

Kết quả phẫu thuật ung thư tuyến giáp thể biệt hóa tái phát sau phẫu thuật có kháng ¹³¹I

The outcomes of surgery for radioactive iodine refractory differentiated thyroid cancer

Đặng Trung Dũng, Lê Ngọc Hà, Trần Trọng Kiểm

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả phẫu thuật ung thư tuyến giáp (UTTĐ) thể biệt hóa tái phát kháng ¹³¹I. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu trên 98 bệnh nhân UTTĐ thể biệt hóa tái phát kháng ¹³¹I đã được phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 12 năm 2018 đến tháng 11 năm 2021. **Kết quả:** Trong số 98 bệnh nhân UTTĐ biệt hóa (86 nữ, 12 nam) trong nghiên cứu này, 76,5% bệnh nhân ở giai đoạn I, theo AJCC 8th. Số lần điều trị ¹³¹I trung bình và liều tích lũy ¹³¹I trung bình là lần lượt là 2,7 lần và 351,5mCi. Phẫu thuật được thực hiện ở 6 bệnh nhân (6,1%) tái phát tại giường tuyến giáp, và 95 (96,9%) bệnh nhân được vét hạch tái phát. Biến chứng phẫu thuật xảy ra ở 10 bệnh nhân (10,2%). 28 (28,6%) bệnh nhân có đáp ứng hoàn toàn, 20 (20,4%) bệnh nhân có đáp ứng trung gian, 42 (42,9%) bệnh nhân có đáp ứng không hoàn toàn sinh hóa và 8 (8,2%) có đáp ứng không hoàn toàn về mặt cấu trúc theo tiêu chuẩn ATA 2015. **Kết luận:** Phẫu thuật ung thư tuyến giáp thể biệt hóa tái phát kháng ¹³¹I là phẫu thuật an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Ung thư tuyến giáp biệt hóa, ung thư tuyến giáp biệt hóa kháng ¹³¹I, phẫu thuật ung thư tuyến giáp tái phát.

Summary

Objective: To evaluate the efficacy of operation for local recurrence of radioactive iodine refractory differentiated thyroid cancer (RAIR DTC). **Subject and method:** We retrospectively reviewed data from patients with recurrent RAIR DTC who underwent revision operations at 108 Military Central Hospital between December 2018 and November 2021. **Result:** Of the 98 patients with DTC (86 female, 12 male) enrolled in this study, 76.5% were in initial stages I, according to the American Joint Committee on Cancer Classification. The mean radioactive iodine course and cumulative radioactive iodine dose were 2.7 times and 351.5mCi, respectively. Surgery was performed in 6 (6.1%) patients for thyroid bed recurrence, and 95 (96.9%) for lymph node recurrence. Major complications occurred in 10 (10.2%) patients. 28 (28.6%) patients had excellent responses, 20 (20.4%) patients had indeterminate responses, 42 (42.9%) patients had biochemically incomplete responses, and 8 (8.2%) patients had structurally incomplete responses according to the American Thyroid Association 2015. **Conclusion:** Surgery is safe and effective for locoregional RAIR DTC recurrence.

Ngày nhận bài: 16/01/2023, ngày chấp nhận đăng: 14/02/2023

Người phản hồi: Đặng Trung Dũng, Email: bstrungdung@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Keywords: Differentiated thyroid cancer, radioactive iodine refractory, operation for thyroid cancer recurrence.

1. Đặt vấn đề

Ung thư tuyến giáp (UTTG) thể biệt hóa là bệnh có tiên lượng tốt với các phương pháp điều trị phẫu thuật và điều trị bổ trợ ^{131}I với tỉ lệ sống thêm 5 năm khoảng 90-98%. Tuy nhiên, khoảng 30% UTTG biệt hóa có tái phát. Trong số những bệnh nhân này, một phần ba không hoặc giảm dần hấp thụ ^{131}I sau một vài lần điều trị ^{131}I và trở thành ung thư tuyến giáp biệt hóa kháng ^{131}I . Tiên lượng của nhóm bệnh nhân này xấu hơn, do ung thư tái phát tại chỗ, xâm lấn, di căn. Các phương pháp điều trị UTTG biệt hóa tái phát, di căn kháng ^{131}I gồm: Theo dõi tích cực, phẫu thuật, xạ trị ngoài... đối với tổn thương tại chỗ và dùng thuốc điều trị toàn thân [1], [2]. Nghiên cứu nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư tuyến giáp biệt hóa tái phát kháng ^{131}I .*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Bệnh nhân có UTTG biệt hoá tái phát và xác định có kháng với ^{131}I theo tiêu chuẩn Hội tuyến giáp Hoa Kỳ 2015, có chỉ định và được phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 12/2018 đến 11/2021.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, không đối chứng.

2.2.1. Quy trình chẩn đoán

Bệnh nhân UTTG biệt hóa được theo dõi và quản lý theo quy trình thống nhất của Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, thời gian theo dõi, kiểm tra định kỳ từ 6-12 tháng. Bệnh nhân phát hiện tổn thương tái phát kháng ^{131}I được hội chẩn hội đồng ung thư tuyến giáp của Bệnh viện và đưa ra chỉ định điều trị. Tổn thương tái phát được định vị vị trí, chẩn đoán bằng các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, CT hoặc PET/CT và/hoặc FNA.

2.2.2. Quy trình phẫu thuật và theo dõi

Chỉ định phẫu thuật:

Tổn thương tái phát tại khoang trung tâm $\geq 8\text{mm}$.

Tổn thương hạch cổ bên $\geq 10\text{mm}$.

Tổn thương tại chỗ tiến triển.

Tổn thương có nguy cơ cao gây chèn ép khí - thực quản, chèn ép thần kinh hoặc tổn thương gây đau tại chỗ.

Tổn thương di căn xa đơn độc.

Chống chỉ định phẫu thuật:

Khối di căn to đã xâm lấn nhiều vào thực quản, khí quản không còn khả năng cắt toàn bộ khối tổn thương.

Thể trạng bệnh nhân già yếu hoặc mắc bệnh mạn tính (suy tim, suy thận nặng...) không có khả năng chịu được phẫu thuật lớn, kéo dài.

Đối với bệnh nhân tái phát tại chỗ giường tuyến giáp chúng tôi thực hiện phẫu thuật cắt khối tái phát giường tuyến giáp. Với hạch di căn vùng cổ, với nhóm hạch nào có tổn thương chúng tôi tiến hành vét hạch cổ chọn lọc theo nhóm hạch cổ. Bệnh nhân sau mổ được theo dõi, đánh giá tái khám sau mổ định kỳ 6-12 tháng.

2.2.3. Biến số và chỉ tiêu nghiên cứu

Phân loại giai đoạn I, II, III, IV của bệnh nhân theo Liên ủy ban ung thư Hoa Kỳ năm 2017 [3].

Vị trí hạch cổ được chia theo 7 nhóm từ nhóm I đến nhóm VII theo Hội Đầu - Cổ Hoa Kỳ [4].

Phân chia vùng phẫu thuật.

Thời gian mổ.

Lượng máu mất trong khi mổ.

Lượng dịch dẫn lưu sau mổ: tổng lượng dịch dẫn lưu từ sau mổ đến khi rút dẫn lưu.

Số ngày hậu phẫu: Tính từ ngày mổ đến khi ra viện.

Biến chứng: Chảy máu, suy tuyến cận giáp, tổn thương dây thần kinh quặt ngược, suy hô hấp cấp, rò dưỡng chấp.

Các biến số liên quan tới kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật:

Tổn thương tái phát là mô tuyến giáp hay hạch di căn.

Số lượng hạch vét được (nhiều nhất, ít nhất, trung bình).

Số lượng hạch di căn (nhiều nhất, ít nhất, trung bình).

Tỷ lệ hạch di căn: Được tính bằng tỷ lệ giữa số hạch di căn với số hạch vét được.

Đánh giá đáp ứng sau phẫu thuật: Đánh giá theo Hội Tuyến giáp Hoa Kỳ năm 2015 [1]:

Đáp ứng hoàn toàn: Không thấy các dấu hiệu bệnh trên lâm sàng, sinh hóa (Tg < 0,2ng/ml khi đang uống hormon tuyến giáp hoặc ≤ 1ng/ml khi ngừng hormon, AntiTg ≤ 100IU/ml) và các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh không phát hiện tổn thương hoặc AntiTg > 100IU/ml, ổn định hoặc giảm.

Đáp ứng trung gian: Tg từ 0,2-1ng/ml khi đang uống hormon, Tg từ 1-10ng/ml khi ngừng hormon, tổn thương trên chẩn đoán hình ảnh không đặc hiệu.

Đáp ứng không hoàn toàn về hóa sinh: Tg cao (> 1ng/ml khi đang uống hormon, > 10ng/ml khi ngừng hormon) và hoặc AntiTg > 100IU/ml, mà không thấy tổn thương trên các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh.

Đáp ứng không hoàn toàn về cấu trúc: tổn thương tái phát tại chỗ, tại vùng hoặc tổn thương di căn tồn tại dai dẳng hoặc mới xuất hiện không xét đến xét nghiệm Tg, AntiTg.

2.3. Xử lý số liệu

Theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 22.0. Giá trị p<0,05 được coi là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

3. Kết quả

Bảng 1. Đặc điểm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu tại thời điểm cắt toàn bộ tuyến giáp và điều trị ¹³¹I

| Biến số | | Số bệnh nhân | Tỷ lệ % |
|---|--------------------------------|---------------------|---------|
| Tuổi trung bình | | 43,0 ± 14,5 (14-74) | |
| Giới tính | Nam | 12 | 12,2 |
| | Nữ | 86 | 87,8 |
| Mô bệnh học | Thể nhú | 94 | 95,6 |
| | Thể nang | 3 | 3,1 |
| | Thể tế bào Hurthle | 1 | 1 |
| Giai đoạn theo AJCC TNM 8 th | I | 75 | 76,5 |
| | II | 13 | 13,3 |
| | III | 8 | 8,2 |
| | IV | 0 | 0 |
| | Không xác định | 2 | 2 |
| Phẫu thuật ban đầu | Cắt toàn bộ tuyến giáp | 11 | 11,2 |
| | Có vét hạch trung tâm | 25 | 25,5 |
| | Có vét hạch trung tâm + cổ bên | 62 | 63,3 |
| Số lần điều trị ¹³¹ I (lần) | Trung bình | 2,7 ± 1,2 | |
| | Trung vị | 2 (1- 9) | |
| Liều tích lũy ¹³¹ I (mCi) | Trung bình | 351,5 ± 181,4 | |
| | Trung vị | 300 (100-1250) | |

Nhận xét: Có 86 (87,8%) nữ và 12 (12,2%) nam, tuổi trung bình tại thời điểm cắt toàn bộ tuyến giáp là 43,0 ± 14,5 (14-74) tuổi. UTTG thể nhú chiếm đa số (95,9%). Giai đoạn I chiếm 76,5%, 2% bệnh nhân không xác định được giai đoạn. Cắt toàn bộ tuyến giáp đơn thuần là 11,2%, 88,8% bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp + vét hạch cổ. Số lần điều trị ¹³¹I trung bình là 2,7 lần (trung vị là 2 lần). Liều tích lũy ¹³¹I trung bình là 351,5mCi (trung vị 300mCi).

Bảng 2. Thời gian tái phát, kích thước tổn thương và phương pháp phẫu thuật

| Biến số | | Số bệnh nhân | Tỷ lệ % |
|----------------------------|--|-------------------|---------|
| Thời gian tái phát (tháng) | Trung bình | 44,02 ± 33,44 | |
| | Trung vị | 34 (5-192) | |
| Kích thước (mm) | Trung bình | 12,9 ± 7,5 (6-59) | |
| | Trung vị | 11 (6-59) | |
| Phương pháp phẫu thuật | Cắt khối tổn thương giường tuyến giáp + vét hạch cổ | 6 | 6,1 |
| | Cắt khối tổn thương giường tuyến giáp + cắt nối khí quản | 3 | 3,1 |
| | Cắt khối tổn thương giường tuyến giáp + cắt nối khí quản + vét hạch cổ | 1 | 1 |
| | Vét hạch cổ + cắt u di căn phổi | 1 | 1 |
| | Vét hạch cổ, trung thất | 87 | 88,8 |
| | Tổng | 98 | 100 |

Nhận xét: Thời gian tái phát trung bình là 44,02 ± 33,44 tháng (trung vị là 34 tháng). Kích thước tổn thương trung bình là 12,9 ± 7,5mm (trung vị 11mm). 88,8% bệnh nhân được phẫu thuật vét hạch cổ, trung thất, 4,1% bệnh nhân được phẫu thuật cắt khối tổn thương tái phát giường tuyến giáp kết hợp với cắt nối khí quản.

Bảng 3. Vị trí các nhóm hạch cổ (n = 95)

| Vị trí phẫu thuật | | Bên phải | Bên trái |
|-------------------|----------|------------|------------|
| Hạch dưới da | | 3 (3,1%) | |
| Hạch trung tâm | Nhóm VI | 59 (60,2%) | |
| | Nhóm VII | 7 (7,1%) | |
| Nhóm hạch cổ bên | Nhóm I | 0 | 0 |
| | Nhóm II | 23 (23,5%) | 23 (23,5%) |
| | Nhóm III | 23 (23,5%) | 19 (19,4%) |
| | Nhóm IV | 23 (23,5%) | 27 (27,6) |
| | Nhóm V | 10 (10,2%) | (5,1%) |

Nhận xét: Hạch nhóm VI được vét nhiều nhất ở 60,2% bệnh nhân. Hạch nhóm II phải, II trái, III phải được vét ở 23,5% bệnh nhân, hạch nhóm III trái được vét ở 19,4%, hạch nhóm IV trái được vét ở 27,6%, hạch nhóm V phải được vét ở 10,2%, hạch nhóm V trái được vét ở 5,1%

Bảng 4. Kết quả phẫu thuật vét hạch cổ (n = 95)

| | | |
|-------------------|------------|-----------------|
| Số hạch vét được | Trung bình | 13,2 ± 10,6 |
| | Trung vị | 11 (1-47) |
| Số hạch di căn | Trung bình | 3,9 ± 3,1 |
| | Trung vị | 3 (1-15) |
| Tỷ lệ hạch di căn | Trung bình | 0,43 ± 0,3 |
| | Trung vị | 0,37 (0,06-1,0) |
| Số nhóm hạch | Trung bình | 2,4 ± 1,4 (1-7) |
| | Trung vị | 2 (1-7) |

Nhận xét: Số hạch trung bình vét được là $13,2 \pm 10,6$ (1-47). Trong đó số hạch di căn trung bình là $3,9 \pm 3,1$. Tỷ lệ hạch di căn trung bình là $0,43 \pm 0,3$.

Bảng 5. Thông số trong, sau và biến chứng phẫu thuật (n = 98)

| Biến số | Số bệnh nhân | Tỷ lệ % |
|---|---------------------------|-------------|
| Thời gian phẫu thuật trung bình (phút) | $82,3 \pm 30,8$ (40-196) | |
| Lượng máu mất trung bình (ml) | $67,7 \pm 30,3$ (25-150) | |
| Tổng lượng dịch dẫn lưu trung bình (ml) | $105,4 \pm 120,3$ (0-914) | |
| Ngày hậu phẫu trung bình (ngày) | $4,9 \pm 2,1$ (3-13) | |
| Chảy máu sau mổ | 1 | 1 |
| Rò dưỡng chấp | 3 | 3,1 |
| Nhiễm khuẩn vết mổ | 0 | 0 |
| Hạ canxi máu | 4 | 4,1 |
| Tổn thương dây thần kinh quặt ngược | 2 | 2 |
| Tổng | 10 | 10,2 |

Nhận xét: Tỷ lệ biến chứng gặp ở 10,2% các trường hợp. Trong đó biến chứng gặp nhiều nhất là hạ canxi máu (4,1%). Rò dưỡng chấp gặp trong 3,1%. Không có biến chứng nhiễm khuẩn vết mổ.

Bảng 6. Nồng độ Tg trước và sau mổ (có uống hormon giáp), đáp ứng sau phẫu thuật

| Nồng độ Tg và đáp ứng sau phẫu thuật | | Số bệnh nhân | Tỷ lệ % |
|--------------------------------------|----------------------------------|--------------------|---------|
| Tg trước mổ (ng/mL) | Trung bình | $33,61 \pm 72,68$ | |
| | Trung vị | 6,85 (0,04-500) | |
| Tg sau mổ (ng/mL) | Trung bình | $10,09 \pm 26,51$ | |
| | Trung vị | 1,01 (0,001-147,6) | |
| | Mức thay đổi trung bình | $23,52 \pm 65,92$ | |
| | Giảm so với trước mổ | 84 | 85,7 |
| | Không thay đổi | 2 | 12,3 |
| | Tăng so với trước mổ | 12 | 2 |
| Đáp ứng sau phẫu thuật | Đáp ứng hoàn toàn | 28 | 28,6 |
| | Đáp ứng trung gian | 20 | 20,4 |
| | Đáp ứng không hoàn toàn sinh hóa | 42 | 42,9 |
| | Đáp ứng không hoàn toàn cấu trúc | 8 | 8,2 |

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có nồng độ Tg giảm sau phẫu thuật với 84 bệnh nhân (85,7%). Mức giảm trung bình của Tg sau mổ là $23,52 \pm 65,92$ ng/mL. Bệnh nhân có đáp ứng không hoàn toàn sinh hóa chiếm tỷ lệ cao nhất 42,9%. Đáp ứng hoàn toàn chiếm 28,6%. Có 8,2% là đáp ứng không hoàn toàn cấu trúc.

4. Bàn luận

4.1. Về đặc điểm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng phiên bản AJCC 8 với nhiều thay đổi trong đánh giá TNM dẫn tới sự thay đổi giai đoạn khi phân loại. Nhiều bệnh nhân trước đó được phân giai đoạn theo các phiên bản trước đó ở giai đoạn II, III và IV có thể bị hạ giai

đoạn khi phân loại theo phiên bản AJCC 8 [5]. Theo phân loại của AJCC năm 2017, 76,5% BN trong nghiên cứu ở giai đoạn I, 13,3% ở giai đoạn II, giai đoạn III có 8,2%, có 2 bệnh nhân không xác định được giai đoạn (Bảng 1). Onuma nghiên cứu trên 70 trường hợp UTTG thể nhú tái phát đánh giá giai đoạn ban đầu cũng cho thấy tỷ lệ cao nhất ở giai đoạn I (91,4%) [6]. Với những nghiên cứu trước đó khi phân loại theo AJCC 7, chúng tôi nhận thấy có nhiều bệnh nhân ở giai đoạn cao hơn, điều này thể hiện rõ ở kết quả của Mai Hồng Sơn với cùng nhóm bệnh nhân kháng ^{131}I và cùng địa điểm lấy số liệu, giai đoạn I chiếm tỷ lệ cao nhất 37,7%, sau đó đến giai đoạn IV chiếm 24,6%, giai đoạn II và III lần lượt là 14,5% và 4,3 [7].

Trong các phương pháp phẫu thuật lần đầu, phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ đơn thuần chiếm 20,4%, còn lại các bệnh nhân đều được phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ + vét hạch cổ dự phòng hoặc điều trị, chiếm tới 79,6% (Bảng 6). Tỷ lệ này cũng tương đương với Lamartina phẫu thuật cắt tuyến giáp đơn thuần là 29%, còn lại là phẫu thuật cắt tuyến giáp và vét hạch cổ [8]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của Dong và cộng sự với 466 bệnh nhân UTTG nhú được phẫu thuật tại Tokyo từ năm 1981 đến 1991 thì tỷ lệ cắt tuyến giáp đơn thuần rất ít, chỉ chiếm 1,9%, hầu hết các bệnh nhân còn lại đều được vét hạch trung tâm và/hoặc cổ bên kèm theo phẫu thuật cắt tuyến giáp [9].

Số lần điều trị ^{131}I trung bình của là $2,76 \pm 1,3$ lần (ít nhất 1 lần, nhiều nhất 9 lần). Các bệnh nhân trong nghiên cứu có tổng liều điều trị ^{131}I trung bình là $358,6 \pm 221,6\text{mCi}$ (trung vị 375mCi). Trong khi đó trong nghiên cứu của Brose và cộng sự (2014) trung vị liều tích lũy ^{131}I là 400mCi [10], còn trong nghiên cứu của Shobab (2019) có số lần điều trị ^{131}I trung bình là $2,19 \pm 1,13$ lần và liều tích lũy trung bình là $518 \pm 313,5\text{mCi}$ [11].

4.2. Kết quả phẫu thuật

Vùng hạch phẫu thuật: Trong nghiên cứu của chúng tôi có hạch nhóm VI là hạch thường xuyên nhất (60,2%), tại cổ bên, hạch nhóm IV là hạch thường xuyên được vét nhiều nhất, tiếp đó là hạch

nhóm II (Bảng 4). So với các tác giả khác như Wierzbicka và cộng sự phẫu thuật 51 bệnh nhân ung thư tuyến giáp tái phát có: Vét hạch triệt căn được thực hiện ở 22 bệnh nhân và vét hạch chọn lọc ở 29 bệnh nhân. Vét hạch nhóm 6 ở 14 bệnh. Nhóm VII (hạch trung thất trên) được ở 10 bệnh nhân, nhóm I, II, III, IV và V ở 3, 36, 40, 41 và 21 tương ứng. Phẫu thuật vét hạch cổ dưới (nhóm IV, VI, VII) được thực hiện cho 46 trường hợp (90,2%) [12]. Như vậy, có thể thấy nhóm IV là nhóm thường xuyên nhất xuất hiện ở hạch cổ bên khi tái phát. Lee với 151 bệnh nhân phẫu thuật ung thư tuyến giáp thể nhú tái phát: 28 trường hợp được phẫu thuật cắt bỏ u tái phát tại giường tuyến giáp, 75 vét hạch ngăn trung tâm, 102 trường hợp vét hạch cổ bên [13]. Khác nhau giữa các nghiên cứu về các nhóm hạch di căn có thể do sự khác nhau về mức độ và loại phẫu thuật lần trước giữa các nghiên cứu.

Hạch vét được trong phẫu thuật: Với 98 bệnh nhân được phẫu thuật, có 95 bệnh nhân có vét hạch. Số hạch trung bình vét được là $13,2 \pm 10,6$ (1–47). Trong đó số hạch di căn trung bình là $3,9 \pm 3,1$. Tỷ lệ hạch di căn trung bình là $0,43 \pm 0,3$ (Bảng 4). Trên thế giới, đây cũng là tiêu chí mà các tác giả khi nghiên cứu UTTG tái phát phẫu thuật cũng thường báo cáo. Lamartina và cộng sự báo cáo trong số 157 bệnh nhân được phẫu thuật UTTG biệt hóa tái phát trung vị số hạch vét được là 29 (1 đến 98), với trung vị số hạch di căn hạch là 4 (1 đến 41). Trung vị kích thước hạch di căn lớn nhất là 14mm (4 đến 70mm). Tỷ lệ hạch di căn trung bình là 0,17 (0,02 đến 1) [8]. Rivera-Robledo năm 2019 báo cáo kết quả vét hạch trong UTTG nhú tái phát. Hạch được xác nhận trong mẫu bệnh phẩm ở 98,8% bệnh nhân, với số lượng trung bình di căn và số hạch vét được là 2,43/4,5 ở khoang trung tâm (0-20 số hạch vét được, 0-20 số hạch di căn) và 2,41/14,4 ở cổ bên (0-46 số hạch vét được, 0-12 số hạch di căn) [14]. Kalaitzidou năm 2020 báo cáo kết quả vét hạch đối với UTTG nhú tái phát. Trung vị số hạch khi phẫu thuật là 26 (1-60) và trung vị số hạch di căn là 4 (1-13). Tỷ lệ hạch khi mổ lại là $0,36 \pm 0,33$ (trung bình 0,24 (0,04-1,00)) [15]. Như vậy, có thể thấy số hạch vét được và số hạch di căn của chúng tôi cũng tương tự như các tác giả khác.

Biến chứng sau phẫu thuật: Biến chứng sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi là 10 bệnh nhân (10,2%) (Bảng 5). Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy tỉ lệ này dao động từ 1,4 đến 17% [14]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng nằm trong giới hạn này. Phẫu thuật UTTG biệt hóa tái phát kháng ¹³¹I là phẫu thuật khó, tổ chức xơ dính nhiều, nguy cơ xảy ra biến chứng luôn là hiện hữu. Vì vậy, với phẫu thuật ung thư tuyến giáp tái phát, đòi hỏi phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm, phẫu tích tỉ mỉ, để giảm nguy cơ xảy ra tai biến, biến chứng.

Đáp ứng sau phẫu thuật: Năm 2015, Hội Tuyến giáp Hoa Kỳ có đưa ra tiêu chuẩn đánh giá đáp ứng điều trị [1]. Áp dụng tiêu chuẩn này, trong 98 BN của chúng tôi có: 28,6% số BN có đáp ứng hoàn toàn sau phẫu thuật cắt bỏ khối tái phát/di căn; đáp ứng không hoàn toàn về sinh hóa đạt được ở 42,9%; tỉ lệ đáp ứng không trung gian và không hoàn toàn về cấu trúc lần lượt là 20,4% và 8,2% (Bảng 6). Tỷ lệ đáp ứng của các tác giả khác trên thế giới dao động khác nhau tùy theo nhóm đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu của Lamartina (2017) trên 156 BN UTTG biệt hóa cho kết quả, sau phẫu thuật vét hạch cổ tái phát, 63% đạt đáp ứng hoàn toàn, 10% đạt đáp ứng không hoàn toàn về sinh hóa, 10% đáp ứng không hoàn toàn về cấu trúc và 17% đáp ứng trung gian [16]. Nghiên cứu của Onuma (2019) trên 60 bệnh nhân UTTG thể nhú được phẫu thuật vét hạch cổ tồn dư thấy tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 19/60 (31,7%), đáp ứng hoàn toàn về sinh hóa là 4/60 (6%), đáp ứng không hoàn toàn về cấu trúc là 31/60 (51,7%) và đáp ứng trung gian là 6/60 (10%) [17]. Kalaitzidou (2020) trên 30 bệnh nhân UTTG thể nhú có 7 bệnh nhân (23,3%) có đáp ứng hoàn toàn, 4 (13,3%) đáp ứng không hoàn toàn sinh hóa, 9 (30,0%) bệnh nhân đáp ứng trung gian và 10 (33,3%) bệnh nhân đáp ứng không hoàn toàn về cấu trúc [15]. Với nghiên cứu của Chiapponi (2021) về kết quả phẫu thuật hạch cổ trên 30 BN UTTG thể nhú kháng ¹³¹I có ¹⁸F-FDG-PET dương tính, trong đó 16% BN phải phẫu thuật từ 2 lần trở lên và 53% BN được xạ trị ngoài sau phẫu thuật. Kết quả cho thấy 40% đáp ứng về sinh hóa và cấu trúc, 20% đáp ứng không hoàn toàn về sinh hóa, 6% đáp ứng không

hoàn toàn về cấu trúc [18]. Có thể lí giải sự khác biệt là do nhóm BN lựa chọn khác nhau. Bệnh nhân của chúng tôi và Chiapponi là nhóm kháng ¹³¹I, các tổn thương có thể nhiều vị trí như giường tuyến giáp (có hoặc không xâm lấn khí quản), phần mềm vùng cổ, tuyến ức và hạch cổ trung tâm và hạch cổ bên. Các nghiên cứu còn lại trên đối tượng là UTTG tái phát, ở đó đáp ứng và tiên lượng là khả quan hơn nhóm UTTG tái phát đã kháng ¹³¹I.

5. Kết luận

Phẫu thuật UTTG biệt hóa tái phát kháng ¹³¹I là một phẫu thuật an toàn và hiệu quả. Tuy nhiên phẫu thuật vẫn có nguy cơ gây biến chứng (10,2%), đòi hỏi phải chỉ định chặt chẽ, thận trọng trong phẫu thuật.

Tài liệu tham khảo

- 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.
- Haddad RI, Nasr C, Bischoff L et al (2018) *NCCN Guidelines Insights: Thyroid Carcinoma, Version 2.2018*. *J Natl Compr Canc Netw* 16(12): 1429-1440.
- Tuttle M ML, Haugen B, Shah J et al (2017) *Thyroid-Differentiated and Anaplastic Carcinoma - AJCC Cancer Staging Manual*. 8th ed. New York City: Springer International Publishing.
- Robbins KT, Shaha AR, Medina JE et al (2008) *Consensus statement on the classification and terminology of neck dissection*. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 134(5): 536-538.
- Tuttle RM, Haugen B, Perrier ND (2017) *Updated American Joint Committee on Cancer/Tumor-Node-Metastasis Staging System for Differentiated and Anaplastic Thyroid Cancer (Eighth Edition): What Changed and Why?* *Thyroid* 27(6): 751-756.
- Onuma AE, Beal EW, Nabhan F et al (2019) *Long-term efficacy of lymph node reoperation for persistent papillary thyroid cancer: 13-year follow-up*. *Ann Surg Oncol* 26(6): 1737-1743.

7. Son MH, Bieu BQ, Ha LN (2016) *Value of Dedicated Head and Neck (18)F-FDG PET/CT Protocol in Detecting Recurrent and Metastatic Lesions in Post-surgical Differentiated Thyroid Carcinoma Patients with High Serum Thyroglobulin Level and Negative (131)I Whole-body Scan*. Asia Ocean J Nucl Med Biol 4(1): 12-18.
8. Lamartina L, Borget I, Mirghani H et al (2017) *Surgery for neck recurrence of differentiated thyroid cancer: Outcomes and risk factors*. J Clin Endocrinol Metab 102(3): 1020-1031.
9. Dong W, Horiuchi K, Tokumitsu H, Sakamoto, et al (2019) *Time-varying pattern of mortality and recurrence from papillary thyroid cancer: Lessons from a long-term follow-up*. Thyroid 29(6): 802-808.
10. Brose MS, Nutting CM, Jarzab B et al (2014) *Sorafenib in radioactive iodine-refractory, locally advanced or metastatic differentiated thyroid cancer: A randomised, double-blind, phase 3 trial*. Lancet 384(9940): 319-328.
11. Shobab L, Gomes-Lima C, Zeymo A et al (2019) *Clinical, pathological, and molecular profiling of radioactive iodine refractory differentiated thyroid cancer*. Thyroid 29(9): 1262-1268.
12. Wierzbicka M, Gurgul E, Wasniewska-Okupniak E, et al (2014) *The feasibility and efficacy of secondary neck dissections in thyroid cancer metastases*. Eur Arch Otorhinolaryngol 271(4): 795-799.
13. Lee HS, Roh JL, Gong G et al (2015) *Risk factors for re-recurrence after first reoperative surgery for locoregional recurrent/persistent papillary thyroid carcinoma*. World J Surg 39(8): 1943-1950.
14. Rivera-Robledo CG, Velázquez-Fernández D, Pantoja JP et al (2019) *Recurrent papillary thyroid carcinoma to the cervical lymph nodes: Outcomes of compartment-oriented lymph node resection*. World J Surg 43(11): 2842-2849.
15. Kalaitzidou S, Papadakis G, Saper A et al (2020) *Outcomes of surgery and radioiodine treatment for neck recurrence in papillary thyroid cancer*. J buon 25(1): 383-388.
16. Lamartina L, Borget I, Mirghani H et al (2017) *Surgery for neck recurrence of differentiated thyroid cancer: Outcomes and risk factors*. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism 102(3): 1020-1031.
17. Onuma AE, Beal EW, Nabhan F et al (2019) *Long-term efficacy of lymph node reoperation for persistent papillary thyroid cancer: 13-year follow-up*. Annals of surgical oncology 26(6): 1737-1743.
18. Chiapponi C, Alakus H, Faust M et al (2021) *Salvage surgery for cervical radioiodine refractory 18F-FDG-PET positive recurrence of papillary thyroid cancer*. Endocr Connect 10(9): 1180-1188.