

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA UNG THƯ HAI THUY TUYẾN GIÁP ĐƯỢC PHẪU THUẬT NỘI SOI TUYẾN GIÁP ĐƯỜNG TIỀN ĐÌNH MIỆNG

Nguyễn Xuân Hậu^{1,2,3}, Nguyễn Xuân Hiền^{1,2},
Ngô Minh Trí¹, Lê Văn Quảng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư hai thùy tuyến giáp điều trị bằng phương pháp phẫu thuật tuyến giáp nội soi đường tiền đình miệng (TOETVA) tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu được tiến hành trên 30 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn được phẫu thuật TOETVA tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 7 năm 2024. Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phẫu thuật được ghi nhận. **Kết quả:** Có 29 bệnh nhân nữ và 1 bệnh nhân nam tham gia nghiên cứu. Tuổi trung bình là $33,1 \pm 8,6$ (16 – 51) tuổi. Số lượng u trung bình ở thùy trái là $1,76 \pm 1,15$, ở thùy phải là $1,71 \pm 0,99$, ở cả hai thùy là $3,75 \pm 1,39$. Có 14 bệnh nhân (46,7%) bệnh nhân đa u thùy trái, 17 bệnh nhân (56,7%) đa u thùy phải, 8 bệnh nhân (26,7%) đa u ở cả hai thùy tuyến giáp. Kích thước trung bình khối u lớn nhất ở mỗi bên là $6,56 \pm 5,11$ mm với thùy trái và $5,78 \pm 3,91$ mm với thùy phải. Tất cả bệnh nhân được cắt toàn bộ tuyến giáp và vét hạch cổ trung tâm hai bên dự phòng. 100% bệnh nhân chẩn đoán ung thư tuyến giáp thể nhú dựa trên giải phẫu bệnh sau mổ. 14 bệnh nhân có di căn hạch cổ trung tâm, chiếm 46,7%. Có 7 trường hợp xâm lấn ra ngoài tuyến giáp (23,3%). **Kết luận:** Ung thư hai thùy tuyến giáp có tỉ lệ cao đa u, di căn hạch cổ và xâm lấn ra ngoài tuyến giáp.

Từ khóa: Phẫu thuật tuyến giáp nội soi đường miệng, ung thư hai thùy tuyến giáp

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES OF BILATERAL THYROID CANCER UNDERGOING TRANSORAL ENDOSCOPIC THYROIDECTOMY

Objective: To evaluate the clinical and paraclinical characteristics of patients with bilateral thyroid cancer undergoing transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach (TOETVA) at Hanoi Medical University Hospital. **Subjects and Methods:** A prospective study was conducted on 30 eligible patients who underwent TOETVA at the Oncology Center, Hanoi Medical University Hospital, from

January 2020 to July 2024. Clinical, paraclinical, and surgical characteristics were recorded. **Results:** A total of 29 female patients and 1 male patient were included in the study. The mean age was 33.1 ± 8.6 years (range: 16–51 years). The mean number of nodules was 1.76 ± 1.15 in the left thyroid lobe, 1.71 ± 0.99 in the right lobe, and 3.75 ± 1.39 for both lobes combined. Multifocality was observed in 14 patients (46.7%) in the left lobe, 17 patients (56.7%) in the right lobe, and 8 patients (26.7%) in both lobes. The mean size of the largest tumor in each lobe was 6.56 ± 5.11 mm in the left lobe and 5.78 ± 3.91 mm in the right lobe. All patients underwent total thyroidectomy with prophylactic bilateral central neck dissection. Postoperative histopathological examination confirmed the diagnosis of papillary thyroid carcinoma in all patients (100%). Central neck lymph node metastasis was detected in 14 patients (46.7%). Extrathyroidal extension was detected in 7 patients (23.3%). **Conclusion:** Bilateral thyroid cancer had high prevalence of multifocality, cervical lymph node metastasis, and extrathyroidal extension.

Keywords: Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach, bilateral thyroid cancer.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp là bệnh lý có tỉ lệ mắc đang gia tăng trong những năm gần đây, với hơn 200.000 ca mắc mới mỗi năm, nhóm tuổi từ 30 đến 45 chiếm đa số các trường hợp, đòi hỏi việc phát triển các kỹ thuật phẫu thuật mới, không chỉ an toàn, hiệu quả mà còn đáp ứng yêu cầu thẩm mỹ.¹ Nhiều phương pháp phẫu thuật nội soi (PTNS) đã được phát triển, bao gồm PTNS qua đường nách - vú và PTNS cạnh ức.² Trong số đó, phẫu thuật cắt tuyến giáp nội soi đường miệng (TOETVA) là một phương pháp hiệu quả đối với ung thư tuyến giáp giai đoạn sớm.

Ung thư tuyến giáp thể nhú đa ổ được định nghĩa là sự xuất hiện của hai hoặc nhiều nhân ung thư riêng biệt trong tuyến giáp. PTC đa ổ làm tăng nguy cơ di căn hạch và xâm lấn ra ngoài tuyến giáp, đặc biệt khi ung thư xuất hiện ở cả hai thùy tuyến giáp.³ Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp kèm vét hạch cổ trung tâm 2 bên là điều trị tiêu chuẩn cho các trường hợp ung thư 2 thùy tuyến giáp. Đã có một số báo cáo ứng dụng PTNS trong điều trị ung thư 2 thùy tuyến giáp.² Tuy nhiên, các phương pháp tiếp cận trước đây có thời gian phẫu thuật kéo dài do tăng thời gian tạo khoang phẫu thuật khi tiến hành cắt thùy

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hậu

Email: nguyentuanhau@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.5.2025

Ngày duyệt bài: 30.6.2025

tuyến giáp đối bên. Tiếp cận cả 2 thùy tuyến giáp qua 1 khoang làm việc là ưu điểm nổi bật của phương pháp TOETVA trong việc cắt toàn bộ tuyến giáp. Bên cạnh đó, phương pháp này cũng tiếp cận khoang hạch cổ trung tâm dọc theo các cấu trúc giải phẫu nên thuận tiện cho việc vét hạch cổ trung tâm 2 bên.⁴

Từ năm 2018, TOETVA đã được ứng dụng trong điều trị ung thư tuyến giáp tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội.⁵ Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của ung thư hai thùy tuyến giáp được phẫu thuật TOETVA. Vì vậy, trong nghiên cứu này, chúng tôi cũng nhằm mục đích đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân ung thư hai thùy tuyến giáp được phẫu thuật TOETVA tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu thực hiện trên 30 bệnh nhân ung thư hai thùy tuyến giáp được phẫu thuật TOETVA tại Trung tâm Ung Bướu, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 7 năm 2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Chẩn đoán trước mổ là ung thư hai thùy tuyến giáp dựa trên khám lâm sàng, siêu âm và chọc hút tế bào tuyến giáp bằng kim nhỏ (FNA).
- Kích thước u <20mm.
- Mô bệnh học sau mổ là ung thư hai thùy tuyến giáp.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Ung thư tuyến giáp di căn hạch cổ bên.
- U xâm lấn rộng các cấu trúc xung quanh trên đại thể.
- Có chống chỉ định gây mê, phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang.

2.3. Phương pháp tiến hành. Quy trình phẫu thuật của TOETVA đã được mô tả trong một nghiên cứu trước đây của chúng tôi.⁵ Tất cả bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều được cắt toàn bộ tuyến giáp, vét hạch cổ trung tâm hai bên.

Thông tin của tất cả các trường hợp, bao gồm tiền sử bệnh, đặc điểm khám lâm sàng, các xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh trước và sau phẫu thuật, quy trình phẫu thuật, điều trị sau phẫu thuật và theo dõi, được lưu trữ trong hồ sơ y tế điện tử của bệnh viện. Dữ liệu sau đó được nhóm nghiên cứu trích xuất, sử dụng phần mềm SPSS để phân tích.

Những bệnh nhân được lựa chọn đều được giải thích bởi nghiên cứu viên và tự nguyện tham gia nghiên cứu. Mọi thông tin bệnh nhân được đảm bảo giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến hành trên 30 bệnh nhân.

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Kết quả
Tuổi*		33,1±8,6 (16-51)
Giới tính ⁿ	Nam	1 (3,3)
	Nữ	29 (96,7)

*Trung bình ± SD; ⁿ(%)

Tuổi trung bình của bệnh nhân là 33,1 ± 8,6 (16 – 51) tuổi. Nữ giới chiếm 96,7%. Không có bệnh nhân nào có tiền sử bệnh Graves.

Bảng 2: Đặc điểm cận lâm sàng trước mổ của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Kết quả		
Kích thước khối u lớn nhất (mm)*	Thùy trái	6,56±5,11 (0-19,3)	
	Thùy phải	5,78±3,91 (0-15)	
Số lượng u (mm)	Thùy trái	1,76±1,15	
	Thùy phải	1,71±0,99	
	Cả hai thùy	3,75±1,39	
Số bệnh nhân đa u ⁿ	Thùy trái	14 (46,7)	
	Thùy phải	17 (56,7)	
	Cả hai thùy	8 (26,7)	
Tế bào học ⁿ	Thùy trái	Không làm	5(17,9)
		Bethesda I, II	2(7,1)
		Bethesda III	0(0)
		Bethesda IV	0(0)
		Bethesda V, VI	21(75)
	Thùy phải	Không làm	4(12,9)
		Bethesda I, II	1(3,2)
		Bethesda III	3(9,7)
		Bethesda IV	0(0)
		Bethesda V, VI	23(74,2)

*Trung bình ± SD; ⁿ(%)

Số lượng u trung bình ở thùy trái là 1,76 ± 1,15, ở thùy phải là 1,71 ± 0,99, ở cả hai thùy là 3,75 ± 1,39. Có 14 bệnh nhân (chiếm 46,7%) bệnh nhân đa u thùy trái, 17 bệnh nhân (chiếm 56,7%) đa u thùy phải, 8 bệnh nhân (chiếm 26,7%) đa u ở cả hai thùy tuyến giáp. Kích thước trung bình khối u lớn nhất ở mỗi bên là 6,56±5,11 mm với thùy trái và 5,78±3,91 mm với thùy phải.

Tất cả bệnh nhân đều được chọc hút tế bào tuyến giáp bằng kim nhỏ (FNA), trong đó 21 bệnh nhân được FNA cả hai thùy tuyến giáp.

Bảng 3: Đặc điểm cận lâm sàng sau mổ của nhóm nghiên cứu

Mô bệnh học sau mổ ⁿ	Thùy trái	PTC	29 (96,7)
		FVPTC	1 (3,3)
		FTC	0 (0)
		Khác	0 (0)
	Thùy	PTC	28 (93,3)

	phải	FVPTC	2 (6,7)
		FTC	0 (0)
		Khác	0 (0)
Xâm lấn ngoài tuyến giápⁿ			7 (23,3)
Viêm giápⁿ			8 (26,7)
Số hạch vét được^o			5 (3 – 7,5)
Số hạch di căn^o			1 (0 – 3)
Số bệnh nhân có hạch di cănⁿ			14 (46,7)

*Trung bình $\pm$ SD; ⁿn(%); ^otrung vị (IQR: Interquartile range – Khoảng tứ phân vị)

PTC: Papillary thyroid carcinoma – Ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú; FVPTC: Follicular variant papillary thyroid carcinoma – Ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú biến thể nang; FTC: Follicular thyroid carcinoma – Ung thư biểu mô tuyến giáp thể nang.

Sau phẫu thuật, ung thư tuyến giáp thể nhú typ kinh điển là loại mô bệnh học phổ biến nhất, với 29 trường hợp (96,7%) ở thùy trái và 28 trường hợp (93,3%) ở thùy phải. Có 1 trường hợp (3,3%) ung thư tuyến giáp thể nhú biến thể nang (FVPTC) ở thùy trái và 2 trường hợp (6,7%) ở thùy phải. Có 7 trường hợp xâm lấn ra ngoài tuyến giáp (23,3%) và 8 trường hợp viêm tuyến giáp đi kèm (26,7%). Trung vị số lượng hạch vét được là 5 (IQR: 3-7,5), trong đó trung vị số hạch di căn là 1 (IQR: 0-3). Di căn hạch được phát hiện ở 14 bệnh nhân (46,7%).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 30 bệnh nhân có thấy: số lượng u trung bình ở thùy trái, thùy phải, và cả hai thùy lần lượt là $1,76 \pm 1,15$ và $1,71 \pm 0,99$; $3,75 \pm 1,39$. Số lượng u trong nghiên cứu có sự khác biệt với số lượng u trong ung thư tuyến giáp đa ổ đã được báo cáo trên thế giới. Gomec và cộng sự báo cáo trên 714 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú, trong đó có 142 bệnh nhân đa u, cho thấy 52,1% có 2 ổ; 20,4% 3 ổ; 15,5% 4 ổ; 12% 5 ổ hoặc nhiều hơn. Nghiên cứu này cũng ghi nhận ung thư đa ổ ở thùy trái, thùy phải, và cả hai thùy ở 12,7%; 21,1% và 52,1%, còn lại là ung thư ở eo có hoặc không kèm theo ung thư ở một hoặc hai thùy.⁶ Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 14 bệnh nhân (46,7%) bệnh nhân đa u thùy trái, 17 bệnh nhân (56,7%) đa u thùy phải, 8 bệnh nhân (26,7%) đa u ở cả hai thùy tuyến giáp.

Ung thư tuyến giáp thể nhú đa ổ có nguy cơ di căn hạch cao hơn so với ung thư đơn ổ.³ Trong nghiên cứu của chúng tôi, 15 bệnh nhân (50%) được chẩn đoán di căn CLN qua mô bệnh học sau phẫu thuật, mặc dù khám lâm sàng

trước phẫu thuật không phát hiện hạch nghi ngờ di căn. Trong một nghiên cứu khác tại trung tâm của chúng tôi về TOETVA ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú kích thước nhỏ, với kích thước khối u tương tự nghiên cứu này, tất cả bệnh nhân đều được vét hạch cổ trung tâm, và tỷ lệ di căn hạch trung tâm là 39,9%.⁴ Kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của nạo vét hạch trung tâm dự phòng, đặc biệt trong ung thư tuyến giáp hai bên.

Trong số 30 bệnh nhân, có 7 trường hợp xâm lấn ra ngoài tuyến giáp (23,3%). Theo một số nghiên cứu trên thế giới, ung thư tuyến giáp đa ổ là yếu tố nguy cơ của xâm lấn ra ngoài tuyến giáp.³ Điều này đặt ra vấn đề trong chẩn đoán trước mổ và cách thức phẫu thuật trong ung thư tuyến giáp đa ổ nói chung và ung thư tuyến giáp hai thùy nói riêng. Trong trường hợp u xâm lấn cơ trước giáp, phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp kèm cắt rộng cơ trước giáp sẽ được lựa chọn. Nguyễn Xuân Hậu và cộng sự đã báo cáo kết quả áp dụng TOETVA trên bệnh nhân ung thư tuyến giáp có xâm lấn cơ trước giáp, với kết quả tốt về mặt phẫu thuật và ung thư học.⁷ Trong trường hợp u xâm lấn rộng các cấu trúc khác, mổ mở là phương pháp thường được ưu tiên lựa chọn.

TOETVA có thể là phương pháp hiệu quả đối với ung thư tuyến giáp thể nhú hai bên, nhờ có góc nhìn vào khoang cổ trung tâm rõ ràng và dễ định hướng cho phẫu thuật viên, tạo điều kiện cho vét hạch cổ trung tâm.⁸ Ngoài ra, camera nội soi có thể phóng đại giúp phân biệt các cấu trúc giải phẫu, tránh gây tổn thương trong quá trình vét hạch. Trong nghiên cứu này, trung vị số lượng hạch vét được là 5 (IQR: 3-7,5). Số lượng hạch vét được bằng TOETVA và mổ mở là tương đương theo nhiều nghiên cứu tại trung tâm của chúng tôi cũng như các trung tâm khác.⁹

V. KẾT LUẬN

Ung thư hai thùy tuyến giáp có tỉ lệ cao đa u, di căn hạch cổ và xâm lấn ra ngoài tuyến giáp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cancer Today**. Accessed April 13, 2024. <https://gco.iarc.who.int/today/>
2. **Ohgami M, Ishii S, Arisawa Y, et al.** Scarless endoscopic thyroidectomy: breast approach for better cosmesis. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2000;10(1):1-4.
3. **Joseph KR, Ediramanne S, Eslick GD.** Multifocality as a prognostic factor in thyroid cancer: A meta-analysis. *International Journal of Surgery*. 2018;50: 121-125. doi:10.1016/j.ijssu.2017.12.035
4. **Xuan HN, Anh TD, Xuan HN, Thai DP, Le Van**

- Q. Occult Central Lymph Node Metastasis in cN0 Papillary Thyroid Carcinoma Patients Undergoing TOETVA Procedure. J Thyroid Res. 2023;2023:4779409. doi:10.1155/2023/4779409
5. **Nguyen HX, Nguyen HX, Nguyen HV, Nguyen LT, Nguyen TTP, Le QV.** Transoral Endoscopic Thyroidectomy by Vestibular Approach with Central Lymph Node Dissection for Thyroid Microcarcinoma. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2021;31(4): 410-415. doi:10.1089/lap.2020. 0411
 6. **Is the Multifocality Rate in Thyroid Cancer Patients Increasing Over the Years |** Request PDF. ResearchGate. Published online October 22, 2024. doi:10.5505/ejm.2023.18853
 7. **Nguyen XH, Nguyen XH, Nguyen TL, Pham TD, Le VQ.** Transoral Endoscopic Thyroidectomy by Vestibular Approach for Differentiated Thyroid Cancer Intraoperatively Invading Strap Muscle. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2021; 32(2): 172-175. doi:10.1097/SLE.0000000000001020
 8. **Ahn J hyuk, Yi JW.** Transoral endoscopic thyroidectomy for thyroid carcinoma: outcomes and surgical completeness in 150 single-surgeon cases. Surg Endosc. 2020;34(2):861-867. doi:10.1007/s00464-019-06841-8
 9. **Nguyen HX, Nguyen HX, Nguyen TTP, Van Le Q.** Transoral endoscopic thyroidectomy by vestibular approach in Viet Nam: surgical outcomes and long-term follow-up. Surg Endosc. 2022;36(6):4248-4254. doi:10.1007/s00464-021-08759-6

ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT VIÊM PHÚC MẠC DO VỠ Ổ APXE CƠ THÀNH BỤNG NGUYÊN PHÁT VÀO Ổ BỤNG

Thái Nguyên Hưng¹, Trịnh Thành Vinh²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu (NC): 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng (LS), cận lâm sàng (CLS) và kết quả phẫu thuật ca bệnh viêm phúc mạc (VPM) do apxe cơ thành bụng trước nguyên phát vỡ vào ổ bụng hiếm gặp. 2. Điểm lại Y văn. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu. **Kết quả nghiên cứu:** Bệnh nhân (BN) nam 59 T, tiền sử (TS) ung thư (UT) lưỡi giai đoạn IV điều trị hóa xạ cách 3 tháng, phẫu thuật (PT) cắt ruột thừa năm 2002, uống nhiều rượu. Lâm sàng: Đau dưới sườn phải (DSP) 10 ngày. Đau nhiều lan ra khắp bụng 2 ngày, sốt, gai rét. Khám sốt dao động, T0 37,8-38,5 độ, nhiễm trùng rõ, bụng nhiều tuần hoàn bằng hệ (THBH), đau khắp bụng, phản ứng mạnh, cơ cứng. Sở thấy khối sưng đỏ kích thước (KT) 10-8 cm DSP ấn căng, đau, ít di động. Chọc hút nhiều mủ vàng đục, hôi. Xét nghiệm (XN) tế bào: tổ chức hoại tử, apxe, không có tế bào ác tính. Siêu âm bụng: Phần mềm thành bụng phải có khối hỗn hợp dạng ổ apxe kích thước 69-19mm, có lỗ thông vào ổ bụng thành lớp dịch dưới bao gan 16mm. Dịch tự do ổ bụng. Xét nghiệm Bạch cầu (BC) 25,34 G/L; BC đa nhân trung tính 88,3%; Albumin 20,3 mmol/L; creatinin 221mmol/L. Ure 15,9 mmol/L; AST 53,5U/L; ALT 43,7mmol/L. **Mổ cấp cứu:** Ổ bụng nhiều mủ và giả mạc trên gan, dưới gan, hố lách, rãnh đại tràng 2 bên, Douglas. Ổ apxe thành bụng kích thước 10-10 cm vỡ mủ vào ổ bụng, đường vỡ 3 cm đang chảy mủ vàng đục, hôi. Mổ làm sạch, lau rửa ổ bụng, trích rạch rộng, dẫn lưu apxe, để da hở. Cấy mủ: nhiều tổ

chức hoại tử, bạch cầu, cấy (-). Kháng sinh sau mổ: Meronem 3 g/24h, levofloxacin 1g/24h. BN ra viện sau 14 ngày. **Kết luận:** Apxe cơ thành bụng nguyên phát rất hiếm gặp, thường xảy ra trên BN có các bệnh lý mạn tính: giảm miễn dịch, sử dụng corticoide, đái tháo đường, xơ gan có nhiều tuần hoàn bàng hệ... Chẩn đoán nên phối hợp khám lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh (Siêu âm, chụp CLVT, cộng hưởng từ), xét nghiệm tế bào học. Xử trí phẫu thuật, trích rạch rộng, dẫn lưu apxe và mở bụng làm sạch, rửa bụng, dẫn lưu (khi ổ apxe đã vỡ vào ổ bụng hoặc các tạng lân cận) kết hợp điều trị kháng sinh.

SUMMARY

SURGICAL RESULT OF DIFFUSE PERITONITIS DUE TO PRIMARY ANTERIOR ABDOMINAL WALL ABSCESS PERFORATED INTO ABDOMINAL CAVITY

Aims of study: 1 Evaluation of clinic and paraclinic features of rare patient having diffuse peritonitis due to primary anterior abdominal wall abscess perforated into abdominal cavity. 2 Literature review. **Patient and method:** Retrospective study. **Results:** Male patients aged of 59 year old. Medical history: Alcohol abused, undergone appendectomy >20 year (Macburney), tongue cancer (at stage IV) treated by chemo-radiation therapy. Admission for abdominal pain for 10 days and got fever 37,8-38,5 degrees Celsius for 2 days. On physical examination he was conscious. There was swelling in upper right quadrant abdomen, measuring around 10-8 cm, irregular marging, adherent to abdominal muscles with redness. There was collateral circulation and diffuse abdominal tenderness. Abdominal ultrasound revealed fluid collection located in upper right anterior abdominal wall, measuring 69-19mm with a hole communicated with abdominal cavity. There were free intra abdominal fluid and supra hepatic fluid about 16mm. **Laboratory studies:** White blood cell count

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.5.2025

Ngày duyệt bài: 27.6.2025