

- PV. Clinical characteristics and imaging patterns of cerebral infarction with outcomes of carotid artery stenting in symptomatic carotid stenosis: An eight-year journey. J Neurosci Rural Pract. 2024;15:468-76. doi: 10.25259/JNRP_627_2023.
8. Pensato U, Demchuk AM, Menon BK, et al. Cerebral Infarct Growth: Pathophysiology, Pragmatic Assessment, and Clinical Implications. Stroke. 2025;56(1): 219-229. doi:10.1161/STROKEAHA.124.049013.
9. Nguyễn Bá Thắng, Vũ Anh Nhị. Tiên đoán hồi phục chức năng trong nhồi máu động mạch não giữa: khảo sát tiền cứu 149 trường hợp. Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh. 2007;11(1):314-319.
10. Lê Đức Thuận, Mai Duy Tôn, Đào Việt Phương và các cộng sự. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị người bệnh nhồi máu não cấp mức độ nhẹ", Tạp chí Y học Việt Nam. 2022. 519(10). 152-159.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN TRẺ EM UNG THƯ TUYẾN GIÁP ĐƯỢC PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐƯỜNG MIỆNG TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Xuân Hậu^{1,2,3}, Nguyễn Xuân Hiền^{1,2},
Đàm Thị Liên¹, Lê Văn Quảng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân ung thư tuyến giáp trẻ em được phẫu thuật nội soi qua đường miệng tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang thực hiện trên 15 bệnh nhân tại Trung tâm Ung Bướu, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 2/2020 đến tháng 9/2024. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là 16,2±2,1 (11-18) tuổi, với 13 bệnh nhân nữ (86,7%) và 2 bệnh nhân nam (13,3%). 12 bệnh nhân (80%) được cắt thùy eo tuyến giáp và vét hạch cổ trung tâm cùng bên, 3 bệnh nhân (20%) được cắt toàn bộ tuyến giáp và vét hạch cổ trung tâm 2 bên. Số lượng hạch vét được và hạch di căn lần lượt là 8,3±5,4 và 2,9±3,5 hạch, với tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn là 53,3%. Kích thước u trung bình trong nhóm nghiên cứu và nhóm có di căn hạch lần lượt là 11,7±6,2 mm và 13±6,2 mm. Hai bệnh nhân (13,3%) có ung thư đa ổ ở hai thùy tuyến giáp. Giải phẫu bệnh sau mổ cho thấy 14 bệnh nhân (chiếm 93,3%) ung thư tuyến giáp thể nhú thông thường, 1 trường hợp (6,7%) ung thư tuyến giáp thể nhú biến thể xơ hóa lan tỏa. 20% trường hợp có viêm giáp kèm theo. **Kết luận:** Ung thư tuyến giáp ở trẻ em được phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua đường miệng thường được phát hiện ở nhóm trẻ lớn, với các đặc điểm như khối u lớn, tính đa ổ và tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn cao.

Từ khóa: TOETVA, ung thư tuyến giáp trẻ em, đặc điểm lâm sàng.

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL

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: 22.5.2025

Ngày duyệt bài: 30.6.2025

CHARACTERISTICS OF PEDIATRIC THYROID CANCER PATIENTS UNDERGOING TRANSORAL ENDOSCOPIC SURGERY AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of pediatric thyroid cancer patients undergoing transoral endoscopic thyroidectomy (TOETVA) at Hanoi University of Medicine Hospital. **Method:** A cross-sectional study was conducted on 15 patients at the Oncology Center, Hanoi University of Medicine Hospital from February 2020 to September 2024. **Results:** The average age in the study group was 16.2±2.1 (11-18) years, with 13 female patients (86.7%) and 2 male patients (13.3%). Twelve patients (80%) underwent thyroid lobectomy with central neck dissection on the same side, and 3 patients (20%) had total thyroidectomy with bilateral central neck dissection. The average number of lymph nodes retrieved and the number of metastatic nodes were 8.3±5.4 and 2.9±3.5, respectively, with an occult lymph node metastasis rate of 53.3%. The average tumor size in the study group and the metastatic node group were 11.7±6.2 mm and 13±6.2 mm, respectively. Two patients (13.3%) had multifocal thyroid cancer. Postoperative histopathology showed that 14 patients (93.3%) had conventional papillary thyroid carcinoma, 1 patient (6.7%) had diffuse sclerosing variant papillary thyroid carcinoma, and 20% had concomitant thyroiditis. **Conclusion:** Pediatric thyroid cancer treated with transoral endoscopic thyroidectomy is commonly detected in older children, with characteristics such as large tumor size, multifocality, and a high rate of occult lymph node metastasis.

Keywords: TOETVA, pediatric thyroid cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp ở trẻ em được xác định là ung thư tuyến giáp ở những bệnh nhân <18 tuổi. Theo GLOBALCAN 2022, ung thư tuyến giáp

đứng thứ 6 về số ca mắc mới ở cả 2 giới trong độ tuổi từ 0-19 tuổi với 10.636 ca mắc, tuy nhiên số ca tử vong rất thấp. Nữ mắc nhiều hơn nam với tỉ lệ 3,7:1. Ung thư tuyến giáp hay gặp ở nhóm trẻ lớn từ 15 – 19 tuổi.¹ Do đó, ung thư tuyến giáp ở trẻ em có nhiều đặc điểm giống ung thư tuyến giáp người trưởng thành, tuy nhiên cũng có một số điểm khác biệt. Ung thư tuyến giáp ở trẻ em có kích thước khối u lớn hơn tại thời điểm chẩn đoán, tính đa ổ, di căn hạch sớm, di căn xa sớm so với ung thư tuyến giáp ở người trưởng thành. Theo nghiên cứu của Zimmerman và cộng sự, 36% trẻ em có các khối u mới được chẩn đoán có kích thước lớn hơn 4 cm, so với chỉ 15% ở người lớn, và 9% trẻ em có khối u nhỏ hơn 1 cm, trong khi tỷ lệ này ở người lớn là 22%. Tỷ lệ di căn hạch và di căn xa tại thời điểm chẩn đoán lần lượt là 89,7% và 6,9%.² Các yếu tố nguy cơ quan trọng nhất đối với ung thư tuyến giáp ở trẻ em bao gồm tiền sử chiếu xạ vùng đầu cổ hoặc liên quan đến các đột biến gen di truyền. Về thể mô bệnh học, nhìn chung giống người trưởng thành, tuy nhiên có sự gia tăng của ung thư tuyến giáp thể tủy liên quan đến đột biến gen gây hội chứng đa u tuyến nội tiết (MEN 2). Mặc dù có những yếu tố trên nhưng ung thư tuyến giáp ở trẻ em có tiên lượng tốt với tỷ lệ tử vong thấp. Hiện nay các hệ thống chẩn đoán, phân loại, hướng dẫn điều trị ung thư tuyến giáp ở trẻ em đều dựa trên các bằng chứng của ung thư tuyến giáp ở người trưởng thành. Điều trị chủ yếu dựa vào phẫu thuật, trong đó phẫu thuật nội soi qua đường miệng (TOETVA) đã được chứng minh hiệu quả và an toàn trên nhóm bệnh nhân phù hợp. Do tỷ lệ mắc bệnh thấp nên các nghiên cứu về đặc điểm của ung thư tuyến giáp trẻ em được phẫu thuật TOETVA có cỡ mẫu còn hạn chế. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm *"Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân trẻ em mắc ung thư tuyến giáp được phẫu thuật nội soi đường miệng tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 15 trẻ em được chẩn đoán ung thư tuyến giáp và điều trị bằng TOETVA từ tháng 2/2020 đến tháng 9/2024 tại trung tâm Ung Bướu và Chăm sóc giảm nhẹ bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

- + Bệnh nhân < 18 tuổi
- + Được phẫu thuật TOETVA tại trung tâm Ung Bướu, bệnh viện Đại học Y Hà Nội.
- + Được chẩn đoán ung thư tuyến giáp bằng mô bệnh học sau phẫu thuật.

+ Có đầy đủ hồ sơ và được sự đồng ý tham gia nghiên cứu của bệnh nhân/ người giám hộ.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Ung thư di căn đến tuyến giáp.
- + U lympho biểu hiện tại tuyến giáp.
- + Tiền sử chiếu xạ vùng cổ.
- + Tiền sử phẫu thuật vùng cổ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang

2.3. Các chỉ số nghiên cứu: Tuổi, giới, kích thước u trên siêu âm, vị trí u, TIRADS (Theo Korean 2021), tế bào học, phương pháp phẫu thuật, giải phẫu bệnh sau mổ, số hạch vét được, số hạch di căn.

2.4. Xử lý số liệu: Bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0 với các thuật toán thống kê y học. Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi hội đồng đạo đức trường Đại học Y Hà Nội.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến hành trên 15 bệnh nhân ung thư tuyến giáp trẻ em

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu	n (%)
Giới	
Nữ	13 (86,7)
Nam	2 (13,3)
Tuổi (TB ± SD)	16,2 ± 2,1 (11 – 18)
Nhóm tuổi n (%)	
<15 tuổi	3 (20)
15 – 18 tuổi	12 (80)

Nữ giới chiếm 86,7%. Độ tuổi trung bình là 16,2±2,1 tuổi, nhỏ nhất là 11 tuổi. Độ tuổi hay gặp là 15 – 18 tuổi chiếm tỷ lệ 80% các trường hợp.

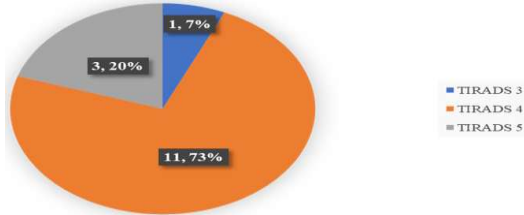
3.2. Đặc điểm cận lâm sàng trước phẫu thuật

Bảng 2: Đặc điểm khối u trên siêu âm

Kích thước u (TB ± SD) mm	11,7±6,2 (5–25)
Vị trí u	n (%)
Thùy phải	8 (53,3)
Thùy trái	4 (26,7)
Eo	1 (6,7)
Hai thùy	2 (13,3)
Tình trạng hạch cổ trên siêu âm	
Có	3 (20)
Không	12 (80)

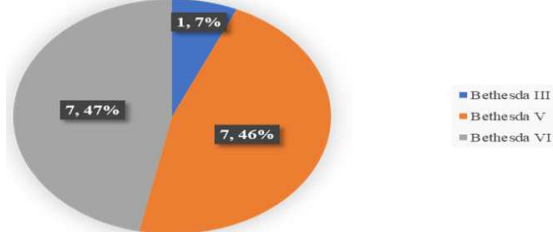
Kích thước u trung bình trong nghiên cứu là 11,7±6,2mm, lớn nhất là 25mm. Về vị trí u hay gặp nhất là thùy phải tuyến giáp với 53,3% các trường hợp, u hai thùy tuyến giáp gặp 2 trường hợp chiếm 13,3%. Có 20% bệnh nhân siêu âm thấy hạch nhóm VI và không có bệnh nhân nào

có hạch cổ bên.



Biểu đồ 1: Đặc điểm khối u giáp trên siêu âm theo TIRADS (Korean – 2021)

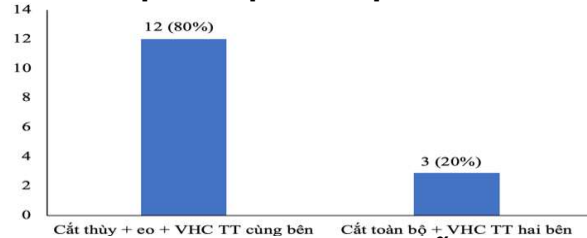
Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, chủ yếu các bệnh nhân được đánh giá là TIRADS 4 chiếm 73,3%, 3 bệnh nhân được đánh giá là TIRADS 5 chiếm 20% và 1 bệnh nhân được đánh giá là TIRADS 3 chiếm 6,7%.



Biểu đồ 2: Đặc điểm tế bào học khối u giáp dựa trên FNA (Bethesda 2018)

Theo phân loại Bethesda 2018, kết quả chọc hút tế bào kim nhỏ có 1 bệnh nhân tế bào không điển hình (Bethesda III). Số bệnh nhân được chẩn đoán ác tính (Bethesda VI) và nghi ngờ ác tính (Bethesda V) ghi nhận 7 trường hợp (chiếm 46,65%).

3.3. Đặc điểm phẫu thuật



Biểu đồ 3: Phương pháp phẫu thuật

Đa số bệnh nhân được phẫu thuật TOETVA cắt thùy + eo giáp + vét hạch cổ trung tâm cùng bên có khối u, chiếm 12 bệnh nhân (80%). Ba bệnh nhân còn lại (20%) được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp + vét hạch cổ trung tâm hai bên, trong đó có 2 bệnh nhân mắc ung thư ở cả hai thùy tuyến giáp và 1 bệnh nhân có khối u được đánh giá là xâm lấn cơ trước giáp (cT3b) trong quá trình phẫu thuật.

3.4. Đặc điểm cận lâm sàng sau phẫu thuật

Bảng 3: Đặc điểm u và hạch sau phẫu thuật

Ung thư đa ổ*	2 (13,3)
Số lượng hạch cổ ⁿ	

Số hạch vét được (hạch)	8,3±5,4 (2 – 21)
Số hạch di căn (hạch)	2,9±3,5 (0 – 11)
Số bệnh nhân có hạch di căn*	
Có	10 (66,7)
Không	5 (33,3)
Kích thước u nhóm di căn hạch (mm)ⁿ	13±6,2 (5 – 25)

*n (%); ⁿ(TB ±SD)

Sau phẫu thuật, 2 trường hợp ung thư đa ổ, chiếm 13,3%. Số lượng hạch vét được và số lượng hạch di căn lần lượt là 8,3 ± 5,4 (2 – 21) và 2,9 ± 3,5 (0 – 11) hạch. 10 bệnh nhân (66,7%) được xác định có di căn hạch. Một bệnh nhân có hạch trên siêu âm trước mổ, nhưng sau mổ được xác định là hạch viêm qua mô bệnh học. Di căn hạch tiềm ẩn xảy ra ở 8 trường hợp, chiếm tỷ lệ 53,3%. Hai bệnh nhân có hạch trên siêu âm trước mổ và được xác nhận là hạch di căn qua mô bệnh học sau mổ.

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm chung của bệnh nhân: Nữ giới chiếm đa số với 86,7%, phù hợp với đặc điểm dịch tễ của ung thư tuyến giáp cũng như nhu cầu thẩm mỹ cao hơn ở nữ giới. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Ngô Quốc Duy (2023), do đối tượng trong nghiên cứu này được lựa chọn phù hợp với phương pháp phẫu thuật TOETVA.³ Trong nghiên cứu này chúng tôi lựa chọn những bệnh nhân giai đoạn sớm phù hợp với phẫu thuật TOETVA. Ung thư tuyến giáp ở nam giới thường có kích thước u lớn hơn, tỷ lệ di căn hạch cổ cao hơn cũng như đặc điểm giải phẫu sụn giáp thường to và nhô cao gây khó khăn hơn trong quá trình phẫu tích.^{4,5} Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 16,2 ± 2,1 (11 – 18) tuổi. Ung thư tuyến giáp ở trẻ em gặp chủ yếu ở trẻ lớn từ 15 - 18 tuổi chiếm 80% các trường hợp, tương đồng với báo cáo dịch tễ trên GLOBALCAN và các nghiên cứu khác.¹

Về đặc điểm trên siêu âm: Kích thước u trung bình là 11,7 ± 6,2 (5 – 25) mm lớn hơn khi so sánh với kích thước u trung bình trên nhóm người lớn. Theo Nguyễn Xuân Hiền (2023) kích thước u trung bình trên nhóm người trưởng thành được phẫu thuật TOETVA là 6,3±1,8 mm.⁶ 20% bệnh nhân ghi nhận có hạch nhóm VI trên siêu âm trước mổ và không có trường hợp nào có hạch cổ bên. Điều này là do chúng tôi chọn những bệnh nhân giai đoạn sớm để phẫu thuật TOETVA. Phân loại TIRADS: các trường hợp chủ yếu là TIRADS 4 chiếm 73,3%, có 1 trường hợp đánh giá TIRADS3 nhưng kết quả FNA ghi nhận Bethesda V và đã được xác nhận bằng mô bệnh học là ung thư.

Về đặc điểm chọc hút tế bào kim nhỏ:

Đa số các trường hợp được đánh giá là ác tính hoặc nghi ngờ ác tính với tỷ lệ đều là 46,65%. 1 bệnh nhân được chẩn đoán là có tế bào không điển hình (Bethesda III) tuy nhiên u được đánh giá là TIRADS 4, giải phẫu bệnh sau mổ xác định là ung thư thể nhú kèm theo 10/15 hạch di căn. Do đó, khi quyết định theo dõi ở những bệnh nhân ung thư tuyến giáp trẻ em cần hết sức thận trọng cân nhắc phối hợp các yếu tố và theo dõi sát.

Về xét nghiệm chức năng tuyến giáp:

Tất cả các bệnh nhân đều có chỉ số TSH và FT4 trước mổ trong giới hạn bình thường. Điều này phù hợp với đặc điểm ung thư tuyến giáp nói chung thường không liên quan đến tình trạng cường giáp hay suy giáp.

Về đặc điểm phẫu thuật:

ATA 2015 khuyến cáo phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp là phẫu thuật tiêu chuẩn đối với ung thư tuyến giáp trẻ em do tính đa ổ và di căn hạch sớm. Tuy nhiên gần đây có nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng cắt thùy tuyến giáp là một lựa chọn cho kết quả không kém hơn cắt toàn bộ đối với những bệnh nhân giai đoạn sớm và chưa có di căn hạch trên lâm sàng.^{7,8} Trong nghiên cứu của chúng tôi, 12 (80%) bệnh nhân không có ung thư đa ổ, không có di căn hạch trên lâm sàng được phẫu thuật cắt thùy + eo giáp + vét hạch cổ trung tâm dự phòng. 2 bệnh nhân có u hai thùy tuyến giáp và 1 bệnh nhân ung thư phá vỡ bao giáp xâm lấn cơ trước giáp (cT3b) được cắt toàn bộ tuyến giáp + vét hạch cổ trung tâm 2 bên. Trong 2 bệnh nhân ung thư hai thùy, 1 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư thùy còn lại bằng sinh thiết tức thì trong mổ. Phẫu thuật TOETVA có ưu điểm tiếp cận được cả 2 thùy tuyến giáp và phẫu trường vét hạch cổ trung tâm rộng rãi, do đó việc cắt toàn bộ tuyến giáp vét hạch cổ trung tâm 2 bên có hiệu quả, do đó có thể chỉ định trong phẫu thuật ung thư tuyến giáp trẻ em trong các trường hợp giai đoạn sớm, chưa có di căn hạch cổ bên. Một lý do nữa cho chỉ định cắt thùy + eo giáp trong nghiên cứu của chúng tôi hầu hết là trẻ lớn nên các đặc điểm về có xu hướng giống người trưởng thành hơn.

Về đặc điểm u và hạch sau phẫu thuật:

Số trường hợp ung thư đa ổ là 2 bệnh nhân chiếm 13,3% thấp hơn các nghiên cứu trước đó được giải thích do tiêu chí lựa chọn cho phẫu thuật TOETVA.⁹ Số lượng hạch vét được và số lượng hạch di căn lần lượt là $8,3 \pm 5,4$ (2 – 21) và $2,9 \pm 3,5$ (0-11) hạch. Có 10 bệnh nhân xác định có di căn hạch chiếm 66,7%. Tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn là 53,3% cao hơn so với nhóm người

trưởng thành được phẫu thuật TOETVA là 32,6% theo Nguyễn Xuân Hiền (2023) phù hợp với đặc điểm của ung thư tuyến giáp trẻ em là di căn hạch sớm.⁶

Về thể mô bệnh học sau mổ: 93,3% các bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp thể nhú biến thể thông thường. 1 (6,7%) bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp thể nhú biến thể xơ hóa lan tỏa với đặc điểm trên siêu âm như mô tuyến không đồng nhất, trong có nhiều đám tăng âm nghi ngờ vi vôi hóa. Tế bào học không thể chẩn đoán biến thể này do xác định chẩn đoán bằng mô đệm xơ hóa lan tỏa. Biến thể này có tính chất ác tính cao, di căn hạch sớm. Bệnh nhân của chúng tôi được cắt toàn bộ tuyến giáp + vét hạch cổ trung tâm 2 bên bằng TOETVA và ghi nhận có 11/21 hạch di căn. Theo nghiên cứu của Keefe và cộng sự trên 458 nốt tuyến giáp cho thấy mối liên quan giữa viêm tuyến giáp tự miễn gia tăng nguy cơ ung thư ở trẻ em có nốt tuyến giáp. Thể này có liên quan chặt chẽ đến biến thể xơ hóa lan tỏa.¹⁰ Bệnh nhân của chúng tôi chưa được chẩn đoán viêm tuyến giáp tự miễn trước đó, tuy nhiên xét nghiệm anti – Tg và anti – TPO trước mổ tăng cao lần lượt là 3927 UI/ml và 544 UI/ml.

V. KẾT LUẬN

Ung thư tuyến giáp ở trẻ em được phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua đường miệng thường được phát hiện ở nhóm trẻ lớn, với các đặc điểm như khối u lớn, tính đa ổ và tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cancer Today.** Accessed February 16, 2025. <https://gco.iarc.who.int/today/>
2. **Zimmerman D, Hay ID, Gough IR, et al.** Papillary thyroid carcinoma in children and adults: long-term follow-up of 1039 patients conservatively treated at one institution during three decades. *Surgery*. 1988;104(6):1157-1166.
3. **Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ung thư tuyến giáp thể biệt hoá ở trẻ em.** Accessed March 24, 2025. <https://tapchihocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/5325/4842>
4. **Kết quả sớm phẫu thuật nội soi đường miệng điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa ở nam giới.** Accessed March 24, 2025. <https://tapchihocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/9790/8629>
5. **Kết quả phẫu thuật ung thư tuyến giáp thể biệt hóa ở nam giới.** Accessed March 24, 2025. <https://tapchinghiencuuyhoc.vn/index.php/tcncyh/article/view/85/61>
6. **Kết quả sớm phẫu thuật nội soi đường miệng điều trị ung thư tuyến giáp thể nhú cT1aN0M0 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.**

Accessed March 24, 2025. <https://tapchi.nghiencuuynhoc.vn/index.php/tcncyh/article/view/2031/1326>

7. **Sudoko CK, Jenks CM, Bauer AJ, et al.** Thyroid Lobectomy for T1 Papillary Thyroid Carcinoma in Pediatric Patients. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2021;147(11):943-950. doi:10.1001/jamaoto.2021.2359
8. **Memeh K, Ruhle B, Alsafran S, et al.** Total Thyroidectomy vs Thyroid Lobectomy for Localized Papillary Thyroid Cancer in Children: A Propensity-Matched Survival Analysis. *Journal of*

the American College of Surgeons. 2021; 233(1):39-49. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2021.03.025

9. **Cherella CE, Richman DM, Liu E, et al.** Predictors of Bilateral Disease in Pediatric Differentiated Thyroid Cancer. *J Clin Endocrinol Metab.* 2021;106(10):e4242-e4250. doi:10.1210/clinem/dgab210
10. **Keefe G, Culbreath K, Cherella CE, et al.** Autoimmune Thyroiditis and Risk of Malignancy in Children with Thyroid Nodules. *Thyroid.* 2022; 32(9): 1109-1117. doi:10.1089/thy.2022.0241

U XƠ TỬ CUNG KÝ SINH VÀO PHÚC MẠC THÀNH BỤNG SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI BỐC U XƠ CÓ DỪNG MÁY NGHIỀN BỆNH PHẨM: BÁO CÁO CHÙM CA BỆNH VÀ TỔNG QUAN TÀI LIỆU

Đặng Thị Hồng Thiện¹, Nguyễn Bảo Giang¹,
Nguyễn Thị Phương Thảo¹, Ngô Vương Minh¹

TÓM TẮT

U xơ tử cung ký sinh vào phúc mạc thành bụng là một bệnh lý hiếm gặp đặc trưng bởi nhiều khối tế bào cơ trơn nằm rải rác trong phúc mạc thành bụng. Chúng tôi xin báo cáo chùm 03 ca bệnh u xơ tử cung ký sinh vào phúc mạc thành bụng sau phẫu thuật nội soi bóc u xơ tử cung có dừng máy nghiền bệnh phẩm tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương. Bệnh nhân thứ nhất 42 tuổi, có 2 con, năm 2015 được phẫu thuật nội soi bóc u xơ tử cung. Năm 2020 đi khám vì đau bụng hạ vị, được chẩn đoán khối u tái phát, được chỉ định phẫu thuật mổ mở cắt tử cung. Mở bụng thấy sát sùng trái vị trí trocar cũ có vài nhân xơ 1- 2cm, trong ổ bụng có nhiều khối u không liên tục với tử cung ở vị trí sau phúc mạc thành bụng sát trực tràng và trước bàng quang. Bệnh nhân thứ hai 50 tuổi, năm 2019 cũng được phẫu thuật nội soi bóc u xơ tử cung, năm 2024 đi khám phụ khoa định kỳ phát hiện khối u xơ tái phát và được chỉ định nội soi cắt tử cung. Quan sát ổ bụng thấy tử cung chỉ có khối u xơ nhỏ 1 cm, thành chậu hai bên và phúc mạc thành bụng có các khối u xơ ký sinh, có khối u xơ 10 cm ký sinh vào quai đại tràng. Ca bệnh thứ 3 bệnh nhân 49 tuổi, tiền sử nội soi bóc nhân xơ cách 7 năm, trong phẫu thuật quan sát thấy khối u xơ ký sinh vào thành mạc ruột. Các bệnh nhân đều được tiến hành bóc các khối u xơ cho kết quả giải phẫu bệnh là khối u cơ nhẵn lành tính, được ra viện vào ngày 6 với tình trạng hậu phẫu ổn định. **Từ khóa:** U xơ tử cung ký sinh vào phúc mạc thành bụng, phẫu thuật nội soi bóc u xơ tử cung, báo cáo ca bệnh.

SUMMARY

¹Bệnh viện Phụ sản Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Vương Minh

Email: vuongminhbaba@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.5.2025

Ngày duyệt bài: 27.6.2025

LEIOMYOMATOSIS PERITONEALIS DISSEMINATA (LPD) AFTER LAPAROSCOPIC MYOMECTOMY USING MORCELATOR: CASES REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

Leiomyomatosis peritonealis disseminata (LPD) is a rare disease characterized by dissemination and proliferation of peritoneal and subperitoneal lesions primarily originated from smooth muscle cells. We report three cases of LPD after laparoscopic myomectomy at national hospital of obstetrics and gynecology. First, 42 – year – old woman who had two children, was indicated for laparoscopic myomectomy in 2015. In 2020, she went to her gynecologist complaining of abdominal pain. A MRI and ultrasound were performed and reported multiple pelvic masses, subsequently excised during laparotomy. An exploratory laparotomy revealed nodules on the peritoneum, greater omentum and terminal ileum. Second, 50 – year – old woman was also indicated for laparoscopic myomectomy in 2019. Under laparoscopic visualization, many LPD nodules involved the peritoneum, omentum and a 10 cm - nodule in diameter involving the surface of the rectum. Last, 49 – year – old woman who undergone laparoscopic myomectomy 7 years ago was identified a nodule in the surface of the large intestine under laparoscopic visualization. The final histological examination of all three cases confirmed the diagnosis of LPD. Their postoperative periods were uneventful, and the patients were discharged on postop day 6.

Keywords: Leiomyomatosis peritonealis disseminata, laparoscopic myomectomy, cases report.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U xơ tử cung ký sinh vào phúc mạc thành bụng là bệnh lý hiếm gặp, đặc trưng bởi nhiều khối tế bào cơ trơn nằm rải rác trong tiểu khung và khoang phúc mạc, được mô tả lần đầu năm