

# **BƯỚU GIÁP THÔNG TRUNG THẤT:**

## **MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH CT-SCAN**

*Võ Đắc Truyền\**

### **TÓM TẮT**

### **MỤC TIÊU**

Mục tiêu của nghiên cứu này là xác định một số đặc điểm lâm sàng và hình ảnh CT-scan của bướu giáp thông trung thất.

### **TƯ LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

13 trường hợp bướu giáp thông trung thất được tổng quan hồi cứu, có ghi nhận những đặc điểm lâm sàng, hình ảnh CT-scan, phẫu thuật và giải phẫu bệnh.

Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu bao gồm 8 nữ và 5 nam, những bệnh nhân này từ 40 đến 77 tuổi. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 57 tuổi.

### **KẾT QUẢ**

10 bệnh nhân có triệu chứng, chủ yếu là phát hiện bướu giáp ở cổ, khó thở và đau ngực. 3 bệnh nhân không có triệu chứng.

Phần lớn các khối u được tìm thấy ở trung thất trước.

Đặc điểm CT-scan của bướu giáp thông trung thất bao gồm: bờ xác định rõ, có sự liên tục rõ ràng với bướu giáp ở cổ, đậm độ CT cao trước khi tiêm thuốc cản quang, đậm độ CT tăng mạnh sau khi tiêm thuốc cản quang vào tĩnh mạch, sự canci hoá tập trung những điểm nhỏ hoặc thành đường cong.

Tất cả bướu giáp thông trung thất đều được phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn, chủ yếu sử dụng đường ngang cổ, 10 trường hợp (77%).

### **KẾT LUẬN**

Điển hình, bướu giáp thông trung thất biểu hiện trên CT-scan như là một khối chón chỗ không đồng nhất ở trung thất trước. Đặc điểm này bao gồm: bờ xác định rõ, có sự liên tục rõ ràng với bướu giáp ở cổ, đậm độ CT cao trước khi tiêm thuốc cản quang, đậm độ CT tăng mạnh sau khi tiêm thuốc cản quang vào tĩnh mạch, sự canci hoá tập trung những điểm nhỏ hoặc thành đường cong.

CT-scan là phương pháp được lựa chọn để đánh giá những tổn thương này.

Mở ngang cổ là đường mổ được sử dụng nhiều nhất.

---

\* Khoa Ngoại tổng hợp bệnh viện C Đà Nẵng

# **MEDIASTINAL THYROID TUMOR: CLINICAL, CT- SCAN FEATURES**

## **SUMMARY**

### **OBJECTIVE**

The purpose of this study was to characterize the clinical and CT- scan imaging features of mediastinal thyroid tumor.

### **MATERIALS AND METHODS**

Thirty cases of mediastinal thyroid tumor were retrospectively reviewed, noting clinical, CT- scan, surgical and pathologic findings.

The patient population consisted of 8 females and 5 males who were 40 years to 77 years old (mean age, 57 years ).

### **RESULTS**

Ten patients presented with symptoms, predominantly a cervical mass, chest pain and dyspnea. Three patients were asymptomatic.

Eleven mediastinal thyroid tumors were found in the anterior mediastinum.

CT-scan features of mediastinal thyroid tumor included: well defined borders (13/13 cases), clear continuity with the cervical thyroid gland (12/13 cases), punctate, coarse, or ringlike calcifications (8/13 cases), nonhomogeneity (9/13 cases), precontrast attenuation values at least 15 H greater than adjacent muscles (4/10) with more than 25 H after contrast enhancement (8/8).

All tumors are completely surgically removed, predominantly resection via a cervical approach

### **CONCLUSION**

Mediastinal thyroid tumor typically manifests on CT as a anterior mediastinal mass, well defined borders, clear continuity with the cervical thyroid gland, punctate, coarse or ringlike calcifications, nonhomogeneity, precontrast attenuation values at least 15 H greater than adjacent muscles (4/10) with more than 25 H after contrast enhancement (8/8).

CT is the imaging technique of choice in the evaluation of these lesions.

All tumors are completely surgically removed, predominantly resection via a cervical approach.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bướu giáp thòng trung thất có thể biểu hiện như là một khối choán chỗ trong trung thất trước. Trong phần lớn trường hợp bướu giáp thòng trung thất, một tuyến giáp phì đại có thể sờ thấy được ở cổ. Phim CT-scan không có chất cản quang là xét nghiệm duy nhất và hiệu quả nhất để chẩn đoán phân biệt bướu giáp thòng trung thất với những khối choán chỗ trung thất khác, bởi vì hàm lượng iode của nó cho nên mô tuyến giáp nhìn thấy rõ trên phim CT-scan không cản quang và thường khẳng định chẩn đoán.

Đa số bướu giáp thòng trung thất được cắt bỏ bằng đường rạch ngang qua cổ, điều này có thể thực hiện được bởi vì nguồn cung cấp máu qua động mạch giáp trên và giáp dưới bắt nguồn trong cổ. Trong một vài trường hợp, cắt một phần xương ức được thực hiện để thuận lợi cho việc lấy bỏ bướu giáp sau xương ức.

Thông thường, bướu giáp thòng trung thất không có triệu chứng và được phát hiện trên phim X-quang ngực. Tuy nhiên, bướu giáp trung thất lớn có thể gây nên khó thở, khàn giọng, khó nuốt và thậm chí hội chứng tĩnh mạch chủ trên.

Đặc điểm CT-scan của bướu giáp thòng trung thất đã được mô tả rất rõ. Đặc điểm này bao gồm: bờ xác định rõ, có sự liên tục rõ ràng với bướu giáp ở cổ, đậm độ CT cao trước khi tiêm thuốc cản quang, đậm độ này lớn hơn đậm độ của cơ bên cạnh, đậm độ CT tăng mạnh sau khi tiêm thuốc cản quang vào tĩnh mạch, sự canci hoá tập trung thành những điểm nhỏ, hoặc thành đường cong, có những vùng không hấp thu chất cản quang và có đậm độ thấp. Bướu giáp thòng trung thất thường nằm phía sau các mạch máu lớn và cung động mạch chủ, hiếm khi, bướu giáp thòng trung thất nằm phía trước cung động mạch chủ.

Về mặt lịch sử, những phương pháp không xâm lấn đã được sử dụng để đánh giá những khối choán chỗ trong trung thất và đã có những thành công với các mức độ khác nhau. Thời gian đầu, phim X-quang ngực thẳng nghiêng và phim cắt lớp thường đã được sử dụng để xác định vị trí, kích thước và đậm độ của những khối choán chỗ trung thất cũng như phát hiện tính đồng nhất cũng như sự hiện diện canci hoá của khối choán chỗ. Trong những năm sau này, khả năng chẩn đoán khối choán chỗ trung thất đã tiến một bước dài nhờ sự ra đời của CT-scan. Năm 1979, Livesay và C đã sử dụng CT-scan lồng ngực để nghiên cứu 30 bệnh nhân nghi ngờ khối choán chỗ trung thất và kết luận rằng kỹ thuật này có thể mang lại những thông tin chẩn đoán có giá trị. Những

công trình nghiên cứu tiếp theo đã chứng minh được vai trò của kỹ thuật chụp cắt lớp điện toán trong việc đánh giá những khối choán chỗ trung thất.

Ở nước ta, trong những năm gần đây đã bắt đầu sử dụng rộng rãi kỹ thuật chụp cắt lớp điện toán trong chẩn đoán bệnh lý lồng ngực nói chung và u trung thất nói riêng.

Nghiên cứu này nhằm mục đích xác định một số đặc điểm lâm sàng và đặc điểm CT-scan của bướu giáp thông trung thất.

## **II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán mô bệnh học là bướu giáp thông trung thất và có hình ảnh CT-scan lồng ngực được điều trị tại khoa phẫu thuật lồng ngực bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 1/2005 đến tháng 1/2007 được đưa vào danh sách nghiên cứu, tổng cộng có 13 trường hợp, tất cả bệnh nhân đều có phim CT-scan lồng ngực và được lưu giữ trong máy tính ở khoa Chẩn Đoán Hình Ảnh bệnh viện Chợ Rẫy.

Tất cả phim CT-scan lồng ngực đều được đọc lại bởi hai bác sĩ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh. Những dấu hiệu hình ảnh (các biến số) đã được định nghĩa trước theo đề cương nghiên cứu và được ghi lại trên một biểu mẫu thống nhất có sẵn để tính toán kết quả.

Bệnh sử được phân tích, có chú ý đến tuổi, giới và triệu chứng lúc nhập viện. Những báo cáo về phẫu thuật, giải phẫu bệnh được ghi nhận để xác định vị trí, kích thước của tổn thương và phương pháp phẫu thuật.

Chẩn đoán bướu giáp thông trung thất được khẳng định về mặt giải phẫu bệnh trên từng trường hợp.

Phim CT-scan ngực thu được cùng với một kỹ thuật chụp và bơm thuốc cản quang. Tất cả các trường hợp đều có chụp cản quang và không cản quang.

Phim CT-scan được phân tích có chú ý đến đặc điểm bờ khối u, vị trí, sự tăng quang, những thành phần mô trong khối u như mô mềm, dịch, mỡ và canci.

Vị trí của khối u được phân loại như sau:

Khối u ở TT trước nếu như khối u đó nằm trước tim và các mạch máu lớn.

Khối u ở trung thất giữa nếu như khối u đó nằm cạnh khí quản hoặc dưới chỗ chia đôi khí quản hoặc dọc theo đường đi của thực quản.

Khối u ở trung thất sau nếu như khối u đó nằm trong vùng cạnh sống.

Tất cả các biến số nghiên cứu đều được định nghĩa trước theo đề cương nghiên cứu và được thu thập theo một biểu mẫu thống nhất có sẵn đã được lập trình để xử lý số liệu. Dữ kiện được nhập bằng phần mềm EPIDATA 3.0 và phân tích bằng phần mềm STATA 8.

### **III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

#### **1. NHỮNG ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG**

Bệnh nhân bao gồm 8 nữ (62%) và 5 nam (38%), có độ tuổi từ 40 cho đến 77 tuổi, tuổi trung bình là 57 tuổi.

Có 10 bệnh có triệu chứng khi đến khám, chiếm tỉ lệ 77%, những triệu chứng bao gồm: khó thở (8/13 bệnh nhân), đau ngực (4/13 bệnh nhân), ho (1/13 bệnh nhân), khó nuốt (1/13 bệnh nhân). Có 12/13 bệnh nhân sờ được bướu giáp ở cổ.

3 bệnh nhân không có triệu chứng và được phát hiện tình cờ, chiếm tỉ lệ 23%.

#### **2. NHỮNG ĐẶC ĐIỂM CT-SCAN**

Vị trí trung thất trước 11/13, chiếm tỉ lệ 85%, Vị trí trung thất sau 2/13, chiếm tỉ lệ 15%. Tổn thương hình tròn hoặc trái xoan 12/13, chiếm tỉ lệ 92%. Bờ tổn thương đều 13/13, chiếm tỉ lệ 100%. Ranh giới xung quanh rõ 13/13, chiếm tỉ lệ 100%. Mật độ không đồng nhất 9/13, chiếm tỉ lệ 69%. Mật độ cao trước khi tiêm thuốc cản quang 13/13, chiếm tỉ lệ 100%. Tăng quang sau tiêm thuốc cản quang 12/13, chiếm tỉ lệ 92%. Sự vôi hoá 8/13, chiếm tỉ lệ 62%. Sự liên tục với bướu giáp ở cổ 12/13, chiếm tỉ lệ 92%.

### **IV. BÀN LUẬN**

#### **1. TẦN SUẤT VÀ BIỂU HIỆN LÂM SÀNG CỦA BƯỚU GIÁP THÔNG**

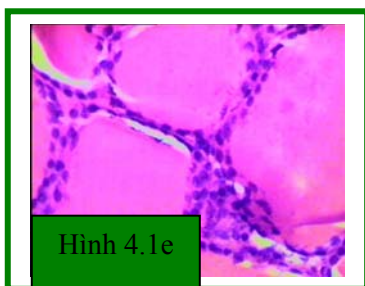
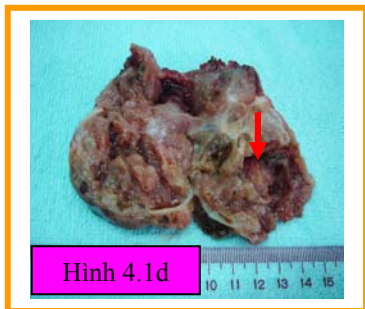
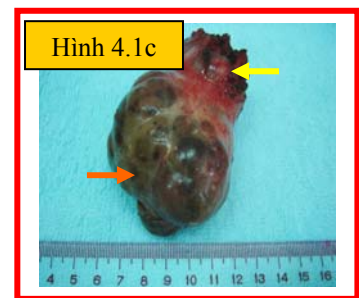
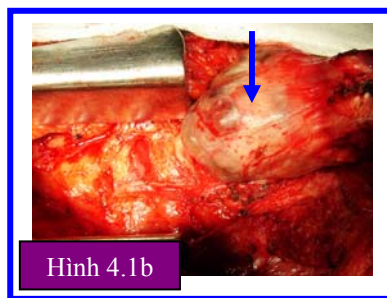
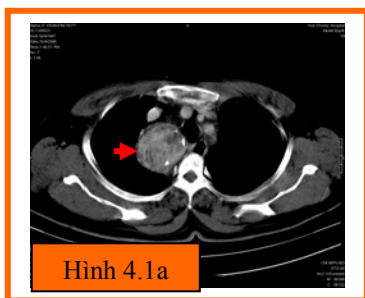
Những báo cáo trước đây đều cho rằng bướu giáp thông có khuynh hướng xuất phát từ bờ dưới của tuyến giáp và lan toả vào trung thất trước, phía trước khí quản, nhưng đôi khi chúng xuất hiện ở vị trí sau khí quản. Bướu giáp thông ở trung thất sau cũng đã được báo cáo.

Bướu giáp thông thường không có triệu chứng và được phát hiện trên phim X-quang ngực thường quy. Tuy nhiên, bướu giáp thông lớn có thể gây nên khó thở, khàn giọng, khó nuốt, thậm chí hội chứng TMCT.

Kalic và CS, trong một báo cáo 80 bệnh nhân bướu giáp thông tại bệnh viện Massachusetts General đã nhận thấy rằng phái nữ bị bệnh nhiều hơn, với tỉ lệ nam/nữ là 1/1,6. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 56 tuổi. Phần lớn bệnh nhân có triệu chứng lâm

sàng (87%), trong đó những triệu chứng phổ biến nhất là phát hiện bướu giáp ở cổ (69%), khó nuốt (33%), khó thở (28%), không triệu chứng chiếm tỉ lệ 13%. Có 10 bệnh nhân (10%) đã trải qua việc phẫu thuật cắt tuyến giáp trước đó.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, BN có độ tuổi từ 40 đến 77 tuổi, tuổi trung bình là 57 tuổi. Cũng như kalic, bệnh nhân của chúng tôi có sự trội hơn của phái nữ, tỉ lệ nam/nữ là 1/1,8, tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa. Phần lớn bệnh nhân của chúng tôi có triệu chứng khi đến khám, chủ yếu là phát hiện bướu giáp ở cổ, đau ngực và khó thở. Chúng tôi chỉ có một trường hợp (8%) trải qua việc phẫu thuật cắt tuyến giáp trước đó (Hình 4.1).



**Hình 4.2a:** Trên phim CT-scan có thuốc cản quang, nhìn thấy bướu giáp thông vào trung thất trước, khối u hình trái xoan, ranh giới rõ, bắt thuốc cản quang rất mạnh (>120 HU) (mũi tên đỏ).

**Hình 4.2b:** Bướu giáp được kéo ra khỏi trung thất qua đường mở xương ức (mũi tên đỏ).

**Hình 4.2c:** Toàn bộ bướu giáp đã được lấy ra ngoài. Bướu gồm hai phần: phần nằm trong trung thất còn nguyên vẹn (mũi tên cam), phần nằm ở cổ đã được phẫu thuật cắt bỏ trước đó (mũi tên vàng).

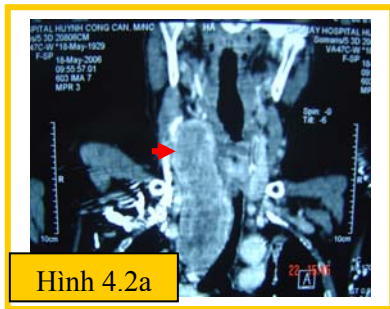
**Hình 4.2d:** Bướu giáp được mở ra, mặt trong bướu cho thấy nhiều hóc, có những vùng thoái hóa dạng nang, thể hiện đậm độ thấp trên CT (mũi tên đỏ).

**Hình 4.2e:** Hình ảnh vi thể bướu giáp

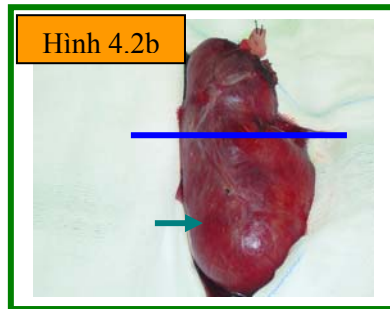
## 2. NHỮNG ĐẶC ĐIỂM BƯỚU GIÁP THÔNG TRÊN CT-SCAN

Trong một nghiên cứu 10 bướu giáp thông, khảo sát bằng hình ảnh CT-scan, Bashist và CS đã cho thấy một số đặc điểm hình ảnh CT-scan của bướu giáp thông, bao gồm: bờ xác định rõ, có sự liên tục rõ ràng với bướu giáp ở cổ, đậm độ cao trước khi tiêm thuốc cản quang, tăng quang mạnh sau khi tiêm thuốc cản quang, sự canci hoá tập trung những điểm hoặc thành đường cong.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, những đặc điểm CT-scan của bướu giáp thông bao gồm: vị trí trung thất trước, bờ khối u đều, ranh giới xung quanh rõ, canci hoá, đậm độ cao khi chưa tiêm thuốc cản quang, tăng quang mạnh sau khi tiêm thuốc cản quang vào tĩnh mạch, có sự liên tục với bướu giáp ở cổ (**Hình 4.2**). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với những phát hiện của Bashist và của những nghiên cứu khác.



Hình 4.2a



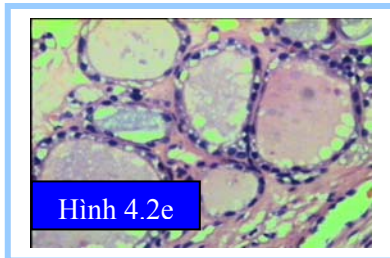
Hình 4.2b



Hình 4.2c



Hình 4.2d



Hình 4.2e

**Hình 4.2a:** Trên phim CT-scan có thuốc cản quang, nhìn thấy bướu giáp thông vào trung thất, liên tục rõ ràng với bướu giáp ở cổ, bờ đều, bắt thuốc cản quang rất mạnh (>120 HU) (mũi tên đỏ).

**Hình 4.2b:** Bướu giáp được kéo ra khỏi trung thất qua đường Kocher ở cổ (mũi tên xanh). Phần ở cổ và ở trong trung thất được ngăn cách nhau bằng đường màu xanh.

**Hình 4.2c:** Toàn bộ bướu giáp đã được lấy ra ngoài. Nhìn đại thể bề mặt ngoài bướu trơn láng.

**Hình 4.2d:** Bướu giáp được mở ra, mặt trong bướu cho thấy toàn bộ bướu là một khối đặc không có những vùng thoái hóa dạng nang, mặt trong bướu chắc.

**Hình 4.2e:** Hình ảnh vi thể bướu giáp

Trong nghiên cứu của chúng tôi, CT-scan có khả năng nhận biết 12/13 bướu giáp thông trung thất với độ nhạy 92%, độ đặc hiệu 99%, GTTĐ(+) 93%, GTTĐ(-) 99% và độ chính xác 99%.

## V. KẾT LUẬN

Điển hình, bướu giáp thông trung thất biểu hiện trên CT-scan như là một khối choán chỗ không đồng nhất ở trung thất trước. Đặc điểm này bao gồm: bờ xác định rõ, có sự liên tục rõ ràng với bướu giáp ở cổ, đậm độ CT cao trước khi tiêm thuốc cản quang, đậm độ CT tăng mạnh sau khi tiêm thuốc cản quang vào tĩnh mạch, sự canci hoá tập trung những điểm nhỏ hoặc thành đường cong.

CT-scan là phương pháp được lựa chọn để đánh giá những tổn thương này.

Mở ngang cổ là đường mổ được sử dụng nhiều nhất.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bashist B, Ellis K, Gold RP (1983), “Computed tomography of intrathoracic goiters”, *American Journal of Roentgenology*, 140:455-460.
2. Brown LR, Aughenbaugh GL (1991), ”Masses of the anterior mediastinum: CT and MR imaging”, *American Journal of Roentgenology*, 157:1171-1180.
3. Cohen AJ, Thompson L, Edwards FH (1991), “Primary cysts and tumors of the mediastinum”, *Ann Thorac Surg*, 51:378.
4. Davis RD, Oldham HN, Sabiston DC (1987), “Primary cysts and neoplasms of the mediastinum: Recent changes in clinical presentation, methods of diagnosis, management and results”, *Ann Thorac Surg*, 44:229.
5. Dhaliwal RS, Puri D, Rana SS, Singh G (1999), “Posterior Mediastinal Goiters: Literature Review and Report of Three Cases“, *Asian Cardiovasc Thorac Ann*, 7:228-232.
6. Duwe BV, Sterman DH, Musani AI (2005), “Tumors of the Mediastinum”, *Chest*, 182:2893-2909.
7. Eng TY, Scarbrough TJ “*Mediastinum and Trachea*”, Principles and Practice of Radiation Oncology, 4th edition Chapter 45.
8. Erbil Y, Bozbora A, Barbaros U, Uezarmaan Y, Azezli A, Molvalilar S (2004), “Surgical Management of Substernal Goiters: Clinical Experience of 170 Cases”, *Journal Surgery Today*, 34:732-736.
9. Katlic MR, Grillo HC, Wang CA (1985), “Substernal goiter. Analysis of 80 patients from Massachusetts General Hospital”, *Am J Surg*, 149:283-7.
10. Silverman PM, Newman GE, Korobkin M, Workman JB, Moore AV (1984), “Computed Tomography in the Evaluation of Thyroid Disease”, *AJR*, 141:897-902.
11. Strollo DC, Rosado de Christenson ML (1997), “Primary Mediastinal Tumors. Part I Tumors of the Anterior Mediastinum” *Chest*, 112:511-22.
12. Strollo DC, Rosado-de-Christenson ML, Jett JR (1997), “Primary Mediastinal Tumors, Part II. Tumors of the Middle and Posterior Mediastinum, *Chest* 1997; 112:1344-57.

