

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SAU PHẪU THUẬT SỬ DỤNG THẦN KINH CƠ CẨN TRONG ĐIỀU TRỊ LIỆT MẶT: 85 CA LÂM SÀNG

Bùi Mai Anh¹, Trần Xuân Thạch¹, Vũ Trung Trực¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Từ những năm 70 ghép thần kinh xuyên mặt đã được Smith, Anderl, Scaramelia và Tobias sử dụng để phục hồi dẫn truyền thần kinh từ nửa mặt bên lành sang bên liệt, phục hồi vận động các cơ mặt. Nhưng do đoạn ghép dài, nên đòi hỏi thời gian phục hồi dẫn truyền lâu, ngoài ra trên đường đi của đoạn ghép có 2 điểm nối cản trở hồi sinh sợi trục, do vậy kết quả phục hồi chức năng các cơ mặt bị hạn chế. Một loạt các tác giả như Sunder, Spira, Conley và Backer đã sử dụng thần kinh cơ cắn (TKCC) như nguồn vận động thay thế thần kinh mặt bị liệt với kết quả rất khả quan và ít di chứng nơi cho. Tuy nhiên, đây là phương pháp chuyển (hay mượn) thần kinh nên để có được kết quả tốt nhất việc tập phục hồi chức năng chiếm vai trò khá quan trọng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả lâm sàng cắt ngang trên 85 bệnh nhân được phẫu thuật điều trị liệt mặt bằng sử dụng nguồn TKCC từ 2015-2023. Bệnh nhân được chia thành 02 lô: Tổn thương thần kinh VII dưới 24 tháng và Tổn thương thần kinh VII trên 24 tháng. Bệnh nhân được hướng dẫn tập phục hồi chức năng với các bài tập theo từng giai đoạn. Đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động ở giai đoạn sớm từ 3-6 tháng sau phẫu thuật và kết quả xa tính từ sau 6 tháng đến thời gian kết thúc nghiên cứu dựa trên các thang điểm FNGS 2.0 và Chuang's smile excursion score. **Kết quả:** Từ 2015-2023 có 85 bệnh nhân được phẫu thuật điều trị liệt mặt bằng sử dụng nguồn TKCC. 45 bệnh nhân tổn thương thần kinh VII dưới 24 tháng, 40 bệnh nhân tổn thương thần kinh VII mạn tính. Đánh giá mức độ tập phục hồi chức năng trước gương theo hướng dẫn: < 3 lần/ngày: 57,6%; > 3 lần/ngày: 42,4 %. Kết quả phục hồi chức năng: Kết quả gần: thời gian xuất hiện cơ cơ đầu tiên trung bình là 3,8 tháng; Kết quả xa theo thang điểm FNGS 2.0: bệnh nhân đạt độ II chiếm 74,1%, độ III chiếm 20% và độ IV 5,9%; biên độ vận động miệng bên liệt trung bình: 8,5 mm, cười tự phát không cắn khít hàm đạt 41,2%. **Kết luận:** Từ kết quả này cho thấy tính ưu việt của phương pháp trong tái dẫn truyền thần kinh nhằm phục hồi vận động cơ mặt, việc tập phục hồi chức năng khá đơn giản và mang lại thời gian phục hồi sớm với di chứng nơi cho thần kinh là tối thiểu nhất so với các phương pháp chuyển thần kinh khác. **Từ khóa:** liệt mặt, thần kinh cơ cắn, phục hồi chức năng, vỏ não

SUMMARY

EVALUATION CORTICAL ADAPTION

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Mai Anh

Email: drbuiamaianh@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.5.2024

Ngày duyệt bài: 27.6.2024

SYSTEM AFTER USING THE MASSETERIC NERVE IN FACIAL REANIMATION: 85 CASES

Background: From the 70s, the cross facial nerve graft were used by Smith, Anderl, Scaramelia and Tobias to restore facial nerve function from the healthy side. But due to the long section, it is required to have a long transmission time, in addition, on the path of the graft section, there are 2 connecting points that prevent axonal regeneration, so the result of functional rehabilitation of the facial muscles is limited. A series of writers such as Sunder, Spira, Conley and Backer used masseteric nerve as a source for facial palsy with very positive results and little sequelae. However, this is nerve transfer (or borrow) method so to get the best results rehabilitation plays an important role. **Subjects and research methods:** The clinical cross study with 85 patients treated facial paralysis by using masseteric nerve from 2015-2023. The patient was divided into 02 groups: Time onset of facial nerve injury less than 24 months and another group's patients with time onset nerve injury over 24 months. Evaluate the results of cortical adaption of restoration function facial movement at short term result (3-6 months after surgery) and the long term results (from 6 months to the end of the study period). **Results:** From 2015-2023, 85 patients were treated with paralysis using masseteric nerve source. 45 patients with nerve injury less than 24 months, 40 patients with chronic facial paralysis. Rehabilitation results: Short term results: the time onset of muscle contraction averaged 3,8 months; The long term results are far from the FNGS 2.0 scale: patients reach level II accounting for 74,1%, level III accounts for 20% and level IV 5,9%; average oral excursion movement of the paralysis side: 8.5 mm, spontaneous smile without jaw reaching 41,2%. Rehabilitation function before mirrors according to instructions: at least 3 times / day: 57,6%; more than 3 times / day: 42,6%. **Conclusion:** From this result shows the effective of the method in restoration facial muscle movement, rehabilitation is quite simple and brings early recovery time, sequelae is minimal when its compared to other nerve transfer methods.

Keywords: masseteric nerve, facial palsy, cortical adaption system

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương dây số VII gây ra một số ảnh hưởng về chức năng như chức năng bảo vệ mắt do nhắm mắt không kín, giảm tiết tuyến nước mắt, chức năng ăn và nhai, biến dạng khuôn mặt và giảm sự tự tin trong giao tiếp của bệnh nhân. Từ những năm 70 ghép thần kinh xuyên mặt đã được Smith (1971), Anderl (1973), Scaramelia và Tobias (1973) [1] sử dụng để phục hồi dẫn truyền thần kinh từ nửa mặt bên lành sang bên liệt, phục hồi vận động các cơ mặt

[2]. Nguồn thần kinh trên vẫn cung cấp liệu pháp tối ưu cho các liệt mặt không hồi phục. Nhưng do đoạn ghép dài, nên đòi hỏi thời gian phục hồi dẫn truyền lâu, ngoài ra trên đường đi của đoạn ghép có 2 điểm nối cản trở hồi sinh sợi trục, do vậy kết quả phục hồi chức năng các cơ mặt bị hạn chế. Vào những năm 70 của thế kỷ XX, một loạt các tác giả như Sunder (1970), Spira (1978), Conley và Backer (1979) đã sử dụng thần kinh cơ cắn (TKCC) như nguồn vận động thay thế thần kinh mặt bị liệt với kết quả rất khả quan: do TKCC nằm sau thần kinh mặt nên có thể nối trực tiếp với thần kinh mặt bị thương tổn, cơ cắn không bị mất chức năng, thời gian phục hồi vận động các cơ mặt diễn ra sớm sau nối [3], [4]. Một ưu điểm nữa là TKCC còn là nguồn vận động lý tưởng cho các bệnh nhân mắc hội chứng Mobius liệt cả hai bên mặt để nối với thần kinh cơ ghép. Tuy nhiên, đây là phương pháp chuyển (hay mượn) thần kinh nên để có được kết quả tốt nhất việc tập phục hồi chức năng chiếm vai trò khá quan trọng. Trong một số nghiên cứu, các tác giả trên thế giới cũng đưa ra các giả thuyết và đánh giá về việc phục hồi đáp ứng dẫn truyền thần kinh cho các hoạt động của mặt dựa vào nguồn cho của thần kinh cơ cắn nhưng với số lượng bài viết chưa nhiều. Tại Việt Nam, sử dụng thần kinh cơ cắn trong điều trị liệt mặt còn khá mới, không có nhiều trung tâm phẫu thuật làm được. Do vậy, trong nghiên cứu này chúng tôi tiến hành đánh giá khả năng đáp ứng phục hồi chức năng vận động của thần kinh cơ cắn trong điều trị liệt mặt từ 2010-2019 tại bệnh viện Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Từ 2015-2023, chúng tôi tiến hành sử dụng thần kinh cơ cắn điều trị liệt mặt cho 85 ca chia thành 02 nhóm: Tổn thương thần kinh VII dưới 24 tháng (bán cấp) và Tổn thương thần kinh VII trên 24 tháng (mạn tính).

Nghiên cứu mô tả lâm sàng cắt ngang, bệnh nhân được lấy ngẫu nhiên nam, nữ với các nguyên nhân liệt mặt khác nhau. Bệnh nhân được khám đánh giá mức độ liệt mặt theo thang điểm House-Brackmann 2.0 (FNGS 2.0), biên độ vận động nụ cười theo thang điểm Chuang's. Tất cả bệnh nhân đều được hướng dẫn tập phục hồi chức năng theo bài tập chung theo từng giai đoạn, tập ăn nhai bên liệt, tập cắn chỉnh miệng trước gương sau khi có phục hồi thần kinh vận động. Đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động ở giai đoạn sớm từ 3-6 tháng sau phẫu thuật và kết quả xa tính từ sau 6 tháng đến thời gian kết thúc nghiên cứu.

Thang Điểm House-Brackmann 2.0

Vùng	Vận động	Biểu hiện	Đông vận	Biểu hiện	Tổng điểm	Độ
Cung mày	1	Bình thường	0	Không	4	I
Mắt	2	> 75%	1	Nhẹ	5-9	II
Rãnh mũi má	3	> 50%	2	Rõ ràng	10-14	III
Miệng	4	<50%	3	Gây biến dạng	15-19	IV
	5	Ít			20-23	V
	6	Không			24	VI

Thang điểm phân loại nụ cười của Chuang (2018) [2]

Điểm	Lâm sàng
0	Không nhìn thấy răng cửa số 1 hàm trên ở trung tâm bên liệt khi cười
1	Nhìn thấy đủ răng cửa số 1 hàm trên bên liệt ở trung tâm khi cười
2	Nhìn thấy đủ răng cửa số 1, 2 hàm trên bên liệt ở trung tâm khi cười
3	Nhìn thấy đủ răng cửa và răng nanh hàm trên bên liệt khi cười
4	Nhìn thấy đủ răng cửa, răng nanh, răng hàm hàm trên bên liệt khi cười

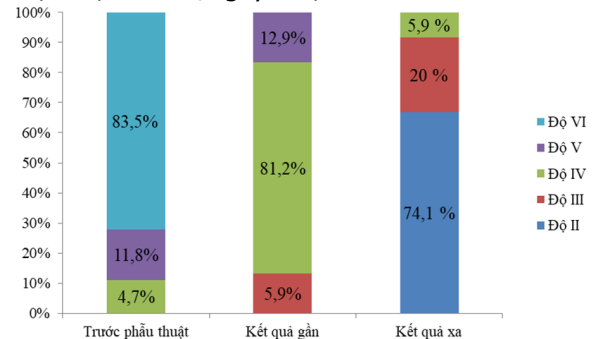
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 2015-2023 có 85 bệnh nhân được phẫu thuật điều trị liệt mặt bằng sử dụng nguồn TKCC.

45 bệnh nhân tổn thương thần kinh VII dưới 24 tháng, 40 bệnh nhân tổn thương thần kinh VII mạn tính. Độ tuổi trung bình là 36,5 ± 15,2 tuổi dao động từ 1,5-75 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ: 40/45.

Đánh giá trước phẫu thuật theo thang điểm FNGS 2.0: Độ VI chiếm 83,5%, Độ V: 11,8%, Độ IV: 4,7%. Đánh giá nụ cười theo thang điểm Chuang's smile excursion score trước phẫu thuật: 0 điểm: 76,4%; 1 điểm: 18,9%; 2 điểm: 4,7%

Đánh giá mức độ tập phục hồi chức năng trước gương theo hướng dẫn: < 3 lần/ngày: 57,6 %; > 3 lần/ngày: 42,4 %.



Biểu đồ 1. Thay đổi độ FNGS 2.0 trước và sau phẫu thuật

Kết quả phục hồi chức năng: Kết quả gần: thời gian xuất hiện cơ cơ đầu tiên trung bình là 3,8 tháng; Kết quả xa theo thang điểm FNGS 2.0: bệnh nhân đạt độ II chiếm 74,1%, độ III chiếm 20% và độ IV 5,9%. Thang điểm nụ cười của Chuang's score sau phẫu thuật: 4 điểm đạt: 88,2 %; 3 điểm đạt: 11,8%.

Biên độ vận động miệng bên liệt trung bình: 8,5 mm, cười tự phát không cắn khít hàm đạt 35/85 bệnh nhân (41,2 %). Tỷ lệ nam cười tự phát chiếm 42,9 %; nữ: 57,1%.

Bảng 1. Mối liên quan giữa cười tự phát và mức độ tập phục hồi chức năng (n=85)

Số lần tập PHCN/ngày	Cười tự phát	Cười phụ thuộc động tác cắn khít hàm	Tổng
≤ 3 lần/ngày	13(37,1%)	36(72%)	49(57,6%)
> 3 lần/ngày	22(62,9%)	14(28%)	36(42,4%)
Tổng	35(100%)	50(100%)	85(100%)

Từ bảng tương quan có thể thấy nếu bệnh nhân tập luyện tốt trên 3 lần/ngày thì tỷ lệ có được nụ cười tự phát là gần gấp đôi so với nhóm tập luyện ít hơn.

IV. BÀN LUẬN

Tất cả bệnh nhân trong lô nghiên cứu đều được tập bài phục hồi chức năng giống nhau. Bệnh nhân sẽ được hướng dẫn ăn nhai bên chuyển thần kinh ngay sau phẫu thuật và tập bài tập trước gương sau phẫu thuật 01 tháng ít nhất 03 lần/ngày (thống nhất theo các tác giả nước ngoài [5]), chúng tôi còn hướng dẫn bệnh nhân nhai kẹo cao su thường xuyên bên sử dụng TKCC. Tập phục hồi chức năng đóng vai trò quan trọng trong thời gian hồi phục và kết quả hồi phục. Trong lô nghiên cứu của chúng tôi, kết quả gần và xa ở bệnh nhân nữ tốt hơn ở bệnh nhân nam. Chúng tôi cho rằng nguyên nhân phần nhiều do bệnh nhân nữ dành thời gian tập luyện nhiều hơn bệnh nhân nam, tuy nhiên cũng có tác giả cho rằng nguyên nhân là do hooc mon nữ dễ dàng cho tái dẫn truyền thần kinh. Tuy nhiên, như nghiên cứu khác về sinh lý và mô bệnh học như nêu ở phần yếu tố giới thì cho rằng nam giới lại có khả năng hồi phục tốt hơn [6]. Chính vì vai trò quan trọng của việc tập phục hồi chức năng nghĩa là bệnh nhân phải hiểu rằng việc nhai sẽ là động tác mượn thần kinh cho động tác nhếch mép nên trẻ nhỏ trong lô nghiên cứu của chúng tôi có thời gian phục hồi thần kinh khá chậm (trên 20 tháng). Nguyên nhân chính là trẻ em không làm theo được hướng dẫn và chưa có ý thức được việc cần phục

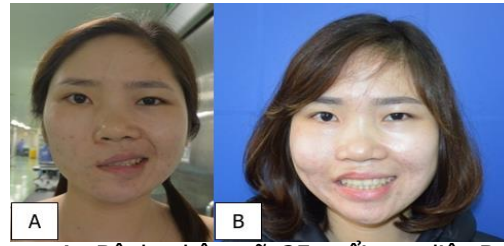
hồi dẫn truyền thần kinh. Tuy nhiên, chúng tôi vẫn hướng dẫn gia đình khuyến khích trẻ ăn nhai nhiều vào bên liệt, một mặt phục hồi dẫn truyền mặt khác các cơ mặt không bị teo xơ. Do vậy, kết quả trẻ em vẫn có dấu hiệu hồi phục nhưng thời gian là muộn hơn.

Sau một khoảng thời gian luyện tập bệnh nhân có thể vận động được cơ mặt mà không cần mượn động tác cắn nhai. Trong các bệnh nhân của chúng tôi thời gian ngắn nhất bệnh nhân có thể phục hồi vận nụ cười tự phát là 4 tháng sau phẫu thuật. Kết quả của Biglio (2012) thì không có được cười tự phát nghĩa là cười mà không cần mượn động tác cắn khít hàm. Từ video của tác giả đã không xảy ra cười tự phát khi không có cắn khít hàm [7]. Một lần nữa Manktelow và cộng sự (2006) tin rằng khả năng cười tự nhiên phụ thuộc vào cường độ thực hành sớm [8]. Trong nhận xét ở bài báo của tác giả Biglio cho rằng nụ cười tự nhiên có thể gặp ở những bệnh nhân Moebius, nhưng lại không được thấy trong loạt bệnh nhân của tác giả mặc dù được tập vật lý trị liệu [9]. Theo Manktelow và cộng sự, khả năng mỉm cười mà không cần và suy nghĩ về nó, nguyên nhân do có sự mềm dẻo của não, hoặc tái tổ chức vỏ não. Đây là khả năng của bộ não con người để tổ chức lại, thích nghi, và bù đắp cho chấn thương hoặc thay đổi trong môi trường. Trên thực tế, tính thích nghi của vỏ não đã được minh họa trong nhiều trường hợp tái tạo cảm giác và vận động trong nhiều điều kiện lâm sàng, bao gồm đọc chữ nổi, sau chấn thương dây thần kinh, cắt cụt chân tay hoặc chuyển thần kinh ở bệnh nhân bị thương. Manktelow cho rằng có một quá trình tương tự, với trung tâm thần kinh mặt chuyển quyền kiểm soát bằng cách kích hoạt các kết nối với trung tâm thần kinh V và, thông qua trung tâm này, kích hoạt các trục động cơ của nhánh vận động cơ cắn của dây thần kinh sinh ba, gây co thắt cơ thon và tạo lại được nụ cười. Như kết quả của nghiên cứu chúng tôi cũng thấy rằng tỷ lệ cười tự phát không cần động tác cắn răng chiếm tỷ lệ khá cao 41 %, điều đó chứng minh rõ rệt tính mềm dẻo và thích nghi tốt của vỏ não nếu cáo sự tập luyện tốt. Theo Bianchi để đạt được một nụ cười tự phát và đối xứng, một phần quan trọng là bệnh nhân được tập phục hồi chức năng để tạo nụ cười sau phẫu thuật. Theo nghiên cứu bệnh học là việc sử dụng các bài tập trước gương và đạt được phản hồi sinh học. Bằng cách này, sự tiến bộ về sức cơ cơ, và quan trọng nhất là sự đối xứng hai bên sẽ được cải thiện.



A,B: Bệnh nhân nữ 20 tuổi sau liệt Bell hoàn toàn bên P 12 tháng C, D: Kết quả sau phẫu thuật nối thần kinh cơ cắn với gốc dây thần kinh VII có ghép đoạn thần kinh hiển 14 tháng. Bệnh nhân đã có cười tự phát, nhắm mắt kín. Đạt độ II theo FNGS 2.0. Đạt điểm 4 theo thang điểm Chuang's score.

Để củng cố cho giả thuyết về tính mềm dẻo của vỏ não, trong một nghiên cứu sâu của Buendia dựa trên chụp cộng hưởng từ chức năng và sinh lý não về chức năng của vỏ não về phục hồi vận động sau phẫu thuật điều trị liệt mặt bằng sử dụng thần kinh cơ cắn bằng cách xác định sử dụng kích hoạt ở khu vực vận động cơ mặt của não trong khi mỉm cười và nghiêng răng trên tình nguyện viên khỏe mạnh. Các bản đồ thu được cung cấp cơ sở để hiểu rõ những thay đổi chức năng trong tính mềm dẻo của vỏ não sau chấn thương hoặc phẫu thuật phục hồi thần kinh mặt [6]. Ở một số báo cáo cho thấy khi dây thần kinh cơ cắn đã được sử dụng như là một dây thần kinh cho có nhiều ưu điểm nhưng kết quả lại thấy bệnh nhân không thể tạo một nụ cười tự phát hoặc tách biệt được từ động tác nhai [7]. Tuy nhiên, các nghiên cứu khác sâu hơn lại chỉ ra rằng bệnh nhân đã tạo được một cười tự phát bằng cách sử dụng dây thần kinh này sau nhiều năm tập phục hồi chức năng, kỹ năng này đạt được nhờ tính mềm dẻo của vỏ não. Kết quả của sự pha lẫn của các vị trí ở vỏ não trong quá trình vận động cơ mặt và cơ cắn khá phù hợp với khái niệm rằng một dây thần kinh sơ mà chia sẻ cùng một khu vực vỏ não có thể là ứng cử viên tốt nhất để dùng thành nguồn thần kinh cho khi những dây thần kinh lân cận bị tổn thương. Người ta tin rằng tính mềm dẻo của vỏ não được phát triển bởi kích hoạt lại các kết nối từ trước hoặc tạo các kết nối mới và quá trình này trở nên dễ dàng hơn khi các thần kinh ở gần nhau.



A: Bệnh nhân nữ 25 tuổi sau liệt Bell hoàn toàn bên P 6 năm. B: Kết quả sau phẫu thuật chuyển cơ thon vi phẫu 12 tháng. Bệnh nhân đã có cười tự phát. Đạt độ II theo FNGS 2.0. Chuang's score đạt điểm 4.

V. KẾT LUẬN

Từ kết quả lâm sàng của nghiên cứu cho thấy phục hồi dẫn truyền thần kinh mặt khi sử dụng thần kinh cơ cắn cho nhiều ưu điểm vượt trội, sự liên hệ giữa dây thần kinh V và dây VII là khá mật thiết do tính mềm dẻo của vỏ não. Kết quả đạt được rất khả quan ở những bệnh nhân tập phục hồi chức năng đầy đủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Anderson, R.G.**, Facial nerve disorder and surgery Select reading and Plastic surgery 2006. 10(14).
2. **Chwei-Chin Chuang, D., et al.**, Comparison of Functional Results After Cross-Face Nerve Graft-, Spinal Accessory Nerve-, and Masseter Nerve-Innervated Gracilis for Facial Paralysis Reconstruction: The Chang Gung Experience. 2018. 1.
3. **Bermudez, L.E. and L.E. Nieto**, Masseteric-facial nerve anastomosis: case report. J Reconstr Microsurg, 2004. 20(1): p. 25-30.
4. **Spira, M.**, Anastomosis of masseteric nerve to lower division of facial nerve for correction of lower facial paralysis. Preliminary report. Plast Reconstr Surg, 1978. 61(3): p. 330-4.
5. **Bradbury, E., W. Simons, and R. Sanders**, Psychological and social factors in reconstructive surgery for hemi-facial palsy. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery, 2006. 59(3): p. 272-278.
6. **Buendia, J., et al.**, Functional and anatomical basis for brain plasticity in facial palsy rehabilitation using the masseteric nerve. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery, 2016. 69(3): p. 417-426.
7. **Biglioli, F., et al.**, Masseteric-facial nerve anastomosis for early facial reanimation. Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery, 2012. 40(2): p. 149-155.
8. **Manktelow R.T., Z.R.M.**, Facial Paralysis. Current therapy in Plastic surgery 2006 Saunders Elsevier 1600 John F.Kennedy Blvd Ste 1800 Philadelphia, PA 19103-2899 194-202.
9. **Biglioli, F., et al.**, Recovery of emotional smiling function in free-flap facial reanimation. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 2012. 70(10): p. 2413-2418.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN GIÁP Ở TRẺ EM VÀ VỊ THÀNH NIÊN

Vũ Anh Hải¹, Nguyễn Duy Hồ¹, Ngô Vi Hải²

TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu, mô tả trên 30 trẻ em và vị thành niên ung thư tuyến giáp, nhằm xác định một số yếu tố liên quan đến tình trạng di căn hạch cổ và đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật điều trị tại Bệnh viện trung ương Quân đội 108, thời gian từ tháng 01/2018 đến tháng 06/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $15,6 \pm 3,64$ (10-18), nữ giới chiếm chủ yếu, tỷ lệ nữ/nam 2,75/1. Ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú chiếm chủ yếu (93,3%), thể không biệt hóa 6,7%. Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp cho 100% bệnh nhân. Tỷ lệ vết hạch là 90,0%. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $6,8 \pm 2,1$ ngày. Biến chứng sau mổ tỷ lệ 6,6%. Tỷ lệ bệnh nhân di căn hạch là 73,3%, di căn hạch cổ khoang trung tâm chiếm tỷ lệ cao, chiếm 70,0%. Nhóm tuổi dưới 15 có tỷ lệ di căn hạch cổ cao hơn (ở cả khoang trung tâm và cổ bên), tổn thương đa ổ làm tăng tỷ lệ di căn hạch cổ bên ($p < 0,05$). **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị ung thư tuyến giáp ở trẻ em và vị thành niên an toàn, với tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp (6,6%). Nhóm tuổi dưới 15 có tỷ lệ di căn hạch cổ cao hơn, tổn thương đa ổ làm tăng tỷ lệ di căn hạch cổ bên ($p < 0,05$).

Từ khóa: ung thư tuyến giáp trẻ em; di căn hạch cổ; phẫu thuật điều trị UTTG.

SUMMARY

INITIAL RESULTS OF SURGICAL TREATMENT FOR THYROID CANCER IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

A retrospective, descriptive study on 30 children and adolescents with thyroid cancer, to determine some factors related to cervical lymph node metastasis and evaluate the initial results of surgical treatment at 108 Military Central Hospital, period from January 2018 to June 2022. **Results:** The mean of age was 15.6 ± 3.64 (10-18), women predominate, female/male ratio was 2.75/1. Papillary thyroid carcinoma accounts for the majority (93.3%), undifferentiated type accounts for 6.7%. Total thyroidectomy for 100% of patients. The lymph node dissection rate was 90.0%. The length of postoperative hospital stay was 6.8 ± 2.1 days. Postoperative complications rate was 6.6%. The proportion of patients with lymph node metastasis was 73.3%, with central neck lymph node metastasis accounting for a high proportion, accounting for 70.0%. The age group under 15 has a higher rate of

neck lymph node metastasis (in both the central and lateral neck compartments), multifocal lesions increase the rate of lateral neck lymph node metastasis ($p < 0.05$). **Conclusion:** Surgical treatment of thyroid cancer in children and adolescents was safe, with a low rate of postoperative complications (6.6%). The group of age under 15 had a higher rate of neck lymph node metastasis, multifocal lesions increase the rate of lateral neck lymph node metastasis ($p < 0.05$).

Keywords: children's thyroid cancer; neck lymph node metastasis; Surgical treatment of cervical cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp là bệnh thường gặp nhất trong các ung thư nội tiết và chiếm khoảng 1% các loại ung thư. Theo điều 1 luật trẻ em năm 2016 (số 102/2016/QH13) quy định, trẻ em là người dưới 16 tuổi. Như vậy, ung thư tuyến giáp ở trẻ em được định nghĩa là ung thư tuyến giáp ở trẻ từ 16 tuổi trở xuống. Đây là loại ung thư hiếm gặp ở trẻ em, chiếm khoảng 1,5% trong tổng số các loại ung thư ở lứa tuổi này, với tỉ lệ mắc hằng năm từ 4,8 - 5,9 ca/1 triệu người, tuy vậy bệnh ngày càng có xu hướng gia tăng.

Đối với ung thư tuyến giáp ở trẻ em, câu hỏi được đặt ra đó là: Ung thư tuyến giáp ở trẻ em có đặc điểm gì về bệnh học? Hướng dẫn điều trị và tiên lượng khác gì so với người lớn? Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp là phương pháp thường được chỉ định điều trị ung thư tuyến giáp biệt hóa ở trẻ em, ngoài ra điều trị I¹³¹ và hormon thay thế có vai trò hỗ trợ.¹

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm nhận xét một số yếu tố liên quan đến tình trạng di căn hạch cổ và đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật điều trị ung thư tuyến giáp ở trẻ em và vị thành niên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Trẻ em và vị thành niên được chẩn đoán ung thư tuyến giáp (UTTG), được phẫu thuật điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, thời gian từ tháng 01/2018 đến tháng 06/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tuổi < 18 tuổi
- Bệnh nhân được chẩn đoán UTTG dựa vào kết quả xét nghiệm giải phẫu bệnh
- Bệnh nhân được phẫu thuật điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ

- UTTG tái phát.
- Không có đầy đủ hồ sơ bệnh án nghiên cứu.

¹Bệnh viện Quân Y 103 - Học viện Quân Y

²Bệnh viện trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Anh Hải

Email: vuanhhai.ncs@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 13.5.2024

Ngày duyệt bài: 26.6.2024