

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ NHÚ HAI BÊN BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI QUA ĐƯỜNG TIỀN ĐÌNH MIỆNG TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Ngô Minh Trí^{1,✉}, Nguyễn Xuân Hậu^{1,2,3}, Nguyễn Xuân Hiền²

Nguyễn Diệu Linh³, Lê Văn Quảng^{1,2,3}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện K

Phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua đường tiền đình miệng (PTNS TG TĐM) là kỹ thuật xâm lấn tối thiểu trong điều trị ung thư tuyến giáp. Tuy nhiên, dữ liệu về độ an toàn và hiệu quả của phương pháp này ở ung thư tuyến giáp thể nhú hai bên còn hạn chế. Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu được thực hiện tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 01/2020 đến 07/2024. 30 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú hai bên được phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua đường tiền đình miệng cắt toàn bộ tuyến giáp, vét hạch cổ trung tâm hai bên; chỉ định iod phóng xạ theo ATA 2015. 96,7% bệnh nhân là nữ, tuổi trung bình $33,1 \pm 8,6$ (16 - 51). Thời gian mổ trung bình $103,8 \pm 31,1$ (65 - 190) phút, lượng máu mất trung bình $16,3 \pm 8,7$ (5 - 40) mL. Biến chứng tạm thời gồm suy cận giáp 10,0% và tổn thương thần kinh thanh quản ngược 13,3%; không ghi nhận biến chứng vĩnh viễn. Di căn hạch cổ trung tâm tiềm ẩn gặp ở 46,7%. Sau 3 tháng, siêu âm cổ không phát hiện tồn dư; 4 trường hợp bất thường Tg/anti-Tg trở về bình thường sau 6 – 9 tháng. Phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua đường tiền đình miệng là phương pháp an toàn, hiệu quả và thẩm mỹ cho bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú hai bên chọn lọc.

Từ khóa: TOETVA, ung thư tuyến giáp thể nhú hai bên, vét hạch cổ trung tâm, phẫu thuật tuyến giáp xâm lấn tối thiểu.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ mắc ung thư tuyến giáp thể nhú (UTTGTN) ngày càng gia tăng trên toàn cầu, đặc biệt ở nhóm phụ nữ trẻ tuổi. Một nghiên cứu năm 2025 tổng hợp dữ liệu từ Global Burden Disease cho thấy tỉ lệ mắc ung thư tuyến giáp ở nhóm 15 – 39 tuổi tăng khoảng 150% từ năm 1990 đến 2021, trong đó nữ giới có tỉ lệ mắc gấp 3 lần nam giới.¹ Thực trạng đó đặt ra nhu cầu về các phương pháp điều trị hiệu quả đồng thời đảm bảo tính thẩm mỹ. Nhiều kỹ thuật xâm lấn tối thiểu đã được phát triển như phẫu

thuật nội soi qua đường miệng, đường nách, đường nách-vú và đường sau tai nhằm tránh sẹo vùng cổ. Phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua đường tiền đình miệng (PTNS TG TĐM) được phát triển đầu tiên tại châu Á, đã chứng minh nhiều ưu điểm như thời gian mổ ngắn hơn, giảm mức độ đau sau mổ, kết quả thẩm mỹ tốt hơn và hiệu quả ung thư học tương đương với mổ mở.²⁻⁵ UTTGTN thường có tính đa ổ; khi có ung thư hai thùy, nguy cơ di căn hạch và xâm lấn vỏ bao tuyến giáp tăng đáng kể, dẫn đến tiên lượng xấu hơn và đòi hỏi phải cắt toàn bộ tuyến giáp kèm vét hạch cổ trung tâm hai bên.^{6,7} Do đó, UTTGTN hai bên là một thách thức với phẫu thuật nội soi do yêu cầu tiếp cận rộng hơn, thời gian mổ dài hơn và kỹ thuật phức tạp hơn. Trong số các phương pháp nội soi, PTNS

Tác giả liên hệ: Ngô Minh Trí

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: ngominhtri.md@gmail.com

Ngày nhận: 25/04/2026

Ngày được chấp nhận: 01/06/2026

TG TĐM có thể mang lại lợi thế nhờ có đường tiếp cận gần và trực tiếp, cho phép quan sát rõ khoang cổ trung tâm và cả hai thùy tuyến giáp qua một đường duy nhất.⁸

Mặc dù, PTNS TG TĐM ngày càng được áp dụng rộng rãi, dữ liệu về hiệu quả của phương pháp này trong UTTGTN hai bên vẫn còn hạn chế. Sau khi Anuwong báo cáo 60 trường hợp đầu tiên áp dụng PTNS TG TĐM, nhiều tác giả trên toàn thế giới đã công bố các kết quả nghiên cứu về việc ứng dụng PTNS TG TĐM, bao gồm cả trong ung thư tuyến giáp.⁹ Jong Hyuk Ahn đã báo cáo 150 trường hợp PTNS TG TĐM được thực hiện cho ung thư tuyến giáp; tuy nhiên, chỉ có 13 trường hợp có khối u phát hiện ở cả hai thùy tuyến giáp. Tác giả không nêu rõ số lượng trường hợp được chẩn đoán ung thư tuyến giáp thể nhú hai bên.¹⁰ Trong một nghiên cứu do Nguyễn Xuân Hậu và cộng sự thực hiện trên vi ung thư tuyến giáp, chỉ có 3 bệnh nhân được chẩn đoán UTTGTN hai bên.¹¹ Một số tác giả khác cũng đã báo cáo kết quả PTNS TG TĐM; tuy nhiên, số lượng trường hợp liên quan đến cắt toàn bộ tuyến giáp và/hoặc ung thư tuyến giáp hai bên vẫn còn tương đối ít hoặc chưa được báo cáo.^{12,13} Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá tính an toàn và hiệu quả của PTNS TG TĐM trên bệnh nhân ung thư hai thùy tuyến giáp thể nhú.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị ung thư hai thùy tuyến giáp tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 01/2020 đến tháng 07/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Ung thư hai thùy tuyến giáp thể nhú có xác nhận của giải phẫu bệnh, kích thước u dưới 2cm, trước điều trị chưa phát hiện xâm lấn vỏ và các cơ quan lân cận, chưa di căn hạch vùng

hoặc di căn xa.

- Hồ sơ bệnh án đáp ứng các yêu cầu cơ bản của nghiên cứu.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có chống chỉ định của phẫu thuật hoặc từ chối phẫu thuật.

- Cường giáp chưa điều trị ổn định về bình giáp hoặc có bướu giáp thông.

- Bệnh nhân có tiền sử chiếu xạ vùng đầu cổ hoặc tiền sử phẫu thuật vùng cổ trước đó.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu.

Cách chọn mẫu: Thuận tiện.

Tiến hành: Ghi nhận các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng để chẩn đoán xác định (trên Hồ sơ đối với hồi cứu và trên người bệnh đối với tiến cứu). Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi qua đường tiền đình miệng cắt toàn bộ tuyến giáp, vét hạch cổ trung tâm hai bên. Quy trình phẫu thuật PTNS TG TĐM theo Nguyễn Xuân Hậu và cộng sự.¹¹ Phân tầng nguy cơ được thực hiện theo hướng dẫn năm 2015 của Hiệp hội Tuyến giáp Hoa Kỳ (ATA), và điều trị iốt phóng xạ (RAI) được chỉ định khi phù hợp.¹⁴

Đánh giá kết quả điều trị

- Bệnh nhân được đánh giá lại sau phẫu thuật và 3 tháng sau khi kết thúc điều trị.

- Đánh giá sau phẫu thuật: thời gian phẫu thuật, lượng máu mất ước tính, số ca có biến chứng suy cận giáp/liệt thần kinh thanh quản quặt ngược/tụ máu/tê bì vùng cằm, số ngày nằm viện.

- Đánh giá kết quả điều trị: kết quả siêu âm vùng cổ sau 3 tháng, Tg, anti Tg sau 3 tháng.

Xử lý số liệu

- Sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

- Sử dụng các thuật toán thống kê: trung bình, độ lệch chuẩn, trung vị, tứ phân vị, min, max.

3. Đạo đức nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng đạo đức của Trường Đại học Y Hà Nội, quyết định số 608/GCN-HĐĐĐNCYSH-ĐHYHN, thông qua ngày 08/12/2021. Bệnh nhân được điều trị theo khuyến cáo tiêu chuẩn. Tất cả các biến số, chỉ số nghiên cứu được thu thập một cách trung thực và khoa học. Nghiên cứu này là hoàn toàn tự nguyện và chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị, không nhằm một mục đích nào khác. Những bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được giải thích chi tiết về nghiên cứu và tự nguyện tham gia. Tất cả các thông tin cá nhân và thông tin về tình trạng bệnh của người bệnh được mã hóa và bảo mật.

III. KẾT QUẢ

Các đặc điểm lâm sàng – bệnh học của bệnh nhân tham gia nghiên cứu được trình

bày trong Bảng 1. Có tất cả 30 bệnh nhân. Tuổi trung bình là $33,1 \pm 8,6$ (16 – 51 tuổi). Đa số bệnh nhân là nữ (96,7%), có 1 bệnh nhân nam (3,3%). Kích thước u tối đa trung bình là $6,56 \pm 5,11$ mm (0 – 19,3 mm) ở thùy trái và $5,78 \pm 3,91$ mm (0 – 15 mm) ở thùy phải. Xét nghiệm tế bào học trước mổ cho thấy phân loại Bethesda V–VI ở 21 nhân thùy trái và 23 nhân thùy phải. Giải phẫu bệnh sau mổ cho thấy ung thư tuyến giáp thể nhú ở hầu hết bệnh nhân; có 1 trường hợp biến thể nang ở thùy trái và 2 trường hợp ở thùy phải. Xâm lấn ra ngoài tuyến giáp trên mô bệnh học sau mổ được ghi nhận ở 7 bệnh nhân (23,3%), và viêm tuyến giáp kèm theo được phát hiện ở 8 bệnh nhân (26,7%). Số lượng hạch cổ trung tâm vết được trung vị là 5 (IQR: 3 – 7,5), với trung vị 1 hạch di căn (IQR: 0 – 3). Tổng cộng có 14 bệnh nhân (46,7%) được xác nhận có di căn hạch cổ trung tâm trên giải phẫu bệnh.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng – bệnh học

Đặc điểm		Kết quả	
Tuổi (năm), TB ± ĐLC (khoảng giá trị)		33,1 ± 8,6 (16 - 51)	
Giới tính	Nam, n (%)	1 (3,3)	
	Nữ, n (%)	29 (96,7)	
Kích thước u lớn nhất (mm), TB ± ĐLC (khoảng giá trị)	Thùy trái	6,56 ± 5,11 (0 - 19,3)	
	Thùy phải	5,78 ± 3,91 (0 - 15)	
Tế bào học	Thùy trái	Không có	5
		Bethesda I, II	2
		Bethesda III	0
		Bethesda IV	0
		Bethesda V, VI	21
	Thùy phải	Không có	4
		Bethesda I, II	1
		Bethesda III	3
		Bethesda IV	0
		Bethesda V, VI	23

Đặc điểm		Kết quả	
Giải phẫu bệnh sau mổ	Thùy trái	UTTGTN	29
		UTTGTN có biến thể nang	1
	Thùy phải	UTTGTN	28
		UTTGTN có biến thể nang	2
Xâm lấn ra ngoài tuyến giáp, n, (%)			7 (23,3)
Viêm giáp kèm theo, n (%)			8 (26,7)
Số hạch vét được, TV (TPV)			5 (3 - 7,5)
Số hạch di căn, TV (TPV)			1 (0 - 3)
Số ca có hạch di căn, n (%)			14 (46,7)

TB ± ĐLC: Trung bình ± độ lệch chuẩn; TV (TPV): Trung vị (tứ phân vị)

Bảng 2 trình bày kết quả phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật trung bình là 104,0 ± 31,3 phút. Không có trường hợp nào phải chuyển sang mổ mở. Lượng máu mất trung bình là 16,3 ± 8,7 ml. Về biến chứng sau mổ, có 5 bệnh nhân (16,7%) xuất hiện suy cận giáp thoáng qua, trong khi 4 bệnh nhân (13,3%) bị tổn thương tạm thời

dây thần kinh thanh quản quặt ngược. Ngoài ra, 1 bệnh nhân (3,3%) có tụ máu sau mổ và 2 bệnh nhân (6,7%) tê bì vùng cảm sát cả các triệu chứng đều thoáng qua và hồi phục tốt. Tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật, tất cả bệnh nhân đều không còn triệu chứng. Thời gian nằm viện trung bình là 5,1 ± 1,2 ngày (3 – 8 ngày).

Bảng 2. Kết quả phẫu thuật

Đặc điểm	Kết quả
Thời gian phẫu thuật (phút), TB ± ĐLC (khoảng giá trị)	103,8 ± 31,1 (65 - 190)
Chuyển mổ mở, n (%)	0 (0)
Lượng máu mất ước tính (ml), TB ± ĐLC (khoảng giá trị)	16,3 ± 8,7 (5 - 40)
Suy cận giáp thoáng qua, n (%)	3 (10)
Liệt thần kinh thanh quản quặt ngược thoáng qua, n (%)	4 (13,3)
Tụ máu, n (%)	1 (3,3)
Tê bì vùng cảm, n (%)	2 (6,7)
Số ngày nằm viện, TB ± ĐLC (khoảng giá trị)	5,1 ± 1,2 (3 - 8)

TB ± ĐLC: Trung bình ± độ lệch chuẩn

Bảng 3 tóm tắt các kết quả ung thư học. Có 10 trường hợp (33,3%) được phân loại thuộc nhóm nguy cơ trung bình hoặc cao và do đó được chỉ định điều trị iốt phóng xạ (RAI). Tại thời điểm theo dõi sau phẫu thuật 3 tháng, một bệnh nhân có nồng độ Tg tăng bất thường, trong khi ba bệnh nhân có nồng độ anti-Tg tăng

cao. Đáng chú ý, cả bốn bệnh nhân này đều thuộc nhóm nguy cơ trung bình hoặc cao. Các bệnh nhân này được lặp lại xét nghiệm Tg và anti-Tg sau 6 tháng và 9 tháng, kết quả trong giới hạn bình thường. Ngoài các phát hiện trên, siêu âm vùng cổ không ghi nhận bất thường ở bất kỳ bệnh nhân nào.

Bảng 3. Kết quả ung thư học

	Đặc điểm	Kết quả
<i>Phân tầng nguy cơ sau phẫu thuật, n (%)</i>	Nguy cơ trung bình/cao	10 (33,3)
	Nguy cơ thấp	20 (66,7)
<i>Siêu âm vùng cổ sau 3 tháng, n (%)</i>	Bình thường	30 (100)
	Bất thường	0 (0)
<i>Tg sau 3 tháng, n (%)</i>	> 2 ng/mL	1 (3,3)
	≤ 2 ng/mL	29 (96,7)
<i>Anti-Tg sau 3 tháng, n (%)</i>	> 100 IU/mL	3 (10,0)
	≤ 100 IU/mL	27 (90,0)

IV. BÀN LUẬN

Kể từ khi Anuwong lần đầu tiên báo cáo kết quả của PTNS TG TĐM trong điều trị u tuyến giáp cách đây hơn một thập kỷ, phương pháp này đã nhanh chóng được phổ biến trên toàn thế giới nhờ ưu điểm thẩm mỹ vượt trội và kỹ thuật không quá phức tạp.⁵ Chỉ định của PTNS TG TĐM ngày càng được mở rộng: từ cắt thùy tuyến giáp trong các bệnh lý lành tính, đến cắt thùy kèm vét hạch cổ trung tâm một bên trong ung thư tuyến giáp giai đoạn sớm, và gần đây là cắt toàn bộ tuyến giáp kèm vét hạch cổ trung tâm hai bên ở những bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú chọn lọc. Sự mở rộng này phản ánh sự hoàn thiện của kỹ thuật cũng như sự tự tin của các phẫu thuật viên về tính an toàn và khả thi của phương pháp trong các tình huống bệnh lý phức tạp hơn, như ung thư hai bên, xâm lấn ra ngoài tuyến giáp, hay di căn hạch. Về mặt kỹ thuật, ung thư tuyến giáp hai bên đặt ra nhiều thách thức khi áp dụng PTNS TG TĐM, bao gồm kéo dài thời gian phẫu thuật và gia tăng nguy cơ biến chứng, đặc biệt là suy cận giáp và tổn thương thần kinh thanh quản ngược. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật trung bình là 103,8 ± 31,1 phút. So với một nghiên cứu trước đó tại cùng

trung tâm với thời gian phẫu thuật trung bình của PTNS TG TĐM là 121 phút nói chung và 141 phút đối với cắt toàn bộ tuyến giáp kèm nạo hạch cổ trung tâm hai bên, kết quả này cho thấy sự cải thiện về kỹ năng của phẫu thuật viên.¹¹ Thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu cũng ngắn hơn so với báo cáo của Anuwong (135,1 ± 37,6 phút).⁵ Kim và cộng sự ghi nhận thời gian phẫu thuật trung bình là 87,6 ± 25,1 phút trên 132 bệnh nhân PTNS TG TĐM; tuy nhiên, trong nghiên cứu này, phần lớn bệnh nhân chỉ được cắt một thùy và vét hạch cổ trung tâm, với chỉ 6,1% trường hợp được cắt toàn bộ tuyến giáp kèm vét hạch.¹² Mặc dù, thời gian phẫu thuật ở các trường hợp hai bên dài hơn, điều này không nên được xem là hạn chế của PTNS TG TĐM, do kỹ năng sẽ được cải thiện theo kinh nghiệm phẫu thuật. Về đường cong học tập, Razavi và Lira ghi nhận cần lần lượt 13 và 15 ca để đạt được sự thành thạo trong cắt thùy bằng PTNS TG TĐM, trong khi Chai báo cáo con số này là 58 ca, cho thấy thời gian đạt được sự thành thạo khác nhau giữa các trung tâm và phẫu thuật viên.¹⁵⁻¹⁷

Ung thư tuyến giáp thể nhú đa ổ có nguy cơ di căn hạch cao hơn so với thể đơn ổ.^{6,7} Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 14 bệnh nhân

(46,7%) được xác định có di căn hạch cổ trung tâm trên giải phẫu bệnh sau mổ, mặc dù thăm khám trước mổ không phát hiện hạch nghi ngờ. Trong một nghiên cứu khác tại cùng trung tâm về PTNS TG TĐM trên bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp thể biệt hóa, với kích thước u tương tự nghiên cứu này, tất cả bệnh nhân đều được vét hạch cổ trung tâm dự phòng, với tỷ lệ di căn là 39,9%.¹¹ Kết quả này nhấn mạnh vai trò quan trọng của vét hạch cổ trung tâm dự phòng, đặc biệt trong ung thư hai bên. PTNS TG TĐM có thể là một phương pháp hiệu quả trong điều trị ung thư tuyến giáp hai bên, do cung cấp trường nhìn rõ ràng và thuận lợi vào khoang cổ trung tâm, hỗ trợ việc vét hạch.^{5,10} Ngoài ra, hình ảnh phóng đại từ camera nội soi giúp phân biệt rõ các cấu trúc và hạn chế tổn thương trong quá trình phẫu tích. Số lượng hạch vét bằng PTNS TG TĐM tương đương với phẫu thuật mở theo nhiều nghiên cứu tại trung tâm chúng tôi và các trung tâm khác: Nguyễn Xuân Hậu và cộng sự báo cáo trung bình số hạch vét được bằng PTNS TG TĐM trên 231 bệnh nhân là $6,1 \pm 4,1$; một số nghiên cứu khác trên thế giới báo cáo trung vị số hạch vét được bằng PTNS TG TĐM dao động khoảng 5 - 7 hạch.^{18,19} So với các phương pháp xâm lấn tối thiểu khác, PTNS TG TĐM có ưu thế vượt trội khi cho phép tiếp cận trực tiếp đường giữa đến cả hai thùy tuyến giáp mà không cần thêm đường rạch hoặc khoang bóc tách. Ngược lại, các đường tiếp cận sau tai hoặc nách-vú đòi hỏi nhiều đường bóc tách dài hơn và có thể không cung cấp trường nhìn rõ như PTNS TG TĐM. Để khắc phục hạn chế này, phương pháp nách-vú hai bên có hỗ trợ robot đã được nghiên cứu và áp dụng.²⁰ Phẫu thuật robot giúp cải thiện các hạn chế kỹ thuật của nội soi thông thường, cho phép vét hạch cổ trung tâm chính xác và triệt để hơn nhờ hình ảnh rõ nét và độ linh hoạt cao của dụng cụ. Tuy nhiên, kỹ thuật này đi kèm chi phí cao, yêu cầu trang thiết bị phức tạp và đào tạo chuyên sâu,

khiến việc triển khai rộng rãi gặp khó khăn, đặc biệt ở các nước đang phát triển. Trong bối cảnh đó, PTNS TG TĐM là một lựa chọn xâm lấn tối thiểu đơn giản hơn, chi phí hiệu quả hơn và có tính ứng dụng rộng rãi.

Các biến chứng sau mổ trong nghiên cứu này ở mức thấp. Biến chứng thường gặp nhất là suy cận giáp (10%) và tổn thương dây thần kinh thanh quản ngược (13,3%) tạm thời. So với các nghiên cứu PTNS TG TĐM khác, tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu này tương đương hoặc cao hơn; tuy nhiên, cần lưu ý rằng tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều được cắt toàn bộ tuyến giáp và vét hạch cổ trung tâm hai bên, vốn có nguy cơ biến chứng cao hơn.^{10,11,13,17} Mổ mở cho ung thư tuyến giáp thể nhú có tỉ lệ biến chứng khác nhau trong các phân tích gộp, với tỷ lệ biến thiên đáng kể giữa các nghiên cứu.²¹ Trong nghiên cứu của chúng tôi, các biến chứng sau mổ đều thoáng qua và hồi phục tốt, không có trường hợp khàn tiếng hay suy cận giáp vĩnh viễn. Mặc dù, tỷ lệ biến chứng cao hơn so với cắt thùy giáp, nhưng vẫn nằm trong ngưỡng chấp nhận được và không ảnh hưởng đến tính an toàn nói chung. Do đó, từ góc độ thực hành, PTNS TG TĐM có thể được xem là một phương pháp tương đối an toàn trong điều trị ung thư tuyến giáp hai bên.

Về kết quả ung thư học, việc áp dụng PTNS TG TĐM ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú hai bên cho thấy kết quả tốt. Tại thời điểm sau điều trị 3 tháng, nồng độ Tg giảm xuống mức thấp ở tất cả bệnh nhân, chỉ còn một trường hợp vượt ngưỡng 2 ng/mL nhưng đã trở về bình thường sau 6 tháng; 3 bệnh nhân có anti-Tg tăng nhưng giảm dần trong quá trình theo dõi 6 và 9 tháng. Siêu âm cổ sau 3 tháng không phát hiện bất thường cấu trúc ở bất kỳ bệnh nhân nào, củng cố nhận định về đáp ứng điều trị sớm thuận lợi.

Tóm lại, mặc dù PTNS TG TĐM đặt ra thách thức kỹ thuật trong các trường hợp ung thư hai

bên, kết quả nghiên cứu cho thấy phương pháp này an toàn và khả thi trong thực tế. Thời gian phẫu thuật đã được rút ngắn so với các báo cáo ban đầu, phản ánh sự tiến bộ về chuyên môn tại trung tâm. Tỷ lệ di căn hạch cổ trung tâm cao gần một nửa số ca cũng cố vai trò của vét hạch dự phòng. Các biến chứng sau mổ đều tạm thời và hồi phục tốt. Đặc biệt, kết quả ung thư học cho thấy tỉ lệ kiểm soát bệnh tốt. So với phẫu thuật mở hoặc phẫu thuật nội soi với các đường tiếp cận khác, PTNS TG TĐM mang lại ưu thế thẩm mỹ vượt trội và hiệu quả ung thư học tương đương, là một lựa chọn phù hợp trong tay các phẫu thuật viên có kinh nghiệm. Tuy nhiên, cần có thêm các nghiên cứu đa trung tâm với cỡ mẫu lớn hơn để khẳng định các kết quả này.

V. KẾT LUẬN

PTNS TG TĐM là một phương pháp khả thi và an toàn ở bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú hai bên chọn lọc, đồng thời đạt được kết quả ung thư học và thẩm mỹ tốt. Nghiên cứu này cung cấp thêm bằng chứng mới ủng hộ việc mở rộng chỉ định của PTNS TG TĐM sang các trường ung thư hai bên, mặc dù vẫn cần các nghiên cứu đa trung tâm với cỡ mẫu lớn hơn để khẳng định kết quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jia MJ, Wang S, Li Y, Liu XN, Jiang F, Li HL. Global burden of thyroid cancer among adolescents and young adults, 1990-2021, and projections to 2050: an analysis based on the GBD 2021. *Front Endocrinol*. 2025;16. doi:10.3389/fendo.2025.1503144
2. Nguyen HX, Nguyen HX, Le AD, Van Le Q. Comparison of Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach and Conventional Open Thyroidectomy in Benign Thyroid Tumors. *Indian J Surg Oncol*. 2022;13(1):178-183. doi:10.1007/s13193-022-01494-x
3. Nguyen H, Nguyen H, Hoai H, Le Van Q. Quality of Life and Surgical Outcome of Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach (TOETVA) versus Open Thyroid Surgery: Experience from a Single Center in Vietnam. *Journal of Thyroid Research*. 2022;2022. doi:10.1155/2022/2381063
4. Nguyen XH, Nguyen XH, Nguyen TL, Pham TD, Le VQ. Transoral Endoscopic Thyroidectomy by Vestibular Approach for Differentiated Thyroid Cancer Intraoperatively Invading Strap Muscle. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2021;32(2):172-175. doi:10.1097/SLE.0000000000001020
5. Anuwong A, Ketwong K, Jitpratoom P, Sasanakietkul T, Duh QY. Safety and Outcomes of the Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach. *JAMA Surg*. 2018;153(1):21-27. doi:10.1001/jamasurg.2017.3366
6. Al Afif A, Williams BA, Rigby MH, et al. Multifocal Papillary Thyroid Cancer Increases the Risk of Central Lymph Node Metastasis. *Thyroid*. 2015;25(9):1008-1012. doi:10.1089/thy.2015.0130
7. Genpeng L, Jianyong L, Jiaying Y, et al. Independent predictors and lymph node metastasis characteristics of multifocal papillary thyroid cancer. *Medicine*. 2018;97(5):e9619. doi:10.1097/MD.00000000000009619
8. Xuan HN, Anh TD, Xuan HN, Thai DP, Le Van Q. Occult Central Lymph Node Metastasis in cN0 Papillary Thyroid Carcinoma Patients Undergoing TOETVA Procedure. *J Thyroid Res*. 2023;2023:4779409. doi:10.1155/2023/4779409
9. Anuwong A. Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach: A Series of the First 60 Human Cases. *World J Surg*. 2016;40(3):491-497. doi:10.1007/s00268-015-3320-1
10. Ahn Jhyuk, 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

11. Nguyen HX, Nguyen HX, Nguyen HV, Nguyen LT, Nguyen TTP, Le QV. Transoral Endoscopic Thyroidectomy by Vestibular Approach with Central Lymph Node Dissection for Thyroid Microcarcinoma. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2021;31(4):410-415. doi:10.1089/lap.2020.0411

12. Kim SY, Kim SM, Makay Ö, et al. Transoral endoscopic thyroidectomy using the vestibular approach with an endoscopic retractor in thyroid cancer: experience with the first 132 patients. *Surg Endosc.* 2020;34(12):5414-5420. doi:10.1007/s00464-019-07336-2

13. Arian M, Riss P, Scheuba C, et al. Transoral Thyroidectomy: Initial Results of the European TOETVA Study Group. *World J Surg.* 2023;47(5):1201-1208. doi:10.1007/s00268-023-06932-7

14. 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

15. Chai YJ, Chae S, Oh MY, Kwon H, Park WS. Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach (TOETVA): Surgical Outcomes and Learning Curve. *Journal of*

Clinical Medicine. 2021;10(4):4. doi:10.3390/jcm10040863

16. Razavi CR, Vasiliou E, Tufano RP, Russell JO. Learning Curve for Transoral Endoscopic Thyroid Lobectomy. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2018;159(4):625-629. doi:10.1177/0194599818795881

17. Lira RB, Ramos AT, Nogueira RMR, et al. Transoral thyroidectomy (TOETVA): Complications, surgical time and learning curve. *Oral Oncol.* 2020;110:104871. doi:10.1016/j.oraloncology.2020.104871

18. Wang Y, Zhou S, Liu X, et al. Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach vs conventional open thyroidectomy: Meta-analysis. *Head & Neck.* 2021;43(1):345-353. doi:10.1002/hed.26486

19. 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

20. Yoon H, Ahn JH, Kim J, Yi JW, Hur M. Initial Experience of BABA Robotic Thyroidectomy Using the Da Vinci Xi System in Incheon, Korea. *Journal of Endocrine Surgery.* 2019;19:59. doi:10.16956/jes.2019.19.3.59

21. Hsiao V, Light TJ, Adil AA, et al. Complication Rates of Total Thyroidectomy vs Hemithyroidectomy for Treatment of Papillary Thyroid Microcarcinoma. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2022;148(6):531-539. doi:10.1001/jamaoto.2022.0621

Summary

OUTCOMES OF TRANSORAL ENDOSCOPIC THYROIDECTOMY VESTIBULAR APPORACH IN PATIENTS WITH BILATERAL PAPILLARY THYROID CARCINOMA AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach (TOETVA) is a minimally invasive technique for the treatment of thyroid cancer. However, data on its safety and efficacy in bilateral papillary thyroid carcinoma remain limited. This retrospective and prospective descriptive study was conducted at Hanoi Medical University Hospital from January 2020 to July 2024. Thirty patients with bilateral papillary thyroid carcinoma underwent TOETVA total thyroidectomy with bilateral central neck dissection; risk stratification and indications for radioactive iodine therapy were based on the 2015 American Thyroid Association guidelines. Most patients were female (96.7%), and the mean age was $33,1 \pm 8,6$ (16 - 51) years old. The mean operative time was 103.8 ± 31.1 (65 - 190) minutes, and the mean blood loss was $16,3 \pm 8,7$ (5 - 40) mL. Temporary complications included hypoparathyroidism in 10.0% and recurrent laryngeal nerve injury in 13.3%; no permanent complication was recorded. 46.7% developed occult central lymph node metastasis. At 3 months, neck ultrasonography showed no residual disease in any patient; four cases with abnormal thyroglobulin and/or anti-thyroglobulin antibody levels normalized after 6 – 9 months. TOETVA is a safe, effective, and cosmetically favorable approach for selected patients with bilateral papillary thyroid carcinoma.

Keywords: TOETVA, bilateral papillary thyroid carcinoma, central lymph node dissection, minimally invasive thyroid surgery.