

NANG GIÁP LƯỖI

Là một tật bẩm sinh, thường được phát hiện sớm trong thời niên thiếu. Nhưng bệnh cũng gặp ở người lớn, với bệnh cảnh tái phát của những đường dò, nang vùng cổ sau mỏ. Phẫu thuật các bệnh này thường khó và kết quả không chắc chắn (dễ tái phát).

1. Sơ lược về phôi học và giải phẫu học:

Là một đường ống và nang bẩm sinh có vị trí ở đường giữa cổ, nguồn gốc từ sự tồn tại của ống giáp lưỡi. Từ cuối tuần thứ 3 của phôi, nơi khoảng giữa của vùng đáy lưỡi xuất hiện lỗ tịt chứa những tế bào nội mạc, là mầm của tuyến giáp. Các tế bào mầm này di chuyển dần xuống phía dưới vùng cổ bằng cách lồm dẫm từ giữa lỗ tịt, hình thành một đường ống. Ống này chạy dần xuống theo đường giữa cổ, ngang qua sau xương móng và trước các sụn thanh quản. Đến tuần thứ 7, đầu ống cùng các tế bào mầm tuyến giáp dừng lại ở trước khí quản cổ và phát triển thành tuyến giáp. Nếu tiến trình di chuyển xuống phía dưới của các tế bào mầm này không xảy ra hoặc dừng lại bất cứ đâu trên đường đi sẽ hình thành các tuyến giáp lạc chỗ. Các tuyến giáp lạc chỗ này có thể tồn tại cùng với tuyến giáp chính hay không. Bình thường, đường ống này tự thoái triển sau khi tuyến giáp hình thành. Sự tồn tại của đường ống và sự phát triển đây đó trên đường ống của các tế bào biểu mô tiết nhầy hay tế bào giáp là nguồn gốc của đường ống, nang và dò giáp lưỡi.

Có thể có nhiều nang hình thành trên đường dò. Vị trí hay gặp nhất là ngay dưới xương móng, có thể nằm hơi lệch sang 1 bên. Kích thước thường từ 2-4cm đường kính và tăng dần theo thời gian có thể đến 7-8cm. Nang thường lớn lên đột ngột sau một đợt viêm nhiễm cấp tính đường hô hấp trên, đây cũng chính là thời điểm phát hiện nang.

Xác định quan hệ vị trí giữa thân xương móng và đường ống là vấn đề có nhiều bàn cãi, đường ống có thể chạy sau xương móng (30%) hoặc trước thân xương móng hoặc ra sau rồi uốn lượn theo bờ dưới thân xương móng để lên đáy lưỡi qua mặt trước thân xương móng hoặc xuyên thân xương móng.

Đây là nhóm nang và dò giữa cổ. Cần phân biệt với nhóm nang và dò khe mang có vị trí cạnh cổ. Cũng là một tật bẩm sinh không phải hiếm gặp. Tỷ lệ 2% đến 7% tùy theo tác giả.

2. Dấu hiệu và triệu chứng:

Dấu hiệu lâm sàng điển hình:

- Nang và dò ở đường giữa cổ.
- Nang căng, nảy, phía trên nang là đường ống sờ thấy được dưới da, ống này dẫn lên trên và tiếp xúc với xương móng.
- Nang và đường ống di động cùng với thanh quản khi bệnh nhân nuốt hay thè lưỡi ra.
- Chứa dịch trong suốt, vàng, rất quánh.

- Nếu bị dò ra da, lỗ dò cũng ở đường giữa cổ. Khi đã có dò thì thường không còn nang. Lỗ dò thường mở ra trên vùng sẹo cũ. Ngoài đợt nhiễm trùng, dịch từ đường dò có tính chất như dịch trong nang.

Dấu hiệu cận lâm sàng:

- Siêu âm: dạng nang ít cản âm, giúp phân biệt với các tuyến giáp lạc chỗ (dạng đặc)
- CT Scan, MRI: giúp phát hiện những nang nằm trong khối cơ lưỡi, còn gọi là nang giáp lưỡi trong. Dạng này có thể gây khó thở trên trẻ sơ sinh.
- Phóng xạ đồ tuyến giáp và vùng quanh giáp: định vị tuyến giáp chính.

3.Điều trị:

Phẫu thuật Sistrunk:

- Lấy bỏ toàn bộ thành một khối gồm nang, đường ống dưới xương móng, thân xương móng, đường ống trên xương móng, cắt hình ellipse quanh lỗ tịt.
- Đường ống trên thân xương móng được bóc tách nguyên khối trong một dải cơ đáy lưỡi cho đến càng gần lỗ tịt càng tốt.
- Cắt thân xương móng, không may khép hai đầu xương còn lại.

Nguy cơ và biến chứng:

- Tái phát. Do còn sót những tế bào thượng mô tiết nhày của đường ống.
 - Không cắt thân xương móng: tỉ lệ tái phát trên 33%.
 - Mổ lần hai trở đi: tỉ lệ tái phát là 30%.
 - Mổ lúc còn viêm cấp: tỉ lệ tái phát là 24%.
 - Đã có lỗ dò ra da.
 - Phẫu thuật khi bệnh nhân còn nhỏ tuổi.
 - Nang bị bể lúc bóc tách.

Mổ đúng theo phương pháp của Sistrunk, tỉ lệ tái phát 4%- 7%.

Dấu hiệu của sự tái phát có thể xuất hiện ngay khi bệnh nhân còn nằm viện hoặc sau nhiều năm, trung bình là 4 tháng: khối mô viêm, nang giả, dò dịch nhày quánh từ vết mổ.

- Tổn thương dây thần kinh thanh quản trên và XII: hiếm, thường xảy ra trong khi mổ những trường hợp tái phát.
- Bít tắc đường thở do sưng, phù nề, tụ máu vùng đáy lưỡi và ngăn giáp – móng - thanh thiệt. Có khi cần mở khí quản.
- Nhiễm trùng.
- Dò nước bọt ra da: hiếm.

Chăm sóc hậu phẫu:

- Làm chẩn đoán mô học bệnh phẩm, chú ý phát hiện các tế bào ác tính tiềm ẩn thường là ung thư tuyến giáp dạng nhú, nhất là trên những bệnh nhân đã được xạ trị ở vùng cổ.
- Dẫn lưu tốt hố mổ.
- Nuôi ăn đường tĩnh mạch trong 48h nếu hạ họng bị mở trong khi mổ.
- Kiểm soát kỹ đường thở, phát hiện máu tụ trong hố mổ kịp thời.
- Kiểm tra giọng nói của bệnh nhân.
- Kháng sinh trị liệu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- 1) Mai Thế Trạch – Nguyễn Thy Khuê (2003). “Tuyến giáp”, nội tiết học đại cương, Nhà xuất bản y học, trang 131-196
- 2) Chester Rigway E. (1992), “ Clinical Evaluation of solitary Thyroid Nodule” . Werner and Ingbar’s The Thyroid ; (83), pp:966-972
- 3) Mary jo walker, Diane orlov, (2003) “ Thyroid Nodule” American Thyroid physician vol 67 (3); pp: 59-566
- 4) Francis S.greenspan. (2003), “The thyroid gland”. Basic and clinal endocrinology; 3. Pp: 193-241
- 5) Luigi Solbiati. (2003), “ The thyroid gland”. Diagnostic Ultrasound vol 1 (2): pp:703-728