

AN TOÀN VÀ HIỆU QUẢ CỦA ĐỐT NHÂN GIÁP LỚN LÀNH TÍNH BẰNG VI SÓNG (MWA)

Safety and efficiency of microwave ablation (mwa) for large benign thyroid nodules

*Huỳnh Quang Khánh**

SUMMARY

Most thyroid nodules are benign and do not require treatment, but large (≥ 3 cm) benign thyroid nodules usually cause clinical symptoms or cosmetic concerns and therefore require treatment. Traditionally the treatment for benign thyroid nodules consists of surgery and levothyroxine medication, however, both have many drawbacks. Minimally invasive surgical alternatives are becoming more attractive for the treatment of thyroid nodules. Beside Radiofrequency ablation (RFA), Microwave ablation (MWA) is a method of thermal ablation to induce thyroid tissue necrosis and has been applied to various benign and malignant tumors with good results.

Objectives: We determine the safety and efficacy of the Microwave Ablation procedure to treat large benign thyroid nodules.

Materials and Methods: We report a series of 40 large benign thyroid nodules patients who underwent Microwave Ablation for treatment at Thoracic Surgery Department Cho Ray hospital from Apr-2018 to Sep-2019.

Results: There were 31 females and 9 males, with a median age of 46 years. The medians with the largest diameter and volume of the nodules were 40 mm and 22 ml. Four (10%) minor complications were observed. The mean volume reduction ratio (VRR) was 75.1, 85.2, and 96.4% after 3, 6, and 12 months. The mean symptom and cosmetic scores dropped from 8.0 and 2.8 (before treatment) to 2.8 and 1.3 (at 12 months), respectively. Thirteen nodules (31%) require two MWA sessions.

Conclusions: MWA is safe, effective, and can be a good option to treat large benign thyroid nodules. More studies with large datasets and long follow-ups are needed to improve its safety and efficacy.

Keywords: *Large benign thyroid nodules; Microwave ablation (MWA); Volume reduction ratio; Symptom score; Cosmetic score.*

* Khoa Ngoại Lồng Ngực, bệnh viện Chợ Rẫy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới, tỉ lệ người dân trong cộng đồng có nhân giáp từ 4% - 7% , tỉ lệ này có thể tăng hơn 10 lần nếu khảo sát bằng siêu âm và bệnh thường gặp ở nữ giới nhiều hơn nam . Tại Việt Nam, tỷ lệ bệnh thay đổi theo từng địa phương. Đa số bệnh nhân đến khám bệnh tuyến giáp có biểu hiện lâm sàng là bướu giáp đơn nhân hay bướu giáp đa nhân và một phần trong số này được chỉ định điều trị ngoại khoa.

Với bệnh bướu giáp lành tính, nếu trước kia để điều trị triệt để thường áp dụng phẫu thuật hoặc phẫu thuật nội soi để lấy nhân giáp ra thì nay, với kỹ thuật mới, cho phép bác sĩ điều trị bằng sóng cao tần (RF), vi sóng (MW). Đây là phương pháp ít xâm lấn để điều trị nhân giáp lành tính. Khi có chỉ định áp dụng kỹ thuật này, giúp cho người bệnh tránh biến chứng, hạn chế tái phát

Các phương pháp thay thế phẫu thuật xâm lấn tối thiểu đang trở nên hấp dẫn hơn để điều trị nhân giáp. Những cải tiến trong công nghệ đốt làm giảm bệnh suất và tử vong, và khả năng điều trị bệnh nhân trong môi trường ngoại trú là tốt cho bệnh nhân và hệ thống chăm sóc sức khỏe.

Thực hiện thủ thuật đốt có hướng dẫn bằng hình ảnh đang trở thành một lựa chọn tốt cho bệnh nhân vì chi phí tương đối thấp, khả năng đốt đúng hết tổn thương được kiểm soát và độc tính tương đối thấp. Mặc dù kỹ thuật đốt bằng vi sóng dưới hướng dẫn bằng hình ảnh đã được nghiên cứu rộng rãi để điều trị các khối u thận, gan và phổi, nhưng chưa có nhiều báo cáo kỹ thuật này ở nhân giáp lớn.

Toàn bộ quy trình này diễn ra trong khoảng 30 phút. Điều trị nhân giáp bằng vi sóng được ứng dụng trong các trường hợp nhân giáp lớn lành tính có triệu chứng (có đau vùng cổ, cảm giác khó chịu, khó nói, ho, ảnh hưởng thẩm mỹ hoặc nhân độc tuyến giáp), ung thư tuyến giáp tái phát, ung thư tuyến giáp không mổ được.

Ngày nay, ứng dụng vi sóng được coi là một bước tiến mới trong điều trị bướu giáp. Bởi lẽ phương pháp này mang lại nhiều ưu điểm vượt trội so với phương pháp mổ thông thường: Không cần gây mê, độ an toàn cao, thời

gian điều trị và hồi phục nhanh chóng, bệnh nhân có thể trở về ngay sau khi điều trị, nguy cơ tái phát rất thấp⁽³⁾.

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá hiệu quả, khả thi (sự an toàn) của thủ thuật đốt nhân giáp bằng vi sóng (MW).

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến cứu mô tả hàng loạt ca

Bệnh nhân có bướu giáp nhân lành tính: đơn nhân, đa nhân, một thùy hay cả hai thùy

Thời gian nghiên cứu: 17 tháng, từ tháng 4/2018 đến tháng 9 năm 2019. Tại khoa Ngoại Lồng Ngực bệnh viện Chợ Rẫy.

Tiêu chí chọn mẫu

Bệnh nhân có bướu giáp đơn hay đa nhân.

Bướu có đường kính nhỏ nhất $\geq 3\text{cm}$, lớn nhất $\leq 8\text{cm}$ (dựa vào siêu âm).

Xét nghiệm chức năng tuyến giáp trước mổ: bình giáp.

Thực hiện FNA nhân giáp dưới hướng dẫn siêu âm 2 lần. Hoặc sinh thiết lõi nhân giáp dưới hướng dẫn siêu âm có kết quả lành tính

Bệnh nhân đồng ý tham gia.

Tiêu chí loại trừ

Bướu thong trung thất.

Tiến hành thủ thuật RFA, MWA

Vô cảm, bệnh nhân được gây tê tại chỗ

Tư thế bệnh nhân nằm ngửa, độn gối ở phía sau vai - cổ.

Kíp thực hiện gồm 1 phẫu thuật viên và 1 điều dưỡng dụng cụ.

Dàn máy MW; siêu âm đặt phía trên, đối diện với phẫu thuật viên chính, bàn dụng cụ đặt phía dưới chân bệnh nhân.

*** Các bước cơ bản trong thực hành MWA tuyến giáp**

1. Thực hiện sinh thiết để xác định loại bướu (FNA)
2. Xác định tình trạng bướu (lành, ác) qua siêu âm
3. Xét nghiệm hóc môn tuyến giáp FT3, FT4, TSH
4. Cho thuốc giảm đau hoặc an thần đối với một vài bệnh nhân lo âu
5. Gây tê tại chỗ đối với vị trí đưa electrode vào và bao tuyến giáp
6. Bóc tách nước được thực hiện bằng cách bơm glucose 5% dưới da nhằm ngừa bỏng da hoặc bóc tách các cấu trúc lân cận gần vị trí đốt.
7. Sử dụng siêu âm doppler để xác định bó mạch cảnh trong và các mạch máu có thể chọc phải
8. Đưa đầu đốt chuyên biệt MWA vào dưới hướng dẫn siêu âm
9. Sử dụng túi nước lạnh đặt trên da bệnh nhân để làm lạnh các cấu trúc lân cận
10. Thực hiện MWA nhân giáp và theo dõi bằng siêu âm

*** Các cách tiếp cận tuyến giáp đốt MWA**

Tiếp cận xuyên qua eo giáp

Tiếp cận đường bên

Tiếp cận đường dọc

Theo dõi và đánh giá kết quả

Đánh giá sự an toàn (kết quả sớm): Đánh giá dựa vào tỷ lệ các biến chứng, tử vong khi thực hiện thủ thuật, các tiêu chuẩn biến chứng được phân mức độ dựa theo Nghiên cứu đa trung tâm báo cáo năm 2012^(2, 5).

Các biến chứng lớn: Thay đổi giọng nói, vỡ u, tổn thương đám rối cánh tay, suy giáp

Các biến chứng nhỏ: Tụ máu, bỏng da, ói

Đánh giá hiệu quả của phương pháp (kết quả lâu dài):

* Đánh giá hiệu quả phá hủy khối u: Chúng tôi đánh giá hiệu quả của việc đốt phá hủy khối nhân giáp dựa trên siêu âm kiểm tra⁽⁶⁾ đánh giá ở các thời điểm 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng như sau.

Bảng 1. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả⁽⁶⁾

| Các đáp ứng | Kích thước trên siêu âm 1 tháng | Kích thước trên siêu âm 6 tháng | Kích thước trên siêu âm 12 tháng |
|--------------------|--|--|--|
| Hoàn toàn (2) | Sang thương <25% so với kích thước ban đầu | Sang thương <50% so với kích thước ban đầu | Sang thương <80% so với kích thước ban đầu |
| Một phần (1) | Giảm ít hơn 15-25% đường kính lớn | Hoại tử trung tâm hoặc hang trung tâm với đậm độ dịch | Giảm <50% so với kích thước ban đầu |
| Không thay đổi (3) | Giảm ít hơn <15% đường kính lớn | Biểu hiện u đặc, không hoại tử hoặc tạo hang ở trung tâm | Không thay đổi |

Siêu âm được chỉ định mỗi 3, 6, 12 tháng, bệnh nhân được đánh giá: tái phát tại chỗ, nhân giáp mới, bệnh tiến triển trong 1 năm. Xác định tái phát hay khả năng điều trị hết nhân giáp.

Đánh giá hiệu quả dựa trên:

- Lâm sàng: Đánh giá dựa trên thang điểm triệu chứng (symptom scores: mức 0-10) và thang điểm thẩm mỹ (cosmetic scores: mức 0, 1, 2, 3)

- Siêu âm: tỉ lệ giảm thể tích bướu (*VRR: volume reduction ratio*. $VRR = (V_0 - V_x) / V_0$ (*VRR*: tỉ lệ % giảm thể tích; V_0 : Thể tích ban đầu trước khi đốt; V_x : thể tích ở các thời điểm theo dõi; Tất cả đều đo dưới siêu âm).

- Đánh giá số lần can thiệp MWA

* Chỉ định MWA lần 2, lần 3

- Đáp ứng không hoàn toàn

- Phần mô đốt còn lại >20% (tùy vị trí, kích thước

bướu, để an toàn, chỉ đốt đạt 80-100% cho lần đầu tiên)

* Tái phát tại chỗ: Tái phát tại chỗ đốt, tái phát trong thùy, trên siêu âm. Bởi vì sự tạo sẹo tại chỗ đốt, siêu âm sau 6 tháng sẽ đánh giá chính xác nhất.

* Tái phát vùng: Nhân giáp mới ở thùy khác hoặc vùng khác cùng thùy quan sát được trên siêu âm.

* Tử vong: Tỷ lệ sống còn

III. KẾT QUẢ

Đặc điểm nhóm nghiên cứu:

Trong thời gian 17 tháng từ tháng 4 năm 2018 đến tháng 9 năm 2019, có 40 bệnh nhân được nghiên cứu trong đó

Giới: Có 31 nữ (78%), 9 nam (22%).

Tuổi trung bình 46 tuổi, nhỏ nhất 24 tuổi, lớn nhất 61 tuổi

Thời gian từ khi phát hiện bướu đến khi điều trị trung bình là 6 tháng, thay đổi từ 3 đến 24 tháng.

Có 3 trường hợp (8%) có bệnh kèm theo như: ghép thận, cao huyết áp.

Có 4 trường hợp (10%) đã được làm thủ thuật RFA trước đó, tuy nhiên thể tích bướu không giảm đi đáng kể.

Tất cả các trường hợp bệnh nhân đều có than phiền về bướu. Trong thang điểm triệu chứng với trung bình là 8 mức độ thấp nhất là 5, nhiều nhất là 10.

Thêm vào đó, tất cả bệnh nhân đều được đánh giá điểm thẩm mỹ mức 2 có 8 trường hợp (20%), hay mức 3 trong thang điểm thẩm mỹ có 32 trường hợp (80%). Không có trường hợp nào ở mức 0, 1.

Đặc điểm nhân giáp

Có 42 nhân giáp với kích thước trung bình của đường kính lớn nhất là 44mm, thể tích trung bình 22ml. Một nửa trong số đó là nhân hỗn hợp hay có một phần nang. Về độ rắn, phần lớn được phân loại là loại rắn và hỗn hợp (tương ứng 48% và 50%). Chỉ có 1 trường hợp (2%) là nang giáp đơn thuần. Hầu hết nhân giáp (71%) là ở thùy trái. Không có trường hợp nào có tăng sinh mạch máu ở nhân giáp.

Số lượng nhân giáp được điều trị: 1 nhân 38 trường hợp (95%). 2 nhân 2 trường hợp (5%).

Tính an toàn

Trong số 40 bệnh nhân được điều trị bằng vi sóng, có 4 trường hợp (10%) có biến chứng nhẹ sau đốt: 1 trường hợp có bỏng da tại vị trí đâm kim vào đốt, 3 trường hợp khác có bỏng da tại vị trí nhân giáp được đốt. Nhưng tất cả các trường hợp này đều hồi phục sau 1 tuần điều trị và không tạo thành sẹo. Không có trường hợp nào có biến chứng nặng.

Tính hiệu quả

Thời gian theo dõi trung bình 12 tháng, ngắn nhất 1 tháng, dài nhất 18 tháng.

Bảng 2. Hiệu quả MWA ở mỗi thời điểm trong quá trình theo dõi

| Kết quả | Trước MWA | 1 tháng | 3 tháng | 6 tháng | 12 tháng |
|-------------------------|----------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Tỉ lệ giảm thể tích (%) | 0 (0; 0) | 46.7 (43.7; 50.0) | 75.1 (70.7; 79.6) | 85.2 (80.8; 89.6) | 96.4 (93.5; 99.3) |
| Điểm triệu chứng | 8.0 (7.7; 8.3) | 6.0 (5.8; 6.3) | 4.1 (3.8; 4.4) | 3.6 (3.3; 3.9) | 2.8 (2.5; 3.0) |
| Điểm thẩm mỹ | 2.8 (2.6; 3.0) | 2.6 (2.5; 2.7) | 2.3 (2.2; 2.4) | 2.0 (1.8; 2.1) | 1.3 (1.2; 1.5) |

Tỉ lệ giảm thể tích bướu đạt được sau 3 tháng. Điểm triệu chứng giảm rõ sau 3 tháng. Điểm thẩm mỹ giảm chậm hơn sau 6 tháng.

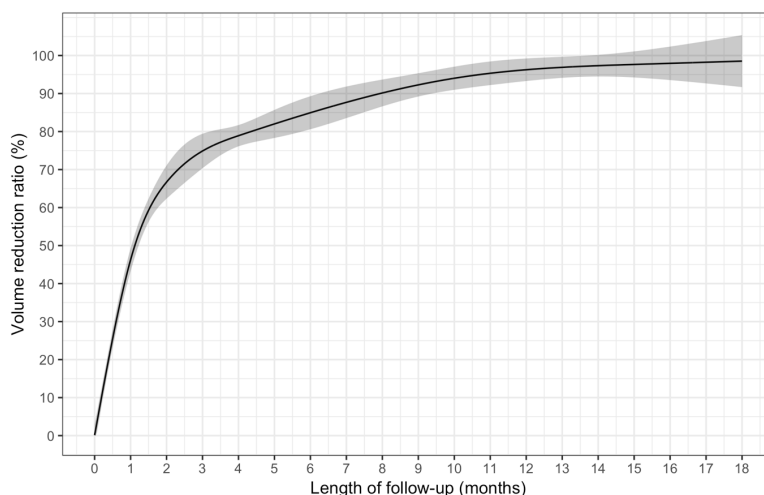
Bảng 3. Các đặc điểm liên quan số lần can thiệp MWA

| Đặc điểm | MWA 1 lần (N = 29) | MWA 2 lần (N = 13) | P value* |
|---|-----------------------|-----------------------|----------|
| Thời gian từ lúc phát hiện bướu đến khi đốt lần đầu MWA (tháng) | 6 (4 – 6) | 12 (8 – 12) | 0.001 |
| Có điều trị RFA nhân giáp trước | 0 (0) | 4 (31) | 0.006 |
| Thang điểm triệu chứng trước khi MWA | 8 (7 – 8) | 9 (8 – 10) | <0.001 |
| Thang điểm triệu chứng sau khi MWA | | | 0.043 |
| - Mức 2 | 8 (28%) | 0 (0) | |
| - Mức 3 | 21 (72%) | 13 (100%) | |
| Đường kính lớn nhất trước khi MWA (mm) | 39 (35 – 44) | 45 (35 – 55) | 0.074 |
| Thể tích bướu trước khi MWA (ml) | 18 (11 – 28) | 32 (19 – 38) | 0.047 |
| Đặc điểm siêu âm trước khi MWA | | | 0.077 |
| - Dạng hỗn hợp hoặc hóa nang một phần | 17 (59) | 4 (31) | |
| - Đồng ECHO | 7 (24) | 8 (62) | |
| - Tăng ECHO | 5 (17) | 1 (8) | |
| Nhân đặc trước khi MWA | | | 0.096 |
| - Đặc | 11 (38) | 9 (69) | |
| - Nang hoặc hỗn hợp | 18 (62) | 4 (31) | |
| Có biến chứng | 0 (0) | 4 (31) | 0.006 |

(*): Fisher’s exact test và Mann-Whitney-U test

Nhận xét: các trường hợp thực hiện MWA lần 2 có khác biệt có ý nghĩa so với thực hiện 1 lần là: thời

gian phát hiện bướu, bướu đã đốt RF, thể tích bướu lớn, thang điểm triệu chứng, có biến chứng.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ giảm thể tích bướu trong thời gian theo dõi.

Tỷ lệ giảm thể tích bướu đạt được 70% sau 3 tháng và tăng đến hơn 90% sau 12 tháng.

IV. BÀN LUẬN

Khác với phẫu thuật cắt trọn nhân giáp hay thùy giáp, khối nhân giáp tồn dư có thể hiện diện sau đốt phá hủy nhân bằng vi sóng (MW) có thể là sẹo hay là một phần nhân giáp còn lại. Sau đốt phá hủy nhân giáp bằng vi sóng, phản ứng viêm có thể tồn tại đến 2 tuần. Vì lý do này, khối u sau đốt phá hủy bằng MW có thể xuất hiện lớn hơn nhưng sau đó sẽ giảm kích thước theo thời gian.

Nguyên tắc hoạt động của vi sóng trong điều trị phá hủy khối u^(3,7)

Vi sóng có phổ điện trường từ 300 MHz đến 300 GHz. Vi sóng ứng dụng trong phương tiện phá hủy u thông thường có phổ điện trường 915 MHz và 2450 MHz.

Phá hủy bằng vi sóng dựa trên nguyên lý sinh nhiệt lưỡng điện, trong đó chất lưỡng điện là mô. Khi trường điện từ xoay chiều lan truyền trong mô lưỡng điện không hoàn toàn nhiệt lượng sẽ sinh ra. Trong mô, sự sinh nhiệt xảy ra khi trường điện từ làm cho phân tử nước dao động. Các phân tử nước này có khuynh hướng dao động ngược pha với điện trường vì thế một phần năng lượng

điện từ bị hấp thu và chuyển thành nhiệt lượng. Chất hấp thu điện từ tốt nhất là chất chứa tỉ lệ nước cao như tạng trong khi đó hiện tượng sinh nhiệt ít ở mô chứa ít nhất như mỡ.

Về cơ bản; nhiệt độ trên 50°C làm mô biến đổi không thể phục hồi, nhiệt độ hơn 60 °C sẽ gây ra hiện tượng chết tế bào ngay lập tức, trong khi nhiệt độ từ 50 đến 60 °C sẽ gây hoại tử đông và chết tế bào trong vài phút, tùy thuộc vào nhiệt độ và tổn thương nhiệt trước đó.

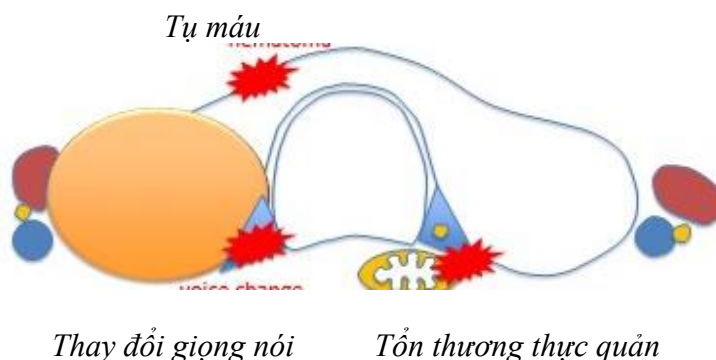
Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá tính an toàn và hiệu quả của phương pháp đốt nhân giáp lớn bằng vi sóng.

Đánh giá sự an toàn:

Đánh giá dựa vào tỷ lệ các biến chứng, tử vong khi thực hiện thủ thuật, các tiêu chuẩn biến chứng được phân mức độ dựa theo Nghiên cứu đa trung tâm báo cáo năm 2012⁽²⁾.

Các biến chứng lớn: Thay đổi giọng nói, vỡ u, tổn thương đám rối cánh tay, suy giáp

Các biến chứng nhỏ: Tụ máu, bỏng da, ói



Hình 1. Các vùng nguy hiểm có thể có biến chứng⁽²⁾

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trên 40 bệnh nhân được điều trị bằng vi sóng, có 4 trường hợp (10%) có biến chứng nhẹ sau đốt: 1 trường hợp có bỏng da tại vị trí đâm kim vào đốt, 3 trường hợp khác có bỏng da tại vị trí nhân giáp được đốt. Nhưng tất cả các trường hợp này đều hồi phục sau 1 tuần điều trị và không tạo thành sẹo. Không có trường hợp nào có biến chứng nặng.

Một số nghiên cứu chỉ ra rằng tỉ lệ biến chứng do MWA là từ 5-13%, chủ yếu là các biến chứng nhẹ. Không có biến chứng nặng.

So với RFA thì cho thấy RFA an toàn hơn. Báo cáo kết quả thực hiện RFA trên 111 bệnh nhân, theo dõi trong 4 năm, ghi nhận⁽⁹⁾: có 126 nhân giáp không chức năng

trên 111 bệnh nhân có nhân giáp. Thời gian theo dõi trung bình $49,4 \pm 13,6$ tháng. Số lần thực hiện trung bình $2,2 \pm 1,4$. Thể tích nhân giáp trung bình $93,4 \pm 11,7\%$. Biến chứng chung 3,6% (4/111).

*** Các tai biến, biến chứng và cách xử lý:**

- Bỏng da: Chúng tôi có một số trường hợp bị bỏng da và cách xử lý như sau:

Tại vị trí đưa kim vào đốt: Giảm nhiệt độ đốt còn 70-80 độ, dùng gạc ướt bao quanh chân kim, dùng dung dịch nước muối sinh lý hoặc thuốc tê pha loãng bơm quanh vị trí chân kim. Sử dụng kim dẫn đường trước, đưa kim đốt qua kim dẫn đường.

Nhân ở sát da, các cơ quan quan trọng như khí quản, thực quản, thần kinh, mạch máu: Dùng dung dịch thuốc tê, bơm tách nhân ra xa tổ chức để tránh tổn thương trong khi đốt.

*** Lựa chọn đầu đốt và năng lượng**

Trong nghiên cứu chúng tôi, thường sử dụng kim nhỏ (Small) cho các tổn thương lớn hơn 40mm, và kim rất nhỏ (mini) cho các tổn thương nhỏ hơn 40mm. Chúng tôi cài đặt nhiệt độ ở khoảng 70- 80 độ là đủ để đốt trọn khối tổn thương, tránh gây bỏng và đau rát cho bệnh nhân.

Các cách tiếp cận tuyến giáp đốt MWA⁽⁵⁾

Tiếp cận xuyên qua eo giáp: Cách này thường được sử dụng và khuyến cáo, bởi vì tiếp cận qua eo giáp sẽ tránh được “Tam giác nguy hiểm (thực quản, khí quản, thần kinh quặt ngược thanh quản)” với độ mở rộng hơn. Toàn bộ đầu đốt được quan sát dưới siêu âm

Tiếp cận đường bên: Cách này có thể sử dụng nếu mạch máu nhô lên nhiều

Tiếp cận đường dọc: Đây cũng là phương pháp thường dùng ở một số nơi.

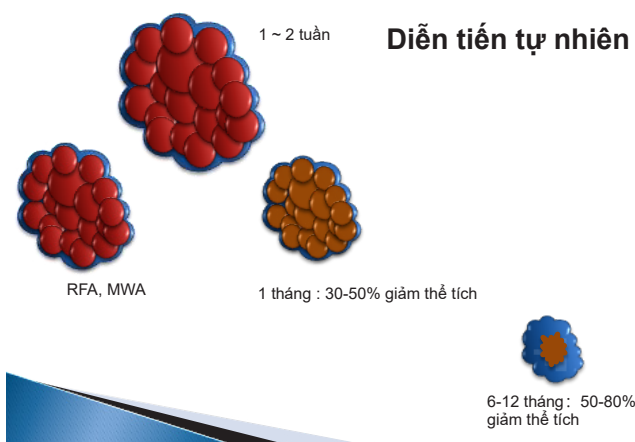
Trong MWA tuyến giáp có 3 đường tiếp cận cơ bản, trong đó đường tiếp cận qua eo giáp là có nhiều thuận lợi, dễ thực hiện. Trong nghiên cứu này chúng tôi đều tiếp cận qua đường này.

Kỹ thuật đốt⁽¹⁾: Trong điều trị tuyến giáp bằng kỹ thuật ít xâm lấn. Dùng laser sử dụng kỹ thuật Pull Back tenique

(kỹ thuật đốt kéo lùi). Trong RFA sử dụng kỹ thuật moving shot tenique (kỹ thuật đốt di chuyển). Còn trong MWA sử dụng kỹ thuật one shot hay multi-shot tenique (Kỹ thuật đốt một lần hay nhiều lần). Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng kỹ thuật Multi-shot cho các nhân giáp kích thước lớn.

Đánh giá hiệu quả điều trị.:

Chúng tôi đánh giá hiệu quả của việc đốt phá hủy khối nhân giáp dựa trên siêu âm kiểm tra đánh giá ở các thời điểm 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng như sau. ⁽²⁾



Hình 2. Đánh giá nhân giáp sau đốt ở các thời điểm theo dõi ⁽²⁾

Trong nghiên cứu của chúng tôi đối với các nhân giáp có kích thước lớn trên 3cm. Tỷ lệ giảm thể tích bước đạt được sau 3 tháng. Điểm triệu chứng giảm rõ sau 3 tháng. Điểm thẩm mỹ giảm chậm hơn sau 6 tháng. Tỷ lệ giảm thể tích bước đạt được 70% sau 3 tháng và tăng đến hơn 90% sau 12 tháng.

Có 13 nhân giáp (31%) cần can thiệp MWA lần 2. Thời gian trung bình cho lần can thiệp thứ 2 là sau 5 tháng. Các trường hợp thực hiện MWA lần 2 có khác biệt có ý nghĩa so với thực hiện 1 lần là: thời gian phát hiện bướu, bướu đã đốt RF, thể tích bướu lớn, thang điểm triệu chứng, có biến chứng.

Nhiều nghiên cứu về MWA^(3,4,5) cho thấy MWA giảm triệu chứng rõ rệt sau 3 tháng và tỷ lệ giảm thể tích sau 3 tháng có thể đạt 70%, và đạt 90% sau 12 tháng. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự đối với các nhân giáp lớn.

So với kết quả thực hiện RFA trên 111 bệnh nhân, với nhân giáp có kích thước nhỏ trung bình 2-3cm, theo dõi trong 4 năm, ghi nhận⁽²⁾. Tỷ lệ thành công điều trị 98,4% (124/126). Tỷ lệ tái phát chung 5,6% (7/111). Cho thấy RFA có hiệu quả ở những nhân giáp có kích thước nhỏ.

Trước đây, các nhân giáp kích thước lớn hơn 3cm đều có chỉ định phẫu thuật. Ngày nay, phẫu thuật điều trị nhân giáp lành tính cũng tương đối đơn giản nhờ những tiến bộ về gây mê hồi sức, trang thiết bị. Tuy nhiên phẫu thuật cũng có những rủi ro như phải gây mê, có sẹo mổ, có tai biến thần kinh, tuyến cận giáp... Qua nghiên cứu này cho thấy, đối với các nhân giáp lành tính có kích thước lớn thì việc áp dụng MWA cho thấy hiệu quả, và có nhiều lợi điểm.

Lợi điểm của MWA trong bướu giáp^(6,7)

Dễ thực hiện

Xâm lấn tối thiểu (không sẹo, gây tê tại chỗ, không cần bệnh nhân nằm viện)

Giảm chi phí chăm sóc sức khỏe

Kết quả rất tốt

Tỷ lệ biến chứng thấp

Có thể làm lại nếu cần

Không gây suy giáp như phẫu thuật hay dùng phóng xạ.

V. KẾT LUẬN

Ứng dụng vi sóng được coi là một bước tiến mới trong điều trị bướu giáp. Bởi lẽ phương pháp này mang lại nhiều ưu điểm vượt trội so với phương pháp mổ thông thường: Không cần gây mê, độ an toàn cao, thời gian điều trị và hồi phục nhanh chóng, bệnh nhân có thể trở về ngay sau khi điều trị, nguy cơ tái phát rất thấp.

Đối với các nhân giáp lành tính kích thước lớn, việc áp dụng đốt bằng vi sóng cho thấy an toàn, có hiệu quả cao trong việc giảm triệu chứng lâm sàng, thẩm mỹ, không để lại sẹo và giảm thể tích bướu theo thời gian, đạt được 70% ở thời điểm sau đốt 3 tháng và 90% ở thời điểm 12 tháng theo dõi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Baek J. H; J. H. Lee, R. Valcavi, C. M. Pacella, H. Rhim, and D. G. Na, "Thermal ablation for benign thyroid nodules: radiofrequency and laser," Korean Journal of Radiology, vol. 12, no. 5, pp. 525–540, 2011.
2. Baek J. H; et al "Complication Encountered in the treatment of benign thyroid nodules with US-guided RFA: A multicenter study. Radiology. 2012 Jan; 262(1): 335-42.
3. Heck K, Happel C, Grunwald F, et al (2015) Percutaneous microwave ablation of thyroid nodules: effects on thyroid function and antibodies. International journal of hyperthermia : the official journal of European Society for Hyperthermic Oncology, North American Hyperthermia Group 31:560-567
4. Jin H, Fan J, Liao K, et al (2018) A propensity score matching study between ultrasound-guided percutaneous microwave ablation and conventional thyroidectomy for benign thyroid nodules treatment. International journal of hyperthermia : the official journal of European Society for Hyperthermic Oncology, North American Hyperthermia Group 35:232-238
5. Korkusuz H, Nimsdorf F, Happel C, et al (2015) Percutaneous microwave ablation of benign thyroid nodules. Functional imaging in comparison to nodular volume reduction at a 3-month follow-up. Nuklearmedizin Nuclear medicine 54:13-19
6. Korkusuz Y, Kohlhase K, Groner D, et al (2016) Microwave Ablation of Symptomatic Benign Thyroid Nodules: Energy Requirement per ml Volume Reduction. RoFo : Fortschritte auf dem Gebiete der Rontgenstrahlen und der Nuklearmedizin 188:1054-1060
7. Liu YJ, Qian LX, Liu D, et al (2017) Ultrasound-guided microwave ablation in the treatment of benign thyroid nodules in 435 patients. Experimental biology and medicine (Maywood, NJ) 242:1515-1523

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đa số các nhân giáp là lành tính và không cần điều trị, tuy nhiên một vài nhân giáp lớn (≥ 3 cm) cần phải điều trị vì những lý do như thẩm mỹ hay vì các triệu chứng lâm sàng. Các phương pháp điều trị trước đây là phẫu thuật và liệu pháp hormon tuyến giáp, tuy nhiên cả hai phương pháp này đều có những hạn chế của nó ⁽³⁾. Bên cạnh Sóng cao tần, vi sóng là một phương pháp sử dụng nhiệt phá hủy làm hoại tử mô tuyến giáp và đã được áp dụng cho các loại tổn thương lành tính cũng như ác tính của tuyến giáp và cho kết quả tốt. Chúng tôi xác định tính an toàn và hiệu quả của kỹ thuật đốt các nhân giáp lớn lành tính bằng vi sóng.

Phương pháp nghiên cứu: Chúng tôi mô tả loạt 40 trường hợp nhân giáp lớn lành tính được đốt bằng vi sóng tại khoa Ngoại Lồng Ngực bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 4 năm 2018 đến tháng 9 năm 2019.

Kết quả: có 31 nữ, 9 nam với tuổi trung bình 46 tuổi. Kích thước trung bình của đường kính lớn nhất nhân giáp là 44mm, và thể tích trung bình là 22ml. Có 4 trường hợp (10%) có biến chứng nhẹ. Tỷ lệ giảm thể tích trung bình lần lượt là 75,1; 85,2; 96,4% sau 3, 6 và 12 tháng. Điểm triệu chứng và điểm thẩm mỹ trung bình ước tính từ 8,0 và 2,8 (trước điều trị) đến 2,8 và 1,3 (ở thời điểm sau 12 tháng điều trị). Có 13 trường hợp (31%) cần can thiệp vi sóng lần thứ hai.

Kết luận: Đốt bằng vi sóng là an toàn, hiệu quả và là lựa chọn tốt trong điều trị nhân giáp lớn lành tính. Cần nhiều nghiên cứu với số lượng lớn hơn và theo dõi dài hơn để đánh giá thêm về tính an toàn và hiệu quả của kỹ thuật này.

Từ khóa: Nhân giáp lớn lành tính, đốt vi sóng, tỉ lệ giảm thể tích, điểm triệu chứng, điểm thẩm mỹ

Người liên hệ: Huỳnh Quang Khánh, Email: huynhquangkhanhbvcr@gmail.com

Ngày nhận bài: 26/03/2022. Ngày phản biện: 14/06/2022. Ngày chấp nhận đăng: 15/06/2022