



NHÂN GIÁP TIRADS 4-5 VÀ KẾT QUẢ FNAC LÀNH TÍNH

*Bs. Lý Thanh Lãm, Bs. Huỳnh Cẩm Thùy,
Bs. Trần Thị Hạnh Thảo, Bs. Nguyễn Phước Toàn,
Bs. Bùi Thị Hương Giang, Bs. Đỗ Bình Minh,
Bs. Huỳnh Trác Luân, Bs. Nguyễn Thiện Hùng,
Bs. Phan Thanh Hải*



MEDIC, 24/09/2026



NỘI DUNG TRÌNH BÀY :

I. ĐẶC ĐIỂM NHÂN GIÁP NGHI NGỜ ÁC TÍNH TRÊN SIÊU ÂM

II. CÁC TRƯỜNG HỢP FNAC LÀNH TÍNH

III. BÀN LUẬN

IV. KẾT LUẬN



I. ĐẶC ĐIỂM NHÂN GIÁP NGHI NGỜ ÁC TÍNH TRÊN SIÊU ÂM

Case lâm sàng 1

- Bệnh nhân nữ, 30 tuổi, khám sức khỏe tổng quát.
- Tháng 3/2023: siêu âm phát hiện 2 nhân giáp thùy trái Tirads 4, FNAC kết quả phình giáp, Bethesda nhóm II.

Qr code kết quả chẩn đoán của quý khách. Medic không chịu trách nhiệm nếu quý khách cung cấp cho người khác.



6109061

Khoa : SIÊU ÂM CHƯƠNG TRÌNH - Phòng 2

Máy: Medison ACCUVIX XG

KẾT QUẢ SIÊU ÂM MÀU

QRCode kết quả



NGUYỄN THỊ THUY BÙNH
13047

ID : **6109061** Ngày ĐK: 21/03/2023 08:44

Họ và tên

Địa chỉ

Lâm sàng : KIỂM TRA SỨC KHỎE

BS chỉ định : BV chỉ định : MEDIC

VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM VÙNG CỔ

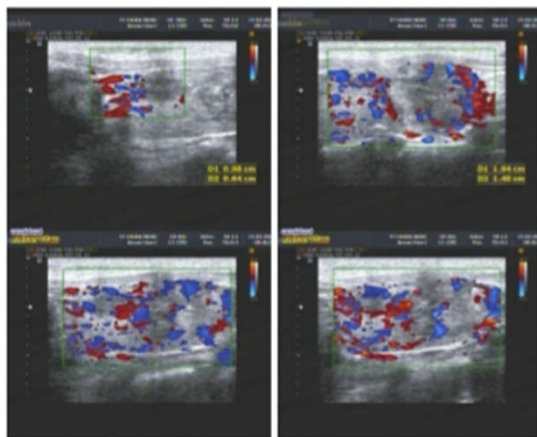
* TUYẾN GIÁP: Kích thước bình thường, nền giáp cấu trúc echo dày đồng nhất.

- Không tăng sinh mạch máu

- THỦY TRÁI: CÓ 2 CẤU TRÚC ECHO KỀM, BỜ KHÔNG ĐỀU, GIỚI HẠN RÕ, D = 10 x 6MM VÀ D = 19 x 14MM.

* Tuyến dưới hàm và tuyến mang tai bình thường

* Không hạch bệnh lý.



KẾT LUẬN: NHÂN GIÁP THỦY TRÁI (TIRADS 4).

Đề nghị: FNAC 2 NHÂN GIÁP THỦY TRÁI.

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 21/03/2023 08:48
(Bác sĩ đã ký)

Bs. Trần Thị Bích Thùy



Qr code kết quả chẩn đoán của quý khách. Medic không chịu trách nhiệm nếu quý khách cung cấp cho người khác.



MS : **C2023002432**

PHIẾU CHẨN ĐOÁN TẾ BÀO HỌC

QRCode kết quả

NGUYỄN THỊ THUY BÙNH
13047

Bệnh nhân

Địa chỉ

Bác sĩ : Bs Vũ Tu Thân

Bệnh viện : CTTNHHYT HÒA HẢO

Lâm sàng : Nhân thủy trái giáp TIRADS 4

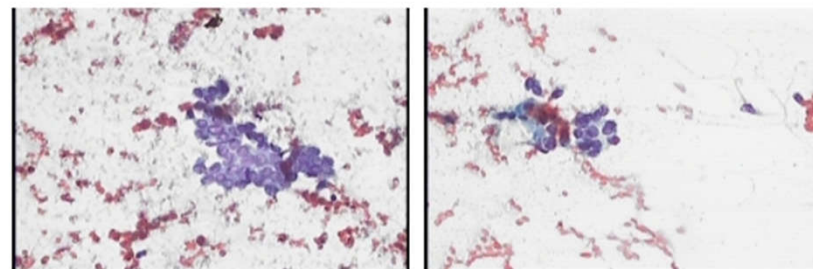
Ngày nhận mẫu : 21/03/2023 Ngày trả KQ: 21/03/2023

CHẤT THỬ : Tế bào học qua chọc hút bằng kim ở tổn thương của tuyến giáp.

ĐẶC ĐIỂM TẾ BÀO :

Mẫu thử gồm các tế bào biểu mô lành tính của tuyến giáp, hợp thành đám dạng túi tuyến, trên nền hồng cầu, ít chất keo. Các tế bào này có nhân tròn, đồng dạng.

KẾT LUẬN : PHÌNH GIÁP (ADENOMATOUS GOITRE)
PHÂN LOẠI THEO HỆ THỐNG BETHESDA: NHÓM II.



Tp. Hồ Chí Minh, ngày 21/03/2023

GS BS. Nguyễn Sào Trung

I. ĐẶC ĐIỂM NHÂN GIÁP NGHĨ NGỜ ÁC TÍNH TRÊN SIÊU ÂM



THYROID
Volume 26, Number 1, 2016
© American Thyroid Association
© Mary Ann Liebert, Inc.
DOI: 10.1089/thy.2015.0020

SPECIAL ARTICLE

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

Bryan R. Haugen,^{1,*} Erik K. Alexander,² Keith C. Bible,³ Gerard M. Doherty,⁴ Susan J. Mandel,⁵ Yuri E. Nikiforov,⁶ Furio Pacini,⁷ Gregory W. Randolph,⁸ Anna M. Sawka,⁹ Martin Schlumberger,¹⁰ Kathryn G. Schuff,¹¹ Steven I. Sherman,¹² Julie Ann Sosa,¹³ David L. Steward,¹⁴ R. Michael Tuttle,¹⁵ and Leonard Wartofsky¹⁶



AMERICAN THYROID ASSOCIATION

DEDICATED TO SCIENTIFIC INQUIRY, CLINICAL EXCELLENCE, PUBLIC SERVICE, EDUCATION, AND COLLABORATION.

ATA Nodule Sonographic Pattern Risk of Malignancy

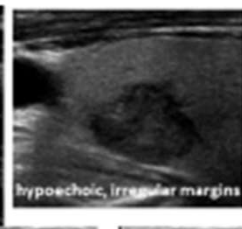


AMERICAN
THYROID
ASSOCIATION
FOUNDED 1925

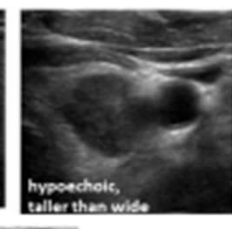
**High
Suspicion
70-90%**



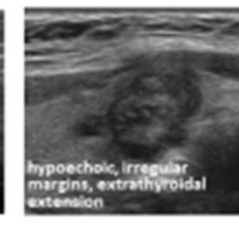
microcalcifications,
hypoechoic nodule,
irregular margin



hypoechoic, irregular margins



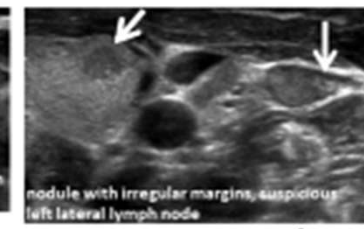
hypoechoic,
taller than wide



hypoechoic, irregular
margins, extrathyroidal
extension

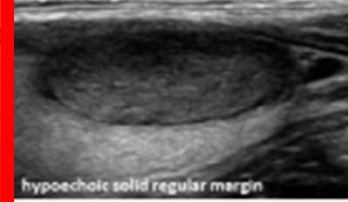


hypoechoic,
interrupted rim calcification
with soft tissue extrusion



nodule with irregular margins, suspicious
left lateral lymph node

**Intermediate
Suspicion
10-20%**



hypoechoic solid regular margin

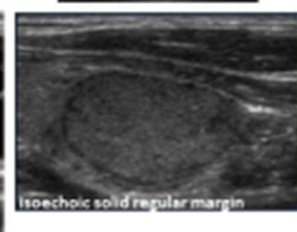


hypoechoic solid
regular margin

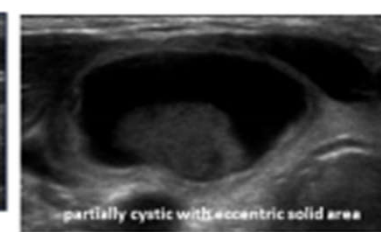
**Low
Suspicion
5-10%**



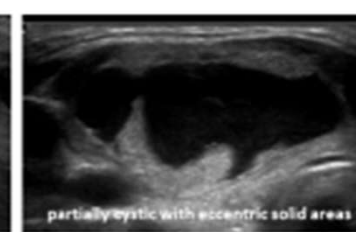
hyperechoic solid regular margin



isoechoic solid regular margin



partially cystic with eccentric solid area



partially cystic with eccentric solid areas

**Very low
Suspicion
<3%**



spongiform

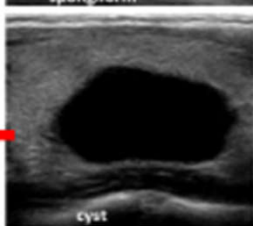


partially cystic no suspicious features



partially cystic no suspicious features

**Benign
<1%**



cyst

Haugen B et al. Thyroid, January 2016; 26: 1 - 133

FNA
khi
nhân $\geq$
1 cm

FNA khi
nhân $\geq$ 1.5 cm

Xem xét FNA khi
nhân $\geq$ 2 cm. Có
thể theo dõi.

Không FNA

I. ĐẶC ĐIỂM NHÂN GIÁP NGHI NGỜ ÁC TÍNH TRÊN SIÊU ÂM

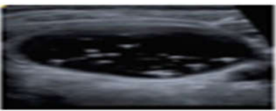
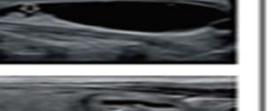
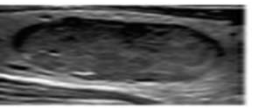
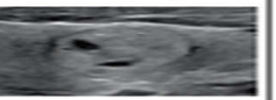
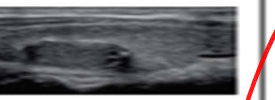
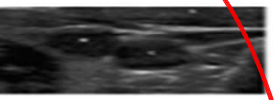
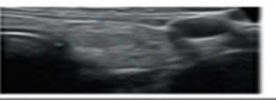
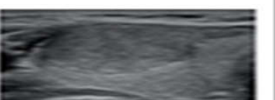
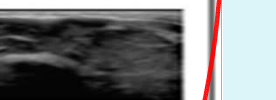
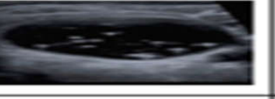
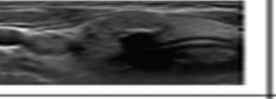
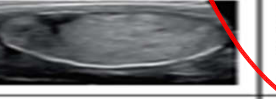
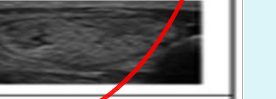
BẢNG PHÂN LOẠI NHÂN GIÁP TIRADS-ACR 2017

COMPOSITION (choose 1)	ECHOGENICITY (choose 1)	SHAPE (choose 1)	MARGIN (choose 1)	ECHOGENIC FOCI (choose all that apply)
Cystic 0	Anechoic 0	Wider than tall 0	Smooth 0	None or large comet-tail artifacts 0
Spongiform 0	Hyperechoic or Isoechoic 1	Taller-than-wide 3	Ill-defined 0	Macrocalcifications 1
Mixed cystic and solid 1	Hypoechoic 2		Lobulated or irregular 2	Peripheral (rim) calcifications 2
Solid 2	Very Hypoechoic 3		Extra-thyroidal extention 3	Punctate echogenic foci 3

Add points for TI-RADS level				
0 points	2 points	3 points	4 to 6 points	7 points or more
TR1 Benign No FNA	TR2 Not suspicious No FNA	TR3 Mildly suspicious FNA if > 2.5 cm Follow if > 1.5 cm	TR4 Moderately suspicious FNA if > 1.5 cm Follow if > 1 cm	TR5 Highly suspicious FNA if > 1 cm Follow if > 0.5 cm

I. ĐẶC ĐIỂM NHÂN GIÁP NGHỊ NGỜ ÁC TÍNH TRÊN SIÊU ÂM

BẢNG PHÂN LOẠI NHÂN GIÁP TIRADS-ACR 2017

BẢNG KIỂM ĐÁNH GIÁ NHÂN GIÁP THEO TIRADS – ACR 2017					
1	Thành phần (chọn 1 trong 4) <i>*Ghi chú: cho 2 điểm khi không xác định được thành phần do với hóa</i>	Nang đơn thuần 	Dạng tổ ong 	Dạng đặc và nang 	Nhân đặc 
	Điểm	0	0	1	2
2	Độ hồi âm (chọn 1 trong 4) <i>*Ghi chú: cho 1 điểm khi không xác định được</i>	Echo trống 	Echo dày 	Echo kem 	Echo rất kem 
	Điểm	0	1	2	3
3	Hình dạng (chọn 1 trong 2)	Chiều rộng > chiều cao		Chiều cao > chiều rộng 	
	Điểm	0		3	
4	Đường bờ (chọn 1 trong 4) <i>* Ghi chú: cho 0 điểm khi không xác định được</i>	Bờ đều 	Bờ không rõ 	Bờ không đều/ Bờ đa cung 	Nam lán vô bao 
	Điểm	0	0	2	3
5	Đốm echo dày (chọn 1 hoặc hơn)	Không có/ Đuôi sao chổi 	Vôi hóa to 	Vôi hóa dạng viên 	Đốm nhỏ echo dày 
	Điểm	0	1	2	3

II. CÁC TRƯỜNG HỢP FNAC LÀNH TÍNH

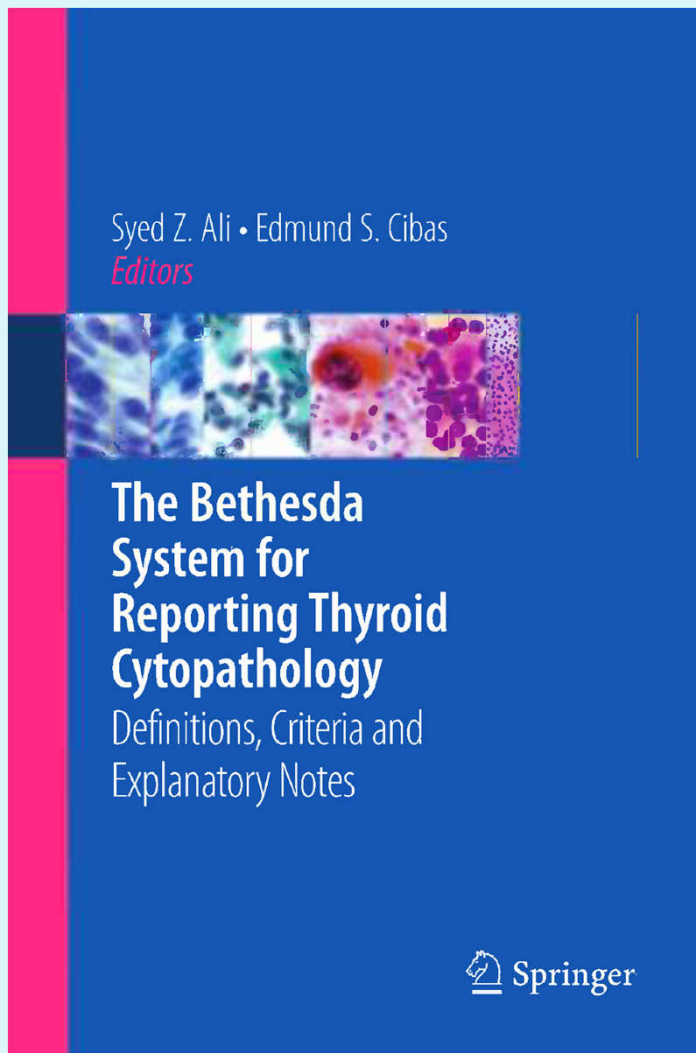


TABLE 1.1. The Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology; recommended diagnostic categories.

I. Nondiagnostic or Unsatisfactory

- Cyst fluid only
- Virtually acellular specimen

II. Benign

- Consistent with a benign follicular nodule (includes adenomatoid nodule, colloid nodule, etc.)
- Consistent with lymphocytic (Hashimoto) thyroiditis in the proper clinical context
- Consistent with granulomatous (subacute) thyroiditis
- Other

III. Atypia of Undetermined Significance or Follicular Lesion of Undetermined Significance

IV. Follicular Neoplasm or Suspicious for a Follicular Neoplasm

- specify if Hürthle cell (oncocytic) type

V. Suspicious for Malignancy

- Suspicious for papillary carcinoma
- Suspicious for medullary carcinoma
- Suspicious for metastatic carcinoma
- Suspicious for lymphoma
- Other

VI. Malignant

- Papillary thyroid carcinoma
- Poorly differentiated carcinoma
- Medullary thyroid carcinoma
- Undifferentiated (anaplastic) carcinoma
- Squamous cell carcinoma
- Carcinoma with mixed features (specify)
- Metastatic carcinoma
- Non-Hodgkin lymphoma
- Other



II. CÁC TRƯỜNG HỢP FNAC LÀNH TÍNH

Nhân giáp lành tính bao gồm:

1. Nhân túi tuyến lành tính - Benign Follicular Nodule (BFN)
2. Viêm giáp
3. Các bệnh lý khác hiếm gặp hơn



II. CÁC TRƯỜNG HỢP FNAC LÀNH TÍNH

Benign follicular nodules (BFN)

1 Phình giáp hạt

Nodular Goiter

2 Phình giáp hạt dạng
Adenoma

Hyperplastic adenomatoid nodules

3 Nang giáp keo

Colloid Nodules

4 Nhân giáp trong bệnh
Basedow

Nodules in Graves' disease

5 Bướu tuyến

Adenoma



III. BÀN LUẬN

1. FNAC có âm tính giả không?
2. Cơ sở nào để nghi ngờ một kết quả FNAC là âm tính giả?
3. Chỉ định lặp lại FNAC nhân giáp : Ai chỉ định? Thời gian?
4. FNAC lành tính 2 lần có âm tính giả không?



III. BÀN LUẬN:

1. FNAC có âm tính giả không?

- Tỷ lệ rất thấp nhưng vẫn có.
- Dựa vào nghiên cứu tiền cứu đa trung tâm: **Tỷ lệ âm tính giả là 1,1%**
(Durante C, Costante G, Lucisano G, Bruno R, Meringolo D, Paciaroni A, Puxeddu E, Torlontano M, Tumino S, Attard M, Lamartina L, Nicolucci A, Filetti S 2015 The natural history of benign thyroid nodules. JAMA 313: 926-935)



III. BÀN LUẬN

2. Khi nào nghi ngờ một kết quả FNAC là âm tính giả?

- Khi nhân giáp có đặc điểm siêu âm nghi ngờ cao (ATA, ACR guidelines)
- Khi nhân giáp tăng kích thước:
 - Tăng 20% ít nhất 2 đường kính nhân, trong đó mỗi một đường kính tăng ít nhất 2 mm
 - Tăng hơn 50% thể tích nhân



III. BÀN LUẬN

2. Khi nào nghi ngờ một kết quả FNAC là âm tính giả?(tt)

Chỉ định FNAC lần 2- kết quả kỳ vọng:

Bảng so sánh tỉ lệ phát hiện ung thư bị bỏ sót (rate for missed malignancy) giữa 2 đặc điểm: hình thái siêu âm nghi ngờ và tăng kích thước nhân giáp

	KHÔNG tăng kích thước		CÓ tăng kích thước
Nhân giáp có đặc điểm nghi ngờ K	20,4%(1)	17,4% (2)	
Nhân giáp KHÔNG có đặc điểm nghi ngờ K	1,4% (1)	1,3% (2)	0,5% ung thư (1)

(1) Jin Young Kwak et al. (2009)

(2) Rosario (2010)



III. BÀN LUẬN

2. Khi nào nghi ngờ một kết quả FNAC là âm tính giả?(tt)

Chú ý: Những trường hợp nhân giáp có hình thái rất nghi ngờ ung thư (TI-RADS 5) nhưng lành tính: PseudoTI-RADS5

- Một nhân giáp đã được FNAC hoặc Percutaneous Ethanol Injection (theo TI-RADS ACR 2017).
- Nhân viêm giáp (theo TI-RADS ACR 2017).

Irregular and lobulated margins are features suspicious for thyroid malignancy [28]. These borders are considered to represent an aggressive growth pattern, *although regions of thyroiditis can also have irregular margins* [15, 27, 29]



III. BÀN LUẬN

2. Khi nào nghi ngờ một kết quả FNAC là âm tính giả?(tt)

Case lâm sàng 2

Khoa: SIÊU ÂM MÀU KHU D (LÂU 4) - Phòng 1

KẾT QUẢ SIÊU ÂM MÀU



ID: 4231565 Ngày ĐK: 03/03/2018 17:59 Máy: Toshiba AplioMX

Họ và tên: [Redacted] 48 tuổi Nữ

Địa chỉ: [Redacted] -- 01277862710

Lâm sàng:

Bác sĩ chỉ định: GS. NG. THY KHUÊ

BV chỉ định:

VÙNG KHẢO SÁT: SIÊU ÂM T. GIÁP MÀU

- TUYẾN GIÁP: không to, bờ gồ ghề, nền giáp echo kém, không đồng nhất.
- + Hai thùy có vài nang và nhân đặc và nang, kt= 3-10 mm, không vi vôi hóa, Doppler (-).
- + THỤY T: Mặt sau giữa thùy có 1 nhân đặc echo kém, bờ không đều, trục vuông góc với da, kt= 8.5 mm, vi vôi hóa rải rác trong nhân, Doppler (-).
- TUYẾN MANG TAI VÀ TUYẾN DƯỚI HẠM HAI BÊN: bình thường.
- HẠCH CỘ HAI BÊN: không thấy.



KẾT LUẬN:

1. PHÌNH GIÁP ĐA HẠT HAI THỤY XẾP HẠNG TIRADS 2 TRÊN NỀN VIÊM GIÁP-NHÂN ECHO KÉM THỤY TRÁI XẾP HẠNG TIRADS 5 (ACR 2017) KT= 8.5 MM.
2. ĐN FNAC/SA NHÂN GIÁP THỤY TRÁI + PHẢI

Đề nghị:



Tp. Hồ Chí Minh, ngày 03/03/2018 17:59

BS. ĐỖ BÌNH MINH

PHIẾU CHẨN ĐOÁN TẾ BÀO HỌC

ID: C2018001786

Bệnh nhân:

Năm sinh:

Địa chỉ:

Bác sĩ Chỉ định: BS BÌNH MINH

Lâm sàng:

Nữ ☒

Bệnh viện: Cty TNHHYT Hòa Hảo

Phình giáp đa hạt 2 thùy + Viêm giáp / Nhân echo kém thùy (T) TIRADS 5

CHẤT THỪ: Tế bào học qua chọc hút bằng kim ở tổn thương của tuyến giáp.

ĐẶC ĐIỂM TẾ BÀO:

- Thùy (P): Gồm chất keo, hồng cầu và nhiều tế bào biểu mô tuyến giáp tăng sản lành tính xếp thành dạng túi tuyến.

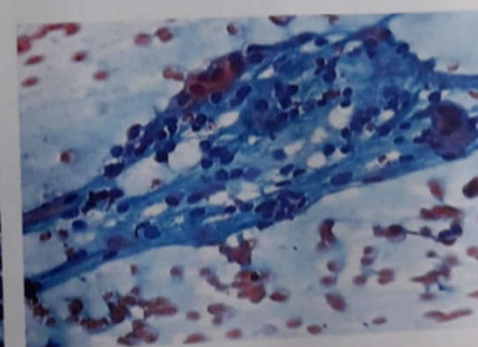
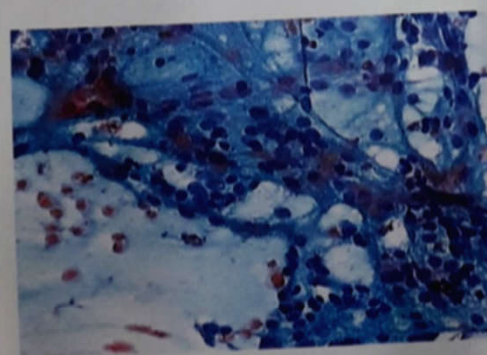
KẾT LUẬN: PHÌNH GIÁP KEO.

PHÂN LOẠI THEO HỆ THỐNG BETHESDA: NHÓM II LÀNH

- Thùy (T): Có nhiều tế bào biểu mô tuyến giáp lành tính và nhiều lymphô bào.

KẾT LUẬN: VIÊM GIÁP MẠN TÍNH.

PHÂN LOẠI THEO HỆ THỐNG BETHESDA: NHÓM III, LÀNH





III. BÀN LUẬN

3. Chỉ định lặp lại FNAC nhân giáp : Ai chỉ định? Thời gian?

- Bác sĩ lâm sàng là người quyết định chỉ định này.
- Thời gian lặp lại:

Đặc điểm siêu âm nghi ngờ	Siêu âm lặp lại	FNAC lặp lại
Cao	≤ 12 tháng	≤ 12 tháng
Thấp – Trung bình	12 – 24 tháng	2 tình huống: - Tăng kích thước - Xuất hiện đặc điểm nghi ngờ mới
Rất thấp	≥ 24 tháng	Khi tăng kích thước

- Thủ thuật được thực hiện dưới hướng dẫn của siêu âm

Recent investigations of repeat US-guided FNA in nodules with initial benign cytology show higher detection rates for missed malignancy for those nodules with a high suspicion sonographic pattern rather than size increase (236,242). Kwak *et al.* (236) reported a significantly higher malignancy rate of 20.4% in nodules with benign cytology that exhibited either marked hypoechogenicity, irregular borders, microcalcifications, or a taller than wide shape versus a 1.4% risk in those that exhibited a 15% volume increase but lacked these US features. Importantly, the low risk of malignancy did not differ between US negative nodules that grew and those that demonstrated no interval size change (1.4% vs. 0.5%, $p=0.18$). Similarly, Rosario *et al.* (242) detected cancer in 17.4% of nodules with benign cytologic diagnoses and suspicious US features versus 1.3% of those without suspicious characteristic that grew, using criteria of a 50% volume increase. These studies indicate that the use of suspicious US characteristics rather than nodule growth should be the indication for repeat FNA despite an initial benign cytology diagnosis. Repeat US and FNA should be repeated within 12 months as guided by clinical judgement. Given the low false-negative rate of US-guided FNA cytology and the higher yield of missed malignancies based upon nodule sonographic pattern rather than growth, the follow-up of



III. BÀN LUẬN

3. Chỉ định lặp lại FNAC nhân giáp : Ai chỉ định? Thời gian?

- Trở lại case lâm sàng 1:
- Tháng 4/2024 (sau 12 tháng) bệnh nhân được siêu âm kiểm tra , đánh giá nhân giáp và chỉ định làm FNAC bởi bác sĩ siêu âm.
- Kết quả: 2 nhân giáp thùy trái Tirads 4 và 5. FNAC : PTC , Bethesda nhóm VI.



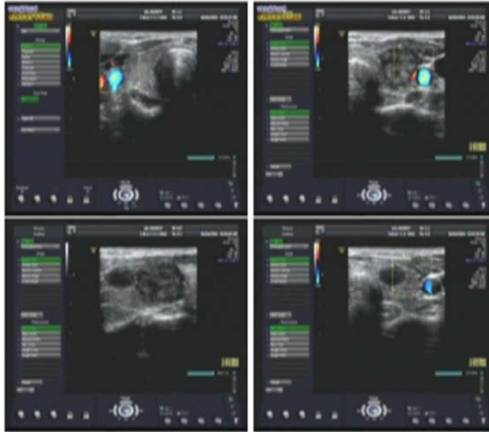
Khoa : SIÊU ÂM CHƯƠNG TRÌNH - Phòng 3
Máy: GE Voluson S6

KẾT QUẢ SIÊU ÂM MÀU

ID :
Họ và t :
Đã chỉ : CÔNG TY DỊCH VỤ HÀNG KHÔNG VIỆT ĐÔNG -- 0387646539
Chẩn đoán sơ bộ : KIỂM TRA SỨC KHỎE
NHÂN THỦY TRÁI ĐÃ FNAC.
BS chỉ định : BV chỉ định : MEDIC

VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM VÙNG CỔ

- * TUYẾN GIÁP: Kích thước bình thường, nền giáp cấu trúc echo dày đồng nhất.
- Không tăng sinh mạch máu
 - Thùy phải không nhân giáp
 - Thùy trái 1/3 dưới có nhân echo kém, giới hạn rõ, bờ đều, d= 14x15x18mm, cao < rộng, vôi (-), Doppler(-).
 - Thùy trái 1/3 giữa có nhân echo rất kém, giới hạn rõ, bờ đều, d= 8x10x12mm, cao < rộng, vôi (+), Doppler (-).
- * Tuyến dưới hàm và tuyến mang tai bình thường
- * Không hạch bệnh lý.



KẾT LUẬN: NHÂN GIÁP 1/3 GIỮA THỦY TRÁI D= 12MM TIRADS 5 (ACR 2017).
NHÂN GIÁP 1/3 DƯỚI THỦY TRÁI D= 18MM TIRADS 4 (ACR 2017) .

Đề nghị: FNAC NHÂN GIÁP 1/3 GIỮA THỦY TRÁI.

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 04/04/2024 10:24
(Bác sĩ đã ký)

Bs. CKI. Nguyễn Phước Toàn



PHIẾU CHẨN ĐOÁN TẾ BÀO HỌC

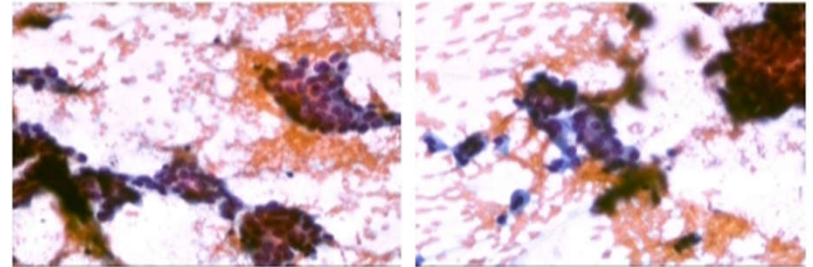
MS : C2024002720

Bệnh nhân : 1994 Nữ
Địa chỉ : Công ty Dịch vụ Hàng Không Việt Đông -- 0387646539
Bác sĩ : BS NGUYỄN TUẤN CƯỜNG/ BS TOÀN Bệnh viện : CTNNHHTT HÒA HẢO/ G
Chẩn đoán sơ bộ : Hai nhân thùy trái giáp nghi ngờ (D1 = 10 mm, D2 = 18 mm)
Ngày nhận mẫu : 05/04/2024 Ngày trả KQ: 06/04/2024
CHẤT THỦ : Tế bào học qua chọc hút bằng kim ở tổn thương của tuyến giáp.

ĐẶC ĐIỂM TẾ BÀO :

Thùy trái 2 vị trí: Mẫu phết gồm nhiều tế bào biểu mô tuyến giáp tăng sản, xếp thành đám có chỗ tạo nhú ba chiều. Các tế bào này có nhân đa dạng, có nhân có nếp gấp, có nhân có thể vùi trong nhân.

KẾT LUẬN : CARCINÔM DẠNG NHÚ CỦA TUYẾN GIÁP (PAPILLARY THYROID CARCINOMA).
PHÂN LOẠI THEO HỆ THỐNG BETHESDA: NHÓM VI



Tp. Hồ Chí Minh, ngày 05/04/2024

GS BS. Nguyễn Sào Trung



III. BÀN LUẬN

4. Kết quả FNAC âm tính 2 lần có âm tính giả không?

Nguy cơ ung thư sau hai lần FNAC lành tính gần như bằng 0 (có ít nhất 6 tài liệu tham khảo có kết quả tương đồng :Chehade JM 2001; Orlandi A 2005; Oertel YC 2007; Erdogan MF 1998; Illouz F 1998; Kwak JY 2010).

Case lâm sàng 3

Khoa: SIÊU ÂM CHƯƠNG TRÌNH - Phòng 1

KẾT QUẢ SIÊU ÂM MÀU



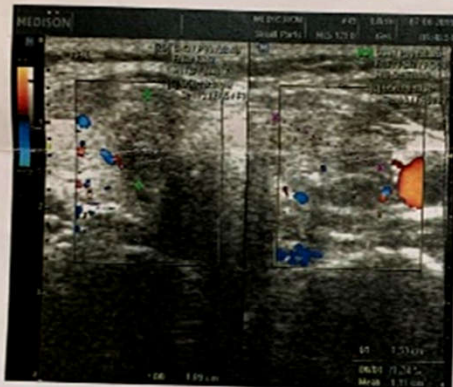
* 2 1 1 0 0 5 1 *

ID : **2110051** Ngày ĐK: 07/08/2019 08:48 Máy: SonoAce X6
Họ và tên : [Redacted] 45 tuổi Nữ
Địa chỉ : [Redacted] 7
Lâm sàng : BG
Bác sĩ chỉ định : BS LÂM

BV chỉ định :

VÙNG KHẢO SÁT: SIÊU ÂM VÙNG CỔ

- TUYẾN GIÁP: LỚN, MÔ GIÁP HAI THỦY CÓ ECHO DÀY, MULTINODULAR HAI THỦY 4-23mm, HAI THỦY CÓ NODULE ECHO POOR, TRỰC ĐỌC: P=10mm, VÀ T=5mm, CÁC NODULE ÍT MẠCH MÁU NUÔI, GIỚI HẠN KHÔNG RÕ, MẠCH MÁU NUÔI MÔ GIÁP HAI THỦY TRONG GIỚI HẠN BÌNH THƯỜNG.
- TUYẾN MANG TAI VÀ TUYẾN DƯỚI HÀM HAI BÊN BÌNH THƯỜNG.
- HẠCH CỔ (-)
- HỆ MẠCH CẢNH VÀ THỰC QUẢN CỔ BÌNH THƯỜNG

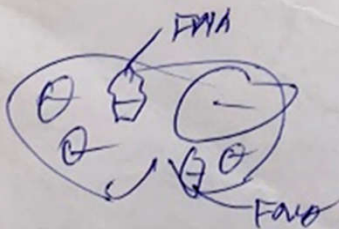


KẾT LUẬN: BƯỚU GIÁP ĐA NHÂN

Đề nghị: FNAC NHÂN HAI THỦY GIÁP (TIRADS 5)

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 07/08/2019 08:51

BS CKI. NGUYỄN TUẤN CƯỜNG



PHIẾU CHẨN ĐOÁN TẾ BÀO HỌC

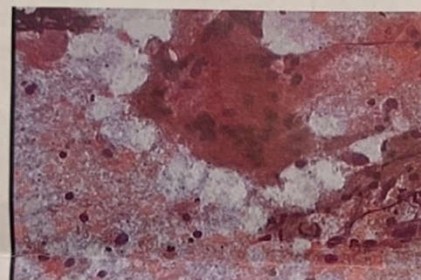
MS: C2019008686

ID Medic : **2110051** Ngày nhận mẫu: 07/08/2019 10:50
Bệnh nhân : [Redacted] Nữ
Địa chỉ : 110 Tôn Đức Thắng, P. 3, Tp. Cà Mau, T. Cà Mau - 0914678777
Bác sĩ chỉ định : Bs Tuấn Cường / Bs Lâm Bệnh Viện : CTY TNHH Y TẾ HÒA HẢO
Lâm sàng : Nhân thủy (P) (T) giáp nghi ngờ
CHẤT THỦ : Tế bào học qua chọc hút bằng kim ở tổn thương của tuyến giáp.

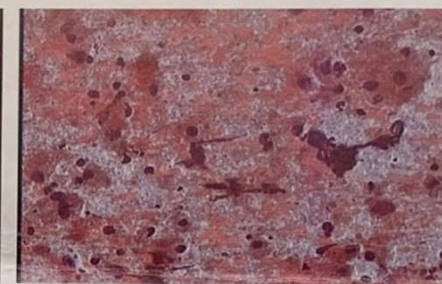
ĐẶC ĐIỂM TẾ BÀO :

Thủy (P) & (T) : Có nhiều tế bào biểu mô tuyến giáp lành tính và nhiều lymphô bào.

KẾT LUẬN: VIÊM GIÁP MẠN TÍNH (CHRONIC THYROIDITIS).
PHÂN LOẠI THEO HỆ THỐNG BETHESDA: NHÓM II.



Hình 1



Hình 2

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 07/08/2019

Handwritten signature of GS BS. Nguyễn Sào Trung

GS BS. Nguyễn Sào Trung

Để việc điều trị hiệu quả tốt, BS điều trị cần kết hợp kết quả này với đặc điểm lâm sàng, và nếu cần với các xét nghiệm. Nếu có thắc mắc về kết quả này, xin liên lạc trong vòng 15 ngày kể từ ngày ký, qua điện thoại: 0903901158 (WhatsApp, Zalo, Viber)

Khoa: SIÊU ÂM CHUƠNG TRÌNH - Phòng 1

KẾT QUẢ SIÊU ÂM MÀU



* 2 1 1 0 0 5 1 *

ID : 2110051 Ngày ĐK: 09/09/2019 07:41 Máy: SonoAce X6

Họ và tên

Địa chỉ

Lâm sàng : BG

Bác sĩ chỉ định : BS LÂM

BV chỉ định :

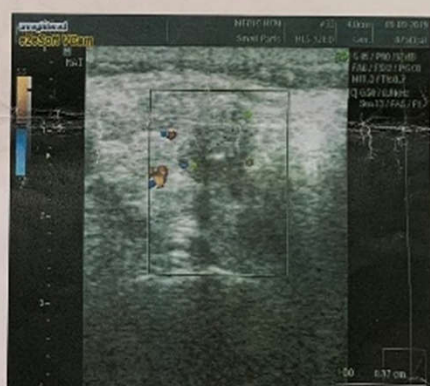
VÙNG KHẢO SÁT: SIÊU ÂM VÙNG CỔ

- TUYẾN GIÁP: LỚN, MÔ GIÁP HAI THỦY CÓ ECHO DÀY, MULTINODULAR HAI THỦY 4-24mm, HAI THỦY CÓ NODULE ECHO POOR, CÓ VI VÔI HÓA, ÍT MẠCH MÁU NUÔI, GIỚI HẠN KHÔNG RÕ: P=9mm TRỰC DỌC, T=24mm, MẠCH MÁU NUÔI MÔ GIÁP HAI THỦY TRONG GIỚI HẠN BÌNH THƯỜNG.

- TUYẾN MANG TAI VÀ TUYẾN DƯỚI HÀM HAI BÊN BÌNH THƯỜNG.

- HẠCH CỔ (-)

- HỆ MẠCH CẢNH VÀ THỰC QUẢN CỔ BÌNH THƯỜNG

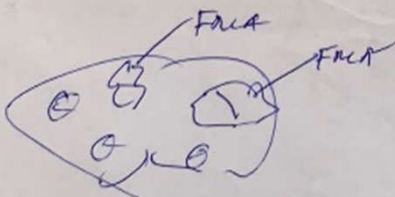


KẾT LUẬN: BƯỞU GIÁP ĐA NHÂN

Đề nghị: FNAC NHÂN HAI THỦY (TIRADS 5)

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 09/09/2019 07:48

BS CKI. NGUYỄN TUẤN CƯỜNG



PHIẾU CHẨN ĐOÁN TẾ BÀO HỌC

MS: C2019010147

ID Medic : 2110051 Ngày nhận mẫu: 09/09/2019 11:36

Bệnh nhân : L 974 Nữ

Địa chỉ : L

Bác sĩ chỉ định : Bs Tuấn Cường / Bs Lâm Bệnh Viện : CTYTNNHYT HÒA HẢO/ G

Lâm sàng : Nhân thủy (P) (T) giáp nghi ngờ

CHẤT THỬ : Tế bào học qua chọc hút bằng kim ở tổn thương của tuyến giáp.

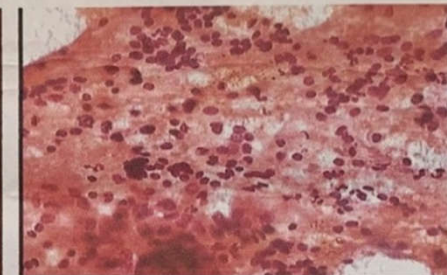
ĐẶC ĐIỂM TẾ BÀO

Thủy (P) & (T): Mẫu thử gồm các tế bào biểu mô tuyến giáp tăng sản hợp thành đám dạng túi tuyến trên nền hồng cầu, ít chất keo. Các tế bào này có nhân tròn, đồng dạng.

KẾT LUẬN: PHÌNH GIÁP (ADENOMATOUS GOITRE)
PHÂN LOẠI THEO HỆ THỐNG BETHSDA: NHÓM II.



Hình 1



Hình 2

Tp. Hồ Chí Minh, ngày 09/09/2019

TS BS. Lê Minh Huy

Đề việc điều trị hiệu quả tốt, BS điều trị căn kết hợp kết quả này với đặc điểm lâm sàng, và nếu cần với các xét nghiệm khác. Nếu có thắc mắc về kết quả này, xin liên lạc trong vòng 15 ngày kể từ ngày ký, qua điện thoại: 0903901158 (WhatsApp, Zalo, Viber)



(Tên cũ: TRUNG TÂM CHẨN ĐOÁN Y KHOA - MEDIC)
254 Hòa Hảo, P.4, Q.10, TP. Hồ Chí Minh
ĐT: 028.39270284 - 028.39272136, Mail: hoahao254@medic.com.vn
(QR code kết quả chẩn đoán của quý khách. Medic không chịu trách nhiệm nếu quý khách cung cấp cho người khác.)

lưu và tải app "Medic Hoa Hao"
để đăng ký khám và xem kết
quả khám nhanh hơn



Khoa : SIÊU ÂM CHƯƠNG TRÌNH - Phòng 1
Máy: Medison Sonoace X6
KẾT QUẢ SIÊU ÂM MÀU

ID : 2110051 Ngày ĐK: 15/03/2024 06:53

Họ và tên : [Redacted]
Địa chỉ : [Redacted]

Chẩn đoán sơ bộ :
Bác sĩ chỉ định : BS. CKII. LÝ THANH LÂM BV chỉ định : MEDIC

VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM TUYẾN GIÁP MÀU

- TUYẾN GIÁP: LỚN, MÔ GIÁP HAI THỦY CÓ ECHO DÀY, MULTINODULAR HAI THỦY 5-20mm, NODULE LỚN NHẤT BÊN THỦY TRÁI CÓ ECHO RICH, CỔ VỚI HÓA THỎ, CÁC NODULE ÍT MẠCH MÁU NUÔI, GIỚI HẠN RÕ, MẠCH MÁU NUÔI MÔ GIÁP HAI THỦY TRONG GIỚI HẠN BÌNH THƯỜNG.
- TUYẾN MANG TAI VÀ TUYẾN DƯỚI HÀM HAI BÊN BÌNH THƯỜNG.
- HẠCH CÔ (-)
- HỆ MẠCH CÀNH VÀ THỰC QUẢN CÔ BÌNH THƯỜNG



KẾT LUẬN : PHÌNH GIÁP ĐA NHÂN

Đề nghị :
Tp. Hồ Chí Minh, ngày 15/03/2024 07:32

BS. CKII. NGUYỄN TUẤN CƯỜNG



CÔNG TY TNHH Y TẾ HÒA HẢO - PHÒNG KHÁM ĐA KHOA
(Tên cũ: TRUNG TÂM CHẨN ĐOÁN Y KHOA - MEDIC)
254 Hòa Hảo, P.4, Q.10, TP. Hồ Chí Minh
ĐT: 028.39270284 - 028.39272136, Mail: hoahao254@medic.com.vn
(QR code kết quả chẩn đoán của quý khách. Medic không chịu trách nhiệm nếu quý khách cung cấp QR code cho người khác.)

Tìm và tải app "Medic Hoa Hao"
để đăng ký khám và xem kết quả
khám nhanh hơn

QRCode kết quả



PHIẾU CHẨN ĐOÁN TẾ BÀO HỌC

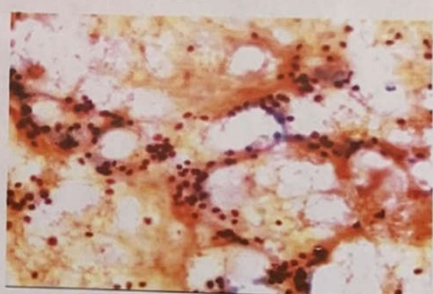
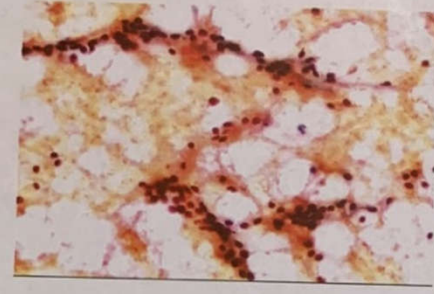
MS : C2024001978

Bệnh nhân : [Redacted]
Địa chỉ : [Redacted]
Bác sĩ : BS CK 2 NGUYỄN TUẤN CƯỜNG / Bs. Lâm
Bệnh viện : CTTNHHYT HÒA HẢO
Chẩn đoán sơ bộ : Nhân thủy trái giáp có vôi hóa

Ngày nhận mẫu : 15/03/2024 Ngày trả KQ: 16/03/2024
CHẤT THỦ : Tế bào học qua chọc hút bằng kim ở tổn thương của tuyến giáp.

ĐẶC ĐIỂM TẾ BÀO :
Mẫu thử gồm các tế bào biểu mô lành tính của tuyến giáp, hợp thành đám dạng túi tuyến, trên nền hồng cầu, ít chất keo. Các tế bào này có nhân tròn, đồng dạng.

KẾT LUẬN : PHÌNH GIÁP (ADENOMATOUS GOITRE)
PHÂN LOẠI THEO HỆ THỐNG BETHESDA: NHÓM II.



Tp. Hồ Chí Minh, ngày 15/03/2024

GS BS. Nguyễn Sào Trung

Điều trị đạt hiệu quả tốt, BS điều trị cần kết hợp kết quả này với đặc điểm lâm sàng và với các xét nghiệm khác. Nếu có thắc mắc, vui lòng liên hệ với phòng khám.



subsequent completion thyroidectomy versus initial total thyroidectomy.

[A22] How should multinodular thyroid glands (i.e., two or more clinically relevant nodules) be evaluated for malignancy?

■ **RECOMMENDATION 21**

(A) Patients with multiple thyroid nodules ≥ 1 cm should be evaluated in the same fashion as patients with a solitary nodule ≥ 1 cm, excepting that each nodule that is >1 cm carries an independent risk of malignancy and therefore multiple nodules may require FNA.

(Strong recommendation, Moderate-quality evidence)

(B) When multiple nodules ≥ 1 cm are present, FNA should be performed preferentially based upon nodule sono-

with the goal of identifying and aspirating appropriate hypofunctioning nodules. Such imaging may prove especially useful when the serum TSH is below or in the low-normal range. Similarly, sonographic risk assessment of each nodule can assist in identifying those nodules with the highest likelihood of cancer (see section [A10]).

[A23] What are the best methods for long-term follow-up of patients with thyroid nodules?

[A24] Recommendations for initial follow-up of nodules with benign FNA cytology

■ **RECOMMENDATION 23**

Given the low false-negative rate of US-guided FNA cytology and the higher yield of missed malignancies based upon nodule sonographic pattern rather than growth, the follow-up of thyroid nodules with benign cytology diag-

nal use only.

(Strong recommendation, Moderate-quality evidence)

Given that there is a low but discrete false-negative rate for nodules with benign FNA cytology results, is there an optimal way to identify these missed malignancies? Although the risk of malignancy after two benign cytology results is virtually zero (129–133,236), routine rebiopsy is not a viable or cost-effective option because of the low false-negative rate of an US-guided FNA benign cytology result. Prior guidelines have recommended repeat FNA for nodules that grow during serial sonographic observation. However, nodule growth can be variably defined. Because of interobserver variation, Brauer *et al.* (237) reported a 50% increase in nodule volume as the minimally significant reproducibly recorded change in

malignancy in a solitary nodule compared with an individual nodule in a MNG. However, this appeared to hold true mostly outside of the United States and in iodine-deficient populations (235). A diagnostic US should be performed to evaluate the sonographic risk pattern of each nodule, but if only the “dominant” or largest nodule is aspirated, the thyroid cancer may be missed (74). Therefore, multiple thyroid nodules ≥ 1 cm may require aspiration, based on sonographic pattern (Recommendation 8, Table 6, Fig. 2) to fully exclude clinically relevant thyroid cancer. Radionuclide scanning may also be considered in patients with multiple thyroid nodules

nodules with benign FNA cytology results, is there an optimal way to identify these missed malignancies? Although the risk of malignancy after two benign cytology results is virtually zero (129–133,236), routine rebiopsy is not a viable or cost-effective option because of the low false-negative rate of an US-guided FNA benign cytology result. Prior guidelines have recommended repeat FNA for nodules that grow during serial sonographic observation. However, nodule growth can be variably defined. Because of interobserver variation, Brauer *et al.* (237) reported a 50% increase in nodule volume as the minimally significant reproducibly recorded change in



IV. KẾT LUẬN

1. Chỉ định làm lại FNAC dựa vào:

Đặc điểm siêu âm nghi ngờ ác tính quan trọng hơn là tăng kích thước của nhân giáp.

2. Nguy cơ ung thư sau hai lần FNAC lành tính gần như bằng 0

3. Các quan điểm cần thay đổi:

- **Nhân giáp to ra mới cần xử trí**
- **Khoảng cách lặp lại FNAC theo ATA: 12 tháng (Việt Nam 1- 6 tháng)**

4. FNAC mặc dù vẫn còn những hạn chế nhất định nhưng cho đến nay vẫn được xem là tiêu chuẩn để xác định bản chất một nhân giáp.



REFERENCES

129. Role of repeated fine-needle aspiration of thyroid nodules with benign cytologic features

J M Chehade¹, A B Silverberg, J Kim, C Case, A D Mooradian

130. Repeated fine-needle aspiration of the thyroid in benign nodular thyroid disease: critical evaluation of long-term follow-up

A Orlandi¹, A Puscar, E Capriata, H Fideleff

131. Value of repeated fine needle aspirations of the thyroid: an analysis of over ten thousand FNAs

Yolanda C Oertel¹, Leika Miyahara-Felipe, Mayo G Mendoza, Kai Yu

132. Value of re-aspirations in benign nodular thyroid disease

M F Erdoğan¹, N Kamel, D Aras, A Akdoğan, N Başkal, G Erdoğan

133. Usefulness of repeated fine-needle cytology in the follow-up of non-operated thyroid nodules

140. Determination of the Optimal Time Interval for Repeat Evaluation After a Benign Thyroid Nodule Aspiration

236. Value of US Correlation of a Thyroid Nodule with Initially Benign Cytologic Results 1

237. Interobserver Variation for Ultrasound Determination of Thyroid Nodule Volumes

238. Natural History of Benign Solid and Cystic Thyroid Nodules

239. Long-Term Changes in Nodular Goiter: A 5-Year Prospective Randomized Trial of Levothyroxine Suppressive Therapy for Benign Cold Thyroid Nodules

240. Natural course of benign thyroid nodules in a moderately iodine-deficient area

241. The Natural History of Benign Thyroid Nodules

