

# ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG VI DI CĂN HẠCH TIỀM ẨN VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ NHÚ PHẪU THUẬT NỘI SOI TUYẾN GIÁP QUA ĐƯỜNG MIỆNG

Nguyễn Xuân Hiền<sup>1,✉</sup>, Nguyễn Xuân Hậu<sup>1,2</sup>, Lê Văn Quảng<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bộ môn Ung Thư, Trường Đại học Y Hà Nội

Mục tiêu của nghiên cứu nhằm đánh giá tình trạng vi di căn hạch cổ trung tâm và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua đường miệng (TOETVA) tại Khoa Ung bướu và Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội với 346 bệnh nhân từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2021. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ vi di căn hạch ở nhóm bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hoá phẫu thuật bằng TOETVA chiếm 39,9%, số lượng hạch vét được trung bình là  $5,98 \pm 4,1$  (dao động 0 - 24) hạch, số lượng hạch vi di căn trung bình là  $1,04 \pm 1,7$  (0 - 10) hạch. Viêm tuyến giáp làm tăng số lượng hạch vét được:  $8,3 \pm 0,7$  (1 - 24) hạch. Kích thước u trên siêu âm, phân loại khối u là yếu tố nguy cơ gây tăng khả năng vi di căn hạch. Chỉ có tình trạng u xâm lấn cơ trước giáp trên đại thể làm tăng khả năng vi di căn trên 5 hạch, do đó ở những trường hợp này phẫu thuật viên có thể đưa ra chỉ định cắt toàn bộ tuyến giáp và vét hạch cổ trung tâm.

**Từ khóa:** Ung thư tuyến giáp, di căn hạch, TOETVA.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vi di căn hạch tiềm ẩn là những hạch di căn có kích thước nhỏ không được chẩn đoán trước và trong mổ. Hiện tượng này xuất hiện ở khoảng 43% bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú.<sup>1</sup> Ý nghĩa tiên lượng của vi di căn hạch cổ trung tâm tiềm ẩn đã được bàn luận trong nhiều nghiên cứu trước đây, và hiểu biết cũng như cách xử trí đối với những trường hợp này ngày càng được mở rộng. Việc vét hạch cổ trung tâm dự phòng giúp làm giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ, đánh giá chính xác giai đoạn bệnh và tiên lượng khả năng tái phát, giảm nồng độ Thyroglobulin sau mổ giúp tạo thuận lợi cho quá trình theo dõi và điều trị phóng xạ, hạn chế biến chứng như suy cận giáp, tổn thương thần kinh thanh quản

quặt ngược khi phải vét hạch cổ ở lần phẫu thuật thứ hai.

Ngày nay, siêu âm chẩn đoán giúp phát hiện sớm những trường hợp ung thư tuyến giáp, đặc biệt ung thư tuyến giáp thể nhú. Do đó, đòi hỏi phương pháp phẫu thuật phù hợp nhằm hai mục tiêu điều trị phẫu thuật và nâng cao chất lượng sống ở bệnh nhân. Phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua đường miệng (TOETVA) đã được áp dụng tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 2018 với những ưu điểm tiếp cận cả 2 thùy tuyến giáp qua 1 đường phẫu thuật, thuận lợi trong việc vét hạch cổ trung tâm, đặc biệt vét hạch cổ trung tâm dự phòng.<sup>2</sup> Những kết quả ban đầu của phương pháp này ở nhóm bệnh nhân ung thư tuyến giáp cho thấy tỷ lệ tái phát tại chỗ thấp, tỷ lệ hạch vét được so với phương pháp mổ mở tương đương.<sup>3,4</sup> Theo nghiên cứu của Ahn trên 150 bệnh nhân so sánh giữa TOETVA và phẫu thuật mổ mở ở nhóm bệnh

Tác giả liên hệ: Nguyễn Xuân Hiền

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Email: dr.nguyentuanhien@gmail.com

Ngày nhận: 29/09/2022

Ngày được chấp nhận: 03/11/2022

nhân ung thư tuyến giáp cho thấy số lượng hạch vét được ở 2 nhóm cho cắt thy là  $3,19 \pm 2,89$  vs.  $3,49 \pm 2,41$ ,  $p = 0,3$  và cho nhóm cắt tuyến giáp toàn bộ là  $4,98 \pm 3,12$  vs.  $5,7 \pm 4,35$ ,  $p = 0,7$ .<sup>3</sup>

Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá tình trạng vi di căn hạch cổ trung tâm tiềm ẩn và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua đường miệng. Từ đó, giúp phẫu thuật viên đưa ra được quyết định chính xác hơn trong quá trình phẫu thuật.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

Gồm 346 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú được phẫu thuật tại Khoa Ung bướu và Chăm Sóc Giảm Nhẹ, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

#### *Tiêu chuẩn lựa chọn*

- (1) bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư tuyến giáp thể nhú bằng FNA,
- (2) kích thước u dưới 4cm,
- (3) u chưa xâm lấn xung quanh qua khám lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh,
- (4) chưa di căn hạch qua khám lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và đánh giá trong mổ,
- (5) các hạch di căn xác định sau mổ kích thước đều nhỏ hơn 2mm,
- (6) đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.

#### *Tiêu chuẩn loại trừ*

Nghiên cứu không bao gồm các bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể khác, có tình trạng ung thư xâm lấn xung quanh xác định trước mổ và có tình trạng di căn hạch qua khám lâm

sàng, chẩn đoán hình ảnh và đánh giá trong mổ.

### 2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang được áp dụng.

Thời gian nghiên cứu được tiến hành từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2021 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Chọn toàn bộ 346 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu.

Tất cả các bệnh nhân nghiên cứu đều được chẩn đoán xác định là ung thư tuyến giáp thể nhú qua FNA, đánh giá giai đoạn bằng thăm khám lâm sàng, siêu âm và/ hoặc chụp cắt lớp vi tính. Các bệnh nhân sau đó được phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua đường miệng. Chỉ định phẫu thuật ung thư tuyến giáp trong nghiên cứu: đối với ung thư 1 thy/ eo tuyến giáp cT1-2N0M0: phẫu thuật cắt thy và eo, vét hạch cổ trung tâm cùng bên; đối với ung thư tuyến giáp cT3bN0M0/ ung thư 2 thy tuyến giáp: phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ, vét hạch cổ trung tâm 2 bên.

Các thông tin được thu thập gồm đặc điểm tuổi, giới, tiền sử basedow, chẩn đoán hình ảnh trước mổ, phương pháp phẫu thuật, phân loại khối u trong mổ, đặc điểm giải phẫu bệnh, tình trạng xâm nhập vỏ vi thể, viêm tuyến giáp kèm theo, số lượng hạch vét được, số lượng hạch di căn sau mổ.

### 3. Xử lý số liệu

Phần mềm thống kê y học SPSS 20.0 với các thuật toán thống kê y học.

## III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu được tiến hành trên 346 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hoá.

**Bảng 1. Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu**

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi (Trung bình - Min max)	36,1±9,1 (13 – 67)

Đặc điểm	Giá trị
<b>Giới</b>	
Nam	14 (4%)
Nữ	332 (96%)
<b>Basedow</b>	4 (1,15%)
<b>Siêu âm đánh giá u</b>	
Kích thước u nghi ung thư (mm)	7,6±3,7 (2,6-25)
<b>Thùy ung thư</b>	
Trái/ phải	329 (95,1)
Eo/ 2 thùy	17 (4,9)
<b>Phẫu thuật</b>	
Cắt tuyến giáp toàn bộ	55 (15,9)
Cắt tuyến giáp bảo tồn	291 (84,1)
<b>Vết hạch trung tâm</b>	
1 bên	298 (86,1)
2 bên	48 (13,9)
<b>Tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn</b>	138 (39,9)
<b>Số lượng hạch</b>	
Vết được	5,98±4,1 (0-24)
Di căn	1,04±1,7 (0-10)
<b>Tỷ lệ hạch di căn/ hạch vết được (n = 138)</b>	0,5±0,3 (0,05-1)
<b>Phân loại khối u</b>	
T1a	267 (77,2)
T1b	47 (13,6)
T2	2 (0,6)
T3b	30 (8,6)
<b>Giải phẫu bệnh sau mổ</b>	
<b>Thể ung thư</b>	
Ung thư thể nhú	340 (98,3)
Biến thể ung thư thể nhú	6 (1,7)
<b>Xâm nhập vỏ vi thể</b>	
Không	256 (74)
Có	90 (26)

Đặc điểm	Giá trị
<b>Viêm tuyến giáp</b>	
Không	285 (82,4)
Có	61 (17,6)

Về đặc điểm nhóm nghiên cứu (Bảng 1). Tuổi trung bình  $36,1 \pm 9,1$  tuổi. Nữ giới chiếm 96%. Bốn bệnh nhân có tiền sử Basedow trước đó chiếm 1,15%. Ung thư tại 1 thùy chiếm 95,1%, 17 trường hợp ung thư tại eo/ 2 thùy tuyến giáp chiếm 4,9%. Cắt tuyến giáp toàn bộ tiến hành 55 bệnh nhân, chiếm 15,9%. Phẫu thuật bảo tồn chiếm đa số 291 bệnh nhân (84,1%). Số

lượng hạch vét được trung bình là  $5,98 \pm 4,1$  (0 - 24) hạch, trong đó số lượng hạch di căn  $1,04 \pm 1,7$  (0 - 10) hạch. Tỷ lệ hạch di căn/ hạch vét được  $0,5 \pm 0,3$  (0,05 - 1). Về phân loại khối u: 298 bệnh nhân ung thư T1a, chiếm 77,2%. 90 bệnh nhân có tình trạng xâm nhập vỏ vi thể, chiếm 26%. 61 trường hợp có tình trạng viêm tuyến giáp kèm theo, chiếm 17,6%.

**Bảng 2. Phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến số lượng hạch vét được**

Yếu tố	Không hạch n=10	Có hạch n=336	Đơn biến
			OR (95%)
Tuổi	< 55	10 (100)	0,97 (0,95 - 0,99)
	≥ 55	0 (0)	
Giới	Nam	0 (0)	-
	Nữ	10 (100)	
Basedow	Có	0	-
	Không	10 (100)	
Kích thước u siêu âm	≤1cm	7 (70)	0,5 (0,13 - 1,7)
	>1cm	3 (30)	
Vị trí u	1 bên	9 (90)	0,45 (0,05 - 3,8)
	2 thùy/ eo	1 (10)	
Phương pháp mổ	Cắt TGTB	2 (20)	0,7 (0,3 - 6,5)
	Bảo tồn	8 (80)	
Vết hạch trung tâm	2 bên	8 (80)	0,6 (0,13 - 3,1)
	1 bên	2 (20)	
Phân loại u	T1a	7 (70)	1
	T1b	2 (20)	0,6 (0,1-3)
	>T1	1 (10)	0,8 (0,1-7)

Xâm nhập vỏ vi thể	Có	3 (30)	87 (25,9)	0,8 (0,21 – 3,2)
	Không	7 (70)	249 (74,1)	
Viêm tuyến giáp		5,5±0,2 (0-21)	8,3±0,7 (1-24)	0,002*

\*So sánh 2 trung bình

Phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến số lượng hạch vét được (Bảng 2). Các yếu tố như tuổi, giới, tiền sử mắc Basedow trước đó, kích thước u trên siêu âm, vị trí u, phương pháp phẫu thuật, vét hạch trung tâm, phân loại T và

xâm nhập vỏ bao tuyến giáp trên vi thể không ảnh hưởng đến số lượng hạch vét được sau phẫu thuật, với  $p > 0,05$ . Tuy nhiên, tình trạng viêm tuyến giáp kèm theo làm tăng số lượng hạch vét được với  $p = 0,002$ .

**Bảng 3. Phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng di căn hạch**

Yếu tố		Không hạch n=208	Có hạch n=138	Đơn biến
				OR (95%)
Tuổi	<55	199 (95,7)	136 (98,6)	0,1 (0,1 – 1,5)
	≥55	9 (4,3)	2 (1,4)	
Giới	Nam	7 (3,4)	7 (5,1)	0,6 (0,2 – 1,9)
	Nữ	201 (96,6)	131 (94,9)	
Basedow	Có	2 (1)	2 (1,4)	0,7 (0,1 – 4,7)
	Không	206 (99)	136 (98,6)	
Vị trí u	1 bên	200 (96,2)	129 (93,5)	1,7 (0,7 – 4,6)
	2 thùy/ eo	8 (3,8)	9 (6,5)	
Phương pháp mổ	Cắt TGTB	28 (13,5)	27 (19,6)	0,6 (0,4 – 1,1)
	Bảo tồn	180 (86,5)	111 (80,4)	
Vét hạch	2 bên	24 (11,5)	24 (17,4)	1,6 (0,9 – 2,9)
	1 bên	184 (88,5)	114 (28,6)	
Phân loại khối u	T1a	169 (81,2)	98 (71)	0,6 (0,3 – 0,9)
	>T1b	39 (18,8)	40 (29)	
Xâm nhập vỏ vi thể	Không	153 (73,6)	103 (74,6)	0,9 (0,6 – 1,5)
	Có	55 (26,4)	35 (25,4)	
Viêm tuyến giáp	Không	168 (80,8)	117 (84,8)	0,8 (0,4 – 1,3)
	Có	40 (19,2)	21 (15,2)	
Kích thước u siêu âm (mm)		7,1±3,3 (2,6 – 22)	8,5±0,3 (2,7 – 25)	0,006*

Cắt TGTB: Cắt tuyến giáp toàn bộ; \*So sánh 2 trung bình

Phân tích yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng vi di căn hạch tiềm ẩn sau mổ (Bảng 3). Yếu tố tuổi, giới, tiền sử Basedow, vị trí u, phương pháp phẫu thuật, phương pháp vét hạch, tình trạng viêm tuyến giáp và tình trạng xâm nhập

vỏ bao tuyến giáp trên vi thể không làm tăng nguy cơ vi di căn hạch tiềm ẩn sau mổ. Các yếu tố như kích thước u, phân loại khối u làm tăng khả năng di căn hạch với  $p < 0,05$ .

**Bảng 4. Phân tích yếu tố liên quan đến số lượng hạch vi di căn sau mổ**

Yếu tố		>5 hạch n=10	≤5 hạch n=336	Đơn biến OR (95%)
Phân loại khối u	T1a	3 (30)	264 (78,6)	1
	T1b	1 (10)	46 (13,7)	0,5 (0,1-5,1)
	T2	0 (0)	2 (0,6)	---
	T3b	6 (60)	24 (7,1)	0,1 (0,01-0,2)
Xâm nhập vỏ vi thể	Không	7 (70)	278 (82,7)	0,5 (0,1-1,9)
	Có	3 (30)	58 (17,3)	
Kích thước u siêu âm (mm)		8,5±4,2 (5-18)	7,6±3,7 (2,6-25)	0,5*

\*So sánh 2 trung bình

Phân tích yếu tố liên quan đến số lượng vi di căn hạch tiềm ẩn sau mổ (Bảng 4). Yếu tố kích thước u trên siêu âm và viêm tuyến giáp không làm tăng số lượng hạch di căn. Yếu tố duy nhất ảnh hưởng đến số lượng hạch di căn là phân loại khối u, với  $p = 0,000$ . Tuy nhiên, khi phân tích dưới nhóm cho thấy, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa khối u T1a và T1b về số lượng hạch di căn, với OR là 0,5 (95%CI: 0,1 - 5,1). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa khối u T1a và >T1b (T2 và T3b) với OR là 0,1 (95%CI: 0,01 - 0,2).

#### IV. BÀN LUẬN

Từ năm 2018, phương pháp TOETVA đã được áp dụng tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.<sup>2,4</sup> Đa phần chỉ định phẫu thuật được đưa ra phù hợp với đánh giá trong mổ của phẫu thuật viên. Tuy nhiên, một số yếu tố dựa vào mô bệnh học sau mổ như xâm nhập mạch máu, bạch huyết, diện cắt dương tính hoặc số lượng hạch

cổ trung tâm vi di căn tiềm ẩn sau mổ có thể đưa đến chỉ định phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ thì 2. Do đó, trong nghiên cứu này, chúng tôi tiến hành đánh giá tình trạng vi di căn hạch cổ trung tâm tiềm ẩn và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua đường miệng tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Từ đó, giúp phẫu thuật viên đưa ra được quyết định chính xác hơn trong quá trình phẫu thuật.

Vi di căn hạch theo ATA 2015 được định nghĩa là những trường hợp hạch di căn có kích thước dưới 2mm.<sup>5</sup> Theo khuyến cáo của ATA 2015 và NCCN 2022, những trường hợp hạch di căn từ dưới 5 hạch và không có hạch nào trên 2mm được coi là yếu tố nguy cơ thấp và không cần thiết tiến hành cắt tuyến giáp toàn bộ ở nhóm bệnh nhân này.<sup>5,6</sup> Đối với những trường hợp vi di căn trên 5 hạch vẫn còn nhiều tranh cãi. Theo NCCN 2022, thuật cắt tuyến giáp thì

2 nên được cân nhắc ở nhóm bệnh nhân này. Ngược lại, theo nghiên cứu của Choi (2020) tiến hành trên 876 bệnh nhân gồm 2 nhóm có vi di căn hạch nhưng không tiến hành cắt tuyến giáp toàn bộ thì 2 và nhóm không vi di căn hạch sau phẫu thuật cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ tái phát giữa hai nhóm, ngoại trừ yếu tố giới tính, với trung vị theo dõi ở 2 nhóm lần lượt là  $12,8 \pm 4,3$  (8,3 - 30,5) tháng;  $13,4 \pm 4,4$  (8,3 - 32,3) tháng. Tác giả kết luận, cắt tuyến giáp thì 2 ở nhóm vi di căn hạch sau vét hạch cổ trung tâm dự phòng không cần thiết.<sup>7</sup> Do đó, đối với vi di căn trên 5 hạch, bệnh nhân có thể lựa chọn phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ thì 2 hoặc theo dõi sát sau điều trị.

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành chủ yếu ở nữ giới chiếm 96%, tuổi trung bình  $36,1 \pm 9,1$  tuổi. 4 bệnh nhân có tiền sử Basedow trước đó chiếm 1,15%. Ung thư tại 1 thùy chiếm 95,1%, 17 trường hợp ung thư tại eo/ 2 thùy tuyến giáp chiếm 4,9%. Cắt tuyến giáp toàn bộ tiến hành 55 bệnh nhân, chiếm 15,9%. Phẫu thuật bảo tồn chiếm đa số 291 bệnh nhân (84,1%). Tỷ lệ vi di căn hạch tiềm ẩn là 39,9%. Số lượng hạch vét được trung bình là  $5,98 \pm 4,1$  (0 - 24) hạch, trong đó số lượng hạch di căn  $1,04 \pm 1,7$  (0 - 10) hạch. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu của Ahn (2020) số lượng hạch vét được và số lượng hạch di căn lần lượt là  $4,3 \pm 5,6$  hạch,  $0,9 \pm 1,7$  hạch.<sup>3</sup>

Phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến số lượng hạch vét được. Các yếu tố như tuổi, giới, tiền sử mắc Basedow, kích thước u trên siêu âm, vị trí u, phương pháp phẫu thuật, vét hạch trung tâm, phân loại khối u và xâm nhập vỏ bao tuyến giáp trên vi thể không ảnh hưởng đến số lượng hạch vét được sau phẫu thuật, với  $p > 0,05$ . Tuy nhiên, tình trạng viêm tuyến giáp kèm theo làm tăng số lượng hạch vét được với  $p = 0,002$ . Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Song (2017) cho thấy trung vị số lượng

hạch cổ trung tâm vét được ở nhóm viêm tuyến giáp Hashimoto là 11 (8 - 15) hạch.<sup>8</sup>

Phân tích yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng vi di căn hạch tiềm ẩn sau mổ. Yếu tố tuổi, giới, tiền sử Basedow, vị trí u, phương pháp phẫu thuật, phương pháp vét hạch, tình trạng viêm tuyến giáp và tình trạng xâm nhập vỏ bao tuyến giáp trên vi thể không làm tăng nguy cơ vi di căn hạch tiềm ẩn sau mổ. Theo phân loại TNM 7<sup>th</sup>, xâm nhập vỏ vi thể được xếp vào nhóm T3 và có chỉ định phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ. Tuy nhiên, phân loại 8<sup>th</sup> đã không xếp yếu tố này là yếu tố nguy cơ cao cần thiết phải cắt tuyến giáp toàn bộ. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, không có sự khác biệt về tình trạng vi di căn hạch cổ trung tâm giữa 2 nhóm có/ không xâm nhập vỏ xơ trên giải phẫu bệnh sau mổ, với  $OR = 0,9$  (95%CI: 0,6 - 1,5),  $p = 0,05$ . Do đó, phù hợp với phân loại mới TNM 8<sup>th</sup> xâm nhập vỏ xơ không phải là yếu tố để chỉ định cắt tuyến giáp toàn bộ. Về tình trạng viêm tuyến giáp mạn tính: Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Song (2017) kết luận viêm tuyến giáp mạn tính không làm tăng số lượng hạch di căn trong ung thư tuyến giáp biệt hoá, mà chỉ làm tăng số lượng hạch vét được do đó cần đánh giá kết hợp nhiều yếu tố trong mổ để tránh việc cắt tuyến giáp toàn bộ ở nhóm bệnh nhân này.<sup>8</sup>

Trong nghiên cứu này, yếu tố kích thước u trên siêu âm có sự khác biệt về tình trạng vi di căn hạch,  $p < 0,05$ . Tuy nhiên, khi phân tích ảnh hưởng của yếu tố kích thước u trên siêu âm lên số lượng hạch di căn  $\leq 5$  hạch/ hoặc  $> 5$  hạch (Bảng 4) không ghi nhận được sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Do đó, yếu tố kích thước u trên siêu âm không làm thay đổi quyết định phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ ngay trong quá trình phẫu thuật. Nguyên nhân của sự khác biệt này so với khuyến cáo của ATA 2015: cắt tuyến giáp toàn bộ được tiến hành

ở những khối u trên 4cm, do trong nghiên cứu này các khối u đều có kích thước dưới 4cm.<sup>5,6</sup>

Yếu tố phân loại khối u trong mổ > T1b làm tăng khả năng vi di căn hạch ở nhóm bệnh nhân của chúng tôi, với  $p < 0,05$ . Tuy nhiên, khi phân tích dưới nhóm các phân loại về T và số lượng hạch di căn, chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa về số lượng hạch di căn  $\leq 5$  hạch/ hoặc  $> 5$  ở 2 nhóm T1a và T1b, với OR là 0,5 (95%CI: 0,1 - 5,1). Sự khác biệt có ý nghĩa về số lượng hạch di căn  $\leq 5$  hạch/  $> 5$  hạch giữa 2 nhóm T1a và T3b, với OR là 0,1 (95%CI: 0,01 - 0,2). Do đó, chúng tôi nhận thấy ở nhóm bệnh nhân T3b - u xâm lấn đại thể cơ trước giáp theo phân loại TNM 8<sup>th</sup> cần tiến hành cắt tuyến giáp toàn bộ và vét hạch cổ trung tâm 2 bên dựa vào đánh giá ngay trong quá trình phẫu thuật.

## V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ vi di căn hạch tiềm ẩn ở nhóm bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hoá phẫu thuật bằng TOETVA chiếm 39,9%. Các yếu tố kích thước u trên siêu âm và phân loại khối u làm tăng khả năng vi di căn hạch tiềm ẩn. Chỉ có tình trạng u xâm lấn cơ trước giáp trên đại thể làm tăng khả năng vi di căn hạch tiềm ẩn trên 5 hạch. Với những trường hợp này có thể chỉ định cắt toàn bộ tuyến giáp và vét hạch cổ trung tâm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quang LV, Hieu NV, Hau NX, Hung NV. Role of Sentinel Lymph Node Biopsy in Papillary Thyroid Carcinoma in Vietnam. *uhod*. 30(1): 230-237.
2. Hau Nguyen Xuan, Huy Trinh Le, Hien Nguyen Xuan, Hung Tran Tuan, Hung Nguyen Van, Quang Le Van. Preliminary Experience with Transoral Endoscopic Thyroidectomy and Parathyroidectomy via Vestibular Approach
3. 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.
4. 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.
5. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, et al. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid*. 2016; 26(1): 1-133. doi:10.1089/thy.2015.0020.
6. Haddad RI, Nasr C, Bischoff L, et al. NCCN Guidelines Insights: Thyroid Carcinoma, Version 2.2018. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 2018; 16(12): 1429-1440. doi:10.6004/jnccn.2018.0089.
7. Choi SM, Kim JK, Lee CR, et al. Completion Total Thyroidectomy Is Not Necessary for Papillary Thyroid Microcarcinoma with Occult Central Lymph Node Metastasis: A Long-Term Serial Follow-Up. *Cancers (Basel)*. 2020; 12(10): E3032. doi:10.3390/cancers12103032
8. Song E, Jeon MJ, Park S, et al. Influence of coexistent Hashimoto's thyroiditis on the extent of cervical lymph node dissection and prognosis in papillary thyroid carcinoma. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2018; 88(1): 123-128. doi:10.1111/cen.13475.



## Summary

# OCCULT LYMPH NODE MICROMETASTASES IN PATIENTS WITH PAPILLARY THYROID CANCER TREATED BY TOETVA AND RELATED FACTORS

This cross-sectional study assessed central cervical lymph node micro metastasis and related factors in patients with papillary thyroid cancer undergoing transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach (TOETVA). This study was conducted in 346 patients who underwent TOETVA to treat thyroid cancer in Department of Oncology and Palliative Care at Hanoi Medical University Hospital between January 2020 and December 2021. The clinical, surgical, and pathological characteristics were recorded. The rate of occult lymph node micro metastases was 39,9%. The average number of harvested lymph nodes was  $5.98 \pm 4.1$  (range: 0 - 24) lymph nodes. The average number of micrometastases nodes was  $1.04 \pm 1.7$  (range: 0 - 10) lymph nodes. On average, thyroiditis significantly increased the number of harvested lymph nodes by  $8.3 \pm 0.7$  (range: 1 - 24) ( $p = 0.002$ ). Tumor size on ultrasound and stage of tumor significantly increased the likelihood of occult lymph node micrometastase ( $p < 0.05$ ). The stage of tumor was the only factor increased the likelihood of having more-than-5 occult lymph node micro metastases.

**Keywords:** Thyroid cancer, central lymph node metastasis, TOETVA.