

PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐƯỜNG MIỆNG CẮT TUYẾN GIÁP VẾT HẠCH TRONG VI UNG THƯ TUYẾN GIÁP

Nguyễn Xuân Hậu^{1*}, Nguyễn Xuân Hiền¹, Lê Văn Quảng¹

DOI: 10.38103/jcmhch.2021.67.14

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua đường miệng trong ung thư tuyến giáp đã được áp dụng tại nhiều nơi trên thế giới, song chưa được tiến hành thường quy tại Việt Nam. Nghiên cứu nhằm chứng minh tính khả thi và an toàn của kỹ thuật phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua đường miệng trong thực hành lâm sàng.

Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu thuần tập trên 29 bệnh nhân được chẩn đoán vi ung thư tuyến giáp thể nhú có hạch âm tính trên lâm sàng đã được phẫu thuật cắt tuyến giáp và vét hạch khoang trung tâm dự phòng bằng kỹ thuật nội soi cắt tuyến giáp qua đường tiền đình miệng. Các đặc tính mô học lâm sàng, kết quả phẫu thuật và thẩm mỹ sau mổ đã được đánh giá.

Kết quả: Tuổi trung bình $34,7 \pm 8,5$ tuổi. Cắt thùy và eo tuyến giáp được thực hiện với phần lớn bệnh nhân (72,4%). Tất cả bệnh nhân đều được vét hạch trung tâm dự phòng. Số hạch khoang trung tâm trung bình lấy được khoảng $7,8 \pm 3,7$ (3-19 hạch). Có 7 bệnh nhân (24,1%) có hạch dương tính trên mô bệnh học sau mổ. Thời gian phẫu thuật trung bình là $121,2 \pm 22,6$ phút. Có 4 bệnh nhân bị khàn tiếng tạm thời và 1 bệnh nhân có tụ máu. Mức độ đau ngày đầu tiên sau mổ $2,8 \pm 1,4$ (0-5). Hầu hết bệnh nhân đều hài lòng về kết quả thẩm mỹ.

Kết luận: Những kết quả ban đầu về mặt ung thư, biến chứng sau mổ và hiệu quả thẩm mỹ đã hỗ trợ cho việc ứng dụng TOETVA trong phẫu thuật vi ung thư tuyến giáp thể biệt hóa.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua đường miệng, vi ung thư tuyến giáp, vét hạch cổ trung tâm

ABSTRACT

TRANSORAL ENDOSCOPIC THYROIDECTOMY BY VESTIBULAR APPROACH WITH CENTRAL LYMPH NODE DISSECTION FOR THYROID CARCINOMA

Nguyen Xuan Hau^{1*}, Nguyen Xuan Hien¹, Le Van Quang¹

Background: Transoral endoscopic thyroidectomy via vestibular approach (TOETVA) was applied in the worldwide. The research's object is to demonstrate the feasibility and safety of TOETVA in Vietnam.

Methods: In this prospective cohort study, 29 patients diagnosed TMC and clinically node-negative underwent thyroidectomy and prophylactic central lymph node dissection by TOETVA. The clinicopathologic characteristics, surgical outcomes and cosmetic results were evaluated.

¹Khoa Ung Bướu và Chăm sóc giảm nhẹ,
bệnh viện Đại học Y Hà Nội

- Ngày nhận bài (Received): 16/12/2020; Ngày phản biện (Revised): 10/01/2021
- Ngày đăng bài (Accepted): 25/02/2021
- Người phản hồi (Corresponding author): Nguyễn Xuân Hậu
- Email: drnguyentuanhou@gmail.com; SĐT: 0916098686

Results: The mean age was 34.7 ± 8.5 -year-old. Thyroid lobectomy with isthmusectomy was performed in the majority of cases (72.4%). All patients underwent prophylactic central nodes dissection. The mean number of retrieved central node was 7.8 ± 3.7 (3 – 19). Seven patients (24.1%) had lymph node metastasis in post-operative pathology. The mean operative time was 121.2 ± 22.6 min. Four patients experienced transient hoarse and one patient had hematoma. VAS score on 1st postoperative day was 2.8 ± 1.4 (0 – 5). Most of patients were satisfied with cosmetic outcome.

Conclusions: The initial results of oncology, post-operative complications and cosmetic supported the application of TOETVA in TMC.

Từ khóa: TOETVA, thyroid carcinoma, central lymph node dissection

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2018, ung thư tuyến giáp trở thành một trong những bệnh ung thư phổ biến trên toàn thế giới, khoảng 500.000 ca mắc mới mỗi năm. Tỷ lệ mắc bệnh của ung thư tuyến giáp xếp thứ 9 trên cả 2 giới và xếp thứ 5 ở nữ giới [1]. Trong đó tỷ lệ vi ung thư tuyến giáp ngày càng gia tăng nhờ kỹ thuật chẩn đoán và phát hiện sớm. Cắt thùy và eo giáp cộng với vét hạch khoang cổ trung tâm là phẫu thuật ưu tiên cho những trường hợp này. Nhiều phương pháp mổ đã được áp dụng tuy nhiên phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp theo đường tiền đình miệng được ưu tiên hơn cả. Kỹ thuật này có nhiều ưu điểm như (1) dễ dàng tiếp cận 2 thùy tuyến giáp và nhóm hạch cổ trung tâm, (2) cải thiện hiệu quả thẩm mỹ, không có sẹo trên da, (3) chi phí điều trị thấp. Tuy nhiên phương pháp phẫu thuật này chưa được thực hiện phổ biến tại Việt Nam. Do đó, trong nghiên cứu này, chúng tôi muốn chứng minh tính khả thi và tính an toàn của kỹ thuật này trong thực hành lâm sàng hiện tại của mình.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng và phương pháp

- Tiêu chuẩn lựa chọn

- Chẩn đoán ung thư tuyến giáp trước phẫu thuật bằng chọc hút kim nhỏ.
 - Kích thước khối ung thư ≤ 10 mm
 - Không phát hiện hạch cổ trên lâm sàng hoặc siêu âm trước mổ.
 - Tất cả trường hợp đều được tiến hành vét hạch cổ trung tâm dự phòng.
- ##### - Tiêu chuẩn loại trừ
- Phát hiện hạch cổ bên trên lâm sàng
 - Khối ung thư kích thước > 10 mm
- #### 2.2. Quy trình phẫu thuật

Các bệnh nhân được đặt ở tư thế cổ ngửa bởi một chiếc gối cứng kê dưới vai. Tất cả được gây mê bằng ống nội khí quản đặt qua đường miệng hoặc đường mũi.

Cắt toàn bộ tuyến giáp

Đường rạch khoảng 10mm theo chiều ngang ở giữa môi dưới tại điểm 2/3 khoảng cách giữa bờ và hãm môi dưới. Sử dụng 1 chiếc panh nhỏ bóc tách lớp niêm mạc môi dọc theo xương hàm xuống phía dưới mà không làm tổn thương các cơ vùng môi. Dùng 20ml hỗn hợp dịch gồm 1ml adrenalin pha với 500ml muối sinh lý bóc tách trường phẫu thuật. Từ đó, một dụng cụ bóc tách đầu tù được sử dụng để tạo khoang trung tâm và làm rộng không gian phẫu thuật. Một troca 10mm được đưa vào qua vết rạch với optic 30°.

CO₂ được bơm vào qua troca 10mm với áp lực 8-10mmHg, tốc độ bơm 3,5l/p. Hai troca 5mm được đặt 2 bên troca 10mm qua các đường rạch bên sao cho 3 troca hội tụ tại đường giữa. Sau đó, đơn cực được sử dụng để hoàn thành việc bóc tách khoang phẫu thuật. Các cơ trước giáp được tách theo đường giữa để bộc lộ tuyến giáp. Một sợi chỉ Vicryl 3.0 qua da được sử dụng để kéo cơ trước giáp sang một bên. Thùy thấp được cắt ra trước, tiếp theo là eo giáp. Bó mạch giáp trên được xác định ngay sau đó và được cắt bằng dao siêu âm. Thùy giáp được cắt bỏ hoàn toàn theo hướng từ trên xuống dưới, thần kinh thanh quản quặt ngược và tuyến cận giáp được bảo tồn. Quy trình được lặp lại ở bên đối diện trong trường hợp cắt tuyến giáp toàn bộ.

Vét hạch khoang trung tâm

Dùng dao siêu âm bóc tách dọc theo dây thần kinh quặt ngược đến điểm mà dây đi xuống vào lồng ngực. Để trường mổ rộng hơn nên dùng chỉ khâu qua da để kéo cơ trước giáp qua một bên.

Lấy bệnh phẩm và đóng vết mổ

Bệnh phẩm tuyến giáp và hạch được cho vào một túi nội soi và lấy qua lỗ troca 10mm. Trường mổ sau đó sẽ được rửa sạch bằng muối sinh lý 0,9%. Cơ trước giáp được đóng lại bằng chỉ VLOC 3.0. Các vết rạch troca được đóng lại bằng rapid 4.0. Dẫn lưu chỉ sử dụng trong trường hợp nghi ngờ có xuất huyết trong quá trình phẫu thuật.

2.3. Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 20

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu được tiến hành trên 29 bệnh nhân

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm	Kết quả
Tuổi (tuổi), TB ± SD, (min – max)	34.7±8.5 (17 – 57)
Nam/ Nữ	1:28
Bệnh Grave's, n (%)	3 (10.3)
Kích thước u (mm), TB ± SD, (min - max)	6.5±2.2 (3 – 10)
Tế bào học (Bethesda 2017), n (%)	
III	6 (20.7)
V	10 (34.5)
VI	13 (44.8)
Mô bệnh học, n (%)	
Ung thư thể nhú	26 (89.7)
Ung thư thể nang	1 (3.4)
FVPTC	1 (3.4)
NIFTP	1 (3.4)
Số hạch vét được, TB ± SD, (min - max)	7.8±3.7 (3 – 19)
Số hạch di căn, n (%)	
Có	7 (24.1)
Không	22 (75.9)
Số hạch di căn trung bình, TB ± SD, (min - max)	2.1±1.7 (1 – 5)
FVPTC Ung thư tuyến giáp thể nhú biến thể nang NIFTP Ung thư tuyến giáp thể nang không xâm nhập có đặc trưng phân tử giống nhú	

Bảng 2: Đặc điểm phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật, n (%)	
Cắt toàn bộ + Vết hạch 2 bên	7 (24.1)
Cắt thùy và eo + Vết hạch 1 bên	21 (72.4)
Cắt thùy và eo + Vết hạch 1 bên + Lấy u đối bên	1 (3.4)
Thời gian mổ (phút), TB ± SD	
Tính chung	121.2±22.6
Cắt toàn bộ + Vết hạch 2 bên	144.3±23.7
Cắt thùy và eo + Vết hạch 1 bên	113.9±16.9
Cắt thùy và eo + Vết hạch 1 bên + Lấy u đối bên	130
Thời gian nằm viện (ngày), TB ± SD	6.2±1.4

Bảng 3: Kết quả phẫu thuật

Kết quả phẫu thuật, n (%)	Kết quả
Hạ calci tạm thời	1 (3.4)
Nói khàn	4 (13.8)
Tụ máu	1 (3.4)
Tê bì vùng cằm	3 (10.3)

Bảng 4: Điểm đau và mức độ hài lòng sau mổ

Điểm đau*, TB±SD (min - max)	
Ngày 1	2.8±1.4 (0 – 5)
Ngày 4	0.7±0.9 (0 – 2)
Ngày 7	0.1±0.3 (0 – 1)
Hài lòng, n (%)	
Rất hài lòng	17 (58.6)
Hài lòng	12 (41.4)
* VAS score (0–10)	

IV. BÀN LUẬN

Sau những báo cáo đầu tiên về TOETVA của Anuwong [2], nội soi cắt tuyến giáp qua tiền đình miệng đã được áp dụng rộng rãi trên thế giới. Tiếp theo, tác giả Kim [3] và Ahnn [4] đã báo cáo kết quả tương đương giữa TOETVA và mổ mở trong điều trị vi ung thư tuyến giáp. Nghiên cứu của chúng tôi bao gồm 29 bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp đã được phẫu thuật cắt tuyến giáp nội soi qua đường

tiền đình miệng kèm theo vết hạch khoang cổ trung tâm dự phòng tại Việt Nam.

Trong số 29 bệnh nhân, có 3 trường hợp (10,3%) tiền sử bệnh Grave's, đã được cắt toàn bộ tuyến giáp và vết hạch khoang cổ trung tâm hai bên, không chảy máu sau phẫu thuật, liệt thần kinh thanh quản ngược và suy tuyến cận giáp vĩnh viễn. Tuy nhiên, thời gian phẫu thuật trung bình dài hơn đáng kể ở 3 bệnh nhân này ($153 \pm 21,6$ phút) so với những trường hợp khác ($117,5 \pm 19,8$ phút). Theo Jitpratoom, phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp qua tiền đình miệng là phương pháp điều trị khả thi và an toàn cho bệnh Grave's so với phẫu thuật mở [5].

Các báo cáo trước đây mở rộng ngăn cổ trung tâm bằng chỉ khâu qua da, hoặc dụng cụ kéo bằng kim loại. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng chỉ khâu qua da ở 2 sợi chỉ Vicryl 3.0 được đưa vào 2 thời điểm khác nhau. Thực tế, số hạch trung bình vết được là $7,8 \pm 3,7$ (từ 3-19 hạch), cao hơn so với số lượng báo cáo trong những nghiên cứu trước đây. Theo Ahn, số lượng hạch cổ trung tâm vết được trong TOETVA trung bình là $3,67 \pm 3,05$, tương đương với nhóm phẫu thuật mở ($5,03 \pm 3,99$ hạch) [4].

Chúng tôi gặp 4 trường hợp (13,8%) có khả năng thoát qua, cao hơn so với nghiên cứu của Ahn (4,7%) [4] và Kim (4,5%) [3]. Tuy nhiên, tất cả các trường hợp hồi phục hoàn toàn trong vòng 14

ngày sau phẫu thuật. Tỷ lệ suy tuyến cận giáp trong nghiên cứu của chúng tôi là 3,4%, tương đương với nghiên cứu của Ahn [4] trong nhóm TOETVA (3,3%). Tỷ lệ khàn tiếng và suy cận giáp tạm thời trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn trong phương pháp mở mổ. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có tỷ lệ 10,3% bị tê bì cằm. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ có 1 bệnh nhân (3,4%) tụ máu sau mổ. Tuy nhiên, bệnh nhân này không có triệu chứng nào của sự tắc nghẽn đường thở (ví dụ: khó thở, thở khò khè hay thiếu oxy), và không cần can thiệp gì. Khối máu tụ biến mất sau 30 ngày khi siêu âm vùng cổ. Những biến chứng khác như tổn thương khí quản, thực quản, hay nhiễm trùng không xảy ra với các bệnh nhân trong nghiên cứu này.

Bệnh nhân cắt tuyến giáp qua nội soi đường tiền đình miệng có điểm đau vào ngày thứ 1, 4, 7 thấp hơn so với phẫu thuật qua đường nách vú 1 bên, bởi vì mặt phẳng bóc tách của TOETVA ít mở rộng hơn so với nách vú 1 bên, nách vú 2 bên hay kỹ thuật sử dụng robot. Nhìn chung, hầu hết bệnh nhân đều rất hài lòng với TOETVA.

V. KẾT LUẬN

Những kết quả ban đầu về khía cạnh ung thư, các biến chứng sau phẫu thuật và hiệu quả thẩm mỹ đã hỗ trợ cho việc sử dụng TOETVA trong phẫu thuật vi ung thư tuyến giáp

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I. và cộng sự. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 68(6), 394–424.
2. Anuwong A., Ketwong K., Jitpratoom P. và cộng sự. (2018). Safety and Outcomes of the Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach. JAMA Surg, 153(1), 21–27.
3. Kim S.Y., Kim S.-M., Makay Ö. và cộng sự. (2020). Transoral endoscopic thyroidectomy using the vestibular approach with an endoscopic retractor in thyroid cancer: experience with the first 132 patients. Surg Endosc.
4. Ahn J. và Yi J.W. (2020). Transoral endoscopic thyroidectomy for thyroid carcinoma: outcomes and surgical completeness in 150 single-surgeon cases. Surg Endosc, 34(2), 861–867.
5. Jitpratoom P., Ketwong K., Sasanakietkul T. và cộng sự. (2016). Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach (TOETVA) for Graves' disease: a comparison of surgical results with open thyroidectomy. Gland Surg, 5(6), 546–552.