

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U TUYẾN CẬN GIÁP QUA ĐƯỜNG TIỀN ĐÌNH MIỆNG

Nguyễn Xuân Hậu^{1✉}, Mai Thế Vương², Lê Văn Quảng^{1,2}

¹Khoa Ung bướu và Chăm sóc giảm nhẹ - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

U tuyến cận giáp lành tính là nguyên nhân chính gây ra tình trạng cường cận giáp nguyên phát đòi hỏi điều trị bằng phẫu thuật. Chúng tôi ghi nhận và báo cáo một trường hợp u tuyến lành tính của tuyến cận giáp dưới trái, có triệu chứng nuốt vướng và phát hiện u tuyến qua siêu âm vùng cổ kết hợp với tình trạng tăng nồng độ canxi máu. Bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật nội soi cắt u tuyến cận giáp qua đường tiền đình miệng. Quá trình phẫu thuật được tiến hành với độ an toàn và kết quả thẩm mỹ cao, bệnh nhân được xuất viện sau 5 ngày và không ghi nhận biến chứng nào xảy ra trong quá trình theo dõi.

Từ khóa: U tuyến cận giáp, phẫu thuật nội soi đường tiền đình miệng.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cường cận giáp nguyên phát là một trong những bệnh lý phổ biến của hệ nội tiết, trong đó đa số các trường hợp là u tuyến lành tính của tuyến cận giáp. Đây là tình trạng tăng tiết quá mức hormone tuyến cận giáp (PTH) có nguyên nhân tại tuyến, gây ra tăng nồng độ canxi máu. Phẫu thuật là phương pháp điều trị căn bản cho tình trạng bệnh lý này, có thể thực hiện phẫu thuật mở hoặc nội soi. Đường mổ ngang theo nếp lằn cổ vẫn là kinh điển trong phẫu thuật tuyến nội tiết vùng cổ, tuy nhiên xuất phát từ yêu cầu về thẩm mỹ, hạn chế sẹo mổ, đặc biệt ở những bệnh nhân nữ giới trẻ tuổi, một số kỹ thuật nội soi cắt tuyến giáp và tuyến cận giáp đã được thực hiện với các đường tiếp cận như đường nách, đường quầng vú, đường sau tai;

tuy nhiên vẫn chưa có phương pháp nào được áp dụng phổ biến do đòi hỏi phẫu tích rộng, có các biến chứng kèm theo, và vẫn để lại sẹo sau mổ. Gần đây, kỹ thuật cắt tuyến cận giáp nội soi qua đường tiền đình miệng đã được giới thiệu với kết quả thẩm mỹ vượt trội và mức độ an toàn cao. Đã có những nghiên cứu đã khẳng định những ưu điểm và tính an toàn của nội soi tuyến cận giáp đường miệng trên thế giới. Tại Việt Nam, cho đến nay chưa có thông báo nào ghi nhận về việc áp dụng kỹ thuật trên. Trong báo cáo này, chúng tôi trình bày về một trường hợp cắt tuyến cận giáp nội soi qua đường tiền đình miệng.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nữ, 31 tuổi, không có bệnh lý nội khoa phối hợp. Bệnh nhân có triệu chứng nuốt vướng, không kèm theo ho, không khó thở, không khàn tiếng. Bệnh nhân không có triệu chứng đau mỏi cơ, yếu vận động, không đau hoặc gãy xương bệnh lý trước đây. Khám lâm sàng, tại vị trí phần dưới thùy trái tuyến giáp có khối mật độ mềm kích thước khoảng 2cm,

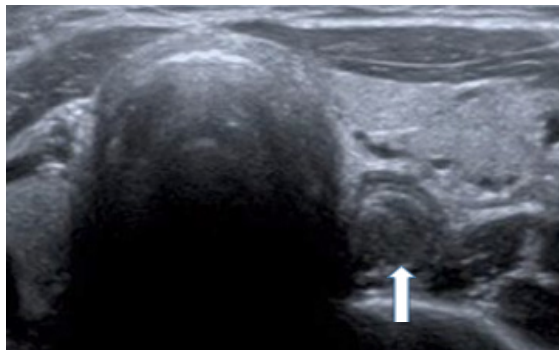
Tác giả liên hệ: Nguyễn Xuân Hậu,
Khoa Ung bướu và Chăm sóc giảm nhẹ - Bệnh viện
Đại học Y Hà Nội

Email: drnguyentuanhou@gmail.com

Ngày nhận: 11/11/2019

Ngày được chấp nhận: 09/12/2019

di động theo nhịp nuốt, không sờ thấy hạch cổ khi thăm khám. Kết quả siêu âm vùng cổ cho thấy: tại vị trí dưới cực dưới thùy trái tuyến giáp có khối cấu trúc hỗn hợp kích thước 20 x 12 mm gồm phần dịch và phần đặc tăng âm có tín hiệu mạch, bờ đều, ranh giới rõ, không có hạch to bất thường vùng cổ. Xét nghiệm sinh hóa, kết quả định lượng PTH tăng cao: 13,4 pmol/ml (1,58 – 6,03), canxi toàn phần tăng: 3,03 mmol/l (2,08 – 2,65), canxi ion hóa tăng: 1,55 mmol/l (1,14 – 1,32), phospho máu 0,8 mmol/l (0,81 – 1,45). Các kết quả điện giải đồ, phân tích nước tiểu trong giới hạn bình thường. Siêu âm ổ bụng phát hiện hình ảnh vôi hóa tử thận lan tỏa hai bên, không phát hiện sỏi.

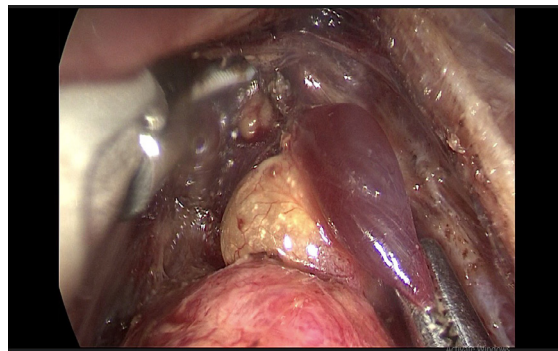


Hình 1. Hình ảnh u tuyến cận giáp dưới trái trên siêu âm (mũi tên)

Bệnh nhân được chẩn đoán u tuyến cận giáp dưới trái. Phương pháp điều trị được chỉ định là phẫu thuật nội soi cắt u tuyến cận giáp qua đường tiền đình miệng. Đường tiếp cận là đường rạch niêm mạc môi dưới khoảng 3 cm. Tổn thương trong mổ: u tuyến cận giáp dưới trái kích thước 1 x 2 cm, bờ gọn, ranh giới rõ, quá trình phẫu tích tuyến không xâm lấn vào tổ chức xung quanh, u gồm tổ chức đặc và một phần nang dịch.

Quy trình phẫu thuật:

Bệnh nhân đặt tư thế nằm ngửa cổ ưỡn, đặt nội khí quản đường mũi. Sát khuẩn khoang miệng bằng povidin. Tạo đường vào cho các trocar ở tiền đình môi dưới với 1 trocar 10



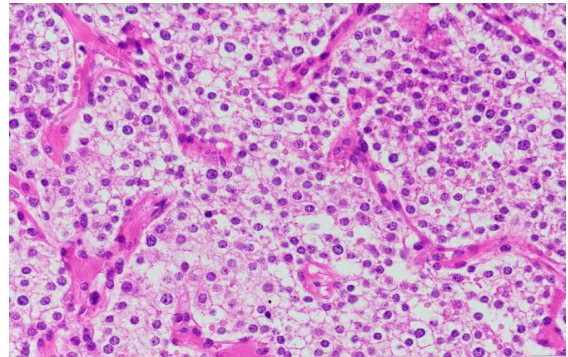
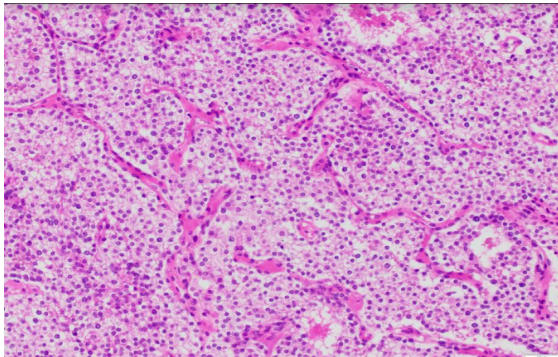
Hình 2. Hình ảnh u tuyến cận giáp dưới trái chính giữa môi dưới và 2 trocar 5 đối xứng 2 bên cách trocar 10 1,5 – 2cm. Dùng 50 ml nước muối sinh lý pha adrenalin tỉ lệ 1/100000 bơm vào dưới da vùng cổ trung tâm dưới cơ bám da cổ để bóc tách tạo khoang. Đặt trocar 10, bơm CO₂ tạo khoang phẫu trường, áp lực 6 mmHg, tốc độ 3 l/phút, đặt các trocar 5 trên cùng bình diện, 3 trocar gặp nhau tại đường giữa. Dùng dao siêu âm bóc tách phía dưới cơ bám da cổ và trên cân cơ trước giáp từ sụn giáp đến hõm ức tạo vùng phẫu thuật, phía dưới đến hõm ức, 2 bên qua cơ ức đòn chũm. Tách cơ trước giáp tại đường giữa bộc lộ tuyến giáp, phẫu tích tìm u tuyến tại cực dưới thùy trái bằng dao siêu âm, bảo tồn tuyến giáp, và thần kinh thanh quản quặt ngược trái. Lấy bệnh phẩm bằng túi nội soi qua trocar 10. Khâu phục hồi cân cơ trước giáp bằng chỉ VLOC 3.0, đóng các lỗ trocar bằng chỉ rapid 4.0. Quá trình phẫu thuật diễn ra thuận lợi trong 80 phút, lượng máu mất ước tính khoảng 10ml. Băng ép da vùng dưới cằm.

Chăm sóc sau mổ:

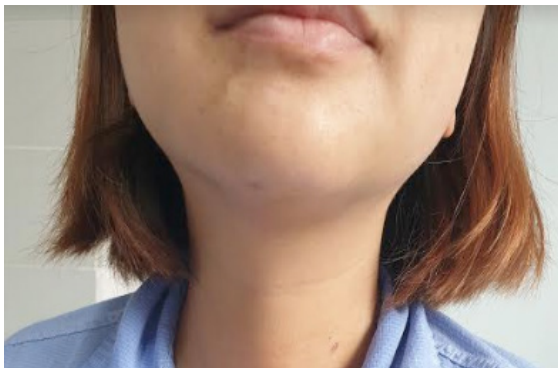
Bệnh nhân sau phẫu thuật được điều trị kháng sinh, chống viêm, băng ép da vùng dưới cằm trong 48 giờ. Trong quá trình theo dõi, bệnh nhân không có biểu hiện nói khàn, không có cơn tê bì chân tay, không xuất huyết dưới da và không có biến chứng nào khác. Về đánh giá mức độ đau sau mổ theo thang điểm VAS, kết quả ngày đầu tiên sau phẫu thuật là 3 điểm, bệnh nhân được sử dụng giảm đau bằng

Paracetamol 500mg đường uống trong ngày thứ nhất. Triệu chứng đau giảm nhanh sau 48 giờ, không gây trở ngại khi ăn uống hoặc nói. Phẫu thuật đạt được hiệu quả cao về thẩm mỹ, các cấu trúc da vùng cổ bình chỉnh hoàn toàn cân đối. Bệnh nhân được xuất viện sau điều trị nội trú 5 ngày. Kết quả xét nghiệm sinh hóa sau 14 ngày: định lượng PTH: 7,4 pmol/ml; canxi toàn phần: 2,46mmol/l, canxi ion hóa: 1,3 mmol/l.

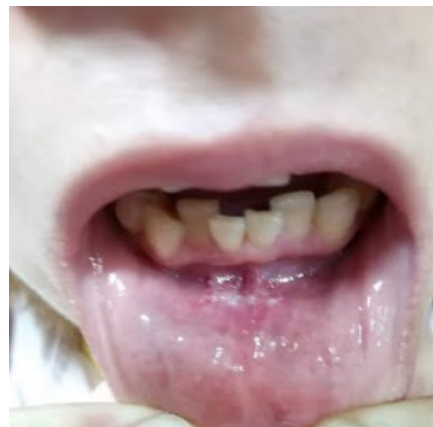
Giải phẫu bệnh sau mổ: U tuyến lành tính của tuyến cận giáp (Parathyroid adenoma)



Hình 3. Hình ảnh vi thể của u tuyến cận giáp



Hình 4. Bệnh nhân ngày thứ 3 sau phẫu thuật



Hình 5. Bệnh nhân sau phẫu thuật 3 tuần

IV. BÀN LUẬN

U tuyến cận giáp lành tính với một tổn thương tuyến chiếm 80 -85 % các trường hợp cường cận giáp nguyên phát, ngoài ra có thể gặp tình trạng tăng sản, đa tuyến cận giáp với tỉ lệ 10%, ung thư tuyến cận giáp ít gặp với tỉ lệ dưới 1%. Bệnh lý này gặp ở nữ giới với tỉ lệ gấp 3 lần ở nam giới, đa số các trường hợp biểu hiện tăng nhẹ nồng độ canxi máu, một số có triệu chứng lâm sàng như đau xương khớp, mỏi cơ, sỏi thận, đau bụng và các triệu chứng thần kinh-cơ. Trước đây, phẫu thuật thăm dò tuyến cận giáp hai bên và cắt các trường hợp u tuyến là một lựa chọn phổ biến. Tuy nhiên, đa phần các trường hợp có một u tuyến đơn độc, do đó phẫu thuật xâm lấn tối thiểu cắt tuyến cận giáp được xem như phương pháp tiêu chuẩn trong các trường hợp u tuyến với đường mổ nhỏ khoảng 2cm ở một bên cổ.¹ Bệnh nhân của chúng tôi cũng được chẩn đoán trong bệnh cảnh phát hiện u tuyến cận giáp trên siêu âm kèm theo tăng nồng độ PTH và canxi máu, tiền sử không có biểu hiện triệu chứng lâm sàng cụ thể.

Về điều trị phẫu thuật tuyến nội tiết vùng cổ, kĩ thuật nội soi với can thiệp tối thiểu qua các lỗ tự nhiên hiện đang là xu hướng ngày càng phổ biến. Một số hướng tiếp cận đã được thực hiện như nội soi qua đường nách, đường quàng vú hoặc đường sau tai, tuy nhiên chưa có phương pháp nào đem lại hiệu quả vượt trội. Một phương pháp can thiệp tối thiểu và hiệu quả, đòi hỏi không chỉ đường mổ nhỏ, khó phát hiện mà cần có khoảng cách tiếp cận ngắn từ đường mổ đến vị trí phẫu thuật nhằm tránh việc phẫu tích quá mức, thuận lợi để tìm đến vị trí đích. Phẫu trường cũng cần phải đủ rộng, có tầm quan sát tốt để thao tác dụng cụ được thuận tiện khi tìm và bộc lộ các cấu trúc giải phẫu quan trọng. Phương pháp nội soi qua đường miệng đã được giới thiệu và đáp ứng

được những yêu cầu này. Witzel và Karakas là những tác giả đầu tiên thực hiện các thủ nghiệm phẫu thuật với đường tiếp cận dưới lưỡi trên tử thi và động vật.² Karakas công bố những ca phẫu thuật cắt tuyến cận giáp trên bệnh nhân lần đầu tiên vào năm 2010 và 2014.³ Trong số 7 bệnh nhân được thực hiện, có hai trường hợp chuyển mổ mở, có hai trường hợp tổn thương thần kinh hạ thiệt và 1 trường hợp tổn thương thần kinh thanh quản quặt ngược. Do vậy, phương pháp cắt tuyến cận giáp đường dưới lưỡi đã không được áp dụng rộng rãi do kĩ thuật khó và kèm theo nhiều biến chứng.

Phương pháp tiếp cận qua đường tiền đình miệng được thực hiện đầu tiên bởi Richmon. Các tác giả đã nhận định việc thực hiện phẫu thuật qua đường tiền đình miệng thuận tiện hơn rất nhiều so với các tiếp cận qua đường dưới lưỡi, từ việc tạo đường tiếp cận cũng như thực hiện thao tác.⁴ Năm 2016, Anuwong công bố nghiên cứu về cắt tuyến giáp nội soi thực hiện qua đường tiền đình miệng thực hiện trên 60 bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu không có trường hợp nào tổn thương thần kinh cảm, hai trường hợp có khàn tiếng tạm thời và 1 trường hợp có tụ máu muộn vùng da cảm sau mổ.⁵ Kỹ thuật này cũng được triển khai cho các phẫu thuật cắt tuyến cận giáp. Năm 2016, Udelsman đã báo cáo hai trường hợp cắt tuyến cận giáp nội soi qua tiền đình miệng không có biến chứng nào xảy ra.⁶ Năm 2017, Sasanakietkul công bố kết quả về 12 trường hợp cắt u tuyến cận giáp bằng kỹ thuật này, được thực hiện bởi các bác sĩ giàu kinh nghiệm trong phẫu thuật nội soi vùng cổ. Thời gian phẫu thuật trung bình là 107,5 phút, có 1 trường hợp tổn thương thần kinh thanh quản quặt ngược, tuy nhiên được phục hồi hoàn toàn sau 1 tháng. Không ghi nhận trường hợp nào có tổn thương thần kinh cảm hoặc có dấu hiệu nhiễm trùng.⁷ Có thể thấy ngoài những biến chứng chung của phẫu

thuật tuyến giáp, cận giáp như tổn thương thần kinh thanh quản quặt ngược, các tuyến cận giáp lành, phẫu thuật nội soi đường tiền đình miệng còn có nguy cơ về tổn thương thần kinh cảm dưới, tổn thương các cấu trúc răng lợi, hoặc các trường hợp tụ dịch, xuất huyết dưới da, tràn khí dưới da... Bệnh nhân của chúng tôi được thực hiện phẫu thuật với thời gian 90 phút, trong quá trình theo dõi sau phẫu thuật không có biến chứng nào được ghi nhận, không yêu cầu sử dụng thuốc giảm đau sau phẫu thuật, kết quả về thẩm mỹ cao, da vùng cầm sau băng ép 48 giờ bình chỉnh cân đối trên các bình diện.

Như vậy, cắt tuyến giáp nội soi qua đường tiền đình miệng đã được khẳng định là một phương pháp có độ an toàn và tính khả thi cao. Ưu điểm nổi bật nhất là không để lại sẹo ngoài da, ngoài ra đường tiếp cận dễ dàng theo đường giữa, ít gây tổn thương mô, tạo được phẫu trường rộng rãi cho thao tác và quan sát các cấu trúc giải phẫu tốt ở cả hai bên. Phương pháp này khi được hiện bởi những phẫu thuật viên có kinh nghiệm đạt được độ an toàn cao, tỉ lệ biến chứng thấp.

V. KẾT LUẬN

U tuyến cận giáp lành tính là nguyên nhân chính dẫn đến tình trạng cường cận giáp nguyên phát, được điều trị chủ yếu bằng phẫu thuật. Có nhiều phương thức phẫu thuật, trong đó cắt tuyến cận giáp nội soi qua đường tiền đình miệng là một kĩ thuật có nhiều ưu điểm, độ an toàn và tính khả thi cao đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu. Đây là kĩ thuật mới cần được tiếp tục nghiên cứu, tích lũy kinh nghiệm để triển khai rộng rãi nhằm khai thác những ưu điểm vượt trội.

LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Khoa Ung bướu và Chăm sóc giảm nhẹ, Khoa Giải

phẫu bệnh - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội đã tạo điều kiện thuận lợi để chúng tôi hoàn thành bài báo cáo này. Chúng tôi xin cam đoan nghiên cứu này không trùng lặp bất kì nghiên cứu nào khác. Các số liệu và thông tin nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bilezikian John P. Primary hyperparathyroidism. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 2018, 103(11), 3993-4004.
2. Karakas Elias, Steinfeldt Thorsten, Gockel Andreas, et al.. Transoral thyroid and parathyroid surgery - development of a new transoral technique. *Surgery*, 2011, 150(1), 108-115.
3. Karakas Elias, Steinfeldt Thorsten, Gockel Andreas, et al. Transoral parathyroid surgery—a new alternative or nonsense? *Langenbeck's archives of surgery*, 2014, 399(6), 741-745.
4. Richmon Jeremy D, Pattani Kavita M, Benhidjeb Tahar, et al. Transoral robotic-assisted thyroidectomy: a preclinical feasibility study in 2 cadavers. *Head & neck*, 2011, 33(3), 330-333.
5. Anuwong Angkoon. Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach: a series of the first 60 human cases. *World journal of surgery*, 2016, 40(3), 491-497.
6. Udelsman Robert, Anuwong Angkoon, Oprea Adriana D, et al. Trans-oral vestibular endocrine surgery: a new technique in the United States. *Annals of surgery*, 2016, 264(6), e13-e16.
7. Sasanakietkul Thanyawat, Jitpratoom Pornpeera, Anuwong Angkoon. Transoral endoscopic parathyroidectomy vestibular approach: a novel scarless parathyroid surgery. *Surgical endoscopy*, 2017, 31(9), 3755-3763.

Summary

CASE REPORT: TRANSORAL ENDOSCOPIC PARATHYROIDECTOMY VIA VESTIBULAR APPROACH

Parathyroid adenoma is the most common cause that is responsible for primary hyperparathyroidism. We reported a case of left inferior parathyroid adenoma in the patient admitted with dysphagia, hypercalcemia and parathyroid tumor found under ultrasonography. The patient was treated by transoral endoscopic parathyroidectomy via vestibular approach. The operation was carried out safely and achieved remarkable cosmetic result. The patient was discharged after five days and no postoperative complications were recorded.

Key words: Parathyroid adenoma, transoral endoscopic via vestibular approach.