suspicious:** nghi ác tính nhưng không đủ tiêu chuẩn CĐ.
 - **Malignant:** sang thương ác tính thường gặp nhất là papillary thyroid carcinoma.

- Kết quả:
 - 10-15%: Nondiagnostic nodules.
 - **60-80%: Benign.**
 - 10-20%: Follicular lesions/ neoplasm.
 - 2.5-10%: Suspicious nodules.
 - 3.5-10%: Malignant nodules.

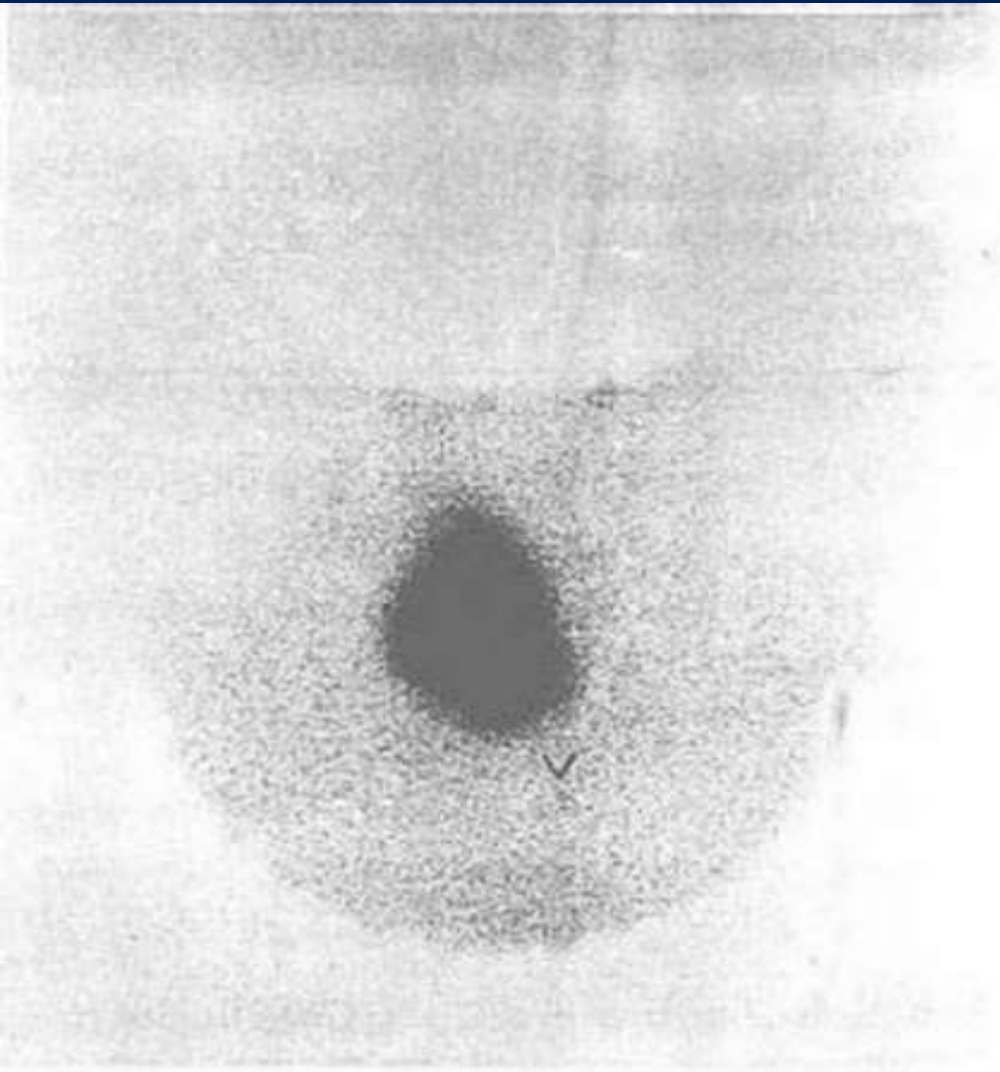
XẠ HÌNH TUYẾN GIÁP

- Dựa vào việc hấp thụ chất PX, 3 loại h/ả nhân TG:
 - **Nhân nóng:** Nhân tăng xạ, bắt nhiều tia Px
 - **Nhân lạnh:** Nhân giảm xạ, ít hoặc không bắt tia PX
 - **Nhân đẳng xạ:** bắt tia phóng xạ ở cùng mức độ với phần nhu mô ngoài nhân

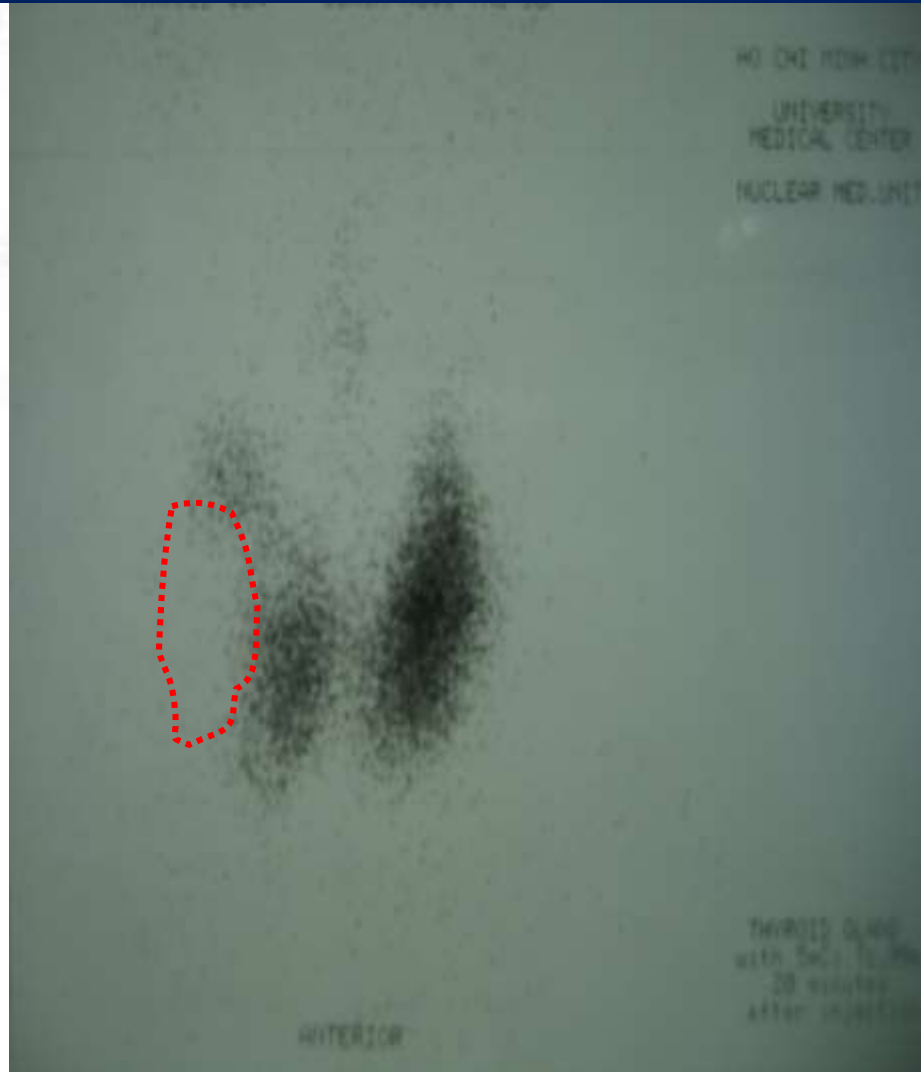
Nhân nóng: hầu như không bao giờ bh ác tính

Nhân lạnh hay nhân TG: 3 – 15% ác tính

XẠ HÌNH TUYẾN GIÁP



Nhaân nõùng



Nhaân lạnh

- **Khi nào thực hiện?**
 - BGN hay BGĐN (TSH giảm)
 - Mô TG lạc chỗ
 - nghi bướu giáp sau x,ức.
 - Ở vùng thiếu iốt

Phân loại BGN theo tế bào học

Phân loại CĐ	Đề nghị
Độ 1: Không đủ CĐ (Nondiagnostic)	Lập lại FNA dưới hướng dẫn SA (trừ nang đơn thuần)
Độ 2: Lành tính (Benign)	-Theo dõi LS, SA -Lập lại FNA (nếu kt nhân hay BS GPB ycầu)
Độ 3: Dạng Follicular lesion	-Phẫu thuật (đa số TH) -Sthiết lạnh: không kcáo
Độ 4: Nghi K (Suspicious)	-Phẫu thuật (đa số TH) -Sthiết lạnh: kcáo -FNA lập lại (nếu cần)
Độ 5: K (Positive for malignant cells)	-Phẫu thuật (để phân biệt các carcinoma) -Theo dõi CĐ nguyên nhân (carcinoma, lymphomas, sang thương di căn)

Tài liệu tham khảo

1. Hossein Gharib. American Association of clinical endocrinologists, associazione medici endocrinologi and european thyroid association medical guideline for clinical practice for the diagnosis and management of thyroid nodules (2010).
2. Baskin. Thyroid Ultrasound and ultrasound guided FNA (2008).
3. Nystron E. Thyroid disease in adult (2011).
4. Emily J Mackenzie. Thyroid nodules and thyroid cancer (2004).

The end

