

Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa giai đoạn sớm tại Việt Nam

Phan Hoàng Hiệp¹, Trần Ngọc Lương¹, Nguyễn Trường Giang²

1. Bệnh viện Nội tiết Trung ương, 2. Học viện Quân Y

Từ khóa:

Phẫu thuật nội soi tuyến giáp, ung thư tuyến giáp thể biệt hóa giai đoạn sớm.

Địa chỉ liên hệ:

Phan Hoàng Hiệp,
Bệnh viện Nội tiết Trung ương
215 Ngọc Hồi - Tứ Hiệp - Thanh Trì
- Hà Nội
Điện thoại: 0904 211 839
Email: hoanghiệpbvt@gmail.com

Ngày nhận bài: 26/5/2020

Ngày duyệt: 18/6/2020

Ngày chấp nhận đăng:
22/6/2020

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi (PTNS) điều trị bướu nhân tuyến giáp được chứng minh an toàn và hiệu quả. Tuy nhiên với ung thư tuyến giáp (UTTG) còn những tranh luận về kỹ thuật và kết quả ung thư học.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu 95 người bệnh (NB) ung thư tuyến giáp thể biệt hóa giai đoạn sớm, được phẫu thuật bằng phương pháp nội soi đường ngực - nách 2 bên, tạo khoang làm việc bằng bơm khí CO₂, tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương từ 01/2013 đến 9/2016.

Kết quả: 95 NB ung thư tuyến giáp, 2 NB (2,1%) cắt 1 thùy tuyến giáp, 42 NB (44,2%) cắt toàn bộ tuyến giáp không nạo vét hạch, đây là những NB không có hạch khi thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng. 51 NB (53,7%) đã có di căn ra hạch. Việc nạo vét hạch theo phương pháp chọn lọc các khoang được thực hiện lần lượt sau khi cắt thùy tuyến giáp mỗi bên. Thời gian mổ trung bình của cắt 1 thùy tuyến giáp là 47,5 phút, cắt toàn bộ tuyến giáp là 60 phút, thời gian mổ cắt toàn bộ tuyến giáp + nạo vét hạch 1 khoang, 2 khoang và 3 khoang lần lượt là 75/94/100 phút. Tính trung bình thời gian mổ cho cả 95 NB là 84,9 phút. Lượng máu mất trung bình là 16ml. Suy tuyến cận giáp tạm thời sau cắt toàn bộ tuyến giáp là 2,4% và sau cắt toàn bộ tuyến giáp kết hợp vét hạch cổ là 7,1%, tính chung suy tuyến cận giáp tạm thời là 5,3%. Không có suy tuyến cận giáp vĩnh viễn. Tổn thương thần kinh (TK) quặt ngược tạm thời sau cắt toàn bộ tuyến giáp là (4,8%), cắt toàn bộ tuyến giáp kết hợp vét hạch cổ là (5,6%), tính chung tổn thương liệt thần kinh quặt ngược tạm thời (5,3%). Có 1 trường hợp (TH) liệt dây thần kinh thanh quản (TKTQ) vĩnh viễn. Biến chứng bỏng da (1,1%), thủng khí quản (1,1%), chảy máu sau mổ có tỉ lệ thấp (2,1%). Không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở, không có dò đường chấp và nhiễm trùng sau mổ.

Kết luận: Kỹ thuật nội soi có thể cắt tuyến giáp và nạo vét được hạch điều trị UTTG thể biệt hóa theo chỉ định. Kết quả phẫu thuật an toàn, ít biến chứng, đảm bảo được về mặt ung thư học.

Endoscopic surgery for early differentiated thyroid cancer in Vietnam

Phan Hoang Hiep¹, Tran Ngoc Luong¹, Nguyen Truong Giang²

1. National Hospital of Endocrinology, 2. Vietnam Military Medical Academy

Abstract

Introduction: Endoscopic surgery for benign thyroid nodule is a safe and effective procedure. However, there are many controversies in thyroid cancer about technique and oncologic outcome.

Materials and Methods: Prospective research for all patients with early differentiated thyroid cancer who underwent endoscopic thyroidectomy using axilla-breast approach with CO₂ insufflation at National hospital of Endocrinology from January, 2013 to September, 2016.

Results: There were 95 patients included: 2 patients (2,1%) underwent thyroid lobectomy, 42 patients (44,2%) underwent total thyroidectomy without lymph node dissection because they had no detected lymph node in both clinical and para-clinical examinations, 51 patients underwent total thyroidectomy with lymph node dissection. Lymph node dissection was performed in selective compartments after one by one lateral thyroidectomy. Mean operative time for thyroid lobectomy was 47,5 minutes, for total thyroidectomy was 60 minutes, for total thyroidectomy with one, two and three compartments was 75, 94 and 100 minutes, respectively. Mean operative time for 95 patients was 84,9 minutes. Mean blood loss was 16ml. Transient hypoparathyroidism rate was 2,4% for total thyroidectomy and 7,1% for total thyroidectomy with lymph node dissection. Total temporary hypoparathyroidism was in 5,3%. There was no permanent hypoparathyroidism. Transient recurrent laryngeal nerve injury was 4,8% for total thyroidectomy and 5,6% for total thyroidectomy with lymph node dissection, total recurrent laryngeal nerve injury was 5,3%. 1 patient with permanent recurrent laryngeal nerve injury. 1 Complication of skin burn (1,1%), tracheal perforation (1,1%), low postoperative bleeding rate (2,1%). There was no conversion to open surgery, neither chyle leak, or postoperative infection.

Conclusion: For properly selected patients with differentiated thyroid cancer, endoscopic thyroidectomy with or without lymph node dissection is a safe and effective procedure with low complication rate and oncologic adequacy.

Keywords: Endoscopic thyroidectomy, Early differentiated thyroid cancer.

I. Đặt vấn đề

Trên thế giới đã có nhiều công trình nghiên cứu lớn, đa trung tâm của các nước: Trung Quốc, Hàn Quốc, Nhật Bản, Italia, ... cho thấy tính khả thi của phẫu thuật nội soi trong điều trị bệnh lý lành tính cũng như ác tính của tuyến giáp. Cùng với sự cải tiến, phát triển của các trang thiết bị, thì PTNS đã trở thành sự lựa chọn đối với ung thư tuyến giáp giai đoạn sớm. PTNS có nhiều

ưu điểm như: tránh vết mổ lớn và sẹo vùng cổ trước, lượng máu mất ít hơn, ít đau sau mổ, tính thẩm mỹ cao, tỉ lệ biến chứng tương đương mổ mở [1], [2], [3].

Tại Việt Nam, Bệnh viện Nội tiết Trung ương là Bệnh viện đầu tiên trong cả nước thực hiện kỹ thuật này. Do đó, chúng tôi nghiên cứu với mục tiêu: "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa giai đoạn sớm".

II. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

95 NB ung thư tuyến giáp thể biệt hóa giai đoạn sớm, được phẫu thuật nội soi đường ngực nách và theo dõi tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương từ tháng 01/2013 đến 9/2016.

III. Kết quả và bàn luận

Giai đoạn bệnh được chỉ định phẫu thuật nội soi

Phẫu thuật nội soi tuyến giáp bước đầu tiên là phải tạo khoang làm việc, khoang này được tạo ra bằng việc nâng da và tổ chức dưới da lên, khoảng 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. Khi tách các lớp cơ vào tuyến giáp, lúc này nhân tuyến giáp sẽ được bộc lộ rõ và chiếm khoảng không gian đã tạo được của khoang phẫu thuật. Như vậy nhân càng lớn thì chiếm diện tích càng nhiều và sẽ làm cho khoang càng chật hẹp, khó quan sát và khó thực hiện các thao tác kỹ thuật ảnh hưởng đến quá trình phẫu tích.

Bảng 1: Phân loại TNM của nhóm nghiên cứu

Phân loại TNM	Số người bệnh	Tỷ lệ %
Khối u	T ₁ a (u ≤ 1cm)	37
	T ₁ b (1 < u ≤ 2cm)	58
Hạch	N ₀	44
	N ₁ a	21
	N ₁ b	30
Di căn xa	M ₀	95

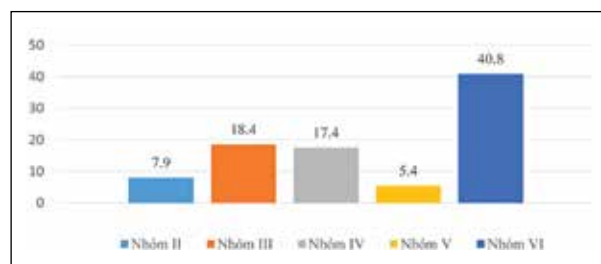
Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các NB đều ở giai đoạn I, u ≤ 1cm có 37 TH chiếm tỷ lệ 38,9%; khối 1cm < u ≤ 2cm chiếm chủ yếu là 61,1%, kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với phần lớn các tác giả lựa chọn NB để phẫu thuật nội soi [4], [5].

Việc lựa chọn ở giai đoạn I và kích thước nhân nhỏ hơn 2cm chúng tôi nhận thấy: các nhân kích thước nhỏ sẽ làm cho thùy tuyến không quá to, khi

phẫu thuật chúng tôi có thể cắt trọn vẹn toàn bộ thùy tuyến giáp mà không làm rách vỏ bao. Điều này giúp cho việc phẫu thuật khá triệt để và cũng rất an toàn về mặt ung thư học.

Nạo vét hạch cổ

Chúng tôi tiến hành vét hạch cổ chọn lọc 51 NB (53,4%), nạo vét hạch theo khoang khi có hạch thuộc bất kể 1 nhóm nào trong khoang đó là hạch di căn (khoang trung tâm: nhóm hạch VI, khoang bên có nhóm II, III, IV và V).



Biểu đồ 1: Tỷ lệ di căn hạch theo nhóm

Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy tỷ lệ di căn của các hạch nhóm VI là cao nhất (40,8%). Nhóm III, nhóm IV và tương đương nhau lần lượt chiếm tỷ lệ là 18,4%; 17,4%, hạch di căn ở nhóm II và nhóm V có tỷ lệ thấp là 5,4% và 7,9%.

Như vậy, phẫu thuật nội soi đến nay đã ứng dụng cho các loại hình phẫu thuật trong điều trị ung thư tuyến giáp: từ cắt toàn bộ tuyến giáp đến nạo vét hạch, tuy nhiên kỹ thuật này mới chỉ thực hiện được ở các NB ung thư tuyến giáp giai đoạn sớm (giai đoạn I, kích thước nhân nhỏ hơn 2cm). Trong giai đoạn hiện nay, không thể phẫu thuật nội soi cho các NB ở giai đoạn III, IV, không thể nạo vét hạch trong trường hợp di căn rộng, thâm nhiễm các tổ chức xung quanh, đó là những hạn chế của phương pháp phẫu thuật nội soi.

Thời gian phẫu thuật

Thời gian mổ nội soi UTTG được định nghĩa là khoảng thời gian từ khi đặt trocar đầu tiên đến khi khâu da mũi cuối cùng. Thời gian mổ cũng là một chỉ số phản ánh kỹ năng của phẫu thuật viên, thời gian mổ sẽ giảm đi khi mức độ hoàn thiện kỹ năng của phẫu thuật viên tăng lên.

Bảng 2: Thời gian mổ (phút)

Phương pháp phẫu thuật nội soi	Thời gian ngắn nhất	Thời gian mổ trung bình	Thời gian dài nhất
Cắt 1 thủy tuyến giáp (2 NB)	42	47,5	53
Cắt toàn bộ tuyến giáp (42 NB)	52	60 ± 10	78
Cắt toàn bộ tuyến giáp, vét hạch 1 khoang (28 NB)	65	75 ± 12	88
Cắt toàn bộ tuyến giáp, vét hạch 2 khoang (18 NB)	76	94 ± 15	112
Cắt toàn bộ tuyến giáp, vét hạch 3 khoang (5 NB)	85	100 ± 15	125
Tính chung (n = 95)		84,9 ± 15,8	

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian mổ trung bình là 84,9 phút, thời gian ngắn nhất 42 phút, dài nhất là 125 phút. Thời gian mổ trong nghiên cứu của chúng tôi ngắn hơn so với các tác giả [2], [6], điều này có thể do kỹ thuật của phẫu thuật đã hoàn thiện dần, do lựa chọn NB đều ở giai đoạn sớm với $u \leq 2\text{cm}$ và đặc biệt vai trò của dụng cụ phẫu tích (dao siêu âm thay thế cho dao điện). Dao điện tạo ra rất nhiều khói trong quá trình mổ, sau mỗi lần đốt hay cắt thì phải dừng lại để cho khói thoát hết ra ngoài rồi mới có thể làm tiếp được, trong khi đó dao siêu âm ít tạo khói, cầm máu và cắt nhanh góp phần rút ngắn thời gian mổ.

Chúng tôi thấy thời gian mổ giữa các tác giả không giống nhau và thời gian mổ của phẫu thuật nội soi còn kéo dài hơn nhiều so với mổ mở. Các tác giả cho rằng thời gian mổ phụ thuộc rất nhiều vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Tuy là kỹ thuật được các phẫu thuật viên có kinh nghiệm trong phẫu thuật nội soi thực hiện, nhưng khi nạo vét hạch các tác giả chưa thực hiện nhiều nên mất thời gian trong quá trình bóc tách, lấy hạch và cầm máu... Nhưng càng về sau, số lượng ca mổ càng nhiều thì thời gian mổ trung bình càng rút ngắn lại.

Lượng máu mất

Lượng máu mất trong mổ thì PTNS được tính qua máy hút. Hiện nay với màn hình độ phân giải cao, phẫu thuật viên có thể quan sát rất rõ ràng các cấu trúc giải phẫu vùng phẫu tích, thêm nữa là sự trợ giúp của phương tiện cầm máu ưu thế như dao siêu âm... dẫn đến việc kiểm soát chảy máu trong PTNS ngày càng dễ dàng hơn.

Bảng 3: Lượng máu mất của mỗi phương pháp phẫu thuật

Phương pháp mổ	Lượng máu mất (ml)		
	Ít nhất	Trung bình	Nhiều nhất
Cắt 1 thủy tuyến giáp (2 NB)	0	5	10
Cắt toàn bộ tuyến giáp (42 NB)	0	10 ± 8	15
Cắt toàn bộ tuyến giáp + nạo vét hạch (51 NB)	10	20 ± 15	45
Tính chung (n = 95)		16 ± 10	

Chúng tôi có những NB với số lượng máu mất được coi là 0ml. Những NB này hầu như không có chảy máu trong suốt quá trình mổ, chỉ có một vài giọt thấm ra khi rạch da. Trong những trường hợp này, quá trình tạo khoang đi vào đúng lớp tổ chức xốp, khí CO_2 sẽ làm tổ chức xốp bung ra, ống kính soi có thể giúp phẫu thuật viên nhìn thấy cả những mạch máu nhỏ để đốt được hoàn toàn trước khi cắt. Khi phẫu trường mổ càng sạch thì việc tách tiếp theo càng dễ và lại càng không chảy máu. Với kinh nghiệm của chúng tôi, quá trình đốt cắt động mạch giáp trên bao gờ cũng phải sát tổ chức tuyến giáp, bởi vì sát động mạch giáp trên là dây thần kinh thanh quản trên. Ống hút phải được đặt ở khoang vô mạch nâng lên thì cực trên sẽ được bộ lộ rõ, động mạch và tĩnh mạch giáp trên căng dài ra và dùng dao siêu âm đốt mạch máu tại 2 vị trí trước khi cắt sát tuyến.

Lượng máu mất trung bình của chúng tôi là 16 ± 10ml cho thấy đây là lượng máu mất ít hơn so với các tác giả khác. Điều này có thể lý giải là chúng tôi được phẫu tích điều trị các NB lành tính với số lượng lớn trước khi vào nghiên cứu, chính các thao tác càng thuần thục giúp lượng máu mất sẽ càng ít.

Zhao QZ và Mo K đã cho thấy lượng máu mất giữa PTNS và mổ mở là tương đương nhau, do vậy nếu tính về độ an toàn đối với lượng máu mất trong phẫu thuật thì phẫu thuật nội soi cũng đảm bảo an toàn cho NB.

Chuyển mổ mở

Nguyên nhân chủ yếu của việc chuyển mổ mở thường là do chảy máu không tiếp tục nội soi được mà phải chuyển để cầm máu. Ngoài ra có một nguyên nhân nữa cũng hay gặp là việc tạo khoang không đủ rộng hoặc bướu quá to hoặc ung thư thâm nhiễm các tổ chức xung quanh. Mỗi tác giả chuyển mổ mở với một tỷ lệ khác nhau:

Bảng 4: Tỷ lệ chuyển mổ mở của các tác giả

Tác giả	Số người bệnh	Tỷ lệ %
Kyung Tae (n = 78)	4	5,1
Zhao QZ (n = 48)	5	10,4
Mo K (n = 55)	1	1,8
Cho J (n = 75)	3	4
Chúng tôi (n = 95)	0	0

Tỷ lệ chuyển mổ mở của Kyung Tae (2019) khi phẫu thuật nội soi 78 NB là 5,1% (5 NB: 2 NB là do ung thư thâm nhiễm tại chỗ còn 3 NB do chảy máu nhiều [7], [8]).

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đi vào từ đường nách, do đó ống kính soi đi vào từ phía bên nên có thể quan sát rõ trực tiếp cực trên. Dùng đầu ống hút đặt vào khoang vô mạch nâng lên, khi đó các mạch máu của cực trên giãn dài ra nên việc quan sát, đốt cầm máu được thực hiện dễ dàng. Tiếp đó mới bắt đầu cắt dây chằng Berry như trong phẫu thuật mổ mở. Chính nhờ vào kỹ thuật này mà trong 95 ca mổ, chúng tôi đã kiểm soát thành công các mạch máu góp phần vào việc làm giảm lượng máu mất và không có trường hợp nào chảy máu nhiều phải chuyển sang mổ mở.

Tổn thương dây thần kinh thanh quản quặt ngược

Tổn thương dây thần kinh thanh quản quặt ngược (TQQN) trong phẫu thuật tuyến giáp có hai dạng

sau: Liệt dây thần kinh TQQN tạm thời và vĩnh viễn. Các nguyên nhân thường là do co kéo, đụng dập, trong quá trình bóc tách tổ chức, hoặc tổn thương vì nhiệt: nóng, bỏng do dùng dao đốt cắt mạch máu hoặc do phù nề các tổ chức xung quanh gây chèn ép dây. Chúng tôi thường hẹn NB đến khám lại sau 3 tháng 1 lần, soi dây thanh quản, trường hợp bị liệt dây TQQN thì thấy dây thanh âm không di động 1 dây hoặc cả 2 dây.

Bảng 5: Biến chứng liệt dây TKTQ theo mỗi phương pháp phẫu thuật (PPPT)

PPPT	Biến chứng	Tổn thương dây TKTQ		
		1 tuần	3 tháng	6 tháng
Cắt 1 thùy tuyến giáp (2 NB)		0	0	0
Cắt toàn bộ tuyến giáp (42 NB)		3 NB (7,1%)	2 NB (4,8%)	0
Cắt toàn bộ tuyến giáp, vết hạch 1 khoang (28 NB)		3 NB (10,7%)	1 NB (3,6%)	0
Cắt toàn bộ tuyến giáp, vết hạch 2 khoang (18 NB)		1 NB (5,6%)	1 NB (5,6%)	0
Cắt toàn bộ tuyến giáp, vết hạch 3 khoang (5 NB)		3 NB (3/5)	1 NB (1/5)	1 NB (1/5)
Tổng (n = 95)		10 NB (10,5%)	5 NB (5,3%)	1 NB (1,1%)

Trong nghiên cứu của chúng tôi, liệt dây thần kinh TQQN tạm thời xảy ra ngay sau mổ chiếm tỷ lệ dao động từ 5,6% - 10,7%. Đến thời điểm sau mổ 3 tháng tỷ lệ đó giảm còn 3,6 - 5,6%. Tính riêng cho từng loại phẫu thuật cho thấy: cắt 1 thùy tuyến giáp không gặp TH nào, cắt toàn bộ tuyến giáp: 7,1%, cắt toàn bộ tuyến giáp nạo vét hạch 1 khoang: 10,7%, cắt toàn bộ tuyến giáp và nạo vét hạch 2 khoang: 5,6%, cắt toàn bộ tuyến giáp nạo vét hạch cả 3 khoang: 3/5 NB. Tỷ lệ tai biến liệt dây thần kinh TQQN vĩnh viễn là 1,1%, trường hợp này nhân ung thư nằm ở vị trí dây chằng Berry nơi đổ vào của dây thần kinh quặt ngược bên trái, do vậy khi phẫu thuật đã làm tổn thương dây thần kinh bên trái. Chúng tôi

đã thực hiện nối lại luôn trong mổ tận tận bằng chỉ vicrin 6.0. Sau mổ NB khàn tiếng nhiều, không khó thở, điều trị theo hướng dẫn của bác sỹ chuyên khoa tai mũi họng, sau 6 tháng NB vẫn nói khàn.

Khi nghiên cứu mối liên quan giữa tỷ lệ tổn thương dây thần kinh TQQN với việc nạo vét hạch cổ, chúng tôi nhận thấy có sự tương quan rõ rệt giữa việc nạo vét hạch cổ với tổn thương dây thần kinh, nạo vét hạch càng rộng rãi thì khả năng tổn thương dây thần kinh TQQN càng cao. Liệt dây thần kinh TQQN trong nhóm nạo vét hạch cổ cao hơn ở nhóm không nạo vét hạch cổ gấp 1,27 lần. Sự khác biệt có nghĩa thống kê với $p = 0,025$.

Suy tuyến cận giáp trạng

Suy tuyến cận giáp là biến chứng thường gặp và đáng lo ngại trong phẫu thuật tuyến giáp. Biến chứng này được chia làm hai loại: suy tuyến cận giáp tạm thời và vĩnh viễn.

Bảng 6: Suy tuyến cận giáp trong theo mỗi phương pháp phẫu thuật

PPPT	Biến chứng	Suy tuyến cận giáp	
		3 tháng	6 tháng
Cắt 1 thùy tuyến giáp (2 NB)		0	0
Cắt toàn bộ tuyến giáp (42 NB)		1 NB (2,4%)	0
Cắt toàn bộ tuyến giáp, vét hạch 1 khoang (28 NB)		2 NB (7,1%)	0
Cắt toàn bộ tuyến giáp, vét hạch 2 khoang (18 NB)		1 NB (5,6%)	0
Cắt toàn bộ tuyến giáp, vét hạch 3 khoang (5 NB)		1 NB (1/5)	0
Tổng (n = 95 NB)		5 NB (5,3%)	0

Trong nghiên cứu, phẫu thuật 95 NB UTTG thể biệt hóa có tỉ lệ suy tuyến cận giáp tạm thời là 2,4% (cắt toàn bộ tuyến giáp) và 7,1% (cắt toàn bộ tuyến giáp kết hợp vét hạch cổ), nếu tính chung thì tỷ lệ là 5,3%. Không có suy tuyến cận giáp vĩnh viễn.

Trong quá trình mổ, theo kinh nghiệm của chúng tôi cần xác định chính xác tuyến cận giáp dựa vào vị trí giải phẫu, phẫu tích tỉ mỉ để bảo tồn

tuyến cận giáp và mạch máu nuôi dưỡng tuyến vẫn là phương pháp hữu hiệu nhất. Nếu tuyến cận giáp bị tổn thương trong quá trình phẫu thuật hoặc nghi ngờ mạch máu nuôi tuyến cận giáp bị tổn thương thì nên cấy tuyến cận giáp tự thân vào cơ ức đòn chũm.

Nghiên cứu mối liên quan giữa tỷ lệ suy tuyến cận giáp với việc nạo vét hạch cổ, chúng tôi nhận thấy có sự tương quan rõ rệt giữa việc nạo vét hạch cổ với suy tuyến cận giáp, nạo vét hạch càng rộng rãi thì khả năng suy tuyến cận giáp càng cao... Suy tuyến cận giáp trong nhóm nạo vét hạch cổ cao hơn ở nhóm không nạo vét hạch cổ gấp 1,35 lần. Sự khác biệt rất có nghĩa thống kê $p = 0,043$.

Như vậy tỉ lệ biến chứng suy tuyến cận giáp sau phẫu thuật nội soi của chúng tôi trong giới hạn cho phép và tương đương với phẫu thuật mổ mở. Điều này khẳng định tính khả thi của phẫu thuật nội soi điều trị UTTG giai đoạn sớm.

IV. Kết luận

Bệnh viện Nội tiết Trung ương là Bệnh viện đầu tiên trong cả nước thực hiện phẫu thuật nội soi điều trị các ung thư tuyến giáp thể biệt hóa giai đoạn sớm. Đây là một phương pháp mới, có ưu điểm nổi bật là thẩm mỹ. 95 NB được phẫu thuật an toàn, các biến chứng như tổn thương dây thần kinh quặt ngược và suy tuyến cận giáp có tỉ lệ thấp như mổ mở. Tuy nhiên khi ứng dụng kỹ thuật này cần được lựa chọn NB theo đúng chỉ định.

Tài liệu tham khảo

1. Jin Wook Yi, Sang Gab Yoon, Hyun Soo Kim, et al. (2018). Transoral endoscopic surgery for papillary thyroid carcinoma: initial experiences of a single surgeon in South Korea, *Annals of surgical treatment and research*, (2), 73-79.
2. Haiqing Sun, Haitao Zheng, Xiaojie Wang, et al. (2019). Comparison of transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach, total endoscopic thyroidectomy via areola approach, and conventional open thyroidectomy: a retrospective analysis of safety, trauma, and feasibility of central neck dissection in the treatment of papillary thyroid carcinoma, *Surgical endoscopy*, 1-7.
3. Hayemin Lee, Jina Lee, Ki Young Sung (2012).

- Comparative study comparing endoscopic thyroidectomy using the axillary approach and open thyroidectomy for papillary thyroid microcarcinoma, *World journal of surgical oncology*, (1), 269.
4. Meghan E Garstka, Ehab S Alameer, Saad Al Awwad, et al. (2019). Conventional Robotic Endoscopic Thyroidectomy for Thyroid Cancer, *Endocrinology and Metabolism Clinics*, (1), 153-163.
 5. Isariya Jongekkasit, Pornpeera Jitpratoom, Thanyawat Sasanakietkul, et al. (2019). Transoral endoscopic thyroidectomy for thyroid cancer, *Endocrinology and Metabolism Clinics*, (1), 165-180.
 6. Kuauhyama Luna-Ortiz, Antonio Gómez-Pedraza, Angkoon Anuwong (2019). Lessons Learned from the Transoral Endoscopic Thyroidectomy with Vestibular Approach (TOETVA) for the Treatment of Thyroid Carcinoma, *Annals of surgical oncology*, 1-5.
 7. Kyung Tae, Yong Bae Ji, Seok Hyun Cho, et al. (2012). Early surgical outcomes of robotic thyroidectomy by a gasless unilateral axillo-breast or axillary approach for papillary thyroid carcinoma: 2 years' experience, *Head & neck*, (5), 617-625.
 8. Daqi Zhang, Dawon Park, Hui Sun, et al. (2019). Indications, benefits and risks of transoral thyroidectomy, *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*.