

TÌNH TRẠNG DI CĂN HẠCH CỔ VÀ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ NHÚ BIẾN THỂ XƠ HÓA LAN TOẢ TẠI BỆNH VIỆN K

Ngô Quốc Duy^{1,2,✉}, Trần Hùng Anh², Ngô Xuân Quý¹

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Ung thư tuyến giáp thể nhú biến thể xơ hóa lan tỏa là dưới nhóm ít gặp. Nghiên cứu nhằm đánh giá tình trạng di căn hạch cổ và kết quả sớm phẫu thuật ở nhóm bệnh nhân biến thể này tại Bệnh viện K. Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 72 bệnh nhân được phẫu thuật từ tháng 1/2016 - 1/2025. Kết quả sau phẫu thuật có 54,2% bệnh nhân ở giai đoạn u pT3-pT4 và 84,7% có di căn hạch cổ, di căn xa là 4,2%. Di căn hạch cổ bên gặp nhiều hơn ở bệnh nhân ≤ 30 tuổi, u hai thùy và giai đoạn u pT3-pT4 ($p < 0,05$). Phẫu thuật chủ yếu là cắt toàn bộ tuyến giáp (97,2%), vét hạch cổ bên (75%) và 94,4% được điều trị I131. Thời gian nằm viện trung bình là $5,9 \pm 1,4$ ngày. Các biến chứng thường gặp là suy cận giáp tạm thời (29,2%) và liệt dây thần kinh thanh quản ngược tạm thời (13,9%). Kết luận, ung thư tuyến giáp thể nhú biến thể xơ hóa lan tỏa có tỷ lệ di căn hạch cổ cao, phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp kết hợp vét hạch cổ và điều trị bổ trợ I131 là chiến lược điều trị hiệu quả với kết quả sớm chấp nhận được.

Từ khóa: Ung thư tuyến giáp, thể nhú, biến thể xơ hóa lan tỏa, di căn hạch cổ.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp (UTTG) là bệnh hay gặp nhất trong ung thư các tuyến nội tiết, chiếm 3,6% các bệnh ung thư nói chung. Theo GLOBOCAN 2022, ung thư tuyến giáp đứng hàng thứ 5 trong số các bệnh ung thư ở nữ giới, đứng thứ 7 cả 2 giới có khoảng 821.214 ca mới mắc và 47.507 ca tử vong do ung thư tuyến giáp.¹ Ung thư tuyến giáp thể nhú được chia thành nhiều dưới nhóm, trong đó biến thể xơ hoá lan tỏa là thể mô bệnh học ít gặp, khoảng 5 - 6% trong UTTG thể nhú.² Về đặc điểm lâm sàng, thể bệnh này thường gặp ở những phụ nữ trẻ tuổi, với đặc điểm tổn thương lan tỏa, không rõ khối, không rõ ranh giới thường ở cả hai thùy tuyến

giáp và thường di căn hạch sớm.³ Di căn hạch một trong những yếu tố tiên lượng quan trọng trong ung thư tuyến giáp. Các nghiên cứu trước đây cũng đã chứng minh rằng số lượng hạch di căn có liên quan chặt chẽ đến tiên lượng bệnh. Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp kèm vét hạch cổ theo sau là điều trị I¹³¹ là chiến lược điều trị phù hợp cho nhóm bệnh này.⁴⁻⁷ Tuy nhiên, chúng tôi nhận thấy ở Việt Nam chưa có nghiên cứu về của nhóm bệnh ít gặp này. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: Đánh giá tình trạng di căn hạch cổ và kết quả sớm phẫu thuật bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú biến thể xơ hóa lan tỏa tại Bệnh viện K.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

72 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú biến thể xơ hóa lan tỏa được phẫu thuật tại Bệnh viện K từ tháng 1/2016 - tháng

Tác giả liên hệ: Ngô Quốc Duy

Bệnh viện K

Email: duyqhn@gmail.com

Ngày nhận: 09/01/2026

Ngày được chấp nhận: 30/01/2026

1/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được phẫu thuật cắt tuyến giáp tại Bệnh viện K có giải phẫu bệnh sau mổ là UTTG thể nhú biến thể xơ hóa lan tỏa.

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

- Bệnh nhân được giải thích đầy đủ về quy trình nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân chẩn đoán ung thư tuyến giáp tái phát.

- Bệnh nhân có ung thư thứ hai kèm theo.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp với tiến cứu.

Cỡ mẫu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện trên toàn bộ bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn. Có 72 bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu.

Thu thập số liệu: Thu thập số liệu qua mẫu bệnh án thiết kế sẵn và hỏi bệnh.

Biến số, chỉ số nghiên cứu: Tuổi, giới, thời gian nằm viện, lý do vào viện, triệu chứng lâm sàng, đặc điểm siêu âm, đặc điểm phẫu thuật, mô bệnh học, giai đoạn bệnh, kết quả phẫu thuật, điều trị I¹³¹. Tất cả người bệnh trong nghiên cứu được phẫu thuật theo phác đồ điều trị chuẩn tại Khoa Ngoại Đầu – Cổ. Phạm vi phẫu thuật bao gồm cắt tuyến giáp (toàn bộ hoặc thùy) kết hợp vét hạch cổ trung tâm và/hoặc vét hạch cổ bên

tùy theo đánh giá lâm sàng và cận lâm sàng trước mổ. Chỉ định vét hạch cổ dựa trên kết quả thăm khám lâm sàng, siêu âm cổ, chọc hút kim nhỏ (FNA) hạch nghi ngờ và/hoặc các phương tiện chẩn đoán hình ảnh khác. Các bệnh phẩm hạch cổ được cố định bằng formol 10%, xử lý và nhuộm Hematoxylin–Eosin tại khoa Giải phẫu bệnh. Kết quả giải phẫu bệnh được sử dụng để đánh giá tình trạng di căn hạch cổ, bao gồm: số lượng hạch lấy được, số hạch di căn, kích thước ổ di căn lớn nhất và sự hiện diện của xâm lấn ngoài bao hạch (nếu có). Di căn hạch cổ được xác định khi có tế bào ung thư trong nhu mô hạch trên tiêu bản mô bệnh học.

Xử lý và phân tích số liệu

Các số liệu thu thập được mã hoá trên máy vi tính và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20. Kiểm định so sánh: Đối với biến định tính sử dụng test so sánh χ^2 , các so sánh có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong trường hợp mẫu nhỏ hơn 5 thì sử dụng test χ^2 có hiệu chỉnh Fisher.

Thời gian thực hiện nghiên cứu: Từ tháng 8/2024 đến tháng 1/2025, tại Bệnh viện K.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc trong đạo đức nghiên cứu y sinh học. Tất cả các bệnh nhân đều được nghiên cứu trên bệnh án vì vậy không có can thiệp trực tiếp trên người bệnh.

III. KẾT QUẢ**1. Tình trạng di căn hạch cổ****Bảng 1. Đặc điểm u và hạch sau phẫu thuật**

	Đặc điểm	Số bệnh nhân (n)	(%)
<i>Vị trí u</i>	Một thùy	37	51,4
	Hai thùy	35	48,6

	Đặc điểm	Số bệnh nhân (n)	(%)
<i>Giai đoạn U</i>	pT1	25	34,7
	pT2	8	11,1
	pT3a	6	8,3
	pT3b	27	37,5
	pT4a	6	8,3
<i>Giai đoạn hạch</i>	pN0	11	15,3
	pN1a	56	78,8
	pN1b	50	69,5
<i>Di căn hạch trung tâm</i>	< 5 hạch	34	47,2
	≥ 5 hạch	38	52,8
<i>Di căn xa</i>	M0	69	95,8
	M1	3	4,2

Có 97,2 % bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp, 75% có vét hạch cổ bên. Trong và sau mổ có 54,2% u giai đoạn pT3, pT4 (54,2%). Có 84,7% bệnh nhân di căn hạch sau

phẫu thuật. 78,8% di căn hạch cổ trung tâm, 69,5% bệnh nhân di căn hạch cổ bên. 3 bệnh nhân phát hiện di căn phổi trên phim chụp cắt lớp vi tính ngực.

Bảng 2. So sánh tình trạng di căn hạch trước mổ và giai đoạn bệnh sau phẫu thuật

Vị trí di căn hạch	Trước mổ	Sau mổ
Không di căn hạch	22 (30,6%)	11 (15,3%)
Di căn hạch trung tâm	7 (9,7%)	56 (78,8%)
Di căn hạch cổ bên	43 (59,7%)	50 (69,5%)

Tỷ lệ phát hiện di căn hạch cổ trung tâm trước mổ thấp. 11 bệnh nhân (15,3%) có di căn

hạch sau phẫu thuật nhưng chưa được phát hiện trước siêu âm.

Bảng 3. Mối tương quan giữa các yếu tố đến tình trạng di căn hạch sau phẫu thuật

Yếu tố	Có di căn hạch trung tâm		Không di căn hạch trung tâm		<i>p</i>
<i>Giới</i>	Nữ	51 (77,3%)	15 (22,7%)	0,73	
	Nam	5 (83,3%)	1 (16,7%)		
<i>Tuổi</i>	≤ 30	24 (80%)	6 (20%)	0,70	
	> 30	32 (76,2%)	10 (23,8%)		

Yếu tố		Có di căn hạch trung tâm	Không di căn hạch trung tâm	p
Vị trí u	Một thùy	26 (70,3%)	11 (29,7%)	0,12
	Hai thùy	30 (85,7%)	5 (14,3%)	
Giai đoạn u	pT1, pT2	23 (69,7%)	10 (30,3%)	0,14
	pT3, pT4	33 (84,6%)	6 (15,4%)	

Yếu tố		Có di căn hạch cổ bên	Không di căn hạch cổ bên	p
Giới	Nữ	45 (68,2%)	21 (26,7%)	0,66
	Nam	5 (83,3%)	1 (16,7%)	
Tuổi	≤ 30	25 (83,3%)	5 (16,7%)	0,032
	>30	25 (59,5%)	17 (40,5%)	
Vị trí u	Một thùy	18 (48,6%)	19 (51,4%)	0,001
	Hai thùy	32 (91,4%)	3 (8,6%)	
Giai đoạn u	pT1, pT2	15 (45,5%)	18 (54,5%)	0,001
	pT3, pT4	35 (89,7%)	4 (10,3%)	

Nhóm bệnh nhân ≤ 30 tuổi có tỷ lệ u ở giai đoạn pT3, T4 (73,33%) và di căn hạch cổ đặc biệt nhóm hạch cổ bên cao hơn đáng kể so với nhóm > 30 tuổi (40,48%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p = 0,006.

Nhóm bệnh nhân có u hai thùy tuyến giáp và giai đoạn u pT3, pT4 có nguy cơ di căn hạch cổ bên cao hơn nhóm còn lại, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

2. Kết quả phẫu thuật sớm

Bảng 4. Phương pháp điều trị của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm		Số bệnh nhân (n)	(%)
Phương pháp phẫu thuật	Phẫu thuật cắt 1 thùy + Vết hạch trung tâm	2	2,8
	Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp + Vết hạch trung tâm	16	22,2
	Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp + Vết hạch trung tâm + Vết hạch cổ bên một bên	31	43,1
	Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp + Vết hạch trung tâm + Vết hạch cổ bên hai bên	23	31,9
Thời gian nằm viện (ngày)		5,9 ± 1,4	
Điều trị I ¹³¹		68	94,4

Trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu, có 97,2% bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp, 75% bệnh nhân vết hạch cổ bên. Thời

gian nằm viện trung bình 5,9 ± 1,4 ngày. Điều trị sau phẫu thuật: 94,4% bệnh nhân sau phẫu thuật được điều trị I¹³¹.

Bảng 5. Biến chứng sau mổ của nhóm đối tượng nghiên cứu

Biến chứng	Số lượng	(Tỷ lệ %)
Tụ dịch	1	1,4
Suy cận giáp tạm thời	21	29,2
Suy cận giáp vĩnh viễn	0	0,0
Liệt dây thần kinh thanh quản quặt ngược tạm thời (TK TQQN)	10	13,9
Liệt dây TK TQQN vĩnh viễn	6	8,3
Chảy máu sau mổ	1	1,4
Rò bạch huyết	2	2,8

Biến chứng hay gặp nhất là suy cận giáp tạm thời có 21 bệnh nhân (29,2%), 10 bệnh nhân (13,9%) có liệt dây thần kinh thanh quản quặt ngược tạm thời sau phẫu thuật với biểu hiện khàn tiếng kéo dài sau phẫu thuật; 6 bệnh

nhân liệt dây thanh quản quặt ngược vĩnh viễn 1 bên do u xâm lấn (8,3%), 2 bệnh nhân rò bạch huyết sau mổ (2,8%), 1 bệnh nhân tụ dịch sau mổ, 1 bệnh nhân chảy máu mép da sau mổ (1,4%).

Bảng 6. Mối tương quan giữa các yếu tố đến biến chứng sau phẫu thuật

Yếu tố		Có suy cận giáp tạm thời	Không suy cận giáp tạm thời	p
Giai đoạn u	pT1, pT2	5 (15,2%)	28 (84,8%)	0,016
	pT3, pT4	16 (41,0%)	23 (59,0%)	
Số hạch cổ trung tâm di căn	≥ 5 hạch	16 (42,1%)	22 (57,9%)	0,022
	< 5 hạch	5 (14,7%)	29 (85,3%)	
Yếu tố		Có liệt dây TKTQQN tạm thời	Không liệt dây TKTQQN	p
Giai đoạn u	pT1, pT2	2 (6,1)	31 (93,9)	0,002
	pT3, pT4	14 (35,9)	25 (64,1)	
Số hạch cổ trung tâm di căn	≥ 5 hạch	13 (34,2)	25 (65,8)	0,018
	< 5 hạch	3 (8,8)	31 (91,2)	

Tỷ lệ biến chứng suy cận giáp và liệt dây thần kinh TQQN sau phẫu thuật ở nhóm bệnh nhân có giai đoạn u sau mổ pT3, T4; nhóm bệnh nhân có ≥ 5 hạch cổ trung tâm di căn cao hơn nhóm còn lại, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Tình trạng di căn hạch cổ: Sau mổ có tới 84,7% bệnh nhân di căn hạch sau phẫu thuật, 78,8% di căn hạch cổ trung tâm, 69,5% bệnh nhân di căn hạch cổ bên. Theo nghiên cứu của Chử Quốc Hoàn và cộng sự có 61,2% bệnh

nhân có di căn hạch cổ sau phẫu thuật.⁸ Trong nghiên cứu C.Spinelli 90% bệnh nhân có di căn hạch cổ, 76% có di căn hạch cổ bên, hay trong nghiên cứu C.Regalbuto có 61,8% bệnh nhân giai đoạn pT3, pT4.^{7,9} Kết quả này cho thấy dưới nhóm xơ hóa lan tỏa của UTTG thể nhú có tỷ lệ di căn hạch cao, đặc biệt nhóm hạch cổ bên. Đáng chú ý, có 5 bệnh nhân được phát hiện di căn hạch cổ bên nhưng không có di căn hạch cổ trung tâm. Thường gặp hơn ở các khối u nằm ở cực trên tuyến giáp do đường dẫn lưu bạch huyết trực tiếp đến nhóm hạch cảnh cao. Phát hiện này có ý nghĩa thực tiễn quan trọng vì cho thấy không phải tất cả trường hợp di căn hạch cổ bên đều phải có di căn hạch trung tâm, mặc dù dẫn lưu bạch huyết trong ung thư tuyến giáp thường đến chặng đầu tiên là hạch nhóm VI. Trong y văn còn mô tả hiện tượng này là di căn nhảy cóc (Skip metastasis). Tuy theo nghiên cứu, tỷ lệ di căn nhảy cóc trong ung thư tuyến giáp dao động từ 5 - 15%, trung bình 12,0%.⁵ Vì vậy, khi nghi ngờ biến thể này, đòi hỏi các bác sĩ lâm sàng phải đánh giá tỉ mỉ, cẩn thận hạch cổ trước phẫu thuật. Chúng tôi tiến hành phân tích thêm mối tương quan nhóm bệnh nhân ≤ 30 và > 30 tuổi và giai đoạn u, di căn hạch cổ cho kết quả nhóm bệnh nhân từ 30 tuổi trở xuống có tỷ lệ u ở giai đoạn pT3, T4 (73,33%) và di căn hạch cổ đặc biệt nhóm hạch cổ bên cao hơn đáng kể so với nhóm trên 30 tuổi (40,48%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,006$. Sự khác biệt này góp phần tiên lượng trên nhóm bệnh nhân trẻ tuổi, bệnh có xu hướng xâm lấn rộng và di căn hạch sớm. Bên cạnh đó, nhóm bệnh nhân có u hai thùy tuyến giáp và giai đoạn u pT3, pT4 có nguy cơ di căn hạch cổ bên cao hơn nhóm còn lại, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), tỷ lệ di căn hạch cổ trung tâm cũng cao hơn ở nhóm bệnh nhân u hai thùy và giai đoạn tiến triển, tuy nhiên sự khác biệt chưa đạt được ý nghĩa thống kê, có thể do tỷ lệ di căn hạch trung tâm của biến thể này cao ngay từ lúc chẩn đoán.

Trong nghiên cứu của Yu Zhang và cộng sự cho thấy kích thước u $> 2\text{cm}$, u giai đoạn T3-4 có nguy cơ di căn hạch cổ bên cao hơn; hoặc trong nghiên cứu hồi cứu của Du Jiachen và cộng sự nhận thấy với bệnh nhân > 45 tuổi, BMI ≥ 25 , kích thước u $\geq 1\text{cm}$, xâm lấn ngoài bao giáp, có đột biến BRAF V600E có liên quan đáng kể đến di căn hạch trung tâm trong ung thư tuyến giáp.^{10,11}

Về kết quả sớm sau phẫu thuật, phẫu thuật chủ yếu là cắt toàn bộ tuyến giáp với 97,2%, vét hạch cổ bên với 75%. Kết quả này cao hơn so với những nghiên cứu về UTTG thể nhú thông thường, như trong nghiên cứu của Chử Quốc Hoàn và cộng sự, có 85,5% bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp, 65,1% bệnh nhân được vét hạch cổ.⁸ Tương tự kết quả các nghiên cứu trên thế giới, trong nghiên cứu D. Cavaco và cộng sự, phẫu thuật ban đầu với 75% bệnh nhân được cắt toàn bộ tuyến giáp, 75,8% có vét hạch cổ kèm theo; trong nghiên cứu C.Regalbuto và cộng sự, 100% bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp, 52,9% bệnh nhân được vét hạch cổ.^{4,7} Có 2 bệnh nhân nữ được phẫu thuật bảo tồn với tuổi lần lượt là 35 tuổi và 40 tuổi, với kích thước u là 15 mm và 6 mm, đơn ổ, một thùy, được phẫu thuật cắt một thùy và vét hạch trung tâm, giải phẫu bệnh sau mổ là biến thể xơ hóa lan tỏa, không có di căn hạch. Có 3 bệnh nhân chẩn đoán di căn phổi có hạch cổ nghi ngờ hai bên, được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp và vét hạch cổ bên, sau phẫu thuật điều trị I¹³¹ nhiều đợt.

Thời gian nằm viện trung bình $5,9 \pm 1,4$ ngày. Sau phẫu thuật có 94,4% bệnh nhân có chỉ định điều trị I¹³¹, chỉ có 4 bệnh nhân ra viện, theo dõi định kỳ. Trong số 4 bệnh nhân có 2 bệnh nhân được phẫu thuật bảo tồn cắt một thùy, hai bệnh nhân được cắt toàn bộ tuyến giáp, u khu trú một thùy. Trong nghiên cứu của Chử Quốc Hoàn và cộng sự có 85,5% bệnh nhân có chỉ định điều trị I¹³¹.⁸ Các nghiên cứu trên thế giới về biến thể xơ hóa lan tỏa cũng cho kết quả tương tự, trong

nghiên cứu D.Cavaco và cộng sự, điều trị I¹³¹ ban đầu chỉ có 85,5% bệnh nhân; trong nghiên cứu C. Regalbuto và cộng sự tất cả 34 bệnh nhân đều được điều trị I¹³¹ sau phẫu thuật.^{4,7} Với kết quả này, chúng tôi nhận thấy rằng điều trị phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp, vét hạch cổ nghi ngờ và bổ trợ I¹³¹ là chiến lược phù hợp với biến thể trên.

Về biến chứng sau phẫu thuật hay gặp nhất là suy cận giáp tạm thời có 29,2% bệnh nhân, 13,9% có liệt dây thần kinh thanh quản quặt ngược tạm thời sau phẫu thuật, với triệu chứng khàn tiếng kéo dài < 6 tháng sau mổ, 6 bệnh nhân liệt dây thanh quản quặt ngược vĩnh viễn 1 bên (8,33%) do u xâm lấn, và không có bệnh nhân nào phải mở khí quản. Kết quả này tương tự so với nghiên cứu Daniela Cavaco với 39,4 % bệnh nhân có biến chứng sau phẫu thuật, 33,3 % bệnh nhân suy tuyến cận giáp, cao hơn so với nghiên cứu của Jong-Lyel Roh và cộng sự trên 155 bệnh nhân UTTG thể nhú nói chung được cắt toàn bộ tuyến giáp có 20,6% bị hạ canxi máu thoáng qua, 5,8% bệnh nhân có liệt dây TKTQQN, 3,6% bệnh nhân có rò bạch huyết sau mổ.^{4,12} Khi phân tích mối liên hệ với tỷ lệ biến chứng suy cận giáp và liệt dây thần kinh TQQN sau phẫu thuật cho thấy nhóm bệnh nhân có giai đoạn u sau mổ pT3, T4; nhóm bệnh nhân có ≥ 5 hạch cổ trung tâm di căn cao hơn nhóm còn lại, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả tương tự như trong phân tích tổng hợp của Kang Ning và cộng sự cho kết quả ở nhóm bệnh nhân nữ, phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp vét hạch cổ trung tâm và cổ bên, có di căn hạch cổ làm tăng đáng kể nguy cơ suy cận giáp tạm thời và vĩnh viễn sau phẫu thuật.¹³

V. KẾT LUẬN

Ung thư tuyến giáp thể nhú biến thể xơ hóa lan tỏa là thể bệnh ít gặp có tỷ lệ di căn hạch cổ cao. Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp kết hợp vét hạch cổ là phương pháp điều trị chủ

yếu. Đây là phương pháp an toàn, hai biến chứng hay gặp nhất là suy cận giáp và liệt dây thần kinh thanh quản quặt ngược tạm thời, gặp nhiều hơn ở nhóm u giai đoạn tiến triển và có nhiều hạch di căn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. Cancer Today. Accessed September 22, 2025. <https://gco.iarc.who.int/today/>
2. Pillai S, Gopalan V, Smith RA, et al. Diffuse sclerosing variant of papillary thyroid carcinoma-an update of its clinicopathological features and molecular biology. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2015;94(1):64-73. doi:10.1016/j.critrevonc.2014.12.001
3. Yang L, Zhao M, Xiao L, et al. Diffuse Sclerosing Variant of Papillary Thyroid Carcinoma Is Related to a Poor Outcome: A Comparison Study Using Propensity Score Matching. *Endocr Pract*. 2023;29(10):779-786. doi:10.1016/j.eprac.2023.05.003
4. Cavaco D, Martins AF, Cabrera R, et al. Diffuse sclerosing variant of papillary thyroid carcinoma: outcomes of 33 cases. *Eur Thyroid J*. 2021;11(1):e210020. doi:10.1530/ETJ-21-0020
5. Malandrino P, Russo M, Regalbuto C, et al. Outcome of the Diffuse Sclerosing Variant of Papillary Thyroid Cancer: A Meta-Analysis. *Thyroid*. 2016;26(9):1285-1292. doi:10.1089/thy.2016.0168
6. Kim H, Kim HI, Kim SW, et al. Prognosis of Differentiated Thyroid Carcinoma with Initial Distant Metastasis: A Multicenter Study in Korea. *Endocrinol Metab*. 2018;33(2):287-295. doi:10.3803/EnM.2018.33.2.287
7. Regalbuto C, Malandrino P, Tumminia A, et al. A diffuse sclerosing variant of papillary thyroid carcinoma: clinical and pathologic features and outcomes of 34 consecutive cases. *Thyroid*. 2011;21(4):383-389. doi:10.1089/thy.2010.0331

8. Chử Quốc Hoàn. Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, tỉ lệ các nhóm mô bệnh học và kết quả điều trị ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện K, Luận văn Bác sĩ nội trú bệnh viện, Trường Đại học Y Hà Nội. *Trường đại học Y Hà Nội*. Published online 2013.

9. Spinelli C, Strambi S, Bakkar S, et al. Surgical Management of Diffuse Sclerosing Variant of Papillary Thyroid Carcinoma. Experience in 25 Patients. *World J Surg*. 2020;44(1):155-162. doi:10.1007/s00268-019-05230-5

10. Zhang Y, Ji X, Zhang X, et al. Risk factors for cervical lymph node metastasis at different lateral levels in papillary thyroid cancer: level III as the central hub. *Gland Surg*. 2024;13(11):1921-1930. doi:10.21037/gS-24-

299

11. Du J, Yang Q, Sun Y, et al. Risk factors for central lymph node metastasis in patients with papillary thyroid carcinoma: a retrospective study. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2023;14:1288527. doi:10.3389/fendo.2023.1288527

12. Roh JL, Park JY, Park CI. Total Thyroidectomy Plus Neck Dissection in Differentiated Papillary Thyroid Carcinoma Patients. *Ann Surg*. 2007;245(4):604-610. doi:10.1097/01.sla.0000250451.59685.67

13. Ning K, Yu Y, Zheng X, et al. Risk factors of transient and permanent hypoparathyroidism after thyroidectomy: a systematic review and meta-analysis. *Int J Surg*. 2024;110(8):5047-5062. doi:10.1097/JS9.0000000000001475

Summary

CERVICAL LYMPH NODE METASTASIS AND EARLY SURGICAL OUTCOMES OF DIFFUSE SCLEROSING VARIANT OF PAPILLARY THYROID CARCINOMA AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Diffuse sclerosing variant (DSV) of papillary thyroid carcinoma (PTC) is a rare subtype of papillary thyroid cancer. This study aimed to evaluate cervical lymph node metastasis and early surgical outcomes in patients with papillary thyroid carcinoma of the diffuse sclerosing variant treated at K Hospital. A retrospective–prospective descriptive study was conducted on 72 patients who underwent surgery from January 2016 to January 2025. 54.2% of patients had tumors staged pT3–pT4 after surgery, and 84.7% had cervical lymph node metastasis with distant metastasis at 4.2%. Lateral neck lymph node metastasis was more common in patients aged ≤ 30 years old, with bilateral thyroid involvement, and with tumors staged pT3–pT4 ($p < 0,05$). Total thyroidectomy was performed in 97.2% of patients, 75% underwent lateral neck dissection, and 94.4% received adjuvant radioiodine (I^{131}) therapy. The mean hospital stay was 5.9 ± 1.4 days. Common postoperative complications included transient hypoparathyroidism (29.2%) and transient recurrent laryngeal nerve palsy (13.9%). In conclusion, papillary thyroid carcinoma of the diffuse sclerosing variant has a high rate of cervical lymph node metastasis, particularly in younger patients and those with advanced-stage tumors; total thyroidectomy combined with appropriate neck dissection and adjuvant I^{131} therapy is an effective treatment strategy with acceptable early outcomes.

Keywords: Thyroid cancer, papillary carcinoma, diffuse sclerosing variant, cervical lymph node metastasis.