

## การผ่าตัดไทรอยด์ด้วยการส่องกล้องผ่านทางช่องปาก

### (Endoscopic Transoral Thyroidectomy)

ภริณี จินาดี, พ.บ.

โรงพยาบาลพุทธชินราช

พระเทพ เกษมศิริ, พ.บ.

ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

#### บทนำ

การผ่าตัดไทรอยด์แบบไร้แผลที่คอถือเป็นทางเลือกการผ่าตัดรักษาก่อนเนื้องอกไทรอยด์ที่นิยมมากขึ้น เนื่องจากว่าหลีกเลี่ยงรอยแผลเป็นที่เห็นได้ชัดด้านหน้าของคอการผ่าตัดด้วยวิธีนี้จะใช้กล้องเอ็นโดสโคปช่วยในการผ่าตัดผ่านทางช่องต่างๆ เช่น ผ่าตัดผ่านทางรักแร้ (transaxillary approach)<sup>(1)</sup> ผ่าตัดผ่านทางหน้าอกด้านหน้า(transanteriorchest wall approach)<sup>(2)</sup> ผ่าตัดผ่านทางเต้านม (transbreast approach)<sup>(3,4)</sup> ผ่าตัดผ่านทางด้านหลังหู (retroauricular approach)<sup>(5)</sup> หรืออาจจะผ่าตัดผ่านทางช่องดังกล่าวร่วมกัน ซึ่งความพึงพอใจของผู้ป่วยในแต่ละวิธีได้มีการศึกษาพบว่า

การผ่าตัดด้วยการส่องกล้องผ่านทางรักแร้เปรียบเทียบกับผ่าตัดแบบดั้งเดิมในผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์พบว่าในกลุ่มที่ผ่าตัดด้วยการส่องกล้องผ่านทางรักแร้มี score of appearance, satisfaction with appearance, role-physical, bodily pain และ general health ดีกว่าในกลุ่มผ่าตัดแบบดั้งเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )<sup>(1)</sup>

การผ่าตัดไทรอยด์ด้วยการส่องกล้องผ่านทางหน้าอกในผู้ป่วย 30 รายแต่มี 1 รายผ่าตัดส่องกล้องไม่สำเร็จเนื่องจากว่าก้อนโตมากเข้าไปในทรวงอก (substernal extension) ซึ่งผู้ป่วยทั้ง 29 ราย พึงพอใจกับแผลผ่าตัด อาการปวดหลังผ่าตัดดีขึ้น 1-2 เดือนหลังผ่าตัด มีผู้ป่วย 4 ราย มีแผลเป็นนูน (keloid) ที่หน้าอก<sup>(2)</sup>

การส่องกล้องการผ่าตัดไทรอยด์ผ่านทางเต้านมในผู้ป่วย 5 รายซึ่งทุกคนมีความพึงพอใจกับแผลผ่าตัด ต่อมา Park YL et al<sup>(4)</sup> ได้มีการพัฒนาเทคนิคนี้ได้มีการศึกษาในผู้ป่วยทั้งหมด 100 ราย พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจกับแผลผ่าตัด ผู้ป่วย 1 รายมีอัมพาตสายเสียง ผู้ป่วย 3 ราย มีเสียงแหบชั่วคราว ผู้ป่วย 1 รายมีอาการเจ็บบริเวณหน้าอก<sup>(3)</sup>

นอกจากนี้แล้วยังมีการศึกษาเปรียบเทียบการเทคนิคการผ่าตัดไทรอยด์ 3 วิธี ได้แก่ การผ่าตัดด้วยการส่องกล้องผ่านทางด้านหลังหู การผ่าตัดด้วยการส่องกล้องผ่านทางรักแร้ และการผ่าตัดแบบดั้งเดิม พบว่าความพึงพอใจในด้านความสวยงามของแผลในกลุ่มที่ผ่าตัดผ่านทางด้านหลังหูที่สุตรงลงมาเป็นผ่าตัดผ่านทางรักแร้ ( $p=0.001$ ;  $p =0.035$ ) ตามลำดับอย่างไรก็ตามพบว่าในกลุ่มผ่าตัดด้านหลังหามีปัญหากลิ่นลำบากมากกว่ากลุ่มอื่น ( $p<0.001$ ) ในขณะที่กลุ่มผ่าตัดผ่านทางรักแร้มีอาการขาบริเวณที่หน้าอกมากกว่ากลุ่มอื่น ( $p=0.035$ )(5)

นอกจากนี้ก็มีมีการประยุกต์นำเทคนิคการผ่าตัดด้วยการส่องกล้องผ่านช่องทางต่างๆ มาใช้ในการผ่าตัด เช่น bilateral axillo-breast approach<sup>(8)</sup>, post auricular axillary approach<sup>(9)</sup> เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าการผ่าตัดไทรอยด์โดยใช้เทคนิคของการส่องกล้องผ่าตัดผ่านช่องทางต่าง ๆ เพื่อหลีกเลี่ยงแผลเป็นที่เห็นชัดเจนที่ค่อนั้น ถึงแม้จะให้ความพึงพอใจในแง่ความสวยงามของแผลผ่าตัดแต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการปวดแผลหลังผ่าตัดสูงกว่าการผ่าตัดแบบดั้งเดิม<sup>(7)</sup> และยังพบว่ามีแผลเป็นที่ผิวหนังอยู่

ปัจจุบันจึงได้มีการพัฒนาวิธีการผ่าตัดผ่านทางช่องปาก (transoral approach) ซึ่งเป็นการหลีกเลี่ยงแผลเป็นที่ผิวหนังโดยซ่อนแผลไว้ในช่องปาก Anuwong A<sup>(6)</sup> ได้รายงานการผ่าตัดด้วยวิธีนี้ในผู้ป่วย 60 ราย พบว่าเป็นวิธี minimal invasive มีการสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัดเฉลี่ย 30 มิลลิลิตร มีผู้ป่วย 2 ราย เสียชีพชั่วคราวหายเองภายใน 2 เดือน มี 1 รายพบว่ามี hematoma ซึ่งสามารถหายเองได้ด้วยวิธี conservative treatment ได้ นอกจากนี้ยังไม่พบว่ามีแผลติดเชื้อ หรืออาการชาที่ริมฝีปากล่าง

## เทคนิคการผ่าตัดส่องกล้องผ่านทางช่องปาก (Endoscopic transoral thyroidectomy)

### การเตรียมก่อนผ่าตัด

ก่อนลงมีดผ่าตัดจะให้ antibiotic prophylaxis ด้วย augmentin 1.2 กรัม

### อุปกรณ์เครื่องมือผ่าตัด

1. กล้องเอ็นโดสโคป 30 องศา ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 10 มิลลิเมตร หรืออาจใช้เส้นผ่าศูนย์กลาง 4 มิลลิเมตรได้แต่จะให้ขนาดภาพ (visual field) ที่เล็กกว่า
2. เข็ม Veress (รูปที่ 1)
3. ชุดถ่ายภาพอดภาพ

4. ชุดปล่อยแก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ โดยตั้งค่าที่ pressure 6 cmH<sub>2</sub>O, Flow 15
5. Wand ใช้ในการสร้างช่องทางในการผ่าตัด (รูปที่ 2)
6. Port 10 มิลลิเมตร 1 port และ port 5 มิลลิเมตร 2 port
7. ชุดเครื่องมือผ่าตัด laparoscopy และเครื่องจี้ Harmonic



รูปที่ 1 เข็ม Veress



รูปที่ 2 Wand

### เทคนิคการผ่าตัด

1. ผู้ป่วยใส่ nasotracheal tube นอนหงาย แอ่นคอ ทำความสะอาดในช่องปากลงแผลที่ริมฝีปากล่าง ด้านใน 3 แผล แผลตรงกลางเป็นช่องทางสำหรับ port 10 มิลลิเมตร เพื่อใช้ส่องกล้องเอ็นโดสโคป อีก 2 ช่องด้านข้างสำหรับ port 5 มิลลิเมตร เอาไว้สำหรับใส่เครื่องมือเข้าไปทำการผ่าตัด (รูปที่ 3)
2. หลังจากลงแผลตรงกลางที่ริมฝีปากล่างแล้วจากนั้นฉีด adrenaline ผสม 0.9% normal saline 500 มิลลิลิตร ฉีด 30 – 40 มิลลิลิตร ตรงกลางลักษณะ fan shape ก่อน จากนั้นใช้ wand สร้างช่องทางจากริมฝีปากล่างผ่านคางลงไป

3. ลงแผลด้านข้างที่ริมฝีปากล่าง เพื่อใส่เครื่องมือและสร้างช่องทางด้านล่างถึง sternal notchด้านข้าง ถึงขอบด้านหน้าของกล้ามเนื้อ sternocleidomastoid ทั้ง 2 ข้าง และใช้แก๊สคาร์บอนไดออกไซด์ ช่วยในการถ่างขยายช่องเพื่อใช้ในการผ่าตัด (รูปที่ 4)



รูปที่ 3 การจัดทำและการใส่ port





รูปที่ 4 การผ่าตัดส่องกล้องไทรอยด์ผ่านทางปาก

4. ใช้ monocoagulation จี้ midline strap muscle และแหวกแยกกล้ามเนื้อออกจาก thyroid capsule
5. Identified isthmus ของ thyroid gland แล้วตัดด้วย Harmonic
6. Identified superior pole ของ thyroid gland แล้วตัดด้วย Harmonic อย่างไรก็ตามหากมี strap muscle บังอาจใช้ไหมเย็บผ่านผิวหนังลงมาคล้องกล้ามเนื้อไว้ได้
7. Identified recurrent laryngeal nerve และ preserved อย่างระมัดระวังในขณะที่ตัดนำเอา thyroid gland ออก
8. Check bleeding ในกรณีทั่วไปมักจะไม่ได้วางท่อระบายเลือด
9. เย็บ strap muscle
10. เย็บแผลที่ริมฝีปากล่าง
11. Pressure dressing ใต้คาง 24 ชั่วโมง

#### ภาวะแทรกซ้อนที่พึงระวัง

1. เสี่ยงแหบจาก recurrent laryngeal nerve injury
2. อาการชาริมฝีปากล่างจาก mental nerve injury
3. ภาวะแผลติดเชื้อ
4. อาจมีปัญหาในการกัม เงยได้เนื่องจากอาการเจ็บปวดแผลในระยะแรก

แผลหลังผ่าตัด 2 สัปดาห์ (รูปที่ 5)



รูปที่ 5 แผลหลังผ่าตัด 2 สัปดาห์

## สรุป

การผ่าตัด endoscopic transoral thyroidectomy เป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการผ่าตัดที่ดีที่ต้องการหลีกเลี่ยงรอยแผลเป็นที่ผิวหนัง

## เอกสารอ้างอิง

1. Huang J-K, Ma L, Song W-H, Lu B-Y, Huang Y-B, Dong H-M. Quality of life and cosmetic result of single-port access endoscopic thyroidectomy via axillary approach in patients with papillary thyroid carcinoma. *OncoTargetsTher.* 2016;9:4053–9.
2. Cho YU, Park IJ, Choi K-H, Kim SJ, Choi SK, Hur YS, et al. Gasless endoscopic thyroidectomy via an anterior chest wall approach using a flap-lifting system. *Yonsei Med J.* 2007 Jun 30;48(3):480–7.
3. Ohgami M, Ishii S, Arisawa Y, Ohmori T, Noga K, Furukawa T, et al. Scarless endoscopic thyroidectomy: breast approach for better cosmesis. *SurgLaparoscEndoscPercutan Tech.* 2000 Feb;10(1):1–4.
4. Park YL, Han WK, Bae WG. 100 cases of endoscopic thyroidectomy: breast approach. *SurgLaparoscEndoscPercutan Tech.* 2003 Feb;13(1):20–5.

5. Lee DY, Baek S-K, Jung K-Y. Endoscopic thyroidectomy: retroauricular approach. *Gland Surg.* 2016 Jun;5(3):327–35.
6. Anuwong A. Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach: A Series of the First 60 Human Cases. *World J Surg.* 2016 Mar;40(3):491–7.
7. Tan CTK, Cheah WK, Delbridge L. “Scarless” (in the neck) endoscopic thyroidectomy (SET): an evidence-based review of published techniques. *World J Surg.* 2008 Jul;32(7):1349–57.
8. Shimazu K, Shiba E, Tamaki Y, Takiguchi S, Taniguchi E, Ohashi S, et al. Endoscopic thyroid surgery through the axillo-bilateral-breast approach. *SurgLaparoscEndoscPercutan Tech.* 2003 Jun;13(3):196–201.
9. Lee KE, Kim HY, Park WS, Choe J-H, Kwon MR, Oh SK, et al. Postauricular and axillary approach endoscopic neck surgery: a new technique. *World J Surg.* 2009 Apr;33(4):767–72.
10. Kim WW, Jung JH, Lee J, Kang JG, Baek J, Lee WK, et al. Comparison of the Quality of Life for Thyroid Cancer Survivors Who Had Open Versus Robotic Thyroidectomy. *J LaparoendoscAdvSurg Tech A.* 2016 Aug;26(8):618–24.