

TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BƯỞU GIÁP NHÂN

ThS.BS.Nguyễn Thị Diễm Ngọc

MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. *Liệt kê được các loại bướu giáp nhân hay gặp*
2. *Trình bày các bước tiếp cận khi thăm khám bướu giáp nhân*
3. *Phân tích được các cận lâm sàng trong chẩn đoán bướu giáp nhân*
4. *Liệt kê được các phương pháp điều trị bướu giáp nhân hiện nay*

ĐẠI CƯƠNG

- Bướu giáp nhân (BGN) là bệnh lý nội tiết rất thường gặp, đứng hàng thứ 2 sau bệnh đái tháo đường
- Tần suất BGN phát hiện qua khám lâm sàng # 4 -7% dân số, tăng lên đến 19 - 68% qua siêu âm, số lượng bệnh nhân đa phần là nữ
- Hơn 90% bướu giáp nhân là lành tính, chỉ có 5-10% là ác tính
- Tại Mỹ, ung thư tuyến giáp chiếm 1% các loại ung thư và 0,5% tổng số tử vong do ung thư

PHÂN LOẠI

1. BGN lành tính

Thường gặp	Ít gặp
<ul style="list-style-type: none">- Bướu giáp đa nhân với đầy chất keo giáp hoặc tăng sản nang tuyến- Nang giáp keo- Nang giáp xuất huyết- Viêm giáp mạn	<ul style="list-style-type: none">- Mô tuyến cận giáp- Tồn tại nang giáp lưỡi- Thiếu sản một thùy tuyến giáp và phì đại thùy còn lại tạo hình ảnh giả u hoặc nhân giáp- Tăng sản hoặc tân sản lành tính trong tuyến giáp: adenoma dạng nang hoặc adenoma tế bào Hürthle- U quái, u mỡ, u mạch máu (rất hiếm)

PHÂN LOẠI

2. Ung thư tuyến giáp

Phân loại ung thư giáp	Tần suất
Ung thư tuyến giáp dạng nhú	80%
Ung thư tuyến giáp dạng nang (bao gồm cả ung thư tuyến giáp tế bào Hürthle)	10%
Ung thư tuyến giáp dạng tủy	5%
Ung thư tuyến giáp biệt hóa kém	3%
Các loại khác (bao gồm lymphoma, sarcoma sợi...)	1%

TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

1. Triệu chứng cơ năng

- Đa số không có triệu chứng, phát hiện tình cờ khi đi khám các bệnh khác hay qua kiểm tra sức khỏe định kỳ.
- Một số bướu giáp lớn có thể có các triệu chứng chèn ép như đau, nuốt khó, khó thở, khàn tiếng.

TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

2. Triệu chứng thực thể

- Khám nhân giáp mềm hoặc cứng, nhỏ (khu trú) hoặc to (lan tỏa), di động hoặc cố định, và đau hoặc không đau.
- Nhân giáp có mật độ cứng, mới xuất hiện và đau thì có thể là nang tuyến giáp xuất huyết hoặc viêm tuyến giáp bán cấp.
- Nhân giáp không di động kèm với hạch cổ gợi ý có khả năng ác tính.

TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

2. Triệu chứng thực thể (tt)

- Lưu ý các dấu hiệu gợi ý ung thư: có hạch cổ, nhân cứng, ít di động, nhân to > 4cm hoặc nhân to nhanh, các dấu hiệu xâm lấn tại chỗ (nuốt khó, khàn tiếng, đau vùng cổ)
- Khám LS chỉ phát hiện được nhân giáp >1 cm và nằm ở vị trí dễ phát hiện. Các nhân < 1cm rất khó sờ thấy.
- 50% BGN phát hiện qua siêu âm bị bỏ sót qua thăm khám LS, ngay cả BGN có kích thước > 2 cm cũng bị bỏ sót đến 1/3 số trường hợp.

Nghi ngờ cao	Nghi ngờ trung bình
Tiền sử gia đình bị ung thư tuyến giáp thể tửy hoặc đa u tuyến nội tiết MEN (Multiple Endocrine Neoplasia)	Tuổi < 20 hoặc > 70
Nhân rất rắn hoặc cứng	Nam giới
Nhân dính vào tổ chức xung quanh, ít di động	Tiền sử bị tia xạ vùng đầu, cổ
Liệt dây thanh	Nhân có đường kính > 4cm hoặc một phần là nang.
Có hạch cổ	Có triệu chứng chèn ép, gây khó nuốt, nói khàn, khó thở và ho
Có dấu hiệu di căn xa	

Các dấu hiệu gợi ý chẩn đoán ung thư tuyến giáp

CẬN LÂM SÀNG

1. Xét nghiệm chức năng tuyến giáp

- Đo nồng độ TSH và FT4 được chỉ định cho tất cả BN có BGN
- Đa số các BN ung thư tuyến giáp có chức năng tuyến giáp bình thường
- TSH bị ức chế: gợi ý nhân giáp có chức năng (nhân nóng), cần làm thêm xạ hình tuyến giáp
- TSH tăng: xét nghiệm kháng thể Anti-thyroid peroxidase (Anti-TPO) để xác định viêm giáp Hashimoto

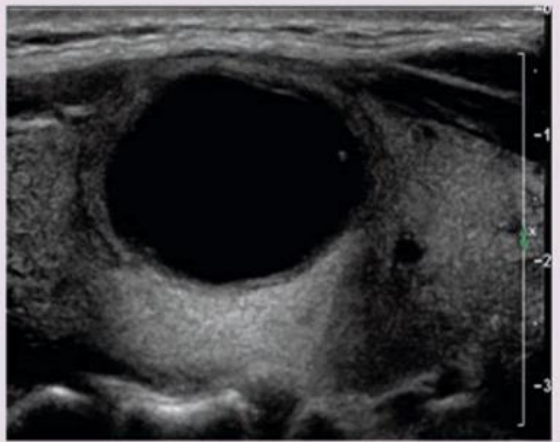
CẬN LÂM SÀNG

2. Siêu âm tuyến giáp

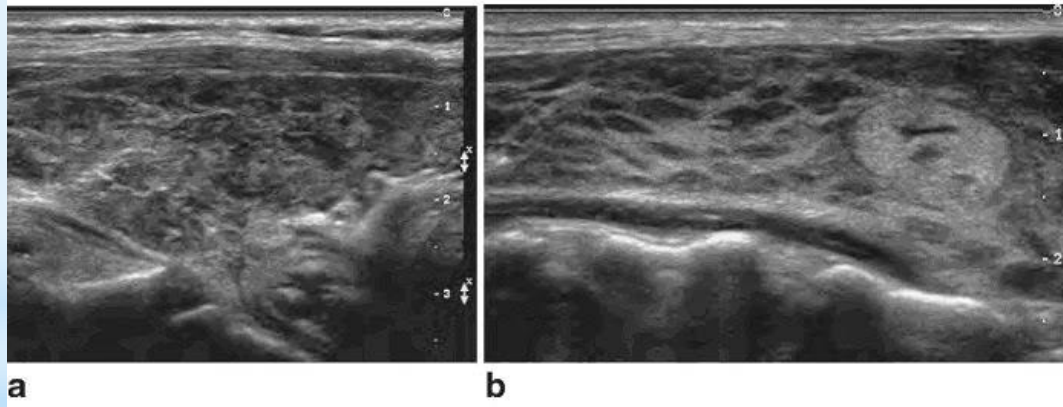
- Là XN hình ảnh giúp chẩn đoán BGN chính xác và được chỉ định thường quy trên lâm sàng.
- Giúp phát hiện các nhân không sờ thấy được trên LS
- Xác định là bướu đơn nhân hay đa nhân, đo kích thước các nhân và thể tích bướu giáp
- Giúp phân biệt các nang đơn thuần có nguy cơ bị ung thư rất thấp với các nhân đặc và nhân hỗn hợp có nguy cơ bị ung thư tuyến giáp cao hơn.
- BGN càng có nhiều đặc tính gợi ý ác tính trên siêu âm thì khả năng ung thư càng cao

Các đặc điểm mô tả trên siêu âm gợi ý nhân giáp lành tính hay ác tính

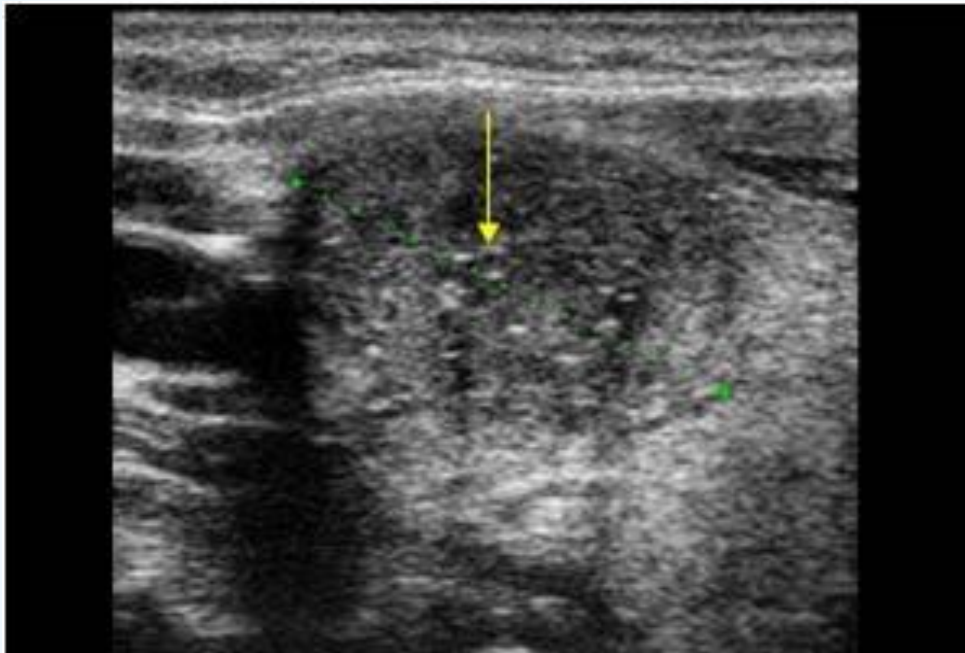
Lành tính	Ác tính
<ul style="list-style-type: none">- Nang trống- Nhân dạng bọt biển- Không hoặc có dấu đuôi sao chổi lớn- Đường bờ nhẵn- Trục ngang (chiều rộng hơn chiều cao)	<ul style="list-style-type: none">- Nang đặc- Vi vôi hóa, vôi hóa viền- Nhân giảm âm- Bờ đa thùy (đa cung)- Xâm lấn ra ngoài- Trục dọc (chiều cao hơn chiều rộng)



**nang giáp có phản âm trống hoàn toàn
gợi ý lành tính**

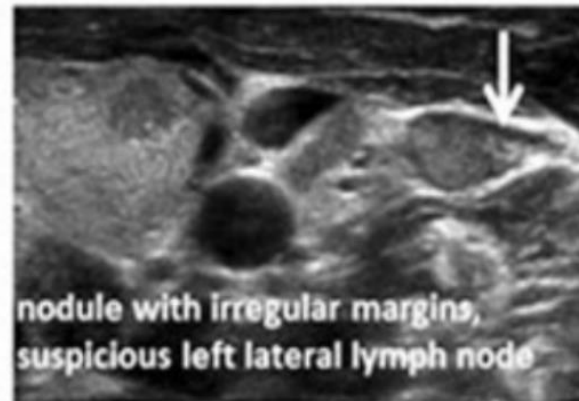
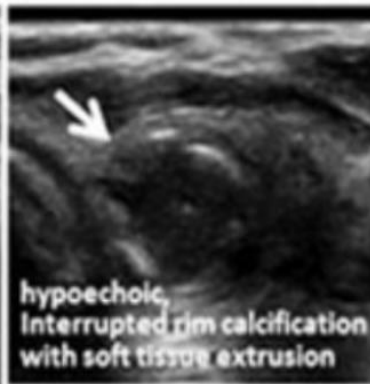
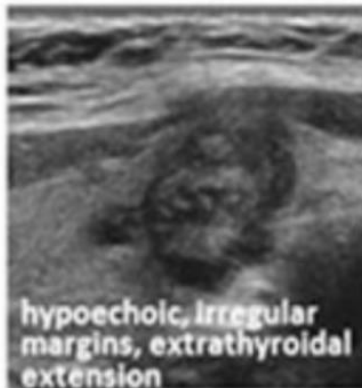


nhân giáp dạng bọt biển (tổ ong)



**nhân giáp có vi vôi hóa,
phản âm kém, trục dọc**

High
Suspicion
>70-90%



**hình ảnh nghi ngờ nhân giáp ác tính
cao trên siêu âm (70 – 90%)**

CẬN LÂM SÀNG

2. Siêu âm tuyến giáp (tt)

- Ngoài ra siêu âm còn giúp đánh giá hệ thống hạch cổ và cho gợi ý về nguy cơ ác tính của hạch cổ.
- Siêu âm còn có tác dụng hỗ trợ chẩn đoán (chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm) cũng như điều trị (RFA, tiêm cồn dưới da), và theo dõi hiệu quả điều trị.

CẬN LÂM SÀNG

3. Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (Fine Needle Aspiration Biopsy): là thủ thuật cần thiết giúp phân biệt bướu giáp nhân là lành tính hay ác tính.

Chỉ định FNA nhân giáp theo Hội tuyến giáp Hoa Kỳ (American Thyroid Association – ATA) năm 2015

➤ Thực hiện FNA khi:

- Nhân giáp ≥ 1 cm với hình ảnh nghi ngờ từ trung bình đến cao trên siêu âm
- Nhân giáp ≥ 1.5 cm với hình ảnh nghi ngờ thấp trên siêu âm

➤ Có thể thực hiện FNA khi:

- Nhân giáp ≥ 2 cm với hình ảnh rất ít nghi ngờ trên siêu âm

➤ Không thực hiện FNA khi:

- Các nhân giáp không đáp ứng các tiêu chí trên
- Nhân giáp dạng nang

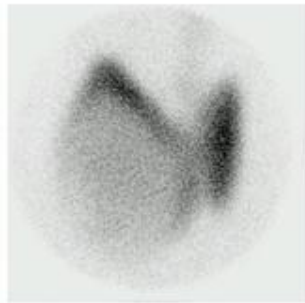


Kĩ thuật thực hiện FNA

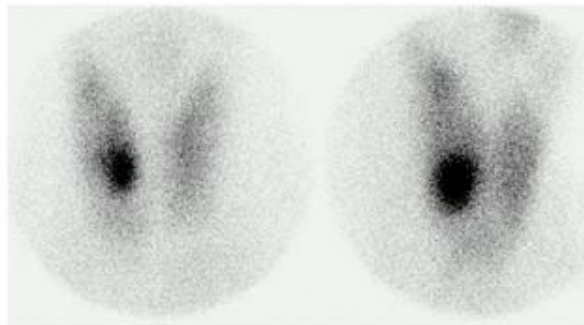
CẬN LÂM SÀNG

4. Xạ hình tuyến giáp: Chỉ định khi bệnh nhân có TSH thấp.

- Ở Việt Nam thường xạ hình với I-131 hoặc Tc-99m
- Kết quả có thể là nhân tăng chức năng (nhân nóng): tăng bắt chất phóng xạ, gặp ở 10% bướu giáp nhân, hầu hết là lành tính
- hay nhân giảm chức năng (nhân lạnh): giảm bắt chất phóng xạ, có nguy cơ ung thư khoảng 5% và nhân ấm: bắt xạ tương đương mô xung quanh.



Nhân lạnh



Nhân nóng

CẬN LÂM SÀNG

5. Các thăm dò khác

- Chụp CT scan và cộng hưởng từ (MRI) chỉ định khi bệnh nhân có bướu giáp chìm sau xương ức, hay trường hợp bướu giáp to giúp đánh giá chính xác mức độ lan tỏa cũng như mức độ chèn ép khí quản

ĐIỀU TRỊ

- Lựa chọn điều trị bươu giáp nhân tùy thuộc vào nguy cơ ung thư, triệu chứng chèn ép và nhân giáp có tăng chức năng hay không.
- Đa số bươu giáp nhân lành tính không cần điều trị đặc hiệu, chỉ cần theo dõi định kỳ bằng siêu âm.

ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị nội khoa ức chế bằng thyroxine

- Chỉ định điều trị ức chế bằng thyroxine còn nhiều tranh cãi
- Điều trị ức chế bằng thyroxine có nguy cơ gây rung nhĩ, và giảm mật độ xương. Do đó, Hiệp hội Tuyến giáp Hoa Kỳ khuyến cáo không điều trị ức chế bằng thyroxine thường quy cho bệnh nhân có bướu giáp nhân lành tính.

ĐIỀU TRỊ

2. Phẫu thuật

Chỉ định phẫu thuật:

- kết quả FNA là ung thư hoặc nghi ngờ ung thư tuyến giáp trên lâm sàng
- bướu nhân gây ra các triệu chứng chèn ép rõ hoặc ảnh hưởng đến thẩm mỹ
- bướu nhân nóng kèm theo các triệu chứng cường giáp (bướu giáp đơn nhân hoặc đa nhân hóa độc) cũng có thể cần được phẫu thuật hay điều trị bằng iod phóng xạ.
- có thể phẫu thuật khi bướu giáp nhân > 4cm vì có thể gây triệu chứng chèn ép.

ĐIỀU TRỊ

3. Điều trị bằng iod phóng xạ (I^{131})

- Được lựa chọn cho những bệnh nhân có BGN hoạt động (nhân nóng trên xạ hình), có kèm hoặc không kèm theo cường giáp.
- Chống chỉ định ở bệnh nhân là phụ nữ có thai hoặc cho con bú.

ĐIỀU TRỊ

4. Điều trị nhân giáp bằng sóng cao tần RFA (radiofrequency ablation)

- Từ năm 2013, phương pháp điều trị nhân giáp bằng sóng cao tần RFA (radiofrequency ablation) được thực hiện lần đầu tiên tại Mỹ.
- Đây là phương pháp sử dụng dòng điện tần số cao để giảm kích thước các nhân giáp lành tính (đã xác định bằng FNA) mà không cần phẫu thuật.
- Tuy nhiên phương pháp này chưa được Hiệp hội Tuyến giáp Hoa Kỳ (ATA) khuyến cáo điều trị

ĐIỀU TRỊ

5. Tiêm còn vào nang giáp

- Có thể tiêm còn qua da dưới hướng dẫn của siêu âm để điều trị nang giáp đơn thuần.
- Tác dụng phụ thường gặp là đau trong lúc thực hiện thủ thuật và ngay sau thủ thuật, hiếm gặp hơn có thể gặp tổn thương thần kinh quặt ngược.
- Hiện tại phương pháp tiêm còn qua da ít được thực hiện.



**THANK
YOU
FOR
YOUR
ATTENTION**