

PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN GIÁP QUA NỘI SOI NGÃ NÁCH – QUẪNG VÚ BẰNG DAO CẮT SIÊU ÂM TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Nguyễn Văn Việt Thành*, Hồ Khánh Đức**

TÓM TẮT

Mở đầu: Phẫu thuật nội soi tuyến giáp hiện nay đã được sử dụng rộng rãi. Ưu điểm chính của phẫu thuật nội soi tuyến giáp là thẩm mỹ, giúp bệnh nhân nhanh chóng trở lại với công việc và tự tin trong giao tiếp. Phẫu thuật cắt tuyến giáp qua nội soi qua ngã nách – quầng vú bằng dao cắt siêu âm đảm bảo cả hai yêu cầu thẩm mỹ và an toàn trong điều trị.

Mục tiêu: Mô tả kỹ thuật mổ và đánh giá kết quả điều trị

Phương pháp nghiên cứu: Tiền cứu mô tả tất cả các trường hợp bướu giáp được phẫu thuật nội soi qua ngã nách quầng vú bằng dao cắt siêu âm tại bệnh viện Bình Dân từ 6/2008 – 6/2009.

Kết quả: 40 (8 nam – 32 nữ) trường hợp bướu giáp được phẫu thuật nội soi qua ngã nách quầng vú bằng dao cắt siêu âm tại bệnh viện Bình Dân và được theo dõi ít nhất 3 tháng. Độ tuổi trung bình là 32(16 – 63 tuổi). Bướu giáp đơn nhân: 26(65%), bướu giáp đa nhân 1 thùy: 4(10%), bướu giáp đa nhân 2 thùy: 5(12,5%); basedow ổn: 5(12,5%). Ba trocar được đặt ở vị trí: nách, quầng vú hai bên. Khoang cổ được tạo bằng đốt điện đơn cực với khí CO2 áp lực 8-10mmHg. Bướu được cắt bằng dao siêu âm. Thời gian phẫu thuật trung bình 90 phút (60-180). Hai trường hợp bị khàn tiếng nhẹ và hồi phục sau 3 tháng. Hai trường hợp tê tay tạm thời sau mổ. Tất cả bệnh nhân sau mổ đều an toàn, hài lòng về tính thẩm mỹ.

Kết luận: Đây là kỹ thuật mổ an toàn và hiệu quả đôi với những phẫu thuật viên có kinh nghiệm trong mổ nội soi và mổ hở bướu giáp. Lợi ích lớn nhất là tính an toàn, thẩm mỹ cao. Kỹ thuật đã có thể áp dụng đôi với bướu giáp đơn nhân, đa nhân và basedow ổn.

Từ khóa: cắt tuyến giáp nội soi

ABSTRACT

ENDOSCOPIC THYROIDECTOMY VIA AXILLO – BILATERAL – BREAST – APPROACH WITH HARMONIC SCALPEL IN BINH DAN HOSPITAL

Nguyen Van Viet Thanh, Ho Khanh Duc

* Y Hoc TP. Ho Chi Minh * Vol.14 - Supplement of No 1 –2010: 174 - 178

Introduction: Endoscopic surgery is widely employed for the treatment of goiter. The greatest benefits is cosmetic, making patient back to work early, confident in communication. Endoscopic thyroidectomy via axillo – bilateral – breast – approach with harmonic scalpel is both safe and cosmetic.

Objectives: Describe the technique and evaluate efficacy of this procedure.

Materials and Methods: Descriptive study, all patients have the goiter treated by endoscopic thyroidectomy via axillo – bilateral – breast – approach with harmonic scalpel from 6/ 2008 to 6/2009 in Binh Dan hospital.

Results: 40 cases (8 males – 32 females) of endoscopic thyroidectomy axillo – bilateral – breast – approach with harmonic scalpel were done with a 3 month follow-up. Mean age was 32 (range 16 to 63). 26 solitary nodular goiter (65%), 4 multinodular at one lobe (10%), 5 multinodular at two lobes (12.5%) and 5 basedow

* Bộ môn Ngoại Tổng quát - Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch
Địa chỉ liên hệ: BS. Nguyễn Văn Việt Thành ĐT: 0977903015

** Bệnh viện Bình Dân
Email: nguyenvanvietthanh@yahoo.com

(12.5%) underwent near-total lobectomy or thyroidectomy. Three trocars were placed at axilla, and both of breasts. The working space was created by monopolar cautery and maintained with a continuous pressure of 8 to 10 mmHg carbon dioxide (CO₂). The thyroid lobectomy was realized by harmonic scalpel. The mean operating time was 90 min (range 60-180 min). 2 cases recurrent laryngeal nerve palsies and 2 cases postoperative tetany occurred but these cases were well again. All patients were satisfied with the cosmetic results.

Conclusions: It is a safe and effective technique in the hands of an appropriately trained surgeon. The patient get a cosmetic benefit. It is possible to realize in cases: solitary nodular goiter, multinodular goiter, and basedow.

Key word: endoscopic thyroidectomy

MỞ ĐẦU

Bướu giáp là một bệnh lý phổ biến trên thế giới nói chung và ở Việt Nam nói riêng. Hằng năm, bệnh viện Bình Dân có hơn 1000 trường hợp mổ bướu giáp⁽²⁾. Ngày nay, bên cạnh mổ hở kinh điển, phẫu thuật nội soi trong điều trị bướu giáp được áp dụng khá rộng rãi với nhiều ưu điểm như ít xâm lấn, không để lại sẹo xấu gây mất thẩm mỹ, ảnh hưởng đến sinh hoạt, giao tiếp của người bệnh. Đây cũng là xu hướng phát triển của thế giới, từ năm 1996. Tại Việt Nam, năm 2004, bệnh viện Nội tiết Trung Ương Hà Nội, bệnh viện Nhân Dân Gia Định Tp.HCM đã bước đầu tiến hành phẫu thuật bướu giáp qua nội soi. Tại bệnh viện Bình Dân, từ năm 2004, chúng tôi đã tiến hành cắt bướu giáp với đường mổ nhỏ qua hỗ trợ của nội soi và đến năm 2006, đã cắt tuyến giáp hoàn toàn qua nội soi. Trong thời gian đầu, chúng tôi mổ với dụng cụ là các trocar mổ nội soi ổ bụng và dùng đốt điện lưỡng cực để cầm máu khi cắt bướu. Kỹ thuật mổ trên cho thấy những hạn chế như các sẹo lỗ trocar vẫn nằm ở vùng cổ, biến chứng chảy máu sau mổ do mặt cắt không cầm máu tốt khi đốt điện lưỡng cực. Từ 6/2008 – 6/2009, chúng tôi tiến hành phẫu thuật cắt tuyến giáp nội soi bằng dao cắt siêu âm qua các trocar tự tạo đi từ 2 quầng vú đảm bảo tính thẩm mỹ cao, cầm máu tốt trong qua trình phẫu thuật, rút ngắn thời gian mổ và cho kết quả tốt trong quá trình theo dõi bệnh sau mổ 1 – 3 tháng.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

Áp dụng kỹ thuật mổ nội soi cắt bướu giáp bằng dao cắt siêu âm qua ngã nách – quầng vú

Đánh giá hiệu quả của kỹ thuật này qua kết quả điều trị

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Tiền cứu, mô tả cắt ngang

Đối tượng nghiên cứu

Các trường hợp bướu giáp được phẫu thuật nội soi từ 6/2008 – 6/2009 tại bệnh viện Bình Dân.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Bướu giáp có kích thước mỗi thùy qua khám lâm sàng và siêu âm ≤ 4cm.

Bình giáp trên lâm sàng và cận lâm sàng.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật nội soi.

Ung thư tuyến giáp đã có chẩn đoán qua FNA và bướu tái phát.

Phương pháp phẫu thuật nội soi bướu giáp

Chuẩn bị trước mổ

Xét nghiệm tiền phẫu, chức năng tuyến giáp (TSH, T3, T4), siêu âm tuyến giáp, FNA, dùng lugol 1% 7 ngày trước mổ trong các trường hợp basedow.

Kỹ thuật mổ

Bệnh nhân nằm ngửa, mê nội khí quản, được kê gối dưới vai để ngửa cổ. Màn hình nội soi đặt về phía trái hoặc phải tùy từng phẫu thuật viên (PTV). PTV có thể đứng cùng bên hoặc đối bên với bướu, người phụ đứng đối bên. Rạch da đường 5mm ở 2 bên quầng vú, dùng kelly bóc tách lớp dưới da. Đặt 2 trocar 5mm dài (trocar tự

tạo) hướng về hõm ức. Ống kính 5mm đặt qua trocar 5mm đối bên PTV. Rạch da 10mm đường hõm nách cùng bên PTV chính và đặt trocar 10mm (trocar mổ nội soi ổ bụng) hướng về hõm ức và bơm CO₂. Dùng đốt điện đơn cực tạo khoang cổ, khoang cổ được duy trì bằng khí CO₂ với áp lực từ 8-10mmHg. Dùng đốt điện đơn cực bóc tách đường giữa khối cơ trước tuyến giáp. Bộc lộ bướu, dùng dao cắt đốt siêu âm để cắt gần trọn một hoặc cả hai thùy tuyến giáp. Lấy bướu qua ngã đặt trocar 10mm ở hõm nách. Đặt ống dẫn lưu qua trocar 10mm. Băng ép vùng cổ.

Chăm sóc và theo dõi sau mổ

Dẫn lưu sẽ được rút vào ngày thứ 2. Bệnh nhân xuất viện vào ngày thứ 2, cắt chỉ sau 1 tuần, tái khám sau 1 tháng và 3 tháng.

KẾT QUẢ

Từ 6/2008 – 6/2009, chúng tôi đã thực hiện 40 trường hợp phẫu thuật nội soi cắt thùy tuyến giáp cho các trường hợp bướu giáp đơn nhân, đa nhân và Basedow và theo dõi sau mổ 1 – 3 tháng.

Giới tính

Nữ: 32 (80%), nam: 8 (20%)

Tuổi trung bình: 32 (19 - 63)

Chẩn đoán

Bướu giáp đơn nhân: 26 (65%)

Bướu giáp đa nhân 1 thùy: 4 (10%), 2 thùy: 5 (12,5%)

Basedow ỏn: 5 (12,5%)

Phương pháp mổ

Cắt gần trọn thùy giáp: 30 (75%)

Cắt gần hết tuyến giáp: 10 (25%)

Đặt dẫn lưu: 100%

Giải phẫu bệnh

Trước mổ (FNA): 100% bướu lành tính

Sau mổ: bướu lành 100%

Kết quả phẫu thuật

Máu mất trong lúc mổ: 20ml (10-50ml)

Thời gian mổ trung bình: 90 phút (60-180 phút)

Biến chứng:

- Khàn tiếng tạm thời: 2 (5%)
- Tê tay tạm thời sau mổ: 2 (5%)
- Bầm máu nhẹ ở cổ và thành ngực: 5 (12,5%)
- Không trường hợp nào bị tràn khí dưới da nặng

Bệnh nhân được xuất viện vào ngày hậu phẫu thứ 2

Tái khám sau 1 tháng, 3 tháng:

- Tất cả các bệnh nhân mổ nội soi hoàn toàn đều hài lòng vì không có sẹo ở cổ, không cảm giác nuốt vướng. Các vết sẹo ở thành ngực lành tốt, không trường hợp nào bị nhiễm trùng vết mổ.
- 5 trường hợp basedow, sau mổ, bệnh nhân bình giáp trên cả lâm sàng và cận lâm sàng.
- Không ghi nhận trường hợp nào bướu tái phát hoặc suy giáp sau mổ.

BÀN LUẬN

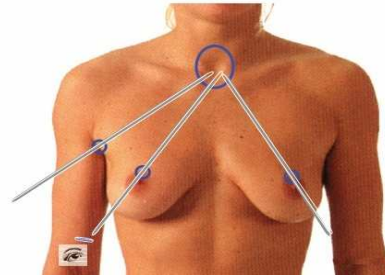
Phẫu thuật bướu cổ kinh điển (mổ hở) đã có từ năm 952 sau Công nguyên do bác sĩ Moolish người Ba Tư thực hiện. Sau đó, Theodor Kocher, phẫu thuật viên người Thụy Sĩ được xem như người đặt nền tảng cho phẫu thuật bướu giáp. Có nhiều kỹ thuật và trường phái trong việc cắt bướu giáp nhưng nhìn chung các kỹ thuật đều có điểm chung là “đường mổ kinh điển” rạch da đường ngang cổ, chiều dài đường mổ tùy thuộc vào độ lớn của bướu. Sau mổ, bệnh nhân có vết sẹo dài ở cổ, ảnh hưởng đến tính thẩm mỹ, nhất là đối với các bệnh nhân nữ. Ngoài ra, sau mổ, bệnh nhân còn gặp các vấn đề khác như nuốt vướng, dị ứng chỉ. Phẫu thuật nội soi tuyến giáp bắt đầu được mô tả trong y văn vào khoảng năm 1996 – 1997. Gagner là người đầu tiên thực hiện phẫu thuật cắt tuyến cận giáp qua nội soi⁽¹⁾. Một năm sau, Huscher báo cáo cắt thùy phải tuyến giáp hoàn toàn qua nội soi⁽²⁾. Ngày nay, phẫu thuật nội soi điều trị bệnh lý tuyến giáp đã trở nên phổ biến với mục đích thẩm mỹ. Nhiều phương pháp mổ đã được báo cáo của các tác

giả trong và ngoài nước với nhiều ưu và khuyết điểm khác nhau^(2,4,7).

Về chỉ định mổ, đa số các tác giả khuyên nên mổ đối với các trường hợp bướu giáp đơn nhân lành tính kích thước nhỏ hơn 4cm^(1,3,4). Tuy nhiên, một số tác giả nước ngoài cũng đã báo cáo phẫu thuật cắt bướu có kích thước lớn hơn 4cm, thậm chí 11cm⁽²⁾. Một số khác còn tiến hành mổ ung thư giáp dạng nhú⁽⁵⁾. Trong thực tế, chúng tôi nhận thấy hiện tại phẫu thuật nội soi tuyến giáp chỉ nên áp dụng đối với những trường hợp bướu nhỏ hơn 4 cm nếu là bướu nhân và bướu độ II nếu là bướu lan tỏa. Lý do là phẫu trường trong mổ nội soi tuyến giáp là một khoang tương đối hẹp không cho chúng ta một không gian rộng rãi khi cắt bướu như trong mổ hở. Về phương diện ung thư, chúng tôi nhận thấy trong quá trình lấy bướu ra khỏi khoang cổ, mô bướu phải đi qua một quãng đường dài chật hẹp. Khả năng rơi vãi tế bào ung thư là rất cao. Vì thế, trên quan điểm của chúng tôi, các trường hợp phẫu thuật tuyến giáp nội soi phải có kết quả giải phẫu bệnh trước mổ lạnh tính. Chúng tôi cũng đã mổ được 5 trường hợp basedow. Các trường hợp này đều được điều chỉnh về bình giáp trước mổ trên cả lâm sàng, cận lâm sàng và được dùng lugol 1% trước mổ để hạn chế tối đa chảy máu trong và sau mổ.

Về đường vào của các trocar, nhiều cách vào trocar trong phẫu thuật nội soi tuyến giáp được mô tả. Hiện tại, vẫn chưa có loại trocar nội soi nào dành riêng cho phẫu thuật tuyến giáp. Đa số tác giả đều sử dụng trocar mổ nội soi ổ bụng để thực hiện. Nhược điểm của các trocar này là quá ngắn gây khó khăn trong quá trình phẫu thuật và hơn hết là tất cả các sẹo lỗ trocar đều nằm trước ngực, làm giảm tính thẩm mỹ, vốn là ưu điểm lớn nhất của phẫu thuật nội soi tuyến giáp, đặc biệt đối với cơ địa sẹo lồi. Trong kỹ thuật mổ của chúng tôi, với đường vào của các trocar từ nách và quầng vú, các sẹo lỗ trocar được giấu kín, đảm bảo tính thẩm mỹ cao giúp bệnh nhân tự tin trong giao tiếp⁽⁶⁾. Để được điều đó, chúng

tôi nghiên cứu và thiết kế 2 loại trocar 5mm dài đi từ quầng vú đến hõm ức. Mặt khác, với đường vào ở giữa này, chúng tôi có thể cắt bướu ở cả hai thùy không mà không phụ thuộc vào vị trí của bướu như một số tác giả: 3 trocar ở vị trí đối bên với bướu, vậy để cắt được 2 thùy phải cần 6 lỗ trocar.



Vị trí Trocar



Dụng cụ tự chế

Về khoang cổ, chúng tôi chọn cách bơm khí CO₂ với áp lực khoảng 8 - 10mmHg đảm bảo một khoang trống tốt để thao tác và tránh được biến chứng tăng CO₂ máu gây toan hóa máu và tràn khí dưới da⁽⁵⁾.

Về kỹ thuật cắt bướu, chúng tôi dùng dao cắt siêu âm để cắt bướu. Dụng cụ này có ưu điểm cắt được các mạch máu có đường kính dưới 5mm và không sinh nhiệt cao như đốt điện. Vì thế, chúng tôi hạn chế được tối đa biến chứng chảy máu trong và sau mổ, cũng như khàn tiếng tạm thời sau mổ do sức nóng lan ra khi sử dụng đốt điện⁽²⁾. Điều này đặc biệt ý nghĩa khi mổ các trường hợp basedow. Ngoài ra, với ưu điểm vừa cắt vừa cầm máu, dao cắt siêu âm đã giúp chúng tôi rút ngắn thời gian phẫu thuật so với dùng đốt điện lưỡng cực⁽²⁾. Sau mổ, chúng tôi đều dẫn lưu khoang cổ 100% qua một vị trí đặt trocar

10mm. Chúng tôi cho rằng điều này rất cần thiết vì bên cạnh ý nghĩa điều trị, dẫn lưu còn có vai trò theo dõi và dự phòng quan trọng. Khác với mổ hở, trong mổ nội soi tuyến giáp, khoang cổ là khoang kín. Khi có biến chứng chảy máu xảy ra, bệnh nhân dễ bị suy hô hấp do chèn ép đường thở vì lượng máu chảy ra không thể thoát ra ngoài bằng cách banh vết mổ như trong mổ hở. Dẫn lưu được đặt qua trocar ở nách và được rút vào ngày thứ 2 trước xuất viện. Điều này vừa đảm bảo tính an toàn và thẩm mỹ trong kỹ thuật mổ của chúng tôi. Thời gian mổ có kéo dài hơn so với mổ hở kinh điển. Trung bình một ca mổ nội soi kéo dài khoảng 90 phút so với mổ hở khoảng 45 phút. Lượng máu mất trung bình khoảng 20ml là chấp nhận được.

Bệnh nhân thường xuất viện vào ngày thứ 2 sau mổ, cắt chỉ sau 7 ngày. Chúng tôi theo dõi tái khám sau 1 và 3 tháng. Không có trường hợp nào bị nhiễm trùng vết mổ và hải lòng vì không có sẹo ở cổ. Không bệnh nhân nào than phiền về dị cảm ở cổ, cảm giác nuốt vướng, những khó chịu hay gặp ở các bệnh nhân mổ hở kinh điển. Hai bệnh nhân bị khàn tiếng và tê tay sau mổ đã hồi phục hoàn toàn sau 3 tháng. Đối với 5 trường hợp basedow, sau 3 tháng, 5 bệnh nhân này đều bình giáp trên cả lâm sàng và cận lâm sàng. Trong đó, một bệnh nhân nữ đã có thai và sinh con bình thường. Tuy nhiên, thời gian 3 tháng vẫn là chưa đủ đối với việc theo dõi sau mổ bệnh lý basedow. Vì thế, chúng tôi vẫn tiếp tục theo dõi những bệnh nhân này trong một công trình nghiên cứu khác.

Tóm lại, đối với phẫu thuật nội soi tuyến giáp, chúng tôi đã thực hiện, theo dõi, nghiên cứu trong một thời gian dài. Thời gian đầu, chúng tôi chọn bướu đơn nhân, kích thước nhỏ. Khi kỹ thuật đã thuần thục, chúng tôi mở rộng chỉ định đối với các trường hợp bướu giáp đa nhân một thùy, hai thùy và basedow ổn. Nhìn chung, đây là một lựa chọn mới, phù hợp với xu hướng phát triển của thế giới cho

các phẫu thuật viên tuyến giáp.

KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt bướu giáp qua ngã nách – quầng vú bằng dao cắt siêu âm có nhiều ưu điểm như thẩm mỹ, an toàn và hiệu quả. Các phẫu thuật viên tuyến giáp có kinh nghiệm về mổ nội soi đều có thể thực hiện. Bệnh nhân hồi phục nhanh, nhanh chóng trở lại với công việc, tự tin trong giao tiếp. Kỹ thuật đã có thể áp dụng cho các trường hợp bướu to, bướu đa nhân và đặc biệt là basedow ổn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gagner M. Endoscopic subtotal parathyroidectomy in patients with primary hyperparathyroidism. *Br J Surg* 1996;83:875
2. Hồ Nam, Nguyễn Bá Minh Nhật, Hồ Khánh Đức, Nguyễn Văn Việt Thành. Kết quả điều trị bướu giáp đơn nhân bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Bình Dân Y Học TP. Hồ Chí Minh Tập 12 Phụ bản của Số 4 2008
3. Huscher CS, Chiodini S, Napolitano C, Recher A. Endoscopic right thyroid lobectomy. *Surg Endosc* 1997;11:877.
4. Palazzo FF, Sebag F, Henry JF. Endocrine surgical technique: Endoscopic thyroidectomy via the lateral approach. *Surg Endosc* 2006;20:339-42
5. Puntambekar Shailesh P ; Endoscopic thyroidectomy: Our technique, *Journal of minimal access surgery*; 2007, volume 3, 91-97
6. Strik M.W, T. Benhidjeb. Total video-endoscopic thyroidectomy via Axillo-Bilateral-Breast-Approach (ABBA). *NaturalOrificeSurgery, 1st MeetingBerlin, June23, 2006*
7. Trịnh Minh Tranh, Trần Thanh Vỹ - Sử dụng khung nâng da trong phẫu thuật nội soi tuyến giáp tại Bv Nhân Dân Gia Định - Hội nghị phẫu thuật nội soi toàn quốc lần I Hà Nội 2006.

