1. **ĐẠI CƯƠNG**
* Nhân giáp là tình huống bệnh lý khá thường gặp. Tại các vùng thiếu iod có thể gặp các nhân giáp ở 5% nữ và 1% nam giới, trên lâm sàng. Nhưng khi làm siêu âm có thể phát hiện nhân giáp với tỉ lệ cao hơn (19-68%), chủ yếu ở nữ giới và người lớn tuổi. Tỉ lệ các nhân giáp là ung thư (UT) thay đổi từ 7-15% tuỳ theo tuổi, giới tính, tiền sử xạ trị vùng cổ hoặc tiền sử gia đình có người bị UT hay không.
1. **NGUYÊN NHÂN (N/A)**
2. **CHẨN ĐOÁN**
* Các bệnh lý lành tính và ác tính đều có thể gây ra biểu hiện nhân giáp trên lâm sàng. Vì vậy, điều quan trọng khi chẩn đoán bướu giáp nhân là làm sao loại trừ được tổn thương ác tính. Gần đây, với sự phổ biến của siêu âm, ngày càng có nhiều bệnh nhân có bướu giáp đơn nhân mà hoàn toàn không triệu chứng lâm sàng.
	1. **Các đặc trưng bệnh sử gợi ý ác tính:**
* Tuổi < 20 hoặc > 60
* Giới nam
* Tiền sử xạ trị vùng cổ
* Nhân giáp phát triển nhanh
* Có các triệu chứng thay đổi về giọng nói, về đường thở và về nuốt gần đây
* Tiền sử gia đình có ung thư tuyến giáp hay đa u nội tiết típ 2 (MEN2).
	1. **Các biểu hiện gợi ý ác tính khi khám lâm sàng:**
* Nhân mật độ cứng, không đàn hồi
* Hình dạng không đều
* Dính chặt hoặc xâm lấn các mô lân cận
* Có hạch vùng cổ nghi ngờ.
	1. **Cận lâm sàng:**
* *Chức năng tuyến giáp (TSH, fT4, T3) bình thường.*
* *Siêu âm tuyến giáp:*
* Là test có độ nhạy cao nhất giúp phát hiện các tổn thương tuyến giáp
* Giúp xác định kích thước, cấu trúc tuyến giáp và các mô lân cận
* Giúp tầm soát, chẩn đoán và theo dõi điều trị
* Hỗ trợ làm FNA tuyến giáp.
* Siêu âm nên được chỉ định ở tất cả các bệnh nhân nghi ngờ có bướu giáp trên khám lâm sàng hay tình cờ bởi các phương tiện chẩn đoán hình ảnh khác như CT scan, MRI, siêu âm Doppler ĐM cảnh các bệnh nhân có nguy cơ ung thư tuyến giáp hay các bệnh nhân có hạch cổ nghi ngờ ác tính. Tuy nhiên, siêu âm không được khuyến cáo như là test tầm soát trên dân số chung.
* Các đặc điểm ghi nhận trên siêu âm được ghi nhận cẩn thận đối với từng hạt giáp phát hiện được, gồm: độ phản âm, tăng sinh mạch máu, đường bờ, có vôi hóa không, và kích thước. Kết quả siêu âm được đánh giá khả năng ác tính theo thang điểm TIRADS
* *FNA tuyến giáp:*
* FNA tuyến giáp được khuyến cáo cho các nhân giáp dựa trên thang điểm TIRADS theo siêu âm:

Chỉ định làm FNA tuyến giáp dựa trên TIRADS theo siêu âm.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TIRADS** | **Phân loại** | **Chỉ định FNA** |
| 1 | Lành tính | Không |
| 2 | Không nghi ngờ | Không  |
| 3 | Nghi ngờ ít | ≥2,5cm |
| 4 | Nghi ngờ trung bình | ≥1,5cm |
| 5 | Rất nghi ngờ | ≥1cm |

* Kết quả FNA tuyến giáp chia làm 6 nhóm.

+ Nhóm 1: Không chẩn đoán được (nguy cơ ung thư 5 - 10%)

+ Nhóm 2: Lành tính (nguy cơ ung thư 0 - 3%)

+ Nhóm 3: Tổn thương dạng nang hoặc không điển hình (nguy cơ ung thư 10 - 30%)

+ Nhóm 4: Bướu dạng nang hoặc nghi ngờ bướu dạng nang (nguy cơ ung thư 25 - 40%)

+ Nhóm 5: Nghi ngờ ác tính (nguy cơ ác ung thư 50 - 75%)

+ Nhóm 6: Ác tính (nguy cơ ung thư 97 - 99%).

* *Các xét nghiệm phân tử:* Các xét nghiệm phân tử được đề nghị thực hiện khi có kết quả FNA là nhóm 3 và 4. Xét nghiệm phân tử có giá trị tiên đoán âm cao, nên được dùng để loại trừ các trường hợp ung thư, nhằm tránh các cuộc phẫu thuật không cần thiết.
* *CT scan hay MRI vùng cổ, xạ hình tuyến giáp: không thực hiện thường quy.*
	1. **Chẩn đoán xác định:**
* Siêu âm tuyến giáp và FNA tuyến giáp nghi ngờ ác tính hoặc ác tính.
1. **ĐIỀU TRỊ**
* Điều trị nhân giáp dựa vào kết quả khảo sát siêu âm và kết quả FNA tuyến giáp.

|  |  |
| --- | --- |
| **Kết quả FNA tuyến giáp** | **Khuyến cáo điều trị** |
| *Nhân giáp không chẩn đoán được trên FNA* *(Nhóm 1)* | ‒ Lặp lại FNA dưới siêu âm‒ Hầu hết các nhân đặc không chẩn đoán được bằng FNA nhiều lần nên được thực hiện phẫu thuật. |
| *Nhân lành tính trên FNA**(Nhóm 2)* | ❖ Theo dõiCác nhân có tế bào học lành tính nên được theo dõi + Khám lâm sàng, siêu âm, TSH sau 6- 18 tháng + FNA lại khi lâm sàng hoặc siêu âm nghi ngờ ác tính + FNA lại khi nhân tăng > 50% thể tích + Xem xét FNA lại sau 12 - 24 tháng❖ Điều trị Levothyroxine‒ Không khuyến cáo điều trị thường quy‒ Điều trị levothyroxine hoặc cung cấp iod có thể được xem xét ở bệnh nhân trẻ có nhân giáp nhỏ và không có bằng chứng nhân tăng hoạt động.‒ Không khuyến cáo để điều trị dự phòng tái phát sau cắt thùy tuyến giáp nếu TSH vẫn bình thường.❖ Phẫu thuật‒ Có triệu chứng chèn ép do nhân giáp gây ra rõ, tiền căn xạ trị ngoài, nhân tăng sinh tiến triển, hoặc vì lý do thẩm mỹ‒ Cắt thùy đối với bướu giáp nhân một bên và cắt hoàn toàn/gần hoàn toàn tuyến giáp đối với đa nhân giáp hai thùy.* Đốt u tại chỗ bằng sóng cao tần (RFA) hoặc vi sóng (MWA) cũng có thể là lựa chọn thay thế phẫu thuật cắt giáp.
 |
| *Các tổn thương hoặc bướu dạng nang**(Nhóm 3 hoặc nhóm 4)* | ‒ Phẫu thuật được khuyến cáo cho hầu hết các tổn thương dạng nang‒ Xem xét theo dõi ở một số ít trường hợp có lâm sàng, siêu âm và FNA thích hợp. |
| *Nhân nghi ngờ/ác tính trên FNA**(Nhóm 5 hoặc nhóm 6)* | * Phẫu thuật cắt giáp:

+ Nếu nhân giáp <1cm, không xâm lấn vỏ bao, cN0: cắt thuỳ tuyến giáp.+ Nếu nhân giáp >4cm hoặc có xâm lấn vỏ bao hoặc cN1: cắt giáp toàn phần.+ Các trường hợp khác: chỉ định cắt thuỳ hoặc cắt giáp toàn phần dựa vào kế hoạch điều trị với Iod phóng xạ sau mổ, bệnh nhân lớn tuổi, loại mô học nguy cơ cao, có tiền sử xạ trị vùng cổ, hoặc có các bệnh lý tuyến giáp khác ở thùy đối bên với thùy có nhân ung thư.* Phẫu thuật nạo hạch cổ: là phẫu thuật lấy đi toàn bộ hạch và mô mỡ quanh hạch ở vùng cổ, bao gồm vùng cổ trung tâm (các hạch cổ nhóm VI), và/hoặc vùng cổ bên (nhóm hạch I, II, III, IV, V). Phẫu thuật nạo hạch cổ được khuyến cáo khi thám sát thấy hạch rất nghi ngờ di căn.
 |

1. **TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN**
* Siêu âm tuyến giáp và FNA tuyến giáp nghi ngờ ác tính hoặc ác tính.
* Hoặc Lâm sàng và siêu âm có nhân tuyến giáp.
* Bệnh nhân muốn được mổ cắt giáp.
1. **TIÊN LƯỢNG BIẾN CHỨNG**
* Khi được điều trị, bệnh có thể khỏi hoàn toàn.
* Khả năng tái phát tuỳ thuộc vào nhân giáp lành hay ác tính.
1. **PHÒNG BỆNH**
* Theo dõi định kỳ bằng siêu âm tuyến giáp, xét nghiệm chức năng tuyến giáp (TSH, fT4).
1. **TÀI LIỆU THAM KHẢO**
* Cibas ES, Ali SZ (2017). The 2017 Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology. Thyroid; 27(11):1341-1346.
* Haugen BR et al (2016). 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Thyroid; 26(1):1-133.
* Phác đồ điều trị năm 2018, Phần ngoại khoa. Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai.
* Ung thư tuyến giáp (Chưa xuất bản). Bài giảng Ung Bướu học lâm sàng – Cơ quan đầu cổ, phổi. Bộ môn Ung thư, Đại học Y Dược TPHCM.