

BƯỚU GIÁP ĐƠN NHÂN

1-Đại cương:

Khi kiểm tra tuyến giáp ở một người khoẻ mạnh bằng siêu âm, nhân giáp được phát hiện ở 19-64% các trường hợp. Chỉ ½ nhân giáp phát hiện trên siêu âm sờ được trên lâm sàng.

Khi một nhân giáp được phát hiện, khả năng ung thư là 5%.

Các yếu tố nghi ngờ ung thư giáp trên BN có bướu giáp đơn nhân:

- o Tuổi trên 60 hay dưới 20
- o Nam giới
- o Tiền căn chiếu xạ vùng cổ
- o Gia đình có người thân bị ung thư giáp hay bệnh đa polyp (hội chứng Garner)
- o Nhân phát triển nhanh

Các nhân giáp được phân loại dựa theo bảng dưới đây (bảng 1):

<i>Adenoma:</i> <i>Macrofollicular (keo) adenoma</i> <i>Microfollicular adenoma</i> <i>Trabecular adenoma</i> <i>Hurthle cell adenoma</i> <i>Adenoma không điển hình</i> <i>Adenoma với nhú</i> <i>Adenoma tế bào nhân</i> <i>Ung thư</i> <i>Carcinoma:</i> <i>Papillary carcinoma</i> <i>Follicular carcinoma</i>	<i>Medulary carcinoma</i> <i>Anaplastic carcinoma</i> <i>Lymphoma</i> <i>Di căn từ nơi khác</i> <i>Nang:</i> <i>Nang đơn thuần</i> <i>Nang hỗn hợp (xuất huyết, hoại tử)</i> <i>Viêm giáp:</i> <i>Viêm giáp bán cấp</i> <i>Viêm giáp lympho bào mãn</i> <i>Bệnh mô hạt</i>
---	--

Bảng 1- Phân loại nhân giáp

2-Chẩn đoán:

2.1-Chẩn đoán lâm sàng:

Nhân giáp thường được phát hiện tình cờ bởi BN, bác sĩ (khi thăm khám vì các bệnh lý khác) hay khi siêu âm vùng cổ.

Hầu hết các trường hợp BN không có triệu chứng gì khác. Trong 1% các trường hợp, BN có hội chứng cường giáp.

Khi khám nhân giáp cần chú ý:

- o Khai thác tiền căn bản thân và gia đình
- o Đánh giá mật độ, độ di động của nhân giáp
- o Sờ hạch cổ cùng bên
- o Dấu hiệu xâm lấn vào các cấu trúc xung quanh: khàn tiếng, khó thở, khó nuốt...
- o Nhân thường không đau. Nếu đau cấp tính, nguyên nhân thường là do xuất huyết trong nang.

2.2-Chẩn đoán cận lâm sàng:

2.2.1-Siêu âm:

- o Xác định kích thước, mật độ của nhân
- o Xác định có hạch cổ
- o Các nhân đặc, nhân hỗn hợp, nhân có vôi hoá bên trong có nhiều khả năng là ung thư.

2.2.2-TSH, FT₄, FT₃:

- o Bình thường trong hầu hết các trường hợp.
- o TSH giảm thấp, FT₃ và FT₄ tăng: nhân độc tuyến giáp.
- o TSH tăng, FT₃ và FT₄ giảm: viêm giáp mãn.

2.2.3-Chọc hút sinh thiết (FNA):

Là phương pháp chẩn đoán đơn giản nhưng có độ chính xác cao.

Được xem là phương tiện chẩn đoán đầu tay ở BN có bướu đơn nhân giáp.

FNA không phân biệt được follicular carcinoma và follicular adenoma. Chẩn đoán ác tính dựa trên tiêu chuẩn có xâm lấn vỏ bao và thành mạch thường không được quan sát trên mẫu tế bào học của FNA.

Kết quả FNA:

- o Lành tính (khả năng ác tính 0%):
 - Nang giáp
 - Viêm giáp
 - Macrofollicular adenoma
- o Ung thư giáp (khả năng ác tính 100%)
- o Không xác định (khả năng ác tính 20%):
 - Microfollicular adenoma
 - Hurthle cell adenoma
 - Trabecular adenoma

2.2.4-Xạ hình tuyến giáp:

Được chỉ định trong trường hợp BN có hội chứng cường giáp

Có hai khả năng:

- o Nhân nóng (nhân độc tuyến giáp)
- o Nhân lạnh, mô tuyến giáp ngoài nhân tăng bắt phóng xạ

Nhân lạnh có nhiều khả năng ác tính (tỉ lệ ác tính 12-15%). Nhân nóng hầu như không bao giờ là ung thư.

3-Điều trị:**3.1-Nguyên tắc:**

- o Nếu nhân độc tuyến giáp: phẫu thuật.
- o Nếu bình giáp, thái độ xử trí dựa vào kết quả FNA:

- Ung thư giáp: phẫu thuật.
- Follicular adenoma: phẫu thuật.
- Nang giáp: chọc hút, thuốc ức chế tuyến giáp, phẫu thuật.
- Không xác định: theo dõi tái khám sau 6 tháng, sinh thiết lạnh hay phẫu thuật nếu có các yếu tố nghi ngờ.

3.2-Phẫu thuật:

Chỉ định:

- o FNA cho kết quả ung thư giáp
- o FNA cho kết quả follicular adenoma
- o FNA cho kết quả không xác định, BN có yếu tố nghi ngờ ung thư
- o BN có yếu tố nghi ngờ ung thư, ngay cả khi FNA lành tính.
- o Nang giáp tái phát sau chọc hút
- o Nhân độc tuyến giáp
- o Có dấu hiệu chèn ép cơ học
- o Thẩm mỹ

Phương pháp:

- o Ung thư giáp: có bài riêng
- o Các trường hợp khác: cắt trọn thủy có nhân. Cắt bán phần thủy không được nhiều phẫu thuật viên chấp nhận.

Biến chứng sau mổ:

- o Chảy máu, chèn ép gây khó thở
- o Con bão giáp
- o Khàn tiếng do tổn thương thần kinh quặt ngược
- o Co giật do hạ can-xi huyết tương do tổn thương các tuyến cận giáp

3.3-Các phương pháp khác:

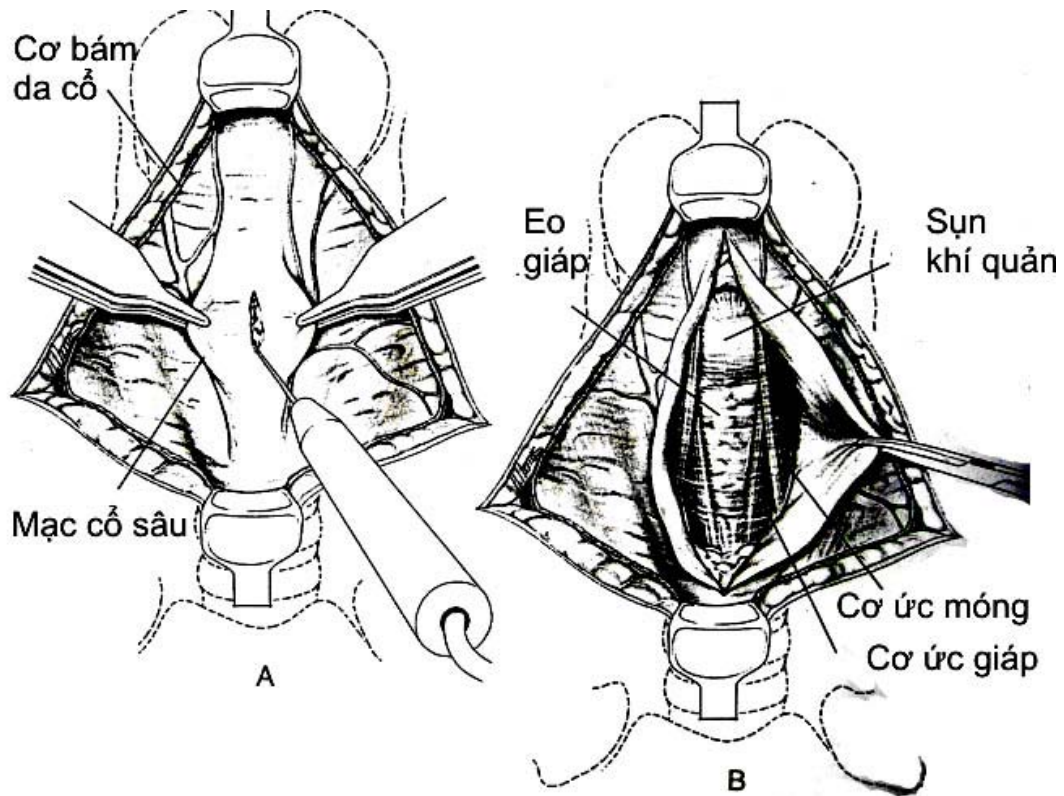
Ức chế nhân giáp bằng chế phẩm của hormone tuyến giáp (levothyroxin).

Iod đồng vị phóng xạ (I^{131}): là phương pháp được chọn lựa kế tiếp (sau phẫu thuật) đối với nhân độc tuyến giáp.

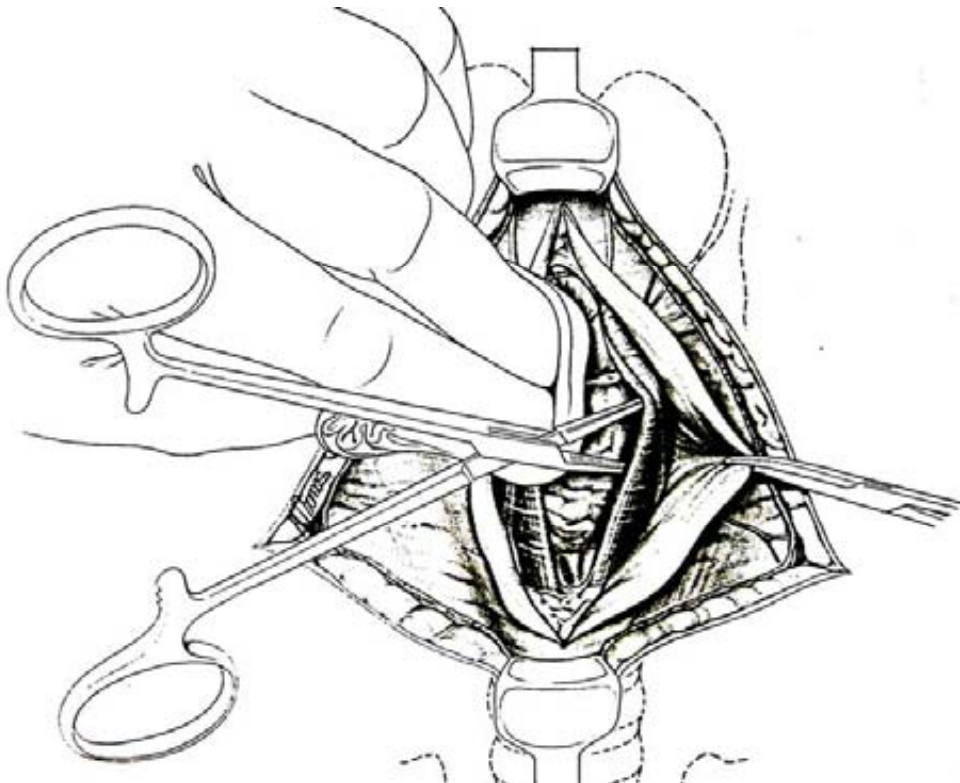
4-Phẫu thuật cắt thủy giáp:



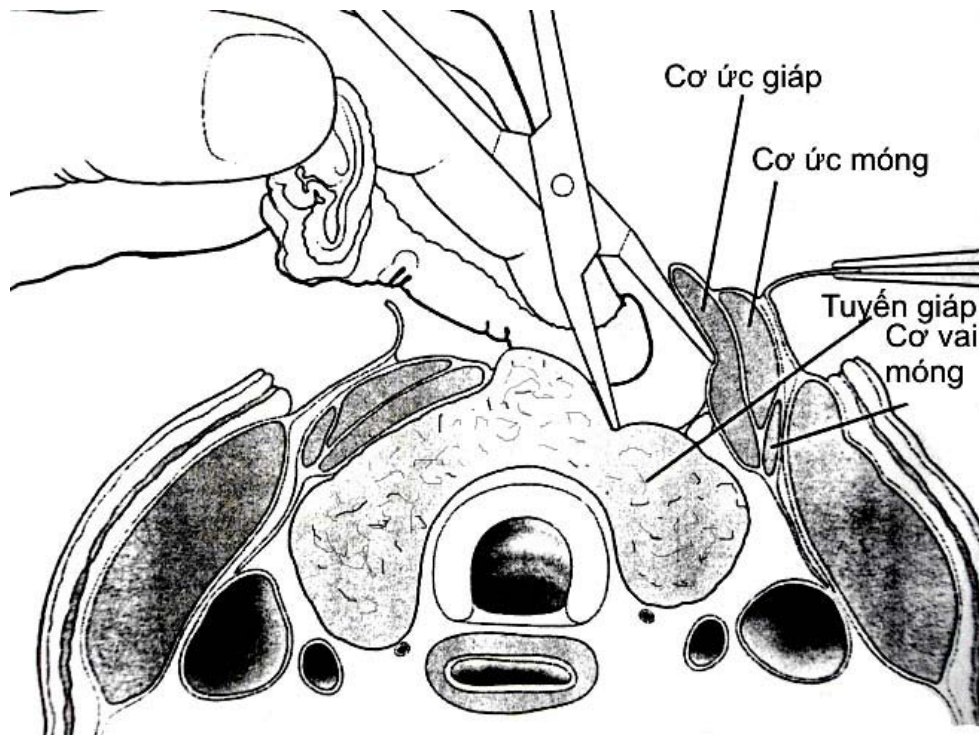
1-Đường rạch da theo nếp cổ, trên hõm ức hai khoát ngón tay, giữa hai cơ ức đòn chũm hai bên.



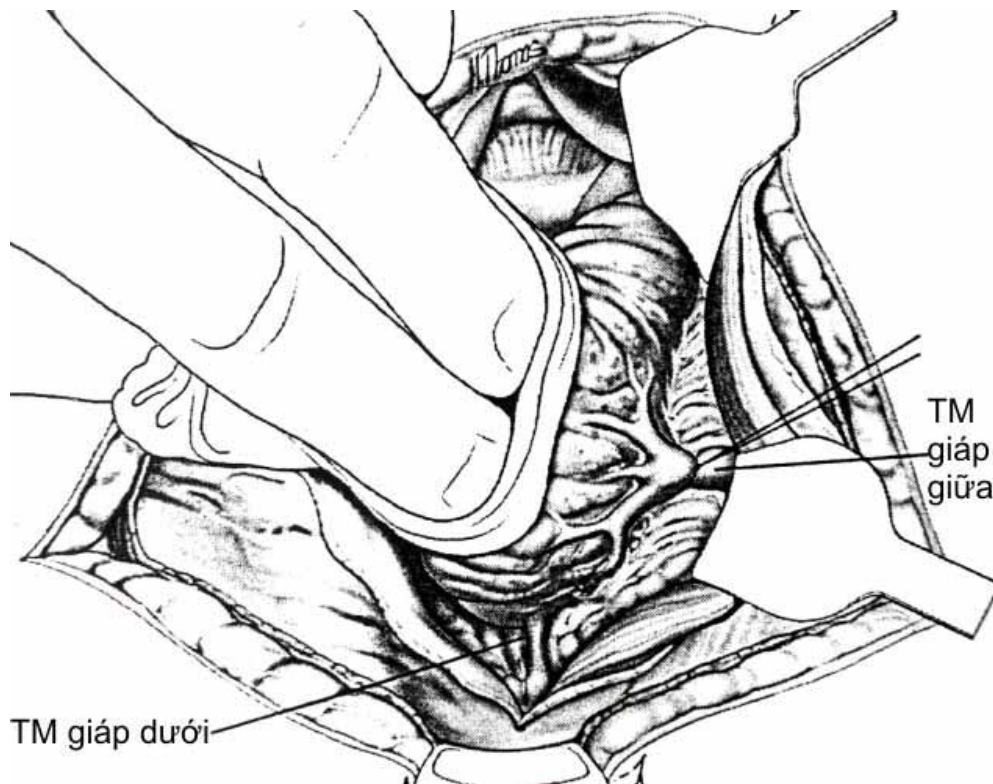
2-Sau khi tách hai vạt da trong mặt phẳng bên dưới cơ bám da cổ (platysma), mạc cổ sâu được rạch trên đường giữa, bộc lộ eo giáp trên sụn khí quản.



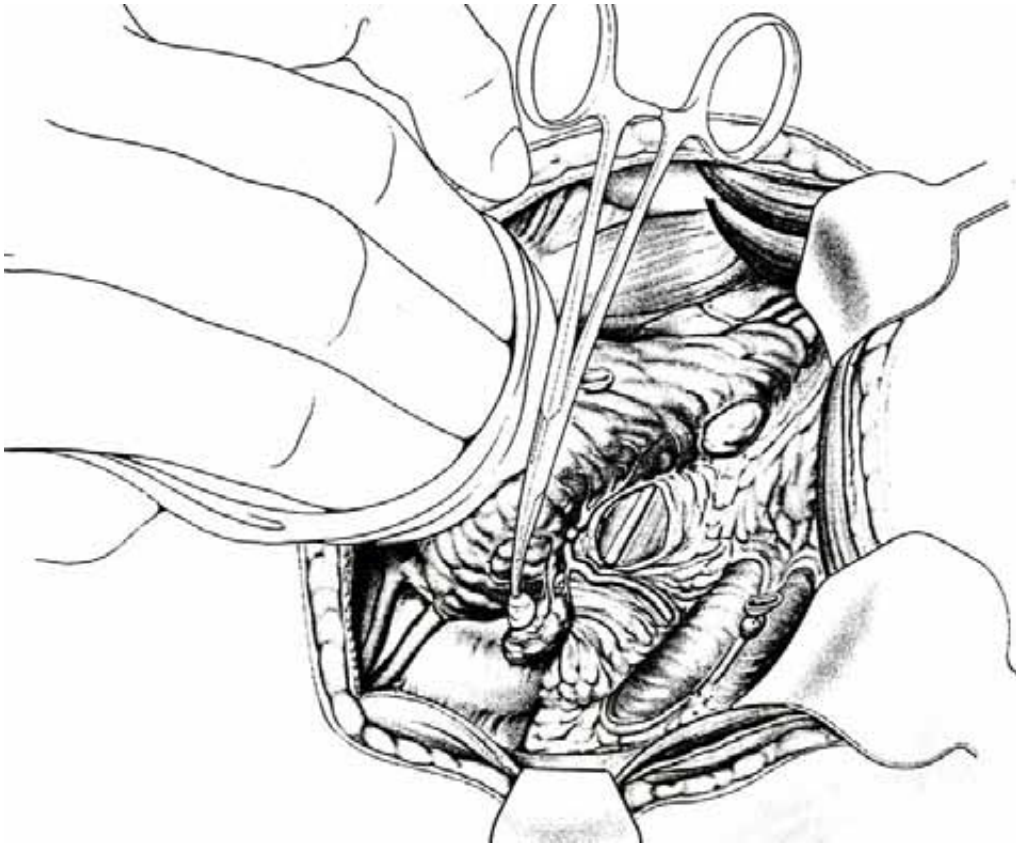
3-Các cơ cổ trước được tách ra khỏi mặt trước thủy giáp.



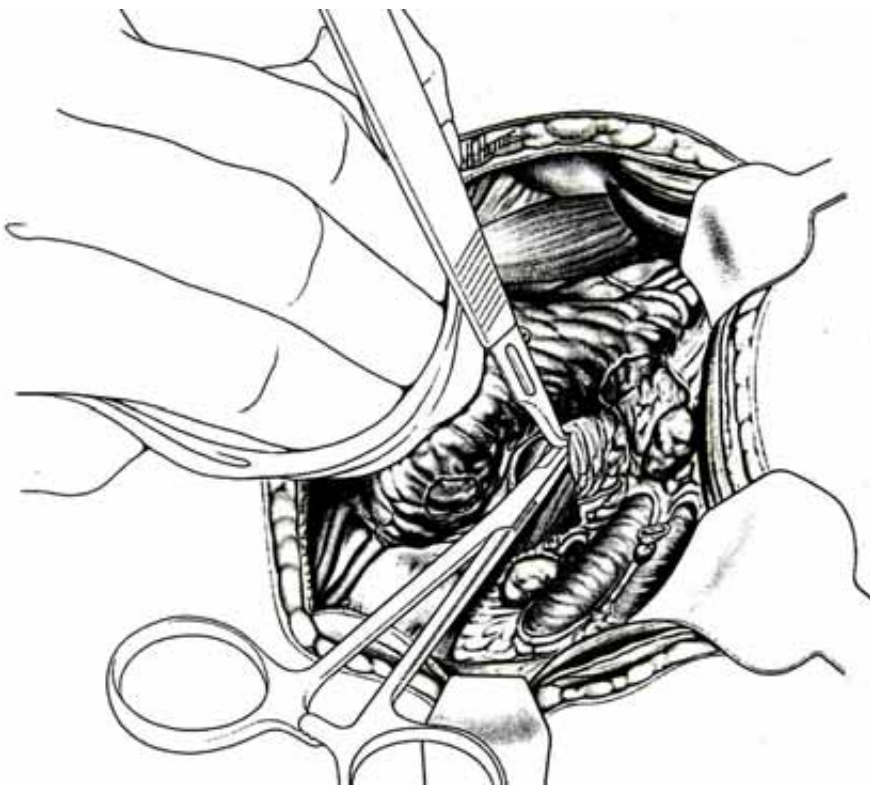
4-Thiết đồ cắt ngang mô tả quá trình bóc tách các cơ cổ trước ra khỏi mặt trước thủy giáp.



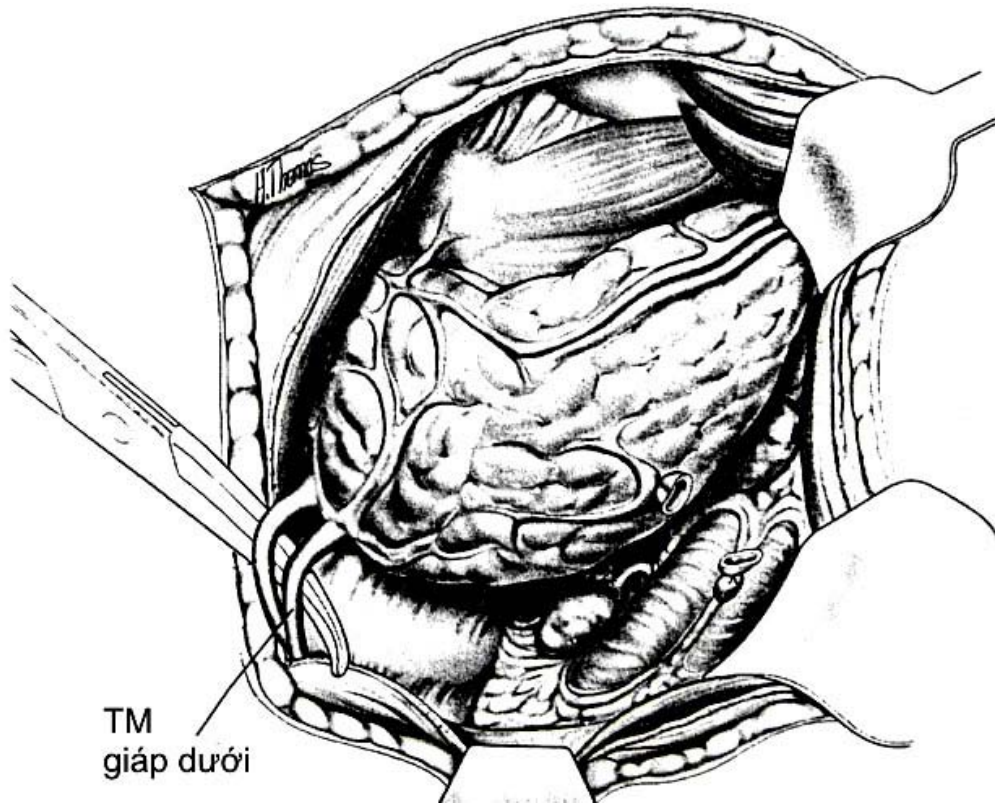
5-Tĩnh mạch giáp giữa được tìm, buộc và cắt ngang. Việc cắt ngang tĩnh mạch giáp giữa cho phép nâng thủy giáp lên và lật về giữa cổ.



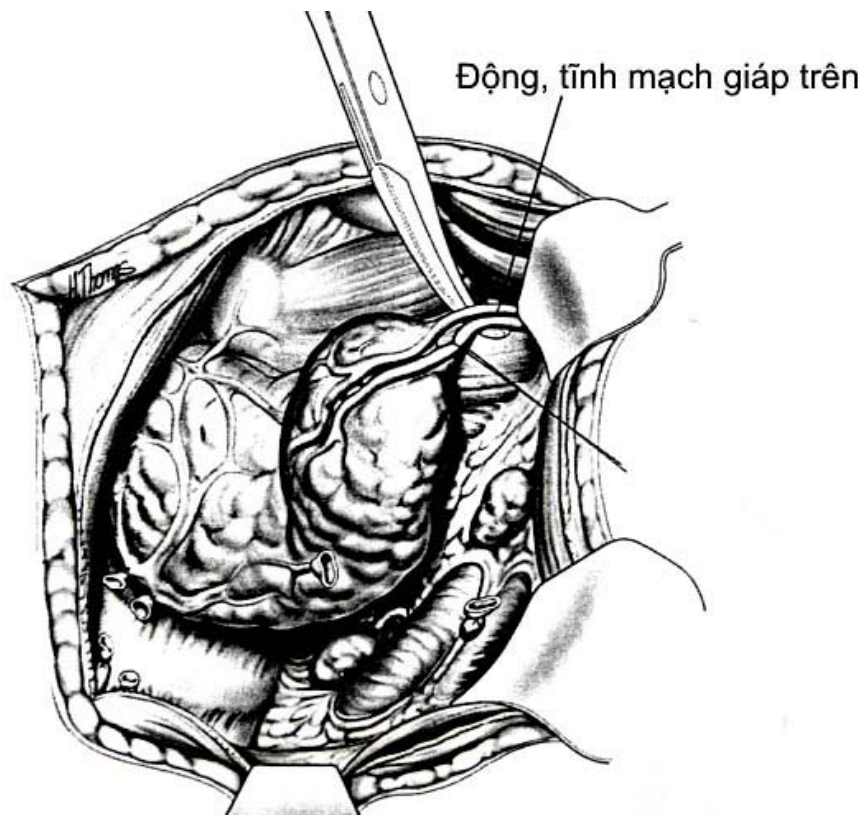
6-Tuyến cận giáp dưới, cùng cuống mạch nuôi, được tách ra khỏi thùy giáp và được giữ lại. Tiến hành tương tự đối với tuyến cận giáp trên.



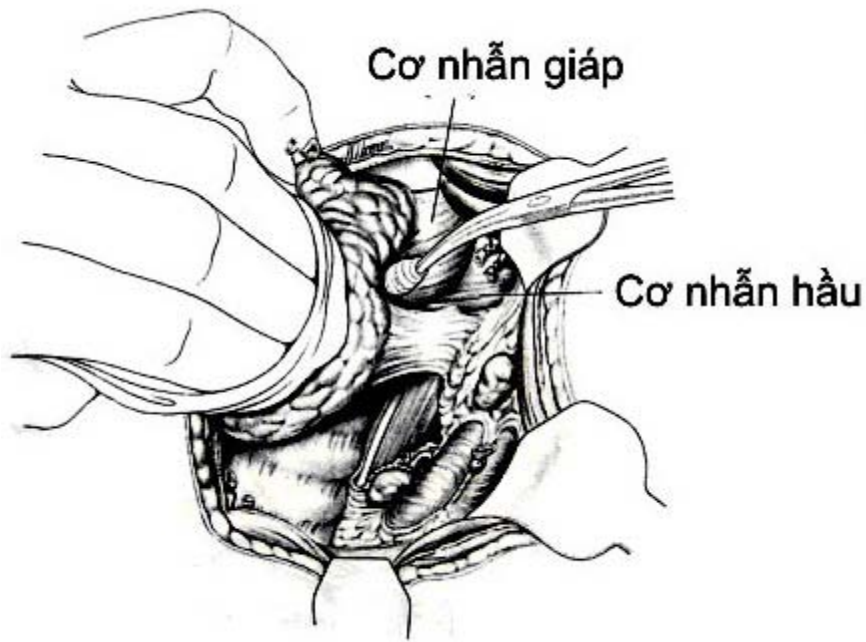
7-Thần kinh quặt ngược được bóc tách dọc theo đường đi của nó.



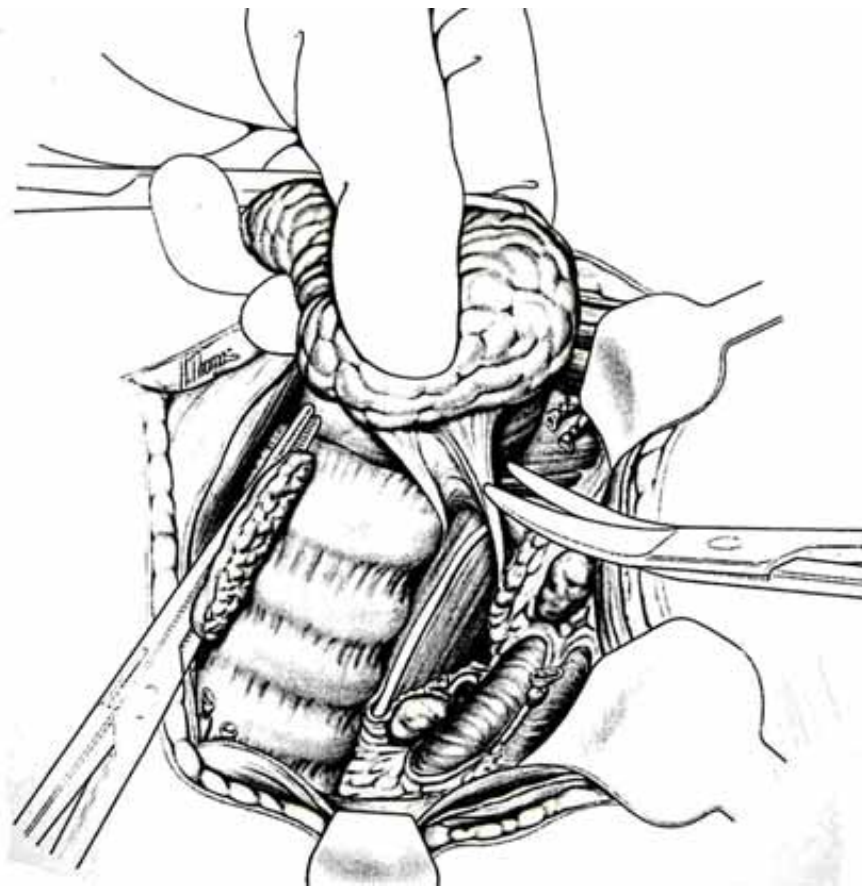
8-Tĩnh mạch giáp dưới được buộc và cắt, cực dưới thủy giáp được tách ra khỏi khí quản.



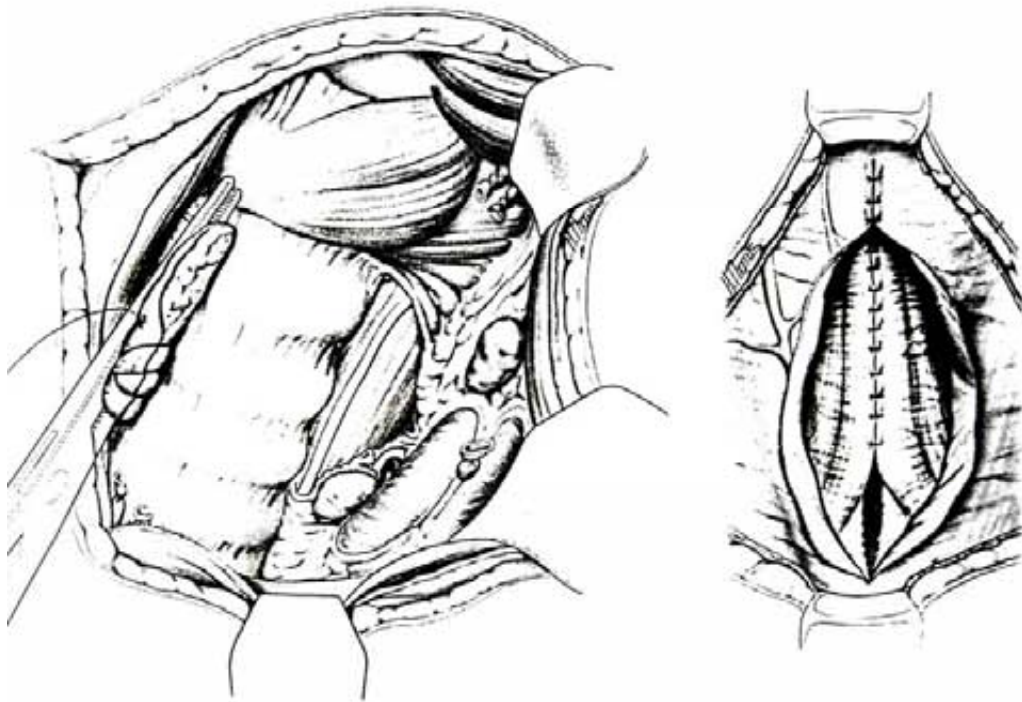
9-Bó mạch giáp trên được buộc và cắt sát nơi đổ vào cực trên thủy giáp để tránh phạm phải nhánh ngoài thần kinh thanh quản trên.



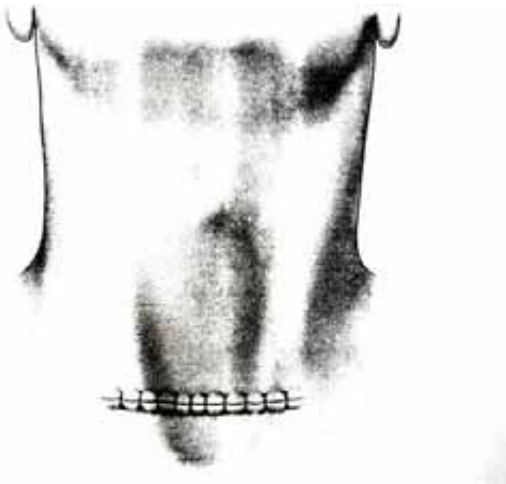
10-Cực trên thủy giáp giờ được di động hoàn toàn. Chú ý không phạm phải cơ nhãn giáp và nhãn hầu để tránh làm tổn thương nhánh ngoài thần kinh thanh quản trên.



11-Cắt các dây chằng treo tuyến giáp vào khí quản. Đây là bước nguy hiểm nhất vì có thể phạm phải thần kinh quặt ngược nơi nó đi xuyên qua màng nhãn giáp.



12-Mỡ cắt eo giáp được khâu cầm máu. Vết mổ được khâu đóng từng lớp



13-Việc đặt dẫn lưu có thể được thực hiện hoặc không. Da được khâu bằng chỉ nylon 4-0.