repair and screw fixation in acromioclavicular dislocations", Acta Orthop Traumatol Turc 2010, 44:194 - 8.

7. **El Sallakh SA** (2012). Evaluation of arthroscopic stabilization of acute acromioclavicular joint dislocation using the TightRope system, Orthopedics 2012, 35:e18 - 22.

8. **Thiel E, Mutnal A, Gilot GJ** (2011). Surgical outcome following arthroscopic fixation of acromioclavicular joint disruption with the tightrope device, Orthopedics 2011, 34:e267 - 74.

9. **Thornton GM, Leask GP, Shrive NG, Frank CB** (2000)," Early medial collateral ligament scars have inferior creep behavior", J Orthop Res 2000, 18, 238 - 46.

10. **Young-Jun Kim, Yong-Min Chun** (2016). Treatment of Acute Acromioclavicular Joint Dislocation: Kirschner's Wire Trans-acromial Fixation versus AO Locking Hook Plate Fixation, Clinics in Shoulder and Elbow Vol. 19, No. 3, September, 2016.

11. **Woo S L-Y, Abramowitch SD, Kilger R, Liang R** (2006). Biomechanics of knee ligaments: injury, healing, and repair", J Biomech 2006, 39, 1 - 20.

12. **Deepak Chaudhary, Vineet Jain, Deepak Joshi, Jitesh Kumar Jain, Ankit Goyal, Nitin Mehta** (2015). Arthroscopic fixation for acute acromioclavicular joint disruption using the TightRope device", Journal of Orthopaedic Surgery 2015, 23(3):309 - 14.

13. **Walz L, Salzmann GM, Fabbro T, Eichhorn S, Imhoff AB** (2008). The anatomic reconstruction of acromioclavicular joint dislocations using 2 TightRope devices: a biomechanical study. Am J Sports Med 2008, 36, 2398 - 406.

14. **Rylander LS, Baldini T, Mitchell JJ, et al** (2014). "Coracoclavicular ligament reconstruction: coracoid tunnel diameter correlates with failure risk", Orthopedics, 37(6), e531 - e535.

TỔNG QUAN VỀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT THÙY TUYẾN GIÁP Ở BỆNH NHÂN VI UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ NHÚ

NGUYỄN QUANG TRUNG[1], NGUYỄN VĂN HÙNG[1], TRẦN THẾ DIỆU[2]

[1]Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

[2]Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tổng quan này nhằm để đánh giá kết quả sau phẫu thuật cắt thùy giáp (tỷ lệ tử vong, tỷ lệ sống toàn bộ và tỷ lệ tái phát) và đưa ra các điều kiện để chỉ định phẫu thuật cắt thùy giáp ở bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp thể nhú.

Phương pháp: Chúng tôi sử dụng cơ sở dữ liệu PUBMED và EMBASE để đánh giá kết quả và điều kiện chỉ định của phương pháp phẫu thuật cắt thùy giáp cho vi ung thư tuyến giáp thể nhú. Kết quả: Có 09 nghiên cứu gồm 5345 bệnh nhân trong tổng quan này, thời gian theo dõi trung bình 64,6 - 134,8 tháng. Trong các nghiên cứu này, chúng tôi không thấy trường hợp tử vong nào liên quan đến ung thư tuyến giáp sau phẫu thuật cắt thùy giáp. Tỷ lệ sống không bệnh theo phương pháp Kaplein-Meier của nhóm cắt thùy thấp hơn ở nhóm cắt toàn bộ tuyến giáp. Tỷ lệ tái phát tổng thể sau phẫu thuật cắt thùy giáp là 2,5%, vị trí tái sau phẫu thuật này tại thùy giáp còn lại là 75,3%, tại giường tuyến giáp là 1,5% và di căn hạch cổ là 23,2%. Không có trường hợp di căn xa trong thời gian theo dõi.

Kết luận: Cắt thùy giáp có kết quả tương tự như cắt toàn bộ tuyến giáp trong vi ung thư tuyến giáp thể nhú (tỷ lệ tử vong, thời gian sống toàn bộ, tỷ lệ tái phát). Do vậy có thể chỉ định cắt thùy giáp cho vi ung thư tuyến giáp với các điều kiện được thỏa mãn.

Từ khoá: *kết quả sau cắt thùy giáp, vi ung thư tuyến giáp thể nhú.*

SUMMARY

Objective: This review evaluates the outcomes after lobectomy (mortality rate, overall survival rate, and recurrence rates) and give the standards of the indication for lobectomy in patients with papillary thyroid microcarcinoma.

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Văn Hùng
Email: drhungnt35ent@gmail.com
Ngày nhận: 22/7/2021
Ngày phản biện: 26/8/2021
Ngày duyệt bài: 10/9/2021

Methods: We used the PUBMED and EMBASE databases to evaluate the results and indications of lobectomy for papillary thyroid carcinoma.

Results: There were 09 studies with 5345 patients in this overview, the average follow-up time was 64.6 - 134.8 months. In these studies, we did not see any deaths related to thyroid carcinoma after lobectomy. Kaplein-Meier disease-free survival was lower in lobectomy group than total thyroidectomy group. The overall recurrence rate after lobectomy is 2.5%, the recurrence site after this surgery is 75.3% in the remaining thyroid lobe, 1.5% at the thyroid bed, and cervical lymph node metastasis is 23.2%. There were no cases of distant metastases during the follow-up period.

Conclusion: Lobectomy has similar results as total thyroidectomy in papillary thyroid carcinoma (mortality rate, overall survival, recurrence rate). Therefore, lobectomy may be indicated for papillary thyroid microcarcinoma, provided the standards conditions are satisfied.

Keywords: *outcomes after lobectomy, papillary thyroid microcarcinoma.*

MỞ ĐẦU

Vi ung thư tuyến giáp thể nhú theo định nghĩa của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), là các ung thư tuyến giáp thể nhú có đường kính tối đa 1 cm. Tỷ lệ mắc vi ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú ngày càng tăng lên, năm 2014 hơn 50% các trường hợp ung thư tuyến giáp mắc mới là vi ung thư tuyến giáp thể nhú [1-3]. Tuy nhiên, tỷ lệ tử vong liên quan đến vi ung thư tuyến giáp thể nhú không tăng lên đáng kể.

Hiện nay, phẫu thuật là phương pháp chính để điều trị vi ung thư tuyến giáp thể nhú. Tuy nhiên vẫn có những tranh cãi về mức độ phẫu thuật vi ung thư tuyến giáp thể nhú. Một số bác sĩ lâm sàng cho rằng dù tiên lượng tốt, nhưng vi ung thư tuyến giáp thể nhú có khả năng tái phát và di căn [4-7]. Nên phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp được ủng hộ. Ngược lại, một số bác sĩ thấy rằng bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp thể nhú phải phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp là quá mức và không có cơ sở, như thiếu bằng chứng đầy đủ để chứng minh phương pháp này có thể làm giảm nguy cơ tái phát và tử vong [8]. Các hướng dẫn gần đây của Hiệp hội Tuyến giáp Hoa Kỳ cho rằng chỉ cắt bỏ thùy tuyến giáp có thể đủ để điều trị vi ung thư tuyến giáp thể nhú[9].

Ở Việt Nam và trên thế giới chưa có nhiều nghiên cứu tổng quan về kết quả sau phẫu thuật cắt thùy giáp ở bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp thể nhú. Chúng tôi thực hiện tổng quan này nhằm đánh giá kết quả lâm sàng ở bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp thể nhú được phẫu thuật cắt thùy tuyến giáp và tìm hiểu các điều kiện để chỉ định cắt thùy giáp đối với vi ung thư tuyến giáp thể nhú của các tác giả trên thế giới.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Công cụ nghiên cứu

Nghiên cứu tổng quan này dựa trên protocols PRISMA-P 2009 [10].

2. Nguồn cơ sở dữ liệu và chiến lược tìm kiếm tài liệu

Chúng tôi tìm kiếm một cách hệ thống vào ngày 2 tháng 5 năm 2021 trên các cơ sở dữ liệu PubMed, EmBase và sử dụng từ khóa để tìm kiếm qua công cụ MESH là “Thyroidectomy” AND “Papillary Thyroid microcarcinoma”.

3. Quá trình lựa chọn các nghiên cứu

Tất cả các bài báo nghiên cứu gốc về kết quả phẫu thuật cắt thùy giáp trong vi ung thư tuyến giáp thể nhú đều được xem xét. Tên nghiên cứu, tóm tắt nghiên cứu, toàn văn lần lượt của các bài báo đã xác định được đánh giá bởi ba nhà nghiên cứu độc lập là Nguyễn Quang Trung, Nguyễn Văn Hùng và Trần Thế Diệu. Chi tiết quá trình lựa chọn trình bày chi tiết ở hình 1.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm các bài báo được lựa chọn

Có tất cả 9 bài báo được chọn vào trong nghiên cứu tổng quan này (đều bằng tiếng Anh), được công bố từ năm 2015 đến năm 2019 với tổng số bệnh nhân vi UTTG thể nhú được phẫu thuật cắt thùy tuyến giáp là 5345.

6 nghiên cứu so sánh kết quả giữa cắt TBTG và cắt thùy giáp, 3 nghiên cứu theo dõi kết quả lâu dài sau cắt thùy giáp ở những bệnh nhân vi UTTG thể nhú. Với thời gian theo dõi trung bình từ 64,6 - 134,8 tháng.

2. Tỷ lệ sống toàn bộ, tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật cắt thùy tuyến giáp

Chúng tôi thấy rằng không có sự khác biệt ở nhóm cắt thùy giáp và cắt toàn bộ tuyến giáp cho vi UTTG thể nhú trong ba nghiên cứu kiểm tra tỷ lệ sống toàn bộ, tỷ lệ tử vong. Nghiên cứu của *Donatini* không quan sát thấy bệnh nhân tử vong trong thời gian theo dõi trung bình 11,2 năm ở nhóm cắt thùy giáp.

Hình 1. Sơ đồ chi tiết quá trình lựa chọn và loại trừ các bài báo vào nghiên cứu tổng quan này

Với nghiên cứu còn lại của Dobrinja có quan sát thấy bệnh nhân tử vong nhưng đều xác định là tử vong không liên quan đến UTTG thể nhú. Xue và cộng sự mô tả đường cong tỷ lệ sống toàn bộ của bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp sau phẫu thuật thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm phẫu thuật cắt thùy giáp so với nhóm cắt toàn bộ tuyến giáp.

Bảng 1. Các nghiên cứu về cắt thùy và cắt toàn bộ tuyến giáp

STT	Nghiên cứu	Thời gian NC	Số BN	Tuổi	Giới	KT U (mm)	U phá vỡ vỏ	Đa nhân	Di căn hạch	Tỷ lệ tái phát	Tỷ lệ tử vong	Thời gian theo dõi
1	Donatini et al (2015)	24 năm	69	NA	NA	7,1	NA	7,3%	NA	17,4%	0	134,8 tháng
2	Dobrinja et al (2017)	15 năm	19	56	4/15	5,3	10,5%	5,3%	0	5,3%	0*	58,5 tháng
3	Kim et al (2016)	18 năm	3289	45,5+/- 10,5	711/2578	0,5 +-0,2	31,4%	11,7%	13,8%	1,6%	NA	64,6 tháng
4	Jeon et al (2019)	13 năm	127	47,65+-10,39	16/111	6,34+-2,20	12,6%	100%	NA	3,15%	NA	94,8 tháng
5	Kwon et al	9	668	47	60/628	6	38%	10%	26%	3,8%	NA	8,5 năm

	(2017)	năm										
6	Xue et al (2017)	1 năm	57	49+ -10	12/45	NA	10,53%	NA	59,65%	26%	3,5%	NA
7	Choi et al (2019)	1 năm	179	45,3+ -9,5	158-21	6,6+ -1,9	0	34%	NA	2,8%	NA	80,7 ± 44,8 tháng
8	Baek et al (2017)	1 năm	800	43,9+ -10,1	586-214	5,2+ -1,9	NA	NA	13%	2%	NA	77,3+ -18,6 tháng
9	Kim et al (2016)	1 năm	137	NA	NA	6,4 ± 1,9	NA	NA	14,6%	1,5%	NA	61,3 ± 29,9 tháng
			5345				30,6%	13,9%	15,8%	2,5%		

3. Tình trạng tái phát và tỷ lệ sống không bệnh sau phẫu thuật cắt thùy giáp

3.1. Tỷ lệ tái phát tổng thể

Tỷ lệ tái phát tổng thể sau phẫu thuật cắt thùy giáp cho vi ung thư tuyến giáp thể nhú là: 2,5% (131/5345). Tỷ lệ tái phát của các nghiên cứu được trình bày chi tiết trong bảng 1.

3.2. Tái phát tại chỗ (Giường tuyến giáp, thùy giáp còn lại)

Sau khi tính toán và phân tích chúng tôi thấy sau phẫu thuật cắt thùy giáp chỉ có 1,5% tái phát ở vị trí giường tuyến giáp (2/137), phần lớn tái phát ở thùy còn lại chiếm 75,2% trường hợp (103/137). Các số liệu chi tiết được trình bày trong bảng 2.

3.3. Di căn hạch cổ

Số trường hợp tái phát tại hạch cổ chiếm 23,3% (32/137). Có 6 trường hợp tái phát ở 2 vị trí là thùy giáp còn lại và hạch bạch huyết vùng cổ.

3.4. Di căn xa

Trong các nghiên cứu đưa vào tổng quan này, chúng tôi không thấy trường hợp di căn xa nào sau phẫu thuật được ghi nhận.

3.5. Tỷ lệ sống không bệnh sau phẫu thuật cắt thùy tuyến giáp

Chúng tôi thấy có 5/9 nghiên cứu so sánh sự khác biệt tỷ lệ sống không bệnh đều được phân tích theo phương pháp Kaplein-Meier. Chỉ có nghiên cứu của Jeon và cộng sự cho thấy tỷ lệ sống không bệnh giữa 2 nhóm không khác biệt có ý nghĩa thống kê có giá trị P = 0,224 (số bệnh nhân 255). Còn 4 nghiên cứu còn lại cho kết quả có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ sống không bệnh giữa 2 nhóm, nhóm cắt toàn bộ tuyến giáp có tỷ lệ cao hơn nhóm cắt thùy giáp (các giá trị P < 0,05 được trình bày chi tiết ở bảng 3). Tuy nhiên nghiên cứu của *Kwon và cộng sự* (2017), là 1 nghiên cứu có chất lượng cao chia 2 nhóm phẫu thuật cắt thùy giáp và cắt toàn bộ tuyến giáp (mỗi nhóm có 688 bệnh nhân). Các tác giả thấy rằng tỷ lệ sống không bệnh ở nhóm cắt thùy giáp sau khi được cắt thùy giáp tái phát so với nhóm cắt toàn bộ tuyến giáp là như nhau với P = 0,08 (> 0,05).

4. Điều kiện lựa chọn phẫu thuật cắt thùy tuyến giáp trong vi ung thư tuyến giáp thể nhú

Tất cả các tác giả đều đồng thuận điều kiện cần thiết để phẫu thuật cắt thùy là ung thư tuyến giáp thể nhú với đường kính lớn nhất của nhân ung thư ≤ 1cm (9/9 nghiên cứu).

Ngoài ra chúng tôi thấy rằng những điều kiện khác phần lớn các tác giả lựa chọn để chỉ định phẫu thuật cắt thùy giáp cho vi ung thư tuyến giáp thể nhú là đơn nhân (4/9 nghiên cứu); tổn thương nằm hoàn toàn trong tuyến giáp, không phá vỡ vỏ trên đại thể, không xâm lấn các cấu trúc xung quanh (7/9 nghiên cứu); không có di căn hạch cổ xác định trên siêu âm trước phẫu thuật và phát hiện được trong phẫu thuật (8/9 nghiên cứu); không có di căn xa (2/9 ghiên cứu); không có tiền sử chiếu xạ vùng cổ (3/9 ghiên cứu); không có tiền sử ung thư tuyến giáp có tính chất gia đình (3/9 nghiên cứu). Yếu tố tuổi được đề cập ở 4 nghiên cứu, nhưng chỉ có nghiên cứu của Kim và cộng sự năm 2016 đưa ra mốc tuổi < 45, tuy nhiên những cập nhật gần đây của AJCC 8th năm 2018 lại đưa mức cut off độ tuổi là < 55 tuổi, do đó trong cần thêm những nghiên cứu về vấn đề này.

Bảng 2. Vị trí tái phát tại chỗ sau phẫu thuật vi ung thư tuyến giáp thể nhú

STT	Nghiên cứu	Tỷ lệ tái phát	Vị trí tái phát tại chỗ		
			Thùy đối diện	Giường tuyến giáp	Hạch cổ
1	Donatini et al (2015)	17,4%	10	1	1
2	Dobrinja et al (2017)	5,3%	1	0	0
3	Kim et al (2016)	1,6%	29	1	20
4	Jeon et al (2019)	3,15%	4	0	1*
5	Kwon et al (2017)	3,8%	22	0	4
6	Xue et al (2017)	26%	14	0	1
7	Choi et al (2019)	2,8%	5	0	1*
8	Baek et al (2017)	2%	16	0	4*
9	Kim et al (2016)	1,5%	2	0	0
		2,5%	103/137 (75,2%)	2/137 (1,5%)	32/137 (23,3%)

Bảng 3. Tỷ lệ sống không bệnh của các nhóm phẫu thuật cắt thùy giáp theo phương pháp Kaplein-Meier

STT	Nghiên cứu	Tỷ lệ sống không bệnh sau phẫu thuật cắt thùy tuyến giáp			Giá trị P
		5 năm	10 năm	15 năm	
1	Donatini et al (2015)	NA	NA	NA	p = 0,004 (< 0,05)
2	Dobrinja et al (2017)	93,7%	NA	NA	NA
3	Kim et al (2016)	98,1%	91,8%	90,6%	p < 0,001
4	Jeon et al (2019)	NA	NA	NA	p = 0,224 (>0,05)
5	Kwon et al (2017)	NA	NA	NA	p = 0,01 (<0,05)
6	Xue et al (2017)	91,23%	73,68%	NA	p = 0,0059 (<0,05)

BÀN LUẬN

Điều trị phẫu thuật ung thư tuyến giáp thể nhú dưới 1cm còn là một chủ đề gây tranh cãi và cách tiếp cận tối ưu vẫn chưa được đồng thuận. Nhiều tác giả cho rằng phương pháp cắt thùy tuyến giáp là một phẫu thuật vừa đủ [11,12], trong đó có khuyến cáo ATA 2015 (hội tuyến giáp Hoa Kỳ) [9]. Khi mà một số tác giả khác hướng tới phương pháp tích cực hơn bao gồm cắt toàn bộ tuyến giáp do tỷ lệ đa nhân cao nhằm giảm nguy cơ tái phát.

1. Tỷ lệ tử vong và thời gian sống toàn bộ

Trong tổng quan này, nghiên cứu của *Donatini*, *Dobrinja* không tìm thấy tỷ lệ tử vong liên quan đến ung thư tuyến giáp thể nhú. Nghiên cứu của Xue và cộng sự đã mô tả đường cong thời gian sống toàn bộ sau phẫu thuật thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm phẫu thuật cắt thùy giáp so với nhóm cắt toàn bộ tuyến giáp. Các nghiên cứu khác cũng không đề cập tới tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật liên quan. Điều này đã xác nhận yếu tố tiên lượng tử vong tổng thể và thời gian sống toàn bộ của vi ung thư tuyến giáp thể nhú không khác nhau giữa nhóm phẫu thuật cắt thùy giáp so với nhóm cắt toàn bộ tuyến giáp.

2. Tình trạng tái phát

Tỷ lệ tái phát tổng thể của cả 9 nghiên cứu trong tổng quan này là 2,5% (131/5345) với thời gian tái phát trung bình từ 43 tháng - 53 tháng. Thấy tỷ lệ tương đương với nghiên cứu tổng quan hệ thống trước đây của Zheng và cộng sự là 2,56% ở nhóm cắt toàn bộ tuyến giáp với vi ung thư tuyến giáp thể nhú [13].

2.1. Tái phát tại chỗ

Chỉ có 1,5% trường hợp tái phát ở giường tuyến giáp. Nguyên nhân tái phát tại vị trí này thường do sót nhu mô tuyến giáp sau phẫu thuật vì u xâm lấn ra các mô ở giường tuyến giáp quan trọng (như dây thần kinh thanh quản quặt ngược) mà không thể bóc tách được, hoặc phẫu thuật viên bỏ sót trong quá trình phẫu thuật. Tuy nhiên, vi ung thư tuyến giáp thể nhú rất ít gặp trường hợp xâm lấn đại thể ra ngoài vỏ tuyến giáp giải thích tại sao tỷ lệ tái phát tại thấp tại giường tuyến giáp.

Vị trí tái phát thường gặp nhất sau phẫu thuật cắt thùy giáp ở những bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp thể nhú là thùy giáp còn lại 75,2%. Điều này liên quan nhiều tới tình trạng thùy giáp còn lại tại thời điểm trước phẫu thuật, khi có 20 - 40% trường hợp vi ung thư tuyến giáp là đa nhân[14]. Nghiên cứu của Kim và công sự là 1 nghiên cứu lớn với 8676 bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp thể nhú cho kết quả trường hợp đa nhân thì phẫu thuật cắt thùy tuyến giáp có nguy cơ tái phát cao hơn so với phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp có ý nghĩa thống kê.

2.2. Tái phát hạch

Di căn hạch cổ chiếm 23,3% vị trí tái phát sau phẫu thuật cắt thùy giáp. Một tỷ lệ không nhỏ tái phát ở hạch cổ cho thấy rằng tình trạng hạch cổ cần được đánh giá kỹ trước và trong mổ để quyết định mức độ phẫu thuật ban đầu cho bệnh nhân để tránh tình trạng tái phát.

2.3. Di căn xa

Không có trường hợp di căn xa nào được tìm thấy trong tất cả nghiên cứu trong tổng quan này với 5345 bệnh nhân, mặc dù thời gian theo dõi nghiên cứu đều trên 5 năm và có nghiên cứu lên tới trên 10 năm sau phẫu thuật cắt thùy giáp. Qua điều này chúng tôi thấy rằng khả năng di căn xa ở nhóm vi ung thư tuyến giáp sau phẫu thuật cắt thùy giáp là rất thấp.

3. Tỷ lệ sống không bệnh

Trong tổng quan này, chúng tôi thấy giá trị liên quan mật thiết đến tình trạng tái phát là tỷ lệ sống không bệnh sau phẫu thuật ban đầu của bệnh nhân sau 5 năm, 10 năm, 15 năm. Hầu hết các nghiên cứu đều cho kết quả tỷ lệ sống không bệnh ở nhóm sau phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp cao hơn ở nhóm cắt thùy giáp với P < 0,05, có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, nghiên cứu của Kwon và cộng sự đề cập tới khái niệm tỷ lệ sống không bệnh ở những bệnh nhân tái phát thùy còn lại sau phẫu thuật cắt thùy giáp được phẫu thuật cắt thùy giáp còn lại thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân cắt toàn bộ tuyến giáp.

4. Điều kiện lựa chọn phẫu thuật cắt thùy tuyến giáp trong vi ung thư tuyến giáp thể nhú

Có nhiều điều kiện để các tác giả chỉ định phương pháp phẫu thuật cho các bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp. Tuy nhiên qua quá trình phân tích chúng tôi thấy có 2 nhóm điều kiện chính mà hầu hết tác giả dựa vào lựa chọn phẫu thuật cắt thùy cho bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp thể nhú đó là:

- Nhóm điều kiện cần: (1) Ung thư tuyến giáp thể nhú và đường kính lớn nhất của nhân ung thư ≤ 1cm.
- Nhóm điều kiện đủ: (2) Đơn nhân; (3) tổn thương nằm hoàn toàn trong tuyến giáp, không phá vỡ vỏ trên đại thể, không xâm lấn các cấu trúc xung quanh; (4) không có di căn hạch cổ xác định trên siêu âm trước phẫu thuật và phát hiện được trong phẫu thuật; (5) không có di căn xa; (6) không có tiền sử chiếu xạ vùng cổ; (7) không có tiền sử ung thư tuyến giáp có tính chất gia đình.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu này chúng tôi rút ra kết luận phương pháp cắt thùy giáp có kết quả tương tự như cắt toàn bộ tuyến giáp trong vi ung thư tuyến giáp thể nhú (tỷ lệ tử vong, thời gian sống toàn bộ, tỷ lệ tái phát). Do vậy có thể chỉ định cắt thùy giáp cho vi ung thư tuyến giáp với các điều kiện thỏa mãn sau: (1) ung thư tuyến giáp thể nhú và đường kính lớn nhất của nhân ung thư ≤ 1cm (điều kiện cần) và (2) đơn nhân, (3) tổn thương nằm hoàn toàn trong tuyến giáp, không phá vỡ vỏ trên đại thể, không xâm lấn các cấu trúc xung quanh; (4) không có di căn hạch cổ xác định trên siêu âm trước phẫu thuật và phát hiện được trong phẫu thuật; (5) không có di căn xa; (6) không có tiền sử chiếu xạ vùng cổ; (7) không có tiền sử ung thư tuyến giáp có tính chất gia đình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tuttle RM, Haddad RI, Ball DW, et al**. Thyroid Carcinoma, Version 2.2014. J Natl Compr Canc Netw. 2014;12(12):1671-1680. doi:10.6004/jnccn.2014.0169.

2. **Chen W, Wu Y, Li F**. Hierarchical Structure and Molecular Dynamics of Metal-Organic Framework as Characterized by Solid State NMR. J Chem. 2016;2016:e6510253. doi:10.1155/2016/6510253.

3. **Jung K-W, Won Y-J, Oh C-M, et al**. Prediction of Cancer Incidence and Mortality in Korea, 2016. Cancer Res Treat. 2016;48(2):451-457. doi:10.4143/crt.2016.092.

4. **Cappelli C, Castellano M, Braga M, et al**. Aggressiveness and outcome of papillary thyroid carcinoma (PTC) versus microcarcinoma (PMC): A mono-institutional experience. J Surg Oncol. 2007;95(7):555-560. doi:10.1002/jso.20746.

5. **Chow S-M, Law SCK, Chan JKC, Au S-K, Yau S, Lau W-H**. Papillary microcarcinoma of the thyroid-Prognostic significance of lymph node metastasis and multifocality. Cancer. 2003;98(1):31-40. doi:10.1002/cncr.11442.

6. **Pearce EN, Braverman LE**. Papillary thyroid microcarcinoma outcomes and implications for treatment. J Clin Endocrinol Metab. 2004;89(8):3710-3712. doi:10.1210/jc.2004-1189.

7. **Page C, Biet A, Boute P, Cuvelier P, Strunski V**. "Aggressive papillary" thyroid microcarcinoma. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2009;266(12):1959. doi:10.1007/s00405-009-0952-5.

8. **Wang TS, Goffredo P, Sosa JA, Roman SA**. Papillary Thyroid Microcarcinoma: An Over-Treated Malignancy? World J Surg. 2014;38(9):2297-2303. doi:10.1007/s00268-014-2602-3.

9. **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.

10. **Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG**. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. Ann Intern Med. 2009;151(4):264-269. doi:10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135.

11. **Lee J, Park JH, Lee C-R, Chung WY, Park CS**. Long-Term Outcomes of Total Thyroidectomy Versus Thyroid Lobectomy for Papillary Thyroid Microcarcinoma: Comparative Analysis After Propensity Score Matching. Thyroid. 2013;23(11):1408-1415. doi:10.1089/thy.2012.0463.

12. **Ito Y, Higashiyama T, Takamura Y, et al**. Prognosis of Patients with Benign Thyroid Diseases Accompanied by Incidental Papillary Carcinoma Undetectable on Preoperative Imaging Tests. World J Surg. 2007;31(8):1672-1676. doi:10.1007/s00268-007-9131-2.

13. **Zheng W, Li J, Lv P, Chen Z, Fan P**. Treatment efficacy between total thyroidectomy and lobectomy for patients with papillary thyroid microcarcinoma: A systemic review and meta-analysis. Eur J Surg Oncol J Eur Soc Surg Oncol Br Assoc Surg Oncol. 2018;44(11):1679 - 1684. doi:10.1016/j.ejso.2018.08.004.

14. **Mercante G, Frasoldati A, Pedroni C, et al**. Prognostic factors affecting neck lymph node recurrence and distant metastasis in papillary microcarcinoma of the thyroid: results of a study in 445 patients. Thyroid Off J Am Thyroid Assoc. 2009;19(7):707-716. doi:10.1089/thy.2008.0270.

DANH SÁCH CÁC BÀI BÁO ĐƯỢC CHỌN VÀO TỔNG QUAN

1. **Donatini G, Castagnet M, Desurmont T, Rudolph N, Othman D, Kraimps JL**. Partial Thyroidectomy for Papillary Thyroid Microcarcinoma: Is Completion Total Thyroidectomy Indicated? World J Surg. 2016;40(3):510-515. doi:10.1007/s00268-015-3327-7.

2. Partial thyroidectomy for papillary thyroid microcarcinoma: Is completion total thyroidectomy indicated? - ScienceDirect. Accessed August 17, 2021. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919117301358?via%3Dihub.

3. **Kim SK, Park I, Woo J-W, et al**. Total thyroidectomy versus lobectomy in conventional papillary thyroid microcarcinoma: Analysis of 8,676 patients at a single institution. Surgery. 2017;161(2):485-492. doi:10.1016/j.surg.2016.07.037.

4. **Jeon YW, Gwak HG, Lim ST, Schneider J, Suh YJ**. Long-Term Prognosis of Unilateral and Multifocal Papillary Thyroid Microcarcinoma After Unilateral Lobectomy Versus Total Thyroidectomy. Ann Surg Oncol. 2019;26(9):2952-2958. doi:10.1245/s10434-019-07482-w.

5. **Kwon H, Jeon MJ, Kim WG, et al**. A comparison of lobectomy and total thyroidectomy in patients with papillary thyroid microcarcinoma: a retrospective individual risk factor-matched cohort study. Eur J Endocrinol. 2017;176(4):371-378. doi:10.1530/EJE-16-0845.

6. **Xue S, Wang P, Liu J, Chen G**. Total thyroidectomy may be more reasonable as initial surgery in unilateral multifocal papillary thyroid microcarcinoma: a single-center experience. World J Surg Oncol. 2017;15(1):62. doi:10.1186/s12957-017-1130-7.

7. **Choi YS, Kim DW, Lee YJ, Ha TK, Jung SJ, Baek HJ**. Appropriate Neck Ultrasonography Surveillance During the First 10 Years After Hemithyroidectomy in Papillary Thyroid Microcarcinoma Patients: A Single-Center Study. Ultrasound Q. 2019;35(3):275-280. doi:10.1097/RUQ.0000000000000429.

8. **Baek HJ, Kim DW, Lee CY, Huh JY, Sung JY, Choi YJ**. ANALYSIS OF POSTOPERATIVE ULTRASONOGRAPHY SURVEILLANCE AFTER HEMITHYROIDECTOMY IN PATIENTS WITH PAPILLARY THYROID MICROCARCINOMA: A MULTICENTER STUDY. Endocr Pract Off J Am Coll Endocrinol Am Assoc Clin Endocrinol. 2017;23(7):794-802. doi:10.4158/EP161723.OR.

9. **Kim DW**. Long-term follow-up ultrasonography after lobectomy in papillary thyroid microcarcinoma patients: A single-center study. Endocr Res. 2016;41(3):213-217. doi:10.3109/07435800.2015.1137583.