

# KẾT QUẢ PHẪU THUẬT UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ BIỆT HÓA Ở NAM GIỚI

Nguyễn Xuân Hậu<sup>1,2,✉</sup> và Nguyễn Thanh Long<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội,

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Ung thư tuyến giáp ở nam giới có một số điểm khác biệt so với nữ giới như kích thước u lớn hơn, tỉ lệ di căn hạch cao hơn. Các đặc điểm này ảnh hưởng đến chỉ định cũng như kết quả phẫu thuật. Nghiên cứu tiền cứu trên 102 bệnh nhân nam giới ung thư tuyến giáp thể biệt hóa được phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 7/2018 đến tháng 08/2020 nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật ở nhóm bệnh nhân này. Tỉ lệ cắt tuyến giáp toàn bộ và vét hạch cổ lần lượt là 68% và 85,3%. Khàn tiếng và cơn co rút ngón tay chân là hai biến chứng hay gặp nhất (chiếm lần lượt 11,8% và 15,7% sau 72h), cao hơn ở nhóm cắt tuyến giáp toàn bộ. Tỉ lệ biến chứng cũng cao hơn ở nhóm có vét hạch cổ nhưng không có ý nghĩa thống kê. Vét hạch cổ dự phòng nên được cân nhắc ở nhóm bệnh nhân ung thư tuyến giáp nam giới.

**Từ khóa:** ung thư tuyến giáp thể biệt hóa, nam giới, kết quả phẫu thuật.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp là bệnh lý ung thư phổ biến nhất của hệ nội tiết, có tỉ lệ gia tăng nhanh chóng trên toàn thế giới, với số ca mới mắc tăng gấp 3 lần tại Hoa Kỳ và Australia trong ba thập kỉ vừa qua.<sup>1,2</sup> Theo GLOBOCAN 2018, ung thư tuyến giáp chiếm 3,1% trong tất cả các loại ung thư nói chung, bệnh thường gặp đứng hàng thứ 5 ở nữ giới với 436.344 ca mới mắc hàng năm và đứng hàng thứ 9 chung cho cả hai giới với 567.233 ca mới mắc hàng năm<sup>3</sup>. Việt Nam cũng là một trong các nước có tỷ lệ mắc UTTG cao, bệnh đứng hàng thứ 9 với 5418 ca mới mắc và 528 ca tử vong mỗi năm, tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi là 3,52/100.000 dân.<sup>3</sup>

Ung thư tuyến giáp ít gặp ở nam giới hơn so với nữ giới. Các số liệu cho thấy nữ giới có tỉ lệ mắc ung thư tuyến giáp cao hơn khoảng 2 đến 5 lần so với nam giới.<sup>1,2</sup> Các nghiên cứu về vai

trò của estrogen trong sự phát triển của tế bào tuyến giáp cho thấy hormone giới tính có tác động lên quá trình phân bào của tế bào tuyến giáp và do đó có thể góp phần trong sự phát sinh ung thư tuyến giáp.<sup>3</sup> Trong các nghiên cứu lâm sàng, bệnh nhân nam giới có kích thước u lớn hơn tại thời điểm chẩn đoán, tỉ lệ u giới hạn trong nhu mô giáp thấp hơn và thường có di căn hạch hơn bệnh nhân nữ giới.<sup>4</sup> Các đặc điểm này có thể ảnh hưởng đến chỉ định cũng như kết quả phẫu thuật ở hai giới. Do đó, kết quả phẫu thuật ung thư tuyến giáp ở bệnh nhân nam giới cần được quan tâm nghiên cứu. Hiện tại ở Việt Nam chưa có nhiều kết quả nghiên cứu về nhóm bệnh nhân nam. Do vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị phẫu thuật ung thư tuyến giáp thể biệt hóa ở nam giới.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

Nghiên cứu được thực hiện trên 102 bệnh nhân nam giới được chẩn đoán ung thư tuyến

Tác giả liên hệ: Nguyễn Xuân Hậu

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: drnguyensexuanhau@gmail.com

Ngày nhận: 19/11/2020

Ngày được chấp nhận: 11/01/2021

giáp thể biệt hóa và phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 7/2018 đến tháng 8/2020.

### Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân nam giới được chẩn đoán ung thư tuyến giáp và phẫu thuật tuyến giáp tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội, có kết quả xét nghiệm giải phẫu bệnh u tuyến giáp khẳng định là ung thư biểu mô tuyến giáp thể biệt hóa.

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

- Thời gian từ tháng 07/2018 đến tháng 08/2020

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.

- Các bệnh lý nội khoa khác làm tăng nặng các biến chứng hậu phẫu.

## 2. Phương pháp

Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

Các chỉ số nghiên cứu

*Khai thác các thông tin:*

Đặc điểm khối u giáp, bao gồm kích thước, số lượng, vị trí, phân loại TIRADS 2011 được xác định theo siêu âm, kết quả FNA, giải phẫu bệnh sau mổ.

Phương pháp phẫu thuật: cắt thùy + eo tuyến giáp hay cắt tuyến giáp toàn bộ, chỉ định dựa trên khuyến cáo của Hiệp hội phòng chống ung thư Hoa Kỳ,<sup>5</sup> phương pháp vét hạch cổ (không vét hạch, vét hạch cổ trung tâm, vét hạch cổ bên), chỉ định theo lựa chọn của từng phẫu thuật viên dựa trên các phác đồ hiện hành.

*Các biến chứng sau mổ:*

Biến chứng chảy máu

+ Cách đánh giá: vùng cổ sưng phồng, có thể có khó thở, dẫn lưu (chảy máu đỏ tươi và có

cục máu đông), có thể kèm theo mạch nhanh, huyết áp hạ.

Nhiễm trùng vết mổ

+ Cách đánh giá: toàn thân sốt, vết mổ nề đỏ, có mủ, công thức bạch cầu tăng trên 10 G/l.

Biến chứng tổn thương TK TQQN sau mổ

+ Cách đánh giá:

Cơ năng: khàn tiếng, khó thở thanh quản (khó thở chậm, thì hít vào, có tiếng thở rít).

Nội soi tai mũi họng: dây thanh di động bình thường, hạn chế di động (so sánh với bên đối diện) hay cố định (một bên hay hai bên).

+ Liệt TK TQQN tạm thời: dưới 6 tháng sau phẫu thuật (một bên hay hai bên).

+ Liệt TK TQQN vĩnh viễn: trên 6 tháng sau phẫu thuật (một bên hay hai bên).

Biến chứng hạ canxi máu sau mổ.

+ Cách đánh giá:

Tê bì đầu chi, quanh miệng hay lưỡi.

Cơn Têrani: co cứng cơ vùng mặt, tay chân.

+ Xét nghiệm sinh hóa máu: canxi ion hóa và PTH 24h sau mổ, Canxi ion hóa 3 tháng và 6 tháng sau mổ.

+ Hạ canxi tạm thời: canxi ion hóa huyết thanh dưới 1.0 mmol/L trong 6 tháng sau mổ.

+ Hạ canxi vĩnh viễn: canxi ion hóa huyết thanh dưới 1.0 mmol/l trên 6 tháng sau mổ.

Biến chứng tràn dịch dưỡng chấp sau mổ: Quan sát dịch dẫn lưu sau mổ.

## 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. So sánh sự khác biệt giữa 2 tỉ lệ bằng test  $\chi^2$ , Fisher' Exact test. Mức ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

## 4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

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. Các yếu tố lâm sàng - bệnh học

Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là  $40,9 \pm 13,0$ , trong đó bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 11 tuổi, cao tuổi nhất là 68 tuổi. Lứa tuổi hay gặp nhất là 15 - 55 tuổi, chiếm tỉ lệ 81,4%.

**Bảng 1. Đặc điểm khối u giáp**

Chỉ số	Số lượng bệnh nhân (N=102)	Tỉ lệ(%)	
Kích thước u	$\leq 1\text{cm}$	67	65,7
	$1\text{cm} < u \leq 2\text{cm}$	22	21,6
	$> 2\text{cm}$	13	12,7
Số lượng u	Đơn ổ	77	75,5
	Đa ổ	25	24,5
Vị trí u	Một thùy	81	79,4
	Eo giáp	6	5,9
	Hai thùy	15	14,7
Phân loại TIRADS	3	6	5,9
	4	68	66,6
	5	28	27,5
Kết quả FNA	Dương tính	76	74,5
	Nghi ngờ	23	22,5
	Âm tính	3	2,9

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn các bệnh nhân có 1 u đơn độc (chiếm 75,5%), chủ yếu phát hiện u ở giai đoạn sớm khi kích thước nhỏ hơn hoặc bằng 1cm (73,6%). U ở cả 2 thùy gặp ở 15 bệnh nhân, chiếm 14,7% các trường hợp. Đánh giá trên siêu âm theo phân loại TIRADS chủ yếu là TIRADS 4 (chiếm 66,6%). Tất cả các bệnh nhân đều được chọc hút tế bào bằng kim nhỏ để chẩn đoán, trong đó đa số có kết quả ác tính, chiếm trên 74,5%; 22,5% bệnh nhân có kết quả nghi ngờ. Có 3 BN có kết quả FNA lành tính trước mổ. Cả 3 BN đều có hình ảnh siêu âm nghi ngờ cao, TIRADS 4b, được phẫu thuật và sinh thiết tức thì trong mổ đều cho kết quả carcinoma tuyến giáp.

## 2. Kết quả phẫu thuật

**Bảng 2. Phân loại theo phương pháp phẫu thuật tuyến giáp và vét hạch cổ**

Các phương pháp phẫu thuật		Số BN	Tổng
Cắt thùy + eo giáp	Không vét hạch	12 (36,4%)	33
	Có vét hạch	21 (63,6%)	(32,4%)
Cắt tuyến giáp toàn bộ	Không vét hạch	3 (4,3%)	69
	Có vét hạch	66 (95,7%)	(67,6%)
<b>Tổng</b>			<b>102 (100%)</b>

Tỉ lệ bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp (TBTG) chiếm phần lớn với tỉ lệ gần 68%, bệnh nhân được phẫu thuật cắt thùy và eo giáp có tỉ lệ khoảng 32%. Trong cả 2 nhóm, phần lớn các bệnh nhân được vét hạch cổ, trong đó tỉ lệ bệnh nhân được vét hạch cổ của nhóm cắt TGTB cao hơn so với nhóm được chỉ định cắt thùy eo, tỉ lệ tương ứng là 95,7% và 63,6%.

**Bảng 3. Phân loại vét hạch cổ theo vị trí vét hạch**

Vét hạch cổ		Số BN	Tỉ lệ (%)
Chỉ vét hạch cổ trung tâm		56	64,4
Vét hạch cổ trung tâm và hạch cổ bên	Vét hạch cổ một bên	22	25,3
	Vét hạch cổ hai bên	9	10,3
<b>Tổng</b>		<b>87</b>	<b>100</b>

Có 87 trường hợp được vét hạch (chiếm 85,3%), tất cả đều vét hạch cổ trung tâm. Trong số các BN được vét hạch, tỉ lệ vét hạch cổ trung tâm đơn thuần là 64,4%. Tỉ lệ vét hạch cổ trung tâm và hạch cổ bên là 35,6%, trong đó chủ yếu là vét hạch cổ một bên.

**Bảng 4. Các biến chứng sau phẫu thuật trong 24 giờ, 72 giờ, 1 tuần**

Các biến chứng sau phẫu thuật	24 giờ	72 giờ	1 tuần
Chảy máu	1 (1,0%)	-	-
Khó thở	1 (1,0%)	-	-
Khàn tiếng	7 (6,9%)	12 (11,8%)	9 (8,8%)
Tê bì co rút ngón tay, chân	11 (10,8%)	16 (15,7%)	8 (7,8%)
Rò bạch huyết	1 (1,0%)	1 (1,0%)	-

Biến chứng chảy máu và khó thở ít gặp và chỉ trong 24 giờ đầu (chiếm 1,0%). Khàn tiếng và cơn co rút ngón tay chân là hai biến chứng hay gặp nhất, biểu hiện rõ sau 72 giờ và giảm dần sau 1 tuần. Chỉ có 1 bệnh nhân có biến chứng rò bạch huyết chiếm 1,0%.

**Bảng 5. Mối liên quan giữa tỉ lệ khàn tiếng và các yếu tố**

Đặc điểm	Khàn tiếng sau mổ		Giá trị p	
	Có	Không		
Phẫu thuật	Cắt TGTB	0 (0%)	33 (100%)	<b>p = 0,008</b>
	Cắt thùy+eo	12 (17,4%)	57 (82,6%)	
Nạo vét hạch cổ	Không vét hạch	12 (13,8%)	75 (86,2%)	<b>p = 0,205</b>
	Có vét hạch	0 (0%)	15 (100%)	

Tỉ lệ bị khàn tiếng ở nhóm bệnh nhân cắt TBTG cao hơn so với nhóm bệnh nhân cắt thùy và eo giáp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Tỉ lệ bệnh nhân bị khàn tiếng ở nhóm có vét hạch cổ cũng cao hơn so với nhóm không vét hạch cổ, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 6. Mối liên quan giữa tỉ lệ tê bì co rút chân tay và các yếu tố**

Đặc điểm	Tê bì co rút chân tay sau mổ		Giá trị p	
	Có	Không		
Phẫu thuật	Cắt thùy + eo	1 (3,0%)	32 (97,0%)	<b>p = 0,006</b>
	Cắt TGTB	15 (21,7%)	54 (78,3%)	
Nạo vét hạch cổ	Có vét hạch	16 (18,4%)	71 (81,6%)	<b>p = 0,119</b>
	Không vét hạch	0 (0%)	15 (100%)	

Tỉ lệ tê bì co rút ngón ở nhóm bệnh nhân cắt TBTG cao hơn so với nhóm bệnh nhân cắt thùy và eo giáp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Tỉ lệ bệnh nhân có cơn tê bì co rút chân tay ở nhóm có vét hạch cổ cũng cao hơn so với nhóm không vét hạch cổ, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình là  $40,9 \pm 13,0$ , bệnh nhân trẻ nhất là 11 tuổi, độ tuổi hay gặp nhất là 15-55 tuổi, chiếm tỉ lệ 81,4%. Theo Hoàng Huy Hùng, lứa tuổi hay gặp là 15 - 45 tuổi, chiếm tỷ lệ 54,1%, tuổi trung bình là 43, 68, thấp nhất

là 13, cao nhất là 73 tuổi. Bệnh nhân thuộc nhóm  $< 15$  hoặc  $> 45$  tuổi chiếm 45,9%, trong đó có 2% thuộc nhóm  $< 15$  tuổi.<sup>6</sup> Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số các bệnh nhân đến khám ở giai đoạn sớm hoặc khám định kì tình cờ phát hiện u giáp khi  $u \leq 1\text{cm}$  (chiếm

65,7%), u đơn ổ (75,5%) và khu trú ở 1 thùy giáp (79,4%). Kết quả xét nghiệm tế bào học cho thấy có 74,5% trường hợp ác tính, 22,5% nghi ngờ và 2,9% bệnh nhân lành tính. Các nhân giáp được phát hiện ở nam giới có tỉ lệ ác tính cao hơn nữ giới (OR = 1,44, 95%CI: 1,231 - 1,683;  $p < 0,0001$ ).<sup>7</sup> Do đó việc chẩn đoán lành tính bằng FNA ở nam giới có nguy cơ sai số cao hơn và một số tác giả đặt ra giả thuyết rằng việc chọc tế bào ở bệnh nhân nam giới có thể là không cần thiết mà nên cân nhắc phẫu thuật chẩn đoán.<sup>8</sup> Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của Schiro và cộng sự trên 1205 bệnh nhân nam giới cho thấy tỉ lệ âm tính giả của FNA chỉ là 6,7%, do vậy FNA vẫn là một xét nghiệm có độ tin cậy và hiệu quả cao trong chẩn đoán ung thư tuyến giáp ở nam giới.<sup>9</sup>

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân hạ canxi máu có biểu hiện lâm sàng cơn tê bì cơ rút đầu ngón chân tay sau 24h là 10,8%, biểu hiện rõ nhất tại thời điểm 72h với 15,7%, sau đó giảm dần tại thời điểm 1 tuần là 7,8%. Tỉ lệ hạ canxi trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn một số nghiên cứu trước đó trên quần thể chung.<sup>10</sup> So sánh với các nghiên cứu khác trên đối tượng nam giới, Sands và cộng sự báo cáo tỉ lệ hạ canxi có triệu chứng sau mổ là 11,8%, thấp hơn ở nữ giới là 24,7% ( $p < 0,05$ ).<sup>11</sup> Các tác giả kết luận rằng nữ giới có nguy cơ hạ canxi sau mổ cao gấp đôi nam giới, với RR = 2,1 (95%CI: 1,0-4,6).<sup>11</sup> Cơ chế sinh bệnh học của sự khác biệt này chưa được nghiên cứu rõ ràng, tuy nhiên có một số giả thiết được đặt ra. Đầu tiên, phụ nữ thường có các rối loạn nội tiết đi kèm ảnh hưởng đến chuyển hóa canxi và vitamin D hơn ở nam giới, ví dụ như tình trạng mãn kinh hoặc loãng xương kèm theo.<sup>12</sup> Ảnh hưởng của hormone steroids sinh dục lên bài tiết PTH và sự khác biệt về gen trong con đường dẫn truyền tín hiệu phiên mã và dịch mã PTH cũng

có thể là nguyên nhân.<sup>13</sup> Ngoài ra, người ta thấy tuyến cận giáp ở nam giới có kích thước và trọng lượng lớn hơn ở nữ, và trường mổ hẹp hơn ở nữ giới cũng có thể góp phần gây khó khăn cho việc bộc lộ và bảo tồn tuyến cận giáp trong mổ.<sup>11</sup>

Ngày nay phẫu thuật tuyến giáp khá an toàn nhưng tổn thương thần kinh thanh quản vẫn được ghi nhận trong các tài liệu với tỉ lệ khoảng 1,5% đến 14%, thậm chí có tài liệu lên đến 20%.<sup>10,14</sup> Tuy nhiên hầu hết đều là tạm thời, tỉ lệ tổn thương không hồi phục chỉ xấp xỉ 1-3% tùy nghiên cứu.<sup>14</sup> Trong nghiên cứu của chúng tôi, khàn tiếng tại thời điểm 24h sau phẫu thuật chiếm tỉ lệ 6,9%, sau 72h biểu hiện rõ nhất với 11,8% và giảm dần sau 1 tuần với 8,8%, chỉ có 1 bệnh nhân bị khàn tiếng kéo dài trên 6 tháng. Kết quả của chúng tôi có cao hơn so với nghiên cứu của Trần Văn Thông với 11,43% các trường hợp có khàn tiếng sau phẫu thuật 24 giờ, điều này có thể được giải thích là tỉ lệ bệnh nhân được chỉ định cắt TBTG kèm vét hạch cổ trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nên nguy cơ tổn thương dây TKTQQN cũng tăng lên tương ứng.<sup>15</sup> Một số nghiên cứu so sánh tỉ lệ liệt dây TKTQQN sau mổ giữa bệnh nhân nam và nữ, tuy nhiên đa số không ghi nhận sự khác biệt.<sup>14,16</sup>

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ hạ canxi và khàn tiếng có xu hướng cao hơn ở nhóm có vét hạch cổ so với không vét hạch, tuy nhiên sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê. Trong khi đó, một số nghiên cứu khác lại cho thấy vét hạch cổ là yếu tố nguy cơ làm tăng tỉ lệ của hai biến chứng này.<sup>17,18</sup> Có thể cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn để phát hiện sự khác biệt. Trong thực hành lâm sàng, nhóm bệnh nhân được cắt TBTG và vét hạch cổ cần được theo dõi sát sau phẫu thuật để phát hiện sớm các biến chứng có thể xảy ra.

## V. KẾT LUẬN

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là  $40,9 \pm 13,0$ , lứa tuổi hay gặp nhất là 15-55 tuổi, chiếm tỉ lệ 81,4%. Khối u chủ yếu ở 1 thùy (79,4%), kích thước  $\leq 1\text{cm}$  (65,7%). Tỉ lệ âm tính giả của chọc hút tế bào kim nhỏ là 2,9%.

Tổn thương thần kinh thanh quản ngược và tuyến cận giáp với biểu hiện khàn tiếng và cơn co rút tay chân là hai biến chứng hay gặp nhất sau phẫu thuật, thể hiện rõ sau 72 giờ với tỉ lệ 11,8% và 15,7%, sau đó giảm dần và hầu hết tổn thương này là tạm thời.

Tỷ lệ biến chứng tăng lên ở nhóm bệnh nhân cắt toàn bộ tuyến giáp so với nhóm cắt thùy eo. Ở nhóm được vét hạch cổ cũng cao hơn so với nhóm không được vét hạch nhưng không có ý nghĩa thống kê.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(6):394-424. doi:10.3322/caac.21492.
2. Schonfeld SJ, Neta G, Sturgis EM, et al. Common Genetic Variants in Sex Hormone Pathway Genes and Papillary Thyroid Cancer Risk. *Thyroid.* 2012;22(2):151-156. doi:10.1089/thy.2011.0309.
3. Zeng Q, Chen GG, Vlantis AC, van Hasselt CA. Oestrogen mediates the growth of human thyroid carcinoma cells via an oestrogen receptor-ERK pathway. *Cell Prolif.* 2007;40(6):921-935. doi:10.1111/j.1365-2184.2007.00471.x.
4. Mitchell I, Livingston EH, Chang AY, et al. Trends in thyroid cancer demographics and surgical therapy in the United States. *Surgery.* 2007;142(6):823-828; discussion 828.e1. doi:10.1016/j.surg.2007.09.011.
5. 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.
6. Hoàng Huy Hùng. Đánh giá di căn hạch của ung thư biểu mô tuyến giáp. Luận văn Bác sĩ nội trú. Trường Đại học Y Hà Nội; 2016.
7. Rago T, Fiore E, Scutari M, et al. Male sex, single nodularity, and young age are associated with the risk of finding a papillary thyroid cancer on fine-needle aspiration cytology in a large series of patients with nodular thyroid disease. *Eur J Endocrinol.* 2010;162(4):763-770. doi:10.1530/EJE-09-0895.
8. Berri RN, Lloyd LR. Defining the role of fine-needle aspiration of thyroid nodules in male patients: is it necessary? *Am J Surg.* 2008;195(3):396-398; discussion 398-400. doi:10.1016/j.amjsurg.2007.12.007.
9. Schiro AJ, Pinchot SN, Chen H, Sippel RS. Clinical Efficacy of Fine-Needle Aspiration Biopsy of Thyroid Nodules in Males. *J Surg Res.* 2010;159(2):645-650. doi:10.1016/j.jss.2009.08.013.
10. Mai Thế Vương. Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật của bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp thể nhú tại Bệnh viện K. Luận văn thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2019.
11. Sands NB, Payne RJ, Côté V, Hier MP, BlackMJ, TamiliaM. Female gender as a risk factor for transient post-thyroidectomy hypocalcemia. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2011;145(4):561-564. doi:10.1177/0194599811414511.
12. Cho JN, Park WS, Min SY. Predictors and risk factors of hypoparathyroidism after total thyroidectomy. *International Journal of Surgery.* 2016;34:47-52. doi:10.1016/j.

ijsu.2016.08.019.

13. Del Rio P, Rossini M, Montana CM, et al. Postoperative hypocalcemia: analysis of factors influencing early hypocalcemia development following thyroid surgery. *BMC Surgery*. 2019;18(1):25. doi:10.1186/s12893-019-0483-y.

14. Joliat G-R, Guarnero V, Demartines N, Schweizer V, Matter M. Recurrent laryngeal nerve injury after thyroid and parathyroid surgery: Incidence and postoperative evolution assessment. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(17):e6674. doi:10.1097/MD.0000000000006674.

15. 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.

16. AlSaiegh AM. Correlation Between Types of Thyroid Surgery, Goitre Pathology, and Recurrent Laryngeal Nerve Injury-Retrospective Cohort Study. *Journal of Surgery and Research*. 2020;3(2):86-95.

17. Chadwick DR. Hypocalcaemia and permanent hypoparathyroidism after total/bilateral thyroidectomy in the BAETS Registry. *Gland Surg*. 2017;6(Suppl 1):S69-S74. doi:10.21037/gs.2017.09.14.

18. Giordano D, Valcavi R, Thompson GB, et al. Complications of central neck dissection in patients with papillary thyroid carcinoma: results of a study on 1087 patients and review of the literature. *Thyroid*. 2012;22(9):911-917. doi:10.1089/thy.2012.0011.

## Summary

### SURGICAL OUTCOME OF WELL-DIFFERENTIATED THYROID CANCER IN MALE PATIENTS

Thyroid cancer in men has distinguished features compared to women, such as larger tumors and a higher rate of nodal metastasis, which affects surgical plan and outcome. This is a prospective study on 102 males with well-differentiated thyroid carcinoma treated by surgery at Hanoi Medical University Hospital from July 2018 to August 2020. The proportions of total thyroidectomy and lymph node dissection were 68% and 85.3% respectively. Recurrent laryngeal nerve injury and hypocalcemia were the two most common complications, accounting for 11.8% and 15.7% after 72h respectively, in which patients with total thyroidectomy had higher rates. Complications were also more common among patients with lymph node dissection, but the difference was not statistically significant. Prophylactic lymph node dissection should be considered in males with well-differentiated thyroid carcinoma.

**Keywords:** differentiated thyroid cancer, male, surgical outcome.