

- denture Satisfaction factors: Dentist and Patient Perspective", International Journal of Medical Research & Health Sciences
3. **Nguyễn Huy Tùng** (2013), Đánh giá kết quả phục hình tháo lắp trên bệnh nhân mất răng toàn phần, Luận án thạc sĩ Y học.
 4. **Nguyễn Phú Hòa** (2014). Nghiên cứu làm hàm giả tháo lắp toàn bộ có sử dụng kỹ thuật lấy dấu sơ khởi đệm và vành khít. Luận văn tiến sĩ y học
 5. **Phạm Hoàng Huy** (2022), "Đánh giá kết quả

- điều trị bệnh nhân mất răng toàn bộ bằng phục hình tháo lắp toàn hàm tại trường đại học y dược Cần Thơ", Tạp chí khoa học trường đại học quốc tế Hồng Bàng.
6. **Nguyễn Ngọc Thúy** (2018), Đánh giá kết quả cải thiện chức năng răng miệng và chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân mất răng toàn bộ được phục hình tháo lắp toàn hàm tại bệnh viện trường Đại học Y dược Cần Thơ", Luận án Bác sĩ chuyên khoa II.

BÁO CÁO CHÙM CA BỆNH: PHẪU THUẬT NỘI SOI TUYẾN GIÁP ĐƯỜNG MIỆNG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ NANG

Nguyễn Xuân Hậu^{1,2,3}, Nguyễn Xuân Hiền^{1,2},
Nguyễn Nhật Tân¹, Nguyễn Văn Hoàng¹, Lê Văn Quảng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị ung thư tuyến giáp (UTT) thể nang bằng phương pháp phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua đường miệng (TOETVA). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu chùm ca bệnh UTTG thể nang được điều trị bằng TOETVA tại Bệnh viện đại học Y Hà Nội từ năm 2022-2023. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là 31,4 tuổi (21-48 tuổi). Tất cả bệnh nhân là nữ giới. Kích thước trung bình của khối u là 25,9 mm (10,8-48mm). Tất cả trường hợp đều được chẩn đoán UTTG thể nang dựa vào giải phẫu bệnh sau mổ. Cả 5 bệnh nhân đều được phẫu thuật cắt thùy hoặc cắt thùy và eo tuyến giáp bằng TOETVA. Không ghi nhận trường hợp tái phát với thời gian theo dõi trung bình là 28,2 tháng (18-33 tháng). **Kết luận:** UTTG thể nang ít gặp và tiên lượng kém hơn UTTG thể nhú. TOETVA có thể là lựa chọn phù hợp cho phẫu thuật cắt thùy và eo tuyến giáp hoặc cắt tuyến giáp hoàn thành trong UTTG thể nang.

Từ khóa: ung thư tuyến giáp thể nang, TOETVA

SUMMARY

A CASE SERIES: TRANSORAL ENDOSCOPIC THYROIDECTOMY VESTIBULAR APPROACH IN THE TREATMENT OF FOLLICULAR THYROID CANCER

Objective: To evaluate the clinical and subclinical characteristics and treatment results of transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach (TOETVA) in the treatment of follicular thyroid cancer (FTC). **Methods:** A case series study of FTC patients treated with TOETVA at Hanoi Medical

University Hospital from 2022 to 2023. **Results:** The mean age was 31.4 (21-48 years). All patients were female. The mean tumor size was 25.9 mm (10-40.8 mm). All cases were diagnosed with FTC based on postoperative histopathology. All 5 patients underwent lobectomy or isthmus-removing lobectomy using TOETVA, with one patient undergoing central neck lympho nodes dissection. No recurrence was observed, with a mean follow-up time of 28.2 months (18-33 months). **Conclusion:** Follicular thyroid cancer is rare and has a worse prognosis compared to papillary thyroid cancer. TOETVA may be a suitable option for lobectomy and isthmusectomy or complete thyroidectomy in cases of FTC.

Keywords: follicular thyroid cancer, TOETVA

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp (UTT) thể nang chiếm 6-10% trong UTTG biệt hóa, thường gặp thứ 2 sau UTTG thể nhú (80-85%). Đa số UTTG thể nang thường gặp ở bệnh nhân lớn tuổi với tỉ lệ mắc cao nhất ở nhóm 40-60 tuổi.¹ So với UTTG thể nhú, tỉ lệ di căn hạch cổ trong UTTG thể nang thấp hơn, chỉ khoảng 8-13%.² Di căn xa có thể là triệu chứng đầu tiên của bệnh với tỉ lệ 10-15%.³

Đa phần các trường hợp UTTG thể nang ban đầu có thể nhầm với u tuyến giáp lành tính và chỉ được chẩn đoán xác định bằng kết quả giải phẫu bệnh sau mổ dựa trên bằng chứng về xâm lấn vỏ và/hoặc xâm lấn mạch máu. Do đó, đối với trường hợp u tuyến giáp kích thước lớn, phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị ưu tiên. Bên cạnh phương pháp phẫu thuật mở mổ, phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp qua đường miệng (Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach – TOETVA) đang trở nên ngày càng phổ biến. Phương pháp này đã được áp dụng phổ biến trong điều trị ung thư tuyến giáp thể nhú và u tuyến giáp lành tính, tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu về điều trị ung thư tuyến giáp thể nang bằng phương pháp này. Chúng tôi

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hiền

Email: dr.nguyentuanhien@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2025

Ngày duyệt bài: 25.4.2025

tiến hành báo cáo các ca lâm sàng UTTG thể nang được điều trị TOETVA tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội và đưa ra một số bàn luận.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 5 bệnh nhân được chẩn đoán UTTG thể nang được phẫu thuật nội soi đường tiền đình miệng tại bệnh viện đại học Y Hà Nội từ 5/2022 – 7/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư biểu mô tuyến giáp thể nang dựa vào giải phẫu bệnh sau mổ

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có tiền sử mổ tuyến giáp trước đây, tình trạng viêm nhiễm vùng cổ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả chùm ca bệnh

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của 5 bệnh nhân được tóm tắt ở bảng 1:

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của 5 bệnh nhân nghiên cứu

	Bệnh nhân 1	Bệnh nhân 2	Bệnh nhân 3	Bệnh nhân 4	Bệnh nhân 5
Tuổi	21	38	27	23	48
Giới	Nữ	Nữ	Nữ	Nữ	Nữ
Số lượng u	1	1	1	1	1
Vị trí u	Thùy phải	Thùy phải	Thùy phải	Thùy trái	Thùy trái
Kích thước u (mm)	42	38	20	10,8	19
TIRADS	3	3	3	5	4
Hạch cổ	0	0	0	0	0
FNA	2	2	2	Không	1
Mô bệnh học sau mổ	UTBMTG thể nang xâm nhập mạch tối thiểu	UTBMTG thể nang xâm nhập mạch tối thiểu	UTBMTG thể nang xâm nhập mạch máu rộng	UTBMTG thể nang xâm nhập tối thiểu	UTBMTG thể nang xâm nhập tối thiểu
Thời gian theo dõi	18 tháng	33 tháng	32 tháng	29 tháng	29 tháng

Cả 5 bệnh nhân đều là nữ, < 55 tuổi. Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân là 31,4 (21-48 tuổi). 4 bệnh nhân vào viện vì khối u lớn vùng cổ, chỉ 1 bệnh nhân khám sức khỏe phát hiện u tuyến giáp. Không có bệnh nhân nào có triệu chứng khó thở hoặc khàn tiếng. Không có tiền sử các bệnh tuyến giáp trước đây. Không có triệu chứng gợi ý di căn xa.

Biểu hiện chung của 4 trong số 5 bệnh nhân là khối u đơn độc, kích thước lớn ở một thùy tuyến giáp, không phát hiện hạch cổ trên lâm sàng và siêu âm. Kích thước trung bình khối u là 25,9 mm (lớn nhất là 48mm, nhỏ nhất là 10,8mm). Đặc điểm của khối u trên siêu âm là nhân hỗn hợp âm hoặc đồng âm, bờ đều, ranh giới rõ, không có vôi hóa, 3 bệnh nhân được phân loại là TIRADS 3- Korean 2021 và 1 bệnh nhân phân loại là TIRADS 4. Tuy nhiên, 1 trường hợp có đặc điểm siêu âm gợi ý ung thư tuyến giáp thể nhú với nhân giảm âm, bờ không đều, trong có vôi hóa, phân loại là TIRADS 5.

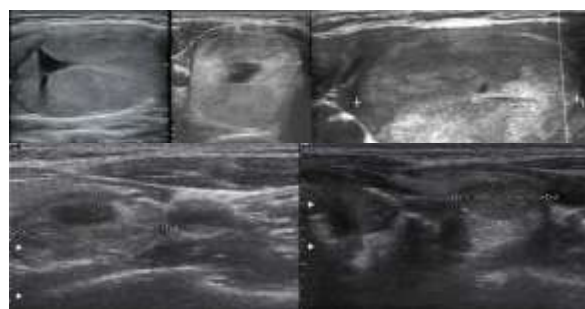
2.3. Các chỉ số nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng: Tuổi, giới, khám u: vị trí u (thùy phải, thùy trái, eo), số lượng u, kích thước u (cm), mật độ u (mềm hay cứng, chắc), ranh giới u (rõ hay không rõ), di động u (có hay không có di động).

Đặc điểm cận lâm sàng: Siêu âm tuyến giáp: số lượng u, kích thước u, vị trí u (thùy trái, thùy phải, eo), TIRADS; Chọc hút tế bào kim nhỏ.

Kết quả phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật, biến chứng: khàn tiếng, chảy máu, tê bì tay chân, tê bì cằm, nhiễm trùng

Kết quả ung thư học: Giải phẫu bệnh sau mổ, khám lâm sàng và siêu âm đánh giá tổn thương tái phát



Hình 1: Hình ảnh siêu âm của các bệnh nhân nghiên cứu

3 bệnh nhân phân loại TIRADS 3 được chọc hút tế bào kim nhỏ (Fine Needle Aspiration - FNA) với kết quả là bướu giáp lành tính (nhóm II theo Bethesda 2018), 1 bệnh nhân TIRADS 4 có kết quả FNA là nhóm I theo Bethesda 2018. Bệnh nhân TIRADS 5 có kết quả nghi ngờ ung thư tuyến giáp thể nhú (nhóm V theo Bethesda 2018). Nồng độ TSH (thyrotrophin-stimulating hormon) và FT4 (free thyroxine) của 5 bệnh

nhân trong giới hạn bình thường.

Tất cả bệnh nhân đều được phẫu thuật nội soi cắt thủy hoặc cắt thủy và eo tuyến giáp qua đường tiền đình miệng, trong đó bệnh nhân phân loại TIRADS 5 được vét hạch cổ trung tâm. 1 bệnh nhân được làm sinh thiết tức thì trong mổ, kết quả u lành tính. Giải phẫu bệnh sau mổ của 5 bệnh nhân là UTTG thể nang, trong đó 4 bệnh nhân được phân loại là UTTG thể nang xâm nhập tối thiểu và 1 bệnh nhân UTTG thể nang xâm nhập rộng. Không có trường hợp nào ghi nhận mảnh bệnh phẩm nhỏ không đủ khả năng kết luận UTTG thể nang.

Không ghi nhận trường hợp nào xuất hiện biến chứng tê bì vùng cằm, tê bì tay chân, khàn tiếng, chảy máu hoặc nhiễm trùng sau phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật trung bình là 75 phút. Thời gian nằm viện trung bình là 4,8 ngày, trong đó 1 bệnh nhân nằm viện 7 ngày do có tiền sử rối loạn đông máu.

Tất cả bệnh nhân được theo dõi bằng lâm sàng, siêu âm và xét nghiệm sau phẫu thuật. Thời gian theo dõi trung bình là 28,2 tháng, dài nhất là 33 tháng, ngắn nhất là 18 tháng. Không ghi nhận trường hợp tái phát nào tại thời điểm hiện tại.

IV. BÀN LUẬN

UTTG thể nang là thể UTTG biệt hóa ít gặp hơn và tiên lượng kém hơn UTTG thể nhú. UTTG thể nang thường gặp nhất ở độ tuổi 40-60 tuổi, cao hơn so với UTTG thể nhú (30-50 tuổi).¹ Độ tuổi trung bình của 5 bệnh nhân nghiên cứu là 31,4, thấp hơn so với một số nghiên cứu. Theo tác giả Ming và cộng sự (2022), tuổi trung bình của bệnh nhân UTTG thể nang không có di căn xa tại thời điểm chẩn đoán là $42,7 \pm 17,3$.³ Phần lớn UTTG thể nang gặp ở nữ với tỉ lệ nữ/nam là 3/1.¹

UTTG thể nang thường di căn theo đường máu. 10-15% trường hợp UTTG thể nang có thể khởi phát bằng triệu chứng di căn xa.³ Vị trí di căn xa thường gặp là xương và phổi, trong đó vị trí di căn xương thường gặp là xương sọ, xương ức, xương bả vai, xương chậu.

Đặc điểm hình ảnh siêu âm của UTTG thể nang khác với thể nhú, thường là một khối u đơn độc, ranh giới rõ, đồng nhất, có vòng halo ở ngoại vi, thường không có hạch cổ. Một số đặc điểm như giảm âm, bờ không đều, vòng halo không liên tục hoặc không đều hoặc không có vòng halo, xâm lấn bao giáp, có vôi hóa trong khối u có thể là đặc điểm gợi ý dự đoán UTTG thể nang so với u tuyến thể nang.

Chọc hút tế bào kim nhỏ ít có vai trò trong chẩn đoán UTTG thể nang vì khó phân biệt giữa

UTTG thể nang và u tuyến thể nang. Kết quả FNA ở bệnh nhân UTTG thể nang thường biểu hiện tổn thương không xác định, bao gồm nhóm III hoặc IV theo phân loại Bethesda. 3 trong số 5 bệnh nhân nghiên cứu đều có kết quả siêu âm là TIRADS 3 và kết quả FNA lành tính (nhóm II), 1 bệnh nhân có kết quả tế bào học không đầy đủ tiêu chuẩn chẩn đoán. Nguy cơ ác tính khi kết quả FNA lành tính dao động từ 2-10%, đặc biệt với u có kích thước lớn > 4cm.

Theo hướng dẫn của NCCN và ATA, phẫu thuật cắt thủy hoặc cắt thủy và eo tuyến giáp thường là phẫu thuật ban đầu đối với u tuyến giáp đơn độc có kết quả FNA không xác định, tương ứng Bethesda nhóm III hoặc IV. Chỉ định cắt toàn bộ tuyến giáp được đặt ra khi có một trong các yếu tố: Di căn xa, có tiền sử xạ trị vùng đầu cổ, u > 4cm, xâm lấn hoặc phá vỡ vỏ bao tuyến giáp, di căn hạch cổ, tổn thương thủy đôi diện hoặc bệnh nhân có nguyện vọng cắt toàn bộ để tránh nguy cơ phẫu thuật lần 2. Các trường hợp còn lại, phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp được đặt ra khi có kết quả mô bệnh học là UTTG thể nang xâm nhập mạch máu rộng hoặc xâm nhập rộng.

Tỉ lệ tái phát của UTTG thể nang dao động từ 2-29%, trung bình là 13,6%, trong đó tái phát di căn xa với tỉ lệ 64,8%.⁴ Tỉ lệ tái phát ở nhóm UTTG thể nang xâm nhập mạch máu rộng (xâm nhập ≥ 4 mạch) khoảng 20%. Tuổi > 45 và kích thước khối u > 4cm là các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian sống thêm không bệnh (Disease-free survival – DFS) của nhóm UTTG thể nang xâm lấn mạch máu rộng.⁵ Theo ATA 2015, xâm lấn mạch máu rộng được xếp vào nhóm UTTG thể biệt hóa nguy cơ tái phát cao. Trong 5 bệnh nhân nghiên cứu có 1 bệnh nhân có kết quả mô bệnh học sau mổ là UTTG thể nang xâm nhập mạch máu rộng, tuy nhiên bệnh nhân lựa chọn tiếp tục theo dõi.

Kích thước u > 4cm cũng là yếu tố độc lập làm tăng tỉ lệ tử vong, ảnh hưởng đáng kể đến DFS của bệnh nhân UTTG thể nang.⁶ Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 bệnh nhân có kích thước u > 4cm, bệnh nhân được lựa chọn cắt thủy tuyến giáp.

Thời gian theo dõi trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu là 28,2 tháng. Không ghi nhận tái phát hoặc di căn xa tại thời điểm hiện tại.

Tỉ lệ di căn hạch cổ trong UTTG thể nang thường thấp, dao động từ 8-13% do bản chất xâm nhập và di căn theo đường máu.⁵ Các tác giả đồng thuận vét hạch cổ được chỉ định trong những trường hợp đánh giá hạch di căn trên lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và đánh giá tổn thương trong

mổ theo khuyến cáo của ATA 2015.

Việc lựa chọn TOETVA cho các bệnh nhân UTTG thể nang còn nhiều tranh luận. TOETVA là một kỹ thuật mới đầy hứa hẹn cho phẫu thuật tuyến giáp với ưu điểm nổi bật về thẩm mỹ và bộc lộ rõ ràng các cấu trúc giải phẫu, đặc biệt khoang cổ trung tâm. Tuy nhiên, ngoài những hạn chế về mặt kỹ thuật khi tiếp cận khoang cổ bên và biến chứng chung có thể gặp khi thực hiện TOETVA như tổn thương thần kinh cảm, nhiễm trùng vết mổ, đối với nhóm UTTG thể nang xâm nhập rộng hoặc xâm nhập mạch máu rộng, phẫu thuật viên đứng trước câu hỏi có nên thực hiện TOETVA lần hai để hoàn tất cắt toàn bộ tuyến giáp hay không. Một số báo cáo về hoàn tất cắt toàn bộ tuyến giáp sử dụng TOETVA trong vòng 2 tuần sau lần phẫu thuật đầu tiên cho thấy kết quả khả quan với tỉ lệ biến chứng thấp, tổ chức chưa dính khi bóc tách vạt, hiệu quả thẩm mỹ cao hơn trong khi kết quả về mặt ung thư học tương đương với mổ mở.⁷

Một số tác giả lo ngại nguy cơ gieo rắc tế bào ung thư trong quá trình lấy bệnh phẩm và việc phát hiện tái phát sau TOETVA bằng siêu âm có thể gặp khó khăn hơn vì vết mổ nằm ở tiền đình miệng và đường phẫu thuật đi qua vùng dưới hàm.⁸

Không có trường hợp nào ghi nhận mảnh bệnh phẩm nhỏ không đủ khả năng kết luận UTTG thể nang. Việc lấy bệnh phẩm qua đường rạch ở tiền đình miệng có thể gây tổn thương thần kinh cảm, do đó với những khối u kích thước lớn phẫu thuật viên cần cắt nhỏ bệnh phẩm, gây nhầm lẫn về đánh giá dấu hiệu phá vỡ vỏ bao giáp ảnh hưởng đến quyết định điều trị, đặc biệt trong ung thư tuyến giáp thể nang, tiêu chuẩn chẩn đoán dựa trên xâm lấn vỏ và/hoặc xâm lấn mạch máu. Nghiên cứu cho thấy kích thước $u \leq 20\text{mm}$ là ngưỡng an toàn để lấy bệnh phẩm trong TOETVA mà không có nguy cơ tế bào ung thư lan rộng hoặc tổn thương thần kinh cảm. Với những khối $u > 2\text{cm}$, có thể kết hợp TOETVA và tiếp cận đường nách để lấy bệnh phẩm.⁹

Một điểm đáng chú ý trong nghiên cứu của chúng tôi là các bệnh nhân có mức độ nghi ngờ ác tính thấp trên siêu âm theo phân loại TIRADS thì có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ với độ xâm nhập rộng hơn. Tuy nhiên, cần có thêm những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn đánh giá mối tương quan giữa đặc điểm siêu âm, kết quả chọc hút tế bào kim nhỏ và mức độ xâm nhập trong UTTG thể nang.

V. KẾT LUẬN

UTTG thể nang là thể bệnh ít gặp hơn nhiều so với UTTG thể nhú, việc chẩn đoán xác định dựa vào giải phẫu bệnh sau mổ. Phẫu thuật cắt thùy và eo là chỉ định đầu tay, bệnh nhân có nguy cơ phải phẫu thuật lần hai để hoàn thành cắt toàn bộ tuyến giáp, do đó cần cân nhắc lựa chọn TOETVA. Tiên lượng của UTTG thể nang nhìn chung kém hơn UTTG thể nhú.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Aschebrook-Kilfoy B, Grogan RH, Ward MH, Kaplan E, Devesa SS.** Follicular thyroid cancer incidence patterns in the United States, 1980-2009. *Thyroid Off J Am Thyroid Assoc.* 2013;23(8): 1015-1021. doi:10.1089/thy.2012.0356
2. **Alfalah H, Cranshaw I, Jany T, et al.** Risk factors for lateral cervical lymph node involvement in follicular thyroid carcinoma. *World J Surg.* 2008;32(12):2623-2626. doi:10.1007/s00268-008-9742-2
3. **Wu MH, Lee YY, Lu YL, Lin SF.** Risk Factors and Prognosis for Metastatic Follicular Thyroid Cancer. *Front Endocrinol.* 2022;13:791826. doi:10.3389/fendo.2022.791826
4. **Grønlund MP, Jensen JS, Hahn CH, Grønhøj C, Buchwald C von.** Risk Factors for Recurrence of Follicular Thyroid Cancer: A Systematic Review. *Thyroid Off J Am Thyroid Assoc.* 2021;31(10): 1523-1530. doi:10.1089/thy.2020.0921
5. **Ito Y, Hirokawa M, Masuoka H, et al.** Prognostic factors of minimally invasive follicular thyroid carcinoma: extensive vascular invasion significantly affects patient prognosis. *Endocr J.* 2013;60(5):637-642. doi:10.1507/endocrj.ej12-0419
6. **Ito Y, Miyauchi A, Tomoda C, Hirokawa M, Kobayashi K, Miya A.** Prognostic significance of patient age in minimally and widely invasive follicular thyroid carcinoma: investigation of three age groups. *Endocr J.* 2014;61(3):265-271. doi:10.1507/endocrj.ej13-0512
7. **Wu YJ, Chi SY, Chan YC, Chou FF, Wee SY, Wu KT.** Scarless Completion Thyroidectomy After Initial Transoral Approach for Differentiated Thyroid Cancer: How and When to Start? *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2021;31(5):554. doi:10.1097/SLE.0000000000000933
8. **Oh MY, Oh SW, Kim YA, Chai YJ.** Seeding recurrence of follicular thyroid carcinoma after transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach: a case report. *Gland Surg.* 2024;13(2):265-273. doi:10.21037/gs-23-480
9. **Wu YJ, Chi SY, Elsarawy A, et al.** What is the Appropriate Nodular Diameter in Thyroid Cancer for Extraction by Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach Without Breaking the Specimens? A Surgicopathologic Study. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2018;28(6): 390-393. doi:10.1097/SLE.0000000000000563