

TÁI PHÁT DO SỰ PHÁT TÁN CỦA MÔ TUYẾN GIÁP LÀNH TÍNH SAU PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN GIÁP NỘI SOI BẰNG PHƯƠNG PHÁP TIẾP CẬN QUA ĐƯỜNG TIỀN ĐÌNH MIỆNG (TOETVA)

Trần Ngọc Huy¹, Hồ Văn Linh¹, Lê Quang Đức¹

¹Khoa Phẫu thuật - Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Trung ương Huế, Huế, Việt Nam.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhấn mạnh một biến chứng hiếm gặp của kỹ thuật phẫu thuật cắt tuyến giáp nội soi bằng phương pháp tiếp cận qua đường tiền đình miệng - TOETVA (TransOral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach) nhưng cần được lưu ý trong thực hành lâm sàng để nâng cao hiệu quả điều trị và chất lượng chăm sóc bệnh nhân đồng thời thảo luận về các biện pháp phòng ngừa.

Trường hợp bệnh: Bệnh nhân nữ, 32 tuổi, nhập viện vì khối u thùy phải tuyến giáp kích thước khoảng 3x2 cm gây nuốt vướng, không có tổn thương thùy trái hay hạch cổ kèm theo. Kết quả siêu âm phân loại TIRADS 3 và chọc hút tế bào bằng kim nhỏ - FNA (fine needle aspiration) xác định là u tuyến giáp keo (Bethesda II). Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật nội soi cắt thùy phải tuyến giáp bằng phương pháp TOETVA, diễn tiến hậu phẫu thuận lợi, không biến chứng. Tuy nhiên, sau 20 tháng theo dõi, bệnh nhân xuất hiện hai khối u kích thước lần lượt khoảng 1.5x0.5 cm và 1x0.5 cm tại vùng cằm, dọc theo vị trí đường hầm đặt trocar 10 mm cũ, không đau. Kết quả mô bệnh học xác định đây là tổn thương lành tính, tương tự mô tuyến giáp ban đầu.

Kết luận: Tái phát bướu giáp lành tính tại vị trí đường hầm đặt trocar là một biến chứng hiếm gặp nhưng cần được chú ý của phẫu thuật TOETVA. Cơ chế của tái phát có thể liên quan đến việc di chuyển các tế bào tuyến giáp vào vị trí đường hầm đặt trocar trong quá trình phẫu thuật. Theo dõi định kỳ sau phẫu thuật là rất quan trọng để phát hiện sớm các biến chứng.

Từ khóa: Nội soi tuyến giáp, tiền đình miệng, gieo rắc, tái phát, vị trí trocar, mô giáp lành tính, báo cáo ca bệnh.

ABSTRACT

PORT-SITE SEEDING OF BENIGN THYROID TISSUE FOLLOWING TRANSORAL ENDOSCOPIC THYROIDECTOMY VESTIBULAR APPROACH (TOETVA): A CASE REPORT

Tran Ngoc Huy¹, Ho Van Linh¹, Le Quang Duc¹

Objectives: To emphasize a rare complication of the TransOral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach (TOETVA) that warrants attention in clinical practice, with the goal of enhancing therapeutic outcomes and patient care quality, as well as discussing prevention strategies.

Case report: A 32-year-old female presented with a right thyroid lobe mass measuring approximately 3x2 cm, associated with a sensation of dysphagia. No lesions were detected in the left lobe, and there was no cervical lymphadenopathy. Neck ultrasound classified the lesion as TIRADS 3, and fine-needle aspiration cytology (FNA) revealed a colloid thyroid nodule (Bethesda category II). The patient underwent right thyroid lobectomy using the transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach (TOETVA). The postoperative course was uneventful, with no immediate complications. At 20 months

Ngày nhận bài: 18/6/2025. Ngày chỉnh sửa: 05/8/2025. Chấp thuận đăng: 13/8/2025

Tác giả liên hệ: Hồ Văn Linh. Email: ts linh2020@gmail.com. ĐT: 0913465464

Tái phát do sự phát tán của mô tuyến giáp lành tính...

postoperatively, the patient presented with two painless subcutaneous nodules in the chin region, measuring approximately 1.5 x 0.5 cm and 1 x 0.5 cm, respectively. Both were located along the tract of the previous 10-mm trocar. Histopathological examination confirmed benign lesions consistent with normal thyroid tissue, similar to the original pathology.

Conclusion: Recurrence of benign goiter at the port site is a rare complication of TOETVA that warrants clinical attention. The mechanism of recurrence is likely due to the displacement of thyroid cells into the trocar tract during the surgical procedure. Therefore, routine postoperative surveillance is essential for the early identification of potential complications.

Keywords: TOETVA; trocar-tract seeding; port-site recurrence; benign thyroid tissue; case report.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bướu giáp đa nhân là tình trạng phì đại tuyến giáp không đồng nhất về mặt cấu trúc và chức năng tuyến giáp. Theo các nghiên cứu dịch tễ học, các khối u tuyến giáp sờ thấy được xuất hiện ở 0,8% nam giới và 5,3% phụ nữ với tần suất mắc bệnh tăng lên ở phụ nữ trên 45 tuổi. Nguyên nhân thường do thiếu iốt (bướu cổ địa phương) hoặc do thuốc, suy dinh dưỡng, khiếm khuyết di truyền trong quá trình tổng hợp hormone tuyến giáp và kháng thể kích thích tăng trưởng [1]. Phẫu thuật vẫn đóng vai trò là phương pháp điều trị chính đối với bướu giáp đa nhân, với hai kỹ thuật chủ yếu được áp dụng hiện nay là phẫu thuật mở kinh điển và phẫu thuật nội soi tuyến giáp [2]. Trong đó, phẫu thuật nội soi qua đường tiền đình miệng (TOETVA) là một phẫu thuật đầy hứa hẹn với nhiều ưu điểm như không để lại sẹo vùng cổ, ít xâm lấn và tiếp cận được cả hai thùy tuyến giáp. Mặc dù TOETVA được đánh giá cao về mặt thẩm mỹ và mức độ xâm lấn tối thiểu, phương pháp này vẫn tiềm ẩn nguy cơ xảy ra một số biến chứng hiếm gặp [3]. Một trong những biến chứng đáng chú ý là sự tái phát mô tuyến giáp tại vị trí đường hầm phẫu thuật, được cho là hệ quả của hiện tượng gieo rắc mô trong quá trình thao tác phẫu thuật [4]. Dữ liệu về biến chứng này trong y văn còn rất hạn chế, chỉ được đề cập trong các báo cáo lẻ tẻ. Qua trường hợp lâm sàng hiếm gặp này, chúng tôi muốn nhấn mạnh biến chứng đáng lưu ý trong thực hành lâm sàng của kỹ thuật TOETVA để nâng cao hiệu quả điều trị và chất lượng chăm sóc bệnh nhân đồng thời thảo luận về các biện pháp phòng ngừa.

II. BÁO CÁO CA BỆNH

2.1. Thông tin chung

Một bệnh nhân nữ, 32 tuổi, đến khám vì phát hiện một khối u vùng cổ phải, kèm cảm giác nuốt vướng. Bệnh nhân không có tiền sử bệnh lý nội ngoại khoa hay tiền sử gia đình đáng chú ý.

Khám lâm sàng ghi nhận thùy phải tuyến giáp có một khối u kích thước khoảng 3x2cm, mật độ chắc, giới hạn rõ, di động theo nhịp nuốt, không ghi nhận tổn thương thùy trái tuyến giáp và hạch cổ. Xét nghiệm chức năng tuyến giáp trong giới hạn bình thường. Siêu âm vùng cổ ghi nhận thùy phải tuyến giáp có một nhân hỗn hợp, chủ yếu phần đặc tăng âm, bờ đều, giới hạn rõ, trục ngang, kích thước # 28x19mm (phân loại TIRADS 3); thùy trái tuyến giáp và hệ thống hạch cổ chưa ghi nhận bất thường. Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ từ khối tổn thương cho kết quả u tuyến giáp keo (Bethesda II).

2.2. Nhận định

Trong trường hợp cụ thể này, đây là một bệnh nhân nữ, trẻ tuổi, chẩn đoán trước điều trị là một bướu giáp lành tính, có triệu chứng lâm sàng nhưng kích thước u không quá lớn, khu trú một thùy và dựa trên mong muốn của bệnh nhân về một phương pháp phẫu thuật ít xâm lấn, mang tính thẩm mỹ cao do đó chúng tôi đã lựa chọn TOETVA như một giải pháp tối ưu nhất.

2.3. Can thiệp

Tháng 04/2023, bệnh nhân được phẫu thuật cắt thùy phải tuyến giáp bằng phương pháp TOETVA. Bắt đầu quá trình phẫu thuật, ba trocar được đặt vào vùng tiền đình miệng - môi dưới: một trocar trung tâm 10 mm cho ống nội soi, và hai trocar bên 5 mm cho dụng cụ thao tác. Sử dụng ống nội soi 30° để quan sát, cùng các dụng cụ nội soi tiêu chuẩn (kẹp Maryland, dao siêu âm Harmonic) để bóc tách mô. Trong mổ, phát hiện một khối u tuyến giáp thùy phải kích thước khoảng 3x2 cm, đại thể không thấy xâm lấn vỏ bao tuyến giáp. Trong quá trình bóc tách, bao u tuyến giáp bị vỡ một phần, làm rò rỉ dịch keo vào trường mổ. Lượng dịch keo này được hút ngay lập tức, đồng thời tiến hành hút rửa kỹ để hạn chế lan tràn. Sau khi cắt trọn thùy phải tuyến giáp, bệnh phẩm được đặt vào túi đựng bệnh phẩm nội soi vô khuẩn (loại túi polyethylene chuyên dụng)

Tái phát do sự phát tán của mô tuyến giáp lành tính...

và đưa ra ngoài qua đường hầm trocar trung tâm 10 mm. Khi lấy bệnh phẩm không làm rách túi đựng nhằm tránh tiếp xúc trực tiếp mô tuyến giáp với mô mềm dọc đường hầm trocar. Trường mổ được súc rửa kỹ bằng 500 mL nước cất vô trùng. Sau súc rửa, trường mổ được băng ép cẩn thận, không đặt dẫn lưu. Bệnh nhân được tiêm một liều kháng sinh dự phòng Cefazolin 1g đường tĩnh mạch trước mổ.

2.4. Kết quả

Bệnh nhân phục hồi tốt, không ghi nhận biến chứng hậu phẫu và xuất viện sau 5 ngày. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ: U tuyến giáp keo.

Sau khi xuất viện, bệnh nhân được tái khám định kỳ mỗi 3 tháng. Trong suốt 20 tháng đầu, không ghi nhận bất thường. Tuy nhiên, đến tháng 12/2024, bệnh nhân phát hiện hai khối u cục, không đau tại vùng cằm - cổ, tương ứng với vị trí đường hầm đặt trocra 10mm ở giữa. Siêu âm tại chỗ phát hiện hai cấu trúc tăng âm, bờ đều, ranh giới rõ, kích thước 17 x 4mm và 10 x 4mm. Kết quả FNA từ hai tổn thương này xác định là mô giáp lành tính.

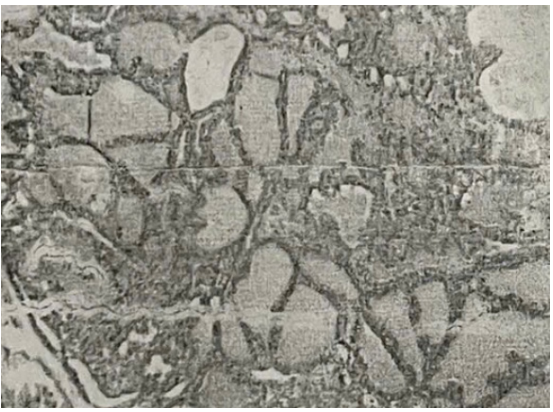


Hình 1: Hình ảnh khối u tái phát vùng cằm - cổ

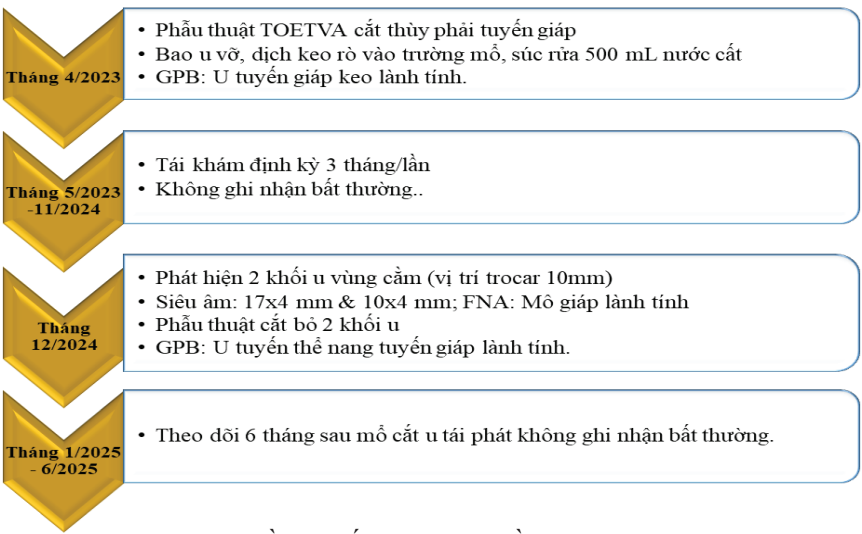


Hình 2: Hình ảnh siêu âm 2 khối u vùng cằm - cổ ngày 29/11/2024

Sau đó, bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật cắt bỏ hai khối u tái phát. Trong mổ, các tổn thương được bóc tách hoàn toàn và kết quả giải phẫu bệnh xác nhận đây là u tuyến thể nang tuyến giáp lành tính. Sau 6 tháng theo dõi tiếp theo, bệnh nhân không có dấu hiệu tái phát.



Hình 3: Hình ảnh giải phẫu bệnh sau mổ 2 khối u tái phát



Hình 4: Sơ đồ tóm tắt quá trình điều trị của bệnh nhân:

III. BÀN LUẬN

TOETVA đã khẳng định vị trí là một kỹ thuật tiên tiến trong phẫu thuật tuyến giáp với nhiều ưu điểm vượt trội [5]. Khác biệt cơ bản nhất của phương pháp này là không yêu cầu rạch da bên ngoài, trong khi các phương pháp tiếp cận từ xa khác (như đường nách - vú) vẫn cần tạo các đường rạch tại nếp nách và quầng vú. Vết mổ của TOETVA được giấu hoàn toàn trong khoang miệng với quá trình lành thương niêm mạc thường hoàn tất trong vòng 1-2 tuần sau phẫu thuật [6]. Bên cạnh yếu tố thẩm mỹ, TOETVA cũng được ghi nhận là ít gây đau hơn so với các phương pháp mổ mở hoặc nội soi tiếp cận từ xa khác [7], [8]. Mức độ đau thấp hơn có thể phản ánh thực tế là TOETVA không rạch da và vùng bóc tách hẹp hơn so với các phương pháp phẫu thuật tiếp cận từ xa khác. Ngoài ra, TOETVA không đòi hỏi sử dụng hệ thống robot hỗ trợ đắt tiền mà chỉ cần các dụng cụ nội soi tiêu chuẩn, giúp giảm chi phí đáng kể cho người bệnh và cơ sở y tế [9]. Đáng chú ý, nghiên cứu đã chỉ ra rằng kết quả điều trị của TOETVA về mặt an toàn và hiệu quả là tương đương với phẫu thuật tuyến giáp mở kinh điển [5].

Hiện tại vẫn chưa có hướng dẫn cụ thể nào xác định rõ giới hạn tối đa kích thước khối u tuyến giáp để chỉ định phẫu thuật TOETVA một cách an toàn. Nhìn chung, TOETVA được chỉ định cho ung thư biểu mô tuyến giáp thể biệt hóa kích thước nhỏ và u tuyến giáp lành tính nhỏ hơn 6 cm [10], với một số tác giả đề xuất giới hạn nghiêm ngặt hơn ở mức dưới 4 cm [11]. Trong trường hợp cụ thể này, chúng tôi đã chọn TOETVA dựa trên kích thước khối u vừa phải, kết quả tế bào học lành tính trước phẫu thuật, độ tuổi và mong muốn của bệnh nhân về một phương pháp phẫu thuật ít xâm lấn.

Tuy nhiên, giống như mọi kỹ thuật phẫu thuật khác, TOETVA không tránh khỏi các biến chứng đặc thù cần được theo dõi cẩn thận, trong đó hiện tượng tái phát hoặc gieo rắc mô theo đường hầm phẫu thuật là biến chứng hiếm gặp nhưng có ý nghĩa lâm sàng quan trọng [12], [13]. Y văn đã ghi nhận gieo rắc mô không chỉ ở tổn thương ác tính mà cả ở tổn thương lành tính. Về mặt bản chất, hiện tượng

này có thể chia thành hai nhóm: (1) gieo rắc/tái phát ác tính và (2) gieo rắc mô lành tính. Ở nhóm ác tính, các báo cáo ghi nhận các trường hợp di căn hoặc tái phát tại vị trí đường hầm sau TOETVA, thường liên quan đến các yếu tố nguy cơ như vỡ bao u trong lúc bóc tách, thao tác kéo mạnh khối u, hoặc hút rửa không kiểm soát khiến tế bào ung thư lan ra mô xung quanh. Ngược lại, gieo rắc mô lành tính, dù ít được chú ý hơn, cũng đã được y văn ghi nhận với cơ chế hình thành các nhân tuyến giáp lạc chỗ hoặc tái phát tại đường hầm ở bệnh nhân phẫu thuật vì tổn thương lành nơi mô tuyến giáp còn sót hoặc tế bào bong tróc vi thể [14], [15]. Để hạn chế nguy cơ này, cần thực hiện các biện pháp phòng ngừa trong quá trình phẫu thuật, bao gồm: Tránh rách bao tuyến giáp (Avoid capsule rupture): Thao tác nhẹ nhàng, bóc tách cẩn thận để hạn chế chấn thương và tránh làm rách bao tuyến giáp; nếu bao bị rách, cần thu gom triệt để mọi mảnh mô rơi vãi trước khi tiến hành bước tiếp theo. Thu hồi bệnh phẩm an toàn (Meticulous retrieval): Luôn đặt bệnh phẩm trong túi chuyên dụng để tránh tiếp xúc trực tiếp với đường hầm; khi khối u lớn hoặc dễ vỡ, nên cân nhắc rạch da cổ để đưa mẫu ra ngoài, tránh ép qua đường hầm. Chiến lược súc rửa (Irrigation strategy): Thực hiện súc rửa phẫu trường kỹ lưỡng; có thể cân nhắc sử dụng nước cất, theo một số tác giả, nhằm gây trương nở và phá vỡ tế bào trong môi trường nhược trương, đồng thời tránh để dịch rửa trào ngược vào đường hầm. Cân nhắc đường rạch da vùng cổ khi khó lấy bệnh phẩm (Consider cervical extraction): Trong trường hợp bệnh phẩm khó lấy qua đường hầm hoặc có nguy cơ vỡ cao, cần tiến hành rạch da vùng mô cổ lấy bệnh phẩm để đảm bảo an toàn [16], [17].

Tái phát có thể xuất hiện sớm hoặc nhiều năm sau phẫu thuật, do đó cần theo dõi chặt chẽ lâu dài ở những bệnh nhân trải qua TOETVA hoặc bất kỳ phẫu thuật tuyến giáp nào. Việc phát hiện tái phát sau TOETVA là một thách thức vì vết mổ nằm ở tiền đình khoang miệng và đường phẫu thuật đi qua vùng dưới hàm, khiến siêu âm theo dõi gặp nhiều hạn chế.

Trong trường hợp này, mặc dù chúng tôi đã tiến hành bóc tách cẩn thận và cố gắng tránh tổn thương, bao khối u tuyến giáp vẫn bị rách một phần, làm rò dịch keo tuyến giáp vào trường mổ. Toàn bộ mô tuyến giáp nhìn thấy được đã được lấy bỏ, đặt trong túi chuyên dụng để đưa ra ngoài và phẫu trường được rửa sạch bằng nước cất. Tuy vậy, vẫn ghi nhận hiện tượng cây ghép đa ổ dọc theo đường hầm phẫu thuật. Nguyên nhân có thể là do các tế bào tuyến giáp bong tróc vì thể bám vào bề mặt túi chứa hoặc dụng cụ, sau đó theo đó di chuyển và lưu lại trên đường hầm. Những khuyến nghị thực hành nêu trên, dù chủ yếu dựa trên báo cáo ca bệnh và kinh nghiệm lâm sàng, vẫn có ý nghĩa quan trọng trong việc giảm thiểu nguy cơ gieo rắc mô, đồng thời nhấn mạnh nhu cầu nghiên cứu đa trung tâm với cỡ mẫu lớn để chuẩn hóa quy trình phòng ngừa.

IV. KẾT LUẬN

Tái phát bướu giáp lành tính tại vị trí đường hầm đặt troca là một biến chứng hiếm gặp nhưng cần được lưu ý của phẫu thuật TOETVA và các bác sĩ phẫu thuật cần quan tâm đến biến chứng này để tư vấn cho bệnh nhân một cách phù hợp. Cơ chế của tái phát có thể liên quan đến việc di chuyển các tế bào tuyến giáp vào vị trí đường hầm đặt troca trong quá trình phẫu thuật. Báo cáo ca bệnh này nhằm nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tránh vỡ tuyến giáp trong quá trình TOETVA. Cần có thêm nhiều nghiên cứu để hiểu rõ hơn về các yếu tố nguy cơ gây tái phát sau TOETVA từ đó phát triển các chiến lược ngăn ngừa biến chứng này. Việc theo dõi định kỳ sau phẫu thuật là rất quan trọng để phát hiện sớm các biến chứng và xử trí kịp thời.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học theo Tuyên ngôn Helsinki. Bệnh nhân đã được cung cấp đầy đủ thông tin và đồng ý cho sử dụng dữ liệu lâm sàng và hình ảnh trong báo cáo này. Danh tính của bệnh nhân được bảo mật tuyệt đối.

Xung đột lợi ích

Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích tài chính hoặc cá nhân liên quan đến nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Medeiros-Neto G. Multinodular goiter. 2015.
2. Biello A, Kinberg EC, Wirtz ED. Thyroidectomy. 2020.
3. de Vries LH, Aykan D, Lodewijk L, Damen JA, Borel Rinkes IH, Vriens MR. Outcomes of minimally invasive thyroid surgery—a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in endocrinology*. 2021; 12: 719397.
4. Oh MY, Oh SW, Kim YA, Chai YJ. Seeding recurrence of follicular thyroid carcinoma after transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach: a case report. *Gland Surgery*. 2024; 13(2): 265.
5. Lee MJ, Oh MY, Lee J-M, Sun J, Chai YJ. Comparative surgical outcomes of transoral endoscopic and robotic thyroidectomy for thyroid carcinoma: a propensity score-matched analysis. *Surgical Endoscopy*. 2023; 37(2): 1132-1139.
6. Yang J, Wang C, Li J, Yang W, Cao G, Wong H-m, et al. Complete endoscopic thyroidectomy via oral vestibular approach versus areola approach for treatment of thyroid diseases. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*. 2015; 25(6): 470-476.
7. Yi JW, Yoon SG, Kim HS, Yu HW, Kim S-J, Chai YJ, et al. Transoral endoscopic surgery for papillary thyroid carcinoma: initial experiences of a single surgeon in South Korea. *Annals of Surgical Treatment and Research*. 2018; 95(2): 73-79.
8. Chai YJ, Song J, Kang J, Woo J-W, Song R-Y, Kwon H, et al. A comparative study of postoperative pain for open thyroidectomy versus bilateral axillo-breast approach robotic thyroidectomy using a self-reporting application for iPad. *Annals of Surgical Treatment and Research*. 2016; 90(5): 239-245.
9. Anuwong A. Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach: a series of the first 60 human cases. *World journal of surgery*. 2016; 40: 491-497.
10. Anuwong A, Sasanakietkul T, Jitpratoom P, Ketwong K, Kim HY, Dionigi G, et al. Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach (TOETVA): indications, techniques and results. *Surgical endoscopy*. 2018; 32(1): 456-465.

11. Chai YJ, Chae S, Oh MY, Kwon H, Park WS. Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach (TOETVA): surgical outcomes and learning curve. *Journal of Clinical Medicine*. 2021; 10(4): 863.
12. Zhang D, Famà F, Caruso E, Pinto G, Pontin A, Pino A, et al. How to Avoid and Manage Mental Nerve Injury in Transoral Thyroidectomy. *Surgical technology international*. 2019; 35: 101-106.
13. Menderico Jr GM, Weissenberg AL, Borba CM, Sallani GM, Poy JdO. Complications of transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach (TOETVA). *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*. 2021; 48: e20202557.
14. Kim HS, Kim SH, Kim JH, Kim B-T, Lee K-H. Multifocal hot spots demonstrated by whole-body ¹³¹I scintigraphy and SPECT/CT after transaxillary endoscopic thyroidectomy. *Clinical nuclear medicine*. 2015; 40(3): 260-262.
15. Huang EY, Kao NH, Lin SY, Jang IJ, Kiong KL, See A, et al. Concordance of the ACR TI-RADS classification with Bethesda scoring and histopathology risk stratification of thyroid nodules. *JAMA Network Open*. 2023; 6(9): e2331612-e2331612.
16. Anuwong A, Kim HY, Dionigi G. Transoral endoscopic thyroidectomy using vestibular approach: updates and evidences. *Gland Surgery*. 2017; 6(3): 277.
17. Fregoli L, Bakkar S, Papini P, Torregrossa L, Ugolini C, Rossi L, et al. First report of benign track seeding after robot-assisted transaxillary thyroid surgery. *American Journal of Otolaryngology*. 2021; 42(1): 102811.