KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐƯỜNG MIỆNG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ NHÚ CT1AN0M0 TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Xuân Hiền[1,✉], Nguyễn Xuân Hậu[1,2]
Phạm Thái Dương[2], Đàm Thị Liên[2], Lê Văn Quảng[1,2]
[1]Bệnh viện Đại học Y Hà Nội
[2]Trường Đại học Y Hà Nội

Mục tiêu nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi đường miệng điều trị ung thư tuyến giáp thể nhú cT1aN0M0 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Phương pháp nghiên cứu cắt ngang trên 830 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú cT1aN0M0 được phẫu thuật nội soi đường miệng từ tháng 01/2019 đến tháng 08/2023 tại Khoa Ung Bướu và Chăm sóc Giảm nhẹ - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Kết quả nghiên cứu cho thấy, độ tuổi trung bình là 32,3 ± 8,5 (13 - 67) tuổi. Nữ chiếm 800 bệnh nhân (96,4%). Cắt thùy và eo tuyến giáp, vét hạch cổ trung tâm: 732 (88,2%) trường hợp; cắt toàn bộ, vét hạch cổ trung tâm: 88 (10,6%) trường hợp; cắt thùy và eo, lấy u thùy còn lại, vét hạch cổ trung tâm: 10 (1,2%) trường hợp. Số lượng hạch vét được là 5,3 ± 3,8 hạch, tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn là 32,6%. Kích thước u trung bình trong nhóm nghiên cứu và nhóm có di căn hạch cổ trung tâm lần lượt là 6,3 ± 1,8mm và 6,6 ± 1,7mm. Ngưỡng kích thước khối u làm tăng nguy cơ di căn hạch cổ trung tâm là 5,85mm. Khàn tiếng tạm thời xảy ra ở 105 (12,6%) trường hợp, 22 (2,7%) bệnh nhân có biểu hiện hạ canxi máu, 162 (19,5%) bệnh nhân có tê bì vùng cằm và quanh môi tạm thời. 2 trường hợp (0,24%) thủng khí quản trong mổ. Không ghi nhận trường hợp nào nói khàn, hạ canxi máu hay tê bì vùng cằm vĩnh viễn. 2 trường hợp (0,24%) nhiễm trùng sau mổ tại chỗ. Phẫu thuật nội soi đường miệng điều trị ung thư tuyến giáp thể nhú cT1aN0M0 là phương pháp an toàn và hiệu quả thẩm mỹ cao.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi tuyến giáp đường miệng, ung thư tuyến giáp thể nhú cT1aN0M0.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp (UTTG) là một trong các ung thư thường gặp nhất đứng thứ 5 trong các loại ung thư thường gặp nhất ở nữ giới.[1] Ung thư tuyến giáp thể nhú là thể mô bệnh học hay gặp nhất và có tiên lượng tốt.[2] UTTG thể nhú T1aN0M0 bao gồm các khối u kích thước từ dưới 10mm chưa có xâm lấn cơ quan xung quanh, chưa di căn hạch, chưa di căn xa. Siêu âm tuyến giáp góp phần làm tăng đáng kể tỷ lệ chẩn đoán bệnh ở giai đoạn này. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính trong điều trị UTTG bao gồm: phẫu thuật mổ mở, phẫu thuật nội soi, phẫu thuật robot. Trong đó, phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua đường miệng đã cho thấy hiệu quả điều trị bệnh và ưu thế về tính thẩm mỹ so với mổ mở truyền thống qua các nghiên cứu gần đây.[3-5] Tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn theo nghiên cứu trước đó của Nguyễn Xuân Hiền là 39,9% do đó phẫu thuật giúp cung cấp đầy đủ thông tin về mô bệnh học và đánh giá giai đoạn bệnh tốt hơn so với các phương pháp như theo dõi chủ động hay đốt sóng cao tần ung thư tuyến giáp.[6] Mặt khác, các phương pháp này cũng cần lựa chọn bệnh nhân thận trọng và

Tác giả liên hệ: Nguyễn Xuân Hiền
Trường Đại học Y Hà Nội
Email: dr.nguyenxuanhien@gmail.com
Ngày nhận: 23/09/2023
Ngày được chấp nhận: 24/10/2023

phù hợp. Do đặc điểm, UTTG hay gặp ở nhóm phụ nữ trẻ tuổi,[1] thời gian sống thêm toàn bộ dài đòi hỏi các phương pháp điều trị vừa đảm bảo mặt ung thư học và chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật. Do đó, phương pháp phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua đường miệng trở thành phương pháp phù hợp và được áp dụng phổ biến cho UTTG thể nhú ở giai đoạn này. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi đường miệng điều trị ung thư tuyến giáp thể nhú cT1aN0M0 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

830 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú cT1aN0M0 được phẫu thuật nội soi đường miệng tại Khoa Ung Bướu và Chăm sóc Giảm nhẹ - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 01/2019 đến tháng 08/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân có mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú.
- Siêu âm trước mổ có 1 hoặc nhiều u, u kích thước lớn nhất không vượt quá 10mm.
- Không phát hiện hạch cổ và di căn xa trên khám lâm sàng và siêu âm.
- Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật nội soi đường miệng, có đầy đủ hồ sơ bệnh án và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có chống chỉ định về gây mê hồi sức, rối loạn đông máu.
- Đang có biểu hiện cườngiáp.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Thời gian nghiên cứu: nghiên cứu được tiến hành từ tháng 01/2019 đến tháng 08/2023 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Cỡ mẫu tối thiểu là 340 bệnh nhân dựa trên tỷ lệ vi di căn hạch cổ trung tâm theo nghiên cứu trước đó của Nguyễn Xuân Hiền là 39,9%. 830 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu.

Các thông tin được thu thập gồm tuổi, giới, kích thước u trên siêu âm, tế bào học, phương pháp phẫu thuật, thời gian phẫu thuật, giải phẫu bệnh sau mổ, số hạch vét được, số hạch di căn và các biến chứng sau phẫu thuật, mức độ hài lòng của bệnh nhân.

Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0 với các thuật toán thống kê y học.

Phương pháp tiến hành

Các trường hợp ung thư hai thùy tuyến giáp; ung thư một thùy có nghi ngờ di căn hạch hoặc xâm lấn cơ quan khác qua đánh giá trong mổ được chỉ định cắt toàn bộ tuyến giáp, vét hạch cổ trung tâm. Các trường hợp ung thư một thùy và có u thùy còn lại được cắt thùy và lấy u thùy còn lại, vét hạch cổ trung tâm. Các trường hợp ung thư một vị trí, chưa xâm lấn ra ngoài tuyến giáp chưa di căn hạch được chỉ định cắt thùy kèm vét hạch cổ trung tâm. Quy trình phẫu thuật TOETVA tương tự như quy trình được mô tả trong các nghiên cứu trước đây của chúng tôi về u tuyến giáp.[5] Bệnh nhân sau phẫu thuật cắt toàn bộ được bổ sung canxi đường uống (2000g mỗi ngày) với vitamin D3 (0,5µg mỗi ngày) và levothyroxine. Bệnh nhân được theo dõi tại bệnh viện tối thiểu 48 tiếng sau mổ, ghi nhận vào hồ sơ bệnh án và xử trí các biến chứng nếu có, VAS được thu thập bằng cách phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân dùng thang điểm số (0 - 10).

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Hà Nội (số 946/GCN-HĐĐĐNCYSH-ĐHYHN).

III. KẾT QUẢ

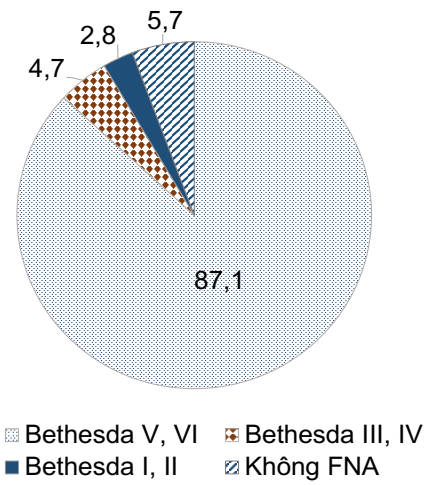
Nghiên cứu được tiến hành trên 830 bệnh nhân, nữ chiếm 800 bệnh nhân chiếm 96,4%.

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 32,3 ± 8,5 (13 - 67) tuổi. Kích thước u trung bình là 6,3 ± 1,8 (2,5 - 10)mm. 372 (44,8%) trường hợp có u thùy phải, 320 (38,6%) bệnh nhân có u thùy trái, 48 (5,7%) bệnh nhân có u eo tuyến giáp, u nhiều hơn 1 vị trí chiếm 91 (10,9%) bệnh nhân.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu	n (%)
Giới (nữ/nam)	800/30 (96,4%/3,6%)
Tuổi (TB ± SD)	32,3 ± 8,5 (13 - 67)
Kích thước u (TB ± SD) mm	6,3 ± 1,8 (2,5 - 10)
Vị trí u	**n (%)**
Thùy phải tuyến giáp	372 (44,8%)
Thùy trái tuyến giáp	320 (38,6%)
Eo tuyến giáp	48 (5,7%)
Nhiều hơn 1 vị trí	91 (10,9%)

Theo phân loại Bethesda 2018 dưới chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNA), nhóm bệnh nhân nghiên cứu chủ yếu là nhóm Bethesda VI và V chiếm 87,1%. Nhóm Bethesda IV và III; II và I chiếm lần lượt là 4,7% và 2,8% và có 5,7% số bệnh nhân không được chọc tế bào bằng kim nhỏ trước phẫu thuật.



Biểu đồ 1. Phân nhóm kết quả tế bào học theo Bethesda 2018

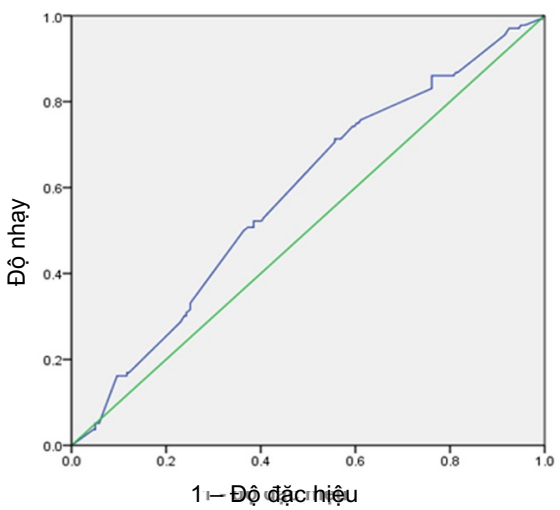
Các bệnh nhân chủ yếu được cắt thùy và eo tuyến giáp kèm vét hạch cổ trung tâm chiếm 732 (88,2%) các trường hợp; cắt toàn bộ, vét hạch cổ trung tâm: 88 (10,6%) trường hợp; cắt thùy và eo, lấy u thùy còn lại, vét hạch cổ trung tâm: 10 (1,2%) trường hợp. Không có bệnh nhân nào chuyển mổ mở. Thời gian phẫu thuật trung bình theo phương pháp phẫu thuật lần lượt là 83,6 ± 1,2 phút, 112,7 ± 4,3 phút, 92 ± 10,2 phút. Số hạch vét được trung bình là 5,3 ± 3,8 hạch, số hạch di căn là 0,9 ± 1,8 hạch. Số bệnh nhân có di căn hạch tiềm ẩn sau mổ là 271 (32,6%) bệnh nhân. Kích thước u trung bình của nhóm có di căn hạch cổ trung tâm là 6,6 ± 1,7 (2,7 - 10)mm.

Bảng 2. Đặc điểm phẫu thuật của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Quy trình phẫu thuật	n (%)	Thời gian phẫu thuật TB ± SD (phút)
Cắt thùy và eo, vét hạch cổ trung tâm	732 (88,2)	83,6 ± 1,2
Cắt toàn bộ, vét hạch cổ trung tâm	88 (10,6)	112,7 ± 4,3
Cắt thùy và eo, lấy u thùy còn lại và vét hạch cổ trung tâm	10 (1,2)	92 ± 10,2

Bảng 3. Đặc điểm hạch cổ

Đặc điểm	Kết quả
Số lượng hạch cổ	**TB ± SD**
Số hạch vét được (hạch)	5,3 ± 3,8 (0 - 24)
Số hạch di căn (hạch)	0,9 ± 1,8 (0 - 15)
Số bệnh nhân có hạch di căn	**n (%)**
Có	271 (32,6)
Không	559 (67,4)
Kích thước u nhóm di căn hạch (mm)	6,6 ± 1,7 (2,7 - 10)

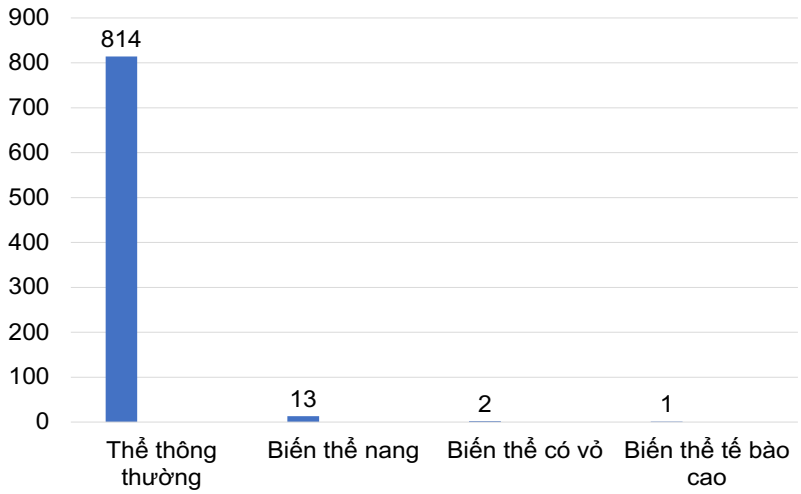


Biểu đồ 2. Đường cong ROC: Dự đoán nguy cơ di căn hạch theo kích thước khối u

Trong nhóm nghiên cứu, nguy cơ di căn hạch cổ trung tâm có mối tương quan với kích thước khối u với ngưỡng là 5,85mm (Độ nhạy: 0,713, độ đặc hiệu: 0,444, p = 0,008).

Trong 830 bệnh nhân được lựa chọn vào nghiên cứu, 100% bệnh nhân có kết quả mô bệnh học là ung thư biểu mô nhú và các biến thể, thể giải phẫu bệnh chiếm chủ yếu là thể

nhú type thông thường chiếm 814 bệnh nhân (98,07%), các biến thể nang, biến thể có vỏ và biến thể tế bào cao chiếm lần lượt 13 (1,56%), 2 (0,24%) và 1 (0,12%) trường hợp.



Biểu đồ 3. Giải phẫu bệnh sau mổ

Khàn tiếng tạm thời được ghi nhận ở 105 (12,6%) trường hợp và hết sau 18,6 ± 10,9 ngày; 22 (2,7%) bệnh nhân có hạ canxi máu tạm thời và hết sau 5,5 ± 0,7 ngày. 162 (19,5%) bệnh nhân có tê bì vùng cằm và quanh môi tạm thời và hết sau 9,8 ± 0,5 ngày, 22 (2,7%) bệnh nhân tụ dịch sau mổ trong đó có 3 bệnh nhân cần xử trí bằng hút dịch; 59 (7,1%) bệnh nhân tụ máu bầm tím vùng cổ sau mổ và tự hết sau tối đa 1 tháng, điều trị bằng theo dõi. 2 (0,24%) trường hợp thủng khí quản trong mổ được xử trí khâu lỗ thủng khí quản nội soi. Không ghi nhận trường hợp nào nói khàn, hạ canxi máu hay tê bì vùng cằm kéo dài trên 3 tháng sau mổ. 2 (0,24%) trường hợp nhiễm trùng sau mổ được điều trị bằng kháng sinh tĩnh mạch và chọc hút dịch.

Bảng 4. Biến chứng sớm sau mổ

Biến chứng	n (%)	Thời gian hết TB ± SD (ngày)
Khàn tiếng tạm thời	105 (12,6%)	18,6 ± 10,9 (7 - 22)
Hạ canxi máu tạm thời	22 (2,7%)	5,5 ± 0,7 (5 - 6)
Tê bì vùng cằm và quanh môi tạm thời	162 (19,5%)	9,8 ± 0,5 (1 - 22)
Chảy máu	0	
Nhiễm trùng	2 (0,24%)	
Tụ máu	59 (7,1%)	18 ± 10,7(3 - 22)
Tụ dịch	22 (2,7%)	15,7 ± 11
Thủng khí quản	2 (0,24%)	
Thủng da	0	

Thời gian hậu phẫu trung bình là 4,5 ± 1,7 ngày với trường hợp ra viện sớm nhất là ngày 1 và muộn nhất là hậu phẫu ngày 11. Mức độ đau sau mổ đánh giá theo thang điểm VAS vào ngày thứ 1, 2, 3 sau mổ lần lượt là 3,9 ± 2,3; 2,9 ± 1,8 và 2,2 ± 1,7. Có 588 (53,5%) trường hợp hài lòng khi ra viện và 386 (46,5%) bệnh nhân rất hài lòng, không có bệnh nhân nào ghi nhân tình trạng không hài lòng khi ra viện.

Bảng 5. Đánh giá hậu phẫu

Chỉ số đánh giá	Kết quả
Thời gian hậu phẫu TB ± SD (ngày)	4,5 ± 1,7
Mức độ đau sau mổ	**VAS (TB ± SD)**
Ngày 1	3,9 ± 2,3
Ngày 2	2,9 ± 1,8
Ngày 3	2,2 ± 1,7
Hài lòng ra viện	**n (%)**
Hài lòng	386 (53,5%)
Rất hài lòng	444 (46,5%)
Không hài lòng	0

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Nhóm nghiên cứu gồm 830 bệnh nhân có độ tuổi trung bình là 32,3 ± 8,5 tuổi và nữ giới chiếm 96,4%. Như vậy, nhóm bệnh nhân chủ yếu là nữ trẻ tuổi có nhu cầu thẩm mỹ cao, điều này được giải thích do tiêu chí lựa chọn bệnh nhân phẫu thuật. 88,2% bệnh nhân được cắt thùy và eo vét hạch cổ trung tâm và chỉ có 10,6% bệnh nhân cắt toàn bộ tuyến giáp, vét hạch cổ trung tâm, điều này được giải thích do nhóm bệnh nhân nghiên cứu là ung thư giai đoạn sớm cT1aN0M0. Tất cả các bệnh nhân đều chưa phát hiện hạch trên siêu âm và đều được vét hạch cổ trung tâm dự phòng.

Kết quả phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình theo phương pháp phẫu thuật lần lượt là 83,6 ± 1,2 phút, 112,7 ± 4,3 phút và 92 ± 10,2 phút, thời gian phẫu thuật phụ thuộc nhiều vào mức độ thành thạo của từng phẫu thuật viên. Số hạch vét được trung bình là 5,3 ± 3,8 cao hơn trong nghiên cứu của Ahn và cộng sự là 3,19 ± 2,89 hạch ở nhóm TOETVA.[7] Tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn là 32,6% thấp hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hiền là 39,9%.[6] Điều này có thể giải thích do tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu là nhóm cT1a. Kích thước u trung bình của nhóm nghiên cứu và nhóm có di căn hạch cổ trung tâm lần lượt là 6,3 ± 1,8 và 6,6 ± 1,7mm, trong đó khối u kích thước nhỏ nhất có di căn hạch cổ trung tâm là 2,7mm. Kích thước khối u trên 5,85mm làm tăng nguy cơ di căn hạch cổ trung tâm tiềm ẩn (p = 0,008). Số lượng hạch cổ di căn và kích thước hạch di căn là yếu tố tiên lượng bệnh và phân tầng nguy cơ ảnh hưởng đến quyết định điều trị tiếp theo.[8] Đây cũng là ưu thế của TOETVA so với đốt sóng cao tần (RFA) ở nhóm bệnh nhân ung thư tuyến giáp do RFA không lấy được bệnh

phẩm để làm giải phẫu bệnh sau mổ.

2. Kết quả giải phẫu bệnh và FNA

Nhóm bệnh nhân nghiên cứu có kết quả chọc hút tế bào bằng kim nhỏ chủ yếu là nhóm Bethesda VI và Bethesda V, điều này do lựa chọn bệnh nhân vào nghiên cứu là nhóm có mô bệnh học ung thư biểu mô nhú và các biến thể của nó, tuy nhiên các nhóm Bethesda IV, III, II, I đều có thể có mô bệnh học là ung thư biểu mô nhú. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ung thư biểu mô nhú type thông thường chiếm 98,07%, các biến thể khác như biến thể nang, biến thể có vỏ chiếm lần lượt 1,56%, 0,24%. Trong đó, có 1 bệnh nhân biến thể tế bào cao chiếm tỉ lệ 0,12%. Biến thể tế bào cao là thể hiếm gặp nhưng tỷ lệ ác tính cao. Theo nghiên cứu của Shuntao Wang và cộng sự năm 2019 báo cáo rằng tỷ lệ gặp biến thể này là 0,15 - 0,4% các ung thư tuyến giáp thể nhú, tuy nhiên tỷ lệ xâm lấn rộng và di căn hạch cao, tiên lượng sống kém hơn các biến thể còn lại.[9] Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có kích thước u trên siêu âm là 6mm, được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp, vét hạch cổ trung tâm và giải phẫu bệnh cho kết quả số lượng hạch di căn là 15/21 hạch. Điều đó ảnh hưởng đến tiên lượng và quyết định điều trị I^{131} sau phẫu thuật có thể dẫn đến bỏ sót bệnh nhân có chỉ định điều trị tiếp nếu RFA tổn thương u.

3. Biến chứng sau phẫu thuật

12,6% bệnh nhân khàn tiếng tạm thời, 2,7% bệnh nhân có hạ canxi máu tạm thời. 19,5% bệnh nhân có tê bì vùng cằm và quanh môi tạm thời, 2,7% bệnh nhân tụ dịch sau mổ trong đó có 3 bệnh nhân cần xử trí bằng hút dịch; 7,1% bệnh nhân tụ máu bầm tím vùng cổ sau mổ và tự hết sau tối đa 1 tháng, điều trị bằng theo dõi. 2 trường hợp thủng khí quản trong mổ do đầu dao siêu âm được xử trí khâu lỗ thủng khí quản nội soi. Không ghi nhận trường hợp nào nói khàn, hạ canxi máu hay tê bì vùng cằm kéo dài trên 3 tháng sau mổ. 2 (0,24%) trường hợp nhiễm trùng sau mổ. Biến chứng tổn thương thần kinh cằm có thể hạn chế bằng cách sử dụng 1 pince đầu tù bóc tách trước để dẫn đường cho trocar 5mm phía 2 bên thay vì chọc mù dễ gây tổn thương thần kinh hơn.[10] Biến chứng hạ canxi máu cũng chiếm tỷ lệ rất nhỏ trong nghiên cứu của chúng tôi, cũng có thể là do số lượng ca cắt toàn bộ tuyến giáp của chúng tôi chiếm tỷ lệ chỉ 10,6%. Như vậy, TOETVA là phương pháp phẫu thuật an toàn với ung thư tuyến giáp cT1aN0M0.

4. Về kết quả điều trị hậu phẫu

Thời gian hậu phẫu trung bình là 4,5 ± 1,7 ngày với trường hợp ra viện sớm nhất là ngày 1 và muộn nhất là hậu phẫu ngày 11. Mức độ đau sau mổ đánh giá theo thang điểm VAS vào ngày thứ 1, 2, 3 sau mổ lần lượt là 3,9 ± 2,3; 2,9 ± 1,8 và 2,2 ± 1,7. Có 444 (53,5%) trường hợp hài lòng khi ra viện và 386 (46,5%) bệnh nhân rất hài lòng, không có bệnh nhân nào ghi nhân tình trạng không hài lòng khi ra viện. Nhìn chung, bệnh nhân đau ít sau mổ và không cần sử dụng thuốc giảm đau thường quy, tất cả các bệnh nhân đều hài lòng về tính thẩm mỹ.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi đường miệng điều trị ung thư tuyến giáp thể nhú cT1aN0M0 là phương pháp an toàn và hiệu quả thẩm mỹ cao. Hiệu quả về mặt ung thư học cần có những nghiên cứu theo dõi dài hơn để đánh giá.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. Thyroid Cancer. GLOBALCAN 2020. International Agency for Research on Cancer. https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/32-Thyroid-fact-sheet.pdf.

2. Lam AK. Papillary Thyroid Carcinoma: Current Position in Epidemiology, Genomics, and Classification. *Methods Mol Biol*. 2022;2534:1-15. doi:10.1007/978-1-0716-2505

-7_1

3. Anuwong A. Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach: A Series of the First 60 Human Cases. *World J Surg*. 2016;40(3):491-7. doi:10.1007/s00268-015-3320-1

4. Anuwong A, Ketwong K, Jitpratoom P, et al. Safety and Outcomes of the Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach. *JAMA Surg*. 2018;153(1):21-27. doi:10.1001/jamasurg.2017.3366

5. Nguyen HX, Nguyen HX, Nguyen HV, et al. Transoral Endoscopic Thyroidectomy by Vestibular Approach with Central Lymph Node Dissection for Thyroid Microcarcinoma. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2021;31(4):410-415. doi:10.1089/lap.2020.0411

6. Hiền NX, Hậu NX. Đánh giá tình trạng vi di căn hạch tiềm ẩn và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua đường miệng. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2022;159(11):163-171.

7. Ahn JH, 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

8. Ywata de Carvalho A, Kohler HF, Gomes CC, et al. Predictive factors for recurrence of papillary thyroid carcinoma: analysis of 4,085 patients. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2021;41(3):236-242. doi:10.14639/0392-100X-N1412

9. Wang S, Xiong Y, Zhao Q, et al. Columnar cell papillary thyroid carcinoma prognosis: findings from the SEER database using propensity score matching analysis. *Am J Transl Res*. 2019;11(9):6262-6270.

10. Wang Y, Zhou S, Liu X, et al. Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach vs conventional open thyroidectomy: Meta-analysis. *Head Neck*. 2021;43(1):345-353. doi:10.1002/hed.26486.

Summary

EARLY SURGICAL OUTCOMES OF TRANSORAL ENDOSCOPIC THYROIDECTOMY VESTIBULAR APPROACH FOR CT1AN0M0 PAPILLARY THYROID CARCINOMA

The purpose of this study was to evaluate the early surgical outcomes of transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach (TOETVA) for cT1aN0M0 papillary thyroid carcinoma performed by the Department of Oncology and Palliative Care at Hanoi Medical University Hospital. A cross-sectional study was performed on 830 patients diagnosed for cT1aN0M0 papilary thyroid carcinoma; thyroidectomy was completed by TOETVA from 01/2019 to 08/2023. Patients‘ mean age was 32.3 ± 8.5 (13 - 67) years old. 800 patients (96.4%) were female. Lobectomy and isthmusectomy and ipsilateral central lymph node dissection was performed for 732 cases (88.2%); total thyroidectomy and central lymph node dissection was applied for 88 cases (10.6%); lobectomy and isthmusectomy and excision of tumor and ipsilateral central lymph node dissection was performed for 10 cases (1.2%); The average number of harvested lymph nodes was 5.3 ± 3.8 (0 - 24) lymph nodes. The rate of occult

lymph node micro metastases was 32.6%. The average of tumor size and the number of the lymph node metastasis group was 6.3 ± 1.8 and 6.6 ± 1.7, respectively. The cut-off value of the tumor size for predicting central lymph node micrometastasis was 5.85mm (sensitivity = 0.713, specificity = 0.444, p = 0.008). Transient vocal cord palsy was recorded in 105 cases (12.6%); transient hypoparathyroidism was noted in 22 case (2.7%); numb chin was identified in 162 patients (19.5%). Tracheal perforation during surgery was noted in 2 cases (0.24%). There were no case of permanent hypoparathyroidism, permanent vocal cord palsy and numb chin. Post-operative infection occurred in 2 cases (0.24%). The treatment of cT1aN0M0 papillary thyroid carcinoma by TOETVA are important, safe and highly effective.

Keywords: Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach (TOETVA), cT1aN0M0 papillary thyroid carcinoma.