

- safety of antiviral therapy during pregnancy", pp.
2. **KT Yip, SM Chan, TL Que** (2006), "Immunoprophylaxis of babies borne to hepatitis B carrier mothers". Hong Kong Med J, 12(5), pp. 368-74.
  3. **Yi-Yang Zhu, Ying-Zi Mao, Wei-Ling Wu. et al.** (2010), "Does hepatitis B virus prenatal transmission result in postnatal immunoprophylaxis failure?". Clinical vaccine immunology, 17(12), pp. 1836-1841.
  4. **Tianyan Chen, Jing Wang, Yuling Feng. et al.** (2013), "Dynamic changes of HBV markers and HBV DNA load in infants born to HBsAg (+) mothers: can positivity of HBsAg or HBV DNA at birth be an indicator for HBV infection of infants?". BMC infectious diseases, 13(1), pp. 1-8.
  5. **Lê Đình Vinh Phúc, Huỳnh Hồng Quang** (2016), "Nghiên cứu tỉ lệ và đặc điểm của nhiễm virus viêm gan B ở phụ nữ độ tuổi sinh đẻ từ 20 đến 35 tại trung tâm y khoa Medic thành phố Hồ Chí Minh năm 2015". Tạp chí Y học dự phòng, 8(181), pp. 108-117.
  6. **Phí Đức Long** (2014). Đánh giá đáp ứng tạo kháng thể đối với vắc xin phòng viêm gan B ở trẻ có mẹ mang HBsAg. Luận án Tiến sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
  7. **Kai-Chi Chang, Mei-Hwei Chang, Chien-Nan Lee. et al.** (2019), "Decreased neonatal hepatitis B virus (HBV) viremia by maternal tenofovir treatment predicts reduced chronic HBV infection in children born to highly viremic mothers". Alimentary pharmacology therapeutics, 50(3), pp. 306-316.
  8. **Chu Thị Thu Hà, Đinh Phương Hòa** (2008), "Hiệu quả của biện pháp phối hợp can thiệp tiêm phòng Globulin miễn dịch và vắc xin viêm gan B cho trẻ trong vòng 24 giờ đầu sau khi sinh tại Hà Nội". Tạp chí Y học dự phòng, 4(96), pp. 24-27.
  9. **IS Elefsiniotis, M Papadakis, G Vlahos. et al.** (2009), "Clinical significance of hepatitis B surface antigen in cord blood of hepatitis B e-antigen-negative chronic hepatitis B virus-infected mothers". Intervirology, 52(3), pp. 132-134.

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ TỬY

Nguyễn Xuân Hậu<sup>1,2</sup>, Nguyễn Xuân Hiền<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** đánh giá kết quả phẫu thuật trong ung thư tuyến giáp thể tửy tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu kết hợp hồi cứu và tiền cứu trên 34 bệnh nhân chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến giáp thể tửy được phẫu thuật tại bệnh viện đại học Y Hà Nội từ 1/1/2015 đến 30/06/2020. **Kết quả:** Tất cả bệnh nhân đều được cắt tuyến giáp toàn bộ + vét hạch. Tỉ lệ vét hạch nhóm trung tâm đơn thuần là 58,8%, vét hạch nhóm trung tâm + hạch cổ một bên là 17,6% trong khi vét hạch nhóm trung tâm và hạch cổ hai bên là 23,5%. Tỉ lệ bệnh nhân ở giai đoạn I, II, III lần lượt là 29,4%, 17,6% và 17,6%. Giai đoạn IV chiếm 35,3%. Khàn tiếng và cơn co rút ngón tay chân trong 1 thời gian sau phẫu thuật gặp ở 23,5% và 14,7% trường hợp. Có 1 trường hợp rò bạch huyết sau phẫu thuật chiếm 2,9%. **Kết luận:** Phẫu thuật ung thư tuyến giáp thể tửy an toàn, hiệu quả

**Từ khóa:** ung thư tuyến giáp thể tửy, kết quả phẫu thuật

### SUMMARY

#### SURGICAL RESULTS OF MEDULLARY THYROID CANCER

**Objective:** to evaluate surgical results of medullary thyroid cancer at Hanoi medical university Hospital.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hậu

Email: drnguyenxuanhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 17.01.2022

Ngày duyệt bài: 8.2.2022

**Subjects and Methods:** a retrospective combined with prospective cohort study of 34 medullary thyroid carcinoma patients treated by surgery at Hanoi Medical University Hospital from 1<sup>st</sup> January 2015 to 30<sup>th</sup> Jun 2020. **Results:** All patients had undergone total thyroidectomy and lymphnode dissection. The rate of central compartment dissection only, central compartment plus unilateral neck dissection, and bilateral neck dissection were 58.8%, 17.6% and 23.5% respectively. Postoperative stage I, II, III and IV were 29.4%, 17.6%, 17.6% and 35.3%. The most common complications were transient recurrent laryngeal injury and hypoparathyroidism, with the incidence at early post-surgery were 23.5% and 14.7%. Only one patient had chyle leak complication (2.9%). **Conclusion:** Surgery of medullary thyroid carcinoma is safe and effective.

**Keyword:** medullary thyroid cancer, surgical results

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tuyến giáp là loại ung thư phổ biến nhất của hệ nội tiết (chiếm 90%)<sup>1</sup>. Ung thư tuyến giáp gồm 4 thể chính là ung thư thể nhú, ung thư thể nang, ung thư thể nang và ung thư thể không biệt hóa trong đó thể tửy chiếm 3-5%<sup>2</sup>. Ung thư tuyến giáp thể tửy có nguồn gốc từ tế bào C của tuyến giáp, đây là thể bệnh có tiên lượng xấu trong các thể của ung thư tuyến giáp, tỉ lệ sống thêm sau 10 năm đạt 70%<sup>3</sup>. Trong ung thư tuyến giáp thể tửy tỉ lệ di căn hạch cổ tại thời điểm chẩn đoán lên tới 65%<sup>4</sup>. Thời gian sống thêm trung bình của bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể tửy thấp hơn so với thể nhú hoặc nang<sup>5</sup>. Trong ung thư tuyến giáp nổi

chung và ung thư tuyến giáp thể tủy nói riêng phẫu thuật là phương pháp điều trị quan trọng và chủ yếu. Phương pháp phẫu thuật trong ung thư tuyến giáp thể tủy là cắt tuyến giáp toàn bộ (cắt TGTB) kèm vét hạch cổ. Xạ trị và điều trị đích là các phương pháp điều trị bổ trợ được cân nhắc tùy từng trường hợp.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên 34 bệnh nhân chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến giáp thể tủy được phẫu thuật tại bệnh viện đại học Y Hà Nội từ 1/1/2015 đến 30/06/2020.

### Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp được phẫu thuật cắt tuyến giáp và vét hạch theo phác đồ có kết quả xét nghiệm giải phẫu bệnh khẳng định là ung thư biểu mô tuyến giáp thể tủy.

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ kết quả: khám lâm sàng, cận lâm sàng trước và sau mổ.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

### Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đã được phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại tuyến trước.

- Bệnh nhân cũ đến điều trị tiếp vì tái phát, di căn hoặc lý do khác.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu.

### 2.3. Các chỉ số nghiên cứu

- Khai thác các thông tin lâm sàng, cận lâm sàng (siêu âm tuyến giáp đánh giá kích thước u, số lượng u, phân loại TIRADS, tình trạng di căn

hạch cổ và chọc hút tế bào trước mổ).

- Phương pháp phẫu thuật.

- Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ, khám theo dõi định kỳ sau mổ.

- Các tai biến, biến chứng xảy ra trong và sau phẫu thuật

- Mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ và biến chứng khản tiếng, tê bì tay chân

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Phương pháp phẫu thuật và giai đoạn bệnh

**Bảng 1. Phân loại theo phương pháp phẫu thuật tuyến giáp và vét hạch cổ**

Các phương pháp phẫu thuật		Số BN (n=34)	Tỉ lệ (%)
Cắt tuyến giáp toàn bộ	Vét hạch cổ trung tâm	20	58,8
	Vét hạch cổ trung tâm + vét hạch cổ một bên	6	17,6
	Vét hạch cổ trung tâm + vét hạch cổ hai bên	8	23,5

Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp

**Phân loại giai đoạn bệnh sau phẫu thuật:** giai đoạn I chiếm 29,4%

### 3.2. Kết quả phẫu thuật

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật: Phần lớn bệnh nhân nằm viện sau phẫu thuật từ 6 - 10 ngày (82,3%).

Thời gian rút dẫn lưu sau phẫu thuật: Đa số bệnh nhân được rút dẫn lưu sau phẫu thuật 3 - 5 ngày chiếm tỉ lệ 82,3%.

Các biến chứng sau phẫu thuật: tỷ lệ khản tiếng tạm thời chiếm 23,5%.

**Bảng 4. Mối liên quan giữa tỉ lệ khản tiếng và các yếu tố**

Đặc điểm		Khản tiếng sau mổ n (%)		Giá trị p
		Có	Không	
Ung thư hai thùy	Có	6 (20,7)	23 (79,3)	0,57
	Không	2 (40)	3(60)	
Giai đoạn pT	T1 - T2	6 (21,4)	22 (78,6)	0,61
	T3 - T4	2 (33,3)	4 (66,7)	
Di căn hạch	Có di căn hạch	6 (37,5)	10 (62,5)	0,11
	Không di căn hạch	2 (11,9)	16 (88,1)	
Phương thức phẫu thuật	Cắt TGTB + vét hạch cổ trung tâm	4 (20)	16 (80)	0,54
	Cắt TGTB + vét hạch cổ một bên	1 (16,7)	5(83,3)	
	Cắt TGTB + vét hạch cổ hai bên	1 (37,5)	5 (62,5)	

**Bảng 5. Mối liên quan giữa tỉ lệ tê bì cơ rút tay chân và các yếu tố**

Đặc điểm		Tê bì cơ rút chân tay n (%)		Giá trị p
		Có	Không	
Ung thư hai thùy	Có	5 (17,2)	24 (82,8)	0,43
	Không	0	5 (100)	
Giai đoạn pT	T1 - T2	5 (17,9)	23 (82,1)	0,56
	T3 - T4	0	6 (100)	
Di căn hạch	Có di căn hạch	2 (12,5)	14(87,5)	0,56

	Không di căn hạch	3 (16,7)	15 (83,3)	
Phương thức phẫu thuật	Cắt TGTB + vét hạch cổ trung tâm	1 (5)	19 (95)	<b>0,025</b>
	Cắt TGTB + vét hạch cổ một bên	3 (30)	3 (30)	
	Cắt TGTB + vét hạch cổ hai bên	1 (12,5)	7 (87,5)	

Có mối liên quan giữa tỷ lệ biến chứng với phương thức phẫu thuật với  $p < 0,05$

#### IV. BÀN LUẬN

Trong ung thư tuyến giáp thể tủy, tỉ lệ di căn hạch cổ lên tới 65% theo 1 số nghiên cứu<sup>4,6</sup>. Theo NCCN khi khối ung thư giáp < 1cm, ở 1 bên thì cân nhắc vét hạch cổ trung tâm, khi khối ung thư giáp từ 1cm trở lên hoặc bệnh lý 2 bên tuyến giáp hoặc khối u phát triển ra ngoài tuyến giáp thì vét hạch cổ trung tâm là bắt buộc, vét hạch cổ bên được chỉ định khi đánh giá trên lâm sàng hoặc cân lâm sàng có di căn hạch cổ bên<sup>7</sup>. Theo khuyến cáo của ATA vét hạch cổ nhóm VI là bắt buộc trong ung thư tuyến giáp thể tủy. Vét hạch cổ bên tiến hành khi phát hiện di căn hạch trên lâm sàng - cận lâm sàng hoặc calcitonin > 200 pg/mL trước mổ<sup>8</sup>. Trong nghiên cứu của chúng tôi 58,8% các trường hợp bệnh nhân được phẫu thuật cắt giáp toàn bộ kèm vét hạch cổ trung tâm đơn thuần; có 17,6% các trường hợp bệnh nhân được phẫu thuật cắt giáp toàn bộ kèm vét hạch cổ trung tâm + vét hạch cổ một bên; có 23,5% các trường hợp bệnh nhân được phẫu thuật cắt giáp toàn bộ kèm vét hạch cổ trung tâm + vét hạch cổ hai bên. So với nghiên cứu của Roman<sup>5</sup>, các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được vét hạch cổ thường quy và rộng rãi hơn. Kết quả của chúng tôi tỉ lệ bệnh nhân ở giai đoạn I, II, III lần lượt là 29,4%, 17,6% và 17,6%. Giai đoạn IV chiếm 35,3%. Kết quả này thấp hơn so với các nghiên cứu trước đây. Cũng theo Roman tỉ lệ bệnh nhân có di căn xa lên tới 13%<sup>5</sup>. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là 6 – 10 ngày (82,3%). Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Lê Văn Long với thời gian nằm viện chủ yếu là 6 – 10 ngày (90,91%), có 6,82% nằm viện sau phẫu thuật dưới 6 ngày<sup>9</sup>.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân có biểu hiện khàn tiếng tại thời điểm 24h sau phẫu thuật chiếm tỉ lệ 23,5%, sau 1 tháng là 14,7% và sau 6 tháng là 11,8%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Lê Văn Long, theo dõi sau 24 giờ, 72 giờ và 1 tuần đầu tỉ lệ khàn tiếng của các bệnh nhân sau phẫu thuật lần lượt là 23,6%, 30,5% và 22,7%<sup>9</sup>.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân hạ canxi máu có biểu hiện lâm sàng cơn tê bì cơ rút đầu ngón chân tay sau 24h là 14,7%; sau 1 tháng là 5,9% và sau 6 tháng là 2,9%. Do

cỡ mẫu và tỉ lệ vét hạch cổ khác nhau, nên kết quả có sự khác biệt theo các nghiên cứu. Về các biến chứng khác, trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp rò bạch huyết. Đây là 1 bệnh nhân nam giới đến viện vì sờ thấy hạch vùng cổ bên trái đã được phẫu thuật vét hạch cổ 2 bên rộng rãi. Sau mổ bệnh nhân có rò bạch huyết được điều trị nội khoa kháng sinh, nhịn ăn, truyền dịch nuôi dưỡng tĩnh mạch thành công mà không phải can thiệp bạch mạch hay phẫu thuật lại.

#### V. KẾT LUẬN

Tất cả bệnh nhân đều được cắt tuyến giáp toàn bộ. Tỉ lệ vét hạch nhóm trung tâm đơn thuần là 58,8%, vét hạch nhóm trung tâm và hạch cổ một bên là 17,6% trong khi vét hạch nhóm trung tâm và hạch cổ hai bên là 23,5%. Tỉ lệ bệnh nhân ở giai đoạn I, II, III lần lượt là 29,4%, 17,6% và 17,6%. Giai đoạn IV chiếm 35,3%.

Khàn tiếng và cơn co rút ngón tay chân sớm sau phẫu thuật gặp ở 23,5% và 14,7% trường hợp. Có 1 trường hợp rò bạch huyết sau phẫu thuật chiếm 2,9%.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Bá Đức. Dịch tễ học bệnh ung thư. Nhà xuất bản Y học; 2008.
2. Ricardo VL, Y. Osamura R. WHO classification of tumours of endocrine organs. IARC. 2017.
3. Pelizzo MR, Boschin IM, Bernante P, et al. Natural history, diagnosis, treatment and outcome of medullary thyroid cancer: 37 years experience on 157 patients. Eur J Surg Oncol. 2007;33(4):493-497.
4. Scollo C, Baudin E, Travagli JP, et al. Rationale for central and bilateral lymph node dissection in sporadic and hereditary medullary thyroid cancer. J Clin Endocrinol Metab. 2003;88(5):2070-2075.
5. Roman S, Lin R, Sosa JA. Prognosis of medullary thyroid carcinoma: demographic, clinical, and pathologic predictors of survival in 1252 cases. Cancer. 2006;107(9):2134-2142.
6. Hyer SL, Vini L, A'Hern R, Harmer C. Medullary thyroid cancer: multivariate analysis of prognostic factors influencing survival. Eur J Surg Oncol. 2000;26(7):686-690.
7. Thyroid Cancer. NCCN guideline version 1. 2019.
8. Wells SA, Jr., Asa SL, Dralle H, et al. Revised American Thyroid Association guidelines for the management of medullary thyroid carcinoma. Thyroid. 2015;25(6):567-610.
9. Lê Văn Long. Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại bệnh viện K năm 2017: Luận văn thạc sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội; 2018.