

# KẾT QUẢ SƠM PHẪU THUẬT NỘI SOI TUYẾN GIÁP QUA TIỀN ĐÌNH MIỆNG ĐIỀU TRỊ U TUYẾN GIÁP TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU TỈNH THANH HÓA

Lưu Xuân Thông<sup>1,✉</sup>, Phạm Văn Thương<sup>2</sup>, Nguyễn Quang Hưng<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Ung bướu Thanh Hóa

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Mục đích của nghiên cứu này là đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua đường miệng điều trị u tuyến giáp. Nghiên cứu mô tả hồi cứu 41 bệnh nhân u tuyến giáp được điều trị bằng phẫu thuật nội soi qua tiền đình miệng tại Bệnh viện ung bướu Thanh Hóa từ tháng 5/2020 đến tháng 4/2023. Kết quả: Độ tuổi trung bình là  $30,9 \pm 9,2$  tuổi; 36 bệnh nhân nữ chiếm 87,8%; có 26 bệnh nhân u giáp lành, 15 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú. Kích thước u trung bình là  $20,4 \pm 10,7$ mm. Cắt toàn bộ tuyến giáp vét hạch trung tâm 3 trường hợp (7,3%), cắt thùy và eo giáp 4 trường hợp (9,8%), cắt một thùy giáp 32 trường hợp (78%), cắt eo giáp 2 trường hợp (4,9%). Thời gian phẫu thuật trung bình là  $122 \pm 54$  phút. Lượng máu mất trong mổ trung bình  $19,0 \pm 12,5$ . Điểm VAS ngày 1 sau mổ trung bình là  $2,6 \pm 1,0$ . Khàn tiếng và suy cận giáp tạm thời gặp ở 4,9% và 2,4% số bệnh nhân, tổn thương tạm thời thần kinh cảm giác 11 trường hợp (26,8%). Kết luận: Phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua tiền đình miệng bước đầu cho thấy an toàn, hiệu quả. Phương pháp này không để lại sẹo trên da, hiệu quả thẩm mỹ cao.

**Từ khóa:** U tuyến giáp, phẫu thuật nội soi tuyến giáp đường miệng, TOETVA.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến giáp là tình trạng bệnh lý thường gặp trên lâm sàng, đặc biệt hay gặp ở nữ giới cao gấp 4 - 5 lần so với nam giới. Đa số u tuyến giáp là lành tính, tỉ lệ ác tính chỉ chiếm khoảng 4% - 6,5%.<sup>1</sup> Ngày càng có nhiều bệnh nhân trẻ tuổi phát hiện bệnh, là những người bệnh có nhu cầu thẩm mỹ cao khi điều trị. Có nhiều phương pháp điều trị u tuyến giáp, tuy nhiên đến nay phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị chính, hiệu quả và triệt để bệnh nhất.

Phẫu thuật mở tuyến giáp để lại một vết sẹo ở vùng cổ trước ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ cho người bệnh, do đó phẫu thuật nội soi đã được ứng dụng trong mổ tuyến giáp từ những năm 80 của thế XX với nhiều phương pháp

tiếp cận khác nhau nhằm tránh sẹo vùng cổ cho người bệnh. Năm 2016, tác giả Anuwong đã lần đầu tiên công bố nghiên cứu với 60 ca đầu tiên được phẫu thuật cắt tuyến giáp nội soi qua tiền đình miệng (Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach - TOETVA) bằng cách đặt 3 trocar ở vùng niêm mạc môi dưới và không có vết rạch da; kết quả cho thấy đây là phương pháp an toàn, hiệu quả và thẩm mỹ tốt cho bệnh nhân.<sup>2</sup> Các năm sau đó tác giả tiếp tục công bố số ca phẫu thuật lớn hơn và các nội dung về chỉ định, hoàn thiện kĩ thuật và kết quả ngày càng tốt hơn.<sup>3,4</sup> TOETVA nhanh chóng được ứng dụng tại nhiều nơi trên thế giới, Fernander (2020) tổng hợp kết quả nghiên cứu đa quốc gia (Hoa Kỳ, Tây Ban Nha, Thụy Sĩ, Đài Loan) cho thấy phương pháp này có thể an toàn và hiệu quả như mổ mở kinh điển trong nhóm bệnh nhân được chỉ định, đồng thời mang lại thẩm mỹ cao.<sup>5</sup>

Tác giả liên hệ: Lưu Xuân Thông

Bệnh viện Ung bướu Thanh Hóa

Email: luuxuanthong@gmail.com

Ngày nhận: 08/05/2023

Ngày được chấp nhận: 16/05/2023

Tại Việt Nam, Bệnh viện K Trung ương, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội là những cơ sở đầu tiên thực hiện TOETVA và đã áp dụng điều trị cho bệnh tuyến giáp lành tính và ung thư tuyến giáp thể biệt hóa giai đoạn sớm.<sup>6,7</sup> Bệnh viện ung bướu tỉnh Thanh Hóa bắt đầu thực hiện phương pháp phẫu thuật này từ năm 2020, nhưng chưa có nghiên cứu nào đánh giá kết quả. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua tiền đình miệng tại Bệnh viện ung bướu tỉnh Thanh Hóa.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

Gồm các bệnh nhân u tuyến giáp được điều trị bằng phẫu thuật nội soi qua tiền đình miệng (TOETVA) tại Bệnh viện ung bướu tỉnh Thanh Hóa.

#### **Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Thể tích tuyến giáp  $\leq 10\text{cm}^3$ .
  - Kích thước u:  $\leq 6\text{cm}$  với u lành và  $u \leq 2\text{cm}$  với ung thư hoặc nghi ngờ ung thư.
  - Ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú giai đoạn cT1N0M0.
  - Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin.
- Tiêu chuẩn loại trừ
- Cường chức năng tuyến giáp chưa kiểm soát.
  - Tiền sử xạ trị vùng cổ hoặc phẫu thuật vùng cổ trước đó.
  - Viêm nhiễm khoang miệng.
  - Bệnh nhân có chống chỉ định của phẫu thuật và gây mê hồi sức.

### 2. Phương pháp

#### **Thiết kế nghiên cứu**

Mô tả hồi cứu.

#### **Thời gian và địa điểm nghiên cứu**

Từ tháng 5/2020 đến tháng 4/2023, tại Bệnh viện Ung bướu Thanh Hóa.

#### **Cỡ mẫu và cách chọn mẫu**

Chọn mẫu thuận tiện, trong thời gian nghiên cứu có 41 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được chọn vào nghiên cứu.

#### **Chỉ số, biến số nghiên cứu**

Đặc điểm chung: tuổi, giới, mô bệnh học khối u, kích thước u (kích thước lớn nhất của u trên siêu âm trước mổ)

Kết quả phẫu thuật: loại phẫu thuật, thời gian phẫu thuật (tính từ lúc rạch niêm mạc miệng để đặt troca đến khi khâu đóng lỗ troca), lượng máu mất trong mổ (ml), điểm đau sau mổ (VAS), thời gian hậu phẫu, số hạch vét được (đối với bệnh nhân ung thư có vét hạch).

Biến chứng: khàn tiếng, tê bì tay, tê bì cằm, chảy máu, tụ dịch, nhiễm trùng, biến chứng khác.

#### **Xử lý số liệu**

Thu thập số liệu bằng bệnh án mẫu, nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

### 3. Đạo đức nghiên cứu

- Các số liệu được sử dụng trong nghiên cứu của chúng tôi đảm bảo tính trung thực và chưa từng được công bố trước đây.
- Các thông tin của bệnh nhân được sử dụng trong nghiên cứu được đảm bảo giữ bí mật.

### III. KẾT QUẢ

**Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân phẫu thuật TOETVA**

Đặc điểm	Kết quả
Tuổi (TB ± SD) (min - max)	30,9 ± 9,2 (14 - 52)
Giới n (%)	
Nữ	36 (87,8%)
Nam	5 (12,2%)
Mô bệnh học (n, %)	
U lành	26 (63,4%)
Ung thư biểu mô thể nhú	15 (36,6%)
Kích thước u (mm) (TB ± SD) (min - max)	20,4 ± 10,7 (4 - 41)
U lành	25,7 ± 1,7 (6 - 41)
Ung thư biểu mô thể nhú	11,3 ± 1,8 (4 - 24)

Tuổi trung bình của bệnh nhân là 30.9 ± 9.2; bệnh nhân chủ yếu là u giáp lành với kích thước đa số bệnh nhân là nữ giới chiếm 87,8%. Nhóm u trung bình là 25,7 ± 1,7mm.

**Bảng 2. Kết quả phẫu thuật**

Đặc điểm	Kết quả
Phân loại phẫu thuật	
Cắt eo giáp	2 (4,9%)
Cắt một thùy giáp	32 (78,0%)
Cắt thùy và eo giáp	4 (9,8%)
Cắt toàn bộ tuyến giáp vét hạch trung tâm	3 (7,3%)
Thời gian phẫu thuật (phút) (TB ± SD)	122 ± 54
Cắt eo giáp	55,0 ± 7,1
Cắt một thùy giáp	127,5 ± 55,6
Cắt thùy và eo giáp	97,5 ± 20,6
Cắt toàn bộ tuyến giáp vét hạch trung tâm	140 ± 45,8
Lượng máu mất trong mổ (ml) (TB ± SD)	19,0 ± 12,5
Thời gian hậu phẫu (ngày) (TB ± SD)	7,3 ± 2,3
Điểm đau VAS ngày thứ 1 sau mổ (TB ± SD)	2,6 ± 1,0
Số hạch vét được (TB ± SD)	4,7 ± 4,1

Phẫu thuật cắt một thù y tuyến giáp được thực hiện nhiều nhất chiếm 78%. Thời gian phẫu thuật kéo dài nhất ở nhóm cắt giáp toàn

bộ vét hạch cổ trung tâm. Số hạch vét được trung bình ở những bệnh nhân có tiến hành vét hạch là  $4,7 \pm 4,1$  hạch.

**Bảng 3. Biến chứng sau mổ**

Biến chứng	n (%)
Chảy máu sau mổ	0
Khàn tiếng	
Tạm thời	2 (4,9%)
Vĩnh viễn	0
Tê tay	
Tạm thời	1 (2,4%)
Vĩnh viễn	0
Tê vùng cầm	
Tạm thời	11 (26,8%)
Vĩnh viễn	0
Tụ dịch	2 (4,9%)
Bỏng da	1 (2,4%)
Nhiễm trùng, BC khác	0

Biến chứng gặp nhiều nhất là tê bì vùng cầm ở 11 bệnh nhân (26,8%), các biến chứng khàn tiếng, tụ dịch có tỉ lệ là 4,9%, tê tay do tổn thương cận giáp trạng là 2,4% số bệnh nhân.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình bệnh nhân là  $30,9 \pm 9,2$  tuổi, tương đương với NC của Ngô Quốc Duy (2022) là  $29,3 \pm 7,4$  tuổi; trẻ hơn so với các nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hậu là  $36,9 \pm 10,6$  tuổi, Anuwong (2017) là  $40,8 \pm 12,1$  tuổi.<sup>3,6,7</sup> Bệnh nhân nữ giới chiếm 87,8%, kết quả của chúng tôi tương tự với kết quả của Fernandez Ranvier là 88% bệnh nhân; tỉ lệ nữ trong NC của Anuwong (2017), Deroide (2021) lên tới 96%.<sup>3,8,9</sup> Các nghiên cứu đều cho thấy tỉ lệ u tuyến giáp nói chung và ung thư giáp nói riêng ở nữ cao gấp 4 - 5 lần so với nam giới, tuy nhiên nữ giới thường lựa chọn phẫu thuật

nội soi vì liên quan đến nhu cầu thẩm mỹ cao hơn là điểm chung trong hầu hết các nghiên cứu về phẫu thuật nội soi tuyến giáp.

Kích thước u trung bình trong NC của chúng tôi là  $20,4 \pm 10,7$ mm, u nhỏ nhất 4mm, u lớn nhất 41mm, kết quả này khá tương đồng với NC của Fernandez Ranvier (2020) thực hiện 50 ca TOETVA đầu tiên kích thước u trung bình là 22mm.<sup>8</sup> Kết quả của chúng tôi thấp hơn so với các NC của tác giả Nguyễn Xuân Hậu (2022) là  $26,9 \pm 12,4$  (4.0-61.0) mm, Anuwong (2017) là  $41 \pm 17$  (10 - 100) mm, là những phẫu thuật viên đã có nhiều kinh nghiệm trong TOETVA, sự khác biệt này là do bước đầu triển khai chúng tôi chủ động lựa chọn bệnh nhân của chúng tôi có kích thước u nhỏ hơn của các tác giả trên.<sup>3,7</sup>

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp (4,8%) được phẫu thuật cắt eo giáp, trong khi đa số các nghiên cứu về phẫu thuật tuyến

giáp (bao gồm cả mổ mở kinh điển) những năm gần đây đều mô tả mức độ cắt giáp ít nhất là cắt 01 thùy tuyến, do các bệnh nhân này có u lành tính ở vị trí ở eo giáp và gây triệu chứng trong khi 2 thùy không có tổn thương. Deroide thực hiện trên 90 bệnh nhân cũng có 5 trường hợp cắt eo giáp (5,56%) kết quả này tương đồng với kết quả của chúng tôi.<sup>9</sup>

Về thời gian phẫu thuật, trung bình thời gian cắt thùy giáp là  $127,5 \pm 55,6$  phút tương đương với kết quả của Deroide là  $120,6 \pm 39,9$  phút, thấp hơn kết quả của Fernandez là  $149 \pm 40,0$  phút.<sup>8,9</sup> Giữa các nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có điểm khác biệt các nghiên cứu khác đó là thời gian trung bình của phẫu thuật cắt thùy và eo là  $97,5 \pm 20,6$  phút, thấp hơn phẫu thuật cắt một thùy tuyến giáp; vì đa số các bệnh nhân cắt một thùy giáp là những ca đầu triển khai thực hiện, bệnh nhân được chọn là u giáp lành thường có kích thước lớn do đó việc phẫu tích khó khăn hơn, trong khi đó bệnh nhân ung thư giáp được chọn u có kích thước nhỏ và khi kỹ năng của phẫu thuật viên đã tốt hơn nên thời gian phẫu thuật được giảm xuống rõ rệt. Về ước lượng máu mất trong mổ trung bình là  $19,0 \pm 12,5$ ml, với việc sử dụng dao siêu âm, dao hàn mạch đa số các ca mổ ít xảy ra chảy máu, ước lượng mất máu qua bình hút nhiều trường hợp máu chỉ đọng dọc theo ống hút mà không chảy vào bình. Nghiên cứu của các tác giả khác cho kết quả tương tự: Anuwong (2017) có lượng máu mất trung bình là  $20 \pm 38$ ml; Fernandez là  $33 \pm 74$ ml.<sup>3,8</sup> Thời gian nằm viện và điểm đau sau mổ ngày 1 của bệnh nhân là  $7,3 \pm 2,3$  ngày và  $2,6 \pm 1,0$  điểm, mặc dù có điểm đau sau mổ tương đương với các tác giả nhưng thời gian hậu phẫu của chúng tôi dài hơn do một số nguyên nhân như: bệnh nhân ở xa cơ sở y tế, muốn điều trị nội trú ổn định mới ra viện, một số bệnh nhân giai đoạn đầu phù nề nhiều thời gian hậu phẫu kéo dài hơn.

Trong 41 bệnh nhân có 15 bệnh nhân có mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú, đánh giá trước mổ không có hạch cổ nghi ngờ (cN0), kiểm tra trong mổ có 03 bệnh nhân được vét hạch khoang trung tâm: số hạch vét được trung bình là  $4,7 \pm 4,1$  hạch, kết quả này tương đương với nghiên cứu của Ngô Quốc Duy là  $4,9 \pm 2,9$  hạch, Ahn là  $3,67 \pm 3,0$ .<sup>6,10</sup> Tỷ lệ bệnh nhân có di căn hạch là 2/3 (66,7%) trong nghiên cứu của chúng tôi là khá cao so với Ngô Quốc Duy là 33,3%, Nguyễn Xuân Hậu là 36,5%; sự khác biệt này là do bệnh nhân được vét hạch trong nghiên cứu của chúng tôi kiểm tra trong mổ thấy hạch nghi ngờ cao hơn nữa số lượng bệnh nhân được vét hạch là 03 còn ít do đó không có nhiều ý nghĩa.<sup>6,7</sup>

Biến chứng sau mổ chúng tôi không gặp ca nào bị chảy máu, nhiễm trùng; tê bì vùng cảm tạm thời gặp nhiều hơn so với các biến chứng khác, xảy ra ở 11 bệnh nhân (26,8%) đa số hồi phục tê bì vùng cảm sau hơn 1 tháng. Có 2 bệnh nhân (4,9%) bị khàn tiếng và 1 bệnh nhân (2,4%) bị tê bì tay tạm thời, các bệnh nhân này được điều trị nội khoa và theo dõi hồi phục sau 2 - 3 tháng. Các nghiên cứu cho thấy tỉ lệ biến chứng giảm dần theo kinh nghiệm của phẫu thuật viên và hoàn thiện quy trình phẫu thuật. Thời gian đầu Anuwong đặt troca gần phía cung răng hơn, sau đó ông đã dịch chuyển vị trí đặt troca về phía trước xa cung răng hơn giúp giảm bớt nguy cơ tổn thương thần kinh cảm và thao tác trở nên rộng rãi hơn, ít bị chạm dụng cụ.<sup>2,4</sup> Ngoài ra, trong nghiên cứu của chúng tôi có 01 bệnh nhân bỏng da do đốt điện cầm máu khi tạo phẫu trường, điểm chảy máu nằm ở phía vật da - cơ bám da cổ được bóc tách lên, lúc này nếu đốt điện thông thường nguy cơ bỏng là rất cao, nên cầm máu bằng dao siêu âm hoặc hàn mạch (ligasure); hoặc tiêm nước cất từ bên ngoài vào lớp dưới da để tách lớp (hydrodissection) trước khi đốt điện, mức năng lượng dao điện cũng nên để thấp để giảm bớt

nguy cơ bỏng. Để hạn chế chảy máu, việc bóc tách tạo phễu trường đúng lớp (giữa cơ bám da cổ và các cơ trước giáp) rất quan trọng, khi xuất hiện mạch máu trên mặt phẳng phễu tích thì nên chủ động xử lý bằng dao hàn mạch hoặc siêu âm.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua tiền đình miệng bước đầu cho thấy an toàn, hiệu quả, phương pháp này không để lại sẹo trên da, hiệu quả thẩm mỹ cao.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, et al. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid*. 2016; 26(1): 1-133. doi:10.1089/thy.2015.0020.
- Anuwong A. Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach: A Series of the First 60 Human Cases. *World J Surg*. 2016; 40(3): 491-497. doi:10.1007/s00268-015-3320-1.
- Anuwong A, Kim HY, Dionigi G. Transoral endoscopic thyroidectomy using vestibular approach: updates and evidences. *Gland Surgery*. 2017; 6(3): 277-284. doi:10.21037/gs.2017.03.16.
- Anuwong A, Sasanakietkul T, Jitpratoom P, et al. Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach (TOETVA): indications, techniques and results. *Surg Endosc*. 2018; 32(1): 456-465. doi:10.1007/s00464-017-5705-8.
- Fernandez Ranvier G, Meknat A, Guevara DE, et al. International Multi-institutional Experience with the Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*. 2020; 30(3): 278-283. doi:10.1089/lap.2019.0645.
- Quốc Duy N, Xuân Quý N. 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*. 2022; 509(2). doi:10.51298/vmj.v509i2.1818.
- Nguyễn XH, Tiêu VL. Kết quả phẫu thuật nội soi đường miệng bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp thể nhú. *VMJ*. 2023; 525(1A). doi:10.51298/vmj.v525i1A.4971.
- Fernandez-Ranvier G, Meknat A, Guevara D, Taye A, Suh H, Inabnet WB. Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach: A Single-institution Experience of the First 50 Cases. *Surg Innov*. 2020; 27(5): 439-444. doi:10.1177/1553350620927611.
- Deroide G, Honigman I, Berthe A, et al. Transoral endoscopic thyroidectomy (TOETVA): First French experience in 90 patients. *Journal of Visceral Surgery*. 2021; 158(2): 103-110. doi:10.1016/j.jviscsurg.2021.02.001.
- Ahn J hyuk, Yi JW. Transoral endoscopic thyroidectomy for thyroid carcinoma: outcomes and surgical completeness in 150 single-surgeon cases. *Surg Endosc*. 2020; 34(2): 861-867. doi:10.1007/s00464-019-06841-8.

## Summary

### EARLY OUTCOMES OF TRANSORAL ENDOSCOPIC THYROIDECTOMY VESTIBULAR APPROACH IN THE TREATMENT OF THYROID TUMOR AT THANH HOA ONCOLOGY HOSPITAL

This study evaluates early outcomes of transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach (TOETVA) in the treatment of the thyroid tumor. A retrospective study was conducted on 41 patients with thyroid tumor who underwent TOETVA at Thanhhoa oncology hospital from May 2020 to April 2023. The mean age was  $30.9 \pm 9.2$ ; 36/41 were female patients (87.8%). Of these patients, 26 presented with benign nodules and 15 had papillary thyroid carcinoma. The average tumor size was  $20.4 \pm 10.7$ mm. Total thyroidectomy and central lymph node dissection: 3 cases (7.3%); lobectomy and isthmusectomy: 4 cases (9.8%); lobectomy: 32 cases (78%); and isthmusectomy: 2 cases (4.9%); The mean operating time was  $122 \pm 54$  minutes. Median blood loss was  $19.0 \pm 12.5$  mL. Mean visual analog scale measurements were  $2.6 \pm 1.0$ . Temporary hoarseness was found in 4.9% of cases, hypocalcemia was found in 2.4% of cases; 11 patients (26.8%) had temporary chin numbness. Conclusion: Early outcomes of TOETVA was shown to be safe and effective. It is the only approach that avoids any cutaneous scarring.

**Keywords:** Thyroid tumor, transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach, TOETVA.