

Nghiên cứu

DOI: 10.59715/pntjimp.3.1.19

Đánh giá kết quả sớm điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa bằng phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp qua ngã nách - quàng vú tại Bệnh viện Bình Dân

Lê Anh Duy^{1,2}, Nguyễn Văn Việt Thành^{1,2}

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Bình Dân

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi (PTNS) đang ngày càng được phát triển, dần khẳng định được vị trí quan trọng trong điều trị ung thư tuyến giáp. Hiện nay, tại Việt Nam, các công trình nghiên cứu về PTNS cắt tuyến giáp qua ngã nách - quàng vú để điều trị bệnh lý ung thư tuyến giáp còn khá khiêm tốn.

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả sớm của PTNS cắt tuyến giáp qua ngã nách - quàng vú trong điều trị bệnh lý ung thư tuyến giáp thể biệt hóa.

Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả hàng loạt trường hợp. Chúng tôi phân tích 25 trường hợp UTTG được PTNS cắt tuyến giáp qua ngã nách - quàng vú từ tháng 01/2016 đến tháng 6/2022 tại khoa Ngoại Lồng ngực - Bướu cổ bệnh viện Bình Dân.

Kết quả: 25 trường hợp được PTNS cắt tuyến giáp qua ngã nách - quàng vú, không có trường hợp nào chuyển mổ mở. Tuổi trung bình là 40,2. Kích thước u trung bình $1,48 \pm 0,79$ cm. 100% trường hợp làm FNA trước mổ. Có 10 trường hợp (40%) u ở thùy phải, 6 trường hợp (24%) u ở thùy trái và 9 trường hợp (36%) u ở cả 2 thùy. Chúng tôi cắt toàn bộ tuyến giáp cho 10 trường hợp (40%), cắt thùy giáp + eo giáp 4 trường hợp (16%) và cắt 1 thùy tuyến giáp 9 trường hợp (44%). Có 1 trường hợp nạo hạch cổ nhóm VI. Thời gian mổ trung bình 110 ± 9 phút. Máu mất trung bình 19 ± 3 ml. Nằm viện sau mổ trung bình $3,4 \pm 1,3$ ngày. Có 3 BN (12%) khả năng tạm thời sau mổ với thời gian phục hồi khoảng 4-6 tuần. 2 trường hợp BN (8%) hạ calci máu tạm thời sau mổ. Các biến chứng khác như dò dưỡng thấp, tụ dịch hay nhiễm trùng vết mổ chưa ghi nhận có trường hợp nào. Sau mổ BN ít đau, hài lòng về mặt thẩm mỹ, cơ năng và vận động của BN trở lại bình thường nhanh. Chưa ghi nhận trường hợp nào tái phát hay di căn.

Kết luận: Điều trị UTTG thể biệt hóa giai đoạn sớm bằng PTNS cắt tuyến giáp qua ngã nách - quàng vú có thể thực hiện an toàn và thuận lợi, mang lại kết quả sớm tốt. Cần nghiên cứu tiếp tục về hiệu quả điều trị lâu dài về mặt ung thư học.

Từ khóa: PTNS cắt tuyến giáp, ung thư tuyến giáp thể biệt hóa.

Ngày nhận bài:

20/11/2023

Ngày phản biện:

15/12/2023

Ngày đăng bài:

20/01/2024

Tác giả liên hệ:

Lê Anh Duy

Email:

duy.anh.doctor@gmail.com

ĐT: 0935393909

Abstract

Early results of endoscopic thyroidectomy via axillo - bilateral - breast - approach in differentiated thyroid cancer treatment

Background: Endoscopic techniques have recently been applied to thyroid surgery and affirming its important role in surgical treatment of thyroid cancer. Currently in Vietnam, research projects on endoscopic thyroidectomy via axillo - bilateral - breast - approach in treating thyroid cancer are still quite modest.

Purpose: To evaluate the operative feasibility and safety of endoscopic thyroidectomy via axillo - bilateral - breast - approach for the treatment of the patients with differentiated thyroid carcinoma

Method: Retrospective description of case series. We analyzed 25 patients who underwent endoscopic thyroidectomy via axillo - bilateral - breast - approach for differentiated thyroid cancers between January 2016 and June 2022 at Binh Dan Hospital.

Results: All patients were successfully performed with endoscopic procedure. There was no case converted to open surgery. The mean age was 40,2. The mean diameter of tumors was $1,48 \pm 0,79$ cm. 100% cases underwent FNA before surgery. There were 10 cases (40%) from right lobe, 6 cases (24%) from left lobe and 9 cases (36%) from both lobes. Endoscopic procedures were 10 total thyroidectomies (40%), 9 lobectomies (36%) and 4 lobectomy plus isthmusectomy (16%). One patient was performed central lymph node dissection. The mean operating time was 110 ± 9 minutes. the mean bleeding volume was 19 ± 3 ml. The mean length of the hospital stay was $3,4 \pm 1,3$ days. There were 3 cases (12%) of hoarseness due to recurrent laryngeal nerve injury but recovered after 4-6 weeks. 2 cases (8%) had temporary hypoparathyroidism. No further complications such as chylous fistula, seroma or surgical site infection. All patients felt less pain and satisfied with the cosmetic outcomes. All patients are not recurrence or metastasis during follow-up.

Conclusion: Endoscopic thyroid surgery via axillo - bilateral - breast - approach is a feasible and safe method for the treatment of early differentiated thyroid cancer. This technique had better cosmetic results and the long-term effect of this technique needs further evaluation.

Keywords: Endoscopic thyroidectomy, differentiated thyroid cancer.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý ung thư tuyến giáp (UTTĐ) đang có xu hướng tăng lên trong những năm gần đây, trong đó tỷ lệ người bệnh nữ gấp khoảng 4 lần BN nam, tỷ lệ người bệnh lớn tuổi cao hơn người bệnh trẻ tuổi 1. Việt Nam nằm trong nhóm các nước có tỷ lệ mắc UTTĐ cao, đứng hàng thứ 9 với 5418 ca mới mắc, 528 ca tử vong mỗi năm, tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi là $3,52 / 100.000$ dân, đứng thứ 6 ở nữ giới với tỷ lệ $7,8/100.000$ dân. Tuy tỷ lệ ung thư tuyến giáp tăng dần nhưng tỷ lệ tử vong tương đối hằng định 2,3. Đối với bệnh lý UTTĐ, có nhiều phương pháp điều trị khác nhau, tuy nhiên cho đến nay chủ yếu vẫn là phẫu thuật. Bên cạnh phẫu thuật mở truyền thống thì phẫu thuật nội soi (PTNS) đang ngày càng được phát triển, dần khẳng định được vị trí quan trọng trong phẫu thuật tuyến giáp 4. Một trong các kỹ thuật tiêu biểu đó là PTNS qua ngã nách - quàng vú tạo thuận lợi lớn khi chỉ định điều trị cho các BN có bướu ở cả 2 thùy giáp hoặc phải can thiệp trên toàn bộ tuyến giáp. Hiện nay, tại Việt Nam, các công trình nghiên cứu về PTNS cắt tuyến

giáp qua ngã nách - quàng vú để điều trị bệnh lý ung thư tuyến giáp hiện còn khá khiêm tốn, trong khi đó mỗi quan tâm hàng đầu hiện nay là lựa chọn phương pháp điều trị tối ưu, cá thể hóa người bệnh nhằm đem đến hiệu quả tốt nhất, hạn chế đến mức thấp nhất tỷ lệ biến chứng cho BN. Xuất phát từ tình hình trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm đánh giá kết quả sớm điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa bằng PTNS cắt tuyến giáp qua ngã nách - quàng vú.

2. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp được PTNS cắt tuyến giáp qua ngã nách - quàng vú tại Khoa Ngoại Lồng ngực - Bướu cổ BV Bình Dân trong thời gian từ tháng 01/2016 đến tháng 6/2022.

3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Hồi cứu, mô tả hàng loạt ca.

Ghi nhận các thông tin về cuộc mổ, theo dõi và ghi nhận tình trạng BN hậu phẫu, xuất viện, 1 tháng và 3 tháng sau phẫu thuật

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

BN có kết quả FNA trước mổ là ung thư tuyến giáp dạng nhú hoặc dạng nang.

BN có kết quả GPB sau mổ là ung thư tuyến giáp dạng nhú hoặc dạng nang.

BN được PTNS cắt tuyến giáp qua ngã nách - quàng vú.

Tiêu chuẩn loại trừ

BN có hồ sơ bệnh án không rõ ràng, không đầy đủ.

4. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 01/2016 đến tháng 6/2022, tại Khoa Ngoại lồng ngực - Bướu cổ BV Bình Dân, chúng tôi thực hiện PTNS cắt tuyến giáp qua ngã nách - quàng vú cho 25 trường hợp UTTG thể biệt hóa, có 5 nam (20%) và 20 nữ (80%). Tuổi trung bình là $40,2 \pm 2,6$. Kích thước u trung bình là $1,48 \pm 0,79$ cm ($0,3 - 3$ cm). Có 10 trường hợp (40%) u ở thùy phải, 6 trường hợp (24%) u ở thùy trái và 9 trường hợp (36%) u ở cả 2 thùy. 100% trường hợp thực hiện FNA trước mổ, trong đó UTTG dạng nhú chiếm đa số với 21 trường hợp (84%), 4 trường hợp (16%) chưa xác định được có thực sự là UTTG hay không sau khi thực hiện FNA. Tất cả trường hợp đều thực hiện thành công hoàn toàn qua nội soi và tiếp cận từ 1 bên. Chúng tôi tiến hành cắt toàn bộ tuyến giáp cho 10 trường hợp (40%), cắt thùy giáp + eo giáp 4 trường hợp (16%), và cắt 1 thùy tuyến giáp với 9 trường hợp (44%). Có 1 trường hợp nạo hạch cổ nhóm VI, kết quả hạch di căn. Giải phẫu bệnh sau mổ cho kết quả 24 trường hợp (96%) UTTG dạng nhú, 1 trường hợp (4%) UTTG dạng nang. Thời gian mổ trung bình của chúng tôi là 110 ± 9 phút ($60 - 270$ phút). Lượng máu mất trung bình là 19 ± 3 ml. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $3,4 \pm 1,3$ ngày. Có 3 BN (12%) khàn tiếng tạm thời sau mổ với thời gian phục hồi khoảng 4-6 tuần. 2 trường hợp BN (8%) hạ calci máu tạm thời sau mổ. Chưa ghi nhận có trường hợp nào có các biến chứng khác như dò dưỡng trấp, tụ dịch hay nhiễm trùng vết mổ. Kết quả ngắn hạn BN ít đau, hài lòng về mặt thẩm mỹ, cơ năng và vận động của BN trở lại bình thường nhanh, đồng thời chưa ghi nhận trường hợp nào tái phát hay di căn.

5. BÀN LUẬN

Đối với PTNS cắt tuyến giáp qua ngã nách - quàng vú, trước hết cần phải tạo khoang thao tác, khoang này rất hẹp và chỉ giới hạn ở trong vùng cổ: phía dưới là hõm ức, phía trên tới sụn giáp, hai bên là bờ ngoài cơ ức đòn chũm. U giáp có kích thước càng lớn thì sẽ làm cho khoang chật hẹp hơn, khó quan sát và khó tiến hành các thao tác phẫu thuật. Dựa trên đánh giá giai đoạn UTTG thể biệt hóa theo AJCC 8 (2017), kích thước u giáp mới là yếu tố chính để xếp giai đoạn bệnh hơn là yếu tố di căn hạch cổ. Theo đó, các u có kích thước từ 4cm trở xuống (tương ứng T1, T2) đều xếp vào giai đoạn I (nếu không có di căn hạch vùng) hoặc giai đoạn II (nếu có di căn hạch vùng). Thông qua việc lựa chọn BN ở giai đoạn I và kích thước u giáp từ 3 cm trở xuống, chúng tôi rút ra được PTNS có thể cắt toàn bộ thùy tuyến giáp mà không gây rách vỏ bao, giúp cho hiệu quả phẫu thuật điều trị ung thư vẫn an toàn và đảm bảo đúng nguyên tắc điều trị bệnh lý ung thư. Các tác giả phẫu thuật nội soi trên thế giới lựa chọn chủ yếu ở giai đoạn I, ít ở giai đoạn II, không có ở giai đoạn III và IV. Ngược lại mổ mở có thể mạnh là thực hiện được ở tất cả các giai đoạn của bệnh. Đây cũng là hạn chế lớn nhất của phương pháp mổ nội soi so với mổ mở.

Theo hướng dẫn của ATA, phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp được khuyến cáo áp dụng cho các u giáp ác tính có kích thước > 1 cm 5. Hiện nay, đối với ung thư tuyến giáp, chỉ định PTNS chỉ thực hiện trên các trường hợp kết quả FNA carcinoma dạng nhú có kích thước $u \leq 1$ cm chưa xâm lấn. Chỉ định cắt trọn thùy và eo giáp được áp dụng cho tổn thương đơn hạt. Đối với các tổn thương đa hạt, bệnh nhân được cắt trọn tuyến giáp. Với UTTG dạng nhú, hầu hết có nguy cơ thấp, tiên lượng tốt bất kể phạm vi của phẫu thuật, đồng thời cũng chưa có những nghiên cứu so sánh hiệu quả của cắt toàn bộ tuyến giáp so với cắt thùy đối với BN UTTG nguy cơ thấp. Ngoài ra các nghiên cứu khác cũng chưa chứng minh hiệu quả trên tỷ lệ sống còn giữa 2 nhóm kỹ thuật này. Chính từ những lẽ trên, cắt thùy tuyến giáp là phù hợp đối với các UTTG nguy cơ thấp, khối u nhỏ, chưa di căn hạch.

Hiện nay, với các thiết bị để mổ nội soi hiện đại, màn hình độ phân giải cao, phẫu thuật viên có thể quan sát rõ ràng các cấu trúc giải phẫu, ngoài ra còn có sự trợ giúp của phương tiện cầm máu ưu thế như dao siêu âm giúp việc kiểm soát chảy máu trong PTNS ngày càng dễ dàng hơn 6. Tác giả Zhang D nhận xét rằng lượng máu mất sẽ giảm dần theo kinh nghiệm tăng lên của phẫu thuật viên, theo số lượng các ca mổ 7. Tác giả Zhao QZ thì cho rằng việc cắt đốt cầm máu ở cực trên tuyến giáp tương đối khó khăn do việc quan sát hạn chế và thường gây chảy máu nhiều tại đây 8. Zhao QZ và Zhang D cũng cho thấy lượng máu mất giữa PTNS và mổ mở là tương đương nhau, do vậy nếu đánh giá về độ an toàn dựa vào lượng máu mất trong phẫu thuật thì phẫu thuật nội soi cũng đảm bảo an toàn cho bệnh nhân 7, 8. Với kinh nghiệm của chúng tôi thông qua tìm hiểu y văn, các kỹ thuật trước đó của những tác giả trong nước lẫn ngoài nước, cũng như đúc kết từ thực tế trong mổ, chúng tôi nhận thấy quá trình cắt đốt động mạch giáp trên nên dùng dao siêu âm đi sát tổ chức tuyến giáp có thể đảm bảo an toàn.

Trong nghiên cứu, chúng tôi thực hiện nạo hạch cổ chọn lọc cho 1 BN (tỷ lệ 4%), đối với BN này chúng tôi tiến hành nạo vét hạch khoang trung tâm (nhóm hạch VI) khi thấy có hạch trong lúc mổ. Sau khi lấy hạch chúng tôi gửi làm giải phẫu bệnh sau mổ, kết quả xác định là hạch di căn. Tỷ lệ nạo vét hạch trong nghiên cứu chúng tôi còn thấp có thể lý giải do phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm, chưa có di căn hạch. Liên quan đến phạm vi nạo hạch trong PTNS cắt tuyến giáp điều trị UTTG thể biệt hóa, một trong những điều tranh luận gần đây là vai trò của nạo hạch cổ trung tâm phòng ngừa. Những hướng dẫn điều trị gần đây đều đưa ra khuyến cáo: “Nạo hạch cổ trung tâm phòng ngừa có thể được thực hiện đặc biệt đối với những khối u đã tiến triển” và “cắt tuyến giáp toàn phần không nạo hạch phòng ngừa có thể áp dụng thích hợp cho bệnh nhân T1 và T2, không xâm lấn, bệnh nhân không có hạch trên lâm sàng” 5. Tác giả Đỗ Hữu Liệt đã lựa chọn giải pháp nạo hạch trung tâm thường quy bắt kể trên lâm sàng có dấu hiệu của di căn hạch hay không, kết quả 13 / 44 trường hợp (29,5%) có di căn hạch cổ mặc dù trên siêu âm trước

mổ chỉ phát hiện 9 trường hợp (20,5%) có hạch cổ 9. Điều này cho thấy nạo hạch trung tâm phòng ngừa trong UTTG thể biệt hóa có giá trị nhất định trong việc nạo vét được các hạch không thấy trên thăm khám hay siêu âm. Một số nghiên cứu khác thì ủng hộ quan điểm những hạch cổ được phát hiện trên vi thể hiếm dẫn đến tái phát, đặc biệt là sau quá trình điều trị nội tiết và hóa xạ sau mổ 10. Như vậy, việc nạo hạch cổ trung tâm phòng ngừa cần được nghiên cứu thêm để đánh giá chính xác hơn vai trò và ý nghĩa của nó.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ khả năng tiếng sau mổ là 12%. So sánh với các tác giả khác có thể thấy tỷ lệ gặp biến chứng liệt thần kinh thanh quản ngược của chúng tôi tương đối thấp 11,12. Nghiên cứu của Zhang D cũng đưa ra kết quả tỷ lệ liệt dây thần kinh tạm thời trong PTNS thấp hơn so với phẫu thuật mổ mở 11. Lý giải điều này do đối tượng lựa chọn cho phẫu thuật nội soi ở giai đoạn sớm, kích thước nhân nhỏ hơn 2cm, u chưa xâm lấn cấu trúc hay tổ chức xung quanh 11. Bên cạnh đó, tỷ lệ tổn thương thần kinh thanh quản ngược ở các nghiên cứu khác nhau còn phụ thuộc vào có hay không nạo vét hạch cổ, kể cả đối với PTNS hay mổ mở. Có thể kết luận rằng để hạn chế thấp nhất tổn thương thần kinh quặt ngược, cần phẫu tích dây thần kinh rõ ràng một cách có hệ thống và tỉ mỉ, nắm vững mốc giải phẫu và xác định rõ đường đi của thần kinh.

Đối với biến chứng suy cận giáp tạm thời sau mổ, có 2 BN gặp biến chứng này, tỷ lệ chung là 8%. Chúng tôi cũng ghi nhận suy tuyến cận giáp tạm thời sau mổ có liên quan đến cắt toàn bộ tuyến giáp, sự tương quan này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,047 < 0,05$), nhóm cắt toàn bộ tuyến giáp có nguy cơ gây suy cận giáp sau mổ gấp 2,875 lần so với nhóm cắt thùy giáp. Liên quan biến chứng suy cận giáp giữa mổ mở với PTNS cắt tuyến giáp, Yan H đã tiến hành so sánh, kết quả cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ suy cận giáp giữa 2 phương pháp ($p > 0,05$) 13. Nhằm hạn chế nguy cơ suy cận giáp sau mổ, chúng tôi nhận thấy khi mổ cần xác định chính xác tuyến cận giáp dựa theo liên quan giải phẫu, đồng thời phẫu tích và bóc tách cẩn thận để bảo tồn tuyến cận giáp là phương pháp hữu hiệu nhất.

6. KẾT LUẬN

Điều trị UTTG thể biệt hóa giai đoạn sớm bằng PTNS cắt tuyến giáp qua ngã nách – quãng vú có thể thực hiện an toàn và thuận lợi, mang lại kết quả sớm tốt. Bên cạnh đó, cần nghiên cứu tiếp tục về hiệu quả điều trị lâu dài đối với mặt ung thư học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Davies L, Welch HG. Current Thyroid Cancer Trends in the United States. *JAMA Otolaryngology-Head & Neck Surgery*. 2014;140(4):317-322. doi:10.1001/jamaoto.2014.1 %J *JAMA Otolaryngology-Head & Neck Surgery*
2. Davies L ML. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology Disease state clinical review: The increasing incidence of thyroid cancer. *Endocrine Practice*. 2015;21(6):686-696.
3. Pellegriti G FF, Regalbuto C, Squatrito S, Vigneri, Rao S. Worldwide increasing incidence of thyroid cancer: update on epidemiology and risk factors. *J Cancer Epidemiol*. 2013;96:55-62.
4. Trịnh Minh Tranh. Tính ưu việt của PT nội soi tuyến giáp. *Phẫu thuật nội soi tuyến giáp - Một số kinh nghiệm*. NXB Y học 2013:63-70.
5. Haugen BR, Alexander EK. American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. . The American Thyroid Association (ATA) Guidelines Taskforce on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid. 2016;10:1089.
6. Maeda H, Kutomi G, Satomi F, Shima H, Mori M, Takemasa I. Comparison of surgical outcomes and complications between the Harmonic FOCUS and conventional surgery for open thyroidectomy. *Molecular and Clinical Oncology*. 02/07 2018;8doi:10.3892/mco.2018.1569
7. Zhang D, Wang T, Dionigi G, Zhang J, Xue G, Sun H. Central Lymph Node Dissection by Endoscopic Bilateral Areola Versus Open Thyroidectomy. *Surgical Laparoscopy Endoscopy & Percutaneous Techniques*. 2019;29(1):e1-e6. doi:10.1097/sle.0000000000000579
8. Zhao Q, Wang Y, Wang P. A comparative study of endoscopic and traditional open surgery in the treatment of papillary thyroid carcinoma. *Zhonghua waikezazhi [Chinese journal of surgery]*. 02/01 2018;56:135-138. doi:10.3760/cma.j.issn. 0529-5815. 2018. 02.011
9. Đỗ Hữu Liệt, Đoàn Tiến Mỹ và cs. Kết quả PTNS cắt tuyến giáp trong điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa. *Y học TP HCM*. 2017;21(2):57-63.
10. Gemenjäger E, Perren A, Seifert B, Schüler G, Schweizer I, Heitz PU. Lymph node surgery in papillary thyroid carcinoma. *J Am Coll Surg*. Aug 2003;197(2):182-90. doi:10.1016/s1072-7515(03)00421-6
11. Zhang D, Zhang J, Dionigi G, et al. Recurrent Laryngeal Nerve Morbidity: Lessons from Endoscopic via Bilateral Areola and Open Thyroidectomy Technique. *World J Surg*. Nov 2019;43(11):2829-2841. doi:10.1007/s00268-019-05092-x
12. Cho J, Park Y, Baek J, Sung K. Single-incision endoscopic thyroidectomy for papillary thyroid cancer: A pilot study. *International Journal of Surgery*. 2017/07/01/ 2017;43:1-6. doi: https://doi.org/10.1016/j.ijisu.2017.05.030
13. Yan H, Wang Y, Huang P, et al. Scarless neck endoscopic thyroidectomy via the breast approach: A preliminary report of 45 cases with total or near-total thyroidectomy plus central compartment dissection. *Niger J Clin Pract*. Dec 2019;22(12):1772-1777. doi:10.4103/njcp.njcp_120_19