

# SIÊU ÂM CHẨN ĐOÁN CÁC BỆNH LÝ KHU TRÚ VÀ LAN TỎA CỦA TUYẾN GIÁP

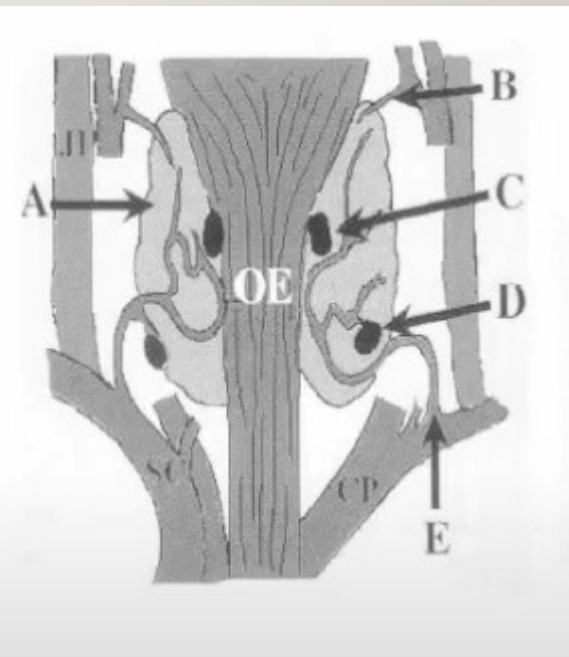
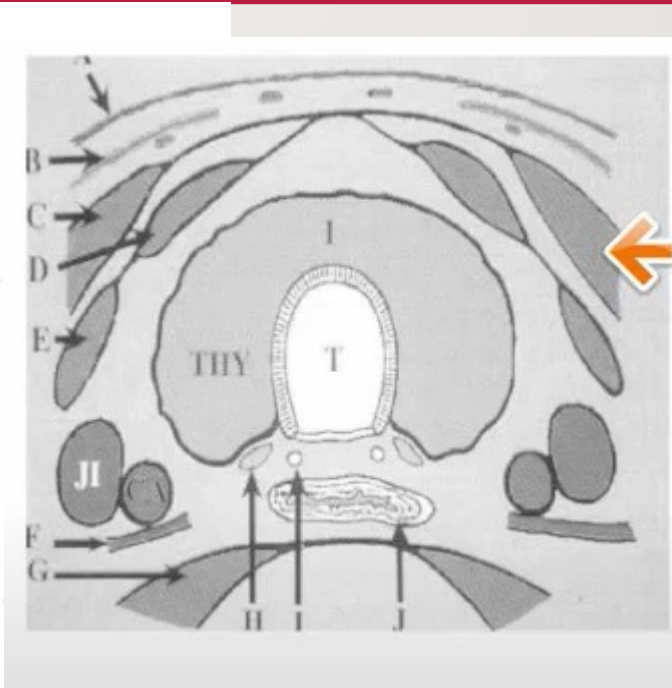
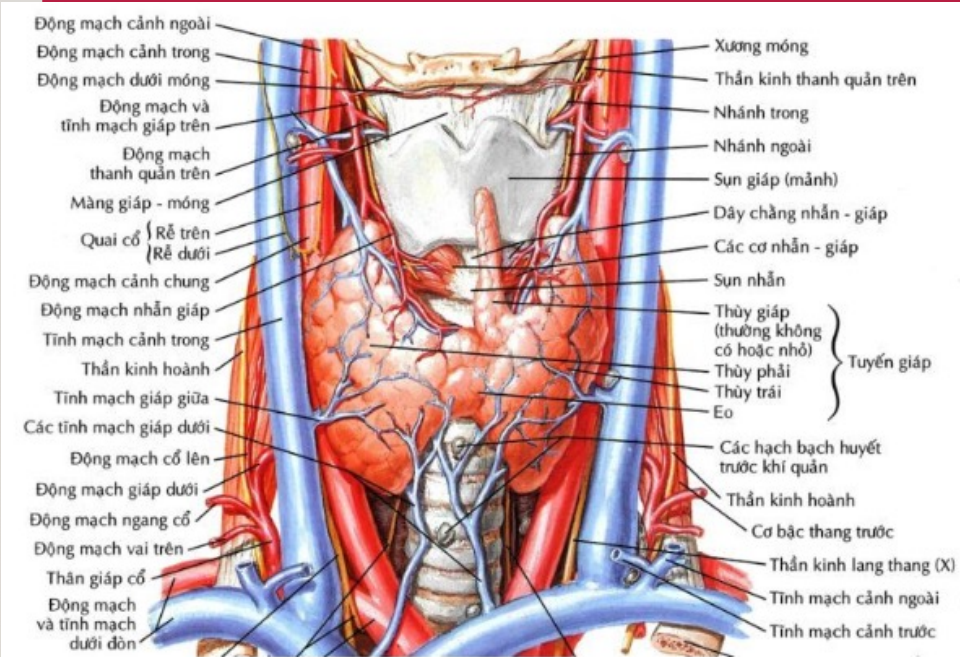
---

BS. NGUYỄN ĐỨC HOÀN

KHOA CDHA- BỆNH VIỆN ĐA KHOA GIA LÂM



# GIẢI PHẪU ĐỊNH KHU

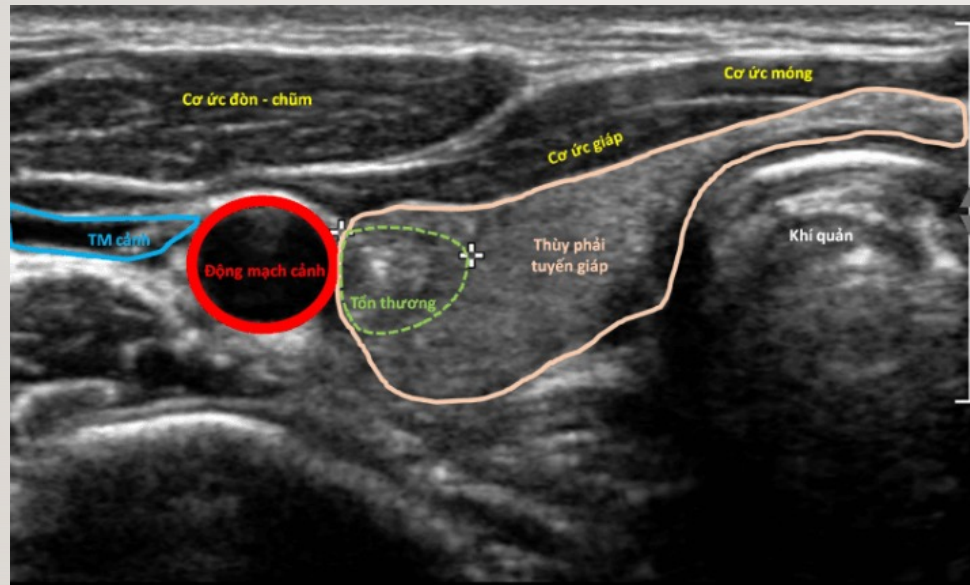


# THIẾT BỊ, KỸ THUẬT SIÊU ÂM

---

- Máy siêu âm: 2D, 3-4D, siêu âm Doppler
- Đầu dò: đầu dò nông 7.5-12 MHz
- Tư thế bệnh nhân: Nằm ngửa cổ, gối kê dưới vai
- Hướng cắt: Từ góc hàm đến lỗ trung thất trên, có thể đánh giá trong quá trình bệnh nhân nuốt

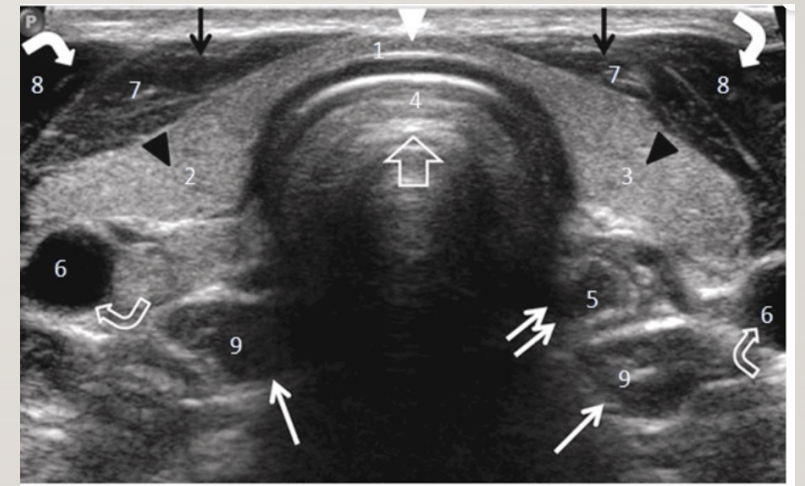
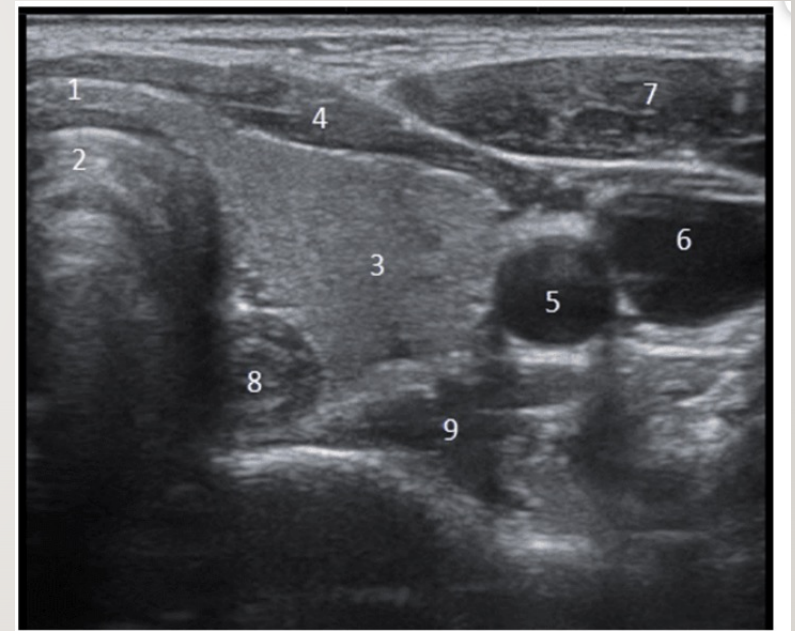
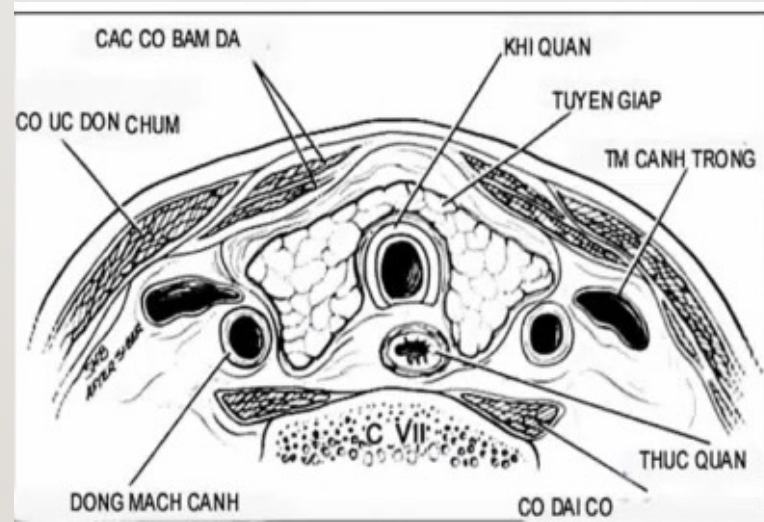
# GIẢI PHẪU SIÊU ÂM



- Hai hình tháp 3 mặt đỉnh tròn, bên P to hơn bên T
- Lõm sau, lồi trước, eo ở giữa
- Kích thước và trọng lượng thay đổi theo cân nặng: cao 5cm, rộng và dày 2cm. Eo dày 3-4mm. Thể tích 8-16gram( có thai 20gram).
- Siêu âm Doppler màu: Phân bố điểm mạch rải rác trong tuyến. Tĩnh mạch giáp dưới nằm phía sau dưới thùy tuyến

# GIẢI PHẪU SIÊU ÂM

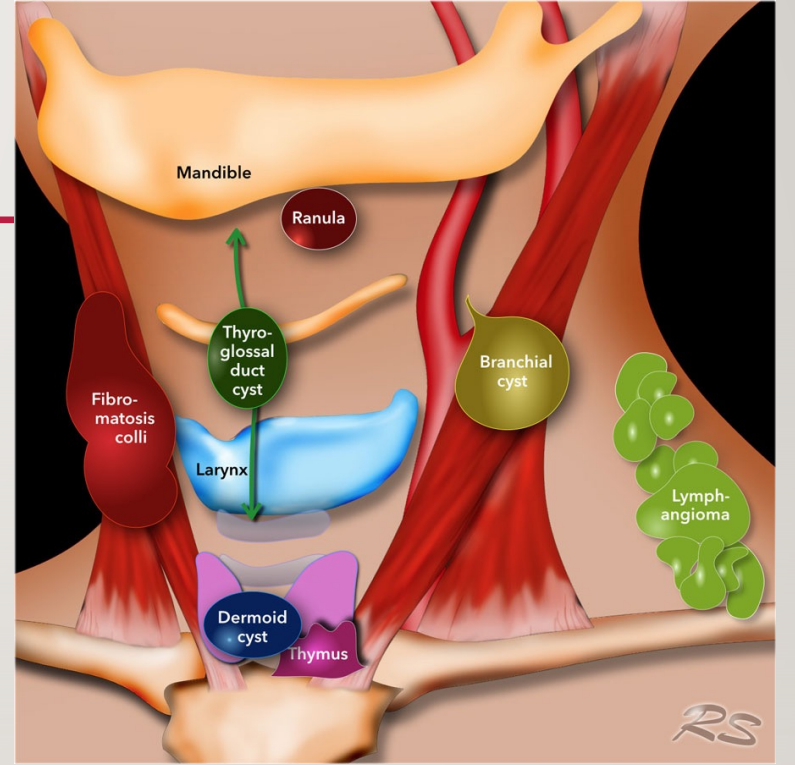
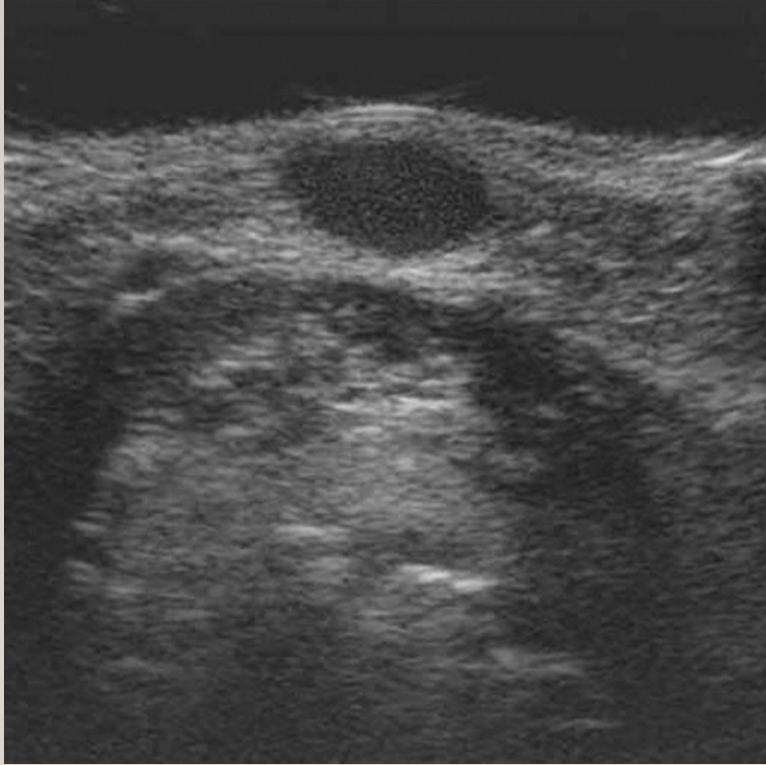
---



# BỆNH LÝ BẨM SINH

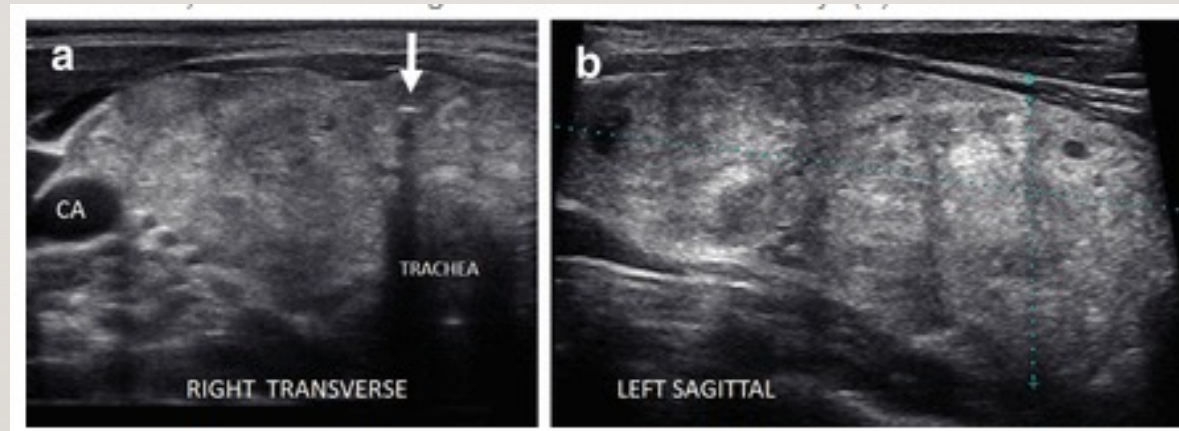
---

- Bất sản/ Thiếu sản một thùy
- Tuyến giáp lạc chỗ: trong thời kỳ bào thai tuyến giáp di chuyển lạc chỗ theo ống giáp móng: có thể nằm trong hoặc dưới lưỡi, trước hầu, trong khí quản, trên xương ức
- Nang giáp móng/ giáp lưỡi: Là tồn dư của ống giáp lưỡi giữa lỗ đáy lưỡi và hố tuyến giáp dưới móng không teo sau sinh
- Là tổn thương bẩm sinh vùng cổ hay gặp nhất, nhiều gấp 3 lần nang khe mang
- Vị trí hay gặp: trên xương móng( 20-25%) → xương móng (50%) → dưới xương móng(25%)
- Là tổn thương dạng nang nằm trong cơ dưới móng, thường ở đường giữa
- Có thể hoại tử bội nhiễm, ung thư hóa



# BỆNH LÝ LAN TỎA TUYẾN GIÁP

- Bướu lan tỏa tuyến giáp :Tuyến giáp tăng kích thước, chiều dày trước sau >2cm, nhu mô không đồng nhất, tăng âm lan tỏa, có các nốt phì đại có thể khu trú hoặc phì đại lan tỏa toàn bộ tuyến
- Có thể to phát triển xuống trung thất trên, các nốt thường rất to >1cm





# BỆNH LÝ TUYẾN GIÁP LAN TỎA

---

- Viêm tuyến giáp u hạt bán cấp( subacute granulomatous thyroiditis): còn gọi là viêm tuyến giáp DeQuavain, viêm giáp tự phát
- Lâm sàng rầm rộ: Sưng đau, tổn thương thường không đối xứng, không rõ ranh giới, có thể tự khỏi.
- Siêu âm: Vùng giảm âm dạng bản đồ không gây hiệu ứng khối bờ mờ thường ở ngoại vi tuyến, Doppler giảm tín hiệu mạch do phù nề, ít khi lan tỏa tuyến mà chủ yếu khu trú

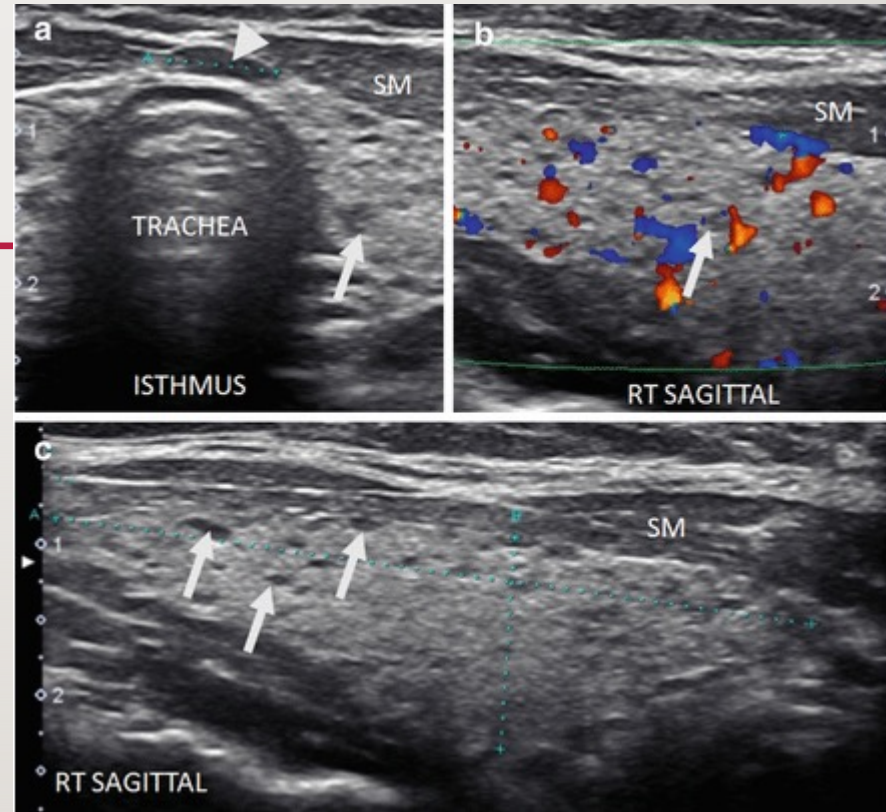
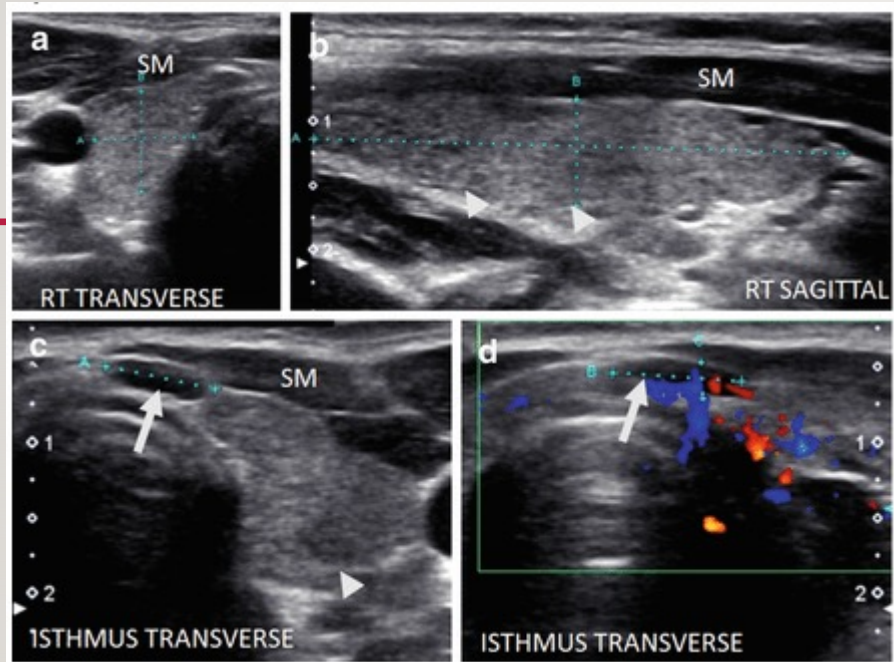
# VIÊM GIÁP U HẠT BÁN CẤP

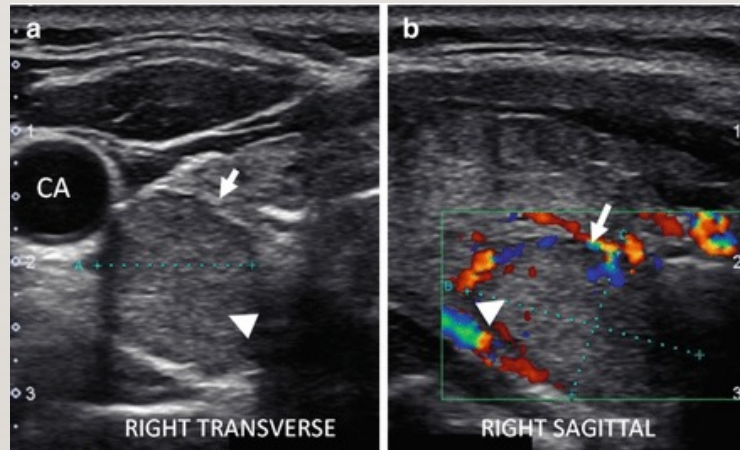
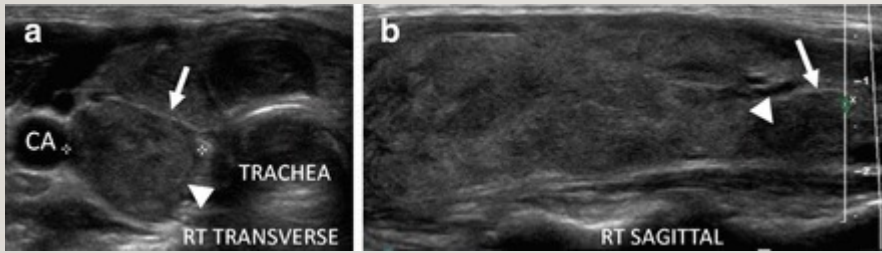
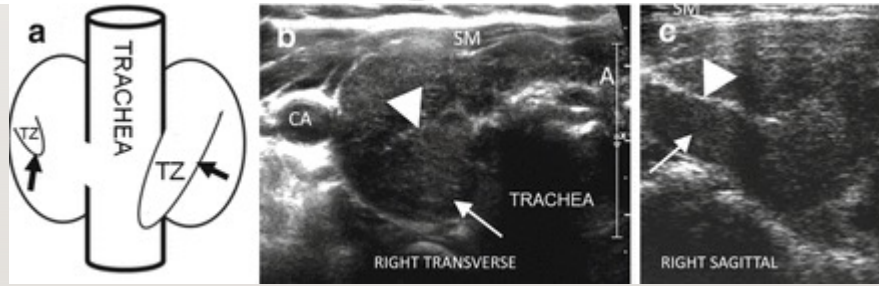
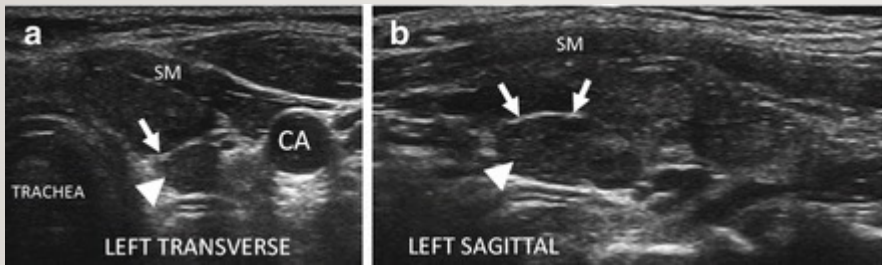
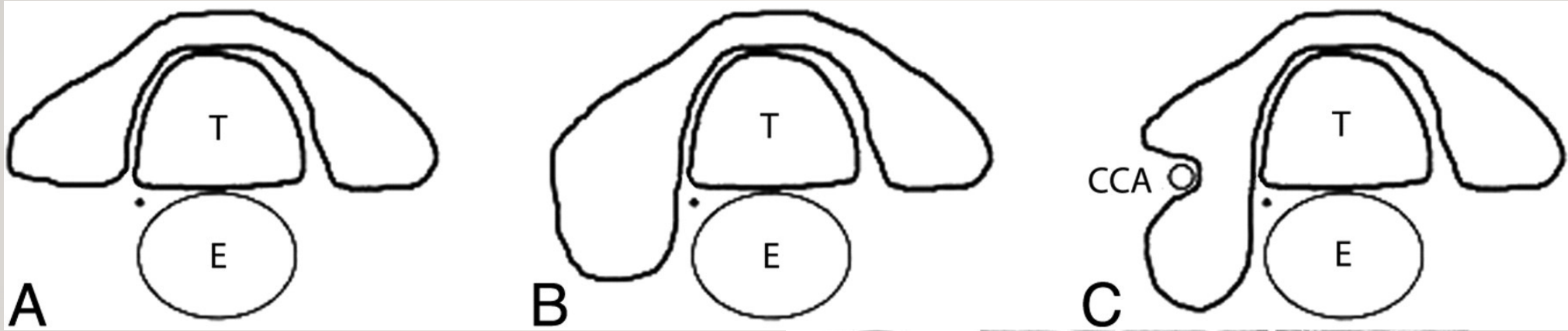


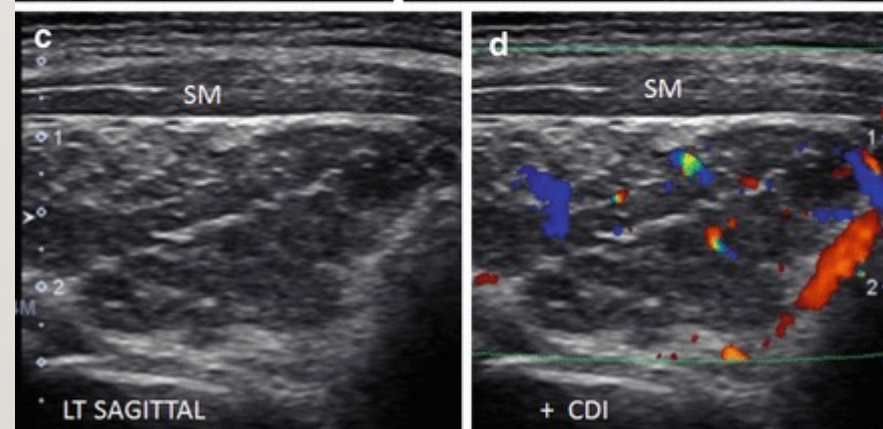
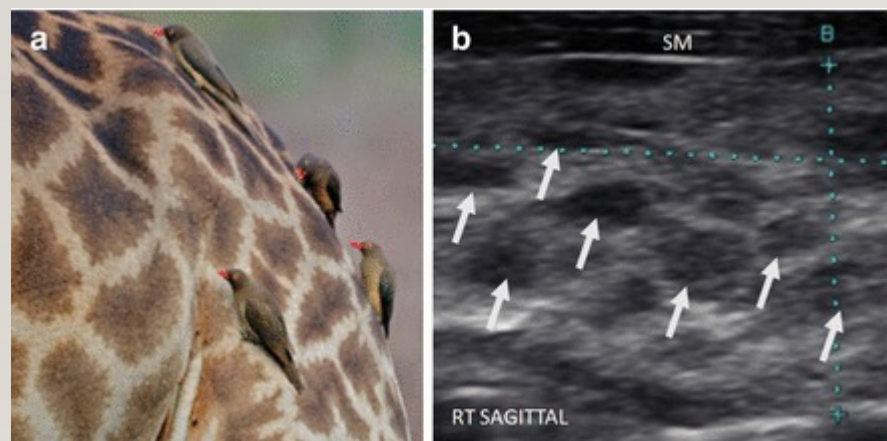
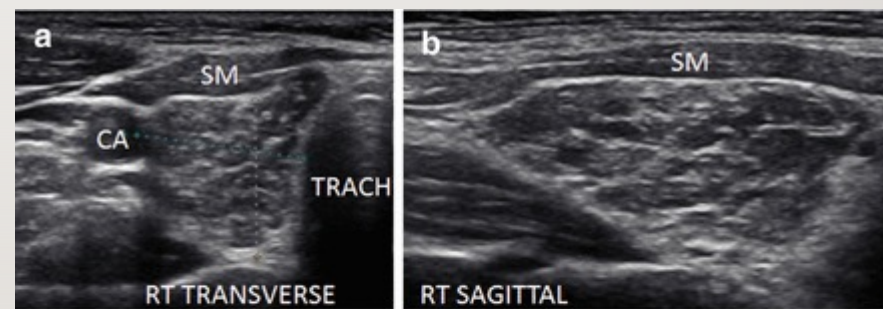
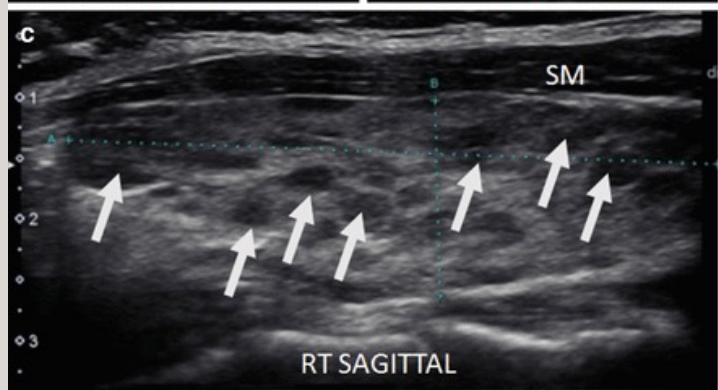
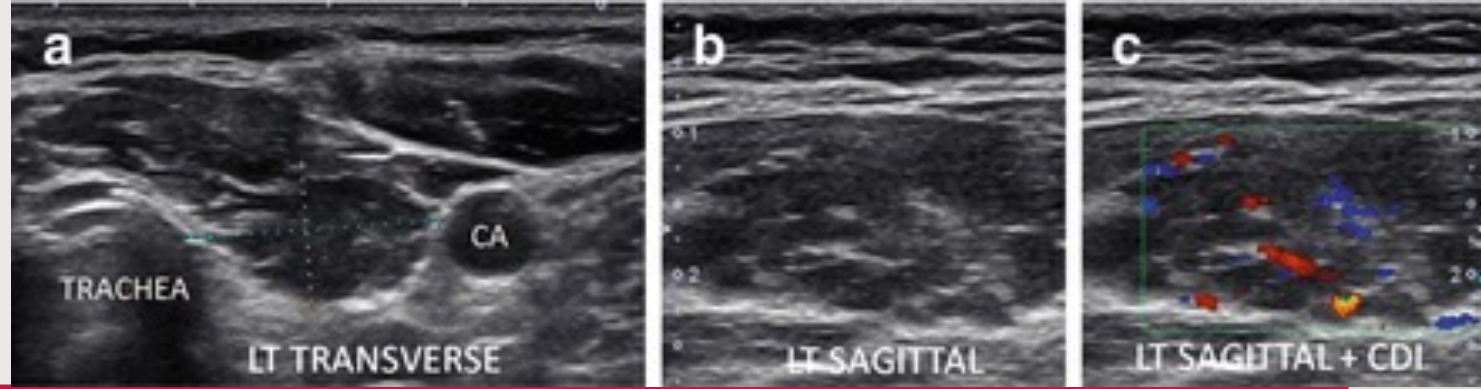
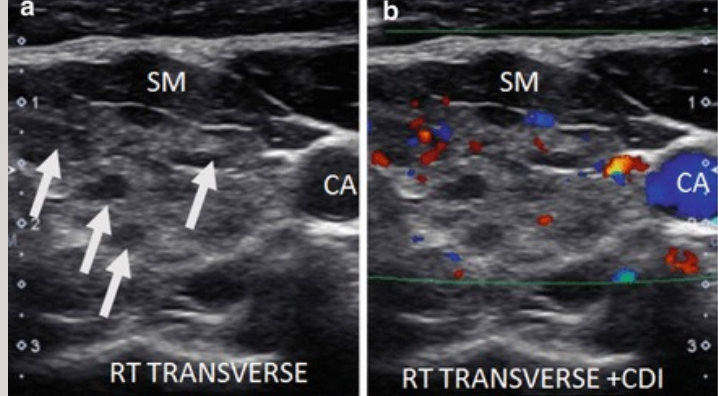
# VIÊM GIÁP TỰ MIỄN TĂNG SINH LYMPHOMA

---

- Còn gọi là viêm tuyến giáp Hashimoto, là dạng hay gặp nhất, thường gặp ở người trẻ hoặc trung niên, nữ nhiều hơn nam, kèm theo biểu hiện suy giáp
- Là tổn thương lan tỏa hai bên, giai đoạn đầu phì đại tuyến, giai đoạn sau xơ teo tuyến, cấu trúc và đường bờ không đều
- Siêu âm: Tuyến phì đại, giảm âm không đồng nhất, thấy các nốt giảm âm nhỏ lan tỏa trong tuyến xen kẽ các vách xơ tăng âm, kích thước các nốt nhỏ từ 1-5mm
- Giai đoạn đầu tuyến giáp phì đại lan tỏa, cần đánh giá lại sau 1-3 tháng
- Rất thường gặp các tổn thương dạng nốt khu trú lành tính hay ác tính trên nền viêm giáp mạn



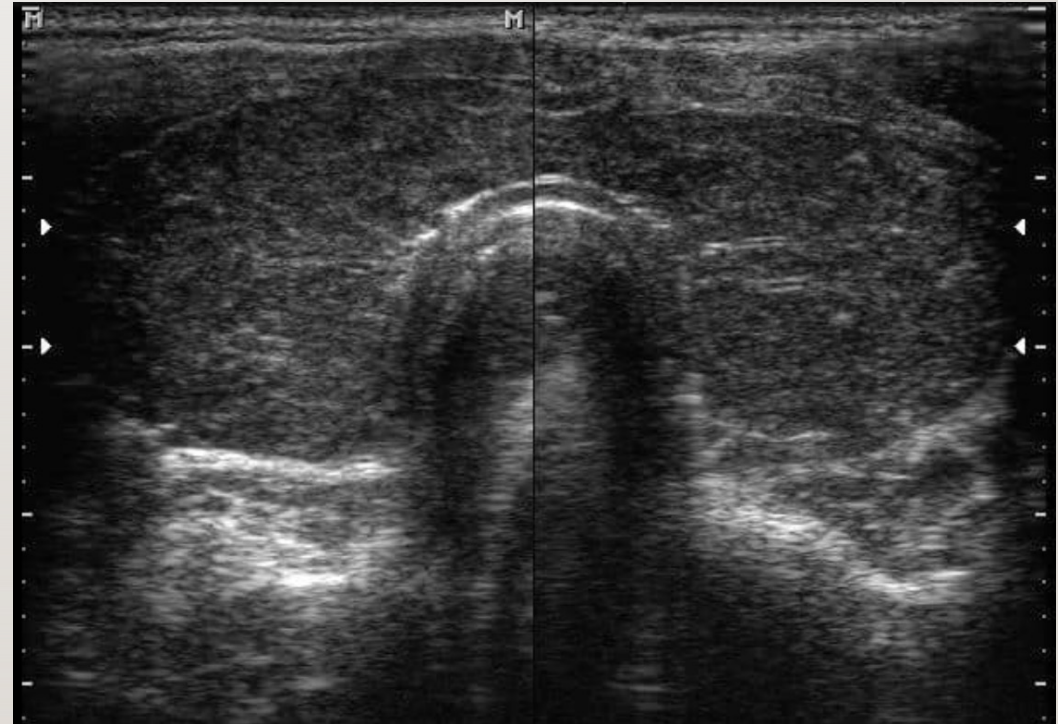




# VIÊM TUYẾN GIÁP XƠ HÓA LAN TỎA XÂM NHẬP( VIÊM GIÁP RIEDEL)

---

- Là tổn thương hiếm gặp nhất, tổn thương xơ hóa xâm nhập nhu mô, có thể bao gồm xơ hóa các cấu trúc khác như xơ hóa trung thất, sau phúc mạc, viêm đường mật xơ hóa
- Tuyến giáp phì đại lan tỏa, nhu mô không đều.

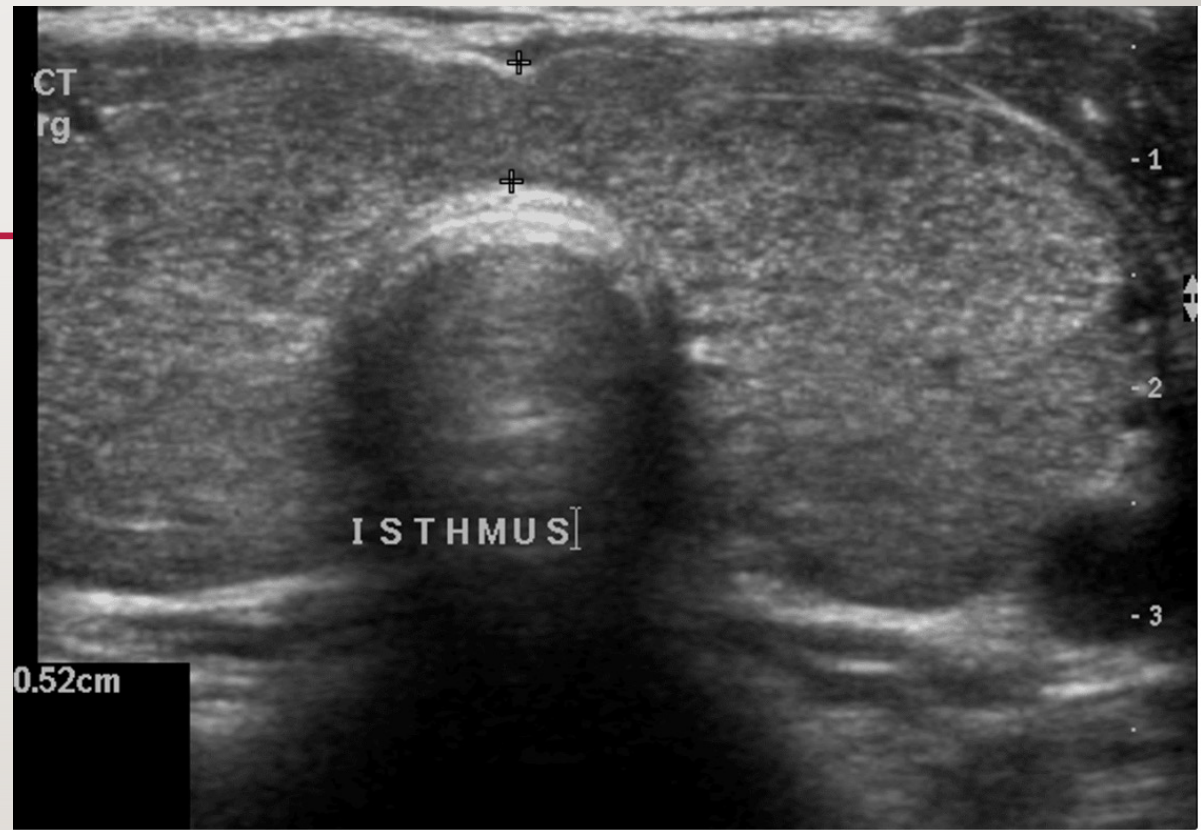
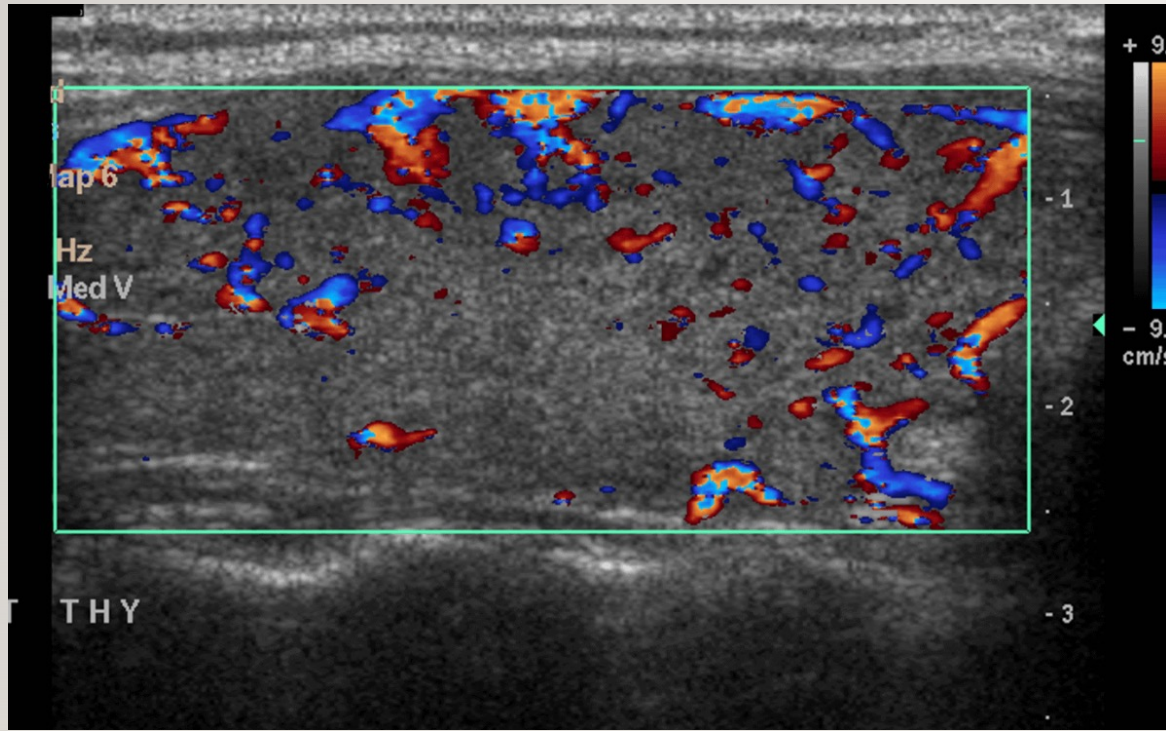


# BASEDOW

---

- Bệnh lí thường gặp, tuổi trung niên, nữ > nam
- Siêu âm: Tuyến giáp phì đại lan tỏa, nhu mô giảm âm không đồng nhất, Doppler tăng tưới máu và giãn mạch máu, tốc độ dòng chảy cao
- Chẩn đoán lâm sàng và các xét nghiệm
- Siêu âm mang tính chất gợi ý theo dõi

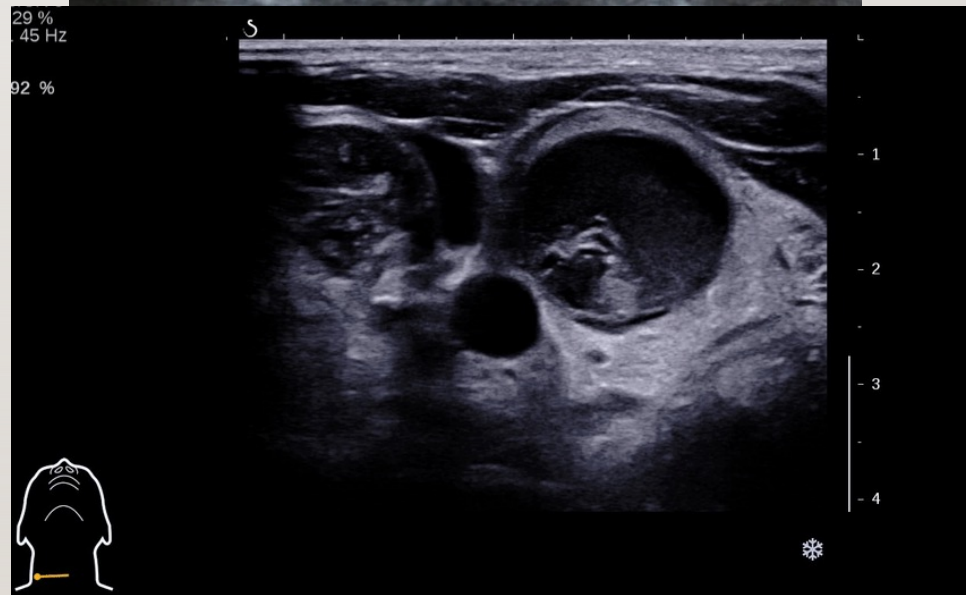
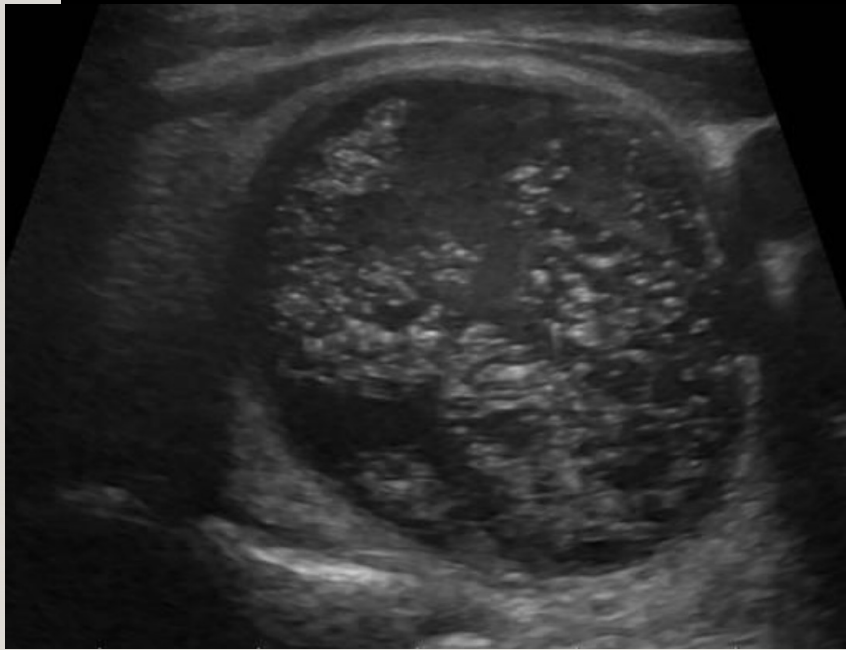
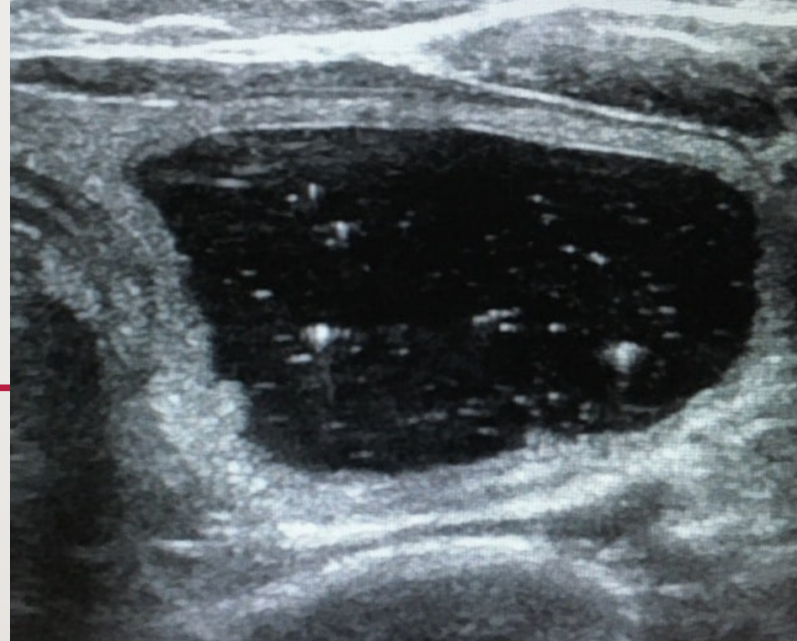
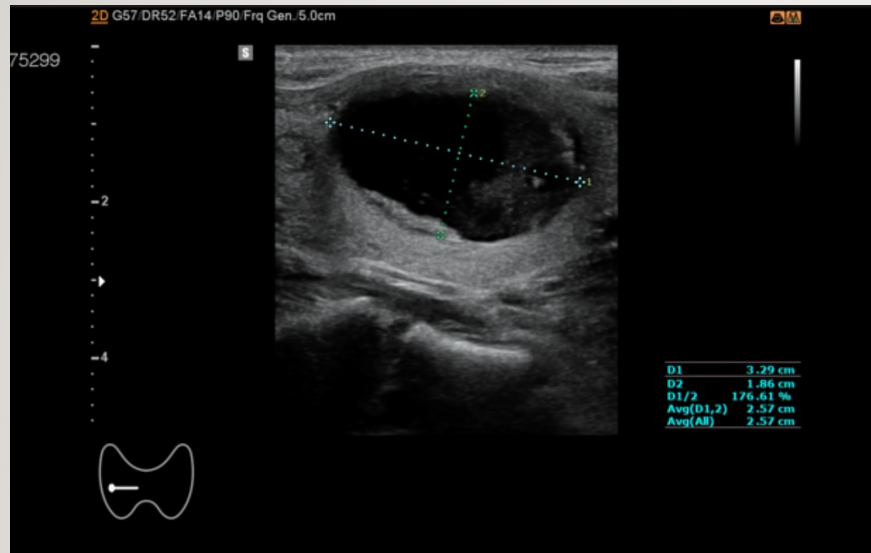




# BỆNH LÝ TUYẾN GIÁP KHU TRÚ

---

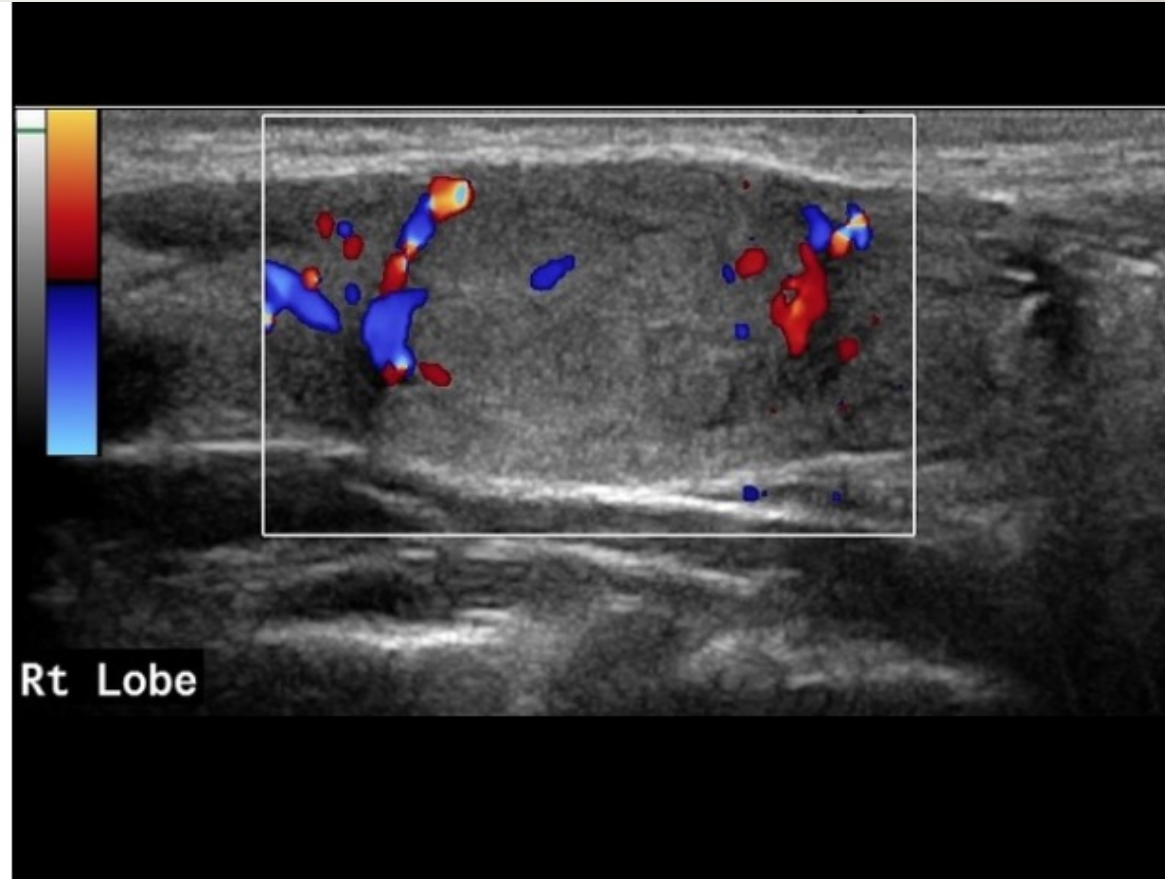
- Các tổn thương dạng nang:
- Nang đơn thuần: đơn độc hay nhiều nang, trong chứa dịch, có tầng âm thành sau
- Nang tuyến: gồm nhiều nang to nhỏ ngăn cách nhau bằng vách mỏng
- Nang keo: trong có phần tầng âm kèm đuôi sao chổi
- Nang chảy máu: có phần tầng âm dạng dịch cố định hoặc lơ lửng trong nang



# BỆNH LÝ TUYẾN GIÁP KHU TRÚ

---

- U tuyến( adenoma): chiếm 5-7% các tổn thương khu trú của tuyến giáp, nữ gấp 7 lần nam, 10% biểu hiện cường giáp.
- Phần lớn dạng đơn độc, ít khi đa u tuyến
- U tuyến nang lành tính( Benign follicular adenoma): là một u tuyến giáp thực sự có vỏ xơ và chèn ép nhu mô giáp lân cận, khi chẩn đoán tế bào học không phân biệt được u tuyến nang lành tính và ung thư tuyến nang, trên mô bệnh học có sự xâm nhập mạch máu lân cận, phá vỡ vỏ, do đó cần cắt bỏ làm giải phẫu bệnh
- Siêu âm: Nốt tang/giảm/đồng âm có viền halo giảm âm xung quanh do vỏ xơ, Doppler mạch máu phân bố từ ngoại vi vào trung tâm



# UNG THƯ TUYẾN GIÁP

## -Ung thư nhú:

- + Hay gặp nhất chiếm 70-75%
- + Phụ nữ trẻ, sống 10 năm từ 70-90%
- + Vô hoá vi thể: 50%
- + Có thể dạng nodule thành nang
- + Ái lực hệ bạch huyết di căn hạch cổ
- + Kèm nốt ung thư nhỏ khác cùng hay khác bên

## Ung thư nang tuyến (follicular thyroid carcinoma) +

- Chiếm 10-20%
- + Có vỏ, thâm nhiễm mạch
- + Thường không vô hoá, ít di căn hạch
- + Sống 10 năm: 70-90%

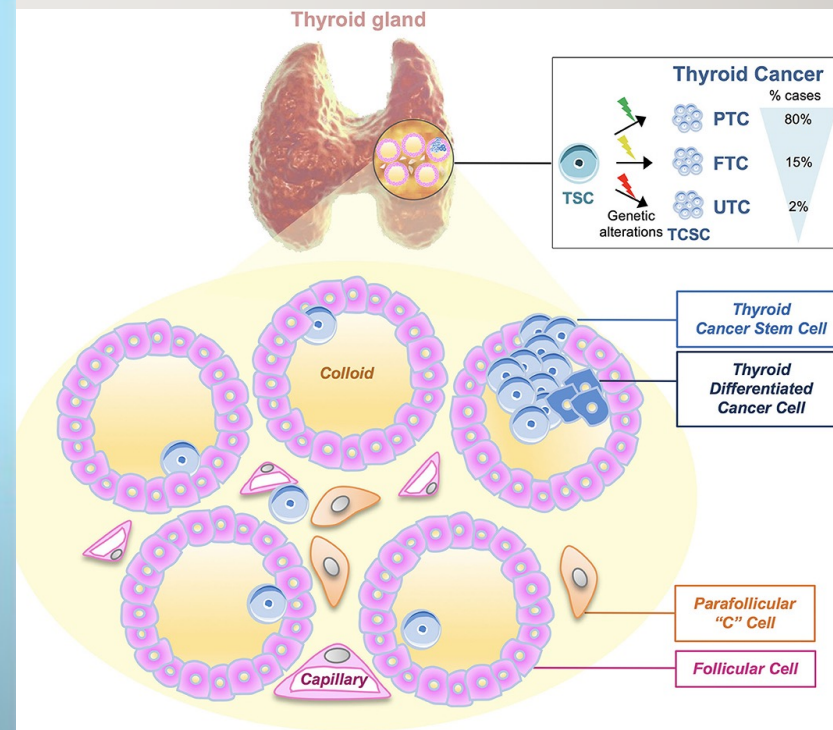
## Ung thư tuỷ (medullar th carcinoma)

- + Chiếm 5%
- + Tăng Calcitonin
- + U phát triển chậm nhưng di căn sớm

+ Liên quan: di truyền

## Ung thư không biệt hoá (anaplastic thyroid carcinoma)

- + Người có tuổi
- + Khối lớn, thâm nhiễm xung quanh, hạch
- + Tiên lượng xấu: sống <6 th



# UNG THƯ TUYẾN GIÁP

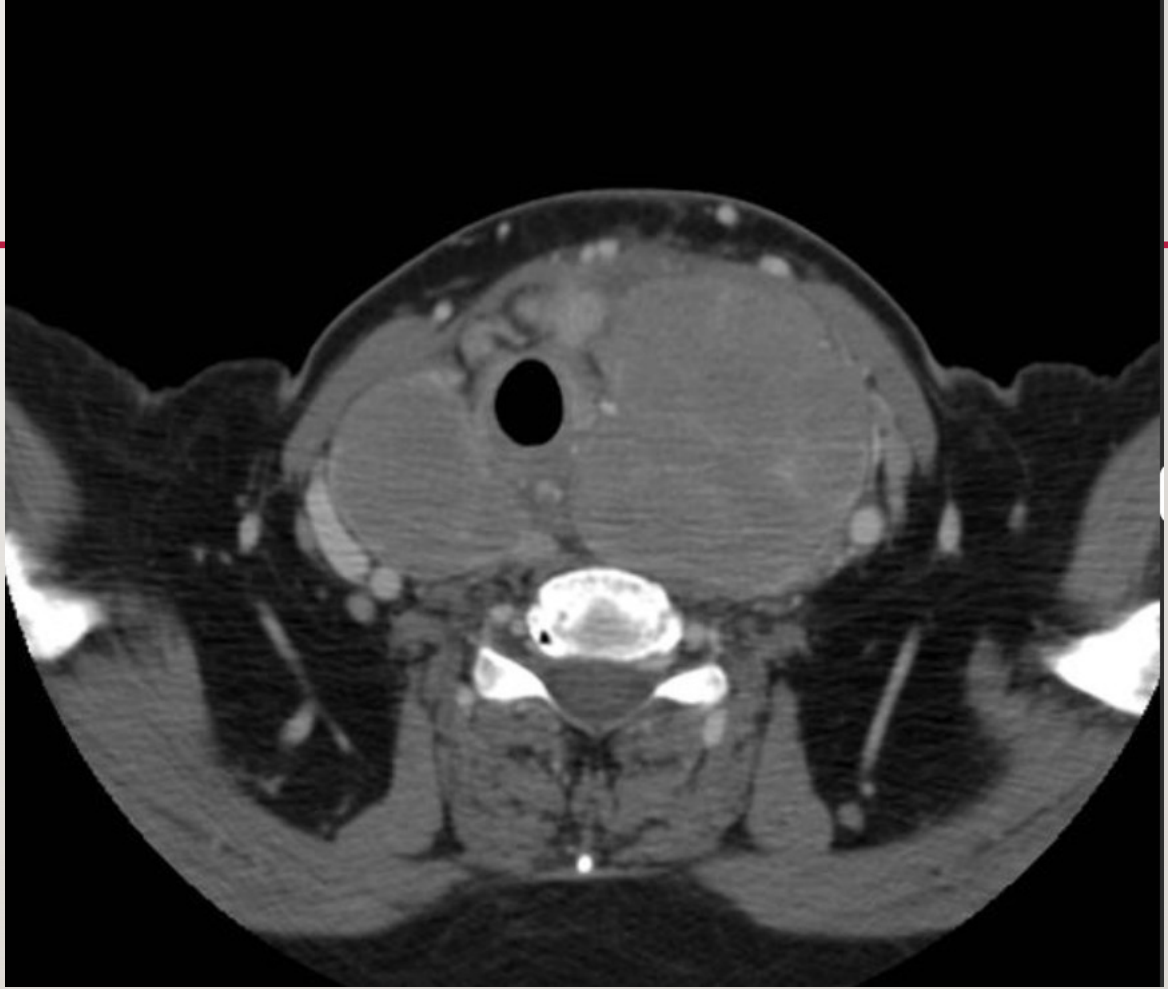
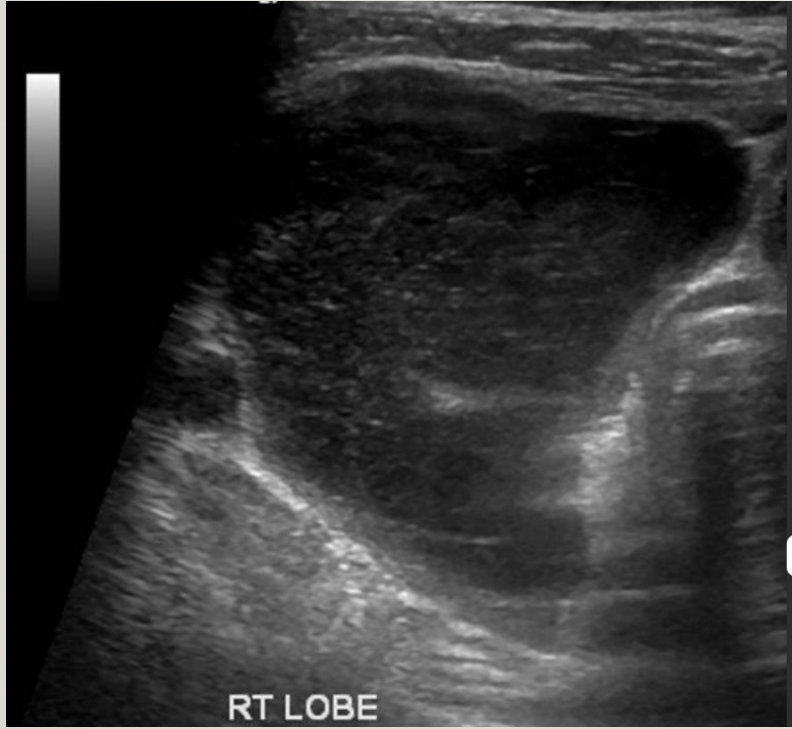
Ung thư thể nhú	Ung thư dạng tuyến nang	Ung thư biểu mô thể tủy	Ung thư tuyến giáp thể không biệt hóa
<p>Hay gặp nhất 70-75%</p> <p>Nữ nhiều hơn nam</p> <p>Gặp ở tuổi trẻ</p> <p>Vôi hóa dạng mảnh chiếm 25%, vôi hóa vi thể chiếm 50%</p> <p>Có thể gặp dạng nodule ở thành nang</p> <p>Ái lực bạch huyết hay di căn hạch</p> <p>Hay kèm nốt ung thư nhỏ khác hay cùng bên</p> <p>Biểu hiện khối giảm âm (90%)</p>	<p>Chiếm 10-20%</p> <p>Có vỏ rõ, hay phá vỡ vỏ, thâm nhiễm mạch, bờ viền halo không đều, vỏ dày</p> <p>Ít di căn hạch, thường ít vôi hóa</p> <p>Hay di căn xa</p> <p>Khó phân biệt với u tuyến nang bình thường</p> <p>Sống trên 10 năm: 70-90%</p>	<p>Chiếm 5%, chủ yếu phát triển từ các tế bào cận tuyến hay thể bào C tiết calcitonin nên dung theo dõi điều trị</p> <p>Có tính chất gia đình, 90% nhiều khối và ở hai bên</p> <p>Tỷ lệ di căn hạch cổ cao, xâm lấn vùng, tiên lượng xấu</p> <p>Hình ảnh giống thể nhú nhưng hay xâm lấn, có thể có các ổ vùng tăng âm do thoái hóa dạng tinh bột, vôi hóa</p>	<p>Người lớn &gt;60T</p> <p>Khối lớn xâm lấn xung quanh thâm nhiễm, di căn hạch</p> <p>Tiên lượng xấu sống trên 5 năm &lt;5%</p> <p>Tiến triển nhanh</p> <p>thường không có chỉ định phẫu thuật tại thời điểm phát hiện</p>

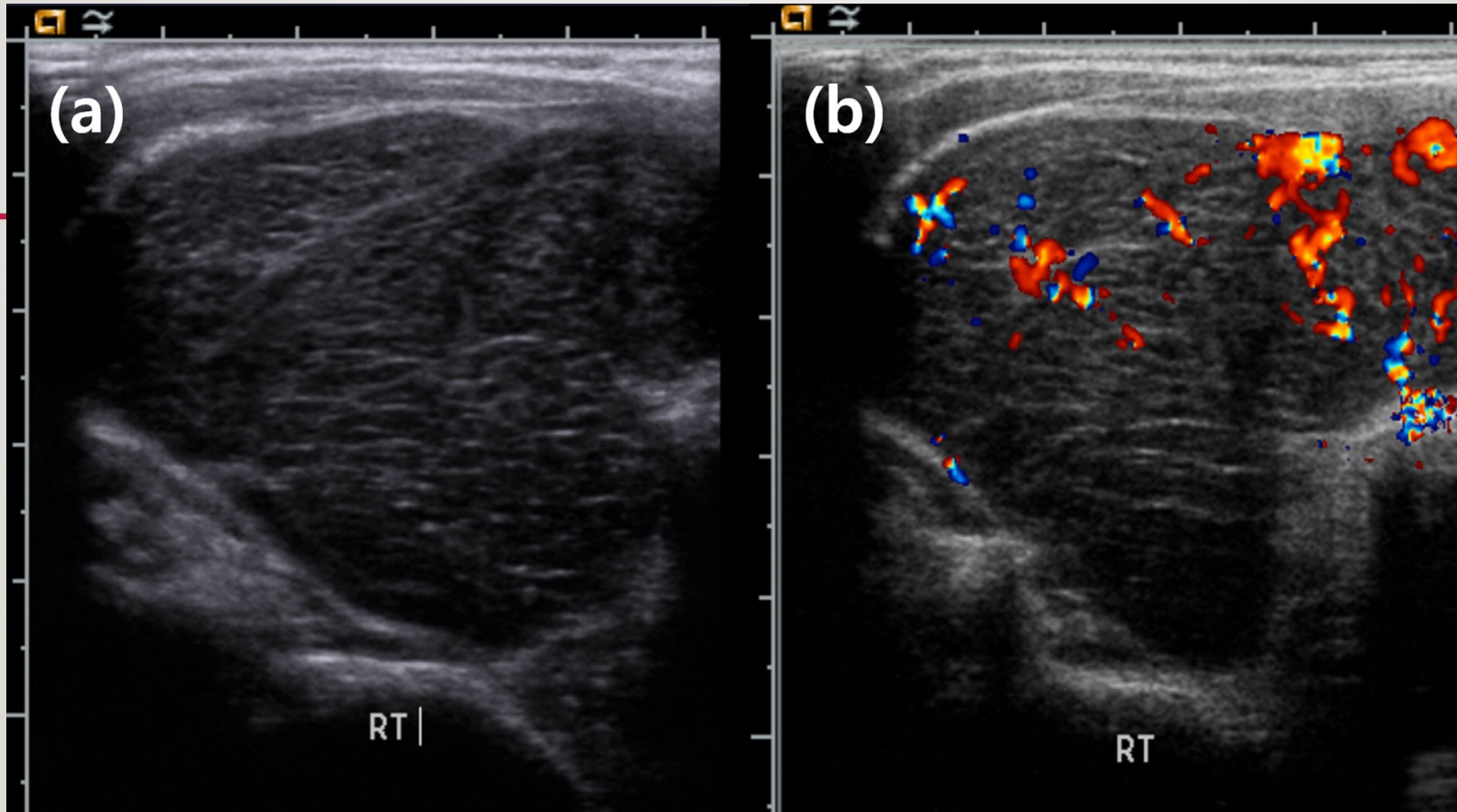
# U LYMPHOMA TUYẾN GIÁP

---

- Là khối u ít gặp chiếm khoảng 4% trong tổng số u tuyến giáp, chủ yếu non-Hogkin, nữ, lớn tuổi
- Khối lớn thâm nhiễm lan tỏa tuyến giáp, phát triển nhanh gây khó thở
- 70-80% phát triển trên nền viêm tuyến giáp mạn hoặc viêm giáp Hashimoto
- Tỷ lệ sống >5 năm >90%
- Khối khu trú giảm âm nhiều thùy mũi, ôm quanh hoặc thâm nhiễm quanh mạch máu, có vùng hoại tử dạng nang hay thoái hóa







<https://doi.org/10.3389/fendo.2023.1064050>

# ACR TI-RADS



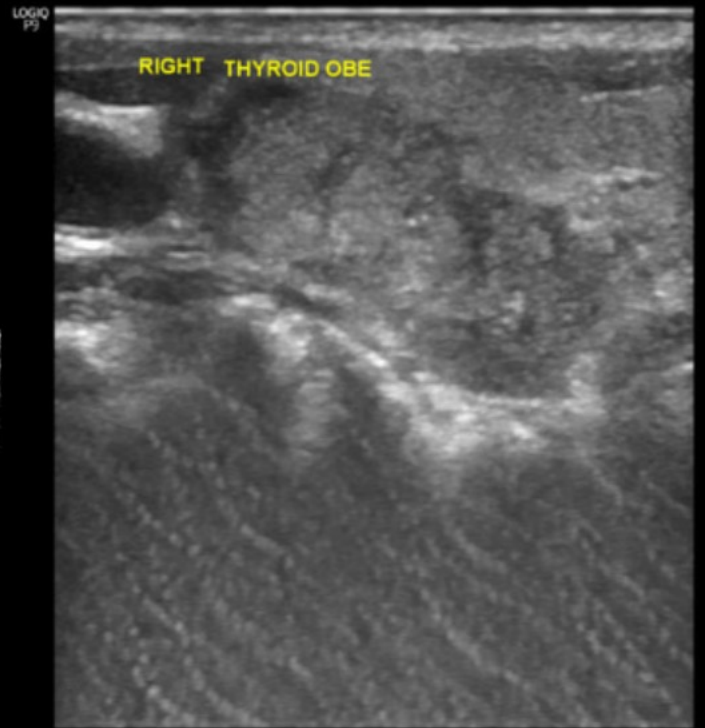
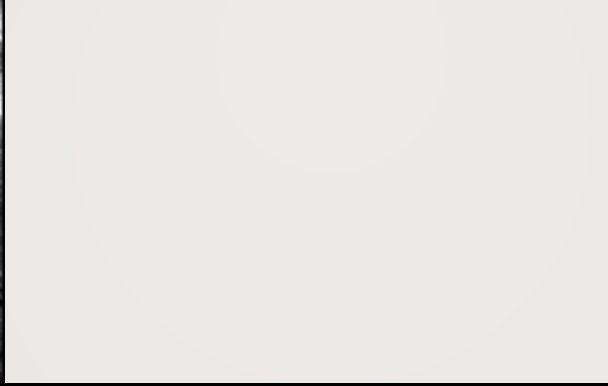
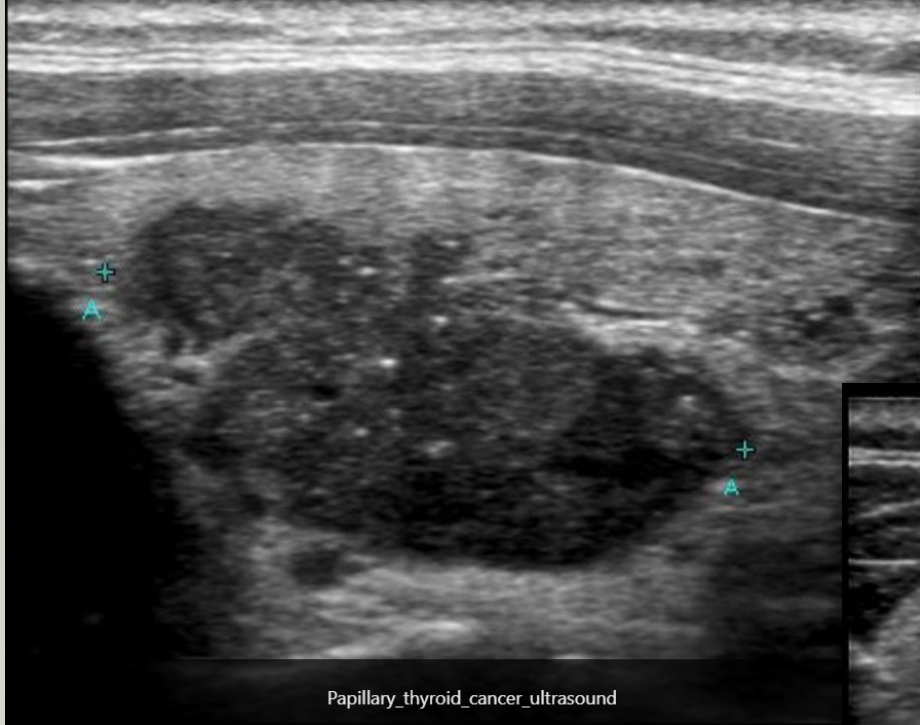
Cộng điểm từ tất cả các mục để xác định mức TIRADS



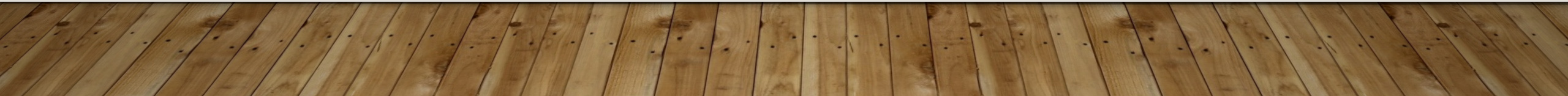
Thành phần	Độ hồi âm	Hình dáng	Đường bờ	Hồi âm dày
<p><i>Dạng bọt biển: Cấu tạo chủ yếu (&gt;50%) bởi các khoảng dịch nhỏ. Không thêm điểm nữa từ các mục khác.</i></p> <p><i>Hỗn hợp nang và đặc: Cho điểm phần đặc ưu thế.</i></p> <p><i>Cho 2 điểm nếu cấu tạo không được xác định vì vôិ hóa.</i></p>	<p><i>Trống âm: Áp dụng cho nang hoặc hầu như các nốt hoàn toàn nang</i></p> <p><i>Tăng âm/đồng âm/ giảm âm: So sánh với nhu mô kế cận.</i></p> <p><i>Rất giảm âm: Giảm âm hơn so với cơ cổ.</i></p> <p><i>Cho 1 điểm nếu đặc điểm âm không được xác định.</i></p>	<p><i>Cao hơn rộng: Nên được đánh giá trên hình ảnh cắt ngang với đo song song sóng âm cho chiều cao và vuông góc sóng âm cho chiều rộng.</i></p> <p><i>Điều này có thể luôn luôn đánh giá bởi đánh giá bằng mắt.</i></p>	<p><i>Đa thùy: Nhô ra mô kế cận</i></p> <p><i>Không đều: Răng cưa, có gai, hoặc dạng gập góc</i></p> <p><i>Mở rộng ra ngoài mô giáp: Xâm lấn rõ ràng = ác tính.</i></p> <p><i>Cho 0 điểm nếu đường bờ không xác định được</i></p>	<p><i>Xảo ảnh đuôi sao chổi lớn: dạng chữ v, &gt;1mm, trong thành phần nang</i></p> <p><i>Vôិ hóa lớn: Gây ra bóng lưng sau</i></p> <p><i>Ngoại vi: Hoàn toàn hoặc không hoàn toàn dọc bờ</i></p> <p><i>Đốm hồi âm nhỏ: Có thể có xảo ảnh đuôi sao chổi nhỏ</i></p>

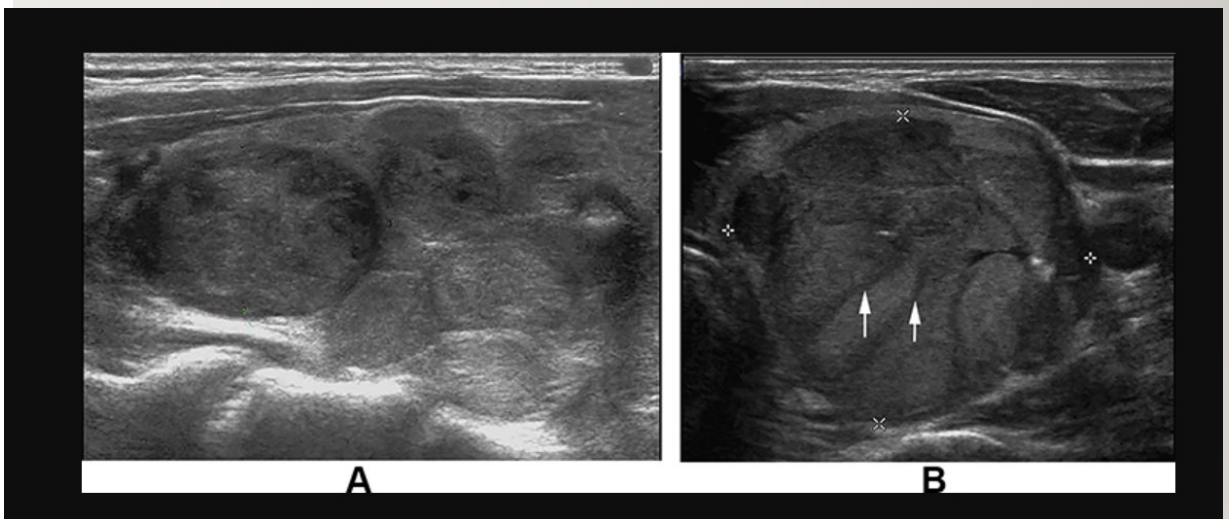
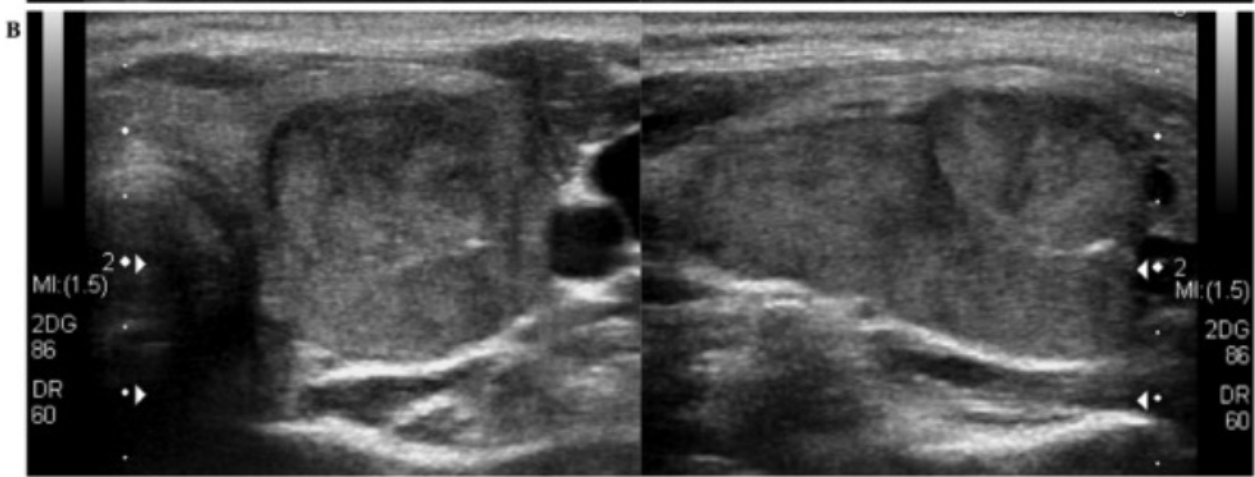
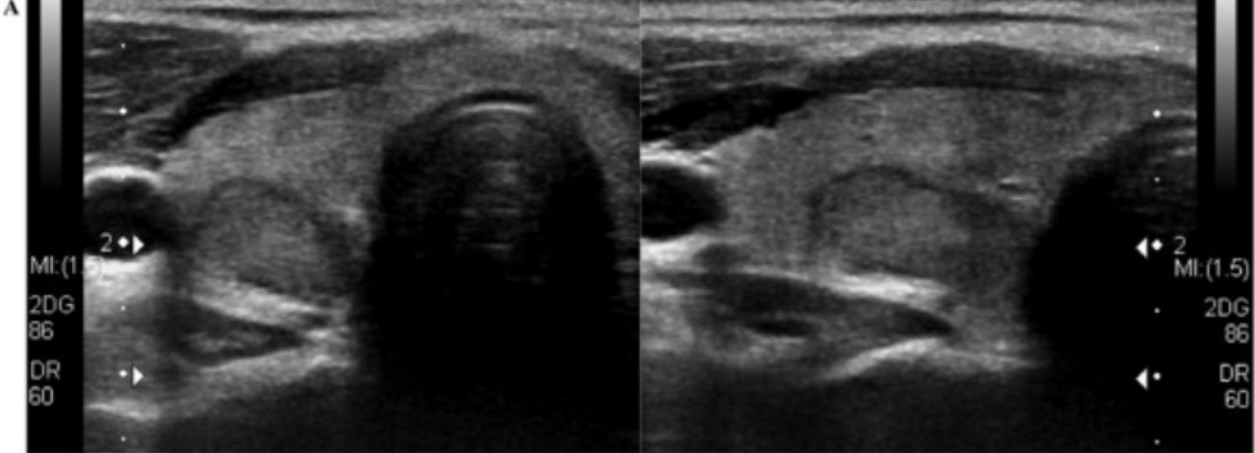
# AI TI-RADS 2019

AI TI-RADS 2019				
<b>Thành phần</b> Chọn 1	<b>Độ hồi âm</b> Chọn 1	<b>Hình dáng</b> Chọn 1	<b>Đường bờ</b> Chọn 1	<b>Hồi âm dày</b> Chọn tất cả các tùy chọn
Nang hoặc hầu như là nang 0	Trống âm 0	Rộng hơn cao 0	Nhẵn 0	Không 0
Dạng bọt biển 0	Tăng âm 0	Cao hơn rộng 1	Không rõ 0	Đuôi sao chổi lớn 0
Hỗn hợp nang và đặc 0	Đồng âm 0		Đa thùy hoặc không đều 2	Vôi hóa lớn 0
Đặc hoặc hầu như đặc 3	Giảm âm 2		Mở rộng ra ngoài mô giáp 3	Vôi hóa ngoại vi (viền) 2
Không xác định 0	Rất giảm âm 3		Không xác định 0	Đốm hồi âm dày lấm tấm 3
	Không xác định 0			
Cộng điểm tổng các mục để xác định mức TI-RADS				
Nang hoặc nhân bọt biển nhận điểm 0 trong tổng số mà không cần thêm điểm từ các mục khác				
<b>1 điểm hoặc ít hơn</b>	<b>2 điểm</b>	<b>3 điểm</b>	<b>4 đến 6 điểm</b>	<b>7 điểm hoặc hơn</b>
<b>TR1</b> Lành tính Không FNA	<b>TR2</b> Không nghi ngờ Không FNA	<b>TR3</b> Nghi ngờ ít FNA nếu $\geq 2.5\text{cm}$ Theo dõi nếu $\geq 1.5\text{cm}$	<b>TR4</b> Nghi ngờ trung bình FNA nếu $\geq 1.5\text{cm}$ Theo dõi nếu $\geq 1\text{cm}$	<b>TR5</b> Nghi ngờ cao FNA nếu $\geq 1\text{cm}$ Theo dõi nếu $\geq 0.5\text{cm}$



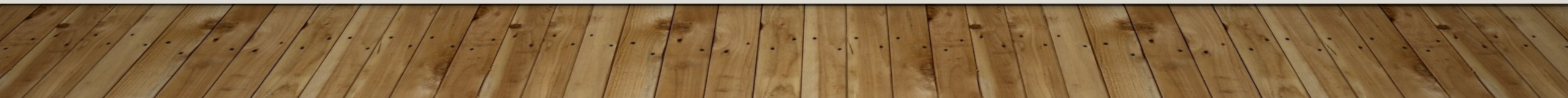
<https://doi.org/10.53347/rID-95826>

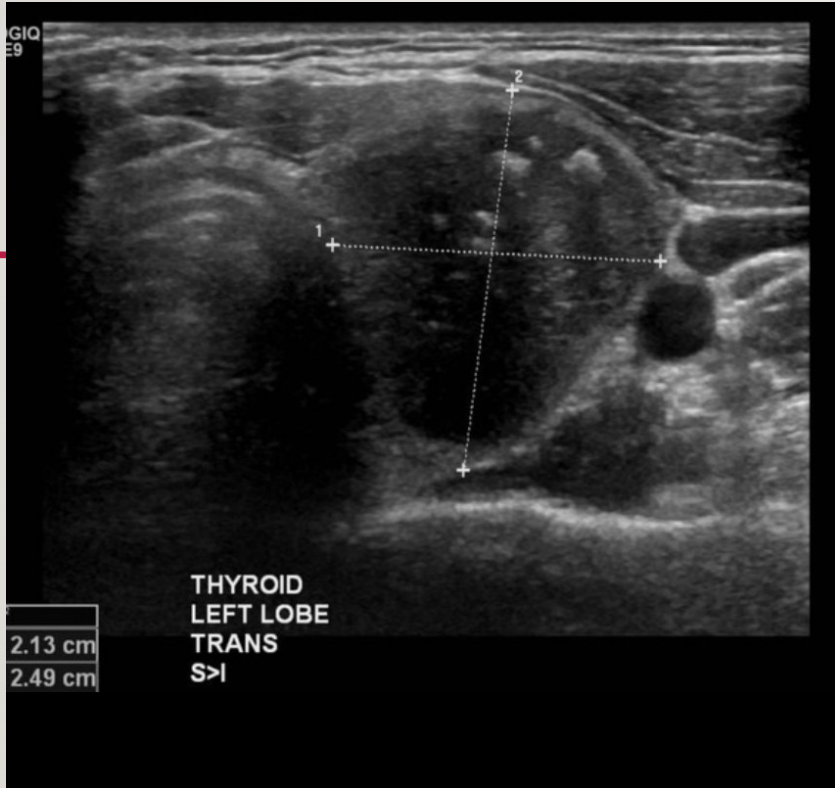




<https://doi.org/10.2147/CMAR.S307166>

<https://doi.org/10.1016/j.asjsur.2019.04.016>





<https://doi.org/10.53347/rID-50080>

# TÀI LIỆU THAM KHẢO

---

- <https://doi.org/10.53347/rID-17052>
- <https://radiologykey.com/diffuse-thyroid-disease-dtd-and-thyroiditis>
- <https://doi.org/10.53347/rID-27555>
- <https://doi.org/10.3348/kjr.2021.0713>
- <https://doi.org/10.3389/fendo.2023.1064050>