

Phẫu thuật tuyến giáp nạo hạch cổ trong điều trị ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất tỉnh Đồng Nai

Trần Vũ* và Lê Công Hồng Hạnh

Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất tỉnh Đồng Nai

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trong điều trị ung thư tuyến giáp, phẫu thuật đóng vai trò quan trọng nhất, có tính chất quyết định đến kết quả điều trị, bao gồm cắt tuyến giáp toàn bộ hoặc gần toàn bộ hoặc cắt thùy và eo tuyến, kèm theo có hoặc không nạo vét hạch cổ. Những trường hợp không có bằng chứng di căn hạch cổ trên lâm sàng thì chỉ định vét hạch cổ dự phòng vẫn còn nhiều tranh luận. **Mục tiêu:** Đánh giá bước đầu kết quả phẫu thuật tuyến giáp kết hợp nạo hạch cổ trong điều trị ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất - Đồng Nai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hàng loạt ca, Bệnh nhân K giáp thể biệt hóa được phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất - Đồng Nai từ năm 2022-2024, Thỏa mãn tiêu chí chọn mẫu, sẽ được thu thập các thông tin nghiên cứu. **Kết quả:** Trước mổ: Ung thư tuyến giáp dạng nhú di căn hạch: 1, Không: 19, nghi ngờ: 8; Chẩn đoán sau phẫu thuật: 11/28 ca không di căn hạch cổ, 17/28 ca di căn hạch cổ; **Kết luận:** kết quả phẫu thuật tuyến giáp kết hợp nạo hạch cổ trong điều trị ung thư tuyến giáp tại bệnh viện đa khoa Thống Nhất Đồng Nai tỷ lệ di căn hạch cổ là 17/28 ca chiếm 60.8%, Vậy việc phẫu thuật ung thư tuyến giáp kết hợp nạo hạch cổ là cần thiết.

Từ khóa: phẫu thuật ung thư tuyến giáp, nạo hạch cổ, di căn hạch

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2018, ung thư tuyến giáp đứng hàng thứ 5 trong số các bệnh ung thư ở nữ giới với tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi là 10.2/100,000 dân, đứng hàng thứ 11 chung cho cả 2 giới với 567,000 ca mới mắc và có 4,1071 ca tử vong hàng năm. Tỷ lệ mắc khoảng 3.31/100,000 dân ở cả hai giới và tỷ lệ nữ/nam là 3/1. Việt Nam nằm trong nhóm các nước có tỷ lệ mắc ung thư tuyến giáp cao, đứng hàng thứ 9 với 5418 ca mới mắc, 528 ca tử vong mỗi năm, tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi là 3.52/100,000 dân, đứng thứ 6 ở nữ giới với tỷ lệ 7.8/100,000 dân [1]. Ung thư tuyến giáp được chia làm hai nhóm mô bệnh học khác nhau về lâm sàng, phương pháp điều trị và tiên lượng là ung thư tuyến giáp thể biệt hóa và ung thư tuyến giáp thể không biệt hóa. Ung thư tuyến giáp thể nhú là thể hay gặp nhất trong ung thư tuyến giáp thể biệt hóa, lan tràn chủ yếu qua hệ thống bạch

mạch. Ung thư tuyến giáp là loại ung thư có tiên lượng tốt với thời gian sống thêm toàn bộ 10 năm trên 90%. Ung thư tuyến giáp thể biệt hóa chiếm khoảng 90% các trường hợp Ung thư tuyến giáp, bệnh thường tiến triển chậm [2]. Chẩn đoán Ung thư tuyến giáp dựa vào lâm sàng, siêu âm vùng cổ và chọc hút tế bào kim nhỏ [3]. Lâm sàng thường không đặc hiệu, chủ yếu tình cờ phát hiện bệnh, khi triệu chứng sờ thấy u vùng cổ, nuốt vướng, khàn tiếng, bệnh thường ở giai đoạn muộn. Siêu âm vùng cổ có vai trò quan trọng trong chẩn đoán ung thư tuyến giáp đặc biệt trong trường hợp u nhỏ không sờ thấy trên lâm sàng [4], đồng thời siêu âm hướng dẫn chọc hút tế bào kim nhỏ mang lại kết quả chính xác, tăng tỷ lệ chẩn đoán bệnh ở giai đoạn sớm. Trong điều trị ung thư tuyến giáp, phẫu thuật đóng vai trò quan trọng nhất, có tính chất quyết định đến kết quả điều trị, bao gồm cắt

Tác giả liên hệ: BSKKI. Trần Vũ
Email: Tranvuz0410@gmail.com

tuyến giáp toàn bộ hoặc gần toàn bộ hoặc cắt thùy và eo tuyến, kèm theo có hoặc không nạo vét hạch cổ. Khi có bằng chứng di căn hạch cổ trên lâm sàng và trên siêu âm thì chỉ định nạo vét hạch cổ được đưa ra [5]. Tuy nhiên, với những trường hợp không có bằng chứng di căn hạch cổ trên lâm sàng thì chỉ định vét hạch cổ dự phòng vẫn còn nhiều tranh luận. Di căn hạch là một yếu tố tiên lượng, dự báo, tăng nguy cơ tái phát. Trong Ung thư tuyến giáp thể nhú, tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn (các hạch không phát hiện trên lâm sàng, cận lâm sàng được vét hạch cổ dự phòng và kết quả mô bệnh học sau mổ là có di căn hạch) là khá cao. Theo các nghiên cứu về nạo vét hạch cổ dự phòng cho các bệnh nhân không phát hiện hạch trên lâm sàng thì có đến 19 -78% số Ung thư tuyến giáp thể biệt hoá có di căn hạch tiềm ẩn [6]. Vì vậy, việc xác định tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn là bao nhiêu, nhóm hạch nào có nguy cơ cao, những yếu tố liên quan đến di căn hạch cổ là cần thiết để quyết định việc vét hạch cổ dự phòng và mức độ rộng của nạo vét hạch. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu đánh giá tỉ lệ di căn hạch tiềm ẩn của Ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú, tuy nhiên ở Việt Nam còn chưa có nhiều nghiên cứu về đề tài này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài: “Đánh giá bước đầu kết quả phẫu thuật tuyến giáp kết hợp nạo hạch cổ trong điều trị ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất - Đồng Nai” với ba mục tiêu sau:

- Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh ung thư tuyến giáp thể biệt hóa.
- Đánh giá tỉ lệ di căn hạch cổ của ung thư biểu mô tuyến giáp thể biệt hóa trước và sau phẫu thuật.
- Đánh giá tỉ lệ tai biến và biến chứng trong phẫu thuật cắt trọn tuyến giáp nạo hạch cổ trong điều trị ung thư giáp.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân K giáp thể biệt hóa được phẫu thuật

tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất - Đồng Nai.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Siêu âm tuyến giáp có u lớn nhất $\leq 2\text{cm}$.
- Kết quả chọc hút tế bào tuyến giáp (FNA) là ung thư hoặc nghi ngờ ung thư.
- Sinh thiết tế bào trong mổ là ung thư.
- Kết quả mô bệnh học sau mổ là Ung thư tuyến giáp thể biệt hóa.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đã mổ cũ vùng cổ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hàng loạt ca.
- Thời gian nghiên cứu: Từ ngày 01/01/2023 đến hết ngày 01/10/2024.
- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Đa Khoa Thống Nhất - Đồng Nai.
- Cỡ mẫu nghiên cứu: Không áp dụng công thức tính mẫu, lấy mẫu toàn bộ.
- Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu phi xác suất tất cả bệnh nhân Ung thư tuyến giáp thể biệt hóa được phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất - Đồng Nai.
- Phương pháp và công cụ thu thập số liệu
 - Hành chánh: thu trực tiếp từ phần hành chánh của hồ sơ bệnh án.
 - Lâm sàng: Hỏi bệnh và khám trực tiếp bệnh nhân trước mổ.
 - Cận lâm sàng: Thu trực tiếp từ hồ sơ bệnh án.
 - Quá trình phẫu thuật: Tham gia trực tiếp hoặc theo dõi gián tiếp quá trình phẫu thuật để đánh giá quá trình phẫu thuật.
 - Hậu phẫu: Theo dõi và đánh giá bệnh nhân hằng ngày theo các tiêu chí trong bệnh án. thu thập số liệu, Kết quả giải phẫu bệnh.
- Y đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất – Đồng Nai (Văn bản số 9, ngày 29/04/2024).

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

3.1.1. Tuổi

Bảng 1. Bảng phân bố lứa tuổi

Phân bố lứa tuổi	Tần số	Phần trăm
Nhỏ hơn 20 tuổi	0	0.0

Phân bố lứa tuổi	Tần số	Phần trăm
Từ 20 - 40 tuổi	9	32.1
Từ 40 - 60 tuổi	12	42.9
Trên 60 tuổi	7	25.0
Tổng số	28	100.0

3.1.2. Giới tính

Bảng 2. Bảng phân bố giới tính

Giới tính	Tần số	Phần trăm
Nữ	27	96.5
Nam	1	3.5
Tổng số	28	100.0

3.1.3. Lý do vào viện

Bảng 3. Lý do vào viện

Lý do vào viện	Số lượng	Phần trăm
Khối ở cổ	5	17.9
Nuốt vướng	1	3.6
Khám sức khỏe định kỳ	22	78.6
Tổng số	28	100.0

3.1.4. Cận lâm sàng nhân giáp trước mổ

Bảng 4. Giải phẫu bệnh trước mổ

Carcinom tuyến giáp dạng nhú	Số lượng	Phần trăm
Có	27	96.4
Khác	1	3.6
Tổng số	28	100.0

Trong 28 trường hợp, có 1 trường hợp nang giáp (nguy cơ cao K giáp) nên được phẫu thuật như 1 trường hợp K giáp.

Bảng 5. Hạch cổ thăm khám lâm sàng

Có hạch	Hạch cổ bên	1
	Hạch dưới hàm	3
Không có hạch		24
Tổng số		28

Bảng 6. Kết quả giải phẫu bệnh nhân giáp

Carcinom tại nhân	Số lượng	Phần trăm
Không	2	7.1
Dương tính	9	32.1
Nghi ngờ	17	60.7
Tổng số	28	100.0

Có 17 trường hợp chiếm 60.7 % Kết quả giải phẫu bệnh trả lời Nghi ngờ K giáp.

Bảng 7. Kết quả giải phẫu bệnh hạch cổ

Carcinom di căn hạch	Số lượng	Phần trăm
Không	19	67.9
Dương tính	1	3.6
Nghi ngờ	8	28.6
Tổng số	28	100.0

3.2. Đánh giá sau phẫu thuật

3.2.1. Phương pháp phẫu thuật

Bảng 8. Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	Số lượng	Phần trăm
Cắt 1 thùy và nạo hạch nhóm VI cùng bên	9	32.1
Cắt toàn bộ tuyến giáp và nạo hạch nhóm VI 01 bên	1	3.6
Cắt toàn bộ tuyến giáp và nạo hạch nhóm VI 02 bên	18	64.3
Tổng số	28	100.0

3.2.2. Thời gian phẫu thuật

Bảng 9. Thời gian phẫu thuật

	Thấp nhất	Cao nhất	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Thời gian mổ	40 phút	210 phút	104 phút	41.4

3.2.3. Lượng máu mất

Bảng 10. Lượng máu mất trong mổ

Lượng máu mất (mL)	Số lượng	Phần trăm
50	8	28.6
100	15	53.6
200	5	17.9
Tổng số	28	100.0

3.2.4. Chẩn đoán sau phẫu thuật**Bảng 11.** Di căn hạch sau mổ

N sau mổ	Số lượng	Phần trăm
N0 (Không di căn hạch cổ)	11	39.3
N1 (Có di căn hạch cổ)	17	60.7
Tổng số	28	100.0

Bảng 12. Chẩn đoán sau mổ

Chẩn đoán sau phẫu thuật	Số lượng	Phần trăm
Carcinom tuyến giáp dạng nhú không di căn hạch	11	39.3
Carcinom tuyến giáp dạng nhú có di căn hạch	17	60.7
Tổng số	28	100.0

3.2.5. Biến chứng sau mổ**Bảng 13.** Biến chứng sau mổ

	Số lượng	Phần trăm
Nhiễm trùng vết mổ	1	3.6
Tổn thương dây thần kinh quặt ngược thanh quản (soi dây thanh):	1	3.6
Tổn thương tuyến cận giáp (Tetanie) tạm thời	13	32.1
Tổng số ca có biến chứng	15	53.6
Không biến chứng	13	46.4
Tổng số	28	100.0

4. BÀN LUẬN**4.1. Bàn luận chung**

Trong điều trị ung thư tuyến giáp, phẫu thuật đóng vai trò quan trọng nhất, thường là cắt tuyến giáp toàn bộ hoặc cắt thùy và eo giáp có thể kèm theo vét hạch cổ hoặc không. Hiện nay, chỉ định vét hạch cổ thường được áp dụng khi phát hiện hạch trên lâm sàng (gồm thăm khám lâm sàng và siêu âm). Tuy nhiên với UTTG, một tỷ lệ khá cao có hạch di căn tiềm ẩn. Theo nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân phát hiện

hạch bằng thăm khám lâm sàng chiếm 9/28 tương đương 32.1 %. Trong nghiên cứu của chúng tôi 17/28 ca ung thư tuyến giáp có di căn hạch sau mổ tương đương 60.2%. Như vậy với tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn khá cao cho thấy việc vét hạch dự phòng để loại bỏ tối đa các hạch di căn tiềm ẩn là cần thiết.

4.2. Thời gian đi khám khi phát hiện bệnh

Trong nghiên cứu của chúng tôi: Kết quả cho thấy tầm quan trọng của việc siêu âm và khám sức khỏe định kỳ.

4.3. Tương quan giữa chẩn đoán di căn hạch trước mổ và sau mổ**Bảng 14.** Sự tương quan giữa chẩn đoán di căn hạch trước mổ và di căn hạch sau mổ

		N sau mổ		Tổng cộng
		N0 (Không di căn hạch cổ)	N1 (Có di căn hạch cổ)	
Carcinom di căn hạch trước mổ	Không	9	10	19

		N sau mổ		Tổng cộng
		NO (Không di căn hạch cổ)	N1 (Có di căn hạch cổ)	
Carcinom di căn hạch trước mổ	Dương tính	0	1	1
	Nghi ngờ	2	6	8
Tổng số		11	17	28

Bàn luận: Trong 28 ca ung thư tuyến giáp được phẫu thuật nạo hạch cổ: trong 19 ca trước mổ không có dấu hiệu di căn hạch cổ thì có 10 ca có kết quả di căn hạch cổ sau mổ; 1 ca được chẩn đoán di căn hạch cổ trước mổ giải phẫu bệnh sau mổ cho kết quả xác định di căn hạch cổ; 8 ca nghi ngờ di căn hạch cổ trước mổ có 6 ca có kết quả di căn hạch cổ

sau mổ. Tổng di căn hạch cổ 17/28 ca được phẫu thuật Ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất - Đồng Nai.

Tính ra chỉ số $P = 0.507 > 0.05$ (Fisher test) -> Hai biến chẩn đoán ung thư hạch di căn trước mổ và ung thư hạch di căn sau mổ không liên quan với nhau.

So sánh với nghiên cứu khác: [7, 8].

Bảng 15. So sánh nghiên cứu di căn hạch cổ

Đơn vị	Không di căn hạch	Di căn hạch
Theo tác giả Marija Pastorčić Grgić (n=248) [8]	150 (60.5%)	98 (39.5%)
Đại học Y Hà Nội (n=196) [7]	78 (39.8%)	118 (60.2%)
Chúng tôi (n=28)	11 (39.2%)	17 (60.8%)

Khi so sánh với các nghiên cứu tương tự khác như nghiên cứu “Tình trạng di căn hạch cổ của bệnh nhân ung thư tuyến giáp” của Đại học Y Hà Nội và nghiên cứu “Phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ tuyến giáp kết hợp với cắt bỏ hạch trung tâm là một lựa chọn có giá trị trong điều trị ung thư tuyến giáp dạng nhú” của tác giả Marija Pastorčić Grgić, tỷ lệ di căn hạch cổ trên bệnh nhân ung thư tuyến giáp là khá cao (39.5%-60.8%).

Như vậy: Nạo hạch cổ dự phòng trên tất cả các ca ung thư tuyến giáp khi phẫu thuật là cần thiết.

4.4. Tỷ lệ tai biến gặp phải

Trong số 28 ca, chúng tôi có 1 ca bị nhiễm trùng vết mổ, 1 ca tổn thương thần kinh quặt ngược thanh quản, 13 ca tổn thương tuyến cận giáp tạm thời.

So sánh với nghiên cứu khác [9].

Bảng 16. So sánh biến chứng sau mổ

Đơn vị	Tổn thương dây thần kinh quặt ngược thanh quản	Tổn thương tuyến cận giáp (Tetanie) tạm thời
Bệnh viện Bình Dân (n=79)	0	8
Chúng tôi (n=28)	1	13

Tỷ lệ biến chứng khi phẫu thuật ung thư tuyến giáp của nghiên cứu Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất - Đồng Nai cao hơn bệnh viện Bình Dân. Sự cần thiết phải trau dồi chuyên môn và đào tạo sau đại học. Di căn hạch trên bệnh nhân K giáp

thể biệt hóa ảnh hưởng lớn đến tiên lượng sống còn và khả năng tái phát của bệnh nhân. Vì vậy phẫu thuật nạo hạch cổ nhóm VI trên tất cả các bệnh nhân K giáp là cần thiết và được khuyến cáo thực hiện.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 28 bệnh nhân Ung thư tuyến giáp thể biệt hóa được phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất - Đồng Nai từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 10 năm 2024 cho kết luận như sau :

- Tỷ lệ di căn hạch cổ là 17/28 ca chiếm 60.8%. Phẫu thuật ung thư tuyến giáp kết hợp nạo hạch cổ là cần thiết.
- Phẫu thuật ung thư tuyến giáp kết hợp nạo hạch cổ tại bệnh viện đa khoa Thống Nhất

Đồng Nai bước đầu thành công 100 %: Cắt được tuyến giáp ung thư và nạo hạch cổ nhóm VI, hạch cổ có nghi ngờ khi tầm soát trước mổ.

- Biến chứng tổn thương tuyến cận giáp tạm thời là 13/28 ca chiếm tỷ lệ 32.1%; Biến chứng tổn thương dây thần kinh quặt ngược thanh quản tạm thời là 1/28 ca chiếm tỷ lệ 3.6%. Không có biến chứng thủng khí quản, dò đường chấpsau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] N. B. Đức, "Dịch tễ học bệnh ung thư. Ung thư tuyến giáp," (in Viet), *Nhà xuất bản y học*, pp. 15-19, 2008.
- [2] N. B. Đức và N. T. H. Nga, "Dịch tễ học bệnh ung thư," (in Viet). TP.HCM: Nxb Y học, 2008.
- [3] C. E.S, "Fine-Needle Aspiration in the Work-Up of Thyroid Nodules," (in Eng), *Otolaryngol Clin N Am*, pp. 257 - 271, 2010.
- [4] P. M. Thông, "Siêu âm tuyến giáp. Siêu âm tổng quát," (in Viet). Huế: Nxb Đại học Huế, pp. 453-490.
- [5] "Thyroid cancer " (in Eng), *NCCN guideline version*, 2018.
- [6] Đ. K. Ngô, Q. A. Nguyễn,...và Q. B. Nguyễn, "Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp và nạo vét hạch cổ," (in Viet), *Tạp chí Y học Việt Nam*, 518(1), 2022.
- [7] X. H. Nguyễn và V. Q. N. Lê, "Tình trạng di căn hạch cổ của bệnh nhân ung thư tuyến giáp," (in Viet), *Tạp chí Y học Việt Nam*, 515(1), 2022.
- [8] M. Pastorčić Grgić, B. Stubljarić, P. Peršić, M. Zekan Vučetić, and S. J. A. C. C. Šitić, "Total thyroidectomy with central node dissection is a valuable option in papillary thyroid cancer treatment," vol. 59, no. Supplement 1, pp. 102-107, 2020.
- [9] G. V. Tần, "Nghiên cứu Ung thư tuyến giáp BV Bình Dân 2014-2016 " (in Viet), *Hội nghị khoa học kỹ thuật BV Bình Dân*, vol. 19, 2018.

Thyroid surgery with central neck dissection in the treatment of thyroid cancer at Thong Nhat General Hospital of Dong Nai province

Tran Vu and Le Cong Hong Hanh

ABSTRACT

Backgrounds: Surgery plays a crucial role in the treatment of thyroid cancer and significantly influences treatment outcomes, which may include total or near-total thyroidectomy or lobectomy with isthmectomy, accompanied by either or not having neck dissection. There is still much debate regarding the indication for prophylactic neck dissection in cases without clinical evidence of lymph node metastasis. Objective: To conduct an initial assessment of the surgical outcomes of thyroid surgery combined with neck dissection in the treatment of thyroid cancer at Dong Nai Thong Nhat General Hospital. Materials and method: A descriptive case series study involving patients with differentiated thyroid cancer who underwent surgery at Dong Nai Thong Nhat General Hospital from 2022 to 2024. Eligible patients meeting the selection

criteria will have their research data collected. Results: Preoperative findings: papillary thyroid cancer with lymph node metastasis: 1, No: 19, suspicious: 8; Postoperative diagnosis: 11 out of 28 cases with no neck lymph node metastasis, 17 out of 28 cases with neck lymph node metastasis; Conclusion: The surgical outcomes of thyroid surgery combined with neck dissection in treating thyroid cancer at Dong Nai Thong Nhat General Hospital show a neck lymph node metastasis rate of 17 out of 28 cases, accounting for 60.8%. Therefore, performing thyroid surgery combined with neck dissection is necessary.

Keywords: *thyroid cancer surgery, neck dissection, lymph node metastasis*

Received: 02/12/2024

Revised: 11/12/2024

Accepted for publication: 13/12/2024