

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI TUYẾN GIÁP QUA ĐƯỜNG TIỀN ĐÌNH MIỆNG TẠI KHOA NGOẠI UNG BƯỚU BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP

Nguyễn Kim Tươi<sup>1</sup>, Nguyễn Quang Hiệp<sup>1</sup>, Nguyễn Thanh Tùng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua đường tiền đình miệng (TOETVA) đã được áp dụng rộng rãi tại Việt Nam trong phẫu thuật tuyến giáp lành tính cũng như ung thư. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 50 trường hợp đã áp dụng kỹ thuật này. Với kích thước trung bình, thời gian phẫu thuật trung bình, thời gian hậu phẫu, điểm đau sau mổ. Với biến chứng sau mổ ghi nhận 1 trường hợp nhiễm trùng sau mổ, 3 trường hợp tụ dịch sau mổ. không có trường hợp nào chảy máu, tổn thương thần kinh, cận giáp, tất cả đều hài lòng về mặt thẩm mỹ.

### SUMMARY

#### EVALUATION OF RESULTS OF TRANSORAL ENDOSCOPIC THYROIDECTOMY VESTIBULAR APPROACH AT THE DEPARTMENT OF ONCOLOGY SURGERY - VIET TIEP HOSPITAL

Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach (TOETVA) has been widely applied in Vietnam in both benign and malignant thyroid surgery. We conducted a study on 50 cases utilizing this technique. With average size,

operative time, postoperative time, and postoperative pain score. Regarding postoperative complications, we recorded 3 case of postoperative infection, case of postoperative seroma. There were no cases of bleeding, nerve injury, or hypoparathyroidism. All cases were satisfied with the cosmetic outcome.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý tuyến giáp đang ngày phổ biến và trẻ hóa. Phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị chính cho bướu giáp lành tính và ung thư tuyến giáp. Cùng với nhu cầu về thẩm mỹ ngày càng cao. Các phương pháp phẫu thuật nội soi tuyến giáp ngày càng được chú ý tới. Tuy nhiên, các phẫu thuật nội soi tuyến giáp trước đây lại không thể xem là xâm lấn tối thiểu vì cần bóc tách vạt da nhiều trong phẫu thuật. Ngoài ra, các phẫu thuật nội soi trước đây đều để lại sẹo tại vị trí rạch da<sup>[1]</sup>. Từ năm 2008, kỹ thuật phẫu thuật nội soi qua đường tự nhiên đã được áp dụng trong cắt giáp, qua dưới lưỡi hoặc đường nách vú..., khởi đầu trên mô hình động vật, sau đó áp dụng trên xác, và đã được thực hành thành công trên người<sup>[2]</sup>. Trong đó, kỹ thuật tiếp cận qua đường tiền đình miệng đã được phát triển và áp dụng thành công ở ngày càng nhiều các quốc gia trên toàn cầu. Tác giả Anuwong là một trong những tác giả đầu tiên thực hiện thành công kỹ thuật này với cỡ mẫu lớn bệnh nhân, và có so sánh với phẫu thuật mổ mở, với kết quả không để lại sẹo trên da, đạt kết quả thẩm mỹ tốt hơn mà không khác biệt về

<sup>1</sup>Bác sĩ Khoa Ngoại Ung bướu và chăm sóc giảm nhẹ BV Hữu Nghị Việt Tiệp

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Kim Tươi  
ĐT: 0369491486

Email: nguyengkimtuoiv.yhp@gmail.com

Ngày nhận bài: 12/4/2024

Ngày phản biện khoa học: 29/4/2024

Ngày duyệt bài: 7/5/2024

biến chứng so với mổ mở<sup>[3]</sup>.

Chúng tôi bắt đầu áp dụng kỹ thuật phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua đường tiền đình miệng (TOETVA) tại BV Hữu Nghị Việt Tiệp từ tháng những năm 2020 dưới sự hỗ trợ của chuyên gia và triển khai thường quy từ 11 - 2022 . Qua 50 trường hợp được phẫu thuật cắt giáp với kỹ thuật này, chúng tôi nhận thấy những kết quả rất khả quan, và có thể áp dụng rộng rãi cho nhiều đối tượng bệnh nhân bị bệnh lý tuyến giáp.

**Mục tiêu nghiên cứu:**

- Đánh giá tính an toàn của phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua đường tiền đình miệng
- Đánh giá sự hài lòng về mặt thẩm mỹ của bệnh nhân sau mổ.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu tiến cứu mô tả loạt ca, trên 50 trường hợp đã được thực hiện phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua đường tiền đình miệng, tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp từ 11-2022 đến 11-2023

Tiêu chí bệnh nhân được áp dụng kỹ thuật TOETVA

- U lành tuyến giáp: Bệnh nhân u tuyến

giáp chẩn đoán trước mổ lành tính dựa vào siêu âm vùng cổ và tế bào học qua chọc hút bằng kim nhỏ

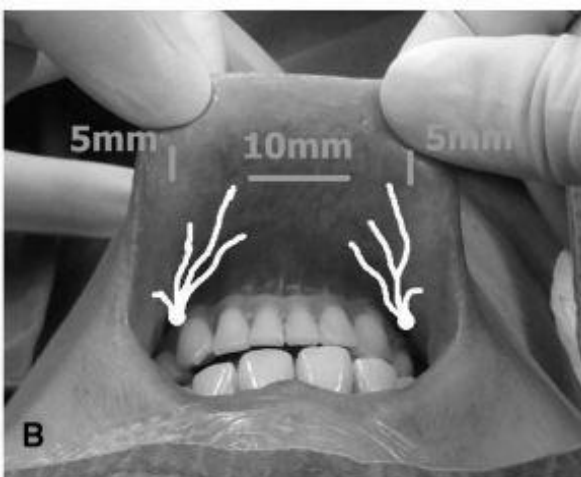
- Kích thước u < 6cm
- Ung thư tuyến giáp: thể biệt hóa T1N0M0

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Ung thư tuyến giáp xâm lấn rộng tổ chức xung quanh hoặc có hạch di căn
- Tiền sử phẫu thuật, xạ trị vùng cổ
- Tình trạng viêm cấp tính toàn thân hoặc tại vùng cổ
- Có chống chỉ định chung của phẫu thuật, gây mê hồi sức

**Kỹ thuật mổ áp dụng trong nghiên cứu**

Dùng dao mổ rạch đường 10 mm tại vị trí tiền đình miệng môi dưới cách khe lợi hàm 10- 12mm. Bóc tách vùng trung tâm xuống qua cằm. Bơm 30ml Nacl 0,9% pha adrenalin 1/200.000 tách lớp cơ bám da cổ khỏi cơ trước giáp. Đặt trocar 10mm, bơm CO2 với tốc độ 10L/phút qua lỗ trocar 10mm. Tiếp theo, dùng dao mổ tạo đường 5mm trên môi dưới 2 bên, bên cạnh răng nanh 2 bên để tránh tổn thương thần kinh cằm



**Hình 1. Vị trí đường mổ, và lưu ý tránh tổn thương thần kinh cằm (trái), vị trí đặt các trocar trong phẫu thuật (phải)<sup>[4]</sup>**

Đặt trocar 5mm 2 bên vào phẫu trường, 2 trocar này đặt song song với trocar 10mm. Bóc tách phía dưới sát cơ bám da cổ tạo khoang. Mở đường giữa 2 cơ trước giáp để bộc lộ eo giáp, tuyến giáp và khí quản. Dùng chỉ khâu từ ngoài da, vòng qua cơ dưới móng, và quay lại ngoài da để kéo cơ dưới móng qua 1 phía nhằm bộc lộ tuyến giáp. Bắt đầu cắt thùy thấp và đi tiếp xuống dưới cắt eo tuyến. Khi bộc lộ thấy khoang vô mạch giữa cực trên tuyến giáp và sụn giáp, quan sát thấy động mạch giáp trên, đôi khi cả nhánh ngoài thần kinh thanh quản trên cũng có trong khoang này. Tiến hành cắt động mạch giáp trên bằng dao siêu âm, bảo tồn thần kinh và tuyến cận giáp cực trên. Dùng dụng cụ nắm để kéo phần tuyến giáp đã cắt

cực trên về phía đối diện, giúp bộc lộ thần kinh quặt ngược thanh quản. Sau đó, cắt cực dưới tuyến giáp, bảo tồn thần kinh và tuyến cận giáp cực dưới. Đối với trường hợp ung thư tuyến giáp cắt bỏ thùy kèm theo eo giáp, dùng kely tách dọc theo hướng đi của thần kinh thanh quản quặt ngược xuống hõm ức. Vết hạch cổ trung tâm dự phòng. Sau khi cắt bỏ bệnh phẩm, đưa 1 túi nhỏ có dây cột miệng túi qua trocar 10mm, đưa bệnh phẩm vào túi này và kéo đến miệng trocar 10mm. Dùng kẹp để kéo bệnh phẩm ra ngoài. Khâu vết mổ bằng chỉ tan chromic 4 - 0 hoặc bằng chỉ tan viryl rapide 4 - 0.

#### Theo dõi sau mổ

BN được tái khám sau mổ 1, 3, 6 tháng để đánh giá biến chứng tạm thời, vĩnh viễn.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua 50 trường hợp được thực hiện phẫu thuật nội soi cắt giáp qua đường tiền đình miệng tại BV Hữu Nghị Việt Tiệp với những đặc điểm sau:

**Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân**

Đặc điểm		Số lượng BN (50)	Tỉ lệ % (100%)
Giới tính	Nữ	47	94
	Nam	3	6
Tuổi	Trung bình	30.65 ± 8.12	
Vị trí u	Thùy trái	21	42
	Thùy P	25	50
	Eo	4	6
Kích thước u	Trung bình	25.06 ± 11.03	
	Trung vị	28 (4-45) mm	
Phương pháp phẫu thuật	Cắt thùy	42	88
	Lấy u	4	6
	Cắt thùy + VHC	4	6

**Kết quả GPB sau mổ:**

46 trường hợp cho kết quả bươu giáp nhân lành tính. 4 trường hợp ung thư tuyến giáp thể nhú tuy nhiên không phát hiện hạch di căn trên mẫu hạch cổ trung tâm được vét dự phòng

Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình là 92,09 phút  $\pm$  39,18 phút, (55-120 phút)

Lượng máu mất

Lượng máu mất trong mổ  $\sim$  5 - 20ml máu, không trường hợp nào chảy máu sau mổ.

Thời gian nằm viện

Sau mổ, BN nằm viện phần lớn là 3 ngày, chỉ có 6 trường hợp nằm viện trên 3

ngày (chiếm 12%). Trường hợp ngắn nhất là 2 ngày.

**Đau sau mổ**

Điểm đau sau mổ theo thang điểm của VAS trung bình là 2,09 điểm, phần lớn bệnh nhân đau tại ngày đầu tiên sau mổ, tới ngày thứ 2 chỉ còn cơn đau nhẹ

**Biến chứng hậu phẫu**

Các biến chứng được ghi nhận gồm: 3 trường hợp có bầm tím vùng cằm, 3 trường hợp có tụ dịch tại hố giáp, 2 trường hợp đau tê vùng cằm, tất cả đều hồi phục sau 1 tuần – 1 tháng. Có 1 trường hợp nhiễm vi khuẩn lao không điển hình cơ hội. Còn lại không ghi nhận các biến chứng khác.



**Hình 2: Trường hợp nhiễm vi khuẩn lao không điển hình (Trước và sau điều trị lao)**

Bn sau mổ không có biểu hiện tụ dịch, chảy máu. Sau 1 tháng xuất hiện khối lớn dần vùng cổ nhiều dịch căng dọc theo đường đi trocart và phẫu trường, không sưng nóng đỏ đau. Đã chọc hút dịch ra dịch vàng trong nhiều lần không hết. Bn được chỉ định phẫu thuật làm sạch tổn thương. Trong tổn thương là cấu trúc dạng thạch, tăng sinh mạch máu

nhiều. Kết quả nuôi cấy vi khuẩn => Lao không điển hình. Hiện tại tháng thứ 6 điều trị lao bn ổn định, không xuất hiện khối vùng cổ.

**IV. BÀN LUẬN**

Kỹ thuật TOETVA đã được thực hiện nhiều nơi trên toàn thế giới, với những kết

quả rất khả quan về tính an toàn và về mặt thẩm mỹ. Kỹ thuật này thỏa mãn được yêu cầu không để lại sẹo, xâm lấn tối thiểu, đạt mục tiêu tối ưu hóa tính thẩm mỹ và chất lượng cuộc sống của người bệnh sau phẫu thuật<sup>[5],[6],[7]</sup>.

Kỹ thuật này được báo cáo thành công đầu tiên bởi Anuwong, năm 2016, trên 60 bệnh nhân, với đường mổ cải tiến tránh thần kinh cảm, đã đem lại kết quả rất tốt về mặt thẩm mỹ và tính an toàn<sup>[8]</sup>. Từ đó, kỹ thuật mổ với đường tiếp cận qua tiền đình miệng đã trở thành kỹ thuật mổ qua lỗ tự nhiên được ưa chuộng trên toàn cầu. Kỹ thuật này được lan rộng nhanh chóng trên toàn cầu chứng tỏ tính dễ thực hiện, tính an toàn và cả về tính thẩm mỹ cao. Tác giả Anuwong tiếp tục công bố các công trình tiếp theo của mình vào năm 2017 và 2018 với những cỡ mẫu lớn hơn và có so sánh với mổ mở, cũng đạt kết quả rất thành công<sup>[3],[4]</sup>.

Điều quan trọng trong thực hiện kỹ thuật TOETVA là lựa chọn bệnh nhân phù hợp với kỹ thuật này. Thông thường, theo các nghiên cứu được tiến hành trên toàn cầu, kích thước bướu thường phải < 6cm đối với bướu lành, và < 2cm đối với bướu ung thư. Trong nhóm đối tượng câu chúng tôi cũng có kích thước theo tiêu chuẩn như vậy.

Anuwong ghi nhận thời gian phẫu thuật trung bình là 85 phút (dao động từ 45 - 177 phút) đối với phẫu thuật cắt thùy<sup>[4]</sup>. Chúng tôi thực hiện phẫu thuật với thời gian tương đối dài hơn so với Anuwong Thời gian phẫu thuật trung bình là 92,09 phút ± 39,18 phút, (55-120 phút).

Về biến chứng sau mổ, nhìn chung các phẫu thuật tuyến giáp qua mổ mở ghi nhận tỷ lệ tổn thương thần kinh hồi thanh quản tạm thời là 2,11 - 11,8%, còn vĩnh viễn là 0,2 - 5,9%. Với Anuwong, tỷ lệ tổn thương thần kinh hồi thanh quản tạm thời và vĩnh viễn tương ứng là 2,67% và 0%, cũng tương đương với phẫu thuật mổ mở. Chúng tôi ghi nhận, trong 100 trường hợp, không có trường hợp nào bị tổn thương thần kinh hồi thanh quản

Bảo vệ tuyến cận giáp là một trong những điểm rất quan trọng của phẫu thuật tuyến giáp. Kỹ thuật TOETVA cho phép quan sát tuyến phó giáp dễ dàng nhờ cách tiếp cận từ trên xuống, phối hợp với nhìn qua camera. Anuwong ghi nhận tỷ lệ suy phó giáp thoáng qua là 17,5%, suy phó giáp vĩnh viễn là 0%<sup>[4]</sup>. Tất cả các trường hợp của chúng tôi là cắt thùy giáp, không có trường hợp nào suy phó giáp sau mổ.

Tuy TOETVA là phẫu thuật sạch-nhiễm, vì tiếp cận qua đường hốc miệng, tuy nhiên chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào bị nhiễm trùng sau mổ. Tương tự vậy, Anuwong thực hiện trên 200 trường hợp cũng không có trường hợp nào nhiễm trùng<sup>[4]</sup>.

Một biến chứng đặc biệt của phẫu thuật này là tổn thương thần kinh cảm. Thần kinh cảm là thần kinh cảm giác cho vùng môi dưới và cằm. Trong các báo cáo trước đây của TOETVA, tỷ lệ tổn thương thần kinh cảm khá cao<sup>[8]</sup>. Tác giả Anuwong đã có cải tiến, là dời đường mổ bên ra phía ngoài, cạnh bên của răng nanh, và gần với mô dưới

hơn. Và tác giả ghi nhận trong nghiên cứu của mình chỉ có 1,5% trường hợp có tổn thương thần kinh cảm và đều hồi phục sau 2 tháng<sup>[4]</sup>. Chúng tôi cũng áp dụng kỹ thuật như Anuwong, và cũng ghi nhận chỉ có 2 trường hợp (4%) bị tê vùng cảm, tương tự như tác giả trên. Những trường hợp này tự hết trong 1 tháng.

Ngoài những biến chứng trên, chúng tôi ghi nhận các biến chứng rất hạn chế, với 3 trường hợp có bầm máu nhẹ, 2 trường hợp có sưng nề nhẹ. Các ghi nhận này cũng phù hợp với các nghiên cứu lớn trên thế giới.

Về kết quả thẩm mỹ, chúng tôi thấy rằng 100% trường hợp đều hài lòng về kết quả sau mổ, nhờ kỹ thuật này không để lại sẹo trên da, bệnh nhân hồi phục nhanh và có thể quay lại cuộc sống bình thường nhanh.

## V. KẾT LUẬN

Qua bước đầu áp dụng trên 50 trường hợp đầu tiên, chúng tôi thấy rằng phẫu thuật nội soi cắt giáp qua ngã tiền đình miệng đem lại tính an toàn, với tỷ lệ biến chứng thấp, lượng máu mất ít, thời gian nằm viện ngắn, đồng thời đem lại kết quả thẩm mỹ cao cho người bệnh. Kỹ thuật này có thể áp dụng cho các trường hợp bướu lành và bướu ung thư kích thước nhỏ. Tuy nhiên, cần thiết phải có nghiên cứu tiến cứu, có nhóm chứng, với thời gian theo dõi dài, nhằm đánh giá kết quả lâu dài của kỹ thuật này trên những trường hợp bướu lành và ung thư tuyến giáp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Choe JH, Kim SW, Chung KW, et al.

Endoscopic thyroidectomy using a new bilateral axillo-breast approach. *World J Surg*. 2007; 31(3): 601 - 606.

2. Witzel K, von Rahden BH, Kaminski C, Stein HJ. Transoral access for endoscopic thyroid resection. *Surg Endosc*. 2008; 22(8): 1871 -1875.
3. Anuwong A, Ketwong K, Jitpratoom P, Sasanakietkul T, Duh QY. Safety and Outcomes of the Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach. *JAMA Surg*. 2017. doi:10.1001/jamasurg.2017.3366
4. Anuwong A, Sasanakietkul T, Jitpratoom P, Ketwong K, et al. Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach (TOETVA): indications, techniques and results. *Surg Endosc*. 2017. DOI 10.1007/s00464-017 - 5705 - 8.
5. Koo DH, Kim DM, Choi JY, Lee KE, Cho SH, Youn YK (2015). In-depth survey of scarring and distress in patients undergoing bilateral axillo- breast approach robotic thyroidectomy or conventional open thyroidectomy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 25: 436 - 439.
6. Arora A, Swords C, Garas G, Chaidas K, Prichard A, Budge J, Davies DC, Tolley N (2016). The perception of scar cosmesis following thyroid and parathyroid surgery: a prospective cohort study. *Int J Surg* 25: 38 - 43.
7. Lee MC, Park H, Lee BC, Lee GH, Choi IJ (2016). Comparison of quality of life between open and endoscopic thyroidectomy for papillary thyroid cancer. *Head Neck* 38(Suppl 1): E827 - E831.
8. Anuwong A (2016). Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach: a series of the first 60 human cases. *World J Surg* 40:491– 497.