

TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BƯỚU 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

1. ĐẠI CƯƠNG

Bướu giáp nhân là bệnh lý nội tiết rất thường gặp, đứng hàng thứ 2 sau bệnh đái tháo đường. Tần suất bướu giáp nhân phát hiện qua khám lâm sàng chiếm khoảng 4 -7% dân số. Tuy nhiên, với sự phát triển của siêu âm, tần suất bướu giáp nhân có thể tăng lên đến 19 - 68% tùy nhóm nghiên cứu, trong đó, 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.

2. PHÂN LOẠI

2.1. Bướu giáp nhân 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)

Bảng 1: Các loại bướu giáp nhân lành tính

2.2. 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%

Bảng 2: Phân loại ung thư tuyến giáp và tần suất từng loại

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

3.1. Triệu chứng cơ năng

- Đa số bệnh nhân bị bướu giáp nhân không có triệu chứng, được phát hiện tình cờ khi bệnh nhân đi khám các bệnh khác hay qua kiểm tra sức khỏe định kỳ.
- Một số ít bệnh nhân có bướu giáp lớn có thể có các triệu chứng chèn ép như đau, nuốt khó, khó thở, khàn tiếng.
- Bệnh nhân có tiền căn xạ trị vùng cổ hay tiền căn gia đình bị ung thư tuyến giáp gợi ý nguy cơ ung thư tuyến giáp.

3.2. Khám thực thể

- Khám có thể thấy nhân tuyến giáp mềm hoặc cứng, nhỏ (khu trú) hoặc to (lan tỏa), di động hoặc cố định, và đau hoặc không đau. Nếu sờ thấy 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. Khám lâm sàng cần lưu ý các dấu hiệu gợi ý ung thư như 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)
- Tuy nhiên, khám lâm sàng chỉ phát hiện được các bướu giáp có kích thước >1 cm và nằm ở vị trí dễ phát hiện. Các nhân có đường kính < 1cm rất khó sờ thấy. 50% bướu giáp nhân phát hiện qua siêu âm đã bị bỏ sót qua thăm khám lâm sàng, ngay cả bướu giáp nhân 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 tủy 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	

Bảng 3: Các dấu hiệu gợi ý chẩn đoán ung thư tuyến giáp ở bệnh nhân có bướu nhân

4. CẬN LÂM SÀNG:

4.1. Xét nghiệm chức năng tuyến giáp:

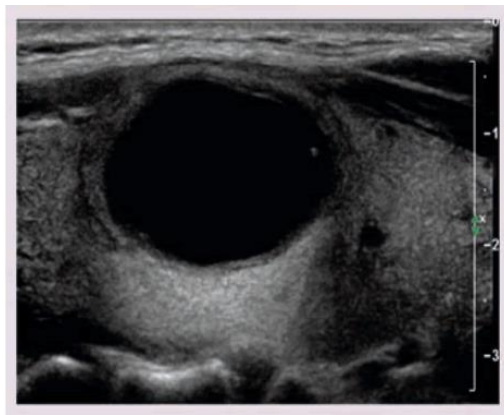
- Đo nồng độ TSH và FT4 được chỉ định cho tất cả bệnh nhân có bướu giáp nhân.
- Đa số các bệnh nhân ung thư tuyến giáp có chức năng tuyến giáp bình thường.
- TSH bị ức chế: gợi ý nhân giáp có chức năng (nhân nóng), cần làm thêm xạ hình tuyến giáp.
- TSH tăng: xét nghiệm kháng thể Anti-thyroid peroxidase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

4.2. Siêu âm tuyến giáp:

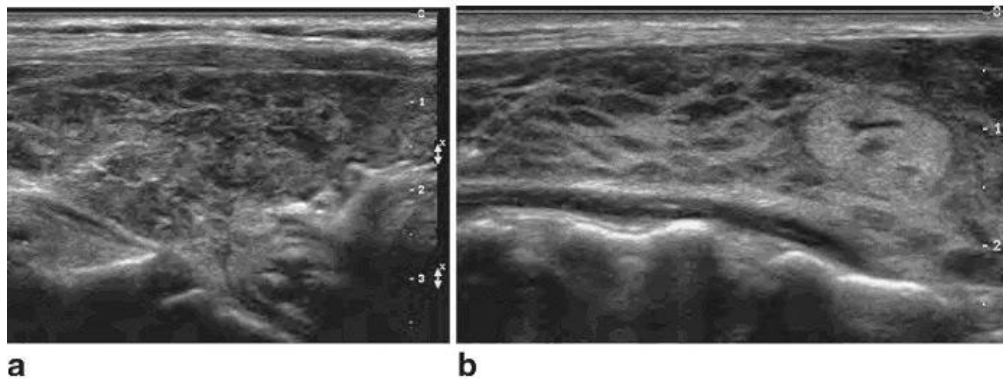
- Siêu âm tuyến giáp là xét nghiệm hình ảnh giúp chẩn đoán bướu giáp nhân chính xác và được chỉ định thường quy trên lâm sàng.
- Siêu âm tuyến giáp có giá trị phát hiện các nhân không sờ thấy được trên lâm sàng, xác định là bướu đơn nhân hay đa nhân, đo kích thước các nhân và thể tích bướu giáp, phân 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. Bướu giáp nhân càng có nhiều đặc tính gợi ý ác tính trên siêu âm thì khả năng ung thư càng cao.

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)

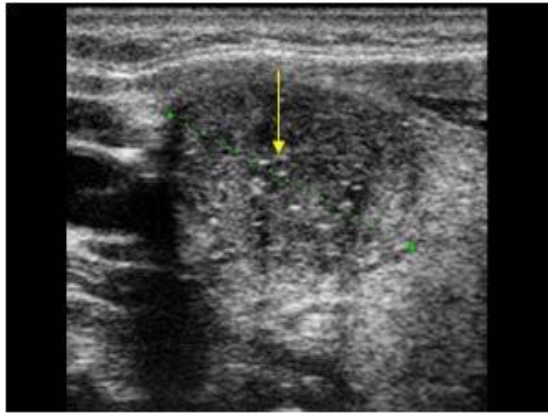
Bảng 4: Các đặc điểm mô tả trên siêu âm gợi ý nhân giáp lành tính hay ác tính



Hình 1: Nang giáp có phần âm trống hoàn toàn gợi ý lành tính



Hình 2: nhân giáp dạng bọt biển (tổ ong)



Hình 3: Nhân giáp có vi vôi hóa, phản âm kém, trục dọc

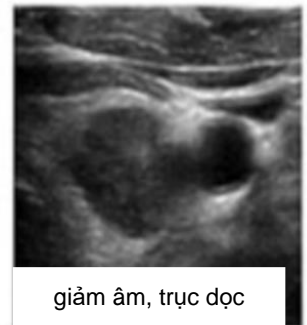
Nhân giáp
ngghi ngờ
ác tính cao
> 70 – 90%



nốt giảm âm, có vi vôi
hóa, bờ không đều



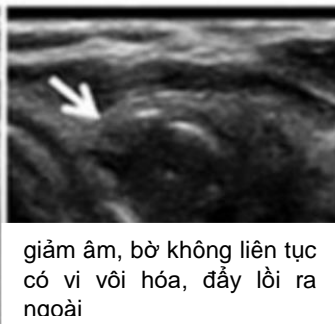
giảm âm, bờ không
đều



giảm âm, trục dọc



giảm âm, bờ không đều,
xâm lấn



giảm âm, bờ không liên tục
có vi vôi hóa, đẩy lồi ra
ngoài



nhân bờ không đều, nghi ngờ có di căn
hạch bên trái

Hình 4,5: hình ảnh nghi ngờ nhân giáp ác tính cao trên siêu âm (70 – 90%)

- 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.
- Các nhân giáp có hình ảnh siêu âm gợi ý ác tính cần được chọc hút tế bào bằng kim nhỏ để loại trừ ung thư tuyến giáp. Nếu bệnh nhân có tiền sử gia đình bị ung thư tuyến giáp dạng tủy, hoặc đa u tuyến nội tiết típ 2 (MEN 2 - Multiple Endocrine Neoplasia) thì cần đo thêm nồng độ calcitonin. Không nên đo calcitonin thường quy vì tỉ lệ ung thư tuyến giáp thể tủy hiếm gặp, chỉ gặp ở 1/250 trường hợp bướu giáp nhân.

4.3. Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (Fine Needle Aspiration Biopsy)

Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNA) 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



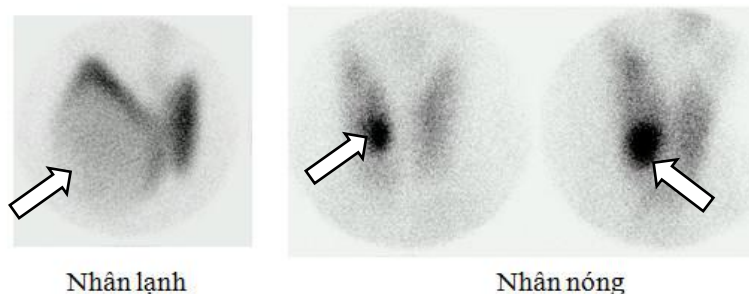
Hình 6: Kỹ thuật thực hiện FNA

4.4. 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 xạ hình 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.



Hình 7: Nhân nóng và nhân lạnh trên xạ hình tuyến giáp

4.5. 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.

5. ĐIỀU TRỊ

Lựa chọn điều trị bướu giáp nhân tùy thuộc vào nguy cơ ung thư, triệu chứng chèn ép và nhân giáp có tăng chức năng hay không.

Đa số bướu giáp nhân lành tính không cần điều trị đặc hiệu, chỉ cần theo dõi định kỳ bằng siêu âm.

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.

5.1. Phẫu thuật

Chỉ định phẫu thuật khi:

- kết quả FNA là ung thư hoặc nghi ngờ ung thư tuyến giáp trên lâm sàng (bảng 1).
- 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.

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

Điều trị bằng iode phóng xạ được lựa chọn cho những bệnh nhân có bướu giáp nhân 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 nhân giáp bằng sóng cao tần RFA (radiofrequency ablation)

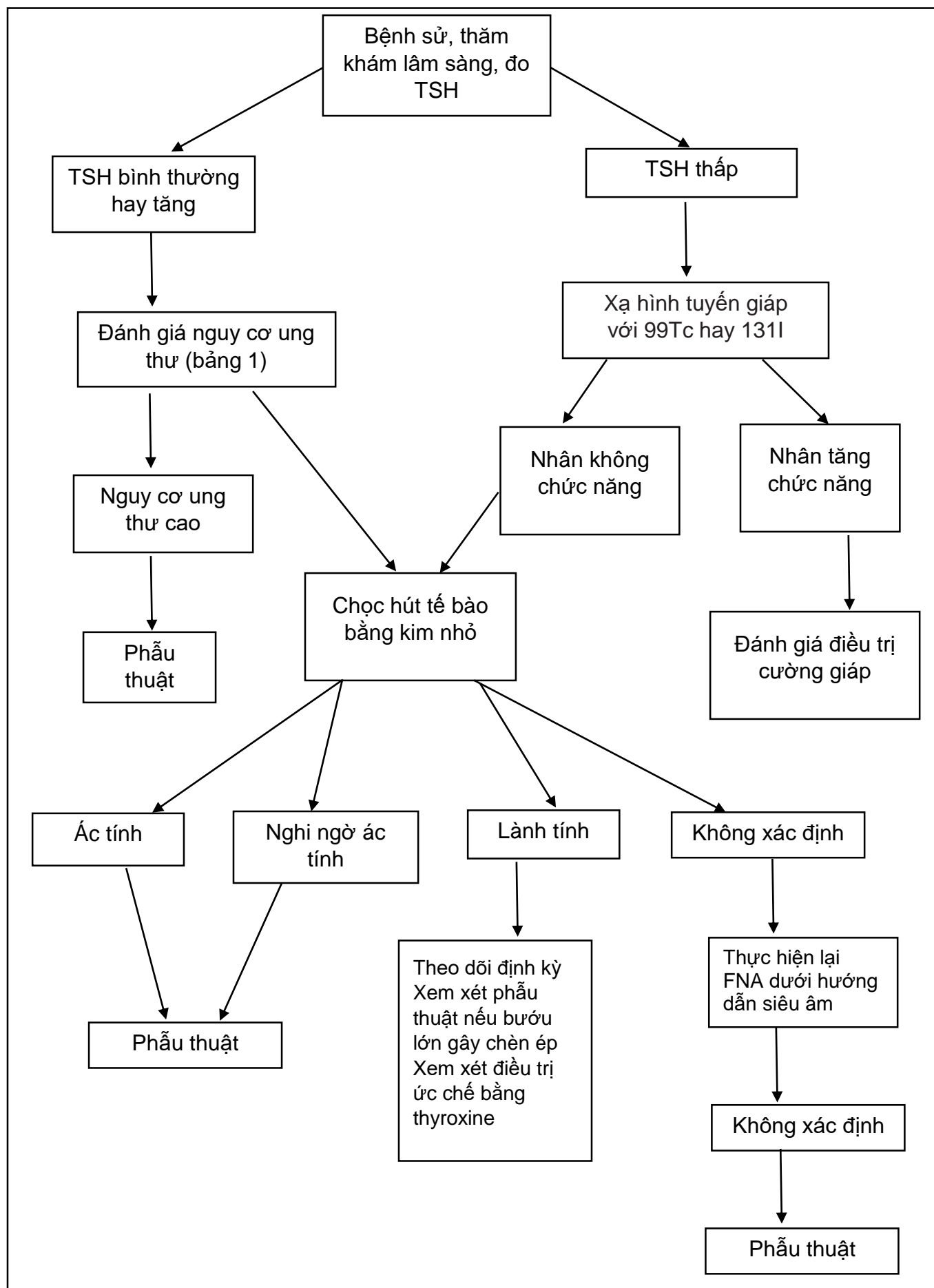
Từ năm 2013, phương pháp điều trị nhân giáp bằng sóng cao tần RFA (radiofrequency ablation) được thực hiện lần đầu tiên tại Mỹ. Đây là phương pháp sử dụng dòng điện tần số cao để giảm kích thước các nhân giáp lành tính (đã xác định bằng FNA) mà không cần phẫu thuật. Tuy nhiên phương pháp này chưa được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

5.3. Tiêm cồn vào nang giáp

- Có thể tiêm cồn 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 cồn qua da ít được thực hiện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mai Thế Trạch, Nguyễn Thy Khuê. Nội Tiết học đại cương. Nhà xuất bản Y học 2007
2. Greenspan's Basic & Clinical Endocrinology. Mc Graw Hill. 9th edition
3. The Washington Manual Endocrinology Subspecialty Consult. 3rd edition
4. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer



Sơ đồ tiếp cận chẩn đoán và điều trị bướu giáp nhân