

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI TUYẾN GIÁP QUA ĐƯỜNG MIỆNG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN GIÁP THỂ NHÚ TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỞU THANH HÓA

Lưu Xuân Thông¹, Nguyễn Quang Hưng¹, Phạm Công Thiết¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua đường miệng bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú tại Bệnh viện ung bướu Thanh Hóa.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả hồi cứu 35 hồ sơ bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú được phẫu thuật nội soi qua đường miệng từ tháng 7/2022 đến tháng 4/2024 tại Khoa ngoại Đầu Mặt Cổ, Bệnh viện ung bướu Thanh Hóa

Kết quả: 29 nữ và 6 nam bệnh nhân được thực hiện TOETVA không có trường hợp nào chuyển mổ mở. Tuổi trung bình $34,06 \pm 7,9$ tuổi, thời gian phẫu thuật trung bình là $110,7 \pm 31,6$ phút. Có 12 ca cắt thùy và eo giáp với thời gian mổ trung bình $98,3 \pm 30,0$ phút, 11 ca cắt thùy và eo kèm nạo hạch trung tâm thời gian mổ trung bình $109,5 \pm 31,9$ phút và 12 ca cắt giáp toàn bộ nạo hạch trung tâm thời gian mổ trung bình $124,2 \pm 29,7$ phút. Số hạch vét được trung bình là $7,8 \pm 4,9$ (1-21) hạch, tỉ lệ di căn hạch cổ khoang trung tâm là 56,5%. Tồn thương thần kinh quặt ngược 3 ca (8,6%), vĩnh viễn 1 ca (2,8%); suy cận giáp tạm thời 3 ca (8,6%), vĩnh viễn 1 ca (2,8%), không có trường hợp nào nhiễm trùng vết mổ.

¹Bệnh viện Ung bướu Thanh Hóa

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Xuân Thông

ĐT: 0916686629

Email: luuxuanthong@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/4/2024

Ngày phản biện khoa học: 4/5/2024

Ngày duyệt bài: 17/5/2024

Kết luận: phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua đường miệng khả thi, an toàn và hiệu quả cho bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú được lựa chọn.

SUMMARY

SURGICAL OUTCOME OF TRANSARAL ENDOSCOPIC THYROIDECTOMY VESTIBULAR APPROACH TREATED PAPILLARY THYROID CARCINOMA

Objective: To evaluate the surgical results of transaral endoscopic thyroidectomy vestibular approach (TOETVA) treated papillary thyroid carcinoma at Thanhhoa oncology Hospital.

Methods: A retrospective descriptive study on 35 records of patients with papillary thyroid carcinoma who underwent TOETVA at Thanh Hoa oncology Hospital from July 2022 to April 2024.

Results: 35 patients: 29 female, 6 male, mean age $34,06 \pm 7,9$ age. No case required a conversion to an open procedure. Total thyroidectomy and central lymph node dissection: 12 cases (34,3%); lobectomy and isthmusectomy and ipsilateral central lymph node dissection: 11 cases (31,3%); lobectomy and isthmusectomy: 12 cases (34,3%). Mean time operation: $124,2 \pm 29,7$ min; $109,5 \pm 31,9$ min, $98,3 \pm 30,0$ min. Central neck node dissection for 23 patients: 13 cases with node metastases. Recurrent laryngeal nerve (RLN) injury: transient 3 cases (8,6%), permanent 1 case (2,8%); Hypoparathyroidism: transient 2

cases (5,7%), permanent 1 case (2,8%); There were no cases of infection in our patients.

Conclusion: TOETVA was shown to be safe and feasible for treatment of papillary thyroid carcinoma in our patients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp là ung thư hay gặp nhất của hệ nội tiết và nằm trong nhóm 10 bệnh ung thư có tỉ lệ mắc cao nhất ở nữ giới tại Việt Nam [1]. Ung thư tuyến giáp có nhiều thể mô bệnh học trong đó ung thư biểu mô thể nhú (PTC- Papillary Thyroid Carcinoma) chiếm khoảng 80%, là thể có tiên lượng tốt. Cho đến nay, phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị chính ung thư tuyến giáp, phẫu thuật mở để lại sẹo vùng cổ trước ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ và tâm lý cho người bệnh. Do đó, phẫu thuật nội soi đã được ứng dụng trong phẫu thuật tuyến giáp nhằm cải thiện kết quả thẩm mỹ cho bệnh nhân. Hiện nay có nhiều phương pháp mổ nội soi tuyến giáp, trong đó phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua tiền đình miệng (Transoral Endoscopy Thyroidectomy Vestibular Approach – TOETVA) là phương pháp mới và cho thấy có nhiều ưu điểm so với các phương pháp trước đó, đặc biệt không để lại sẹo trên da. Phương pháp này đã được thực hiện tại nhiều nơi trên thế giới và Việt Nam, tuy nhiên các nghiên cứu về TOETVA trên bệnh nhân ung thư tuyến giáp tại Việt Nam chưa nhiều.

Bệnh viện ung bướu Thanh Hóa đã thực hiện TOETVA từ năm 2020 cho u giáp lành tính và ung thư tuyến giáp thể nhú giai đoạn sớm (cT1N0M0) từ năm 2022 đến nay, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua tiền đình miệng cho bệnh nhân ung thư

tuyến giáp thể nhú tại Bệnh viện ung bướu Thanh Hóa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

35 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú đã được phẫu thuật nội soi qua đường miệng từ tháng 07/2022 đến tháng 4/2024 tại khoa Ngoại Đầu Mặt Cổ - Bệnh viện ung bướu Thanh Hóa. Chỉ định chung TOETVA cho bệnh nhân tuyến giáp có kích thước mỗi thùy tuyến giáp không quá 6cm (kích thước lớn nhất), bình giáp, không có tiền sử phẫu thuật hay tia xạ vùng cổ trước và vùng cằm, không có viêm nhiễm khoang miệng; đối với nhân giáp lành tính kích thước không quá 4cm, nhân nghi ngờ hoặc phù hợp ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú (PTC) kích thước không quá 1cm, chưa xâm lấn ra ngoài tuyến giáp, không có bằng chứng hay nghi ngờ di căn hạch cổ và di căn xa.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân đã được thực hiện TOETVA có chẩn đoán mô bệnh học sau mổ là ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú;
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ: không đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu

2.3. Chỉ số và biến số nghiên cứu:

- Kết quả phẫu thuật: tỉ lệ chuyển mổ mở, thời gian phẫu thuật, mức độ cắt giáp, mức độ vét hạch cổ, tỉ lệ di căn hạch, thời gian nằm viện sau mổ.
- Tai biến, biến chứng: tổn thương thần kinh quặt ngược, suy cận giáp trạng, tổn thương thần kinh cảm, chảy máu, tụ dịch, nhiễm trùng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

35 bệnh nhân gồm 29 nữ và 6 nam đã được thực hiện TOETVA từ tháng 7/2022 đến tháng 4/2024, không có trường hợp nào chuyển mổ mở. Tuổi trung bình của các bệnh nhân là $34,06 \pm 7,9$ tuổi. Có 31 bệnh nhân

chẩn đoán tế bào học trước mổ qua chọc hút bằng kim nhỏ là nghi ngờ và phù hợp với ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú, 4 trường hợp tế bào học là lành tính và u thể nang, kích thước u trung bình của 2 nhóm lần lượt là $17,5 \pm 12,5\text{mm}$ và $9,2 \pm 1\text{mm}$.

Bảng 1: Kết quả phẫu thuật

Biến số	Giá trị
Quy trình phẫu thuật: n, %	35 (100%)
- Cắt thùy (\pm eo giáp)	12 (34,3%)
- Cắt thùy, vét hạch trung tâm	11 (31,4%)
- Cắt toàn bộ, vét hạch trung tâm	12 (34,3%)
Thời gian phẫu thuật (phút): TB\pmSD, (min-max)	
- Tất cả	$110,7 \pm 31,6$ (50-180)
- Cắt thùy (\pm eo giáp)	$98,3 \pm 30,0$
- Cắt thùy, vét hạch trung tâm	$109,5 \pm 31,9$
- Cắt toàn bộ, vét hạch trung tâm	$124,2 \pm 29,7$
Vết hạch:	
- Số ca vét hạch	23
- Số hạch vét được: TB \pm SD	$7,8 \pm 4,9$ (1-21)
- Số ca di căn hạch	13
- Tỷ lệ di căn hạch	56,5%
Thời gian hậu phẫu (ngày): TB\pmSD	$7,9 \pm 1,5$

23/35 bệnh nhân (65,7%) được thực hiện phẫu thuật cắt giáp kèm vét hạch cổ trung tâm, trong đó những trường hợp cắt thùy và eo được vét hạch trung tâm cùng bên, các trường hợp cắt giáp toàn bộ được vét hạch cổ trung tâm 2 bên, tỉ lệ bệnh nhân có di căn hạch là 56,5%.

Bảng 2: Tai biến, biến chứng phẫu thuật

Biến số	Giá trị (n,%)
Tổn thương TKTQ quặt ngược	
- Tạm thời	3 (8,6%)
- Vĩnh viễn	1 (2,8%)
Suy cận giáp	
- Tạm thời	2 (5,7%)
- Vĩnh viễn	1 (2,8%)
Tổn thương TK cầm	
- Tạm thời	7 (20,0%)
- Vĩnh viễn	0
Chảy máu sau mổ	0
Tụ dịch	1 (2,8%)
Nhiễm trùng	0

Tổn thương thần kinh cảm với biểu hiện tê bì vùng môi dưới gặp nhiều nhất 20%, không có trường hợp nào chảy máu sau mổ hay bị nhiễm trùng vết mổ.

IV. BÀN LUẬN

Trong phẫu thuật ung thư tuyến giáp cần phải xử lý u nguyên phát và hạch cổ, trong đó đối với u nguyên phát có các mức độ cắt giáp gồm: cắt thùy giáp kèm eo hoặc không và cắt toàn bộ tuyến giáp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ cắt giáp toàn bộ là 34,3% tương đương với kết quả của Jin (2018) là 35% và cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hậu và Ngô Quốc Duy lần lượt là 13,9% và 13,3% [2], [3], [4]. Khác biệt này do quy trình phẫu thuật liên quan đến đánh giá hạch cổ. Đối với hạch cổ, trong ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú (PTC-Papillary Thyroid Carcinoma) hiện nay có 2 quan điểm đó là vét hạch chọn lọc và vét hạch dự phòng. Trong nghiên cứu này, ban đầu chúng tôi chỉ vét hạch chọn lọc khoang trung tâm khi kiểm tra trong mổ có hạch nghi ngờ, sau đó từ năm 2023 chúng tôi tiến hành vét hạch trung tâm cùng bên thường quy và sinh thiết tức thì, nếu có hạch di căn, bệnh nhân sẽ được cắt giáp toàn bộ và tiếp tục vét hạch trung tâm còn lại. Trong tổng số 35 bệnh nhân, 23 bệnh nhân được thực hiện vét hạch cổ trung tâm, số hạch vét được trung bình là $7,8 \pm 4,9$ hạch, trường hợp vét được nhiều nhất là 21 hạch, ít nhất là 01 hạch, cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hậu (2023) là $5,9 \pm 3,9$ hạch, Nguyễn Quốc Duy (2021) là $4,9 \pm 2,9$ hạch [3], [4]. Sự khác biệt này có lẽ do đặc điểm nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi “trẻ” hơn so với

các tác giả. Tỷ lệ bệnh nhân có di căn hạch là 13/23 (56,5%), mặc dù tất cả các bệnh nhân đều được khảo sát hạch cổ bằng siêu âm trước mổ và không có hạch nghi ngờ tuy nhiên có thể thấy tỉ lệ di căn hạch nhóm VI ở bệnh nhân cNo là khá cao. XiangZhong hồi cứu 582 bệnh nhân ung thư giáp thể nhú cNo được phẫu thuật cắt giáp toàn bộ hoặc một bên kèm nạo hạch cổ trung tâm từ tháng một năm 2020 đến tháng ba năm 2021 thấy rằng tỉ lệ di căn hạch là 53,6% tương đương với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Theo tác giả này các yếu tố tiên lượng nguy cơ di căn hạch trung tâm là giới tính nam, tuổi <45, kích thước u >1cm; có khá nhiều trường hợp trong nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có các đặc điểm trên [5]. Từ các kết quả trên cho thấy khả năng xử lý tốt u nguyên phát (mức độ cắt bỏ tuyến giáp) và hạch cổ trung tâm của TOETVA đối với bệnh nhân PTC trong nghiên cứu này.

Về thời gian phẫu thuật, trung bình thời gian phẫu thuật là $109,6 \pm 31,3$ phút, thời gian phẫu thuật càng dài ở các nhóm cần thực hiện nhiều nội dung phẫu thuật hơn, nhóm cắt giáp toàn bộ vét hạch trung tâm có thời gian phẫu thuật trung bình là $124,2 \pm 29,7$ phút tương đương với kết quả của Trần Đức Toàn thực hiện tại Bệnh viện K trung ương là $124,5 \pm 22,16$ phút, kết quả này lớn hơn so với Nguyễn Xuân Hậu (2023) là $119,9 \pm 27,8$ phút vì kinh nghiệm của chúng tôi còn ít hơn [3], [6]. Jin Wook Yi (2018) tiến hành TOETVA cho 20 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú liên tiếp thời gian phẫu thuật trung bình là $152 \pm 51,4$ phút, cắt toàn bộ tuyến giáp là $164,3 \pm 43,5$ phút, kết quả này cao hơn nghiên cứu của chúng tôi có

thể vì tiêu chuẩn chọn bệnh nhân của tác giả có kích thước U lớn hơn ($u < 2\text{cm}$) so với nghiên cứu của chúng tôi ($u < 1\text{cm}$) [2]. Deroide (2021) báo cáo kinh nghiệm 90 ca TOETVA đầu tiên kích thước u trung bình là $3.61 \pm 1.99\text{ cm}$, thời gian phẫu thuật trung bình là 134 ± 45 phút, như vậy ngoài kích thước u thì kinh nghiệm phẫu thuật càng nhiều thì thời gian phẫu thuật cũng giảm xuống [7].

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình của các bệnh nhân là $7,9 \pm 1,5$ ngày, cao hơn đa số các nghiên cứu trong và ngoài nước: Ahn $3,64 \pm 1,71$ ngày, NQ Duy $4,9 \pm 0,7$ ngày, NX Hậu $5,4 \pm 1,3$ ngày, khác biệt này điều kiện y tế ở các nơi khác nhau và khả năng tự chăm sóc của bệnh nhân, do ở tuyến tỉnh nhiều bệnh nhân mong muốn điều trị thật ổn định mới ra viện nên ngày hậu phẫu của chúng tôi khá dài.

Về tai biến, biến chứng của phẫu thuật, kết quả nghiên cứu ghi nhận tổn thương thần kinh thanh quản quặt ngược tạm thời là 3 ca (8,6%), vĩnh viễn là 1 ca (2,8%), tỉ lệ tổn thương tạm thời tương đương với kết quả của Trần Đức Toàn là 8,2%, cao hơn so với kết quả của Nguyễn Xuân Hậu (2023) chỉ có 2,4%, cả 2 tác giả này không có trường hợp nào bị tổn thương vĩnh viễn [3], [6]. Ahn thực hiện 150 ca TOETVA cho bệnh nhân PTC có 7 ca tổn thương tạm thời (4,6%) và 01 ca vĩnh viễn ($< 0,1\%$) [8]. Zheng và cộng sự thực hiện 297 ca TOETVA tại 2 bệnh viện ở Trung Quốc, tỉ lệ tổn thương thần kinh quặt ngược tạm thời là 1,3% và 1,3%; Deroide (2021) có tỉ lệ tổn thương thần kinh quặt ngược tạm thời là 7,8% Trường hợp tổn thương vĩnh viễn trong nghiên cứu của

chúng tôi có khả năng xảy ra do nhiệt của dao năng lượng cao (Ligasure, siêu âm) khi cắt dây chằng Berri. Về tổn thương tuyến cận giáp trạng, nghiên cứu của chúng tôi có hạ calci tạm thời 2 ca (5,7%), vĩnh viễn 1 ca (2,8%) cao hơn kết quả của Ahn là 5 ca tạm thời (3,3%) và 2 ca vĩnh viễn (1,3%); Deroide (2021) 6 ca tạm thời (6,7%), 2 ca vĩnh viễn (2,2%); trong nghiên cứu của Ngô Quốc Duy (2022) không có ca nào bị tai biến này, Nguyễn Xuân Hậu (2023) chỉ có 1 ca suy cận giáp tạm thời (0,3%) [3], [4], [7]. Lí do có sự khác biệt này là tỉ lệ phẫu thuật cắt giáp toàn bộ vết hạch cổ trung tâm trong nghiên cứu của chúng tôi là 34,3%, Deroide là 45,5%; trong khi tỉ lệ này ở nghiên cứu của Ahn là 26,7%, Nguyễn Xuân Hậu là 13,9%, Ngô Quốc Duy là 13,3% [3], [4], [8]. Khi cắt toàn bộ tuyến giáp kèm vết hạch cổ trung tâm thì nguy cơ tổn thương cận giáp trạng và thần kinh thanh quản quặt ngược cao hơn so với các mức độ phẫu thuật còn lại, đặc biệt rất hiếm khi hạ calci máu xảy ra ở bệnh nhân chỉ cắt 1 thùy tuyến giáp có kèm eo hoặc không.

Tỉ lệ tê bì vùng môi dưới xảy ra ở 20% bệnh nhân đa số ở những ca ban đầu, đều là tổn thương tạm thời và hồi phục sau đó trong khoảng 3 tháng tỉ lệ này tương đương với kết quả nghiên cứu của Ngô Quốc Duy (2022) là 20% [4]. Chúng tôi thấy rằng, sau khi có điều chỉnh về vị trí đặt troca 5 ra sát góc miệng hơn thì tỉ lệ này giảm đi. Hầu hết các tác giả báo cáo tỉ lệ tổn thương thần kinh cảm rất thấp: Nguyễn Xuân Hậu 2,8%; Jin Wook Yi 0% [2], [3]. Không có trường hợp nào nhiễm trùng hay chảy máu sau mổ điều này cần được đảm bảo bởi việc chuẩn bị

khoang miệng tốt trước khi phẫu thuật và sử dụng kháng sinh dự phòng kết hợp; việc dùng dao năng lượng cao (Ligasure hoặc siêu âm) giúp xử lý mạch máu tốt nên không xảy ra chảy máu sau mổ. Tất cả 35 bệnh nhân đều không đặt dẫn lưu, chỉ có 1 trường hợp (2,8%) tụ dịch hố mổ và được xử lý bằng chọc hút kết hợp băng ép nhẹ. Trong báo cáo của Anuwong 2017 với 200 ca TOETVA, tỉ lệ tụ dịch hố mổ là 5%, Ahn (2019) với có 2/150 bệnh nhân có tụ dịch. Chúng tôi thấy rằng khi kỹ thuật ngày càng hoàn thiện việc phẫu tích giảm sang chấn gây phù nề và việc bơm rửa trường mổ, lau khô trước khi khâu đường giữa là những yếu tố giúp giảm nguy cơ tụ dịch hố mổ.

V. KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu 35 bệnh nhân PTC được điều trị phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua đường miệng bước đầu cho thấy phương pháp này có tính khả thi, hiệu quả và an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GLOBOCAN 2020: New Global Cancer Data | UICC.** <<https://www.uicc.org/news/globocan-2020-global-cancer-data>>, accessed: 25/05/2024.
2. **Yi J.W., Yoon S.G., Kim H.S. và cộng sự.** (2018). Transoral endoscopic surgery for papillary thyroid carcinoma: initial experiences of a single surgeon in South Korea. *Ann Surg Treat Res*, 95(2), 73–79.
3. **Nguyễn X.H. và Tiêu V.L.** (2023). Kết quả phẫu thuật nội soi đường miệng bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp thể nhú. *VMJ*, 525(1A).
4. **Quốc Duy N. và Xuân Quý N.** (2022). Kết quả sớm phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua tiền đình miệng trong điều trị ung thư tuyến giáp thể nhú tại bệnh viện K. *VMJ*, 509(2).
5. **Zhong X., Lu Y., Yin X. và cộng sự.** (2022). Prophylactic central lymph node dissection performed selectively with cN0 papillary thyroid carcinoma according to a risk-scoring model. *Gland Surg*, 11(2), 378–388.
6. **Đức Toàn T., Xuân Quý N., Quốc Duy N. và cộng sự.** (2022). Kết quả phẫu thuật nội soi qua tiền đình miệng điều trị vi ung thư tuyến giáp thể nhú tại bệnh viện K. *VMJ*, 519(2).
7. **Deroide G., Honigman I., Berthe A. và cộng sự.** (2021). Trans oral endoscopic thyroidectomy (TOETVA): First French experience in 90 patients. *Journal of Visceral Surgery*, 158(2), 103–110.
8. **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.