

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT UNG THƯ KHOANG MIỆNG CÓ TẠO HÌNH KHUYẾT HỔNG BẰNG VẬT MŨI MÁ

Trần Anh Bích¹, Ngô Thúc Luân¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư khoang miệng chiếm tỉ lệ 30% tổng số ung thư đầu cổ và 5% tổng số ung thư nói chung. Phẫu thuật cắt u phải đảm bảo lấy trọn u với diện cắt an toàn, hạn chế tái phát, nhưng để lại khuyết hổng lớn. Vật mũi má được sử dụng rộng rãi trong việc tạo hình khuyết hổng, với nhiều ưu điểm: tỉ lệ vật sống cao, linh hoạt. **Mục tiêu:** đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư khoang miệng có tạo hình khuyết hổng bằng vật mũi má tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ 1/2020 đến 10/2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** tiến cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng. Nghiên cứu 32 trường hợp phẫu thuật ung thư khoang miệng, sử dụng vật mũi má trong tạo hình khuyết hổng trong thì đầu. **Kết quả:** ung thư vùng sàn miệng (10/32 trường hợp), lưỡi ± sàn miệng (21/32 trường hợp), lợi khẩu cái cứng (1/32 trường hợp). Kích thước vật mũi má trung bình 2,7cm (2,5-2,9) x 5,8cm (5,5-6cm), có cuống động tĩnh mạch mặt. Bệnh nhân ăn qua đường miệng sau 5 ngày. Sau 6 tháng, không ghi nhận u tái phát, chức năng khoang miệng bình thường. Biến chứng: 7/32 trường hợp liệt nhánh thần kinh bờ hàm dưới độ III-IV, hồi phục sau 6 – 8 tháng, 5/32 trường hợp liệt mặt độ III và 2/32 trường hợp liệt mặt độ IV. **Kết luận:** vật mũi má là một lựa chọn tốt để tái tạo khuyết hổng vừa sau cắt ung thư khoang miệng.

Từ khóa: ung thư khoang miệng, vật mũi má.

SUMMARY

RESEARCH ON ORAL CANCER SURGERY WITH RECONSTRUCTIVE DEFECTS BY NASOLABIAL FLAP

Introduction: Oral cancer accounts for 30% of total head and neck cancers and 5% of all cancers. Surgery for tumor removal must ensure complete excision with a safe margin to minimize recurrence, but it often leaves significant defects. The nasolabial flap is widely used for defect reconstruction, offering advantages such as a high flap survival rate and flexibility. **Objective:** To evaluate the surgical outcomes of oral cancer with defect reconstruction using the nasolabial flap at Otolaryngology Department – Cho Ray Hospital from January 2020 to October 2023. **Subjects and Methods:** A non-randomized clinical intervention study was conducted. The study involved 32 cases of oral cancer surgery using the nasolabial flap for defect reconstruction in the first phase. **Results:** The tumors were located in

the floor of the mouth (10 cases), tongue ± the floor of the mouth (21 cases), and hard palate (1 case). The average size of the nasolabial flap was 2.7cm (2.5-2.9) x 5.8cm (5.5-6 cm) with a static venous pedicle. Patients resumed oral intake after 5 days. No tumor recurrence was observed after 6 months, and oral function returned to normal. Complications: paralysis of mandibular nerve grade III-IV (7 cases), which recovered after 6 – 8 months; facial paralysis grade III (5 cases) and grade IV (2 cases). **Conclusion:** The nasolabial flap is a good option for reconstructing moderate defects following oral cancer surgery. **Keywords:** oral cancer, nasolabial flap

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư khoang miệng chiếm tỉ lệ 30% ung thư đầu cổ, 5% ung thư nói chung [1]. Phương pháp điều trị cần phối hợp đa mô thức tùy giai đoạn ung thư, trong đó phẫu thuật đóng vai trò chính. Trong phẫu thuật, việc đảm bảo diện cắt an toàn về mặt ung thư đòi hỏi cắt rộng hơn khối u để hạn chế tái phát, nhưng để lại khuyết hổng lớn [2]. Vì thế, đa số trường hợp cần phẫu thuật tái tạo, tùy vị trí và kích thước khuyết hổng. Với sự phát triển của phẫu thuật vi phẫu, nhiều vật tự do được sử dụng để tái tạo khuyết hổng khoang miệng, bảo tồn chức năng như nuốt, phát âm [5]. Tuy nhiên, đối với khuyết hổng vừa, vật có thể lớn hơn khuyết hổng, gây hạn chế vận động trong khoang miệng, không đem lại kết quả như mong đợi.

Gần đây, vật mũi má được cho là chọn lựa hiệu quả trong tái tạo khuyết hổng khoang miệng mức độ vừa. Vật này có nhiều ưu điểm: vật vùng lân cận, cuống mạch không dài và dài, tỉ lệ sống cao,... giúp lấy vật an toàn, thời gian ngắn, linh hoạt trong tái tạo [1],[6]. Như vậy, làm thế nào để tái tạo khuyết hổng bằng vật mũi má sau phẫu thuật ung thư khoang miệng trong một thì? Thông qua nghiên cứu này, chúng tôi tìm hiểu các mục tiêu sau:

- Mô tả đặc điểm lâm sàng của ung thư khoang miệng

- Đánh giá kết quả tạo hình khuyết hổng sau cắt ung thư khoang miệng bằng vật mũi má.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị ung thư khoang miệng tại khoa Tai Mũi Họng bệnh viện Chợ Rẫy từ 1/2020 đến 10/2023.

2.2. Tiêu chuẩn chọn mẫu

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trần Anh Bích

Email: trananhbich2015@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2024

Ngày duyệt bài: 12.11.2024

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư khoang miệng T1,2,3NxM0.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Có tiền căn xạ trị, phẫu thuật hoặc chấn thương vùng đầu mặt cổ.

- Có bệnh lí nội ngoại khoa chống chỉ định phẫu thuật.

2.4. Phương pháp nghiên cứu: tiến cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng. Có 32 trường hợp nghiên cứu. Xử lí số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

2.5. Tiến hành nghiên cứu

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư khoang miệng, có các cận lâm sàng thích hợp (CT/MRI cổ mặt có cản quang/cản từ + siêu âm Doppler mạch máu vùng cổ), được giải thích tham gia nghiên cứu và tư vấn trước mổ.

- Ghi nhận thông tin, các biến số, xét nghiệm tiền phẫu ở những bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ.

* Tiến hành phẫu thuật

+ Gây mê qua nội khí quản

+ Nạo vét hạch cổ (nếu có), bảo tồn bó mạch mặt.

+ Cắt rộng khối u khoang miệng (cách khối u #1cm), sinh thiết lạnh các biên phẫu thuật đến khi không còn tế bào ung thư. Đánh giá kích thước khuyết hổng.

+ Thiết kế vạt mũi má với cuống động tĩnh mạch mặt. Xoay vạt tạo hình khuyết hổng trong khoang miệng.

+ Đặt dẫn lưu. Đặt ống thông dạ dày.

* Hậu phẫu:

+ Tình trạng vạt mũi má: sống, tụ máu, sung huyết, hoại tử.

+ Tình trạng nơi cho vạt: nhiễm trùng, chảy máu, khác.

+ Tình trạng hồ mổ nạo hạch cổ (chảy máu, nhiễm trùng, ...), thời gian rút dẫn lưu.

+ Thời gian xuất viện, biến chứng phẫu thuật (nếu có)

+ Đánh giá chức năng khoang miệng: khả năng nuốt, nói (theo thang điểm FIGS), cách li khoang miệng, thời gian bắt đầu ăn bằng đường miệng.

Bảng 2.1. Thang điểm FIGS (Functional Intraoral Glasgow scale) [7],[8]

Khả năng nhai	Điểm	Khả năng nuốt	Điểm	Khả năng nói	Điểm
Không khó khăn với bất kì loại thức ăn	5	Bất kì thức ăn, không khó khăn	5	Luôn hiểu rõ ràng	5
Khó khăn với thức ăn cứng	4	Thức ăn cứng, khó khăn	4	Đôi khi cần lặp lại	4
Không khó khăn với thức ăn bán đặc	3	Chỉ ăn thức ăn bán đặc	3	Cần lặp lại nhiều lần	3
Khó khăn với thức ăn bán đặc	2	Chỉ ăn thức ăn lỏng	2	Chỉ người thân mới hiểu	2
Không thể nhai bất cứ gì	1	Không thể nuốt bất cứ gì	1	Khó hiểu	1

* Tái khám sau xuất viện 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng

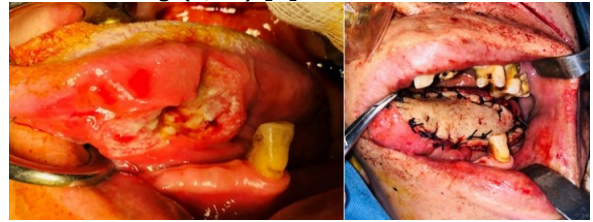
+ Thẩm mỹ (6 tháng): tốt (cân xứng), trung bình (mất cân xứng trung bình), kém (biến dạng).

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Ung thư khoang miệng thường ở độ tuổi trên 45. Trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận chủ yếu nam giới (nam/ nữ = 25/7), ở 50 tuổi (47-52). Tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương Giang (2002) là 56 tuổi, nam/nữ = 1,5/1; Trần Đặng Ngọc Linh là 64 tuổi, nam/nữ = 1,05/1 [1]. Về yếu tố nguy cơ, chúng tôi ghi nhận tỉ lệ hút thuốc lá (65,4%), uống rượu (53,8%), ăn trầu (7,7%). Các tổn thương mạn tính cũng như vệ sinh răng miệng kém đều là yếu tố nguy cơ mắc bệnh [1].

Về tính chất u, ở Việt Nam, ung thư khoang miệng được ghi nhận theo thứ tự ở lưỡi, má, lợi hàm, sàn miệng, môi, khẩu cái cứng (Trần Đặng Ngọc Linh (1998), Nguyễn Thị Hương Giang (2002)). Chúng tôi ghi nhận kết quả tương tự:

lưỡi ± sàn miệng (21/32), sàn miệng (10/32), khẩu cái cứng (1/32) [1].



Hình 3.1. Tổn thương và vạt mũi má

Chọn lựa phương pháp tiếp cận là bước đầu tiên của phẫu thuật, với mục tiêu đạt biên phẫu thuật sạch và tăng tỉ lệ sống còn. Có 2 cách tiếp cận đối với ung thư khoang miệng là qua đường miệng và qua đường mở môi – xương hàm dưới, tùy vào vị trí, kích thước, độ sâu, mức độ há miệng, xâm lấn xương hàm và kinh nghiệm phẫu thuật viên. Hiện nay, rìa diện cắt 1cm theo không gian ba chiều được chấp nhận cho ung thư khoang miệng nói chung [3],[5]. Chúng tôi tiến hành sinh thiết lạnh biên phẫu thuật và kết quả biên phẫu thuật an toàn.

Kích thước, vị trí cũng như chức năng của phần khuyết hồng cần được đánh giá trước khi tạo hình. Kỹ thuật tạo hình giúp bảo tồn chức năng của khoang miệng, che phủ cấu trúc còn lại và lành thương nhanh [3],[5]. Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận khuyết hồng có diện tích 12,5cm², kích thước lớn nhất là 3x7cm. Đây là khuyết hồng khá lớn, khó khâu đóng trực tiếp, nguy cơ bục vết mổ cao, ảnh hưởng chức năng khoang miệng nhiều. Việc áp dụng tạo hình bằng vạt mũi má giúp mở rộng chỉ định phẫu thuật với các khối u lớn, bảo tồn chức năng khoang miệng cũng như nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau phẫu thuật [4].

Tính chất hạch cổ: di căn hạch cổ chiếm 40,6%. Nhóm hạch IIa chiếm 69,2% (9/13), hạch IIb chiếm 38,5% (5/13), nhóm I chiếm 15,4% (2/13), nhóm III chiếm 7,7% (1/13). Do động tĩnh mạch mặt là bó mạch cấp máu cho vạt mũi má nên chúng tôi rất thận trọng bảo tồn khi tiến hành nạo vét hạch cổ.

Vạt mũi má có cuống mạch là dạng vạt đảo. Các nghiên cứu cho thấy ¾ dưới của vạt được cấp máu tốt bởi rất nhiều nhánh xiên bởi động mạch mặt và động mạch ngang mặt. Do đó tất cả các vạt đều được bóc tách và bảo tồn cuống mạch mặt, đảm bảo sự tưới máu của vạt, an toàn cao. Kích thước: 2,7cm (2,5-2,9cm) x 5,8cm (5,5-6,0cm), độ dày: 1cm (0,9-1,2cm). Theo nghiên cứu nước ngoài nhận thấy, vạt mũi má thích hợp cho các tổn thương kích thước vừa (3-4cm). Theo Berrone, vạt mũi má có giới hạn chiều rộng là 3-4cm, chiều dài là 6-7cm; Ohtsuka cho rằng 1x2cm đến 3x10cm [4],[6]. Thông thường, kích thước vạt được lấy sẽ tương đương kích thước khuyết hồng, đặc biệt đối với khuyết hồng khẩu cái. Tuy vậy, đối với khuyết hồng vùng niêm mạc và cơ (má, môi, lưỡi...), kích thước vạt có thể nhỏ hơn nhờ khả năng co giãn của niêm mạc và cơ, nhưng không quá 1cm

* Hậu phẫu

Bảng 3.1. Tình trạng lành thương

		1 tháng	3 tháng	6 tháng
Nơi nhận vạt (khoang miệng)	Tình trạng vạt	Vạt sống, lành tốt	Vạt sống, lành tốt	Vạt sống, lành tốt
	Cách li khoang miệng	Tốt	Tốt	Tốt
	Chức năng nói	3,1/5	3,8/5	4,4/5
	Chức năng nuốt	4,4/5	4,7/5	5,0/5
Nơi cho vạt (mũi má)		Lành tốt, co rút nhẹ (18/32)	Lành tốt, sẹo mờ (25/32)	Lành tốt, sẹo mờ (32/32)

- Phục hồi chức năng

+ Chức năng cách li khoang miệng: đây là mục tiêu đầu tiên trong tạo hình khuyết hồng khoang miệng, giúp người bệnh sớm phục hồi khả năng ăn uống và phát âm.

- Vết mổ vùng cổ: rút dẫn lưu ngày thứ 3 hậu phẫu (32/32).

- Tình trạng nơi cho vạt: lành tốt, co rút nhẹ (méo miệng nhẹ)

- Tình trạng vạt mũi má: vạt sống (32/32), đánh giá tình trạng sống của vạt dựa trên: mức độ tưới máu, trạng thái của vạt, vị trí khâu nối. Theo dõi vạt là vấn đề rất quan trọng, cần kết hợp lâm sàng và cận lâm sàng hỗ trợ. Dấu nhấp nháy da và đâm kim vào vạt là phương pháp theo dõi lâm sàng do phẫu thuật viên thực hiện. Ngoài ra, sử dụng siêu âm Doppler, CT khảo sát tưới máu,... để đánh giá mức độ tưới máu của vạt nhưng khá tốn kém và cần chuyên môn sâu. Chúng tôi có 1 trường hợp hoại tử 1 phần ở vị trí đầu xa của vạt, bệnh nhân được cắt lọc và chăm sóc và theo dõi sát. Sau 1 tuần, vạt sống, vết mổ lành tốt.



Hình 3.2. Theo dõi sau mổ 6 tháng

- Trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận các trường hợp liệt mặt sau phẫu thuật sử dụng vạt mũi má để che lấp khuyết hồng sau cắt ung thư khoang miệng. Cụ thể, có 5/32 trường hợp liệt mặt độ III và 2/32 trường hợp liệt mặt độ IV. Tỷ lệ liệt mặt này có thể được giải thích do sự can thiệp vào mô mềm và cấu trúc gần thần kinh trong quá trình phẫu thuật, đặc biệt là khi bóc tách và xoay vạt. Do thần kinh bờ hàm dưới nằm trên và đi ngang qua bó mạch mặt. Tuy nhiên, tất cả trường hợp liệt nhánh thần kinh bờ hàm dưới đều phục hồi sau 6 đến 8 tháng

* Tái khám:

- Tình trạng lành thương

+ Chức năng nuốt: pha hốc miệng của động tác nuốt gồm chọn lựa, nén lại và chuyển thức ăn đến khẩu hầu. Trong pha này, lưỡi phải duy trì thể tích và độ di động thích hợp để bịt kín khoảng chết với khẩu cái và giúp nhai thức ăn,

sau đó đẩy thức ăn vào khẩu hầu. Nếu khoang miệng còn khoảng trống thì khối thức ăn sẽ trào ngược hoặc ứ lại trong khoang chết này. Duy trì đủ thể tích lưỡi, tối đa vận động – chức năng phần lưỡi còn lại, khoang miệng kín là nguyên lý chính để phục hồi chức năng nuốt [7],[8].

+ Chức năng nói: khi lưỡi có thể tích và độ di động thích hợp sẽ cho phép cấu thành phụ âm, nguyên âm và nguyên âm đôi; đồng thời khoang miệng cách li với khoang mũi. Nếu đảm bảo hai yêu cầu này, sẽ duy trì khả năng phát âm [7],[8].

- Thẩm mỹ: đánh giá sau 6 tháng, vạt che phủ đủ khuyết hồng, không co kéo tổ chức xung quanh và không biến dạng.

IV. KẾT LUẬN

Tái tạo khuyết hồng mức độ trung bình bằng vạt mũi má sau cắt ung thư khoang miệng là phương pháp hiệu quả, an toàn cao, thời gian phẫu thuật ngắn, ít có biến chứng. Cuống mạch mặt to, ít hoại tử vạt. Vạt mũi má là chọn lựa tốt để tái tạo khuyết hồng vùng khoang miệng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hàn Thị Vân Thanh.** "Nghiên cứu điều trị ung thư biểu mô khoang miệng có sử dụng kỹ thuật

tạo hình bằng vạt rãnh mũi má". Luận án Tiến sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội, 2013.

2. **Nguyễn Anh Khôi.** "Tái tạo khuyết hồng gần toàn bộ và toàn bộ lưỡi sau phẫu thuật trị ung thư lưỡi". Sở Khoa học và Công nghệ Thành phố Hồ Chí Minh, 2021.
3. **Joo YH, Cho JK, Koo BS, et al.** "Guidelines for the Surgical Management of Oral Cancer: Korean Society of Thyroid-Head and Neck Surgery". Clin Exp Otorhinolaryngol, 2019, 12(2):107-144.
4. **Maria L, Konstantinos V, Ioannis D, et al.** "Nasolabial pedicled compared with island flaps for intraoral reconstruction of oncological defects: complications, recovery of sensitivity, and assessment of quality of life". Br J Oral Maxillofac Surg 2016, 54(7):746-750.
5. **Mehta S KM.** "Principles of surgical management of oral cancer". In: Oral and Maxillofacial Surgery for the Clinician. Edited by Bonanthaya K PE, 1st ed. Springer Nature, 2021, 1869-1891.
6. **Rahpeyma A, Khajehahmadi S.** "The place of nasolabial flap in orofacial reconstruction: A review". Ann Med Surg (Lond) 2016, 12:79-87.
7. **Stretton C, Service J.** "Postoperative considerations in patients following oral cancer resection and surgical reconstruction: a review". Journal of Oral and Maxillofacial Anesthesia 2023, 2.
8. **Yi CR, Jeong WS, Oh TS, et al.** "Analysis of Speech and Functional Outcomes in Tongue Reconstruction after Hemiglossectomy". J Reconstr Microsurg 2020, 36(7):507-513.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ XẠ PHẪU GAMMA KNIFE UNG THƯ DI CĂN THÂN NÃO TẠI BỆNH VIỆN K

Phan Thanh Dương¹, Nguyễn Đức Liên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Di căn não là khối u ác tính hay gặp nhất của não, gặp hơn 10 lần ung thư nguyên phát tại não. Tổn thương di căn não thường gặp ở 15 – 40% bệnh nhân ung thư. Tuy nhiên, di căn thân não ít gặp, chỉ chiếm khoảng 3 – 5% của tất cả các trường hợp di căn não. Hầu hết các tổn thương di căn thân não không thể phẫu thuật, do đó xạ trị được sử dụng rộng rãi. Xạ toàn não được coi là một phương pháp điều trị chính, tuy nhiên xạ toàn não làm tổn thương nhiều mô não lành và gây ra nhiều di chứng tại não. Xạ phẫu đang chứng minh sự hiệu quả trong điều trị ung thư di căn thân não, nhưng nhìn chung bị hạn chế do sự lo ngại về các tác dụng không mong muốn khi sử dụng liều xạ cao. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm đánh giá kết quả điều trị ung thư di căn thân não bằng phương pháp xạ phẫu. **Đối tượng và phương pháp nghiên**

cứu: Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 57 bệnh nhân ung thư di căn thân não từ tháng 7/2019 đến 7/2024. Bệnh nhân được lựa chọn di căn não từ 1 – 10 ổ, trong đó có tổn thương di căn thân não, chỉ số toàn trạng Karnofsky \geq 60. Bệnh nhân được xạ phẫu bằng máy Gamma Knife thế hệ Icon với liều chỉ định 20 – 24 Gy với khối u < 2cm, 18 – 20 Gy với khối u 2 – 3 cm. Bệnh nhân được đánh giá đáp ứng triệu chứng lâm sàng và hình ảnh theo tiêu chuẩn RANO tại các thời điểm 6 tháng, 12 tháng, và kết quả sống thêm. **Kết quả:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ kiểm soát khối u thân não tại 6 tháng là 77,2%. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại thời điểm 6 tháng là 70,5%; 12 tháng là 42,2%; 24 tháng là 30,8%, trung vị thời gian sống thêm toàn bộ là $11,0 \pm 1,5$ tháng. **Kết luận:** Xạ phẫu là một phương pháp điều trị hiệu quả đối với tổn thương ung thư di căn thân não. **Từ khóa:** xạ phẫu, di căn não, thân não, sống thêm.

SUMMARY

GAMMA KNIFE STEREOTACTIC RADIOSURGERY FOR BRAIN STEM METASTASES AT NATIONAL CANCER HOSPITAL

Objectives: Brain metastasis is the most common malignant tumor of the brain, about 10 times

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Liên

Email: drduclien@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.10.2024

Ngày duyệt bài: 12.11.2024