

I. Sơ lược sinh bệnh học

Viêm giáp Hashimoto còn được gọi là viêm giáp thâm nhiễm lymphô. Là một bệnh phát triển trong khung cảnh tự miễn, kháng giáp, song bệnh cần và bệnh sinh chưa được làm sáng tỏ hoàn toàn. Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi, thường từ 30 đến 50 tuổi, đa số gặp ở nữ (chiếm từ 90%), quanh thời kỳ mãn kinh. Tất cả bệnh nhân đều có kháng thể kháng thyroglobulin, hầu quả có thể dẫn đến suy giáp. Bệnh được Hashimoto mô tả lần đầu vào năm 1912. Bệnh Hashimoto có thể chẩn đoán bằng cách hút kim nhô: tình trạng thâm nhiễm nặng lymphô bào và có tế bào Hurthle.

II. Lâm sàng

Viêm giáp Hashimoto thường phát triển từ từ, không rõ ràng, nhưng đôi khi cũng xảy ra nhanh chóng. Có thể có triệu chứng viêm nhiễm tại chỗ với bướu giáp lớn vữa phì đại, lan tỏa và đôi khi xẹp. Một số bướu giáp cứng, đàn hồi, một số nhô, di động theo nhịp nuốt. Không có hạch và không chèn ép. Nhưng đôi khi triệu chứng có biểu hiện cổ cứng giáp, kèm theo đau và khó nuốt. Chức năng tuyến giáp có thể bình giáp, suy giáp hoặc cường giáp tùy thuộc vào giai đoạn.

Cường giáp gặp ở hai dạng:

+ Sốt và thoát qua do tăng tiết tuyến giáp, làm phóng kích thích tế giáp, để tập trung iod phóng xạ thấp và không có lợi ích.

+ Kéo dài: cường giáp kéo dài do có sự hiện diện TSI. Để tập trung iod phóng xạ cao, có thể có lợi ích do chế độ miễn. Bệnh tiến triển lâu, nhu mô tuyến thoái triển dần kèm treo xơ hóa, sẹo, có thể dẫn đến suy giáp, phù niêm.

Viêm giáp Hashimoto và chẩn đoán giải phẫu bệnh

Viết bởi Biên tập viên

Thứ ba, 12 Tháng 6 2012 21:00 - Lần cập nhật cuối Thứ sáu, 15 Tháng 6 2012 15:18

III. Chẩn lâm sàng

+ Hội chứng viêm không đặc hiệu.

+ Các thăm dò tuyến giáp: tuyến giáp lớn, tập trung iode phóng xạ không đồng đều, nồng độ kích thích giáp (T3, T4) thay đổi, tăng giai đoạn đầu, giảm giai đoạn sau. TSH giảm giai đoạn đầu và tăng khi suy giáp.

+ Rối loạn miễn dịch:

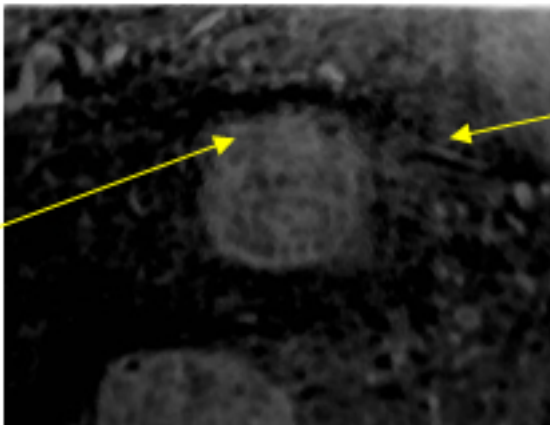
- Kháng thể kháng TG: hiệu giá rất cao trên 1/25000.
- Kháng thể kháng MIC tế bào giáp: hiệu giá 1/1000
- Kháng thể kháng Peroxydase (+).
- Các test miễn dịch tế bào như dịch vùi tế bào lympho, kháng thể phagocytosis.

IV. Chẩn đoán giải phẫu bệnh

* Mô bệnh học

1. **Điểm then:** Tuyến giáp to vừa, 2 đến 3 lần bình thường, lan tỏa đều hai thùy. Cấu trúc tiểu thùy vẫn được bảo tồn, vỏ nang nguyên vẹn, mật độ dịch giáp tăng cao su, diện tích màu vàng nhạt hay xám nhạt, giảm nang thụt lõm.

2. Vi thể: Có sự thay thế rõ của nhu mô tuyến giáp bằng các tế bào lymphô (kể cả lympho bào chuyển đổi, tế bào nang, nguyên bào miễn dịch), đôi khi tế bào, thậm chí hình thành các nang lympho tân tạo với trung tâm mầm sáng. Đôi khi có xơ hóa cục bộ. Nang nang tuyến sót lại thì teo, chứa ít keo loãng, hoặc tế bào không có tế bào chứa keo. Biểu mô nang tuyến biến đổi đa hình, phổ biến là nang tế bào tróc cao, bào thể ngả axit (oncocyte), tế bào Hurthle hay tế bào Askanazy, đặc trưng bằng nhiều ty thể và thể tiêu bào dưới kính hiển vi.



(Hình ảnh Mô bệnh học viêm giáp Hashimoto)

* **Tế bào hạt** (Chẩn đoán tế bào hạt bằng kỹ thuật nhuộm hút kim nh)

Tin thể khá đặc trưng với tế bào hạt:

- Lympho bào: gần như chiếm ưu thế tuyệt đối trên phiến dẹt (với khoảng 60 đến 90% mẫu thành phần tế bào). Thoạt nhìn dễ nhầm lẫn với phiến dẹt của hạch bạch huyết viêm. Các lympho bào này thường là loại trưởng thành xen kẽ lympho chuyển đổi, trong đó có các nguyên bào miễn dịch, tế bào nang,...

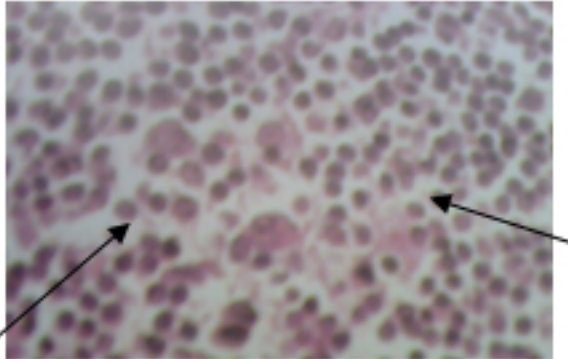
- Ít gặp hình nhân chia hay các tin thể thoái hóa. Cá biệt có nang hình nhân biệt thể

Viêm giáp Hashimoto và chẩn đoán giải phẫu bệnh

Vị trí bài Biên tập viên

Thứ ba, 12 Tháng 6 2012 21:00 - Lần cập nhật cuối Thứ sáu, 15 Tháng 6 2012 15:18

khôu giải mô tu lympho ác tính (lymphoma).



(Hình ảnh Tế bào học Viêm giáp Hashimoto)

- Tế bào lớn đa dạng: Ít nhất một nửa có nhân thông thường không vượt quá 10% tổng số tế bào. Tế bào này thường nằm rải rác giữa các tế bào lympho, có thể xen kẽ với một số tế bào của nang tuyến giáp đã thoái hóa hay teo đét hoặc một số ít đại thực bào. Cần quan sát kỹ mới phát hiện được chính xác. Trong trường hợp hiếm hoi, nhân tế bào này có đường kính từ 15 đến 20 μm , bào tương rộng với nhiều hạt nhỏ bột màu hồng. Nhân thường tròn như nấm mốc giữa nhân cũng có thể to nhỏ không đều nhau và có hạt nhân to, nổi rõ. Tế bào riêng lẻ, xếp thành hàng dây ngắn có một hay hai hàng tế bào nhưng không thấy được hình vi nang.

- Một số trường hợp hiếm, khó nhận rõ được tế bào tuyến, thường chúng bị chìm trong các đám lympho bào dày đặc. Ngoài ra nhiều hạt thoái hóa, sợi keo, tế bào sợi, bạch cầu đa nhân trung tính và đa dạng, tế bào dạng bán liên, tế bào không rõ ràng hình bào. Chết keo thường thường, dày mỏng không đều nhưng chưa khi nào tạo được một nền hồng rõ.

* Chẩn đoán phân biệt

Viêm giáp Hashimoto và chẩn đoán giả u bướu

Vị trí bài Biên tập viên

Thứ ba, 12 Tháng 6 2012 21:00 - Lần cập nhật cuối Thứ sáu, 15 Tháng 6 2012 15:18

+ Bướu Basedow: khó phân biệt khi bướu mới phát triển vì có 3 nhóm tổn thương: xâm nhập lympho bào- phá hủy tuyến- tăng sinh xơ còn chưa biểu hiện rõ. Tiến triển bướu sẽ giúp chẩn đoán xác định.

+ U lympho tuyến nang tuyến nội tiết: loại này gây tổn thương tuyến nội tiết nên không di căn theo nhóm nút.

+ Bướu giáp đơn thuần hay không xác định, bao gồm các phì đại tuyến giáp, bướu giáp lan tỏa dạng keo, bướu giáp nhu mô, ... : lympho bào tổn thương không hiện diện mạch dày đặc như các hạch.

V. Điều trị

+ Liệu pháp corticoide: chỉ tác động đến viêm tại chỗ, ít ảnh hưởng đến quá trình tự miễn. Sử dụng trong giai đoạn bướu phát triển nhanh gây đau. Prednisolone thích hợp nhất, liều dùng trung bình 30mg/ ngày.

+ Các thuốc ức chế miễn dịch khác như Zathioprine, Chlorambucil ít được chỉ định.

+ Kích thích giáp: Lithyroxine 100mg (Berthyrox 100mg)/ ngày để ức chế tiết TSH, làm giảm kích thích bướu giáp và điều trị suy giáp.

+ Phẫu thuật: cân nhắc, trong trường hợp bướu giáp nhân.

VI. Kết luận

- Viêm giáp Hashimoto là một bệnh tự miễn, tổn thương đến tuyến suy giáp.

Viêm giáp Hashimoto và chẩn đoán giả u bướu

Vị trí bài Biên tập viên

Thứ ba, 12 Tháng 6 2012 21:00 - Lần cập nhật cuối Thứ sáu, 15 Tháng 6 2012 15:18

- Lâm sàng rất dễ nhầm lẫn với bướu Basedow, cần có chẩn đoán giả u bướu, theo dõi tiến triển bướu.

- Ngoài yếu tố lâm sàng (giảm i, tăng i, diễn tiến bướu), yếu tố quan trọng chẩn đoán viêm giáp Hashimoto là tiêu chuẩn giả u bướu và miễn dịch.

- Chẩn đoán tế bào học (FNA) trong trường hợp gặp diễn hình thường không khó, nhưng chẩn đoán giai đoạn bướu, số kết hợp mô tu lympho ác tính, phân biệt với mô tu ung thư khi khó thực hiện.

- Theo xu hướng chung hiện nay, còn phải đi sâu chẩn đoán các giai đoạn bướu và vì thế phải chia ra làm nhiều type tế bào khác nhau nhằm nâng cao chất lượng phục vụ lâm sàng.

- Việc điều trị : sử dụng liệu pháp corticoide và kích thích giáp.

- Việc tiến triển bướu: thường tiến triển theo chiều hướng ngày càng nặng, bướu giáp đôi khi to dần, căng hơn gây triệu chứng chèn ép. Cần theo dõi kỹ để xét phẫu thuật.

Tài liệu tham khảo

1- Nguyễn Sào Trung, 1998, *Bướu hạch các tuyến và hạch thường*

2- Trần Phụng Hinh, 1983, *Tuyến bướu hạch*

Viêm giáp Hashimoto và chẩn đoán giai đoạn đầu bệnh

Viết bởi Biên tập viên

Thứ ba, 12 Tháng 6 2012 21:00 - Lần cập nhật cuối Thứ sáu, 15 Tháng 6 2012 15:18

Bs. CKI Nguyễn Xuân Hiền