

TỔNG QUAN VỀ CÁC PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT NANG VÀ RÒ GIÁP LƯỖI: SCOPING REVIEW

Trịnh Duy Nin^{1*}, Phạm Thị Bích Đào², Đào Thiên Nga², Phùng Thị Hòa³

1.Trường Đại học Y Hà Nội

2.Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

3.Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội

<https://doi.org/10.60137/tmhvn.v71i78.483>

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nang và rò giáp lưỡì (thyroglossal duct cyst - TGDC) là dị tật bẩm sinh vùng cổ thường gặp nhất, song các dữ liệu tổng quan hệ thống hóa kết quả các phương pháp phẫu thuật còn hạn chế. **Mục tiêu:** (1) Mô tả đặc điểm của các nghiên cứu về phẫu thuật nang và rò giáp lưỡì; (2) Mô tả kết quả các phương pháp phẫu thuật nang và rò giáp lưỡì của các nghiên cứu.

Đối tượng và phương pháp: Scoping review thực hiện theo hướng dẫn PRISMA-ScR, tìm kiếm trên PubMed/Medline, Embase và Google Scholar đến hết 31/12/2025, giới hạn xuất bản 2015-2025, xây dựng từ khóa theo khung PCC.

Kết quả: Từ 2.381 bài báo xác định qua tra cứu, sau loại 653 bài trùng lặp và 1.665 bài qua sàng lọc tiêu đề/tóm tắt, 62 bài được đọc toàn văn; 35 nghiên cứu (3.872 bệnh nhân) đủ tiêu chuẩn đưa vào phân tích. Tuổi bệnh nhân dao động từ 4 ngày tuổi đến 59 tuổi; khối sưng không đau đường giữa cổ là triệu chứng phổ biến nhất; vị trí thường gặp là dưới và sát xương móng, kích thước trung bình 1-3cm. Phẫu thuật Sistrunk được áp dụng trong 28/35 nghiên cứu (80,0%; 3.667 bệnh nhân), thời gian mổ trung bình 50 phút, biến chứng chủ yếu là nhiễm trùng vết mổ (1,4-14,7%), tỷ lệ tái phát 0-11,4%. Phẫu thuật nội soi qua đường miệng (7 nghiên cứu, 199 bệnh nhân) có thời gian nằm viện ngắn hơn (3,1-7 ngày) và không ghi nhận tái phát. Phẫu thuật cắt nang đơn thuần có tỷ lệ tái phát cao nhất (2,2-25%).

Kết luận: Phẫu thuật Sistrunk vẫn là phương pháp điều trị chuẩn với hiệu quả và độ an toàn được chứng minh qua khối lượng bằng chứng lớn nhất; các kỹ thuật ít xâm lấn (nội soi, robot) cho kết quả bước đầu khả quan nhưng cần thêm dữ liệu tiến cứu, đa trung tâm để khẳng định vai trò.

Từ khóa: nang ống giáp lưỡì; rò ống giáp lưỡì; phẫu thuật Sistrunk; scoping review; tái phát.

* Tác giả liên hệ: Trịnh Duy Nin
Email: Bsninhviet@gmail.com
Nhận bài: 04/09/2026

SĐT: 0977067587

Ngày nhận phản biện: 14/09/2026

Ngày nhận phản hồi: 14/09/2026

Ngày duyệt đăng: 20/09/2026

SURGICAL MANAGEMENT OF THYROGLOSSAL DUCT CYST AND FISTULA: A SCOPING REVIEW

ABSTRACT

Background: Thyroglossal duct cysts (TGDCs) are the most common congenital neck anomaly; however, systematic evidence regarding the outcomes of surgical treatment remains limited. **Objectives:** To (1) describe the characteristics of studies on thyroglossal duct cyst (TGDC) surgery and (2) summarize the outcomes of the reported surgical techniques.

Methods: A scoping review was conducted according to the PRISMA-ScR guidelines. PubMed/MEDLINE, Embase, and Google Scholar were searched from inception through December 31, 2025, with the search limited to studies published between 2015 and 2025. The search strategy was developed based on the Population–Concept–Context (PCC) framework.

Results: Of 2,381 records identified, 653 duplicates were removed and 1,665 records were excluded during title and abstract screening. Of the 62 full-text articles assessed, 35 studies involving 3,872 patients met the eligibility criteria. Patient age ranged from 4 days to 59 years; a painless midline neck mass was the most common presenting symptom; cysts were most often located below or adjacent to the hyoid bone, with a mean size of 1-3 cm. The Sistrunk procedure

was used in 28/35 studies (80.0%; 3,667 patients), with a mean operative time of about 50 minutes, wound infection as the main complication (1.4-14.7%), and a recurrence rate of 0-11.4%. Transoral endoscopic surgery (7 studies, 199 patients) was associated with a shorter hospital stay (3.1-7 days) and no reported recurrence, while simple cyst excision without hyoid resection had the highest recurrence rate (2.2-25%).

Conclusions: The Sistrunk procedure remains the standard of care given the largest body of supporting evidence, while minimally invasive techniques such as endoscopic and robotic surgery show promising early results that warrant confirmation through prospective, multicenter studies.

Keywords: thyroglossal duct cyst; thyroglossal duct fistula; Sistrunk procedure; scoping review; recurrence.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị tật bẩm sinh vùng đầu mặt cổ luôn là một thách thức lớn đối với chuyên ngành Tai Mũi Họng trong cả chẩn đoán và điều trị. Trong đó, nang và rò giáp lưỡi (TGDC) được ghi nhận là bệnh lý bẩm sinh vùng cổ phổ biến nhất trên lâm sàng [1]. Bệnh lý này phát sinh từ sự tồn tại bất thường của ống giáp lưỡi - một cấu trúc tạm thời trong giai đoạn phôi thai khi tuyến giáp di chuyển từ lỗ tịt ở đáy lưỡi xuống vị trí giải phẫu cố định phía trước sụn khí quản [1]. Nếu quá trình thoái hóa sinh lý của ống này bị gián đoạn, các tế bào biểu mô còn sót lại sẽ

tạo điều kiện cho nang phát triển tại bất kỳ vị trí nào dọc theo đường đi của ống giáp lưởi [1].

Về dịch tễ học, TGDC chiếm tới 70% tổng số các khối dị dạng bẩm sinh vùng cổ ở trẻ em [2]. Tỷ lệ hiện mắc trong cộng đồng dao động 0,7-3%, độ tuổi chẩn đoán phổ biến nhất từ 5 đến 15 tuổi [3,4]; tỷ lệ mắc mới hàng năm ước tính khoảng 2,3/100.000 dân [1]. Một nghiên cứu tại Ấn Độ cho thấy trong nhóm bệnh nhân có khối u cổ bẩm sinh, TGDC chiếm tỷ lệ cao nhất với 53,57% [5]; một khảo sát siêu âm quy mô lớn tại Trung Quốc ghi nhận tỷ lệ hiện mắc 4,4% [6]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Nguyễn Thị Tố Uyên tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương cho thấy TGDC chiếm ưu thế với 77,05% các trường hợp khối u vùng cổ giữa [7].

Phẫu thuật hiện vẫn được khẳng định là phương pháp điều trị triệt để và duy nhất, với mục tiêu loại bỏ hoàn toàn tổ chức bệnh lý nhằm ngăn tái phát và hạn chế biến chứng nhiễm trùng, áp xe hóa. Trong đó, phẫu thuật Sistrunk - cắt bỏ thân xương móng và lấy bỏ toàn bộ đường ống đến lỗ tịt - được xem là “tiêu chuẩn vàng” nhờ tỷ lệ thành công cao; nghiên cứu của Marianowski và cộng sự (2003) trên 74 bệnh nhân cho thấy tỷ lệ tái phát sau Sistrunk chỉ 3,8% [8]. Mặc dù đã có nhiều báo cáo riêng lẻ về kỹ thuật phẫu thuật, các dữ liệu tổng quan nhằm hệ thống hóa kết quả điều trị một cách toàn diện vẫn còn hạn chế tại Việt Nam cũng như trên thế giới.

Xuất phát từ nhu cầu cung cấp một cái nhìn tổng thể và cập nhật các bằng chứng khoa học cho các nhà lâm sàng,

chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Tổng quan về các phương pháp phẫu thuật nang và rò giáp lưởi” với hai mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm của các nghiên cứu về phẫu thuật nang và rò giáp lưởi; (2) Mô tả kết quả phương pháp phẫu thuật nang và rò giáp lưởi của các nghiên cứu trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bài báo khoa học về phẫu thuật nang và rò giáp lưởi công bố bằng tiếng Anh hoặc tiếng Việt.

Tiêu chuẩn lựa chọn: nghiên cứu can thiệp lâm sàng có/không đối chứng, nghiên cứu quan sát (đoàn hệ, bệnh - chứng, cắt ngang phân tích) hoặc báo cáo hồi/tiến cứu có cỡ mẫu cụ thể, thực hiện trên bệnh nhân được chẩn đoán xác định nang và rò giáp lưởi; mô tả chi tiết ít nhất một phương pháp phẫu thuật (Sistrunk, Sistrunk cải biên, bóc tách nang đơn thuần, nội soi, robot...); cung cấp ít nhất một thông số định lượng về kết quả điều trị (tái phát, biến chứng, thời gian phẫu thuật/nằm viện, thẩm mỹ, mức độ hài lòng); công bố toàn văn.

Tiêu chuẩn loại trừ: nghiên cứu trên động vật/in vitro, thư gửi tòa soạn, ý kiến chuyên gia, bài điểm báo không có dữ liệu gốc; dữ liệu không đầy đủ hoặc trùng lặp quần thể bệnh nhân (chỉ chọn bài có số liệu đầy đủ nhất/công bố gần nhất); báo cáo ca lâm sàng đơn lẻ (trừ kỹ thuật mới có tính đột phá); bài chỉ có tóm tắt, không truy cập được toàn văn.

2.2. Thiết kế và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo mô hình Tổng quan luận điểm (Scoping Review), tuân thủ khung PRISMA-ScR, nhằm hệ thống hóa các phương pháp phẫu thuật hiện có, lập bản đồ bằng chứng lâm sàng và nhận diện khoảng trống tri thức trong điều trị TGDC. Tiến trình nghiên cứu thực hiện từ tháng 04/2025 đến tháng 10/2026.

2.3. Chiến lược tìm kiếm tài liệu

Tìm kiếm được thực hiện trên các hệ thống dữ liệu y văn PubMed/Medline, Embase, Google Scholar, cập nhật đến hết ngày 31/12/2025. Từ khóa được xây dựng theo khung PCC: P (Population) - bệnh nhân nang, rò giáp lưỡi; C (Concept) - phương pháp phẫu thuật/can thiệp điều trị; C (Context) - lâm sàng Tai Mũi Họng/phẫu thuật đầu cổ. Cú pháp tìm kiếm kết hợp toán tử Boolean (AND, OR): (“Thyroglossal duct cyst” OR “Thyroglossal duct fistula” OR “Thyroglossal duct remnant” OR “TGDC”) AND (“Surgery” OR “Surgical treatment” OR “Sistrunk” OR “Modified Sistrunk” OR “Endoscopic surgery” OR “Transoral”), giới hạn thời gian xuất bản 2015-2025.

2.4. Quản lý, chọn lọc và trích xuất dữ liệu

Quy trình tuyển chọn tài liệu thực hiện nghiêm ngặt qua 5 bước theo sơ đồ PRISMA-ScR: (1) quản lý dữ liệu bằng phần mềm Zotero 5.0, tự động loại các bài trùng lặp (giữ bài mới nhất, đầy đủ nhất); (2) hai nghiên cứu viên độc lập sàng lọc tiêu đề và tóm tắt; (3) giải quyết mâu thuẫn qua thảo luận, chuyên gia thứ ba quyết định nếu còn khác biệt; (4) sàng

lọc toàn văn các bài vượt qua vòng sơ bộ; (5) tổng hợp danh sách nghiên cứu chính thức đưa vào phân tích.

Dữ liệu được trích xuất theo bảng chuẩn hóa trên Microsoft Excel, gồm hai nhóm biến số: (1) đặc điểm nghiên cứu (tác giả, năm công bố, quốc gia, tạp chí, chỉ số ảnh hưởng, thiết kế, cỡ mẫu, tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng, vị trí và kích thước nang) phục vụ mục tiêu 1; (2) kết quả điều trị (kỹ thuật phẫu thuật, thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện, biến chứng, tỷ lệ tái phát, thời gian theo dõi) phục vụ mục tiêu 2.

2.5. Phân tích số liệu và đạo đức nghiên cứu

Dữ liệu được phân tích theo phương pháp mô tả và định tính, sử dụng tần suất, tỷ lệ phần trăm, trung bình và độ lệch chuẩn để mô tả đặc điểm các nghiên cứu; đối chiếu kết quả giữa các nhóm phương pháp phẫu thuật; đánh giá khoảng trống bằng chứng để đề xuất hướng nghiên cứu tiếp theo. Nghiên cứu được Hội đồng xét duyệt đề cương Trường Đại học Y Hà Nội thông qua, sử dụng dữ liệu từ các bài báo đã công bố, không can thiệp trên người bệnh và không thu thập thông tin cá nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Quy trình lựa chọn nghiên cứu

Tìm kiếm trên 3 cơ sở dữ liệu xác định được 2.381 bài báo. Sau khi loại 653 bài trùng lặp, 1.665 bài báo bị loại qua sàng lọc tiêu đề và tóm tắt. 62 bài báo còn lại được sàng lọc toàn văn, trong đó 27 bài bị loại do không đề cập kết quả điều trị, sai thiết kế nghiên cứu, không truy cập

được toàn văn hoặc không phải tiếng Anh/tiếng Việt. 35 bài viết đáp ứng đầy đủ tiêu chí được chọn để phân tích sâu.

Bảng 1. Kết quả các bước sàng lọc tài liệu theo PRISMA-ScR

Bước sàng lọc	Số lượng bài báo
Xác định qua tra cứu trên 3 cơ sở dữ liệu	2.381
Loại do trùng lặp	653
Loại qua sàng lọc tiêu đề/tóm tắt	1.665
Được sàng lọc toàn văn	62
Loại qua sàng lọc toàn văn	27
Đưa vào phân tích tổng quan (số bệnh nhân)	35 nghiên cứu (3.872 bệnh nhân)

Nhận xét: Tỷ lệ bài báo được đưa vào phân tích cuối cùng chỉ chiếm khoảng 1,5% số bài xác định ban đầu, phản ánh quá trình sàng lọc chặt chẽ theo các tiêu chí lựa chọn/loại trừ đã đề ra.

3.2. Đặc điểm chung của các nghiên cứu và người bệnh

35 nghiên cứu được công bố trong giai đoạn 2015-2025 (10 năm), phần lớn là nghiên cứu hồi cứu. Trung Quốc và Hoa Kỳ là hai quốc gia có nhiều nghiên cứu nhất (mỗi nước 7 nghiên cứu); Hàn Quốc ghi nhận 6 nghiên cứu; Việt Nam và Nigeria mỗi nước đóng góp 2 nghiên cứu; các quốc gia còn lại (Nhật Bản, Thái Lan, Ấn Độ, Ba Lan, Hy Lạp, Hà

Lan, Jordan, Ai Cập, Ả Rập Xê Út, Israel, Iraq) mỗi nước có 1 nghiên cứu.

Bảng 2. Đặc điểm chung của các nghiên cứu đưa vào phân tích (n=35)

Đặc điểm	Kết quả
Giai đoạn công bố	2015 - 2025
Tổng số bệnh nhân	3.872
Thiết kế nghiên cứu	Chủ yếu hồi cứu; một số ít tiền cứu/cắt ngang
Quốc gia nhiều nghiên cứu nhất	Trung Quốc và Hoa Kỳ (mỗi nước 7 NC), Hàn Quốc (6 NC)
Việt Nam	2 nghiên cứu
Tuổi bệnh nhân	4 ngày tuổi - 59 tuổi
Phân bố giới	Không có xu hướng chênh lệch rõ rệt (13/36 NC ghi nhận nữ > nam)

Nhận xét: Độ tuổi của đối tượng nghiên cứu biến thiên rất lớn, từ trẻ sơ sinh đến người trung niên, phản ánh TGDC có thể được chẩn đoán ở mọi lứa tuổi.

3.3. Đặc điểm lâm sàng, vị trí và kích thước khối nang

Trong 20 nghiên cứu có mô tả chi tiết triệu chứng, khối sưng không đau vùng cổ trước đường giữa là biểu hiện phổ biến nhất (10/20 nghiên cứu), với tỷ lệ cao được ghi nhận trong nghiên cứu của Zhu và cộng sự (2016) là 98,8% [9]. Khối u thường di động theo nhịp nuốt

hoặc khi thê lưỡi do liên hệ mật thiết với xương móng.

Nhiễm trùng và viêm nang là nhóm triệu chứng điển hình thứ hai (6/20 nghiên cứu), với tỷ lệ tiền sử nhiễm trùng dao động từ 12,12% đến 51%. Hình thành lỗ rò - hậu quả thứ phát của nhiễm trùng vỡ tự nhiên hoặc rách dẫn lưu áp xe - dao động từ 3,9% đến hơn 30%. Ở thê lưỡi, triệu chứng rối loạn chức năng hô hấp-tiêu hóa chiếm ưu thế: nuốt vướng/khó gặp ở 81,48% đến 81,8%; ở trẻ sơ sinh, nang đáy lưỡi có thể gây thờ rít (100%) và cơn ngừng thở (25%) đe dọa tính mạng. Khoảng 3,4-18,52% bệnh nhân không triệu chứng, phát hiện tình cờ qua hình ảnh học.

Về vị trí, nang tập trung chủ yếu ở đường giữa cổ (86,85%; lệch trái 7,9%, lệch phải 5,3%), phổ biến nhất là dưới xương móng và sát xương móng, được ghi nhận nhất quán trong các nghiên cứu dao động từ 53,3% đến 97,2%; khoảng 20-25% trường hợp nang nằm trên xương móng, một tỷ lệ nhỏ ở thê lưỡi hoặc trong tuyến giáp. Kích thước khối nang biến thiên rất lớn, từ 0,3cm đến 10,4cm, phần lớn nghiên cứu ghi nhận kích thước trung bình trong khoảng 1-3cm; kích thước nhỏ hơn ở trẻ sơ sinh (khoảng 10,5mm) và lớn hơn ở người trưởng thành chẩn đoán muộn ($6,2 \pm 2,6$ cm).

3.4. Các phương pháp phẫu thuật và kết quả điều trị

Phẫu thuật Sistrunk chiếm ưu thế tuyệt đối, được áp dụng trong 28/35 nghiên cứu (80,0%). Xu hướng can thiệp đang dịch chuyển sang các kỹ thuật ít xâm lấn và hiện đại hơn: phẫu thuật nội soi qua

đường miệng (7 nghiên cứu), phẫu thuật cắt nang đơn thuần (3 nghiên cứu), phẫu thuật cắt bỏ nang và rò giáp lưỡi (2 nghiên cứu), phẫu thuật mở (2 nghiên cứu), nạo vét hạch cổ khoang trung tâm (2 nghiên cứu) và phẫu thuật bằng robot (1 nghiên cứu), nhằm nâng cao tính thẩm mỹ và rút ngắn thời gian phục hồi.

Bảng 3. Tổng hợp kết quả theo nhóm phương pháp phẫu thuật nang và rò giáp lưỡi

Phương pháp	Số NC / Số BN	Thời gian phẫu thuật	Thời gian nằm viện	Biến chứng chính	Tái phát
Sistrunk	28 / 3.667	50 phút - 8 giờ	2 - 12 ngày	Nhiễm trùng vết mổ (1,4-14,7%), tụ dịch (4,8-14,1%), tụ máu (0,3-3,4%)	0 - 11,4%
Nội soi qua đường miệng	7 / 199	46,8 - 67,3 phút	3,1 - 7 ngày	Khó nuốt (7,7-15,4%), nhiễm trùng (7,7%), tụ máu/pứ nề (7,7%)	Không ghi nhận
Cắt nang	3 / 288	86 ± 57,2 phút	2 - 10 ngày	Nhiễm trùng (3,9-	2,2 - 25%

Phương pháp	Số NC / Số BN	Thời gian phẫu thuật	Thời gian nằm viện	Biến chứng chính	Tái phát
đơn thuần				8,2%), lỗ rò (8,2%), tụ máu (1,7-2,0%)	
Cắt bỏ nang và rò giáp lưỡi	2 / 212	Không đầy đủ	Không đầy đủ	Không ghi nhận biến chứng	2,2 - 23,3 %
Phẫu thuật mở	2 / 40	18 - 78 phút	6,1 ± 1,6 ngày	Khó nuốt và nhiễm trùng (6,7%)	Không ghi nhận
Robot	1 / 6	187,5 ± 34,0 phút	5,8 ngày	Liệt thần kinh rìa thoáng qua, tụ dịch huyết thanh (16,7%)	Không ghi nhận
Nạo vét hạch cổ khoan g trung tâm	2 / 110	Không đầy đủ	6 giờ - 5 ngày	Không ghi nhận biến chứng	Không ghi nhận

Nhận xét: Phẫu thuật Sistrunk chiếm ưu thế tuyệt đối với số lượng nghiên cứu và bệnh nhân lớn nhất (28 nghiên cứu, 3.667 bệnh nhân) và tỷ lệ tái phát thấp (0-11,4%). Phẫu thuật nội soi (7 nghiên cứu, 199 bệnh nhân) có tỷ lệ biến chứng

thấp và không ghi nhận trường hợp tái phát trong thời gian theo dõi. Phẫu thuật cắt nang đơn thuần có tỷ lệ tái phát cao nhất (2,2-25%), phù hợp với nguyên lý không lấy bỏ thân xương móng. Các phương pháp ít phổ biến hơn (mở, robot, nạo vét hạch cổ) có dữ liệu còn hạn chế nhưng bước đầu cho kết quả khả quan về tỷ lệ tái phát.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm các nghiên cứu và bệnh nhân

35 nghiên cứu được công bố trong 10 năm (2015-2025) với tổng cỡ mẫu 3.872 bệnh nhân cho thấy phẫu thuật TGDC là chủ đề nhận được sự quan tâm liên tục trong y văn Tai Mũi Họng - đầu cổ. Thiết kế nghiên cứu phần lớn là hồi cứu, phản ánh tính chất thực hành lâm sàng của bệnh lý này hơn là nhu cầu thử nghiệm can thiệp ngẫu nhiên có đối chứng, phù hợp với đặc điểm một bệnh lý lành tính, ít biến chứng nặng và có phác đồ điều trị tương đối thống nhất. Các nghiên cứu được tiến hành tại nhiều quốc gia (Trung Quốc, Hàn Quốc, Hoa Kỳ và nhiều nước khác), tạo nên một cái nhìn khá toàn diện về cách tiếp cận điều trị TGDC trên toàn cầu.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và giải phẫu

Khối sưng không đau đường giữa cổ trước vẫn là dấu hiệu gợi ý kinh điển và có giá trị nhất nhờ mối liên hệ giải phẫu mật thiết với xương móng, song biểu hiện có thể kín đáo hơn ở các nang thể lưỡi, vốn thường không tạo thành khối u nhìn thấy được mà biểu hiện qua các rối loạn chức năng. Nhiễm trùng tái diễn và hình thành lỗ rò là những biến chứng thứ

phát thường gặp, không chỉ ảnh hưởng thẩm mỹ mà còn làm tăng độ khó phẫu thuật triệt để do hình thành sẹo xơ và mất các lớp giải phẫu tự nhiên. Đặc biệt ở trẻ sơ sinh, nang thể lồi có thể gây suy hô hấp cấp tính đe dọa tính mạng, đòi hỏi chẩn đoán và can thiệp kịp thời.

Vị trí nang tập trung chủ yếu ở đường giữa cổ, phổ biến nhất là dưới và sát xương móng, phù hợp với nguyên lý phôi thai học về đường di chuyển của tuyến giáp từ lỗ tịt đáy lưỡi xuống vị trí giải phẫu cố định ở cổ. Xu hướng lệch trái nhiều hơn lệch phải có thể liên quan đến sự hiện diện của cơ nâng tuyến giáp thường nằm bên trái đường giữa. Kích thước nang phần lớn trong khoảng 1-3cm nhưng biến thiên rất lớn, phụ thuộc chặt chẽ vào thời gian mang bệnh và tình trạng viêm nhiễm; các nang kích thước lớn thường gây xơ dính nhiều trong mô, làm tăng nguy cơ vỡ nang và tái phát.

4.3. Kết quả các phương pháp phẫu thuật

Phẫu thuật Sistrunk, dựa trên nguyên lý cắt bỏ thân xương móng để loại bỏ toàn bộ tổ chức phôi thai còn sót lại, tiếp tục khẳng định vị thế “tiêu chuẩn vàng” nhờ khối lượng bằng chứng lớn nhất và tỷ lệ tái phát thấp, nhất quán với kết quả kinh điển của Marianowski và cộng sự (3,8%) [8]. Phẫu thuật nội soi qua đường miệng cho thấy ưu thế về thẩm mỹ (không để lại sẹo ngoài da), thời gian nằm viện được tối ưu hóa và không ghi nhận tái phát trong các nghiên cứu hiện có, tuy nhiên khối lượng bằng chứng còn khiêm tốn (7 nghiên cứu, 199 bệnh nhân) so với Sistrunk kinh điển, cần thêm dữ liệu dài hạn để khẳng định.

Ngược lại, phẫu thuật cắt nang đơn thuần - không lấy bỏ thân xương móng - có tỷ lệ tái phát cao nhất (2,2-25%), cũng cố thêm nguyên lý của phẫu thuật Sistrunk về vai trò then chốt của việc cắt bỏ thân xương móng trong ngăn ngừa tái phát. Các kỹ thuật mới hơn như phẫu thuật robot và nạo vét hạch cổ khoang trung tâm bước đầu cho kết quả khả quan về mức độ an toàn, song cỡ mẫu còn quá nhỏ (lần lượt 6 và 110 bệnh nhân) để đưa ra khuyến cáo áp dụng rộng rãi.

4.4. Điểm mạnh và hạn chế

Nghiên cứu tổng hợp một khối lượng bằng chứng tương đối lớn (35 nghiên cứu, gần 4.000 bệnh nhân) trên nhiều quốc gia, cung cấp một bức tranh khá toàn diện về các phương pháp phẫu thuật TGDC hiện nay, đồng thời áp dụng quy trình sàng lọc chặt chẽ theo PRISMA-ScR. Tuy nhiên, tính không đồng nhất về thiết kế nghiên cứu (chủ yếu hồi cứu), tiêu chí báo cáo biến chứng/tái phát và thời gian theo dõi giữa các nghiên cứu là hạn chế cần lưu ý khi diễn giải và ngoại suy kết quả.

KẾT LUẬN

Từ 2.381 bài báo xác định qua tra cứu trên 3 cơ sở dữ liệu, 35 nghiên cứu (3.872 bệnh nhân) đủ tiêu chuẩn được đưa vào phân tích.

Về đặc điểm nghiên cứu: tuổi bệnh nhân dao động từ 4 ngày tuổi đến 59 tuổi, không có khác biệt rõ rệt về giới; triệu chứng đặc trưng nhất là khối sưng không đau vùng cổ giữa; vị trí chủ yếu dưới và sát xương móng, kích thước trung bình 1-3cm; phẫu thuật Sistrunk

chiếm ưu thế (28 nghiên cứu, 80,0%), xu hướng đang dịch chuyển sang các kỹ thuật ít xâm lấn (nội soi, robot).

Về kết quả điều trị: phẫu thuật Sistrunk có tỷ lệ tái phát thấp (0-11,4%) và biến chứng nhẹ; phẫu thuật nội soi có thời gian nằm viện ngắn và không ghi nhận tái phát; phẫu thuật cắt nang đơn thuần có tỷ lệ tái phát cao nhất (2,2-25%); các phương pháp còn lại (mở, robot, nạo vét hạch cổ) có dữ liệu hạn chế nhưng kết quả bước đầu khả quan.

KHUYẾN NGHỊ

Đối với thực hành lâm sàng: phẫu thuật Sistrunk vẫn nên được xem là phương pháp chuẩn trong điều trị nang và rò giáp lưỡi; cần đánh giá tuyến giáp trước mổ bằng siêu âm và xử trí nhiễm trùng cấp trước khi phẫu thuật triệt để.

Đối với lựa chọn kỹ thuật: các kỹ thuật cắt nang đơn thuần, phẫu thuật mở, robot chỉ nên áp dụng chọn lọc tại các cơ sở có kinh nghiệm, với tư vấn đầy đủ cho người bệnh về bằng chứng, chi phí, thẩm mỹ và nguy cơ tái phát.

Đối với nghiên cứu tiếp theo: cần có các nghiên cứu tiến cứu, đa trung tâm, thống nhất tiêu chí báo cáo về biến chứng, tái phát, thời gian theo dõi, thẩm mỹ, chất lượng cuộc sống và chi phí điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Telander RL, Deane SA. Thyroglossal and branchial cleft cysts and sinuses. Surg Clin North Am. 1977;57(4):779-791.

2. Mondin V, Ferlito A, Muzzi E, et al. Thyroglossal duct cyst: personal experience and literature review. Auris Nasus Larynx. 2008;35(1):11-25.

3. Thompson LDR, Herrera HB, Lau SK. A Clinicopathologic Series of 685 Thyroglossal Duct Remnant Cysts. Head Neck Pathol. 2016;10(4):465-474.

4. Allard RH. The thyroglossal cyst. Head Neck Surg. 1982;5(2):134-146.

5. Havaladar RR, Singh A, Hajare PS, Bellad SA, Mudhol RS. Enigma in the diagnosis of congenital neck masses: a prospective study. Int J Otorhinolaryngol Head Neck Surg. 2020;6(1):159-162.

6. Park JS, Kim DW, Shin GW, et al. Prevalence and Features of Thyroglossal Duct Cyst on Ultrasonography, According to Radioactive Iodine Therapy: A Single-Center Study. Front Endocrinol. 2020;11.

7. Nguyễn Thị Tố Uyên. Đặc điểm u nang và rò giáp lưỡi gặp tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương. Luận văn bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội; 2001.

8. Marianowski R, Ait Amer JL, Morisseau-Durand MP, Manach Y, Rassi S. Risk factors for thyroglossal duct remnants after Sistrunk procedure in a pediatric population. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2003;67(1):19-23.

9. Zhu YS, Lee CT, Ou CY, et al. A 16-year experience in treating thyroglossal duct cysts with a “conservative” Sistrunk approach. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2016;273(4):1019-1025.

