

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI QUA ĐƯỜNG BÊN THÀNH NGỰC- CỔ TRONG ĐIỀU TRỊ BƯỚU GIÁP NHÂN TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Phạm Như Hiệp¹, Nguyễn Việt Dũng¹, Nguyễn Đình Tùng¹,
Nguyễn Văn Phúc¹, Lê Kim Hồng¹, Hoàng Nguyễn Hoài An¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi tuyến giáp được Huscher thực hiện lần đầu tiên vào năm 1997. Ngày nay, phẫu thuật này được ứng dụng tại nhiều nước trên thế giới. Lợi ích quan trọng của phẫu thuật nội soi tuyến giáp mang lại là tính thẩm mỹ cao và giúp bệnh nhân đạt trạng thái tốt nhất sau phẫu thuật. Phẫu thuật cắt tuyến giáp nội soi qua đường bên thành ngực- cổ bằng dao siêu âm đảm bảo tính thẩm mỹ và an toàn trong điều trị.

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả kỹ thuật và đánh giá kết quả phẫu thuật cắt tuyến giáp nội soi qua đường bên thành ngực- cổ cùng bên, bơm CO₂ tạo khoang.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Các bệnh nhân được chẩn đoán bướu giáp nhân; nghiên cứu mô tả tiến cứu

Kết quả nghiên cứu: Từ tháng 10 năm 2012, chúng tôi đã áp dụng kỹ thuật mới cắt tuyến giáp nội soi cho các trường hợp bướu giáp tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Trung ương Huế. 76 bệnh nhân (60 nữ, 6 nam), tuổi trung bình 28 (15- 53); 69 trường hợp (90,8%) bướu giáp đơn nhân, 6 trường hợp (7,9%) bướu giáp đa nhân một thùy, 1 trường hợp (1,3%) bướu giáp đa nhân hai thùy. 63 trường hợp được phẫu thuật cắt bướu (82,9%), 12 trường hợp cắt toàn bộ một thùy (15,8%) và 1 trường hợp cắt giảm giáp hai thùy (1,3%). Chẩn đoán khối u tuyến giáp trước mổ được thực hiện bằng khám lâm sàng, xét nghiệm tế bào học, siêu âm vùng cổ và định lượng FT4, TSH. Kỹ thuật được thực hiện với tư thế bệnh nhân nằm ngửa, gây mê toàn thân qua nội khí quản. Ba trocar được đặt vào vị trí nách và quầng vú cùng bên.

Tạo khoang phẫu thuật từ mặt trước cơ ngực lớn cho đến vùng cổ dưới cơ bám da bằng cắt đốt đơn cực và bơm liên tục khí CO₂ với áp lực 10- 12 mmHg. Bướu giáp nhân được bóc lộ bằng cách phẫu tích dọc bờ trước cơ ức đòn chũm và được cắt bỏ bằng dao siêu âm. Sau mổ không xảy ra các biến chứng quan trọng như liệt dây thần kinh thanh quản quặt ngược, cơn tetany...; bệnh nhân ít đau sau mổ, phục hồi các chức năng hoạt động vùng cổ sớm, mức thẩm mỹ cao.

Kết quả mô bệnh học sau mổ với 93,1% u tuyến nang lành tính, 6,9% là ung thư giáp. Tất cả bệnh nhân đều hài lòng với kết quả thẩm mỹ sau phẫu thuật nội soi.

Kết luận: Đây là phương pháp khả thi, kỹ thuật mổ an toàn và hiệu quả. Phương pháp này có thể áp dụng đối với các trường hợp bướu giáp đơn nhân, bướu giáp đa nhân, phì đại tuyến giáp trong basedow và ung thư giáp.

1. Bệnh viện Trung ương Huế

- Ngày nhận bài (received): 10/7/2015; Ngày phản biện (revised): 4/8/2015;
- Ngày đăng bài (Accepted): 24/8/2015
- Người phản biện: Phạm Nguyên Tường
- Người phản hồi (Corresponding author): Nguyễn Việt Dũng
- Email: drdung1@gmail.com ; ĐT: 0903574449

ABSTRACT

THE RESULTS OF ENDOSCOPIC THYROIDECTOMY VIA LATEROCERVICAL CHEST WALL APPROACH FOR NODULAR THYROID GOITER AT HUE CENTRAL HOSPITAL

Pham Nhu Hiep¹, Nguyen Viet Dung¹, Nguyen Dinh Tung¹,
Nguyen Van Phuc¹, Le Kim Hong¹, Hoang Nguyen Hoai An¹

Background: Endoscopic thyroidectomy performed for the first time in 1997 by Huscher. Today, this procedure is used in many countries around the world. The potential advantages of the endoscopic technique have better cosmetic results and better patient comfort. Endoscopic thyroidectomy via laterocervical chest wall approach with harmonic scalpel is both safe and cosmetic.

Aims: to describe endoscopic technique and to evaluate efficacy of endoscopic thyroidectomy via a laterocervical chest wall approach with CO₂ insufflation.

Patients and method: Patients were diagnosed nodular thyroid goiter; prospective study

Results: Since October 2012, we have applied a new technique endoscopic thyroidectomy for nodular thyroid goiter at Oncology Center, Hue Central Hospital. 76 cases (70 females – 6 males), mean age was 28 (range 15 to 53); 69 solitary nodular goiter (90,8%), 6 multinodular at one lobe (7.9%) and 1 multinodular at two lobes (1.3%). Underwent near-total lobectomy (82.9%) or total lobectomy (15.8%) and near-total thyroidectomy (1.3%). The preoperative diagnosis of thyroid tumors was established by using physical examination, fine-needle aspiration cytology, USG neck and FT₄, TSH tests. The procedure is performed with the patient in a supine position under general anesthesia with endotracheal intubation. Three trocars are inserted at 3 positions as axilla and breast areola. The working space is created above pectoral muscle advancing towards the subplatysmal plane by monopolar cautery and maintained with a continuous pressure of 10 to 12 mmHg carbon dioxide (CO₂). Thyroid nodule is exposed by dissection through along the SCM anterior border and removed by Harmonic scapel. There were no important postoperative complications such as recurrent laryngeal nerve palsy nor postoperative tetany.; less postoperative pain, earlier return to regular activities, superior cosmetic appearance. Histopathological results were follicular adenomas for 93.1%, 6.9% in all cases were carcinoma. All patients are satisfied with the cosmetic results.

Conclusions: It is a feasibility, safe and effective technique. It is possible to achieve in cases: solitary nodular goiter, multinodular goiter, hyperthyroidism and thyroid cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bướu giáp nhân là bệnh lý phổ biến tại nước ta, có nhiều phương pháp điều trị khác nhau nhưng cho đến nay chủ yếu vẫn là phẫu thuật. Bên cạnh phẫu thuật mở truyền thống thì phương pháp phẫu thuật nội soi đang ngày càng được phát triển và chiếm vị trí quan trọng trong phẫu thuật tuyến giáp. Ở Việt Nam, ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị bướu giáp là khả thi và có triển vọng lớn nhằm giải quyết nhu cầu ngày càng cao của bệnh nhân. Tại Bệnh viện TW Huế chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật cắt tuyến giáp nội soi qua đường bên thành ngực- cổ từ tháng 10/2012.

Mục tiêu: Mô tả kỹ thuật và đánh giá kết quả phẫu thuật cắt tuyến giáp nội soi qua đường bên thành ngực- cổ trong điều trị bướu giáp nhân tại Bệnh viện Trung ương Huế

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: các trường hợp bướu giáp nhân được phẫu thuật nội soi từ tháng 10 năm 2012 đến hết tháng 07 năm 2015 tại Bệnh viện Trung ương Huế.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Bệnh nhân được chẩn đoán bướu giáp nhân qua

Bệnh viện Trung ương Huế

khám lâm sàng và siêu âm tuyến giáp.

- Số lượng nhân: đơn nhân hoặc đa nhân.
- Xét nghiệm tế bào học trước mổ là u tuyến nang lạnh tính

- Xét nghiệm chức năng tuyến giáp là bình giáp.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật nội soi.
- Bướu giáp phì đại chèn ép vùng cổ, rối loạn chức năng tuyến giáp, chẩn đoán ung thư tuyến giáp trước mổ, bướu giáp tái phát, sẹo lớn vùng cổ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: mô tả tiến cứu

Kỹ thuật mổ:

Để phẫu thuật cho các trường hợp bướu nhân nang lạnh tính đáp ứng đủ tiêu chuẩn chọn bệnh chúng tôi lựa chọn đường mổ là đường bên thành ngực- cổ cùng bên với bướu.

Bệnh nhân nằm ngửa, được gây mê nội khí quản, tư thế ngửa cổ và nghiêng đầu qua bên đối diện. Màn hình nội soi đặt trước mặt phẫu thuật viên. PTV có thể đứng cùng bên với vị trí bướu, người phụ đứng đối bên, người thao tác camera đứng cùng

bên. Rạch da 10 mm vị trí đường nách trước cùng bên vị trí bướu, đặt trocar 10mm hướng về hõm ức mặt trên cơ ngực lớn, trocar này được đặt camera 30°. Hai trocar 5mm tiếp theo được đặt vị trí quàng vú và khe nách trước dùng để phẫu tích. Dùng đốt điện đơn cực tạo khoang phẫu thuật từ vùng ngực cho đến vùng cổ và được duy trì bằng khí CO₂ bơm liên tục với áp lực 10- 12 mmHg. Khoang phẫu thuật được tạo cho đến đường giữa cổ, giới hạn trên vượt qua xương móng qua toàn bộ khối cơ trước giáp cùng bên. Bộc lộ tuyến giáp qua bờ trước cơ ức đòn chũm, xác định khoang vô mạch để kiểm soát tốt cực trên tuyến giáp đồng thời bảo tồn được thần kinh thanh quản trên; các tuyến cận giáp và thần kinh thanh quản quặt ngược được phẫu tích và bảo tồn. Dùng dao siêu âm để cắt gần trọn thùy tuyến giáp. Lấy bướu qua vị trí đặt trocar 10mm ở đường nách trước. Đặt dẫn lưu qua trocar 10mm. Khâu các lỗ trocar.

Dẫn lưu vết mổ được rút vào ngày thứ 2. Bệnh nhân xuất viện sau 3-9 ngày, cắt chỉ sau 1 tuần.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 10/2012 đến tháng 7/2015 chúng tôi đã triển khai cắt bướu giáp bằng phẫu thuật nội soi cho 76 trường hợp.

Tuổi

Nhóm tuổi	n = 76	%
<20	14	18,4
20-29	33	43,4
30-39	16	21,1
40-49	12	15,8
≥50	1	1,3
TB	28,4 ± 9.2	

Giới

Nam / Nữ = 6 / 70

Đặc điểm bướu trước mổ

Đặc điểm bướu	Số bệnh nhân
Phân bố 2 thùy	
Phải / Trái / Eo / Cả 2 thùy	44 / 30 / 1 / 1
Số lượng nhân	
Đơn nhân / Đa nhân	69 / 7

Kết quả phẫu thuật nội soi qua đường bên thành ngực...

Kích thước TB (Khoảng), cm	2,4 ± 0,7 (1,1 – 4,2)
FNA	
U tuyến nang / U tuyến	50 / 26
Tính chất siêu âm	
Vi vôi hóa / Tăng sinh mạch / Cả 2 yếu tố	3 / 6 / 7

Kết quả phẫu thuật

Kết quả phẫu thuật	Số bệnh nhân
Phương pháp mổ	
Cắt bướu / Cắt 1 thùy giáp / Cắt giảm 2 thùy	63 / 12 / 1
Thời gian mổ TB (Khoảng), Phút	75,5 ± 30,6 (40 - 150)
Biến chứng trong mổ	
Bỏng da / Trần khí dưới da / Khác	2 / 1 / 0
Biến chứng sau mổ	
Dị cảm vùng cổ / Nói khàn / Hạ canxi máu	7 / 0 / 0
Đau sau mổ	
Đau ít / Đau vừa / Đau nhiều	18 / 54 / 4
Thời gian hậu phẫu TB (Khoảng), ngày	6,2 ± 1,5 (3 - 9)
GPB	
Lành tính / UT thể nhú / UT thể nang	70 / 5 / 1

Liên quan GPB và tính chất siêu âm

GPB \ Tính chất SA	Vi vôi hóa	Tăng sinh mạch	Cả hai	Không có	N
Lành tính	2	6	2	70	70
Ung thư	1	0	5	0	6
N	3	6	7	70	76

Kết quả theo dõi sau mổ trên 65 bệnh nhân tái khám sau 3 tháng

Đặc điểm	Số bệnh nhân
Tuyến giáp	
Có nhân / Không có	0 / 65
Bình giáp / Bất thường	65 / 0
Sẹo mổ	
Đẹp, khó thấy / Lòi, dễ thấy	65 / 0
Dị cảm vùng cổ	
Không có / Giảm nhiều	60 / 5

IV. BÀN LUẬN

Tuổi: Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình mổ nội soi là 28 tuổi, độ tuổi mổ nội soi nhiều nhất là 20-29 tuổi chiếm 43,4 %. Với độ tuổi này con người bước vào những năm tháng đẹp nhất của cuộc đời, với họ vẻ đẹp thẩm mỹ vô cùng quan trọng và một vết sẹo ở vùng cổ là điều khó chấp nhận, gây mất tự tin và gặp nhiều khó khăn trong giao tiếp. Vì vậy phẫu thuật nội soi tuyến giáp là một giải pháp cho những bệnh nhân ở độ tuổi này bị mắc bướu giáp. Các tác giả nước ngoài thì độ tuổi này có cao hơn: Zhang W là 48 tuổi, tác giả Samy AK thậm chí đã mổ cho bệnh nhân 77 tuổi, điều này có thể là do sự khác biệt về nhu cầu thẩm mỹ và văn hóa. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nào mổ nội soi trên 50 tuổi, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 49 tuổi, điều này không phải hạn chế về mặt chỉ định mà do nhu cầu của bệnh nhân.

Giới: Bệnh nhân đa số là nữ giống như thống kê của Godey B: bệnh nhân có bướu giáp thường nữ nhiều hơn nam. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nữ 70/6 (nữ chiếm 92,1 %). Tỷ lệ bệnh nhân nữ cao như vậy một phần là do nữ là đối tượng chủ yếu mắc bướu giáp nhân, ngoài ra còn do phụ nữ là đối tượng có nhu cầu cao về mặt thẩm mỹ hơn so với nam giới. Vì vậy khi nghe được giải thích về hai phương pháp mổ hở và mổ nội soi thì bệnh nhân nữ thường ưu tiên chọn phương pháp nội soi.

Chỉ định phẫu thuật: 76 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có vị trí nhân rất đa dạng thùy phải, trái, eo. Đặc biệt có 1 bệnh nhân nhân 2 thùy nhưng nhân phía thùy T gần eo và chéch P nên chúng tôi vẫn thực hiện cắt giảm 2 thùy lấy hết nhân mà chỉ cần đặc trôca ở một phía của bệnh nhân.

Chúng tôi tiến hành phẫu thuật nội soi cho cả những bệnh nhân bướu đa nhân lẫn đơn nhân, kích thước nhân trên SA từ 1,1 – 4,2 cm. Tuy nhiên chúng tôi nhận thấy có thể mở rộng chỉ định với những bướu lớn hơn khi tạo khoang phẫu tích đủ rộng.

Chúng tôi vẫn chưa triển khai cắt toàn bộ tuyến giáp qua nội soi nên chỉ mới chỉ định phẫu thuật nội soi cho những bệnh nhân có FNA lành tính. Trong tương lai chúng tôi sẽ mở rộng chỉ định và tiến hành

cắt toàn bộ tuyến giáp cho những bệnh nhân ung thư giáp

Kết quả phẫu thuật: Chúng tôi lựa chọn vị trí đặt trôca theo đường bên thành ngực- cổ một bên, giúp quan sát tốt mặt bên tuyến giáp, khoang phẫu tích phải tạo không quá dài, bộc lộ tuyến giáp qua đường bên giúp hạn chế các biến chứng thần kinh thanh quản quặt ngược, thần kinh thanh quản trên và các tuyến cận giáp; với đường vào này, quá trình phẫu tích tránh tổn thương thần kinh tai lớn và các nhánh thần kinh cảm giác đi qua mặt trước cơ ức đòn chũm giúp hạn chế đau sau mổ, giảm tình trạng dính vùng cổ sau mổ. Với đường mổ này chúng tôi có thể cắt bướu, cắt thùy hoặc cắt giảm 2 thùy lấy hết nhân.

Để tạo khoang phẫu thuật, chúng tôi sử dụng khí CO₂ bơm ở áp lực 10-12 mmHg. Có một bệnh nhân bị tràn khí dưới da trong và sau mổ nhưng ở mức độ nhẹ và tự biến mất sau 2 ngày hậu phẫu mà không cần điều trị gì.

Bệnh nhân sau mổ ổn định, phục hồi sớm, không có các biến chứng nghiêm trọng xảy ra.

Kết quả mô bệnh học: Các bệnh nhân đều có FNA lành tính nhưng GPB sau mổ có 6 bệnh nhân ác tính. Chúng tôi đã tiến hành mổ mở cắt toàn bộ tuyến giáp còn lại cho bệnh nhân.

Khi so sánh đặc điểm tính chất bướu trên siêu âm với kết quả giải phẫu bệnh sau mổ, chúng tôi đặc biệt chú ý tới những trường hợp có ghi nhận tính chất vi vôi hóa và tăng sinh mạch trên siêu âm. Có 3 trường hợp ghi nhận có vi vôi hóa trên siêu âm thì có 1 trường hợp có GPB ác tính, còn trong số 7 trường hợp ghi nhận có cả 2 tính chất vi vôi hóa và tăng sinh mạch thì có đến 5 trường hợp GPB sau mổ là ác tính. Đây là một điểm đáng lưu ý, khi chỉ định phẫu thuật cắt bướu giáp nội soi nên thận trọng với những trường hợp có ghi nhận nghi ngờ trên siêu âm.

Kết quả theo dõi sau phẫu thuật: Thời gian nằm viện ngắn ngày, phục hồi tốt vận động và trạng thái chức năng sớm sau mổ, hạ calci máu và khàn tiếng nặng không xảy ra; không có tình trạng dính vết mổ, cảm giác chủ quan dễ chịu, chỉ một số trường hợp có biểu hiện dị cảm vùng cổ ngực nhưng dễ phục hồi tốt sau thời gian nhiều tháng, chức năng tuyến giáp sau mổ bình thường, sẹo các lỗ trocar nhỏ, đẹp.

Tất cả bệnh nhân đều hài lòng với kết quả thẩm mỹ và phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 76 trường hợp phẫu thuật cắt tuyến giáp nội soi qua đường bên thành ngực tại Trung tâm Ung Bướu, Bệnh viện Trung ương Huế, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Bệnh nhân nữ chiếm đa số 92,1%.
- Tuổi trung bình: 28 (15 – 53)
- Bướu phân bố đa dạng, có thể là đơn nhân hoặc đa nhân
- Thời gian mổ trung bình: 75 phút (40 -150 phút)

• Không có các biến chứng nghiêm trọng trong và sau mổ

• Mô bệnh học: 92,1% lành tính, 7,9% UT giáp.

• Tất cả các bệnh nhân đều hài lòng với kết quả thẩm mỹ sau phẫu thuật nội soi

• Kết quả thăm khám sau mổ nội soi: tuyến giáp không có nhân, chức năng tuyến giáp bình thường.

Phẫu thuật nội soi cắt bướu giáp qua đường bên thành ngực- cổ có nhiều ưu điểm như tính thẩm mỹ cao, an toàn và hiệu quả. Bệnh nhân hồi phục nhanh sau mổ, ít biến chứng. Phẫu thuật có thể áp dụng cho các trường hợp bướu lớn, bướu đa nhân và ung thư giáp nguy cơ thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hồ Nam, Nguyễn Bá Minh Nhật, Hồ Khánh Đức, Nguyễn Văn Việt Thành. Kết quả điều trị bướu giáp đơn nhân bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Bình Dân Y Học TP. Hồ Chí Minh Tập 12 Phụ bản của Số 4/2008.
2. Trịnh Minh Tranh, Trần Thanh Vỹ – Sử dụng khung nâng da trong phẫu thuật nội soi tuyến giáp tại Bv Nhân Dân Gia Định – Hội nghị phẫu thuật nội soi toàn quốc lần I Hà Nội 2006.
3. Amaral JF. The experimental development of and ultrasonically activated scalpel for laparoscopic use. Surg Laparosc Endosc 1994;4:92-9.
4. Gagner M, Rubino F. Endoscopic parathyroidectomy. In : Gagner M, Inabett WB, editors. Minimally invasive endocrine surgery. Lippincott, Williams and Wilkins: Philadelphia; 2002.
5. Huscher CS, Chiodini S, Napolitano C, Recher A. Endoscopic right thyroid lobectomy. Surg Endosc 1997;11:877.
6. Ikeda Y, Takami H, Sasaki Y, Takayama J, Kurihara H. Are there significant benefits of minimally invasive endoscopic thyroidectomy? World J Surg 2004;28:1075-8.
7. Ikeda Y, Takami H, Sasaki Y, Takayama J, Niimi M, Kan S. Comparative study of thyroidectomies, Endoscopic surgery vs conventional open surgery. Surg Endosc 2002;16:1741-5.
8. Inabett WB, Jacob BP, Gagner M. Minimally invasive endocrine thyroidectomy by a cervical approach. Early vessel ligation decreases the duration of surgery. Surg Endosc 2003;17:1808-11.
9. Kitano H, Fujimura M, Kinoshita T, Kataoka H, Hirano M, Kitajima K. Endoscopic thyroid resection using cutaneous elevation in lieu of insufflations. Technical considerations and review of an open series. Surg Endosc 2002;16:88-91.
10. Miccoli P, Bellantone R, Mourad M, Walz M, Raffaelli M, Berti P. Minimally invasive video-assisted thyroidectomy: Multi-institutional experience. World J Surg 2002;26:972-5.
11. Miccoli P, Berti P, Raffaelli M, Conte M, Materazzi G, Galleri D. Minimally invasive video-assisted thyroidectomy. Am J Surg 2001;181:567-70.
12. Palazzo FF, Sebag F, Henry JF. Endocrine surgical technique: Endoscopic thyroidectomy via the lateral approach. Surg Endosc 2006;20:339-42
13. Samy A.K., Ridgway D. (2010), “Minimally invasive, video-assisted thyroidectomy: first experience from the United Kingdom”, *Ann R coll surg Engl*, 92, pp.379-384.
14. Yeung GH. Endoscopic thyroid surgery today: A diversity of surgical strategies. Thyroid 2002;12:703-6.
15. Puntambekar Shailesh P ; Endoscopic thyroidectomy: Our technique, Journal of minimal access surgery; 2007, volume 3, 91-97.
16. Zhang W., Jiang J.G. (2010), “the minimally invasive effect of breast approach endoscopic thyroidectomy: an expert’s experience”, *Clinical developmental immunology, Art ID 459143/5*.