

## ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA PHẪU THUẬT SISTRUNK TRONG ĐIỀU TRỊ NANG GIÁP MÓNG

*Nghiêm Đức Thuận\*; Bùi Đăng Minh Tr*

### TÓM TẮT

Nghiên cứu 25 bệnh nhân (BN) nang giáp móng điều trị tại Bệnh viện 103 (từ 1 - 2011 đến 6 - 2012). Bằng phương pháp thống kê mô tả, can thiệp từng trường hợp, kết quả như sau: bệnh gặp nhiều ở nam giới (64,0%), chủ yếu ở BN  $\geq$  25 tuổi (72,0%), vị trí nang ở màng giáp móng là chủ yếu (92,0%), hình thái nang tròn, mềm, di động theo nhịp nuốt (72,0%). Phương pháp phẫu thuật Sistrunk có tỷ lệ tái phát thấp (4,0%), tỷ lệ tai biến sau phẫu thuật (16,0%) chủ yếu là nhiễm trùng vết mổ và tụ máu ổ mổ, không có trường hợp nào bị tổn thương các dây thần kinh thanh quản trên.

\* Từ khóa: Nang giáp móng; Phẫu thuật Sistrunk; Hiệu quả.

## EVALUATION OF EFFECTIVENESS OF SISTRUNK PROCEDURE IN THYROGLOSSAL CYST TREATMENT

### SUMMARY

*The study was carried out on 25 patients with thyroglossal cyst who were treated at 103 Hospital (from 1 - 2011 to 6 - 2012). By method of descriptive statistics and case-by-case interventions, we obtained the following results: thyroglossal cyst was more common in men than women (64.0%), primarily in patients  $\geq$  25 years old (72.0%). The position of cyst was merely in thyroglossal membrane (92.0%), the cyst had round and soft form, moveable along with rhythm swallow (72.0%). Sistrunk procedure had low recurrence rate (4.0%), the postoperative complications were mainly wound infection and hematoma. No cases got injury of superior laryngeal nerve.*

\* Key words: Thyroglossal cyst; Sistrunk procedure; Effectiveness.

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Nang và rò bẩm sinh vùng cổ là những dị tật liên quan đến bất thường của vùng mang. BN bị đường rò bẩm sinh và nang bẩm sinh ở vùng cổ bên và ở đường cổ giữa. Những đường rò này có khi đơn giản, nhưng có khi rất phức tạp, gặp nhiều khó khăn trong việc giải quyết tận gốc, cắt bỏ đường rò [6, 7]. Về bệnh sinh: các đường

rò và nang vùng cổ rất khác nhau, tùy theo vị trí của nó: bên cổ hay giữa cổ. Chính vì vậy, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phương pháp phẫu thuật cũng khác nhau, tùy theo vị trí của đường rò.

Trên thế giới đã có nhiều phương pháp phẫu thuật nang giáp móng khác nhau, mỗi phương pháp đều có ưu và nhược điểm. Năm 1920, Walter Ellis Sistrunk (1880 - 1933)

\* Bệnh viện 103

Chịu trách nhiệm nội dung khoa học: GS. TS. Lê Trung Hải

PGS. TS. Ngô Văn Hoàng Linh

dựa trên những nghiên cứu phôi thai học của Wenglowski đã khuyến cáo việc cắt bỏ thân xương móng, phương pháp này làm giảm hẳn tỷ lệ tái phát của bệnh.

Ở Việt Nam, đã có nhiều nghiên cứu về nang và rò vùng cổ bên, nhưng rò vùng giữa cổ (nang giáp móng), chưa có nhiều nghiên cứu về bệnh học cũng như phương pháp phẫu thuật. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm: **Đánh giá kết quả phẫu thuật nang giáp móng bằng phương pháp Sistrunk.**

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu.

25 BN nang giáp móng, điều trị tại Bệnh viện 103 từ 1 - 2011 đến 6 - 2012.

### 2. Phương pháp nghiên cứu.

Mô tả từng trường hợp, đánh giá các tiêu chí:

- Tuổi, giới.
- Triệu chứng cơ năng.
- Triệu chứng thực thể: vị trí nang, kích thước nang, hình thái lâm sàng nang, đường rò.
- Cận lâm sàng: nội soi hạ họng, thanh quản, siêu âm vùng cổ.
- Phương pháp phẫu thuật: phẫu thuật Sistrunk.

Lấy cùng một khối: nang; thân xương móng; thủy tháp tuyến giáp (nếu xâm lấn vào tuyến giáp); tận cùng đường rò.

Phẫu thuật Sistrunk cải biên: cắt thêm các cơ trên móng hoặc tuyến giáp khi cần thiết.

- Tái khám: 3 tháng, 6 tháng, 9 tháng, 12 tháng.

\* *Xử lý số liệu:* theo phần mềm Epi.info 6.04

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

\* *Phân bố BN theo giới tính:* nam: 16 BN (64,0%); nữ: 9 BN (36,0%).

Bệnh gặp nhiều ở nam giới. Tuy nhiên, Holinger LD. [7] qua thống kê 53 trường hợp đã báo cáo trên y văn, cho đến năm 1988, tỷ lệ nam/nữ là 1,5/1.

Bảng 1: Phân bố BN theo tuổi và giới tính.

GIỚI	TUỔI				TỔNG SỐ
	< 10	10 - 24	25 - 44	≥ 45	
Nam	1 (4,0%)	5 (20%)	8 (32%)	2 (8,0%)	16 (61,0%)
Nữ	0 (0%)	1 (4,0%)	3 (12,0%)	5 (20,0%)	9 (36,0%)
Tổng số	1 (4,0%)	6 (24,0%)	11 (44,0%)	7 (28,0%)	25 (100%)

Phần lớn BN > 25 tuổi (72%), nhỏ nhất 6 tuổi và nhiều nhất 86 tuổi, có thể lúc này đường rò từ trong phát triển ra phía ngoài, hình thành khối tròn vùng cổ trước hoặc lỗ rò dịch.

\* *Triệu chứng đầu tiên phát hiện bệnh:* viêm tấy cổ trước: 2 BN (8,0%); người khác nhìn thấy: 17 BN (68,0%); tự nhìn và sờ thấy: 6 BN (24,0%).

Nang giáp móng thường nằm ở giữa cổ và dính sát vào thân xương móng, nang có hình tròn hay bầu dục, ranh giới rõ, mật độ căng và đàn hồi, di động theo động tác nuốt, tiến triển chậm. Theo nghiên cứu của chúng tôi, bình thường do người khác nhìn thấy và thông báo cho BN (68,0%), một số trường hợp xuất hiện triệu chứng rò dịch và nước qua lỗ rò.

\* *Vị trí nang giáp móng*: trong lưởi: 0 BN; trên xương móng: 2 BN (8,0%); màng giáp móng: 23 BN (92,0%); thượng ức: 0 BN.

Khối nang chủ yếu gặp ở màng giáp móng (92,0%), ngay phía trên hòm sụn giáp.

\* *Hình thái nang giáp móng*: hình tròn, mềm, di động theo nhịp nuốt: 18 BN (72,0%); khối u vỡ thành sẹo xấu cố định: 6 BN (24%); lỗ rò: 1 BN (4,0%), ngoài ra còn gặp các hình thái khối nang đã vỡ hình thành sẹo xấu cố định hoặc hình thành các lỗ rò vùng cổ trước. Năm 1982, Allard tổng kết 381 trường hợp nang giáp - lưởi, trong đó, vị trí chính xác của nang là: 2,1% trong lưởi, 24,1% trên xương móng, 60,9% ở trước màng giáp móng, 12,9% ở thượng ức. Như vậy, 73,8% là dưới xương móng.

\* *Hình ảnh siêu âm vùng cổ trước*:

Chúng tôi đã thu thập một số hình ảnh siêu âm về nang giáp móng và phân biệt với nang trong tuyến giáp, phân biệt với hạch dưới cằm. Khi siêu âm vùng cổ, chúng tôi gặp chủ yếu hình ảnh khối giảm âm phía trên và ngoài nhu mô tuyến giáp (88,0%); chỉ 3 BN (12%) có hình ảnh khối giảm âm trong nhu mô tuyến giáp. Kết quả này cũng hoàn toàn phù hợp với nhận định của Barki Y [5].

\* *Phương pháp phẫu thuật*: nang giáp móng điều trị chủ yếu bằng phẫu thuật cắt bỏ nang và đường rò, phải cắt triệt để, nếu chỉ cắt bỏ một phần xương móng dính với chân của nang hoặc đường rò thì rất hay bị rò tái phát. Với phương pháp phẫu thuật Sistrunk: từ năm 1920, dựa trên những nghiên cứu về phôi thai học của Wenglowski, đã

khuyến cáo việc cắt thân xương móng trong quá trình phẫu thuật là nên lấy bỏ khối nang và đường rò giáp lưởi. Phương pháp phẫu thuật của ông đã làm giảm hẳn tỷ lệ tái phát. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng phẫu thuật Sistrunk kinh điển là chủ yếu (21 BN = 84%); phẫu thuật Sistrunk cải biên: 4 BN (16%).

\* *Đường đi của ống rò*: việc tìm hiểu đường đi của ống rò có vai trò rất quan trọng, cho phép xác định hướng đi của đường rò, giúp lấy bỏ đường rò triệt để hơn, tránh tái phát. Tuy nhiên, chúng tôi cũng đã quan sát thấy một số trường hợp ống rò đi ở mặt trước xương móng hoặc xuyên qua xương móng. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Kennedy TL [8].

Bảng 2: Đường đi ống rò.

ĐƯỜNG ĐI CỦA ỐNG RÒ	SỐ BN	TỶ LỆ (%)
Sau xương móng	23	92,0%
Xuyên qua xương móng	2	8,0%
Trước xương móng	0	0%
Tổng số	25	100%

Gặp chủ yếu là đường rò chạy phía sau xương móng (92,0%).

\* *Biến chứng của phương pháp phẫu thuật Sistrunk*:

BN sau phẫu thuật được khám trước khi ra viện: đánh giá tình trạng vết mổ, sau đó tái khám sau 3 tháng, 6 tháng, 9 tháng và 12 tháng. Tỷ lệ tái phát trong nghiên cứu này là 4,0%, trong khi đó các phương pháp khác chỉ lấy nang để lại xương móng có tỷ lệ tái phát cao (12,67%) [6]. Trong nghiên

cứu của chúng tôi: tỷ lệ tai biến sau phẫu thuật (16,0%) chủ yếu là nhiễm trùng vết mổ (3 BN = 12%) và tụ máu hố mổ (1 BN = 4%), không có trường hợp nào bị tổn thương các dây thần kinh thanh quản trên.

**Bảng 3:** Tình trạng tái phát sau phẫu thuật.

THỜI GIAN TÁI PHÁT (tháng)	SỐ BN	TỶ LỆ (%)
< 3 tháng	0	0,0%
3 - < 6 tháng	0	0,0%
6 - < 12 tháng	1	4,0%
> 12 tháng	0	100%

1 trường hợp (4,0%) bị tái phát sau 6 tháng điều trị.

### KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 25 BN nang giáp móng điều trị tại Bệnh viện 103 (từ 1 - 2011 đến 6 - 2012), chúng tôi rút ra những kết luận sau:

- Đặc điểm lâm sàng: bệnh gặp nhiều ở nam giới (64,0%), chủ yếu ở BN  $\geq$  25 tuổi (72,0%), vị trí nang ở màng giáp móng (ngay phỉ trên hõm sụn giáp) là chủ yếu (92,0%), hình thái nang tròn, mềm, di động theo nhịp nuốt (72,0%).

- Đánh giá kết quả phẫu thuật: phẫu thuật Sistrunk có tỷ lệ tái phát thấp (4,0%), hay gặp thời gian tái phát sau 6 tháng phẫu thuật. Tỷ lệ tai biến sau phẫu thuật: 16,0%; chủ yếu là nhiễm trùng vết mổ và tụ máu hố mổ, không có trường hợp nào bị tổn thương dây thần kinh thanh quản trên.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Lê Văn Lợi*. Phẫu thuật nang và đường rò giáp móng. Các phẫu thuật thông thường tai mũi họng (phẫu thuật thanh, thực quản). NXB Y học. Hà Nội. 1994.

2. *Lê Minh Kỳ*. Nghiên cứu đặc điểm bệnh học nang và rò mang bẩm sinh vùng cổ bên. Luận án Tiến sĩ. Đại học Y Hà Nội. 2002.

3. *Nguyễn Hoàng Sơn, Nguyễn Hoài An, Nguyễn Tố Uyên*. Một số nhận xét qua 50 ca rò xoang lê. Nội san Tai Mũi Họng. 1999, số 2, tr.15-18.

4. *Vũ Sản*. Nang và rò bẩm sinh cổ bên. Một số nhận xét về lâm sàng và điều trị qua 52 trường hợp tại Viện Tai Mũi Họng Trung Ương. Luận văn Tốt nghiệp Bác sĩ Nội khoa. Đại học Y Hà Nội. 1989.

5. *Barki.Y*. Ultrasonographic evaluation of neck masses-sonographic patterns in differential diagnosis, Isr J Med Sci. 1992, Mar, Apr, 28 (3-4), pp.212-216.

6. *Charles M, Stiernberg*. Thyroglossal duct cyst. Atlas of Head & Neck Otolaryngology. 1994, p.274.

7. *Holinger LD*. Laryngocele and saccular cysts. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1988, 87, p.675.

8. *Kennedy TL*. Cystic hygroma-lymphangioma: a rare and still unclear entity, Laryngoscope. 1989, 99 (Suppl 49) 1.

9. *Telander RL, Deane SA*. Thyroglossal duct and branchial cleft anomalies. Am J Surg. 1977, 57, pp.779-781.

***Ngày nhận bài: 7/9/2012***

***Ngày giao phản biện: 10/10/2012***

***Ngày giao bản thảo in: 16/11/2012***