

# Phẫu thuật cắt nối khí quản ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp biệt hóa kháng i-ốt phóng xạ, tái phát xâm lấn khí quản nhân 02 trường hợp lâm sàng

## Tracheal resection for recurrent radioiodine refractory differentiated thyroid cancer involving the trachea: Two case reports

Đặng Trung Dũng, Lê Quốc Khánh,  
Nguyễn Đức Thắng, Lê Hải Sơn,  
Nguyễn Văn Xuân Hà, Trần Trọng Kiểm,  
Ngô Vi Hải, Lê Ngọc Hà

*Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*

### Tóm tắt

Ung thư tuyến giáp biệt hóa kháng i-ốt phóng xạ, tái phát, di căn thường tiên lượng xấu. Trong số đó, tổn thương tái phát xâm lấn khí quản là một trong những nguyên nhân có thể dẫn đến tử vong. Phẫu thuật cắt đoạn và tạo hình khí quản có thể là phương pháp điều trị triệt căn tổn thương này. Tuy nhiên, mức độ khí quản tổn thương có thể cắt bỏ vẫn còn nhiều tranh cãi. Một số nghiên cứu đã cho thấy phương pháp này có thể loại bỏ triệt để, kiểm soát tổn thương tái phát và cải thiện thời gian sống. Chúng tôi xin trình bày hai trường hợp ung thư tuyến giáp biệt hóa kháng iod phóng xạ, tái phát, xâm lấn khí quản đã phẫu thuật cắt nối khí quản, tổng quan y văn và rút ra một số kinh nghiệm lâm sàng.

*Từ khóa:* Ung thư tuyến giáp thể biệt hóa, cắt nối khí quản.

### Summary

Recurrent metastatic radioiodine refractory differentiated thyroid cancer often has a poor prognosis. Recurrent lesions involving the trachea may increase the death risk. Tracheostomy may be the curative treatment; however, there is controversy regarding the extent of the tracheal resection. The radical resection may increase the regional control rate with a positive impact on survival. With a short literature review, the present study focuses on two cases of recurrent radioiodine refractory differentiated thyroid cancer invading the trachea, gathering some clinical experiences.

*Keywords:* Differentiated thyroid carcinoma, tracheal resection

### 1. Đặt vấn đề

Ngày nhận bài: 8/11/2021, ngày chấp nhận đăng:  
31/12/2021

Người phản hồi: Lê Quốc Khánh

Email: lequockhanh@gmail.com - Bệnh viện TWQĐ 108

Ung thư tuyến giáp (UTTĐ) biệt hóa chiếm tỷ lệ cao nhất trong UTTĐ. Bệnh thường tiến triển chậm và tiên lượng tốt nếu được phát hiện sớm và điều trị phù hợp. Tuy nhiên, khoảng 5 - 10% trường hợp tái phát và khoảng 60 - 70% trong số này là kháng i-ốt và có tiên lượng xấu. Chiến thuật điều trị cho những bệnh nhân này còn nhiều tranh cãi. Một số biện pháp thường được sử dụng là điều trị hormon giáp liều ức chế TSH, phẫu thuật, xạ trị và điều trị toàn thân, ... [1], [2].

Phẫu thuật ban đầu đối với ung thư tuyến giáp biệt hóa xâm lấn khí quản thường được tiến hành theo kỹ thuật cắt tiếp tuyến (tangential resection) nên khó có thể đánh giá toàn diện tổn thương [4, 5]. Trong quá trình điều trị sau đó, các tổn thương này có thể tiến triển, không còn đáp ứng với điều trị i-ốt phóng xạ nên có thể cân nhắc biện pháp điều trị tại chỗ như phẫu thuật và/hoặc xạ trị. Phẫu thuật cắt đoạn và tạo hình khí quản có thể loại bỏ hoàn toàn tổn thương nhưng có thể gặp nhiều khó khăn khi tiến hành phẫu thuật như tổn tại sụn và dính tại trường mổ cũ. Hơn nữa, mức độ phẫu thuật cắt đoạn khí quản loại bỏ tổn thương cũng chưa được sự thống nhất. Trong bài chúng tôi xin giới thiệu 2 trường hợp ung thư tuyến giáp biệt hóa kháng i-ốt phóng xạ, tái phát xâm lấn khí quản đang điều trị tại tiểu ban ung thư tuyến giáp, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 và bàn luận về các biểu hiện lâm sàng, dấu hiệu chẩn đoán cũng như cập nhật cách tiếp cận điều trị ở những bệnh nhân này.

## **2. Trường hợp lâm sàng**

### **2.1. Trường hợp 1**

Bệnh nhân nữ 71 tuổi, được chẩn đoán ban đầu là ung thư tuyến giáp giáp thể nhú TxN0M0 và đã được phẫu thuật cắt toàn bộ

tuyến giáp lần đầu vào năm 2016. Sau đó, bệnh nhân tiếp tục điều trị I-131 02 lần với tổng liều 250mCi, và phẫu thuật vét hạch cổ di căn bổ sung. Chẩn đoán giải phẫu bệnh là hạch di căn ung thư tuyến giáp thể nhú biến thể tế bào ưa acid. Bệnh nhân được xác định kháng i-ốt phóng xạ theo tiêu chuẩn ATA 2015. Đến tháng 03/2019, bệnh nhân đến tái khám do nuốt vướng, kết quả chụp cắt lớp vi tính cản quang vùng cổ ngực (CT cản quang) và nội soi thanh - khí quản phát hiện tổn thương tái phát ở vùng giường tuyến giáp trái, kích thước 16 × 18 × 20mm, xâm lấn thành khí quản, liệt dây thanh trái; tuy nhiên, chưa phát hiện tổn thương trong lòng thanh - khí quản. Tiểu ban ung thư tuyến giáp đã hội chẩn và kết luận bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật cắt đoạn khí quản chứa khối tổn thương xâm lấn, tạo hình khí quản nối tận tận. Phẫu thuật được thực hiện theo sụn cũ đường Kocher. Tiến hành bóc tách tổ chức đến khí quản, phát hiện tổn thương tái phát tại giường thùy trái tuyến giáp gần vị trí dây chằng Berry. Tổn thương đã xâm lấn thành khí quản (đoạn xâm lấn dài khoảng 1,5cm, tương ứng từ vị trí sụn nhẫn đến vòng sụn 1 và 2) và thần kinh quặt ngược trái. Bệnh nhân được phẫu tích bóc lộ khí quản, bảo tồn dây thần kinh quặt ngược bên phải, cắt đoạn khí quản tương ứng tổ chức ung thư tái phát xâm lấn, nối tận - tận. Sau phẫu thuật, tình trạng bệnh nhân ổn định, lòng khí quản thông thoáng. Bệnh nhân tiếp tục được điều trị hormon giáp liều ức chế TSH, định kỳ theo dõi bệnh bằng siêu âm, CT cản quang, FDG PET/CT đánh giá tổn thương tái phát tại vị trí phẫu thuật, tổn thương di căn, xét nghiệm Tg mỗi 6 tháng. Sau 24 tháng, không phát hiện tổn thương tái phát tại vị trí phẫu thuật, không phát hiện tổn thương di căn hạch mới xuất hiện cũng như tổn thương di căn xa ở các vị trí khác.

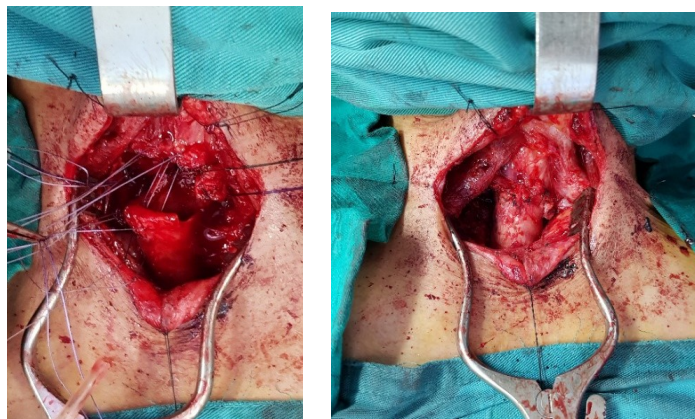


**Hình 1.** Hình ảnh ung thư tuyến giáp tổn thương xâm lấn khí quản

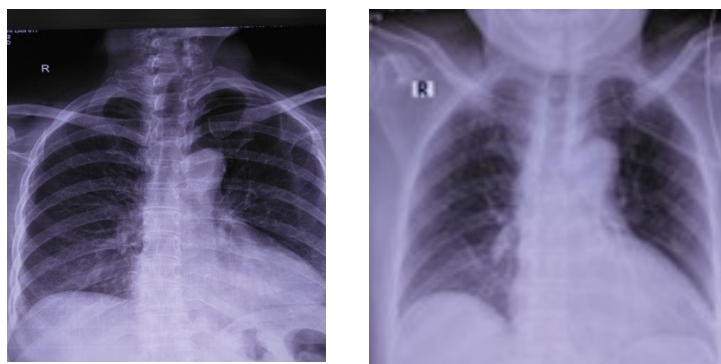
## 2.2. Trường hợp 2

Bệnh nhân nữ 61 tuổi được chẩn đoán ban đầu là ung thư tuyến giáp thể nhú cT4aN1bM0 (tổ chức ung thư xâm lấn rộng khí quản và di căn nhiều hạch cổ khoang trung tâm và khoang bên). Bệnh nhân đã được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp, vét hạch cổ di căn vào tháng 6/2016 tại cơ sở chẩn đoán ban đầu. Tổn thương xâm lấn khí quản được phẫu thuật theo phương pháp cắt tiếp tuyến. Sau phẫu thuật, bệnh nhân bị khàn tiếng do liệt dây thanh phải. Sau đó, bệnh nhân được điều trị I-131 02 lần với tổng liều 250mCi, phẫu thuật bổ sung vét hạch cổ di căn và được chẩn đoán kháng i-ốt phóng xạ theo tiêu chuẩn ATA 2015. Tháng 3/2019, bệnh nhân không có triệu chứng bất thường khác ở vùng cổ, thông qua tái khám định kỳ, phát hiện tổn thương ung thư tái phát vùng giường thùy phải tuyến giáp. Kết quả đánh giá tổn thương trên PET/CT và nội soi khí quản cho thấy tổn thương ung thư tái phát có kích thước 26 × 18mm, ngấm mạnh thuốc cản quang, tăng chuyển hóa FDG ở giường thùy

phải tuyến giáp, xâm lấn 1/3 trên khí quản cách dây thanh 1 - 1,5cm gây liệt dây thanh bên phải. Tiểu ban ung thư tuyến giáp đã hội chẩn và kết luận bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật cắt đoạn khí quản bị xâm lấn và tạo hình thanh - khí quản. Phẫu thuật được thực hiện theo sẹo cũ đường Kocher, bóc tách thanh - khí quản, thấy tổn thương tái phát tại vị trí giường thùy phải tuyến giáp, xâm lấn dây thần kinh quặt ngược phải, xâm lấn thanh - khí quản, sụn nhẫn và sụn giáp (đoạn xâm lấn dài khoảng 3cm). Sau đó, bệnh nhân được tiến hành cắt đoạn và tạo hình khí quản theo kiểu "Bayonet". Sau phẫu thuật, tình trạng bệnh nhân ổn định, lòng khí quản thông thoáng. Bệnh nhân tiếp tục được điều trị hormon giáp liều ức chế TSH, định kỳ theo dõi bệnh bằng siêu âm, CT cản quang, FDG PET/CT đánh giá tổn thương tái phát tại vị trí phẫu thuật, tổn thương di căn, xét nghiệm Tg mỗi 6 tháng. Sau 24 tháng, không phát hiện tổn thương tái phát tại vị trí phẫu thuật, không phát hiện tổn thương di căn hạch mới xuất hiện cũng như tổn thương di căn xa ở các vị trí khác.



**Hình 2.** Hình ảnh trước trong mổ, khí quản được cắt - nối theo kiểu “Bayonet”



**Hình 3.** X-quang khí quản trước và sau mổ

### 3. Bàn luận

Ung thư tuyến giáp biệt hóa xâm lấn khí quản tại thời điểm chẩn đoán ban đầu tương đối ít gặp với tỷ lệ 3,4 - 13%. Tuy nhiên, tỷ lệ này có thể lên đến 60% trong thời gian theo dõi trung bình là 47,6 tháng đối với các trường hợp tái phát tại chỗ, di căn, kháng i-ốt phóng xạ. Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ này là type mô bệnh học và biện pháp phẫu thuật trước đó.

Tổn thương ung thư tái phát xâm lấn đường thở có thể gây một số triệu chứng như ho ra máu, thở khò khè, khó thở khi gắng sức và khàn tiếng hoặc hoàn toàn không có triệu chứng. Thông thường, ở giai đoạn đầu khi tổn thương ung thư vẫn chưa xuyên qua màng nhầy gây cản trở đường thở thì bệnh nhân vẫn chưa có triệu chứng chủ quan trên lâm sàng. Tuy nhiên, khám lâm sàng đôi khi vẫn có thể phát hiện tổn thương tương đối chắc, không di

chuyển tự do trên khí quản. Nghiên cứu của McCarty và cộng sự [6] cho thấy 22% trong 40 bệnh nhân xâm lấn khí quản có khàn tiếng, 11% có ho ra máu và 5% có khó thở. Kinh nghiệm lâm sàng và thực tế từ 2 ca lâm sàng trên cho thấy các bệnh nhân có tổn thương tái phát tại giường tuyến giáp phần lớn không có triệu chứng lâm sàng cụ thể gợi ý. Một số trường hợp bệnh nhân có triệu chứng khàn tiếng; tuy nhiên, triệu chứng này là biến chứng của phẫu thuật lần đầu, tồn tại liên tục sau khi phẫu thuật nên không có ý nghĩa gợi ý tổn thương tái phát xâm lấn đường thở mới xuất hiện.

Các biện pháp chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, CT và MRI thường được chỉ định để chẩn đoán, đánh giá mức độ tái phát, xâm lấn và lựa chọn phương pháp điều trị cũng như tiên lượng các trường hợp ung thư tuyến giáp biệt hóa kháng i-ốt phóng xạ, tái phát tại giường tuyến giáp

xâm lấn khí quản. Hướng dẫn của Hiệp hội Tuyến giáp Hoa Kỳ (ATA) khuyến cáo siêu âm là biện pháp đầu tay trong theo dõi và chẩn đoán các trường hợp ung thư tuyến giáp biệt hóa kháng i-ốt phóng xạ, tái phát tại giường tuyến giáp. Tuy nhiên, biện pháp này phụ thuộc rất nhiều vào chủ quan bác sĩ tiến hành siêu âm, chưa cung cấp đủ thông tin để lập kế hoạch điều trị mà vẫn phải tiến hành các thêm các biện pháp chẩn đoán hình ảnh khác như CT, MRI và PET/CT, ...

CT chẩn đoán sử dụng thuốc đối quang tĩnh mạch rất có giá trị để đánh giá tổn thương tái phát tại giường tuyến giáp xâm lấn cấu trúc lân cận. Kết quả nghiên cứu của Seo và cộng sự [8] cho thấy CT có độ chính xác rất cao khoảng 83,2 - 98,8% và độ đặc hiệu dao động trong khoảng 89,8 - 99,4% trong chẩn đoán tổn thương tái phát tại giường tuyến giáp xâm lấn tổ chức lân cận. Tuy nhiên, độ nhạy của CT thấp hơn siêu âm và MRI, dao động từ 28,6% đến 78,2%. Bên cạnh CT vùng cổ, cần phải chụp cả CT vùng ngực để đánh giá kết hợp tổn thương liên quan thực quản và di căn phổi kết hợp (nếu có).

Bên cạnh CT, MRI cũng là một trong những biện pháp rất có giá trị trong đánh giá tổn thương ung thư tuyến giáp xâm lấn khí quản. Phương pháp này có độ chính xác cao trong đánh giá tổn thương xâm lấn không chỉ ở khí quản mà còn ở các tổ chức lân cận do đặc tính tương phản mô mềm vượt trội. Đặc điểm thâm nhiễm khí quản gồm khối nội tủy và tín hiệu mô mềm trong sụn khí quản. Nghiên cứu của Takashima và cộng sự [7] cho thấy tỷ lệ chẩn đoán đúng của MRI lên tới 86%, độ nhạy, độ đặc hiệu lần lượt là 71% và 92% trong chẩn đoán ung thư tuyến giáp xâm lấn khí quản. Giá trị chẩn đoán của MRI kém hơn siêu âm khi u xâm lấn khí quản ở giai đoạn sớm. Ngược lại giá trị tiên đoán dương tính của MRI lớn hơn siêu âm vào khoảng 71%.

Nội soi khí - phế quản cũng là một biện pháp chẩn đoán thường được chỉ định ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp xâm lấn khí quản. Biện pháp này rất có giá trị để đánh giá mức độ xâm lấn khí quản, cho phép đánh giá trực tiếp những biến đổi niêm mạc phế quản. Biện pháp chẩn đoán này được chỉ định ở bệnh nhân có tổn thương ung thư xâm lấn khí quản hoặc liệt dây thanh.

Siêu âm phế quản nội soi (EBUS - Endobronchial Ultrasound) là phương pháp chẩn đoán có độ chính xác rất cao trong phát hiện, đánh giá mức độ của xâm lấn khí quản thông qua khảo sát cấu trúc các lớp của thành khí quản. Nghiên cứu của Wakamatsu và cộng sự [9] so sánh CT, MRI và EBUS trong đánh giá ung thư tuyến giáp xâm lấn khí quản cho thấy độ nhạy và độ đặc hiệu của 3 phương pháp trên lần lượt là 59 - 56, 75 - 73, và 92 - 83%. Độ chính xác của EBUS cao hơn đáng kể so với CT. Kết luận từ nghiên cứu cho thấy EBUS là kỹ thuật hữu ích nhất để đánh giá độ sâu, rộng của tổn thương xâm lấn khí quản. Tuy nhiên EBUS là một thủ thuật can thiệp, giá thành cao và hạn chế khi đánh giá tổn thương tương ứng vị trí cực trên tuyến giáp.

Nghiên cứu của Shin và cộng sự phân chia giai đoạn ung thư tuyến giáp xâm lấn khí quản như sau [10]:

Giai đoạn 1: U xâm lấn qua vỏ tuyến giáp đến màng sụn nhưng chưa vào sụn và khoang gian sụn.

Giai đoạn II: Xâm lấn sụn và khoang gian sụn.

Giai đoạn III: Xâm lấn đến mô liên kết của niêm mạc.

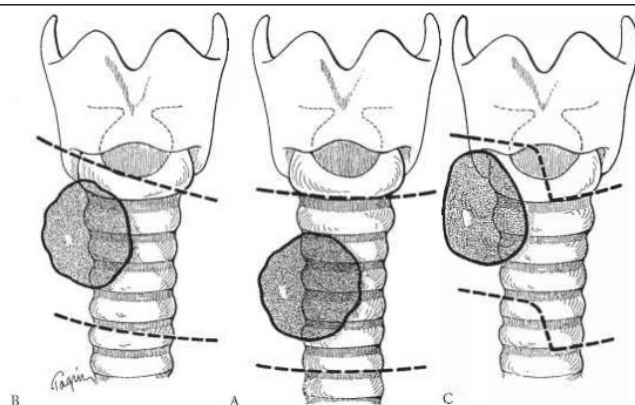
Giai đoạn IV: Xâm lấn qua lớn niêm mạc vào lòng của khí quản.

Nguyên tắc phẫu thuật trong ung thư tuyến giáp tái phát là loại bỏ hoàn toàn

tổn thương tái phát và xâm lấn tại chỗ. Nhiều nghiên cứu cho thấy, thời gian sống cải thiện khi có thể loại bỏ toàn bộ tổn thương đại thể trong trường hợp này là loại bỏ hoàn toàn tổn thương ung thư tuyến giáp biệt hóa kháng i-ốt phóng xạ tái phát tại giường tuyến giáp, xâm lấn khí quản và di căn. Các biện pháp thường được tiến hành gồm: Phẫu thuật loại bỏ tổn thương theo kiểu tiếp tuyến và phẫu thuật cắt đoạn khí quản nối tận tận [4, 5, 11, 12].

Phương pháp cắt u theo kiểu tiếp tuyến (shaving) tiến hành cắt tổn thương ung thư xâm lấn bề mặt khí quản. Phương pháp này dễ bỏ sót và không thể loại bỏ hoàn toàn tổn thương.

Phẫu thuật cắt đoạn và tạo hình khí quản có thể tiến hành theo 3 phương pháp sau: (1) Cắt đoạn theo chu vi tròn đoạn khí quản trên, (2) Cắt bỏ theo hình xiên một bên của phần trước bên sụn nhẫn nếu khối tổn thương có liên quan, (3) Cắt tổn thương theo kiểu "Bayonet" khi khối tổn thương xâm lấn sụn nhẫn rộng và đường cắt ở dưới dây thanh âm ở bên xâm lấn. Đường cắt phía bên khí quản được tạo hình để khớp với phần thanh quản bị khuyết. Trong báo cáo của chúng tôi, tổn thương tái phát tại giường tuyến giáp ở bệnh nhân số 1 đã xâm lấn một phần vào sụn nhẫn và ở bệnh nhân số 2 đã xâm lấn thanh - khí quản, sụn nhẫn và sụn giáp. Vì vậy, bệnh nhân số 1 đã được phẫu thuật cắt bỏ theo hình xiên một bên của phần trước bên sụn nhẫn và bệnh nhân số 2 được phẫu thuật theo kiểu "Bayonet". Đánh giá và theo dõi sau phẫu thuật thấy toàn bộ tổn thương đã được loại bỏ.



**Hình 4.** Các phương pháp cắt xử lý ung thư tuyến giáp xâm lấn khí quản [4, 5, 11].

Khi tiến hành phương pháp này, một trong những biến chứng [3] đáng lo ngại có thể gặp nhất là rò miệng nối với tỷ lệ theo một số nghiên cứu vào khoảng 15-39%. Một số yếu tố nguy cơ liên quan đến biến chứng này là phẫu thuật lần 2, đái tháo đường, độ dài đoạn cắt, phẫu thuật cắt đoạn thanh - khí quản, tuổi nhỏ, mở khí quản trước khi phẫu thuật. Để đảm bảo tưới máu miệng nối, phẫu thuật viên phải bảo tồn mạch nuôi dưỡng khí quản xuất phát từ động mạch giáp dưới chạy dọc theo thành khí quản đặc biệt khi phẫu tích giải phóng khí quản đoạn cổ và trung thất trên. Một số tác giả đề xuất sử dụng mối chỉ cố định cầm để không làm căng miệng nối sau mổ. Tuy nhiên, ở những trung tâm lớn, bệnh nhân được khuyên tránh ngửa cổ trong tuần đầu sau phẫu thuật. Yếu tố tiếp theo là thời điểm rút ống nội khí quản sau mổ. Chưa có đồng thuận nào về thời điểm rút ống nội khí quản này, trên lâm sàng thời điểm này thường được quyết định dựa trên kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Tuy nhiên, các bác sĩ lâm sàng thường có xu hướng rút ống thở sớm để tận dụng hiệu quả thông khí trên đường khâu.

Để giảm sức căng tại miệng nối, bác sĩ lâm sàng có thể sử dụng kỹ thuật giải phóng thanh quản trên xương móng (suprahyoid laryngeal release). Kỹ thuật

này có thể hạ thanh quản xuống từ 2 - 3cm. Nhược điểm của phương pháp là có thể gây khó nuốt và khó thở tạm thời, nên không cần thiết phải thực hiện kỹ thuật này nếu chỉ cắt đoạn khí quản ngắn. Chiều dài đoạn khí quản cũng là một yếu tố ảnh hưởng tới kết quả phẫu thuật. Giải phóng trên dưới đoạn khí quản có thể giúp cắt đoạn khí quản dài tới 7cm và lên tới 11 vòng sụn. Nên tránh cắt tổn thương theo kiểu "cửa sổ" vì nguy cơ để lại tổn thương và thường xuất hiện sẹo cơ kéo sau mổ. Nếu cửa sổ chỉ dùng để đặt ống mở khí quản, phần cắt bỏ thường không đủ rộng để loại bỏ hết tổn thương. Tổn thương phần khí quản sau khi cắt cũng có thể được tạo hình lại bằng sụn tai, xương đòn, sụn sườn hoặc vật liệu nhân tạo... Hamahata A và cộng sự đã báo cáo 3 trường hợp tổn thương khí quản được điều trị thành công bằng phương pháp này.

Trong trường hợp u xâm lấn rộng, có thể chỉ định phẫu thuật cắt thanh quản (laryngectomy) giảm nhẹ, điều trị biến chứng chảy máu và tắc nghẽn đường thở. Ngoài ra, có thể chỉ định phẫu thuật cắt thanh quản, một phần khí - thực quản (cervicomedial exenteration) ở một số rất ít các trường hợp tổn thương tái phát muộn, thất bại các phương pháp điều trị khác có thể cắt bỏ toàn bộ tổn thương.

#### *Kết quả phẫu thuật*

Phẫu thuật cắt đoạn thanh - khí quản mang lại lợi ích, kéo dài thời gian sống khi kết hợp với các biện pháp điều trị khác ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp biệt hóa, kháng i-ốt phóng xạ, tái phát xâm lấn khí quản. Peng A và cộng sự [13] tổng kết 48 bệnh nhân ung thư tuyến giáp xâm lấn khí quản từ năm 1993 đến năm 2011. Các bệnh nhân được chia làm 3 nhóm căn cứ vào độ xâm lấn của khối u: nhóm A gồm 18 bệnh nhân với khối u xâm lấn tại chỗ được phẫu thuật cắt tiếp tuyến, nhóm B gồm 21

bệnh nhân có u xâm lấn trong lòng khí quản được phẫu thuật cắt đoạn khí quản, nối tận - tận và nhóm C gồm 9 bệnh nhân có tổ chức ung thư xâm lấn rộng vào khí quản, thanh quản, thực quản và/hoặc trung thất được phẫu thuật cắt đoạn khí quản và một phần thanh - thực quản. Trong số bệnh nhân này, 46 bệnh nhân được điều trị I-131 và/hoặc xạ trị ngoài. Thời gian sống được tính toán theo phương pháp Kaplan-Meier. Nhóm A gồm 10 bệnh nhân được điều trị I-131, 7 bệnh nhân được xạ trị ngoài có tỷ lệ sống sau 5 và 10 năm lần lượt là 88,93% và 77,78%. Nhóm B gồm 15 bệnh nhân được điều trị I-131, 7 bệnh nhân được xạ ngoài có tỷ lệ sống sau 5 và 10 năm lần lượt, là 90,47% và 61,87%. Nhóm C gồm 9 bệnh nhân được điều trị I-131, 7 bệnh nhân được xạ ngoài có tỷ lệ sống sau 5 và 10 năm lần lượt là 77,78% và 22,22%. Thời gian sống sau 5 và 10 năm ở 3 nhóm của nghiên cứu khác biệt đáng kể ( $p < 0,05$ ). Các bệnh nhân trong báo cáo của chúng tôi được đánh giá và theo dõi một cách cẩn thận sau phẫu thuật, bảo đảm phẫu thuật triệt căn tổn thương tái phát tại giường tuyến giáp nên chưa có chỉ định xạ trị sau phẫu thuật. Sau phẫu thuật, các bệnh nhân này được duy trì điều trị hormon giáp liều ức chế TSH. Do đã được chẩn đoán kháng i-ốt từ trước nên cả 2 bệnh nhân này đều không có chỉ định điều trị I-131. Theo dõi 24 tháng sau phẫu thuật, chưa phát hiện tổn thương tái phát, di căn mới.

Các biến chứng thường gặp là nhiễm khuẩn, chảy máu thứ phát, tổn thương thần kinh gây liệt dây thanh quản, với tỷ lệ biến chứng từ 15 - 39% và tỷ lệ tử vong là 1,2%. Báo cáo của Gupta V và cộng sự năm 2019 [14], tổng kết trên 17 bệnh nhân từ 1/2011 đến 12/2018 được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp và cắt thanh - khí quản. Trong đó 11 bệnh nhân được cắt đoạn, 3 bệnh nhân được phẫu thuật mở cửa sổ, 1 bệnh nhân cắt thanh quản bán



phần và 3 bệnh nhân cắt thanh quản toàn phần. Kết quả sau phẫu thuật tốt, chỉ có 2 bệnh nhân có biến chứng chảy máu sau phẫu thuật và được xử lý, 1 bệnh nhân cần phải mở khí quản chủ động do liệt dây thanh quản và được rút bỏ mở khí quản sau đó.

#### 4. Kết luận

Ung thư tuyến giáp biệt hóa kháng i-ốt phóng xạ, tái phát, di căn xâm lấn khí quản có tiên lượng xấu, tăng nguy cơ tử vong. Cần kết hợp nhiều biện pháp chẩn đoán để phát hiện sớm, đánh giá chính xác tổn thương, lập kế hoạch điều trị phù hợp. Phương pháp phẫu thuật cắt đoạn thanh - khí quản cần phù hợp giúp giải quyết triệt để tổn thương, cải thiện thời gian sống bệnh không tiến triển và thời gian sống toàn bộ của bệnh nhân ung thư tuyến giáp biệt hóa kháng i-ốt phóng xạ, tái phát xâm lấn khí quản.

#### Tài liệu tham khảo

1. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC et al (2016) *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* 26(1): 1-133. doi:10.1089/thy.2015.0020.
2. Haddad RI, Bischoff L, Bernet V et al (2021) *NCCN Guidelines: Thyroid Carcinoma*.
3. Rotolo N, Cattoni M, Imperatori A (2017) *Complications from tracheal resection for thyroid carcinoma*. *Gland Surg* 6(5): 574-578. doi:10.21037/gs.2017.08.05.
4. Matsumoto F, Ikeda K (2021) *Surgical Management of tracheal invasion by well-differentiated thyroid cancer*. *Cancers (Basel)* 13(4): 797. Published 2021 Feb 14. doi:10.3390/cancers13040797.
5. Roka R (2020) *Surgical treatment of locally advanced thyroid cancer*. *Innov Surg Sci* 5(1-2): 27-34. Published 2020 Sep 11. doi:10.1515/iss-2020-0012.
6. McCarty TM, Kuhn JA, Williams WL, Ellenhorn JD, O'Brien JC, Preskitt JT, Lieberman ZH, Stephens J, Odom-Maryon T, Clarke KG et al (1997) *Surgical management of thyroid cancer invading the airway*. *Ann. Surg. Oncol* 4: 403-408. doi: 10.1007/BF02305553.
7. Takashima S, Takayama F, Wang Q et al (2000) *Differentiated thyroid carcinomas. Prediction of tumor invasion with MR imaging*. *Acta Radiol.* 41(4): 377-383. doi:10.1080/028418500127345514.
8. Seo YL, Yoon DY, Lim KJ et al (2010) *Locally advanced thyroid cancer: Can CT help in prediction of extrathyroidal invasion to adjacent structures?*. *AJR Am J Roentgenol* 195(3): 240-244. doi:10.2214/AJR.09.3965.
9. Wakamatsu T, Tsushima K, Yasuo M et al (2006) *Usefulness of preoperative endobronchial ultrasound for airway invasion around the trachea: Esophageal cancer and thyroid cancer*. *Respiration* 73(5): 651-657. doi:10.1159/000093160.
10. Shin DH, Mark EJ, Suen HC, Grillo HC (1993) *Pathologic staging of papillary carcinoma of the thyroid with airway invasion based on the anatomic manner of extension to the trachea: A clinicopathologic study based on 22 patients who underwent thyroidectomy and airway resection*. *Hum Pathol* 24(8): 866-870. doi:10.1016/0046-8177(93)90136-5.
11. Grillo HC (2003) *Secondary tracheal neoplasms. [surgery of the trachea and bronchi](#)*. *B. C. Decker* 1: 249-269.
12. Hamahata A, Beppu T, Yamaki T, Sakurai H (2018) *Primary reconstructive method for tracheal defect from invasion by differentiated thyroid carcinoma*. *Auris*



- Nasus Larynx 45(2): 371-376. doi:10.1016/j.anl.2017.05.004.
13. Peng A, Li Y, Yang X, Xiao Z, Tang Q, Wang Q (2015) *A review of the management and prognosis of thyroid carcinoma with tracheal invasion*. Eur Arch Otorhinolaryngol 272(8): 1833-1843. doi:10.1007/s00405-014-3144-x.
14. Gupta V, Rao C, Raju KVVN et al (2020) *Tracheal/laryngeal infiltration in thyroid cancer: A single-centre experience*. Indian J Surg Oncol 11(1): 75-79. doi:10.1007/s13193-019-00994-7.