

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TUYẾN GIÁP QUA TIỀN ĐÌNH MIỆNG ĐIỀU TRỊ U TUYẾN GIÁP LÀNH TÍNH TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Thanh Thuởng², Hoàng Mạnh Thắng^{1,2},
Ngô Quốc Duy^{1,2}, Ngô Xuân Quý¹, Lê Thế Đường¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp qua tiền đình miệng (TOETVA) là kỹ thuật cắt tuyến giáp mới và ngày càng được áp dụng phổ biến trên thế giới. Tại Việt Nam, Bệnh viện K đã áp dụng thành công kỹ thuật này và triển khai thường quy trên số lượng lớn bệnh nhân (BN), tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả của phương pháp này trên BN u tuyến giáp lành tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Gồm 116 BN được chẩn đoán u giáp trạng lành tính được phẫu thuật nội soi bằng phương pháp TOETVA tại Bệnh viện K từ tháng 1/2020 đến tháng 6/2024. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là $30 \pm 8,1$. Hầu hết BN đều là nữ giới, chiếm 95,7%. U bên phải chiếm 56,1%, bên trái chiếm 40,5%, U vùng eo chiếm 3,4%. Có 102 BN cắt một thùy tuyến giáp với thời gian mổ trung bình là 85,4 phút. 14 BN phẫu thuật cắt u với thời gian mổ trung bình là 63,3 phút. Các biến chứng ít gặp và đa số là tạm thời, tất cả hồi phục hoàn toàn sau 3 tháng. Tất cả BN đều hài lòng về kết quả thẩm mỹ. **Kết luận:** TOETVA là một phương pháp an toàn, hiệu quả, đạt kết quả thẩm mỹ tối ưu trên nhóm BN u tuyến giáp lành tính cho chỉ định phẫu thuật. **Từ khóa:** Toetva, phẫu thuật nội soi, u lành tuyến giáp

SUMMARY

TRANSORAL ENDOSCOPIC THYROIDECTOMY VESTIBULAR APPROACH FOR THE TREATMENT OF BENIGN THYROID TUMOURS

Objective: Currently, the frequency of discovery of thyroid tumors detected by ultrasound can be up to 19% - 68%. Most benign thyroid tumors do not require intervention. Surgery is only indicated when the tumor is large, causing compression or loss of aesthetics. Transoral endoscopic thyroidectomy (TOETVA) is a new thyroidectomy technique and is increasingly popular in the world. In Vietnam, K Hospital has successfully applied this technique and has been routinely deployed on a large number of patients, however, there has been no comprehensive study evaluating the effectiveness of the method when applied here. In this study, we report the results of the TOETVA method on 116 patients. **Patients and Methods:** At K Hospital from January 2020 to

June 2024, we performed 116 patients diagnosed with benign thyroid tumors underwent endoscopic surgery using the TOETVA. Outcomes were analyzed from a prospectively maintained database. **Results:** The average age was $30 \pm 8,4$ years. Majority of patients were female (95,7%). A tumor located in the right lobe accounted for 56,1%, in the left lobe contribute to 40,5% and in the isthmus accounted for 3,4%. 102 patients underwent lobectomy with 85,4 minutes for the mean operative time. 14 patients underwent tumor resection with an average surgical time of 63.3 minutes. The rate of complications was low. All patients were highly satisfied with the surgical outcome, especially, cosmetic results. **Conclusion:** The TOETVA is a safe and reproducible procedure. For selected patients, this technique is a viable alternative to conventional thyroidectomy. **Keywords:** TOETVA, endoscopic surgery, transoral endoscopic thyroidectomy, vestibular approach

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, tần suất u tuyến giáp được phát hiện qua siêu âm có thể lên đến 19% - 68% [1], cao hơn ở nữ giới và người cao tuổi. Có tới 60% người trưởng thành trong dân số nói chung có một hoặc nhiều u tuyến giáp [2]. Đa số u tuyến giáp là lành tính, tỷ lệ ác tính chỉ chiếm 4% - 6,5% [3]. Một số phương pháp điều trị u lành tính tuyến giáp bao gồm phẫu thuật, điều trị nội khoa, đốt sóng cao tần, tiêm cồn tuyệt đối. Phẫu thuật mổ mở là phương pháp phẫu thuật kinh điển trong điều trị u lành tính tuyến giáp, song phương pháp này để lại sẹo không mong muốn, dễ nhìn thấy ở vùng cổ trước gây mất thẩm mỹ đặc biệt ở những BN có cơ địa sẹo lồi. Phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp qua tiền đình miệng (TOETVA) là kỹ thuật cắt tuyến giáp mới và ngày càng được áp dụng phổ biến trên thế giới cũng như tại Việt Nam. Phương pháp này có nhiều ưu điểm vượt trội so với các đường tiếp cận khác như an toàn, đường tiếp cận ngắn nhất, tiếp cận cả hai thùy tuyến giáp, vết được hạch cổ trung tâm và đặc biệt đạt kết quả thẩm mỹ cao nhất (hoàn toàn không có sẹo mổ trên da) [4]. Tại Bệnh viện K, chúng tôi đã áp dụng phương pháp này để điều trị cho BN có bệnh lý tuyến giáp. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đánh giá kết quả của kỹ thuật này trên đối tượng u tuyến giáp lành tính. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với hai mục tiêu mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật của BN u tuyến giáp lành tính được phẫu

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thanh Thuởng

Email: thanhthuonydtdb@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2024

Ngày duyệt bài: 28.11.2024

thuật nội soi qua đường tiền đình miệng tại Bệnh viện K.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 116 BN được chẩn đoán u tuyến giáp lành tính được phẫu thuật nội soi qua đường miệng cắt tuyến giáp tại Khoa Ngoại đầu cổ Bệnh viện K từ 1/2020 - 6/2024

Tiêu chuẩn lựa chọn BN:

- BN được chẩn đoán xác định u tuyến giáp lành tính dựa trên kết quả mô bệnh học, được phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp qua đường tiền đình miệng

Tiêu chuẩn chọn u:

- + Thể tích tuyến giáp ≤ 10 cm³
- + Đường kính u giáp ≤ 6 cm
- Chức năng tuyến giáp bình thường
- Có hồ sơ và bệnh án đầy đủ
- BN có mong muốn đạt kết quả thẩm mỹ tối ưu

Tiêu chuẩn loại trừ:

- BN ung thư tuyến giáp
- U giáp thông trung thất
- Tiền sử phẫu thuật, xạ trị vùng đầu cổ trước đó
- Tình trạng viêm cấp tính toàn thân hoặc tuyến giáp, khoang miệng
- Có chống chỉ định chung của phẫu thuật, gây mê hồi sức: bệnh lý rối loạn đông máu, bệnh mạn tính toàn thân, thể trạng kém,...

2.2. Thiết kế nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang
- **Thời gian, địa điểm nghiên cứu:** nghiên cứu tiến hành tại khoa Ngoại đầu cổ, Bệnh viện K từ tháng 1/2020 đến tháng 6/2024.

- **Cỡ mẫu thuận tiện:** Các BN phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ, các thông tin được thu thập gồm tuổi, kích thước u trên siêu âm, tế bào học, phương pháp phẫu thuật, thời gian phẫu thuật, giải phẫu bệnh sau mổ, các biến chứng trong, sau phẫu thuật và mức độ hài lòng của BN về mặt thẩm mỹ. BN được theo dõi hậu phẫu tối thiểu 48h, mức độ đau của BN được thu thập bằng cách phỏng vấn trực tiếp thang điểm VAS (0-10 điểm).

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

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua phẫu thuật 116 BN đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được tiến hành phẫu thuật bằng phương pháp TOETVA tại Bệnh viện K từ tháng 1/2020 đến tháng 6/2024. Chúng tôi rút ra một số kết quả như sau:

Bảng 3.1. Đặc điểm nhóm BN

Đặc điểm	Kết quả Tỷ lệ phần trăm	
Tuổi BN (tuổi)	30 ± 8,1 (16 – 52)	
Giới (n)		
Nữ	111	95,7%
Nam	5	4,3%
Lý do vào viện		
Khối vùng cổ	88	75,9%
Nuốt vướng	38	32,8%
Khám sức khỏe	29	25%
Vị trí u (n)		
Thùy phải	65	56,1%
Thùy trái	47	40,5%
Eo	4	3,4 %
Giải phẫu bệnh (n)		
Bướu giáp keo	77	66,4%
U nang tuyến giáp	21	18,1%
U tuyến tuyến giáp	18	15,5%
Phương pháp phẫu thuật (n)		
Cắt thùy	102	87,9%
Cắt U	14	12,1%
Kích thước u (mm)	33,8 ± 9,3 (12-60)	

Nhận xét: - Độ tuổi trung bình là 30 ± 8,4. Hầu hết BN đều là nữ giới, chiếm 95,7%
 - U bên phải chiếm 54%, bên trái chiếm 46%, u vùng eo chiếm 3,4%

Bảng 3.2. Kết quả phẫu thuật

Đặc điểm	Kết quả
Thời gian phẫu thuật (phút)	
Cắt thùy	85,4±13,1 (60-115)
Cắt U	63,3±10,2 (45-80)
Lượng máu mất trong mổ (ml)	7,4 ±2,1
Biến chứng (n, %)	
Chảy máu	0
Chuyển mổ mở	0
Khàn tiếng tạm thời	5 (4,3%)
Khàn tiếng vĩnh viễn	0
Hạ canxi tạm thời	0
Hạ canxi vĩnh viễn	0
Tê bì cảm, môi dưới tạm thời (≤3 tháng)	12 (10,3%)
Tê bì cảm, môi dưới vĩnh viễn (>3 tháng)	0
Nhiễm trùng vùng mổ	1 (0,9%)
Tụ dịch vùng mổ	1 (0,9%)
Thủng khí quản	0

Nhận xét: - Có 102 BN cắt một thùy tuyến giáp với thời gian mổ trung bình là 85,4 phút. 14 BN cắt u với thời gian mổ trung bình là 63,3 phút. Không có BN nào cắt toàn bộ tuyến giáp.

- Các biến chứng ít gặp và đa số là tạm thời, hồi phục sau 3 tháng.

Bảng 3.3. Đánh giá hậu phẫu

Đặc điểm	Kết quả
Thời gian hậu phẫu	4,4 ± 1,4 (3-14)

TB ± SD (ngày)	
Mức độ đau sau mổ	VAS (TB ± SD)
Ngày 1	3,5±0,9
Ngày 2	1,9 ± 1,0
Ngày 3	0,5 ± 0,8

Nhận xét: Thời gian hậu phẫu trung bình là $4,4 \pm 1,4$ ngày, với trường hợp ra viện sớm nhất là 3 ngày và muộn nhất là 14 ngày (trường hợp nhiễm trùng vết mổ). Mức độ đau sau mổ đánh giá theo thang điểm VAS ngày thứ 1,2,3 sau mổ lần lượt là $3,5 \pm 0,9$; $1,9 \pm 1,0$; $0,5 \pm 0,8$.

IV. BÀN LUẬN

Hiện nay, tần suất u tuyến giáp được phát hiện qua siêu âm và thăm khám khá cao. Tuy nhiên đa số u tuyến giáp là lành tính, tỷ lệ ác tính chỉ chiếm 4% - 6,5%. Các phương pháp điều trị u lành tuyến giáp bao gồm phẫu thuật, điều trị nội khoa, đốt sóng cao tần, tiêm cồn tuyệt đối. Phẫu thuật mổ mở là phương pháp phẫu thuật kinh điển trong điều trị u lành tuyến giáp, song phương pháp này để lại sẹo không mong muốn, dễ nhìn thấy ở vùng cổ trước gây mất thẩm mỹ đặc biệt ở những BN có cơ địa sẹo lồi. Do đó, đã có nhiều cách tiếp cận nhằm che sẹo ở nền cổ như cách tiếp cận nách vú 1 bên, vú 2 bên, cách tiếp cận sau tai [5], [6]. Năm 2016, Anuwong đã báo cáo phẫu thuật tuyến giáp thành công trên 60 BN bằng cách tiếp cận qua đường tiền đình miệng [7]. Từ đó, cách tiếp cận này ngày càng được áp dụng rộng rãi ở các nước khác trên thế giới, trong đó có Việt Nam.

Đặc điểm nhóm BN. Trong 116 BN nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình là $30 \pm 8,1$ trong đó nhóm tuổi hay gặp nhất là 21-40 tuổi, chiếm 75 %. Hầu hết BN đều là nữ giới, chiếm 95,7%. Các nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy cho thấy hầu hết BN phẫu thuật nội soi tuyến giáp là nữ, trẻ tuổi như nghiên cứu của Anuwong (2018), Russell JO (2020), tỷ lệ BN nữ lần lượt là 92,2%, 88,5% và độ tuổi trung bình theo nghiên cứu của Anuwong (2018) là 35,3 [4], [8], [9]. Nhiều nghiên cứu dịch tễ học cho thấy tỷ lệ có u tuyến giáp ở nữ giới cao hơn 4 đến 5 lần so với nam giới. Hơn nữa, phụ nữ đặc biệt là phụ nữ trẻ có nhu cầu về thẩm mỹ cao hơn nam giới.

U bên phải chiếm 56,1%, bên trái chiếm 47%, còn lại là u vùng eo. Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất đối với nhóm BN của chúng tôi khi vào viện đó là sờ thấy khối vùng cổ chiếm tỷ lệ 75,9%. Trong 116 BN có 100 BN sờ thấy u qua thăm khám chiếm tỷ lệ 86,2 %. Đối với u tuyến giáp lành tính, hầu hết chỉ định phẫu thuật do khối u to gây triệu chứng, gây mất thẩm mỹ vì

vây phần lớn sẽ sờ thấy u khi thăm khám. Kích thước u trung bình của nhóm BN nghiên cứu là $33,8 \pm 9,3$ mm, cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hậu (2020) là 23,0mm và của Russell JO (2020) là 30mm [4], [9]. Trong 116 BN, có 102 BN được phẫu thuật cắt thùy chiếm 87,9% và 14 BN được phẫu thuật lấy u chiếm 12,1%. Các trường hợp lấy u đều ở vị trí eo giáp hoặc u mặt trước tuyến giáp, u ranh giới rõ, thuận lợi cho việc bóc u mà không có nguy cơ tổn thương thần kinh thanh quản quặt ngược.

Tất cả các BN có kết quả GPB là lành tính trong đó tỷ lệ bướu giáp keo gặp nhiều nhất với 77 BN chiếm 66,4 %. Hai dạng giải phẫu bệnh là u nang tuyến giáp và u tuyến tuyến giáp gặp ít hơn với tỷ lệ lần lượt là 18,2 % và 15,5%.

Kết quả phẫu thuật. Thời gian trung bình cắt một thùy cho 102 BN là $85,4 \pm 13,1$ phút; nhanh nhất là 60 phút và chậm nhất là 115 phút và thời gian cắt u trung bình là $63,3 \pm 10,2$ phút nhanh nhất là 45 phút và lâu nhất là 80 phút. So sánh với các nghiên cứu khác, kết quả về thời gian mổ trung bình tương tự như của Anuwong (2018) cho nhóm cắt thùy tuyến là $76,8 \pm 20,3$ phút, Nguyễn Xuân Hậu (2020) là $90,8 \pm 21,5$ phút [8], [9]. Tuy nhiên, nghiên cứu của Russell có kết quả này dài hơn so với chúng tôi với 123 phút cho nhóm cắt thùy tuyến [4]. Có thể thấy biến thiên thời gian mổ giữa các ca mổ là tương đối. Giải thích kết quả này có thể do số liệu nghiên cứu được lấy từ năm 2020 thời điểm kỹ thuật PTNS tuyến giáp tại Bệnh viện K dần hoàn thiện dần đến năm 2024, đó phẫu thuật viên ngày càng có nhiều kinh nghiệm trong phẫu thuật. Thực tế nghiên cứu cho thấy càng về sau thời gian phẫu thuật càng được rút ngắn hơn.

Tất cả 116 BN trong nghiên cứu của chúng tôi đều không đặt dẫn lưu sau phẫu thuật do trong quá trình phẫu thuật tổn thương mô xung quanh không nhiều, nguy cơ tiết dịch ít, và toàn bộ BN nghiên cứu đều chỉ cắt 1 thùy tuyến giáp.

Biến chứng sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu, không có BN nào phải chuyển mổ mở, không có BN nào chảy máu hậu phẫu. Chỉ có 5 BN khàn tiếng tạm thời sau mổ chiếm tỷ lệ 4,3% và không có BN nào khàn tiếng vĩnh viễn. Kết quả này tương tự như các nghiên cứu trong và ngoài nước, cụ thể tỷ lệ khàn tiếng tạm thời của tác giả Anuwong (2018) là 5,9%, Russel (2021) là 4,5%, Nguyễn Xuân Hậu (2022) là 4,3% [4], [8], [9]. Ngoài ra cũng không có BN nào hạ canxi tạm thời, vĩnh viễn. Điều này có thể dễ dàng lý giải khi trong số 116 BN chỉ có BN được phẫu thuật cắt một thùy hoặc phẫu thuật lấy u. Theo Wang và cộng sự (2020) khi tiến hành

phân tích gộp trên 1151 BN, tỷ lệ khàn tiếng tạm thời, khàn tiếng vĩnh viễn, hạ canxi tạm thời, hạ canxi vĩnh viễn, chảy máu sau mổ không khác nhau giữa hai nhóm TOETVA và mổ mở [10].

Một trong những biến chứng khác với mổ mở khi tiến hành TOETVA đó là biến chứng nhiễm trùng và tổn thương thần kinh cảm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ghi nhận 1 BN nhiễm trùng sau mổ, BN có biểu đau sưng nề, đỏ ở tại vùng mổ, BN được phối hợp 2 loại thuốc kháng sinh kết hợp thuốc giảm đau, giảm phù nề sau 14 ngày nằm viện BN khỏi hoàn toàn và không để lại di chứng gì. Trong phân tích gộp khi so sánh 2 nhóm TOETVA và mổ mở thì cũng không có sự khác biệt giữa tình trạng nhiễm trùng sau mổ giữa hai nhóm [4]. Lý do có thể là BN TOETVA đã được dùng kháng sinh dự phòng và được sát khuẩn khoang miệng sạch sẽ trước, trong và sau mổ. Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ BN có tổn thương thần kinh cảm tạm thời là 12 BN (chiếm 10,3%) và không có BN có tê bì vùng cằm và môi dưới kéo dài trên 3 tháng, tỷ lệ BN bị tổn vùng cằm tạm thời cao hơn so với một số nghiên cứu của nước ngoài do trong quá trình triển khai, kỹ thuật mổ dần hoàn thiện. Nghiên cứu ghi nhận càng về sau với kinh nghiệm và sự cải tiến trong kỹ thuật mổ tỷ lệ gặp BN bị tổn thương thần kinh cảm càng giảm. Theo Russell và cộng sự (2020) khi tiến hành TOETVA trên 200 BN ở Mỹ, chỉ có 2,5% số BN có tê bì ở cằm và môi dưới kéo dài trên 3 tháng [4]. Theo Wang và cộng sự khi tiến hành phân tích gộp trên 1151 BN cũng cho kết quả tương tự khi tỷ lệ BN có tổn thương thần kinh cảm vĩnh viễn chỉ dưới 1% [10]. Trong phân tích gộp khi so sánh 2 nhóm TOETVA và mổ mở thì cũng không có sự khác biệt giữa tình trạng nhiễm trùng sau mổ giữa hai nhóm. Bởi vì BN nhóm TOETVA được dùng kháng sinh dự phòng và được sát khuẩn khoang miệng sạch sẽ trước, trong và sau mổ. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 1 BN bị tụ dịch ở hố giáp chiếm tỉ lệ 0,9%. BN được điều trị bằng chọc hút dịch và kiểm tra lại bằng siêu âm sau 7 ngày không còn dịch. Như vậy, phương pháp TOETVA là một phương pháp hiệu quả, an toàn đối với nhóm BN u tuyến giáp lành tính có chỉ định phẫu thuật.

Trung bình số ngày nằm viện sau mổ là 4,4 ± 1,4; ngắn nhất là 3 ngày và dài nhất là 14 ngày. Có 1 BN xuất viện sau mổ 14 ngày do tình trạng nhiễm trùng vùng mổ, đồng thời BN lo lắng nhiều mong muốn được nằm viện để tiện theo dõi. Mức độ đau sau mổ được đánh giá theo thang điểm VAS vào ngày thứ 1, 2, 3 sau mổ. Kết quả cho thấy hầu hết BN đau mức độ

vừa phải trong ngày đầu tiên và gần như bình thường hoặc đau nhẹ từ ngày thứ 2 sau mổ. Kết quả này tương tự với các Nghiên cứu trong và ngoài nước như Nghiên cứu của tác giả Anuwong điểm VAS trung bình thấp, với dữ liệu cho ngày đầu sau mổ là 2,3 [8].

Về kết quả thẩm mỹ, tất cả 116 BN của chúng tôi đều hài lòng về kết quả thẩm mỹ sau phẫu thuật gần 91,4% số BN đánh giá mức độ hài lòng cao nhất là rất hài lòng, số còn lại là hài lòng với hơn 5,2%, chỉ có 4 BN đánh giá ở mức bình thường. Đây là một trong những ưu điểm vượt trội của phương pháp này. Do đó, trong thời gian tới, TOETVA sẽ là một xu hướng của trong phẫu thuật tuyến giáp ở Việt Nam cũng như trên thế giới.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua tiền đình miệng là một phương pháp an toàn, hiệu quả, đạt kết quả thẩm mỹ tối ưu trong điều trị u giáp lành tính. TOETVA là một cách tiếp cận đầy hứa hẹn và nên được triển khai rộng rãi trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Haugen B.R., Alexander E.K., Bible K.C. và cộng sự.** (2016). 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid*, 26(1), 1–133.
2. **Guth S., Theune U., Aberle J. và cộng sự.** (2009). Very high prevalence of thyroid nodules detected by high frequency (13 MHz) ultrasound examination. *Eur J Clin Invest*, 39(8), 699–706.
3. **Diagnostic approach to and treatment of thyroid nodules in adults - UpToDate.** <<https://www.uptodate.com/contents/diagnostic-approach-to-and-treatment-of-thyroid-nodules-in-adults>>, accessed: 28/08/2024.
4. **Russell J.O., Razavi C.R., Shaeer M. và cộng sự.** (2021). Transoral Thyroidectomy: Safety and Outcomes of 200 Consecutive North American Cases. *World J Surg*, 45(3), 774–781.
5. **Shimazu K., Shiba E., Tamaki Y. và cộng sự.** (2003). Endoscopic thyroid surgery through the axillo-bilateral-breast approach. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*, 13(3), 196–201.
6. **Lee KE, Kim HY, Park WS, Choe JH, Kwon MR, Oh SK, Youn YK.** Postauricular and axillary approach endoscopic neck surgery: a new technique. *World J Surg*. 2009 Apr;33(4):767-72. doi: 10.1007/s00268-009-9922-8. PMID: 19198933.
7. **Anuwong A.** (2016). Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach: A Series of the First 60 Human Cases. *World J Surg*, 40(3), 491–497.
8. **Anuwong A., Ketwong K., Jitpratoom P. và cộng sự.** (2018). Safety and Outcomes of the

Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach. JAMA Surg, 153(1), 21–27.

9. **Nguyen H.X., Nguyen H.X., Le A.D. và cộng sự.** (2022). Comparison of Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach and Conventional Open Thyroidectomy in Benign

Thyroid Tumors. Indian J Surg Onghiên cứu, 13 (1), 178–183.

10. **Wang Y., Zhou S., Liu X. và cộng sự.** (2021). Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach vs conventional open thyroidectomy: Meta-analysis. Head & Neck, 43(1), 345–353.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BAN ĐẦU ĐIỀU TRỊ U NGUYÊN BÀO VỔNG MẠC NHÓM E HÌNH THÁI HAI MẮT BẰNG HÓA CHẤT TOÀN THÂN PHỐI HỢP ĐIỀU TRỊ TẠI MẮT

Lê Thị Hương¹, Phạm Thị Minh Châu²,
Phạm Thị Thu Thủy^{1,2}, Nguyễn Bá Việt¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả ban đầu điều trị u nguyên bào võng mạc (UNBVM) nhóm E hình thái hai mắt bằng hóa chất toàn thân phối hợp điều trị tại mắt. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh, tiến cứu trên 8 bệnh nhân (BN) bị UNBVM nhóm E hình thái hai mắt điều trị bằng hóa chất toàn thân tại BV K cơ sở 3 phối hợp điều trị tại mắt (laser/lạnh đông) tại BV Mắt Trung ương từ tháng 8/2023 đến tháng 8/2024. **Kết quả:** Có 8 bệnh nhân UNBVM nội nhãn hai mắt với 9 mắt thuộc nhóm E. Bệnh nhân đến khám do ánh đồng tử trắng là triệu chứng phổ biến nhất, 6/8 bệnh nhân không có tiền sử gia đình bị bệnh UNBVM, 100% khối u đều giảm kích thước với trung bình là 4,3mm, có 6 mắt bảo tồn được trong đó có 4 mắt đáp ứng tốt, và 2 mắt cần điều trị thêm với hóa chất nội động mạch mắt; 3 trường hợp không đáp ứng với điều trị nên cần cắt bỏ nhãn cầu. **Kết luận:** Điều trị hóa chất toàn thân phối hợp điều trị tại mắt (laser/lạnh đông) bước đầu có tỷ lệ bảo tồn nhãn cầu đối với những khối u nguyên bào võng mạc hình thái 2 mắt. **Từ khóa:** u nguyên bào võng mạc nhóm E, bảo tồn nhãn cầu

SUMMARY

ASSESSMENT OF EARLY TREATMENT RESULTS FOR BILATERAL GROUP E RETINOBLASTOMA USING A COMBINED APPROACH OF SYSTEMIC CHEMOTHERAPY AND LOCAL OCULAR THERAPY

Objective: To evaluate the initial results of systemic chemotherapy combined with local treatment for bilateral retinoblastoma (RB) Group E. **Method:** A prospective descriptive case series study involving 8 patients diagnosed with bilateral Group E retinoblastoma treated with systemic chemotherapy

combined with local therapy at the Viet Nam National Eyes Hospital from August 2023 to August 2024. **Results:** The study involved 8 patients with intraocular bilateral retinoblastoma, encompassing 9 eyes classified as Group E. Patient characteristics revealed that leukocoria was the most common symptom, and most patients had a healthy personal and family medical history. Follow-up and treatment outcomes for Group E retinoblastoma indicated that all tumors reduced in size, with an average decrease of 4.3 mm. Six eyes showed a good response to treatment, while 3 cases did not respond and required enucleation. **Conclusion:** The combination of systemic chemotherapy and local treatment (laser/cryotherapy) is necessary and safe for managing intraocular retinoblastoma, aiming to reduce tumor size, preserve vision, and limit enucleation.

Keywords: retinoblastoma Group E, limit enucleation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nguyên bào võng mạc (UNBVM-retinoblastoma) là bệnh lý nội nhãn ác tính gặp nhiều nhất ở trẻ nhỏ, chiếm khoảng 3% các bệnh ung thư dưới 15 tuổi, khoảng 1/15000-1/18000 trong nhóm dưới 5 tuổi. Nếu không được điều trị kịp thời, khối u sẽ xâm lấn qua thị thần kinh vào não và di căn đến các cơ quan khác qua đường máu và gây tử vong cho trẻ.¹

Với mục tiêu điều trị đầu tiên là bảo toàn tính mạng, tiếp theo là bảo tồn nhãn cầu, duy trì thị lực đảm bảo chất lượng cuộc sống. Trước đây, việc cắt bỏ nhãn cầu trong bệnh UNBVM chiếm tới 98-100% ở các nước phát triển,² giúp cho tỷ lệ sống đạt cao nhất trong tất cả các bệnh lý ung thư ở trẻ em. Khoảng hai thập kỉ gần đây, việc điều trị bảo tồn u nguyên bào võng mạc đã có những bước tiến vượt bậc. Việc phối hợp giữa các phương pháp điều trị tại chỗ với hóa chất toàn thân, hóa chất nội động mạch mắt giúp tăng hiệu quả điều trị, tăng tỷ lệ bảo tồn nhãn cầu và giữ thị lực cho trẻ bị bệnh. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá*

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Hương

Email: bslethihuong1994@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2024

Ngày duyệt bài: 26.11.2024