

giúp giảm thời gian đào tạo cho phẫu thuật viên, qua đó đẩy mạnh số lượng phẫu thuật thay van ĐMC ít xâm lấn đường bên phải, mang lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Baumgartner H, Falk V, Bax JJ, et al. 2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. Eur Heart J. 2017;38(36):2739-2791. doi:10.1093/eurheartj/ehx391
2. Ghanta RK, Lapar DJ, Kern JA, et al. Minimally invasive aortic valve replacement provides equivalent outcomes at reduced cost compared with conventional aortic valve replacement: A real-world multi-institutional analysis. J Thorac Cardiovasc Surg. 2015;149(4):1060-1065. doi:10.1016/j.jtcvs.2015.01.014
3. Klein P, Klop IDG, Kloppenburg GLT, van Putte BP. Planning for minimally invasive aortic valve replacement: key steps for patient assessment. Eur J Cardiothorac Surg. 2018;53(suppl_2):ii3-ii8. doi:10.1093/ejcts/ezy086
4. Tamagnini G, Biondi R, Giglio MD. Aortic Valve Replacement Via Right Anterior Mini-Thoracotomy: the Conventional Procedure Performed Through a Smaller Incision. Braz J Cardiovasc Surg. 2021; 36(1): 120-124. doi: 10.21470/1678-9741-2020-0165
5. Bethencourt DM, Le J, Rodriguez G, Kalayjian RW, Thomas GS. Minimally Invasive Aortic Valve Replacement via Right Anterior Minithoracotomy and Central Aortic Cannulation: A 13-Year Experience. Innovations (Phila). 2017;12(2): 87-94. doi: 10.1097/IMI.0000000000000358
6. Ribeiro IB, Ruel M. Right Anterior Minithoracotomy for Aortic Valve Replacement: A Widely Applicable, Simple, and Stepwise Approach. Innovations (Phila). 2019;14(4):321-329. doi: 10.1177/1556984519844745
7. Seitz M, Goldblatt J, Paul E, Marcus T, Larobina M, Yap CH. Minimally Invasive Aortic Valve Replacement Via Right Anterior Mini-Thoracotomy: Propensity Matched Initial Experience. Heart Lung Circ. 2019;28(2):320-326. doi: 10.1016/j.hlc.2017.11.012
8. Mikus E, Turci S, Calvi S, Ricci M, Dozza L, Del Giglio M. Aortic valve replacement through right minithoracotomy: is it really biologically minimally invasive? Ann Thorac Surg. 2015;99(3):826-830. doi:10.1016/j.athoracsur.2014.09.046
9. Robinson DA, Johnson CA, Goodman AM, Knight PA. Concomitant Annular Enlargement in Minimally Invasive Aortic Valve Replacement. Innovations (Phila). 2019;14(2): 159-167. doi: 10.1177/1556984519827685
10. Bowdish ME, Hui DS, Cleveland JD, et al. A comparison of aortic valve replacement via an anterior right minithoracotomy with standard sternotomy: a propensity score analysis of 492 patients. Eur J Cardiothorac Surg. 2016;49(2):456-463. doi:10.1093/ejcts/ezv038

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ TỬY TẠI BỆNH VIỆN K GIAI ĐOẠN 2016-2023

Ngô Xuân Quý¹, Ngô Quốc Duy^{1,2}, Trần Đức Toàn², Lê Thế Đường², Lê Văn Quảng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ung thư tuyến giáp thể tửy tại Bệnh viện K giai đoạn 2016-2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 54 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến giáp thể tửy điều trị tại bệnh viện K từ tháng 01/01/2016 đến tháng 01/11/2023. **Kết quả:** Tỷ lệ nữ/nam là 1/1,08, độ tuổi trung bình là 52,7±11,3 (27-74) tuổi. Đánh giá trên siêu âm chủ yếu là TIRADS 4 (66,7%), tỉ lệ chọc hút tế bào kim nhỏ chẩn đoán ung thư tuyến giáp thể tửy là 61,1%. Bệnh nhân chủ yếu giai đoạn III, IVa chiếm tỷ lệ 38,9% và 27,8%. Tỷ lệ di căn hạch chung là

53,7%. Tổn thương TKTQQN và tuyến cận giáp tạm thời là hai biến chứng hay gặp nhất với tỉ lệ 29,6% và 22,2%. Theo dõi sau điều trị có 9 bệnh nhân tái phát trong đó 2 BN tái phát tại chỗ, 5 BN tái phát hạch và 2 BN di căn xa, có 1 BN tử vong. Thời gian sống thêm toàn bộ 5 năm đạt 91,7% với trung vị 81 tháng. Thời gian sống thêm không bệnh 5 năm đạt 73,1% với trung vị 70,2 tháng. **Kết luận:** Ung thư tuyến giáp thể tửy là bệnh lý ác tính hiếm gặp, tỷ lệ di căn hạch cao. Siêu âm, chọc hút tế bào kim nhỏ kèm xét nghiệm CEA, Calcitonin có vai trò chẩn đoán. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính, xạ trị có vai trò hỗ trợ trong các trường hợp nguy cơ cao. Bệnh có tiên lượng tương đối tốt với tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm là 91,7% và sống thêm không bệnh 5 năm là 73,1%.

Từ khóa: ung thư tuyến giáp thể tửy, di căn hạch, tái phát, thời gian sống thêm

SUMMARY

RESULT OF MEDULLARY THYROID CARCINOMA TREATMENT IN VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Objectives: To study clinicopathological

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Xuân Quý

Email: ngoxuanquy1979@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 27.2.2024

Ngày duyệt bài: 15.3.2024

characteristics and results of medullary thyroid carcinoma treatment at Vietnam National Cancer Hospital. **Patients and methods:** A descriptive study of 54 medullary thyroid carcinoma patients who were diagnosed from January 2016 to November 2023 at Vietnam National Cancer Hospital. **Results:** Male/female ratio was 1/1.08, mean age was 52.7±11.3. 66.7% tumors were classified as TIRADS 4 on ultrasound, and FNA gave medullary thyroid carcinoma results in 61.1% cases. Patients with stage III and IVa disease were 38.9% và 27.8%. Overall rate of lymph node metastasis was 53.7%. Most of surgical complications were transient hoarse voice (29.6%) and transient hypocalcemia (22.2%). 2 patients had local recurrence, 5 had lymph node metastasis, 2 had distant metastasis, and 1 died. The 5-year overall survival (OS) rate was 91.7% with a median of 81 months. The 5-year disease-free survival (DFS) rate was 73.1% with a median of 70.2 months. **Conclusion:** Medullary thyroid carcinoma is a rare endocrine malignancy and lymph node metastasis is common. Ultrasound, FNA, CEA and calcitonin play a diagnostic role. Surgery is the main treatment method, radiotherapy has an adjunctive role in high-risk cases. The 5-year OS rates (91.7%) and 5-year DFS rates are good (73.1%).

Keywords: medullary thyroid cancer, lymph node metastasis, recurrence, disease-free survival

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tuyến giáp gồm 4 loại chính là ung thư thể nhú, ung thư thể nang, ung thư thể tủy và ung thư không biệt hóa trong đó thể biệt hóa (gồm thể nhú và thể nang) chiếm khoảng 90% thể tủy chiếm 3-5% và thể không biệt hóa chiếm 2-5% ung thư tuyến giáp [1].

Ung thư tuyến giáp thể tủy được đánh giá là thể bệnh có tiên lượng xấu thứ 2 trong các thể của ung thư tuyến giáp (sau ung thư thể không biệt hóa). Ung thư giáp thể tủy có tính chất gia đình và di truyền, có nguồn gốc từ tế bào C của tuyến giáp. Khác với ung thư giáp biệt hóa trong ung thư giáp thể tủy calcitonin và CEA được coi làm chất chỉ điểm theo dõi tái phát [2,3]. Điều trị phẫu thuật có vai trò chính trong điều trị, xạ trị bổ trợ được chỉ định trong các trường hợp nguy cơ cao đặt biệt với các trường hợp phẫu thuật R2 sau mổ [2,3]. Phẫu thuật trong ung thư tuyến giáp thể tủy là cắt tuyến giáp toàn bộ kèm vét hạch cổ. Điều trị đích được chỉ định khi bệnh tiến triển sau khi áp dụng phương pháp trên hoặc khi bệnh nhân đến viện mà đánh giá không thể phẫu thuật được.

Đánh giá về đặc điểm bệnh học và điều trị của bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể tủy đã được trình bày ở các nghiên cứu trên thế giới, tuy nhiên tại Việt Nam còn chưa được thực hiện nhiều. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài: "Đánh giá kết quả điều trị ung thư tuyến giáp thể tủy tại

Bệnh viện K giai đoạn 2016-2023" với mục tiêu phân tích các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể tủy và đánh giá kết quả điều trị của các bệnh nhân này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến giáp thể tủy và điều trị tại bệnh viện K từ tháng 01/01/2016 đến tháng 01/11/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

+ Bệnh nhân ung thư biểu mô 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.

Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân từ chối phẫu thuật.

+ Bệnh nhân đã được phẫu thuật tuyến giáp tại cơ sở y tế khác.

+ UTTG tái phát.

+ Bệnh nhân không có hồ sơ bệnh án đầy đủ.

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 trước mổ, phương pháp phẫu thuật và kết quả giải phẫu bệnh sau mổ, khám theo dõi định kỳ sau mổ. Phân loại TIRADS được sử dụng theo ACR-TIRADS 2017, phân loại giai đoạn bệnh theo AJCC 2017.

2.4. Xử lý số liệu: Theo phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tuổi	52,7 ± 11,3 (27-74)	
Giới	Nam	28 / 51,9
	Nữ	26 / 48,1
Số lượng u	Đơn ổ	23 / 42,6
	Đa ổ	31 / 57,4
Vị trí u	Một thùy/eo	35 / 64,8
	Hai thùy	19 / 35,2
Phân loại TIRADS	3	0 / 0
	4	36 / 66,7
	5	18 / 33,3
FNA	Dương tính thể tủy	18 / 33,3
	Nghi ngờ thể tủy	15 / 27,8
	Âm tính	21 / 38,9
CEA	Tăng	25 / 46,3
	Bình thường	29 / 53,7
Calcitonin	Tăng	38 / 70,4
	Bình thường	16 / 29,6

Nhận xét: Trong số 54 BN nghiên cứu, độ tuổi trung bình là 52,7 ± 11,3 tuổi (27-74). Tỷ lệ Nam/ Nữ không có sự khác biệt. Đặc điểm khối u thường đa ổ (57,4%), trên siêu âm phân loại TIRADS 4 chiếm chủ yếu (66,7%). Chọc tế bào bằng kim nhỏ có thể chẩn đoán 61,1% BN ung thư tuyến giáp thể tủy. Chỉ số CEA, Calcitonin thường tăng, Calcitonin có xu hướng đặc hiệu hơn trong UTTG thể tủy.

Bảng 2. Đặc điểm giai đoạn bệnh sau phẫu thuật

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	
Giai đoạn lâm sàng khối u (pT)	T1	23	42,6
	T2	9	16,7
	T3a	2	3,7
	T3b	11	20,4
	T4a	9	16,7
	T4b	0	0
Di căn hạch (pN)	N0	25	46,3
	N1a	29	53,7
	N1b	16	29,6
Giai đoạn	I	14	25,9
	II	4	7,4
	III	21	38,9
	IVA	15	27,8

Nhận xét: Đa số khối u phát hiện giai đoạn T1 (42,6%). Tuy nhiên tỷ lệ di căn hạch cao (53,7%), trong đó di căn hạch cổ bên là 29,6%. Do vậy giai đoạn sau mổ chủ yếu giai đoạn III, IVA chiếm tỷ lệ 38,9% và 27,8%.

Bảng 3. Phương pháp điều trị

Phương pháp điều trị	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
PT đơn thuần	38	70,4
PT+ xạ trị bổ trợ	16	29,6
Tổng	54	100
Các phương pháp phẫu thuật		
Cắt TBTG + VHC trung tâm	34	63
Cắt TBTG + VHC trung tâm + VHC 1 bên	12	22,2
Cắt TBTG + VHC trung tâm + VHC 2 bên	8	14,8
Tổng	54	100

Nhận xét: Tất cả BN đều được cắt toàn bộ tuyến giáp và vét hạch cổ trung tâm, trong đó có 20 BN vét hạch cổ bên. Tỷ lệ BN có chỉ định xạ trị bổ trợ chiếm 29,6% trong các trường hợp nguy cơ cao (u phá vỡ xâm lấn, di căn nhiều hạch, hạch phá vỡ)

Bảng 4. Biến chứng sớm sau phẫu thuật

Biến chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Chảy máu	0	0
Khó thở	2	3,7

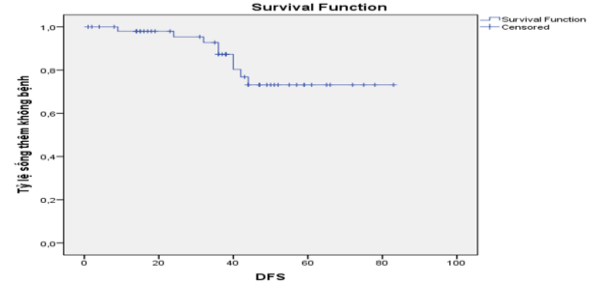
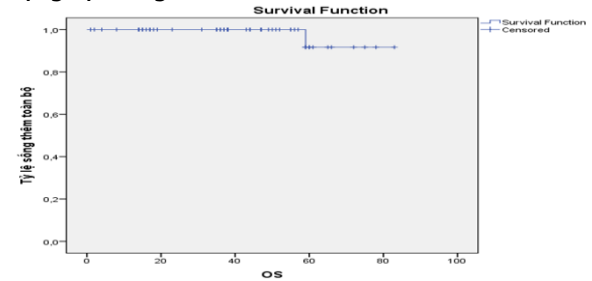
Khàn tiếng tạm thời	16	29,6
Khàn tiếng vĩnh viễn	2	3,7
Hạ canxi tạm thời	12	22,2
Hạ Canxi vĩnh viễn	0	0
Rò bạch huyết	4	7,4

Nhận xét: Khàn tiếng tạm thời và hạ canxi tạm thời là 2 biến chứng thường gặp nhất sau mổ. Tuy nhiên các biến chứng này giảm dần và tỷ lệ xuất hiện sau 6 tháng rất thấp. Có 2 BN xuất hiện khó thở sau mổ phải mở khí quản do khối u và hạch di căn xâm lấn thần kinh TQQN.

Bảng 5. Đặc điểm tái phát sau điều trị

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	
Tái phát	Tái phát	9	16,7
	Không tái phát	45	83,3
Vị trí tái phát	Tại chỗ (hở giáp)	2	22,2
	Tại hạch	5	55,6
Thời gian tái phát	Di căn xa	2	22,2
	≤12 tháng	1	11,1
	12-24 tháng	3	33,3
	>24 tháng	5	55,6

Nhận xét: Có 9 BN tái phát sau mổ trong thời gian theo dõi đến thời điểm nghiên cứu tháng 11/2023. Trong đó có 2 BN tái phát tại chỗ, 5 BN tái phát hạch và 2 BN di căn xa (di căn phổi và hạch trung thất). Có 1 BN tử vong do bệnh tái phát tại chỗ, và di căn hạch xâm lấn rộng tại vùng cổ.



Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh

Nhận xét: Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình 81 tháng, ngắn nhất là 1 tháng, dài nhất 83 tháng. Tại thời điểm 5 năm, tỷ lệ sống thêm toàn bộ đạt 91,7%.

Thời gian sống thêm không bệnh trung bình 70,19 tháng. Tại thời điểm 5 năm, tỷ lệ sống thêm không bệnh đạt 73,1%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ nữ/nam là 1/1,08. Tỉ lệ này tương đương tỉ lệ nữ/ nam là 1/1,05 trong nghiên cứu trên 161 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể tủy tại bệnh viện đại học Texas của Saad và các cộng sự [4]. Trong khi UTTG thể biệt hóa thường gặp hơn ở phụ nữ thì UTTG thể tủy tỷ lệ giới tính thường không có sự khác biệt. Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là $52,7 \pm 11,3$, trong đó bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 27 tuổi, cao tuổi nhất là 74 tuổi. Độ tuổi trung bình trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi cũng tương đương so với một số nghiên cứu trước đây. Theo nghiên cứu của Ahn và cộng sự trên 1790 bệnh nhân UTTG thể tủy, độ tuổi trung bình tại thời điểm chẩn đoán là $55,4 \pm 12,5$ [5]. Đặc điểm khối u trên siêu âm thường đa ổ (57,4%), phân loại TIRADS 4 chiếm chủ yếu (66,7%). Các nghiên cứu đều cho thấy các đặc điểm ác tính trên siêu âm đối với UTTG thể tủy tương tự đối với UTTG thể nhú, tuy nhiên tính chất đa ổ và kích thước u đối với thể tủy thường tăng hơn so với thể nhú [6].

Chọc tế bào bằng kim nhỏ có thể chẩn đoán 61,1% BN ung thư tuyến giáp thể tủy, còn các BN còn lại đa số có hình ảnh nghi ngờ cao trên siêu âm và được sinh thiết tức thì trong mổ. Có 1 số trường hợp BN chọc tế bào có kết quả hình ảnh ác tính nhưng không đánh giá chính xác thể giải phẫu bệnh, những trường hợp này được đánh giá xét nghiệm CEA và Calcitonin trước mổ tăng cao kèm kết quả sinh thiết tức thì đều nghĩ đến thể tủy. Qua đây cho thấy tỷ lệ chẩn đoán UTTG thể tủy bằng FNA thường khó khăn hơn so với thể nhú, trong các trường hợp nghi ngờ chỉ số CEA, Calcitonin rất có giá trị trong chẩn đoán trước mổ. Kết luận này cũng phù hợp theo Phân tích 641 bệnh nhân từ 15 nghiên cứu, Trimboli P chỉ ra FNA có thể phát hiện 56,4% số tổn thương ung thư biểu mô tuyến giáp thể tủy [7]. Với ung thư tuyến giáp thể tủy, định lượng Calcitonin, CEA trong máu để biết bệnh còn sót lại, tái phát hay di căn khi chưa có biểu hiện lâm sàng và dùng xét nghiệm này để tầm soát những thành viên trong gia đình. Đo nồng độ calcitonin huyết thanh có vai trò quan trọng định hướng chẩn đoán và theo dõi bệnh trong ung thư tuyến giáp thể tủy. Nồng độ calcitonin trước phẫu thuật có mối liên quan với kích thước u, tình trạng di căn hạch

và di căn xa. Không như calcitonin, CEA không được coi là dấu ấn sinh học đặc hiệu trong ung thư tuyến giáp thể tủy vì nó có thể tăng trong nhiều khối u ác tính khác [2,3].

Tỉ lệ bệnh nhân được phẫu thuật cắt giáp toàn bộ + vét hạch cổ trung tâm chiếm phần lớn (63%). Số bệnh nhân được phẫu thuật cắt giáp toàn bộ + vét hạch cổ bên chiếm 37% tổng số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi. Tỉ lệ bệnh nhân di căn hạch chung trong nghiên cứu là 53,7%. Trong đó có 29,6% di căn hạch cổ bên. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Wu và cộng sự trên 152 BN theo dõi từ năm 2000-2020, cho thấy tỷ lệ di căn hạch trung tâm và hạch cổ bên lần lượt là 52,0% và 42,8% [8]. Tỷ lệ di căn hạch cổ bên trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với một số nghiên cứu trước đây, có thể do nghiên cứu chúng tôi tiến hành từ sau năm 2016 cùng với sự phát triển của siêu âm chẩn đoán và ý thức khám bệnh của người dân tăng lên nên BN phát hiện giai đoạn sớm hơn, cụ thể trong nghiên cứu có 42,6% phát hiện khối u T1.

Khàn tiếng tạm thời và hạ canxi tạm thời là 2 biến chứng thường gặp nhất sau mổ, chiếm tỷ lệ tương ứng là 29,6% và 22,2%. Tỷ lệ này cao hơn so với các nghiên cứu trước đây với UTTG thể nhú, có thể do tỷ lệ phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp và đặc điểm di căn hạch của BN thể tủy thường cao hơn so với thể nhú. Tuy nhiên các biến chứng này giảm dần và tỷ lệ xuất hiện sau 6 tháng rất thấp. Trong nghiên cứu, có 2 BN xuất hiện khó thở sau mổ phải mở khí quản do khối u và hạch di căn xâm lấn thần kinh TQQN. Cả 2 BN này đều xuất hiện khàn tiếng vĩnh viễn, và có thể rút canuyn mở khí quản an toàn sau khi kết thúc xạ trị.

Theo dõi 54 BN trong thời gian từ năm 2016 đến tháng 11/2023, có 9 BN xuất hiện tái phát sau mổ chiếm tỷ lệ 16,7%, trong đó có 2 BN tái phát tại chỗ, 5 BN tái phát hạch cổ trung tâm, hạch cổ bên và 2 BN di căn xa (di căn phổi và hạch trung thất). Có 1 BN tử vong do bệnh tái phát tại chỗ, di căn hạch xâm lấn rộng tại vùng cổ, chiếm tỷ lệ 1,9%. Kết quả này tương tự so với nghiên cứu của Wu theo dõi trong 20 năm, trên 152 BN thể tủy cho kết quả 19,1% BN xuất hiện tái phát (tại chỗ, hạch, di căn xa), tỷ lệ tái phát hạch vẫn chiếm ưu thế. Kết quả của Wu có tỷ lệ tử vong cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi (9,9% so với 1,9%), nguyên nhân do nghiên cứu của chúng tôi theo dõi trong thời gian chưa đủ dài [8].

Nhiều nghiên cứu về UTTG thể tủy trên thế giới cho thấy rằng, mặc dù UTTG thể tủy có tiên lượng xấu hơn, tỷ lệ di căn hạch cao hơn và thường đáp ứng kém với điều trị xạ trị, iod, hóa chất, tuy nhiên mức độ tiến triển của thể bệnh này tương đối chậm. Do vậy thời gian sống thêm của BN tương đối dài. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 10 năm của UTTG thể tủy đã được báo cáo từ 69-89% [5,9]. Wu và cộng sự báo cáo tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5,10,15 năm tương ứng 88,2%; 83,1% và 76,2%. Tỷ lệ sống thêm không bệnh 5,10,15 năm lần lượt là 61,8%; 48,6% và 38,2% [8]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự, bởi tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm là 91,7% và sống thêm không bệnh 5 năm là 73,1%. Tuy nhiên với thời gian theo dõi còn tương đối ngắn là một hạn chế trong nghiên cứu này, cần đánh giá theo dõi trong thời gian dài hơn để có kết luận chính xác hơn về tỷ lệ sống thêm của bệnh nhân UTTG thể tủy.

V. KẾT LUẬN

Ung thư tuyến giáp thể tủy là bệnh lý ác tính hiếm gặp, tỷ lệ di căn hạch cao. Siêu âm, chọc hút tế bào kim nhỏ kèm xét nghiệm CEA, Calcitonin có vai trò chẩn đoán. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính, xạ trị có vai trò hỗ trợ trong các trường hợp nguy cơ cao. Bệnh có tiên lượng tương đối tốt với tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm là 91,7% và sống thêm không bệnh 5 năm là 73,1%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wells SA, Jr, Asa SL, Dralle H, Elisei R, et al. Revised American thyroid association guidelines for the management of medullary thyroid carcinoma. *Thyroid*. 2015;25(6):567-610.
2. Konstantinidis A, Stang M, Roman SA, Sosa JA. Surgical management of medullary thyroid carcinoma. *Updates Surg*. 2017;69(2):151-160.
3. Randle RW, Balentine CJ, Levenson GE, et al. Trends in the presentation, treatment, and survival of patients with medullary thyroid cancer over the past 30 years. *Surgery*. 2017; 161(1):137-146.
4. Saad MF, Ordonez NG, Rashid RK, et al. Medullary carcinoma of the thyroid. A study of the clinical features and prognostic factors in 161 patients. *Medicine (Baltimore)* 1984; 63:319.
5. Ahn HY, Chae JE, Moon H, Noh J, Park YJ, Kim SG. Trends in the diagnosis and treatment of patients with medullary thyroid carcinoma in Korea. *Endocrinol Metab (Seoul)*. 2020;35(4):811-819.
6. Lee S., Shin J.H., Han B. K. et al. Medullary Thyroid Carcinoma: Comparison With Papillary Thyroid Carcinoma and Application of Current Sonographic Criteria. *Am J Roentgenol*, 2010; 194(4), 1090-1094.
7. Trimboli P., Treglia G., Guidobaldi L. et al. Detection rate of FNA cytology in medullary thyroid carcinoma: a meta-analysis. *Clin Endocrinol (Oxf)*, 2015; 82(2), 280-285.
8. Wu X., Li B., và Zheng C. Clinical Characteristics, Surgical Management, and Prognostic Factors of Medullary Thyroid Carcinoma: A Retrospective, Single-Center Study. *Technol Cancer Res Treat*, 2022; 21, 15330338221078436.
9. Jin LX, Moley JF. Surgery for lymph node metastases of medullary thyroid carcinoma: a review. *Cancer*. 2016;122(3):358-366.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ POLYP ĐẠI TRỰC TRÀNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP CẮT NIÊM MẠC QUA NỘI SOI ỐNG MỀM TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU HÀ NỘI

Hồ Hoàng Nam¹, Lê Chính Đại²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học của polyp đại trực tràng và đánh giá kết quả điều trị bằng phương pháp cắt niêm mạc qua nội soi ống mềm tại bệnh viện Ung bướu Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 61 bệnh nhân được chẩn đoán có tổn thương niêm mạc đại trực tràng qua nội

soi tại Khoa Nội soi – thăm dò chức năng Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội từ ngày 01 tháng 01 năm 2020 đến ngày 31 tháng 12 năm 2022. **Kết quả:** 61 bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu, tuổi trung bình là $58,6 \pm 9,8$ tuổi, hay gặp nhất là nhóm tuổi >50 . Tỷ lệ nam/nữ là 1,1/1. Rối loạn đại tiện và đại tiện ra máu là triệu chứng thường gặp nhất. Vị trí ở trực tràng cao nhất chiếm 34,7%. Kích thước trung bình của các polyp là $18,4 \pm 6,0$ mm, nhỏ nhất là 7mm và lớn nhất là 35mm. Đa số polyp là tốp 0-Is và 0-IIa chiếm 85,4%. 90,2% polyp được thực hiện kỹ thuật cắt trọn. Tỷ lệ thành công của kỹ thuật là 93,4%. Không có biến chứng sau cắt chiếm tỷ lệ 93,4%. Chỉ có 4 trường hợp chảy máu sau cắt chiếm 6,6%, 02 trường hợp chảy máu muộn chiếm 3,3%. Tỷ lệ tái phát sau 12 tháng là 1/47, sau 24 tháng là 1/14. **Kết luận:** Kỹ thuật cắt niêm mạc qua nội soi ống mềm điều trị polyp đại trực tràng cho

¹Bệnh viện Ung bướu Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Hoàng Nam

Email: bs.hoangnam@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 28.2.2024

Ngày duyệt bài: 15.3.2024