

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ NANG

Nguyễn Xuân Hậu^{1,2}, ✉

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu được tiến hành nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật trong ung thư tuyến giáp thể nang tại Bệnh viện K. Nghiên cứu kết hợp hồi cứu và tiến cứu trên 48 bệnh nhân chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến giáp thể nang được phẫu thuật tại Bệnh viện K từ 1/2016 đến 7/2020. Tỷ lệ bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp và cắt thùy + eo tuyến giáp là 75% và 25%, trong mỗi nhóm tỷ lệ vét hạch cổ kèm theo lần lượt là 66,7% và 0%. Phân loại giai đoạn bệnh chủ yếu là giai đoạn I (75%), giai đoạn IV chiếm 12,5%. Tổn thương thần kinh thanh quản ngược và hạ canxi máu tạm thời là hai biến chứng hay gặp nhất sau phẫu thuật 72 giờ với tỷ lệ 14,6% và 18,8%, sau đó giảm dần. Có 1 bệnh nhân bị suy tuyến cận giáp vĩnh viễn sau 14 tháng theo dõi. Vết hạch cổ làm tăng nguy cơ hạ canxi sau mổ có ý nghĩa thống kê với $p = 0,024$.

Từ khóa: ung thư tuyến giáp thể nang, kết quả phẫu thuật

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp thể nang là thể thường gặp thứ 2 trong nhóm ung thư tuyến giáp biệt hóa sau ung thư tuyến giáp thể nhú.¹ So với thể nhú, ung thư tuyến giáp thể nang thường gặp ở nhóm tuổi lớn hơn, tỷ lệ di căn hạch thấp hơn thể nhú^{2,3} và di căn xa có thể là triệu chứng đầu tiên của bệnh.^{4,5} Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNA) ít có vai trò trong chẩn đoán ung thư tuyến giáp thể nang vì rất khó để phân biệt giữa u tuyến thể nang và ung thư thể nang. Chẩn đoán xác định cần bằng chứng về xâm lấn mạch máu và/hoặc xâm lấn vỏ trên mô bệnh học.⁶ Với những thách thức về chẩn đoán trước mổ đó, ung thư tuyến giáp thể nang hầu như được chẩn đoán xác định sau phẫu thuật cắt thùy giáp (trừ trường hợp di căn xa đã được sinh thiết tổn thương trước đó). Chỉ định cắt toàn bộ tuyến giáp ngay lần đầu hoặc sau khi phẫu thuật cắt thùy và eo được thực hiện tùy

theo tình trạng xâm lấn của khối u, tình trạng di căn và kết quả mô bệnh học sau mổ. Chỉ định vét hạch cổ cũng khác nhau theo từng trường hợp cụ thể, quan điểm vét hạch cổ dự phòng vẫn còn nhiều tranh luận. Tùy theo mức độ phẫu thuật cắt tuyến giáp và vét hạch mà tỷ lệ các biến chứng xảy ra sau mổ cũng khác nhau. Ở Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về kết quả phẫu thuật tuyến giáp nói chung, tuy nhiên các báo cáo chi tiết hơn về kết quả điều trị, tỷ lệ các biến chứng sau mổ ở nhóm bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nang vẫn còn chưa nhiều. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: đánh giá kết quả phẫu thuật của ung thư tuyến giáp thể nang tại Bệnh viện K.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Nghiên cứu được thực hiện trên 48 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp thể nang được phẫu thuật tại Bệnh viện K từ tháng 1/2016 đến tháng 7/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp được phẫu thuật theo phác đồ có

Tác giả liên hệ: Nguyễn Xuân Hậu,

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: drnguyensexuanhau@gmail.com

Ngày nhận: 24/05/2021

Ngày được chấp nhận: 18/07/2021

kết quả xét nghiệm giải phẫu bệnh khẳng định là ung thư biểu mô tuyến giáp thể nang.

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ kết quả: khám lâm sàng, cận lâm sàng trước và sau mổ.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đã được phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại tuyến trước.
- Bệnh nhân cũ đến điều trị tiếp vì tái phát, di căn hoặc lý do khác.

2. Phương pháp

Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu.

Các chỉ số nghiên cứu

- Khai thác các thông tin lâm sàng, cận lâm sàng (siêu âm tuyến giáp đánh giá kích thước u, số lượng u, phân loại TIRADS, tình trạng di căn hạch cổ và chọc hút tế bào trước mổ).

- Phương pháp phẫu thuật: Cắt thùy + eo tuyến giáp hay cắt tuyến giáp toàn bộ (TGTB), chỉ định dựa trên khuyến cáo của Hiệp hội phòng chống Ung thư Hoa Kỳ. Cắt toàn bộ tuyến giáp được đặt ra trước phẫu thuật cắt thùy và eo trong trường hợp: có di căn xa đã xác định trước mổ, tiền sử chiếu xạ vùng cổ, u kích thước > 4cm, có xâm lấn phá vỡ bao giáp, có di căn hạch cổ, tổn thương thùy đối bên. Cắt tuyến giáp toàn bộ sau khi phẫu thuật cắt thùy và eo trong các trường hợp: mô bệnh học sau mổ là ung thư tuyến giáp thể nang xâm nhập rộng, hoặc xâm nhập tối thiểu. Phương pháp vét hạch cổ (không vét hạch, vét hạch cổ trung tâm, vét hạch cổ 1 hoặc 2 bên) được chỉ định theo lựa chọn của từng phẫu thuật viên dựa trên từng bệnh nhân (phát hiện hạch trên lâm sàng hoặc siêu âm, nghi ngờ hạch di căn trong mổ), quan điểm vét hạch cổ dự phòng vẫn còn đang được tranh luận.

- Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ, khám

theo dõi định kỳ sau mổ.

- Các tai biến, biến chứng xảy ra trong và sau phẫu thuật:

- + Chảy máu
- + Biến chứng đường thở
- + Suy tuyến cận giáp: tê bì đầu chi, quanh miệng, lưỡi, tê bì co rút chân tay, hạ canxi máu. Suy cận giáp tạm thời (hạ canxi sau mổ 6 tháng), suy cận giáp vĩnh viễn (hạ canxi trên 6 tháng sau mổ).

- + Tổn thương dây thần kinh thanh quản quặt ngược: khàn tiếng, liệt dây thanh khi nội soi tai mũi họng. Liệt dây thanh tạm thời (dưới 6 tháng), liệt vĩnh viễn (trên 6 tháng).

- + Nhiễm trùng vết mổ
- + Tràn dịch dưỡng chấp sau mổ
- Mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ và biến chứng.

3. Xử lý số liệu

Theo phần mềm SPSS 26.0. Thống kê mô tả gồm tỉ lệ phần trăm, trị số trung bình, độ lệch chuẩn trung vị và khoảng tứ phân vị. So sánh sự khác biệt giữa 2 tỉ lệ bằng test χ^2 , Fisher' Exact test, tính nguy cơ tương đối bằng hồi quy Logistic. Mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của Phòng kế hoạch tổng hợp - Bệnh viện K.

Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị bệnh, không phục vụ mục đích nào khác.

Mọi thông tin thu thập từ bệnh nhân được đảm bảo bí mật và chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu.

Bệnh nhân được điều trị theo phác đồ và nghiên cứu không ảnh hưởng tới kết quả điều trị của người bệnh.

III. KẾT QUẢ

1. Phương pháp phẫu thuật và giai đoạn bệnh

Bảng 1. Phân loại theo phương pháp phẫu thuật tuyến giáp và vết hạch cổ

Các phương pháp phẫu thuật		n (%)
Cắt thùy + eo giáp	Không vết hạch	12 (25)
	Có vết hạch	0
Cắt tuyến giáp toàn bộ	Không vết hạch	12 (25)
	Có vết hạch	24 (50)
Nhóm bệnh nhân có vết hạch cổ (n = 24)		
Chỉ vết hạch nhóm trung tâm		9 (37,5)
Nhóm trung tâm và hạch cổ bên		15 (62,5)

Bảng 2. Phân loại giai đoạn bệnh sau phẫu thuật

Giai đoạn	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
T ₁	25	52,1
T ₂	12	25,0
T ₃	9	18,8
T ₄	2	4,2
Tổng	48	100
N ₀	33	68,8
N _{1a}	6	12,5
N _{1b}	9	18,8
Tổng	48	100
M ₀	39	81,2
M ₁	9	18,8
Tổng	48	100
Giai đoạn I	36	75,0
Giai đoạn II	4	8,3
Giai đoạn III	2	4,2
Giai đoạn IV	6	12,5
Tổng	48	100

2. Kết quả điều trị phẫu thuật

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật

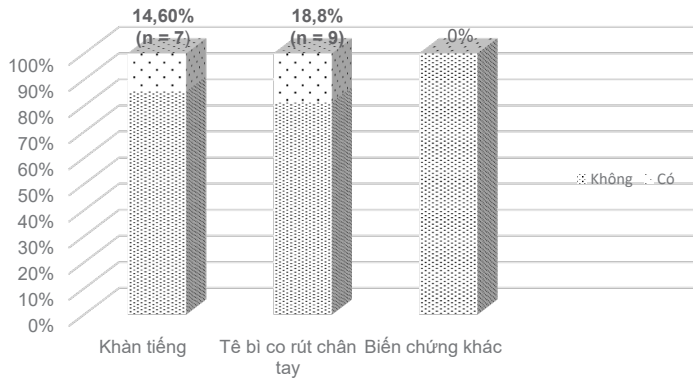
Phần lớn bệnh nhân nằm viện sau phẫu thuật từ 6 - 10 ngày (68,8%). Số trường hợp nằm viện < 6 ngày có 22,9%, 11 - 15 ngày có 8,3% và không có bệnh nhân nằm viện > 15 ngày.

Thời gian rút dẫn lưu sau phẫu thuật

Tất cả các bệnh nhân đều được đặt dẫn lưu sau phẫu thuật. Đa số bệnh nhân được rút dẫn lưu sau phẫu thuật 3 - 5 ngày chiếm 83,3%, rút dẫn lưu trước 3 ngày chiếm 10,4%; chỉ có 6,3% rút sau 5 ngày phẫu thuật.

Các biến chứng sau phẫu thuật

Các biến chứng sớm sau phẫu thuật



Biểu đồ 1. Biến chứng sớm sau phẫu thuật

Khàn tiếng và tê bì co rút chân tay là 2 biến chứng duy nhất gặp trong nghiên cứu.

Các biến chứng kéo dài sau phẫu thuật

Bảng 3. Các biến chứng kéo dài sau phẫu thuật

Các biến chứng	1 tháng	3 tháng	> 6 tháng
Khàn tiếng	4 (8,3%)	1 (2,1%)	-
Cơ co rút ngón tay, chân	2 (4,2%)	1 (2,1%)	1 (2,1%)

Mối quan hệ giữa các biến chứng và một vài yếu tố

Bảng 4. Mối liên quan giữa tỉ lệ khàn tiếng và các yếu tố

Đặc điểm		Khàn tiếng sau mổ		Giá trị p
		Có n (%)	Không	
Phẫu thuật	Cắt TGTB	6 (16,7)	30 (83,3)	0,662
	Cắt thùy + eo	1 (8,3)	11 (91,7)	
Nạo vét hạch cổ	Không vét hạch	2 (8,7)	21 (91,3)	0,419
	Có vét hạch	5 (20)	20 (40)	

Bảng 5. Mối liên quan giữa tỉ lệ tê bì co rút tay chân và các yếu tố

Đặc điểm	Tê bì co rút chân tay n (%)		Giá trị p	
	Có	Không		
Phẫu thuật	Cắt TGTB	9 (25)	27 (75)	0,088
	Cắt thùy + eo	0	12 (100)	
Nạo vét hạch cổ	Không vét hạch	1 (4,3)	22 (95,7)	0,024
	Có vét hạch	8 (32,0)	17 (68,0)	

IV. BÀN LUẬN

Do ung thư tuyến giáp thể nang chỉ được chẩn đoán khi có kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật tuyến giáp (trừ trường hợp di căn xa đã sinh thiết) nên chỉ định cắt thùy và eo giáp được đặt ra đầu tiên với các bệnh nhân có kết quả chọc hút tế bào không xác định. Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp sẽ được đặt ra nếu bệnh nhân có một trong các yếu tố nguy cơ. Các trường hợp còn lại, phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ sẽ được đặt ra sau khi có kết quả mô bệnh học là ung thư tuyến giáp thể nang xâm nhập. Theo Mạng lưới Ung thư toàn diện Hoa Kỳ (National Comprehensive Cancer Network), sau phẫu thuật cắt thùy và eo ở lần mổ đầu tiên, dựa vào kết quả mô bệnh học sau mổ mà bác sĩ sẽ có hướng điều trị tiếp theo với từng bệnh nhân. Với kết quả xâm nhập rộng thì chỉ định cắt toàn bộ tuyến giáp là bắt buộc. Nếu kết quả là xâm nhập tối thiểu, có 2 lựa chọn cho người bệnh theo dõi tiếp hoặc cắt nốt thùy còn lại, trong đó nêu rõ chỉ định theo dõi tiếp được ưu tiên hơn trong hầu hết các tình huống.⁷ Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ cắt tuyến giáp toàn bộ tương đối cao (75%). Tỉ lệ này thấp hơn so với thống kê trên 133 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nang của Badulescu CI và cộng sự, hầu hết các bệnh nhân được mổ cắt toàn bộ tuyến giáp chiếm 93,2%.⁸ Nguyên nhân cho sự khác biệt này có thể do tỷ lệ bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được phát hiện bệnh khi u còn ở giai đoạn sớm nhiều hơn,

bệnh nhân có di căn xa ngay từ đầu ít hơn và việc bảo tồn tuyến giáp trong các trường hợp ung thư tuyến giáp thể nang có xâm nhập tối thiểu được áp dụng nhiều hơn. Vai trò của nạo vét hạch cổ dự phòng vẫn còn nhiều tranh cãi. Nhất là khi tỉ lệ di căn hạch cổ ở nhóm ung thư tuyến giáp thể nang thấp hơn nhiều so với ung thư tuyến giáp thể nhú, theo nghiên cứu của Zaydfudim (2008) tỉ lệ di căn hạch cổ trong ung thư tuyến giáp thể nang chỉ từ 3 - 8%.³ Trong nhóm nghiên cứu, có 24 bệnh nhân được nạo vét hạch cổ, tỉ lệ vét hạch cổ ở nhóm cắt tuyến giáp toàn bộ là 66,7%, tất cả các ca cắt thùy và eo giáp đều không được vét hạch. Tất cả bệnh nhân đều được thực hiện phẫu thuật theo đúng chỉ định và hướng dẫn hiện hành. Tại thời điểm phẫu thuật chỉ định vét hạch cổ dự phòng vẫn còn đang được tranh luận, do đó vẫn có tỷ lệ 50% tổng số ca mổ không được vét hạch cổ theo như kết quả nghiên cứu. Đa số các bệnh nhân đều có khối u còn giới hạn trong tuyến thuộc phân loại T1 chiếm tỷ lệ 52,1%, sau đó là u phân loại T3 chiếm 25% và 2 trường hợp T4 xâm lấn vào thần kinh thanh quản quặt ngược. Tỉ lệ bệnh nhân ở giai đoạn I, II và III lần lượt là 75%, 8,3% và 4,2%. Kết quả này cũng gần tương tự với nghiên cứu của Lê Văn Quảng (2002), giai đoạn I, II, III, IV có tỷ lệ tương ứng là 65,6%, 7,8%, 22,4%, 4,2%.⁹ Như vậy có thể thấy mặc dù tỉ lệ di căn xa ở nhóm nghiên cứu khá cao (18,8%) nhưng hầu hết các trường

hợp ung thư tuyến giáp thể nang đã được chẩn đoán và điều trị sớm từ giai đoạn I hoặc II, là các giai đoạn có tiên lượng rất tốt. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là 6 - 10 ngày (68,8%), có 22,9% bệnh nhân nằm viện sau phẫu thuật dưới 6 ngày (đây chủ yếu là những bệnh nhân được cắt thùy và eo giáp). Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Lê Văn Long với thời gian nằm viện chủ yếu là 6 - 10 ngày (90,91%), có 6,82% nằm viện sau phẫu thuật dưới 6 ngày.¹⁰ Trong nhóm nghiên cứu có 4 bệnh nhân nằm viện > 10 ngày, đây là các bệnh nhân có di căn xa, thời gian nằm viện lâu hơn vì bệnh nhân được phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ kèm nạo vét hạch cổ bên đồng thời bệnh nhân có thể trạng kém hơn và đau nhiều.

Về biến chứng khàn tiếng sau mổ, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân có biểu hiện khàn tiếng trong vòng 72 giờ là 14,6%. Kết quả của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Trần Văn Thông là 11,43%.¹¹ Đa phần các trường hợp là khàn tiếng tạm thời, sau 1 tháng tỉ lệ khàn tiếng là 8,3% và thời điểm 3 tháng chỉ còn 1 trường hợp (2,1%) được ghi nhận, không có bệnh nhân nào còn biểu hiện khàn tiếng tại thời điểm theo dõi 6 tháng. Tỉ lệ khàn tiếng cao hơn ở bệnh nhân cắt tuyến giáp toàn bộ so với bệnh nhân cắt thùy và eo (16,7% so với 8,3%), ở bệnh nhân có vét hạch cổ cao hơn so với bệnh nhân không vét hạch cổ (20% so với 8,7%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Theo nghiên cứu của Mai Thế Vương (2019) cho thấy các yếu tố như cắt tuyến giáp toàn bộ so với cắt thùy và eo ($p = 0,042$), kèm theo vét hạch cổ ($p = 0,044$) làm gia tăng tỉ lệ khàn tiếng một cách rõ rệt và có ý nghĩa thống kê.¹²

Về biến chứng hạ canxi máu, nghiên cứu của Roh (2007) cho thấy phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ kèm nạo vét hạch cổ nhóm trung

tâm làm tăng nguy cơ tổn thương tuyến cận giáp tạm thời mà không làm tăng nguy cơ tổn thương tuyến cận giáp vĩnh viễn so với nhóm cắt tuyến giáp toàn bộ đơn thuần.¹³ Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân hạ canxi máu có biểu hiện lâm sàng cơn tê bì co rút đầu ngón tay ngón chân trong vòng 72h là 18,8%. Tỉ lệ tê bì co rút đầu ngón tay ngón chân ở nhóm có vét hạch cổ cao hơn so với nhóm không vét hạch cổ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,024$. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Mai Thế Vương, biến chứng cơn co rút đầu ngón tay ngón chân với tỉ lệ sau 72 giờ là 24,8%. Biến chứng này giảm nhanh sau 1 tháng còn 4,2%.¹² Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 1 bệnh nhân có biến chứng hạ canxi máu kéo dài > 6 tháng. Đây là bệnh nhân lớn tuổi, có di căn cột sống thắt lưng được chỉ định cắt tuyến giáp toàn bộ và nạo vét hạch cổ nhóm trung tâm và nhóm cổ bên. Sau phẫu thuật 14 tháng, bệnh nhân vẫn có các cơn co rút tay chân tay và phải bổ sung canxi hàng ngày.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp và cắt thùy +eo tuyến giáp là 75% và 25%, trong mỗi nhóm tỉ lệ vét hạch cổ kèm theo lần lượt là 66,7% và 0%.

Khàn tiếng và cơn co rút tay chân là hai biến chứng hay gặp nhất sau phẫu thuật 72 giờ với tỉ lệ 14,6% và 18,8%, sau đó giảm dần và hầu hết tổn thương này là tạm thời. Có 1 bệnh nhân bị hạ canxi máu vĩnh viễn. Vét hạch cổ làm tăng nguy cơ hạ canxi máu sau mổ có ý nghĩa thống kê với $p = 0,024$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ricardo VL, Y.Osamura R. WHO classification of tumours of endocrine organs. IARC. 2017.
2. Alfalah H, Cranshaw I, Jany T, et al. Risk factors for lateral cervical lymph node

involvement in follicular thyroid carcinoma. *World J Surg.* 2008;32(12):2623 - 2626.

3. Zaydfudim V, Feurer ID, Griffin MR, Phay JE. The impact of lymph node involvement on survival in patients with papillary and follicular thyroid carcinoma. *Surgery.* 2008;144(6):1070 - 1077; discussion 1077 - 1078.

4. Aschebrook - Kilfoy B, Grogan RH, Ward MH, Kaplan E, Devesa SS. Follicular thyroid cancer incidence patterns in the United States, 1980 - 2009. *Thyroid.* 2013;23(8):1015 - 1021.

5. Vuong HG, Duong UNP, Pham TQ, et al. Clinicopathological Risk Factors for Distant Metastasis in Differentiated Thyroid Carcinoma: A Meta - analysis. *World J Surg.* 2018;42(4):1005 - 1017.

6. Grani G, Lamartina L, Durante C, Filetti S, Cooper DS. Follicular thyroid cancer and Hurthle cell carcinoma: challenges in diagnosis, treatment, and clinical management. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2018;6(6):500 - 514.

7. *NCCN guidelines. Thyroid carcinoma version 1.2021.*

8. Badulescu CI, Piciu D, Apostu D, badan M, Piciu A. Follicular Thyroid Carcinoma

- Clinical and Diagnostic Findings in a 20 - Year Follow up Study. *Acta Endocrinol (Buchar).* 2020;16(2):170 - 177.

9. Lê Văn Quảng. Nhận xét đặc điểm lâm sàng và các phương pháp điều trị ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện K từ năm 1992 - 2000. *Tạp Chí Y học Thực hành.* 2002:323 - 326.

10. Lê Văn Long. Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện K năm 2017: Luận văn thạc sĩ y học, trường đại học Y Hà Nội; 2018.

11. Trần Văn Thông. Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội: Luận văn thạc sĩ y học, trường đại học Y Hà Nội; 2014.

12. Mai Thế Vương, Lê Văn Quảng, Ngô Quốc Duy. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật vi ung thư tuyến giáp thể nhú tại Bệnh viện K. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2019;2(481):189 - 194.

13. Roh JL, Park JY, Park CI. Total thyroidectomy plus neck dissection in differentiated papillary thyroid carcinoma patients: pattern of nodal metastasis, morbidity, recurrence, and postoperative levels of serum parathyroid hormone. *Ann Surg.* 2007;245(4):604 - 610.

Summary

SURGICAL OUTCOMES OF FOLLICULAR THYROID CANCER

This study is to evaluate the surgical outcomes of follicular thyroid cancer at K Hospital. We conducted a retrospective combined with a prospective cohort study of 48 follicular thyroid carcinoma patients treated by surgery at K Hospital from January 2016 to July 2020. The percentage of patients who had undergone total thyroidectomy and lobectomy were 75% and 25%, in each group neck dissection had been performed in 66.7% and 0% respectively. Most patients had stage I postoperative (75%), 12.5% patients had stage IV. The most common complications were transient recurrent laryngeal nerve injury and hypocalcemia, with the incidence at 72 hours after surgery were 14.6% and 18.8%. One patient had been persistent hypoparathyroidism after 14 months of follow-up. Cervical lymph node dissection increased the risk of hypocalcemia postoperative significantly ($p < 0.05$).

Keywords: follicular thyroid cancer, surgical outcome