

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CỦA NANG GIÁP LƯỠI THỂ LƯỠI TRÊN CỘNG HƯỞNG TỪ

Nguyễn Thị Huyền¹, Lê Văn Khang², Phạm Tuấn Cảnh³,
Đàm Thùy Trang² và Vũ Đăng Lưu^{1,2,✉}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

Bài báo nhằm mô tả hình ảnh cộng hưởng từ của nang giáp lưỡi thể lưỡi. Nghiên cứu mô tả hồi cứu được thực hiện trên 29 bệnh nhân với 29 nang giáp lưỡi thể lưỡi được chụp cộng hưởng từ và sau đó phẫu thuật khẳng định trên mô bệnh học tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương từ tháng 7/2019 đến 4/2021. 19 (65,5%) nang giáp lưỡi thể lưỡi nằm trên đường giữa. 27 (93,1%) nang có tín hiệu trung bình hoặc cao trên T1W. 25 (86,2%) nang đè lên nắp thanh môn. Các dấu hiệu mỏ nhọn, tiếp xúc xương móng, hình ống lần lượt gặp ở 72,4%, 27,6%, 17,2% số nang. Phần lớn các nang giáp lưỡi thể lưỡi có tín hiệu cao trên T1W do giàu protein. Các nang thường phát triển vào hố lưỡi thanh thiệt và đè lên nắp thanh môn. Dấu hiệu mỏ nhọn thường gặp, dấu hiệu tiếp xúc xương móng và dấu hiệu hình ống ít gặp. Đây là các dấu hiệu hữu ích trong chẩn đoán và quyết định hướng điều trị nang giáp lưỡi

Từ khóa: nang giáp lưỡi, nang giáp lưỡi thể lưỡi, cộng hưởng từ vùng cổ

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nang giáp lưỡi là nguyên nhân gây khối bất thường bẩm sinh vùng cổ thường gặp nhất, chiếm khoảng 70%.¹ Nó có thể nằm ở bất kì vị trí nào trên đường di chuyển của mầm tuyến giáp, trong đó nang nằm ở vị trí đáy lưỡi tương ứng với lỗ tịt được gọi là nang giáp lưỡi thể lưỡi. chỉ chiếm khoảng 0,6 - 3%.²

Trên thực tế, nhiều trường hợp nang giáp lưỡi chỉ cần dựa vào bệnh sử, thăm khám lâm sàng, nội soi tai mũi họng đủ để đưa ra chẩn đoán chính xác trước mổ. Ngày nay, các thăm khám hình ảnh trước mổ được sử dụng rộng rãi, đặc biệt trong các trường hợp lâm sàng còn nghi ngờ, có vai trò quan trọng trong bổ sung thông tin chẩn đoán, chẩn đoán phân biệt, đánh giá sự lan rộng và biến chứng như bội nhiễm, chuyển dạng ác tính, xác định tuyến giáp lạc

chỗ nếu có, từ đó lập kế hoạch điều trị phù hợp nhất cho bệnh nhân.³

Mỗi phương tiện chẩn đoán hình ảnh có những ưu điểm, nhược điểm riêng, và sự lựa chọn phương pháp nào trong đánh giá khối vùng đáy lưỡi - hố lưỡi thanh thiệt tùy thuộc vào nhiều yếu tố. Trong đó cộng hưởng từ có lợi thế vượt trội trong đánh giá bản chất tổn thương mô mềm và bệnh nhân không phải tiếp xúc với tia phóng xạ như cắt lớp vi tính. Cộng hưởng từ cũng giúp đánh giá rất tốt sự lan rộng của tổn thương mà nhiều trường hợp khó đánh giá toàn diện trên siêu âm.

Ở Việt Nam cũng như trên thế giới đã có một số nghiên cứu về đặc điểm hình ảnh của nang giáp lưỡi trên các phương tiện chẩn đoán hình ảnh khác nhau như siêu âm,^{4,5} cắt lớp vi tính,⁶ cộng hưởng từ,^{7,8} tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đi sâu mô tả đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ của nang giáp lưỡi thể lưỡi. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm

Tác giả liên hệ: Vũ Đăng Lưu

Bệnh viện Bạch Mai

Email: vudangluu@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 04/10/2021

Ngày được chấp nhận: 09/10/2021

mục đích mô tả đặc điểm hình ảnh của nang giáp lưỡi thể lưỡi trên cộng hưởng từ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Nghiên cứu gồm những bệnh nhân vào viện phẫu thuật nang giáp lưỡi thể lưỡi, có phim cộng hưởng từ vùng cổ trước mổ, kết quả phẫu thuật và mô bệnh học sau mổ khẳng định là nang giáp lưỡi thể lưỡi tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương trong thời gian từ 7/2019 đến 4/2021.

2. Phương pháp

Kỹ thuật chụp cộng hưởng từ vùng cổ

Tất cả bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ vùng cổ bằng máy chụp cộng hưởng từ 1.5 Tesla (MAGNETOM Avanto, Siemens, Đức), sử dụng coil sọ - cổ. Các chuỗi xung được sử dụng bao gồm chuỗi xung T2W trên mặt phẳng coronal và axial, T2W xóa mỡ trên mặt phẳng sagittal, T1W trên mặt phẳng sagittal, T1W xóa mỡ trên cả 3 mặt phẳng axial, sagittal và coronal với độ dày lát cắt 3 mm, chuỗi xung DWI trên mặt phẳng coronal với độ dày lát cắt 3 mm. Sau khi tiêm thuốc đối quang từ, bệnh nhân được chụp chuỗi xung T1 xóa mỡ trên cả 3 mặt phẳng axial, sagittal và coronal với độ dày lát cắt 3 mm. Thuốc đối quang từ được sử dụng (Dotarem, Guerbet, Pháp) có nồng độ 0,5 mmol/ml, liều tiêm 0,1 mmol/kg cân nặng, tốc độ tiêm 2 – 3 ml/giây qua đường tĩnh mạch.

Các chỉ số nghiên cứu

Hình ảnh cộng hưởng từ được phân tích và đánh giá bởi hai bác sĩ điện quang chuyên về tai mũi họng (L.V.K và N.T.H). Hai bác sĩ này không được biết về thông tin lâm sàng, phẫu thuật và mô bệnh học sau mổ của các bệnh nhân.

Mỗi nang được đánh giá về vị trí nang so

với đường giữa, kích thước, bờ, ranh giới, thâm nhiễm xung quanh, tín hiệu trên các chuỗi xung, vách, thành phần đặc, tính chất ngấm thuốc sau tiêm thuốc đối quang từ, dấu hiệu mỏ nhọn, dấu hiệu cơ đáy lưỡi bao quanh, dấu hiệu tiếp xúc xương móng, dấu hiệu hình ống, đờ đẩy nắp thanh môn, vị trí tuyến giáp.

Vách là hình ảnh các dải nằm bên trong nang, nối các phía của thành nang chia nang thành các ngăn. Thành phần đặc là hình ảnh thành phần tỷ trọng hoặc tín hiệu tổ chức, bám vào thành nang, ngấm thuốc sau tiêm.

Dấu hiệu mỏ nhọn là hình ảnh gập góc thành nang tạo góc nhọn hướng về phía đường giữa và xương móng. Dấu hiệu cơ đáy lưỡi bao quanh là hình ảnh một phần hoặc toàn bộ nang được ôm sát xung quanh bởi khối cơ đáy lưỡi. Dấu hiệu tiếp xúc xương móng là hình ảnh thành nang áp sát vỏ xương móng. Dấu hiệu hình ống là cấu trúc thuôn dài, có thành, chứa dịch, thuôn nhỏ dần hướng về xương móng hay tuyến giáp.

3. Xử lý số liệu

So sánh trung bình của một biến trên hai mẫu độc lập khi biến có phân phối chuẩn được thực hiện bằng kiểm định T - test, khi biến có phân bố không chuẩn dùng kiểm định Mann - Whitney test. So sánh các tỷ lệ trên một mẫu với một phân phối cho trước bằng kiểm định χ^2 khi tần số lý thuyết ≥ 5 hoặc kiểm định Fisher's exact khi tần số lý thuyết < 5 . Tất cả các số liệu thống kê được phân tích bằng phần mềm IBM SPSS, version 20.0 (IBM Corp., Armonk, N.Y., Mỹ).

4. Đạo đức nghiên cứu

Đây là một phần trong đề tài thạc sĩ của tác giả, đã được thông qua hội đồng đề cương của trường Đại học Y Hà Nội. Nghiên cứu mô tả, không can thiệp vào điều trị, được tiến hành nghiêm túc, trung thực và khách quan. Các thông tin liên quan đến bệnh nhân được giữ

bí mật, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, không nhằm mục đích khác.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu gồm có 29 bệnh nhân gồm 18 nam và 11 nữ, tỷ lệ 1,6:1. Tuổi trung bình là 29 tuổi, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 5 tuổi, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 53 tuổi. Trong 29 bệnh nhân, nứt vỡ xương là triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất (65,5%). Bốn bệnh nhân (13,8%) không có triệu chứng lâm sàng.

2. Đặc điểm hình ảnh của nang giáp lồi thể lồi trên cộng hưởng từ

Một số đặc điểm nang giáp lồi trên cộng hưởng từ được trình bày trong bảng 1. Mỗi bệnh nhân có 1 nang giáp lồi thể lồi. Chủ yếu các nang nằm trên đường giữa (65,5%).

Thể tích nang trung bình ở nhóm có triệu chứng và không triệu chứng lần lượt là 4636,0 và 2685,3 mm³, sự khác biệt không có ý nghĩa

thống kê ($p > 0,05$).

Phần lớn các nang chứa dịch đồng nhất (86,2%), không có vách (82,8%) và không có thành phần đặc (96,6%). Duy nhất 1 nang có nốt đặc trên thành (3,4%). Trong 24 bệnh nhân được tiêm thuốc đối quang từ có 13 nang (54,2%) không ngấm thuốc và 11 nang (45,8%) ngấm thuốc dạng viền.

Dấu hiệu mỡ nhọn xuất hiện ở 21 nang (72,4%). Tất cả các nang có dấu hiệu cơ đáy lồi bao quanh, trong đó 20 nang (69%) được cơ đáy lồi bao bọc dưới 50% thể tích, 9 nang còn lại (31%) được cơ đáy lồi bao bọc ít nhất 50% thể tích nang. Chỉ có 5 trường hợp (17,2%) có dấu hiệu hình ống và 8 nang (27,6%) có dấu hiệu tiếp xúc xương móng.

25 trong tổng số 29 nang (86,2%) phát triển vào hố lồi – thanh thiệt và đè đẩy lên nắp thanh môn, có 4 nang (13,8%) không đè đẩy nắp thanh môn. Tất cả 29 bệnh nhân đều có tuyến giáp ở vị trí bình thường.

Bảng 1. Một số đặc điểm nang giáp lồi thể lồi trên cộng hưởng từ

Vị trí so với đường giữa	n (%)
Lệch phải	3 (10,3)
Trên đường giữa	19 (65,5)
Lệch trái	7 (24,1)
Kích thước	Trung bình
Đường kính trước – sau (mm)	22,0 ± 6,3
Đường kính ngang (mm)	18,4 ± 5,8
Đường kính trên – dưới (mm)	16,7 ± 5,1
Thể tích trung bình (mm ³)	4366,9
Thể tích trung bình ở nhóm có triệu chứng (25 bệnh nhân) (mm ³)	4636,0 ± 5196,3
Thể tích trung bình ở nhóm không triệu chứng (4 bệnh nhân) (mm ³)	2685,3 ± 1605,2
Sự đồng nhất của dịch trên T2W	n (%)
Đồng nhất	25 (86,2)

Vị trí so với đường giữa	n (%)
Không đồng nhất	4 (13,8)
Vách	n (%)
Không có	24 (82,8)
Có	5 (17,2)
Thành phần đặc	n (%)
Không có	28 (96,6)
Có	1 (3,4)
Ngám thuốc đối quang từ	n (%)
Không ngám	13 (54,2)
Ngám dạng viền	11 (45,8)
Ngám thuốc không đều	0 (0)
Dấu hiệu mỏ nhọn	n (%)
Không	8 (27,6)
Có	21 (72,4)
Dấu hiệu cơ đáy lưỡi bao quanh	n (%)
< 50%	20 (69)
≥ 50%	9 (31)
Dấu hiệu hình ống	n (%)
Không	24 (82,8)
Có	5 (17,2)
Dấu hiệu tiếp xúc xương móng	n (%)
Không	21 (72,4)
Có	8 (27,6)
Đè đẩy nắp thanh môn	n (%)
Không	4 (13,8)
Có	25 (86,2)
Lạc chỗ tuyến giáp	n (%)
Không	29 (100)
Có	0 (0)

Bảng 2. Hình thái nang giáp lưỡi thể lưỡi trên cộng hưởng từ

Bờ	n (%)
Đều	21 (72,4)

Thùy míu không đều	8 (27,6)
Ranh giới	n (%)
Rõ	28 (96,6)
Không rõ	1 (3,4)
Thâm nhiễm xung quanh nang	n (%)
Có	1 (3,4)
Không	28 (96,6)

Trong tổng số 29 nang, đa số nang (72,4%) bờ tròn đều và ranh giới rõ (96,6 %).

Trên chuỗi xung T2W, toàn bộ các nang tăng tín hiệu (29/29 nang). Tín hiệu nang trên chuỗi xung T1W thay đổi. Khi so sánh với các cơ xung quanh thấy 11 nang (37,9%) tăng tín hiệu, 16 nang (55,2%) đồng tín hiệu và 2 nang (6,9%) giảm tín hiệu. Trong tổng số 29 nang chỉ có 1 nang duy nhất (3,4%) có phần hạn chế khuếch tán trên chuỗi xung DWI.

IV. BÀN LUẬN

Nang giáp lưỡi là nguyên nhân gây khối bất thường bẩm sinh vùng cổ thường gặp nhất, chiếm khoảng 70%.¹ Nó có thể nằm ở bất kì vị trí nào trên đường đi của mầm tuyến giáp, từ đáy lưỡi tới tuyến giáp, trong đó vị trí đáy lưỡi khá hiếm gặp, chỉ chiếm khoảng 0,6 - 3%, có thể do ống giáp lưỡi teo đầu tiên ở phần đáy lưỡi.²

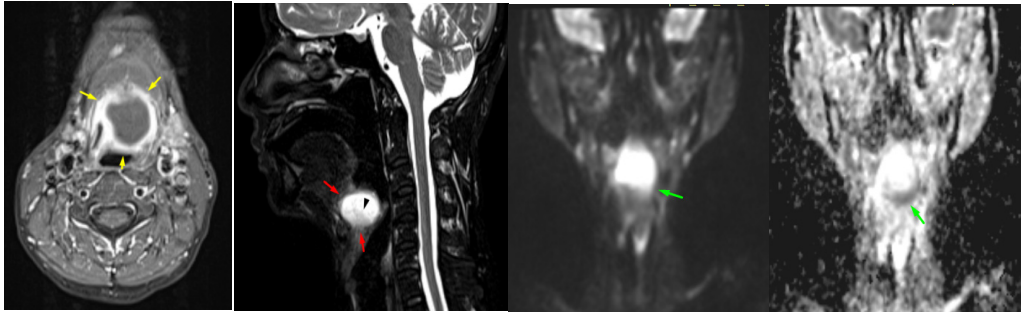
Nang giáp lưỡi thể lưỡi có thể không gây triệu chứng, được phát hiện ngẫu nhiên hoặc gây triệu chứng như bú kém ở nhũ nhi hay nuốt vướng ở trẻ lớn, người trưởng thành, cảm giác đau khi nang bị chảy máu, nhiễm trùng.² Trong nghiên cứu này, hầu hết bệnh nhân có triệu chứng, trong đó nuốt vướng là triệu chứng thường gặp nhất. Điều này phù hợp với hình ảnh trên cộng hưởng từ thấy phần lớn các nang chỉ được cơ đáy lưỡi bao bọc dưới 50% thể tích, xu hướng phát triển ra sau và chôn chỗ trong họng, cản trở đường di chuyển của thức ăn từ khoang miệng xuống thực quản.

Nang giáp lưỡi thể lưỡi đẩy lùi trên bề mặt lưỡi cần phải chẩn đoán phân biệt với nhiều tổn thương khác ở vùng đáy lưỡi - hố lưỡi thanh thiệt như tuyến giáp lạc chỗ, nang hố lưỡi thanh thiệt, phì đại hạnh nhân lưỡi, nang da (dermoid cyst), u quái (teratoma), dị dạng mạch bạch, u

máu, u mỡ...⁹

Cộng hưởng từ vùng cổ giúp khẳng định chẩn đoán, chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý khác, đánh giá sự lan rộng và biến chứng của nang (bội nhiễm, chuyển dạng ác tính), xác định tuyến giáp lạc chỗ nếu có, từ đó lập kế hoạch điều trị phù hợp nhất cho bệnh nhân.³ Trên cộng hưởng từ, phần lớn các nang có các đặc điểm điển hình của nang giáp lưỡi không biến chứng: bờ tròn đều, ranh giới rõ, không thâm nhiễm xung quanh, không có vách, không ngấm thuốc sau tiêm, dịch đồng nhất, không hạn chế khuếch tán trên chuỗi xung DWI. Hình thái ngấm thuốc dạng viền cũng tương đối thường gặp, hầu hết viền ngấm thuốc rất thanh mảnh, trơn nhẵn, dày 1 - 2mm. Vách và thành phần lắng đọng bên trong nang thường liên quan đến nhiễm trùng trước đây. Trong trường hợp đang viêm cấp tính, nang thường có thành dày, ngấm thuốc viền và thâm nhiễm xung quanh, khi hình thành áp xe sẽ thấy hạn chế khuếch tán trên chuỗi xung DWI.¹⁰ Nhiễm trùng nang giáp lưỡi là một trong các yếu tố nguy cơ tái phát sau phẫu thuật. Do đó, các tác giả khuyến nghị những trường hợp nang đang viêm cấp tính nên được điều trị kháng sinh ổn

định trước khi phẫu thuật.^{11,12} Như vậy, chẩn đoán đúng biến chứng viêm trước phẫu thuật có ý nghĩa rất quan trọng trong điều trị và tiên lượng.



Hình 1. Hình ảnh điển hình của nang giáp lược có biến chứng viêm cấp tính: thành dày, ngấm thuốc viên (các mũi tên màu vàng), thâm nhiễm xung quanh (các mũi tên màu đỏ), dịch trong nang không đồng nhất (đầu mũi tên màu đen), hạn chế khuếch tán (mũi tên màu xanh)

Trên T1W, tín hiệu dịch trung bình hoặc cao thường gặp, do nang bị viêm nhiễm hoặc chảy máu trước đây, hoặc do dịch giàu protein và chứa thyroglobulin.³

Thành phần đặc ngấm thuốc hoặc nang ngấm thuốc nham nhờ không đều cần nghĩ đến tổn thương nang ung thư hóa hoặc tổn thương u tân sinh như ung thư tế bào vảy... Nang giáp lược ung thư hóa rất hiếm gặp, chiếm dưới 1% tổng số nang giáp lược, phát sinh từ nhu mô giáp còn sót lại bên trong nang.¹³ Hình ảnh nốt đặc ngấm thuốc trên thành nang là dấu hiệu gợi ý nhưng không đặc hiệu cho biến chứng ác tính do có thể gặp ở cả quá trình viêm. Tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán là mô bệnh học sau mổ.

Dấu hiệu mỏ nhọn, dấu hiệu cơ đáy lược bao quanh, dấu hiệu tiếp xúc xương móng là ba dấu hiệu đặc trưng của nang giáp lược thể lược, dễ quan sát nhất trên xung T2W xóa mỡ (Hình 2). Dấu hiệu cơ đáy lược bao quanh một phần hoặc toàn bộ nang giúp phân biệt nang giáp lược với các tổn thương nằm nông ở lớp niêm mạc như nang hồ lược thanh thiệt... bởi vì các tổn thương này không bao giờ nằm sâu vào tận trong khối cơ đáy lược.⁸ Dấu hiệu mỏ nhọn hướng về xương móng do sự di chuyển của mầm tuyến giáp trong thời kì bào thai từ đáy lược qua xương móng đến mặt trước khí quản. Dấu hiệu tiếp xúc xương móng thể hiện mối liên hệ giữa nang và xương móng từ trong thời kì bào thai.¹⁴



Hình 2. Dấu hiệu mỏ nhọn (mũi tên màu cam), dấu hiệu tiếp xúc xương móng (mũi tên màu hồng), dấu hiệu cơ đáy lược bao quanh (các mũi tên màu xanh), dấu hiệu hình ống (mũi tên màu vàng)

Ngoài ra, dấu hiệu tiếp xúc xương móng rất có ý nghĩa với điều trị. Khác với các nang tại vị trí khác, nang ở đáy lược có thể được phẫu thuật nội soi qua đường miệng. Phẫu thuật Sistrunk -

phương pháp phẫu thuật kinh điển và được áp dụng rộng rãi nhất trong phẫu thuật cắt bỏ nang giáp lưỡi - sẽ được tiến hành nếu thấy nang nằm sát hoặc dính vào thân xương móng trên hình ảnh hoặc phẫu thuật.²

Dấu hiệu hình ống cũng là dấu hiệu gợi ý nang giáp lưỡi nhưng không thường gặp trong nghiên cứu của chúng tôi, tương tự nghiên cứu của A.D.King và cộng sự.⁷

Tuyến giáp cần được khảo sát cẩn thận trước khi lên kế hoạch điều trị tránh cắt bỏ nhầm tuyến giáp của bệnh nhân. Tuyến giáp có thể ở vị trí bình thường hoặc lạc chỗ bất kỳ vị trí nào trên đường di chuyển của nó, trong đó đáy lưỡi là vị trí thường gặp nhất, chiếm khoảng 90%.¹⁵ Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả bệnh nhân có tuyến giáp ở vị trí bình thường.

Nghiên cứu của chúng tôi có điểm hạn chế là chi phí chụp cộng hưởng từ đắt, thời gian chụp lâu, nhiều nhiễu ảnh do chuyển động và nhịp thở, có thể cần phải gây mê với những trẻ quấy khóc, do đó hạn chế số lượng bệnh nhân cũng như số trẻ trong nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Phần lớn các nang giáp lưỡi thể lưỡi có đặc điểm của nang không biến chứng. Nang thường có tín hiệu cao trên T1W do dịch giàu protein. Các nang thường phát triển vào hố lưỡi - thanh thiệt, đè lên nắp thanh môn. Dấu hiệu mỏ nhọn thường gặp, dấu hiệu tiếp xúc xương móng và dấu hiệu hình ống ít gặp - đây là các dấu hiệu hữu ích trong chẩn đoán và quyết định hướng điều trị.

Lời cảm ơn

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Ban giám đốc, phòng Kế hoạch tổng hợp và khoa Chẩn đoán hình ảnh bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương đã giúp đỡ chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Allard RH. The thyroglossal cyst. *Head Neck Surg.* 1982;5(2):134 - 146. doi:10.1002/hed.2890050209
2. Sameer KSM, Mohanty S, Correa MMA, Das K. Lingual thyroglossal duct cysts-A review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2012;76(2):165 - 168. doi:10.1016/j.ijporl.2011.11.025
3. Ahuja AT, Wong KT, King AD, Yuen EHY. Imaging for thyroglossal duct cyst: the bare essentials. *Clin Radiol.* 2005;60(2):141 - 148. doi:10.1016/j.crad.2004.08.009
4. Ahuja AT, King AD, King W, Metreweli C. Thyroglossal Duct Cysts: Sonographic Appearances in Adults. *Am J Neuroradiol.* 1999;20(4):579 - 582.
5. Choi HI, Choi YH, Cheon J - E, Kim WS, Kim I - O. Ultrasonographic features differentiating thyroglossal duct cysts from dermoid cysts. *Ultrasonography.* 2018;37(1):71 - 77. doi:10.14366/usg.17027
6. Lee DH, Jung SH, Yoon TM, Lee JK, Joo YE, Lim SC. Computed Tomographic Evaluation of Thyroglossal Duct Cysts in Children Under 11 Years of Age. *Chonnam Med J.* 2012;48(3):179 - 182. doi:10.4068/cmj.2012.48.3.179
7. King AD, Ahuja AT, Mok CO, Metreweli C. MR imaging of thyroglossal duct cysts in adults. *Clin Radiol.* 1999;54(5):304 - 308. doi:10.1016/s0009 - 9260(99)90559 - 7
8. Lê Tuấn Nhật Hoàng, Phạm Tuấn Cảnh, Hoàng Thị Hòa Bình. Đặc điểm lâm sàng, phim MRI và đối chiếu phẫu thuật của nang ống giáp lưỡi thể lưỡi. *TCTMHN.* 2018;3(2):58 - 68.
9. Sathish C, Nyamannawar BM, Mohanty S, Correa MMA, Das K. Atypical thyroglossal duct anomalies. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2008;72(9):1353 - 1357. doi:10.1016/j.ijporl.2008.05.020

10. Patel S, Bhatt AA. Thyroglossal duct pathology and mimics. *Insights Imaging*. 2019;10. doi:10.1186/s13244-019-0694-x
11. Marianowski R, Ait Amer JL, Morisseau - Durand M - P, Manach Y, Rassi S. Risk factors for thyroglossal duct remnants after Sistrunk procedure in a pediatric population. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2003;67(1):19 - 23. doi:10.1016/S0165-5876(02)00287-2
12. Kaselas Ch, Tsikopoulos G, Chortis Ch, Kaselas B. Thyroglossal duct cyst's inflammation. When do we operate? *Pediatr Surg Int*. 2005;21(12):991 - 993. doi:10.1007/s00383-005-1562-y
13. Jang DW, Sikora AG, Leytin A. Thyroglossal duct cyst carcinoma: case report and review of the literature. *Ear Nose Throat J*. 2013;92(9):E12 - 14.
14. Keith Moore, T. V. N. Persaud, Mark Torchia. *The Developing Human*. 10th Ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016.
15. Noussios G, Anagnostis P, Goulis DG, Lappas D, Natsis K. Ectopic thyroid tissue: anatomical, clinical, and surgical implications of a rare entity. *Eur J Endocrinol*. 2011;165(3):375 - 382. doi:10.1530/EJE-11-0461

Summary

MAGNETIC RESONANCE IMAGING FEATURES OF LINGUAL THYROGLOSSAL DUCT CYST

This study aims to describe the magnetic resonance imaging features of the lingual thyroid cyst. This is a retrospective descriptive study of 29 patients harboring 29 lingual thyroid cysts based on MRI and confirmed by histopathology post surgery at the National Otorhinolaryngology Hospital from July 2019 to April 2021 . 19 (65.5%) lingual thyroid cysts are located in the midline. Twenty-seven (93.1%) cysts had moderate or high signal intensity on T1-weighted images. Twenty-five (86.2%) cysts compressed the epiglottis. The beak sign, the hyoid bone contact sign and tract sign were identified in 72.4%, 27.6%, and 17.2% of cysts, respectively. The majority of lingual thyroid cysts had high signal intensity on T1-weighted images, which is consistent with a high-protein content. The cysts usually extend into the vallecula and compress the epiglottis. The beak sign is common, the hyoid bone contact sign and the tract sign are uncommon. These imaging features are useful in making diagnosis and management of thyroglossal duct cyst.

Keywords: thyroglossal duct cyst, lingual thyroglossal duct cyst, cervical magnetic resonance imaging.