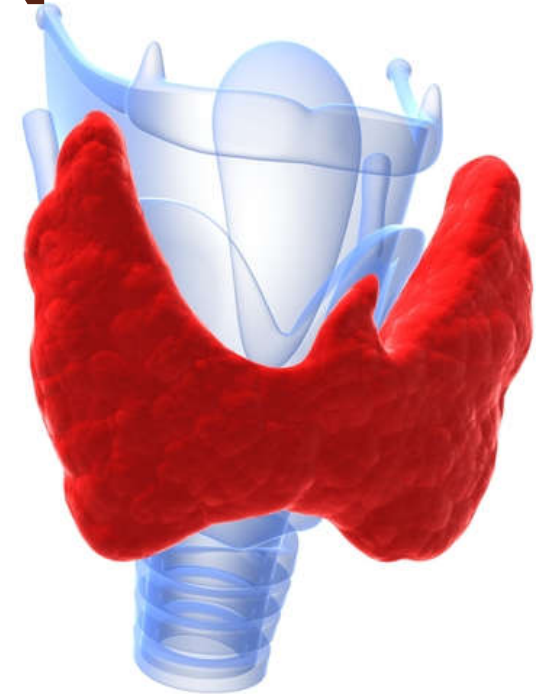


# TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN BƯỞU GIÁP NHÂN



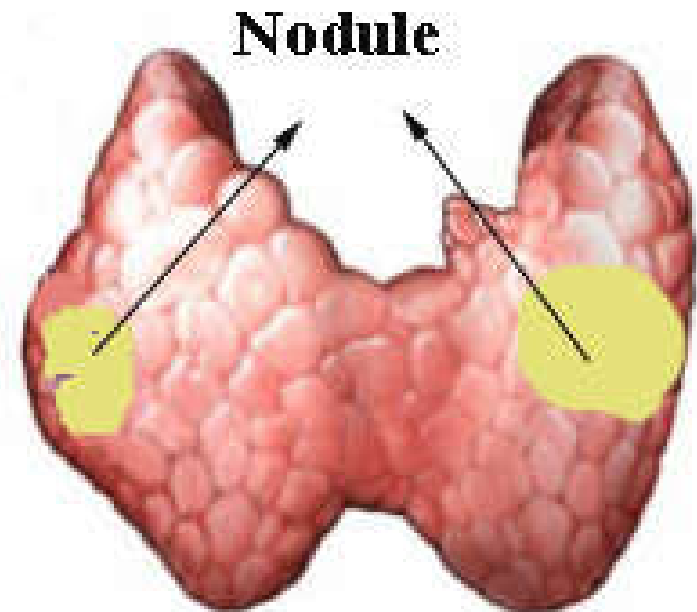
**TS. BS Nguyễn Thị Thu Thảo**  
**Trưởng Khoa Nội Tiết – Thận**  
**BV NHÂN DÂN GIA ĐỊNH**

# ĐỊNH NGHĨA

- ✚ Nhân giáp chỉ sự tăng sinh lành tính trong vỏ bọc của nó.
- ✚ Thuật ngữ: u tuyến giáp (Adenoma) hoặc nhân giáp (Nodule) thường được sử dụng thay thế cho nhau trong các tài liệu.

# BƯỚU GIÁP NHÂN

- ✚ Một nhân, 2 nhân hoặc nhiều nhân
- ✚ Có thể sờ được trên lâm sàng, phát hiện qua siêu âm
- ✚ Nhân đặc, nang
- ✚ > 1 cm hoặc < 1 cm
- ✚ Lành tính, ác tính
- ✚ Cường giáp
- ✚ Suy giáp
- ✚ Bình giáp



# MỘT SỐ YẾU TỐ DỊCH TỄ

- ✦ Tần suất BGN sờ được/CĐDS chung: 3 – 7%,
- ✦ 50% BGN được phát hiện bằng siêu âm.
- ✦ 20 – 70% BGN không sờ thấy (tử thiết, siêu âm)
- ✦ Đa số lành tính, ác tính khoảng 5%
- ✦ Nhân đặc: 6 – 10%, hoặc nang giáp
- ✦ BGN gia tăng theo tuổi, vùng thiếu iod, nữ > nam  
(ác tính ở nam > nữ)

# THỐNG KÊ Ở HOA KỲ

- ✚ Chiếm 4 – 7% dân số người lớn
- ✚ 17.000 ca ung thư giáp mới được phát hiện hàng năm. Tử vong 1.000 ca mỗi năm.



# UNG THƯ - NHÂN GIÁP

✚ Theo NC Pacini F. (1988), tần suất ung thư:

✚ BGDN: 7,5%

✚ Nhân độc giáp: 2,5% (tỉ lệ này cao hơn qua các NC trên BN được PT chiếm 4,5 – 7%)

# TẦN SUẤT UNG THƯ GIÁP

✚ NC tại Ý (n= 5198, nhân giáp = 6135): TS ung thư giáp: 4,6%

Đặc tính	Ung thư
d < 1cm	3
d ≥ 1cm	5,5
BGDN	5,3
Nhân đặc	4,1
Nang giáp (Cystic thyroid nodule)	0 – 3% (1 NC/BN phẫu thuật)

✚ 1 NC khác (n = 20.000 nhân giáp), ung thư giáp chiếm 3,6%

# NHÂN GIÁP – CƯỜNG GIÁP

- 1 NC điều tra ở BN cường giáp (Newzealand) mới đây (n = 201):
  - ▣ Grave's: 84,6%
  - ▣ BGDN: 10,4%
  - ▣ Nhân độc giáp: 5%
- Vùng thiếu Iode: Bắc Mỹ, Iran, Châu Âu, BGDN chiếm 50%/cường giáp.
- Tần suất ung thư/cường giáp: 2,6 – 10%, tăng cao ở khu vực BG địa phương



# NGUYÊN NHÂN

- Chưa rõ
- Thiếu Iode
- Viêm tuyến giáp (tự miễn/nhiễm trùng)
- Khiếm khuyết bẩm sinh
- Kháng thể
- Sản xuất TSH quá mức
- Hormons
- Các chất làm giảm CN tuyến giáp
- Xạ trị vùng đầu cổ
- TC gia đình có bệnh TG
- Cường giáp/suy giáp
- Gen

# CÁC HÌNH THÁI NHÂN GIÁP

- Benign nodular goiter
- Chronic lymphocytic thyroiditis
- Simple or hemorrhagic cysts
- Follicular adenomas
- Subacute thyroiditis
- Papillary carcinoma
- Follicular carcinoma
- Hürthle cell carcinoma
- Poorly differentiated carcinoma
- Medullary carcinoma
- Anaplastic carcinoma
- Primary thyroid lymphoma
- Sarcoma, teratoma, and miscellaneous tumors
- Metastatic tumors



# **BỆNH SỬ**

# TIẾP CẬN NHÂN GIÁP

- Bệnh sử, khám vùng cổ, tiền căn gia đình
- Tính chất: nhân lớn nhanh, chắc, cứng, dính...
- Kích thước nhân:  $> 1\text{cm}$ ,  $< 1\text{cm}$
- Đặc tính nhân: đơn nhân, đa nhân, nang, hỗn hợp.
- Chức năng nhân
- Nhân lạnh, nhân nóng
- Lành tính/ác tính

# Các yếu tố gợi ý ác tính tiềm ẩn

- Tiền căn chiếu xạ vùng đầu cổ.
- TC gia đình K tuỷ tuyến giáp, đa u tuyến nội tiết type 2, K giáp dạng nhú
- Tuổi <14 or >70 t
- Phái nam
- Nhân lớn nhanh
- Nhân chắc, cứng, dính hoặc di động kém
- Hạch cổ
- Nuốt khó, khó thở, khàn giọng



# CẶN LÂM SÀNG

# CÁC XN TRƯỚC KHI LÀM FNA

- Siêu âm tuyến giáp
- TSH bình thường → FNA
- TSH cao → FT4, Anti TPO → FNA
- TSH thấp → FT3, FT4, TRAb, Xạ hình tuyến giáp

# SIÊU ÂM TUYẾN GIÁP

## Siêu âm tuyến giáp

- ✚ Chi phí thấp, dễ thực hiện, và không bị ảnh hưởng bức xạ.
- ✚ Phát hiện các nốt không sờ thấy trên lâm sàng, ước tính được kích thước, số lượng nhân và hướng dẫn cho FNA.



# SIÊU ÂM TUYẾN GIÁP

Các hình ảnh gợi ý ung thư của nhân giáp trên siêu âm

<b>Tính chất</b>	<b>Lành</b>	<b>Ác</b>
Echo	BT hoặc tăng	Giảm
Calci hoá	Thô	Vi calci
Halo (quầng sáng)	Rõ và mỏng	Dày, không đều hoặc không có
Bờ	Đều	Không đều
Tăng sinh xâm lấn	Không	Có
Hạch vùng	Không	Có
Doppler m/m	Yếu	Mạnh

# SIÊU ÂM TUYẾN GIÁP

	Ác tính (%)	Lành tính (%)
A/T $\geq 1$	76	40
Vi vôi hoá	72,2	28,7
Bờ không đều	52,8	18,8
Echo kém	80,6	52,4
Tăng sinh m/m trong nhân	61,6	49,7

A/T  $\geq 1$  +  $\geq 2$  (vi vôi hoá, bờ không đều, Echo kém) là dấu chỉ điểm truy tìm UT giáp (Anteroposterior/Transverse diameter ratio)

NC Carlo Capelli ở Ý (n = 5198, nhân giáp = 7455)

*Carlo Cappelli (2006), Thyroid nodule shape suggests malignancy, European Journal of Endocrinology 155 27–31*

# SIÊU ÂM TUYẾN GIÁP

	Ác tính (%)	Hạch di căn (%)
Nhân $\geq 1$ cm	10,5	23,6
Nhân $< 1$ cm ( 38,4%)	4,9	25

NC Capelli C. ở Ý trong 13 năm (n = 5198, nhân giáp = 7455)

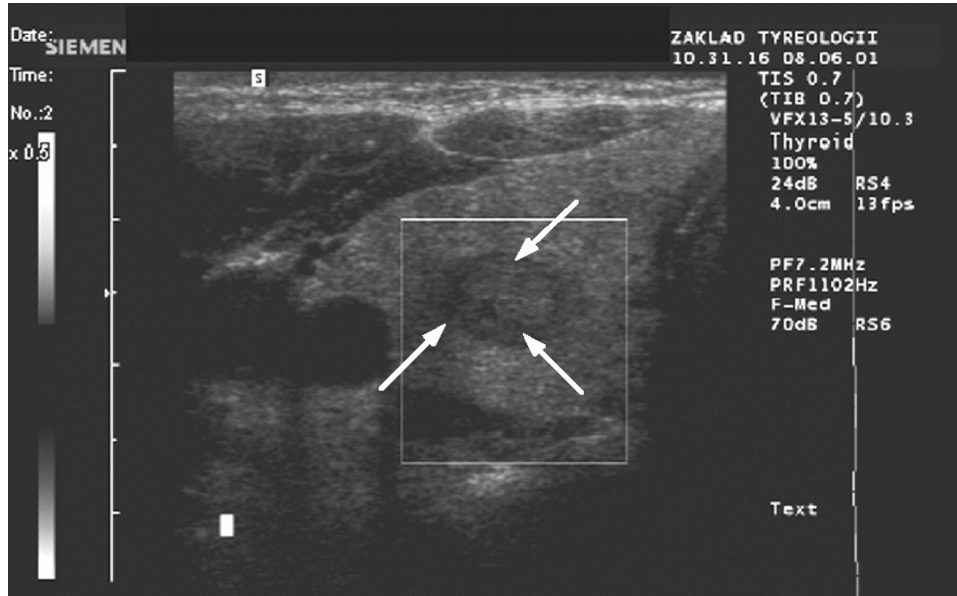
Nang giáp (n = 201, FNA âm tính), K giáp dạng nhú 12,4% (nang > 3cm, tái phát sau rút dịch, dịch máu)

# Giá trị tiên đoán ác tính/ nhân giáp

	Độ nhạy (%)	Độ chuyên (%)	PPV (%)	NPV (%)	FNAC (%)	Bỏ sót K %
<b>Hình ảnh siêu âm</b>						
(a) D ≥ 10 mm	77	35	5.4	97	65	19
(b) Echo kém	81	47	7	98	53	19
(c) Bờ không đều	53	81	12	97	19	47
(d) Vôì hoá	72	71	10.8	98	29	28
(e) Tăng sinh mạch máu	62	50	5.6	96	50	38
(f) A/T ≥ 1	76	60	8.3	98	39	24
<b>TC đề xuất</b>						
(f) + ≥ 2 TC (b – d)	99	57	6	99	72	0.9
(b) + ≥ 1 (c – e)	79	61	8.8	98	39	23

*Carlo Cappelli (2006), Thyroid nodule shape suggests malignancy, European Journal of Endocrinology 155 27–31*

## ECHO kém



Nhân với đk trước – sau  $\geq 1$ cm

## Vi vôi hóa



Tăng sinh mạch trong nhân

# CẬN LÂM SÀNG

	Nhân đặc		Phình giáp đa nhân	
	ATA (n = 142)	ETA (n = 100)	ATA (n = 140)	ETA (n = 100)
Total T <sub>4</sub>	12	20	21	17
Total T <sub>3</sub>	9	25	23	23
FT <sub>4</sub> /index	49	53	54	74
FT <sub>3</sub> /index	6	31	11	43
TPO antibodies	30	41	61	65
Microsomal antibodies	6	11	17	10
Tg antibodies	18	26	34	49
TSHR antibodies	0	6	0	8
Calcitonin	5	43	4	32
Tg	4	14	2	8
Sedimentation rate	6	16	9	13

# XẠ HÌNH TUYẾN GIÁP

## Ưu điểm

Biết được chức năng TG

Phân biệt được giữa tình trạng phân huỷ và tăng sản

Đo được sự hấp thu Iode

Tiên đoán được tính khả thi của liệu pháp Iode

Phát hiện được mô TG lạc chỗ

## Khuyết điểm

Đòi hỏi phải có đơn vị y học hạt nhân

Sử dụng tia bức xạ

Độ phân giải thấp – hình ảnh không rõ

Khó phân biệt được giữa nhân lạnh đặc, nhân lạnh nang.

Ước đoán thể tích không chính xác

Tc 99 có thể cho kết quả (+) giả

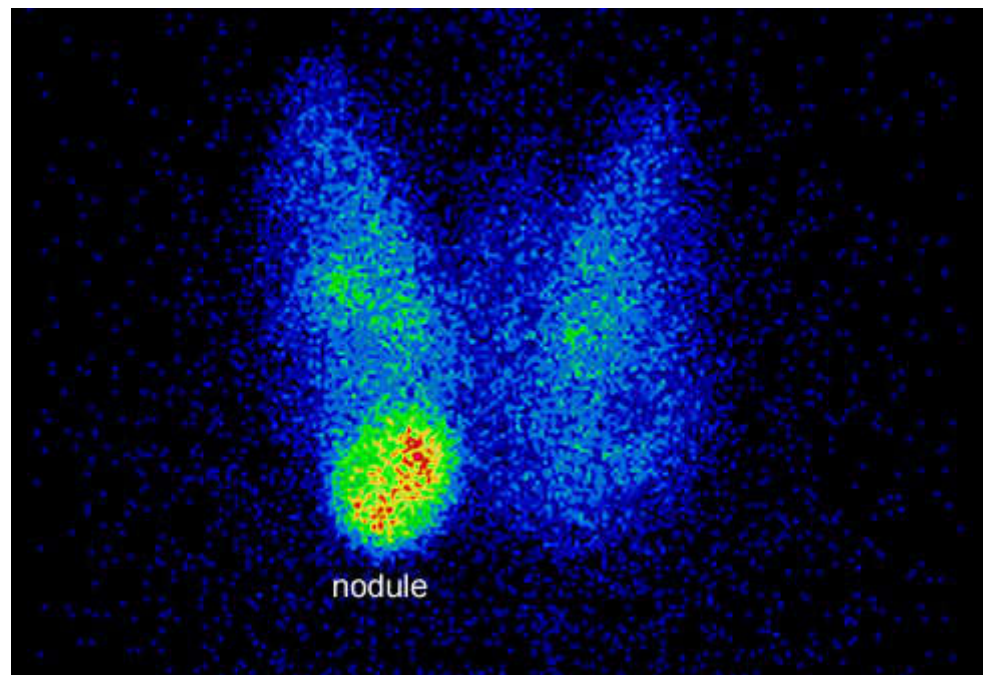
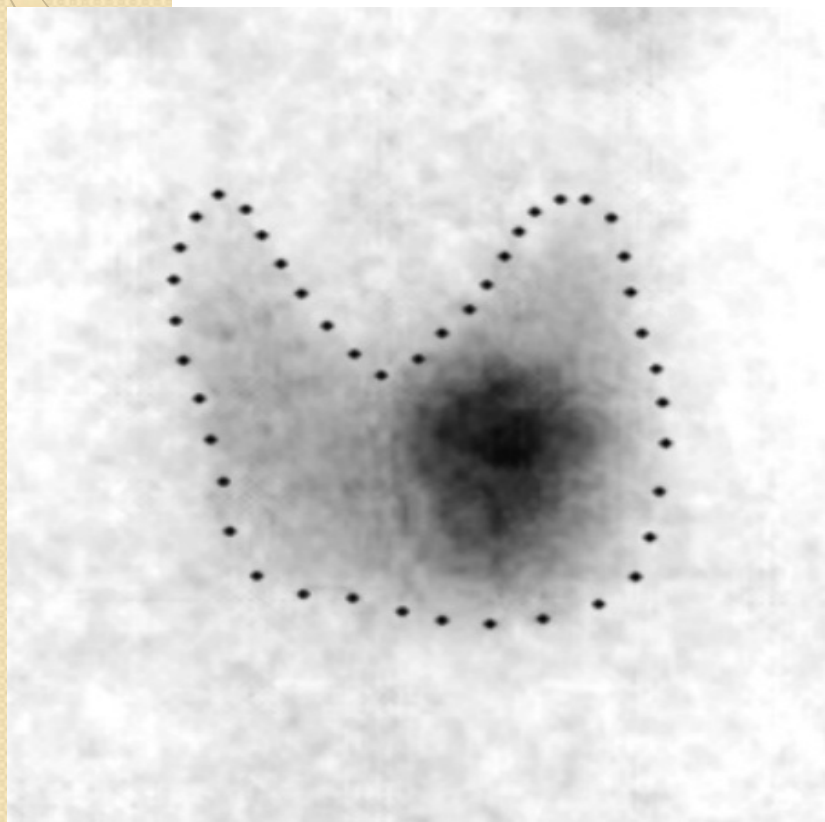
Invalidated by iodine contamination

# XẠ HÌNH TUYẾN GIÁP

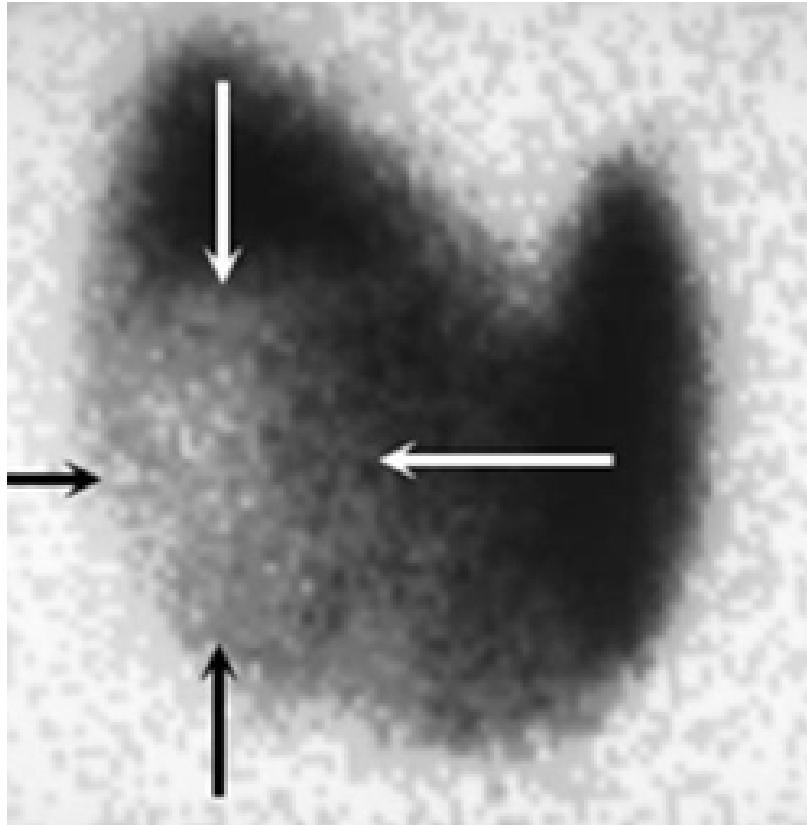
- NC: 4457 bệnh nhân có nhân giáp
  - Tất cả được xạ hình và phẫu thuật
  - Kết quả:
    - Nhân lạnh 84% → 16% ung thư
    - Nhân ấm 10% → 9% ung thư
    - Nhân nóng 5.5% → 4% ung thư



# Nhân nóng



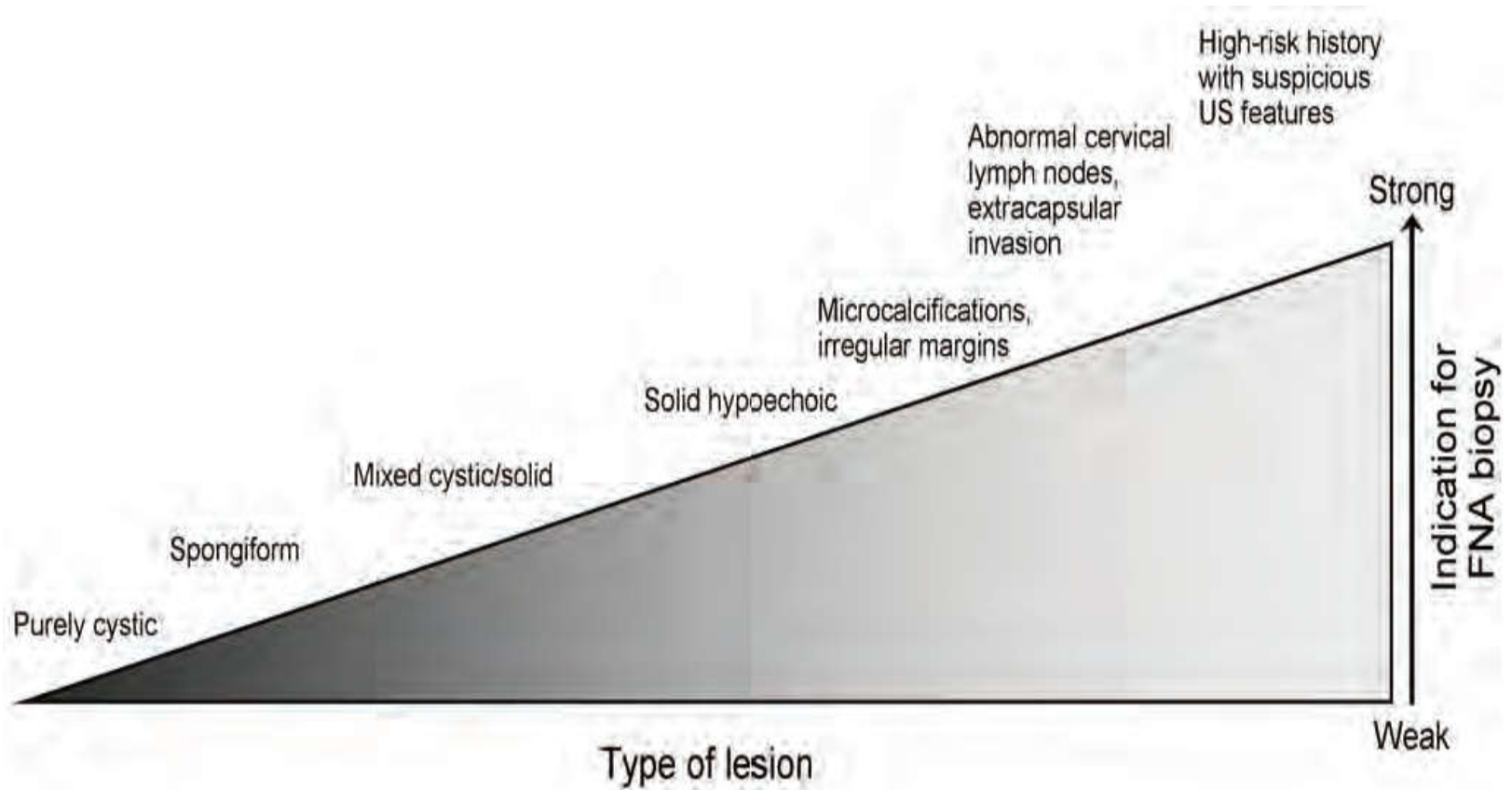
# Nhân lạnh



# FNA

- Được đưa vào sử dụng thập niên 70
- Việc dùng FNA làm giảm > 50% mổ cắt giáp và giảm chi phí điều trị 25%
- FNA cho CĐ mổ = 20 – 30%
- 70 – 80% còn lại không PT? (ước tính tỉ lệ âm tính giả khoảng 1% trong nhóm này)

# CHỈ ĐỊNH FNA



# ATA Guidelines 2015

**Table 2** Recommendations for diagnostic FNA based on size and US features [1, 35–37, 85, 86, 118–120]

---

- A. Nodules  $\geq 1$  cm with intermediate or high suspicion US pattern
- B. Nodules  $\geq 1.5$  cm with low suspicion US pattern
- C. Nodules  $\geq 2$  cm with very low suspicion US pattern (e.g., spongiform). Observation an alternate option.
- D. For nodules that do not meet the above criteria, FNA is not required, including nodules  $< 1$  cm (with some exceptions) and purely cystic nodules.

ATA Guidelines 2015

---

# KHUYẾN CÁO THỰC HIỆN FNA THEO ATA

## ***Nodule sonographic or clinical features***

## ***Recommended nodule threshold size for FNA***

### **High-risk history**

Nodule WITH suspicious sonographic features

>5mm

Recommendation A

Nodule WITHOUT suspicious sonographic features

>5mm

Recommendation E

### **Abnormal cervical lymph nodes**

All

Recommendation A

### **Microcalcifications present in nodule**

≥ 1 cm

Recommendation B

### **Solid nodule**

AND hypoechoic

> 1 cm

Recommendation B

AND iso- or hyperechoic

1–1.5 cm

Recommendation C

### **Mixed cystic–solid nodule**

WITH any suspicious ultrasound features<sup>b</sup>

≥ 1.5–2.0 cm

Recommendation B

WITHOUT suspicious ultrasound features

≥ 2.0 cm

Recommendation C

### **Spongiform nodule**

≥ 2.0 cm

Recommendation C

### **Purely cystic nodule**

FNA not indicated<sup>e</sup>

Recommendation E

# Giá trị FNA

Đặc tính (%)	Trung bình	Khoảng
Độ nhạy	83	65 – 98
Độ đặc hiệu	92	72 – 100
Giá trị tiên đoán (+)	75	50 – 96
Tỉ lệ (-) giả	5	1 – 11
Tỉ lệ (+) giả	5	0 – 7

*Gharib H, et al; AACE/AME Task Force on Thyroid Nodules. American Association of Clinical Endocrinologists and Associazione Medici Endocrinologi medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and management of thyroid nodules. Endocr Pract. 2006;12:63-102*

# FNA

Nguyên nhân gây (-) giả:

- Lấy mẫu sai
- Không được thực hiện dưới hướng dẫn SÂ
- Những nhân không sờ được
- Béo phì
- Nam có cơ cổ phát triển



# Mẫu FNA tối ưu

- Nên được xem xét bởi chuyên gia tế bào học
- Cần có thêm thông tin về lâm sàng và SÂ để giúp đọc chính xác.
- Mẫu FNA phải đủ, tối thiểu có chứa 6 nhóm tế bào biểu mô tuyến giáp. Ít nhất 10 tế bào/nhóm
- Trả lời kết quả tế bào học phải mô tả trước, sau đó cho ra kết quả.

# CHẨN ĐOÁN TẾ BÀO HỌC

	Tế bào học (%)	Ác tính (%)
Không chẩn đoán	10 – 15	
Lành tính	60 – 80	< 5%
Tổn thương dạng nang	10 – 20	15 – 25
Nghi ngờ	2,5 – 10	50 – 75
Ác tính	3,5 – 10	> 95

- Với sự đồng thuận của các hiệp hội: ATA, AACE/AME, National Cancer Institute

*Dina M. Elaraj (2010). Endocrin neoplasia – Evaluation of the Thyroid Nodule*

# GIẢM THIỂU ÂM TÍNH GIẢ/FNA

- Thực hiện FNA qua hướng dẫn siêu âm
- Lấy nhiều mẫu ở nhiều khu vực/nhân
- Lập lại FNA qua hướng dẫn SÂ cho nhân lành tính đang theo dõi
- BG nang, FNA chỗ nhân đặc qua hướng dẫn siêu âm và gửi cả dịch nang cho GPB
- Chuẩn bị ít nhất 6 lame để phết TB
- Cố định ngay lập tức như kỹ thuật Pap's
- Xem lại lame với các chuyên gia TBH có kinh nghiệm.

# FNA DƯỚI SIÊU ÂM

- Tin cậy hơn
- Giảm nguy cơ mẫu sai
- Độ chính xác tế bào học cao hơn
- 1 NC ở Ý (Danese) so sánh FNAB (n = 6497) và UG-FNAB (n = 9683) cho thấy độ chính xác cao hơn ở nhóm UG-FANB.

# Tai biến FNA

- Hiếm gặp
- Đau, khó chịu kéo dài 1 vài giờ sau FNA
- Bầm máu
- Sưng phù
- Nhiễm trùng
- Tạo nang
- Tụ máu: 2 giờ sau thủ thuật (tốt nhất dùng kim 27 - 25)
- Shock Vasovagal
- Liệt TK quặt ngược ( 4 ca/ 1000 ca, chiếm 0,036%)
- Rơi vãi TB ung thư (12 ca/toàn thế giới, dùng kim  $\geq 23$ )

# Hướng dẫn sau FNA

- Cần theo dõi 30 phút sau thủ thuật: sưng nề, bầm máu, tụ máu, đau
- Điều trị:
  - Đè trực tiếp vào vị trí ST làm giảm nguy cơ bầm và tụ máu
  - Vô trùng kỹ chỗ tiêm để tránh nhiễm trùng
  - Chườm đá, dùng thuốc giảm đau
  - Nang giáp: không sinh thiết quá nhiều lần → rỉ dịch vào mô
  - Dùng kim 23 hoặc nhỏ hơn để tránh gieo rắc TB ung thư
  - Cho số điện thoại cần cấp cứu

# CT Scanner TUYẾN GIÁP

## Ưu điểm

Tính tiện lợi được

Hình thái học có độ phân giải cao

Quan sát cấu trúc lân cận

Lý tưởng/ bước sau x. ức

Đánh giá kích thước, mức độ CE

Ước đoán được diện tích 2 chiều

Có khả năng tính được thể tích thực

## Khuyết điểm

Sử dụng tia bức xạ

Không biết được chức năng

Tiên đoán mức độ ác tính kém

# MRI tuyến giáp

## Ưu điểm

Không sử dụng tia bức xạ  
Hình thái học có độ phân giải cao  
Quan sát cấu trúc lân cận  
Lý tưởng/bước sau x. ức  
Đánh giá kích thước, mức độ chèn ép  
Ước đoán được diện tích 2 chiều  
Ước đoán được thể tích với độ chính xác cao

## Khuyết điểm

Tính tiện lợi trung bình  
Thời gian làm kéo dài  
Không thể dùng được nếu trong cơ thể bệnh nhân có vật kim loại  
Không biết được chức năng  
Tiên đoán mức độ ác tính kém  
Không thực hiện được với người sợ nhốt kín



# PET/CT tuyến giáp

## Ưu điểm

Tiên đoán mức độ ác tính

Biết được chức năng tuyến giáp

Nghiên cứu được sự chuyển hoá

Tiên đoán được mức độ ác tính tốt

## Khuyết điểm

Tính tiện lợi thấp

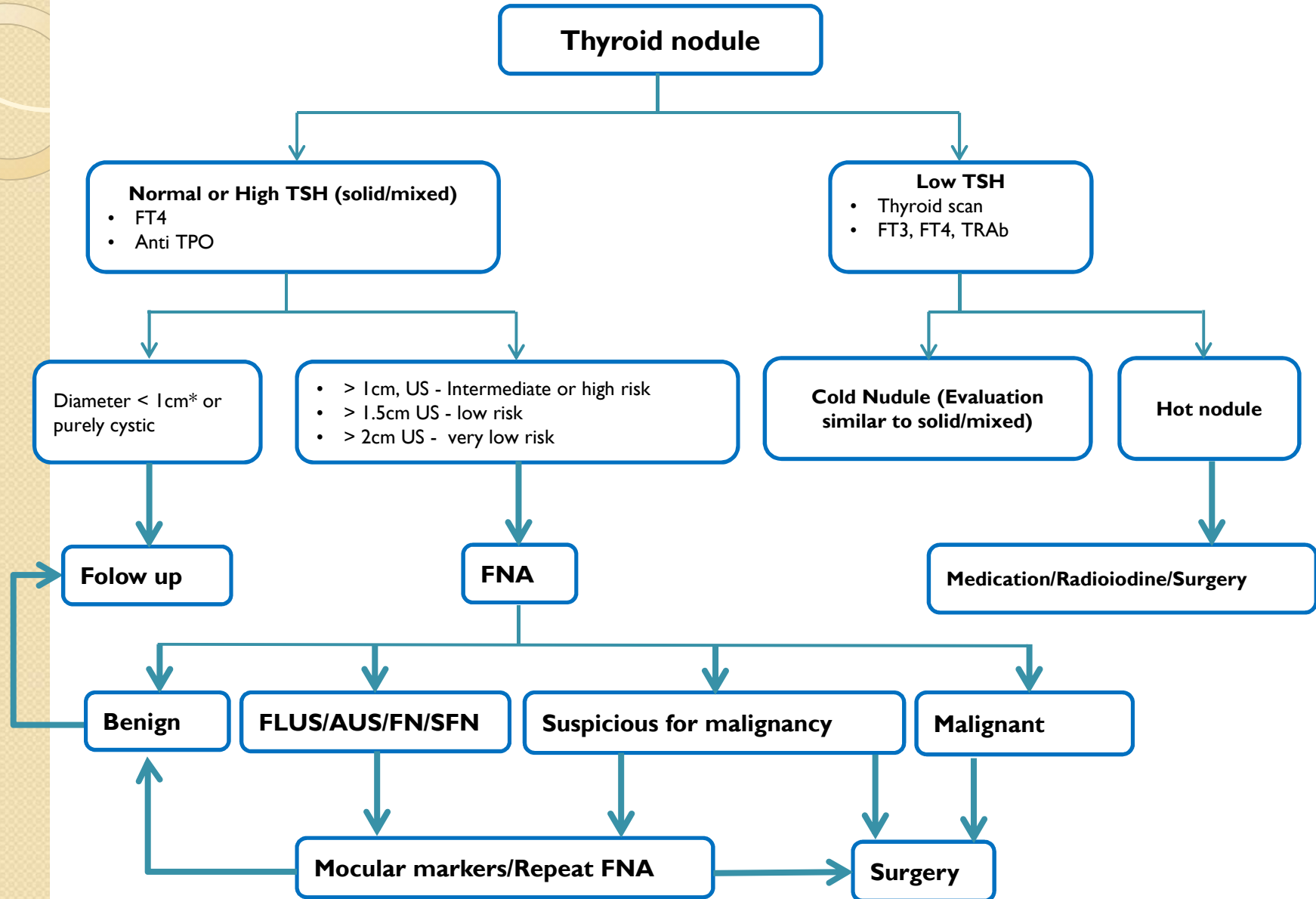
Đòi hỏi phải có đơn vị YHHN

Sử dụng tia bức xạ

Được đánh giá thấp



# Thyroid Nodule Workup Algorithm 2016



# Thyroid Nodule Workup Algorithm 2016

- US: Ultrasound
  - FLUS: Follicular Lesion of undetermined significance
  - AUS: Atypical of undetermined significance
  - FN: Follicular Neoplasm
  - SFN: Suspicious of Follicular Neoplasm
- \* Some nodule < 1cm may need FNA

# ĐIỀU TRỊ NHÂN GIÁP (TMNG, TA)

AACE/ AME/ETA:

1. Phẫu thuật
2.  $I^{131}$  giảm thể tích nhân giáp 40%/năm đầu, suy giáp 11-58% sau 1 -8 năm
3. Hormon giáp: không khuyến cáo (chỉ dùng ở BN trẻ, nhân giáp nhỏ, vùng thiếu lode), làm giảm thể tích nhân giáp 15%/9 tháng.

## ĐT NHÂN GIÁP – CƯỜNG GIÁP (TMNG, TA)

- KGTH liều thấp
- $I^{131}$  : đáp ứng 50 -60% sau 3 tháng  
20% thất bại → suy giáp 3%/năm,  
64%/24 năm
- Phẫu thuật: thất bại <1% (cắt giáp  
trọn/gần trọn, ngưng KGTH ngày PT,  
bù hormon giáp sau mổ, theo dõi TSH,  
FT4 4 – 6 tuần sau PT

# Khuyến cáo

- Siêu âm, FNA
- TSH ↓: FT4, FT3, TRAb, xạ hình
- TSH ↑ : FT4 và TPOAb
- ThyroglobulinAb: trước và sau PT
- Calcitonin (MTC): đo trước PT, nếu ↑ thì lập lại lần nữa

# KẾT LUẬN

Trước một bướu giáp nhân:

- Cần phối hợp chặt chẽ bệnh sử, khám lâm sàng và các dữ kiện CLS để có hướng XT thích hợp.
- Phối hợp chặt chẽ giữa các nhà LS, siêu âm, giải phẫu bệnh và ngoại khoa để tránh bỏ sót UT giáp.
- Nhân nóng và nang giáp đơn thuần: không FNA
- Viêm giáp Hashimoto: không CĐ phẫu thuật

# Tài liệu tham khảo

- Ka H Y (2016). *The Revised 2016 Korean Thyroid Association Guidelines for Thyroid Nodules and Cancers: Differences from the 2015 American Thyroid Association Guidelines*. *Endocrinol Metab*, Vol 31, pp: 373 – 378
- Gharib H et al (2016). *AACE/ACE/AME Guidelines: American Association of Clinical Endocrinologists, American College of Endocrinology, and Associazione Medici Endocrinologi Medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and management of thyroid nodules – 2016 update*. *Endocrine Practice* Vol 22 (Suppl 1), pp: 1 – 60.
- Tamhane S and Gharib H (2016). *Thyroid nodule update on diagnosis and management*. *Clinical Diabetes and Endocrinology* Vol 2, pp 17



# CA LÂM SÀNG 1

- BN nữ, 45t, không t/căn GĐ bệnh ác tính
- Siêu âm TG: 1 nhân giáp 8 mm, bờ đều, không vôi hoá, không tăng sinh MM
- Lâm sàng: không sờ được nhân
- TSH, FT3, FT4: bình giáp
- Hướng xử trí? FNA?

# CA LÂM SÀNG 2

- BN nam, 17t, cha chết vì K giáp di căn
- Siêu âm TG: 1 nhân đặc >1 cm, bờ không đều, phản âm kém có vi vôi hoá và tăng sinh MM nhiều
- Lâm sàng: sờ 1 nhân chắc, di động kém
- TSH ↓
- Hướng xử trí?
- FT4, FT3, TRAb, FNA /siêu âm? Xạ hình,

## CA LÂM SÀNG 3

- BN nữ 38t, 1 nhân giáp thùy P, sờ được, mật độ vừa, không dính
- TC bản thân và gia đình: không bệnh ác tính
- TSH, FT4 bình thường
- Hướng xử trí?

## PHIẾU KẾT QUẢ SIÊU ÂM

### I. THÔNG TIN HÀNH CHÍNH

Họ tên: KIM THỊ KEO MÔ NÔ RUM

Địa chỉ: NG

Chẩn đoán: kiểm tra

Bs.Chỉ định: BS PHƯỚC

IDBN: P170414188 Tuổi: 38 Giới: Nữ

Khoa: KB

### II. MÔ TẢ KẾT QUẢ

#### TUYẾN GIÁP:

THÙY P: to, 1/2 trên có nhân echo hỗn hợp đặc và nang, giới hạn rõ, kt= 32x17 mm, không vôi hóa, không tăng sinh mạch máu.

THÙY T: mặt trước 1/2 dưới cá nhân đặc echo kém, bờ không đều, giới hạn rõ, kt= 4x3 mm, không vôi hóa, không tăng sinh mạch máu.

TUYẾN MANG TAI VÀ TUYẾN DƯỚI HÀM HAI BÊN: bình thường.

Hạch cổ hai bên không thấy hạch bệnh lý.

Bó mạch cảnh hai bên:

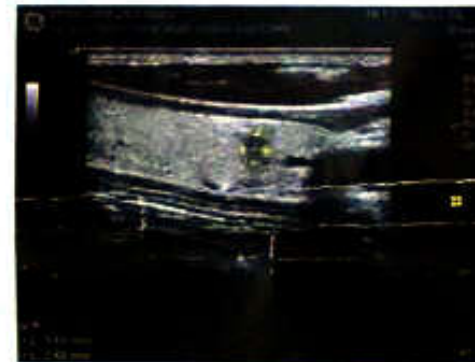
- Động mạch cảnh không dẫn, không phình, không mảng xơ vữa.
- Tĩnh mạch cảnh không dẫn, không huyết khối, không thuyên tắc, phân bố mạch máu phổ tĩnh mạch.

### I. KẾT LUẬN

**TD PTC THÙY TRÁI (TI - RADS 4C).**

**PHÌNH GIÁP HẠT THÙY PHẢI.**

### HÌNH ẢNH SIÊU ÂM



TP.HCM, ngày 14 tháng 4 năm 2017

Bác sĩ siêu âm



khám:

(NHỚ MANG THEO PHIẾU NÀY MỖI L



140417-523693

Nhận: 11:11, 14/04/2017

## KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

Họ tên: **KIM THỊ KEO MÔ NÔ RUM**

Năm sinh: **1979**

Giới tính: **Nữ**

Chẩn đoán: Bướu giáp đơn nhân lành tính

Đối tượng: Viên phi

BS chỉ định: **VÕ HỒNG MINH PHƯỚC**

Nơi gửi: **KHU KHÁM MỜI (A)**

Địa chỉ: Ấp Giữa, Xã Kim Hòa, Huyện Cầu Ngang, Trà Vinh

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	CS. BÌNH THƯỜNG
<b>Miễn dịch</b>		
TSH	0.3466	0.27 - 4.94 uIU/mL
FT4	1.18	0.7 - 1.7 ng/dL

Ngày 14 tháng 04 năm 2017 13:01

**Khoa Xét Nghiệm**

**Bs. Trần Thị Lý**



**Chân thành cảm ơn**