

- Thanh Thủy (2003).** Phẫu thuật cắt Amidan: nhận xét 3962 trường hợp tại viện tai mũi họng. Nội san Tai mũi họng 2003
- 3. Springer-Verlag Berlin Heidelberg (2014)** Mortality after tonsil surgery, a population study, covering eight years and 82,527 operations in Sweden
- 4. Hoàng Anh (2015).** Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt amidan bằng dao plasma tại khoa Tai Mũi Họng bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Đại học Y Hà Nội.
- 5. Phạm Anh Tuấn (2017).** Đánh giá kết quả cắt amidan bằng dao điện, coblator và plasma. Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
- 6. Võ Hoài Nam (2016).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố nguy cơ của hội chứng ngừng thở lúc ngủ do tắc nghẽn. Đại học Y Hà Nội.
- 7. Nguyễn Tuấn Sơn (2012).** Nghiên cứu chỉ định và đánh giá kết quả điều trị của phương pháp cắt amidan bằng dao điện đơn cực. Đại học Y Hà Nội.
- 8. Nguyễn Thanh Thủy (2004).** Nhận xét về tình hình chảy máu sau cắt Amidan tại bệnh viện Tai mũi họng Trung ương từ 2001-2003. Đại học Y Hà Nội.
- 9. Johnson, Rosen (2015)** Bailey's Head and neck surgery Otolaryngology. 5th Edition

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT UNG THƯ TUYẾN NƯỚC BỌT CHÍNH TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Huy Phan¹, Ngô Quốc Duy²,
Ngô Xuân Quý², Lê Chính Đại¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật ung thư tuyến nước bọt chính tại bệnh viện K. **Đối tượng nghiên cứu:** Bao gồm 66 bệnh nhân (BN) ung thư tuyến nước bọt chính được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật tại bệnh viện K trong thời gian từ T1/2016– T12/2020. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả lâm sàng hồi cứu kết hợp tiền cứu. **Kết quả:** Tuổi trung bình 50,3; nam/nữ: 1,06/1; phát hiện u tại tuyến hay gặp nhất 86,4%; phần trăm tuyến mang tai, tuyến dưới hàm, tuyến dưới lưỡi: 77,3%/16,7%/6%; một u 98,5%; kích thước 2-4cm 54,5%; mật độ chắc 90,9%; giảm âm 86,4%; mô bệnh học: ung thư biểu mô biểu bì nhầy 40,1% ung thư dạng tuyến nang 15,2%; 100% cắt toàn bộ tuyến; vét hạch cổ 39,4%; liệt mặt sau mổ 31,4%; hội chứng Frey 13,7%; biến chứng khác <5%; sau 6 tháng 43,8% trường hợp liệt mặt có hồi phục. **Kết luận:** Ung thư tuyến nước bọt thường xuất hiện ở độ tuổi trung niên, phát hiện chủ yếu qua biểu hiện sờ thấy u, mô bệnh học đa dạng. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính, bên cạnh đảm bảo diện cắt, bảo tồn thần kinh là một mối quan tâm hàng đầu, có ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống của BN.

Từ khóa: ung thư tuyến nước bọt, phẫu thuật, biến chứng.

SUMMARY

RESULTS OF SURGERY IN MAJOR SALIVARY GLAND CANCERS

Objectives: This study was conducted to report clinicals, subclinicals and evaluate the early results of

treatment of major salivary gland cancers at Vietnam National Cancer Hospital. **Patients and methods:** A retrospective, descriptive study on 66 patients with major salivary gland cancers were treated in K hospital from 01/2016 to 12/2020. **Results:** mean of age 50,3; male/female ratio: 1,06/1; The most common symptom is mass at glands 86,4%; percentage in parotid, submandibular, sublingual: 77,3%/16,7%/6%; single tumor 98,5%; tumor size from 2-4cm 54,5%; firm tumor 90,9%; hypoechoic 86,4%; histopathology: mucoepidermoid carcinoma 40,1% adenoid cystic carcinoma 15,2%; total parotidectomy, total submandibular resection and total sublingual resection: 100%; selective neck dissection: 39,4%; facial nerve palsy 31,4%; Frey's syndrome 13,7%; after 6 months, 43,8% case with facial nerve palsy were recovered. **Conclusions:** Salivary gland cancers most commonly occur in older adults, the main clinic symptoms is mass at glands and histopathology is diversity. Surgery is the most important method in treating salivary gland cancers, facial nerve preservation is significant to ensure the patient's quality of life.

Keywords: salivary glands cancer, surgery, complications.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến nước bọt gồm ung thư các tuyến nước bọt chính: tuyến mang tai, tuyến dưới hàm, tuyến dưới lưỡi và ung thư tuyến nước bọt phụ, trong đó hay gặp nhất là ung thư tuyến mang tai. Đây là loại ung thư ít gặp ở vùng đầu cổ, chiếm khoảng 0,5% trong tổng số các loại ung thư và chiếm khoảng từ 3-5% trong ung thư vùng đầu cổ [1].

Phẫu thuật là phương pháp điều trị chủ yếu. Phẫu thuật cần đảm bảo lấy hết u, đảm bảo diện cắt âm tính và cần bảo tồn các nhánh thần kinh có liên quan, giúp đảm bảo nguyên tắc ung thư học và nâng cao chất lượng cuộc sống cho BN.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Phan

Email: nguyenhuyphan.hnu@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 11.10.2021

Ngày duyệt bài: 22.10.2021

Tuy nhiên hiện nay chưa có nhiều nghiên cứu. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật ung thư tuyến nước bọt chính tại bệnh viện K.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm 66BN ung thư tuyến nước bọt chính được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật tại bệnh viện K từ T1/2016 – T12/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Các BN ung thư tuyến nước bọt chính (tuyến mang tai, tuyến dưới hàm, tuyến dưới lưỡi) được phẫu thuật tại Bệnh viện K.

- Kết quả mô bệnh học là ung thư tuyến nước bọt
- Thể trạng chung tốt: PS từ 0 – 1.
- BN chưa được điều trị trước đó.

Tiêu chuẩn loại trừ

- BN không thỏa mãn bất kỳ một tiêu chuẩn lựa chọn nêu trên
- Ung thư tái phát hoặc mắc ung thư thứ hai.
- Mắc bệnh mạn tính hoặc cấp tính trầm trọng có nguy cơ tử vong trong thời gian ngắn.

1.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả lâm sàng hồi cứu kết hợp tiến cứu.

Cỡ mẫu: Bằng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, nghiên cứu của chúng tôi thu thập được 66BN thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

1.3. Xử lý số liệu. Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

2.1. Đặc điểm lâm sàng

Tuổi, giới: Tuổi trung bình 50,3, cao nhất 83 tuổi, thấp nhất 16 tuổi. Tỷ lệ Nam/Nữ là 1,06/1

Lý do vào viện: phát hiện u tại tuyến chiếm 86,4%, số còn lại vào viện do liệt dây VII, hạch cổ và khám sức khỏe định kỳ.

Vị trí: u tuyến mang tai chiếm 77,3%, tuyến dưới hàm chiếm 16,7% và tuyến dưới lưỡi là 6%.

Kích thước u: nhóm kích thước 2-4cm chiếm

Bảng 3: Phương pháp phẫu thuật theo từng tuyến

Phẫu thuật	Cắt u đơn thuần	Tuyến mang tai		Tuyến dưới hàm		Tuyến dưới lưỡi	
		Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
	Cắt toàn bộ tuyến	51	100	11	100	4	100
Vết hạch cổ	Có	20	39,2	4	36,4	2	50
	Không	31	60,8	7	63,6	2	50

Nhận xét: Tất cả BN được cắt toàn bộ tuyến, không có BN nào cắt u đơn thuần. Tỷ lệ vết hạch cổ của 3 tuyến lần lượt là 39,2%, 36,4% và 50%. Đây đều là các trường hợp phát hiện có hạch qua lâm sàng hoặc siêu âm.

54,5%, 34,8% BN có u <2cm.

Tính chất u: 90,9% u có mật độ chắc, 62,1% khối u còn di động, chỉ 1,5% có biểu hiện thâm nhiễm da.

Tính chất hạch: có 18 BN phát hiện hạch trên lâm sàng, chiếm 27,3%, hầu hết là hạch cứng bên (77,8%), mật độ chắc (83,3%).

2.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm siêu âm

	Tính chất	Số BN	Tỷ lệ %
Số lượng	Một khối	65	98,5
	Nhiều hơn 1 khối	1	1,5
Kích thước	<2cm	20	30,3
	2cm-4cm	37	51,6
	>4cm	9	13,6
Ranh giới	Rõ	36	54,5
	Không rõ	30	45,5
Mật độ âm	Giảm âm	57	86,4
	Tăng âm	3	4,5
	Hỗn hợp âm	6	9,1
Hạch	Có	29	43,9
	Không	37	56,1

Nhận xét: khi phát hiện, hầu hết BN có 1 khối u, chỉ có 1 BN phát hiện nhiều hơn 1 khối, 51,6% u có kích thước từ 2-4cm; 86,4% trường hợp u giảm âm. Có 43,9% trường hợp phát hiện hạch trên siêu âm, nhiều hơn trên thăm khám lâm sàng.

Bảng 2: Phân loại mô bệnh học

	Số BN	Tỷ lệ %
Ung thư biểu mô dạng biểu bì nhầy	27	40,1
Ung thư biểu mô dạng tuyến nang	10	15,2
Ung thư cơ biểu mô	6	9,1
Ung thư biểu mô tế bào vảy	2	3,0
Ung thư biểu mô không biệt hóa	3	4,5
Ung thư biểu mô ống tuyến nước bọt	3	4,5
Ung thư khác	15	22,8
Tổng	66	100

Nhận xét: UTBM dạng biểu bì nhầy, UTBM dạng tuyến nang là 2 dạng mô bệnh học phổ biến nhất, chiếm 40,1% và 15,2%.

2.3. Kết quả điều trị

Bảng 4: Biến chứng sớm sau phẫu thuật

Biến chứng	Số BN	Tổng số	Tỷ lệ %
Liệt dây VII	16	51	31,4
Nhiễm trùng	0	66	0
Chảy máu	1	66	1,5
Rò nước bọt	2	66	3
HC Frey	7	51	13,7

Nhận xét: Trong 66BN được phẫu thuật, có 2 BN rò nước bọt, 1 ca chảy máu và 0 trường hợp nào bị nhiễm trùng sau mổ. Trong nhóm 51 BN u tuyến mang tai, có 16 BN có liệt mặt sau mổ chiếm 31,4% (đã loại trừ 7 BN có liệt mặt từ trước mổ), 7 BN gặp hội chứng Frey chiếm 13,7%,

Bảng 5: Biến chứng sau phẫu thuật 6 tháng

Biến chứng	Số BN	Tỷ lệ %
Liệt dây VII	9	17,6
Rò nước bọt	0	0
HC Frey	7	13,7

Nhận xét: Sau 6 tháng theo dõi, có 7 BN liệt mặt tạm thời đã hồi phục, không còn BN nào có tình trạng rò nước bọt. Cả 7 BN gặp hội chứng Frey vẫn tiếp diễn sau 6 tháng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

Tuổi, giới: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là 50,3 tuổi. Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy tuổi trung bình này khác nhau, trong khoảng 40-60 tuổi. Terhaard và cộng sự khi nghiên cứu 498 trường hợp ung thư tuyến nước bọt tại Hà Lan cho thấy tuổi trung bình là 59, trong khoảng 8-100 tuổi, với tỷ lệ nam/nữ là 1,04/1[2]. Tỷ lệ nam/nữ cũng khác nhau với nhiều nghiên cứu, theo một nghiên cứu của tác giả Mendenhall có tỷ lệ nam/nữ là 1,4/1[3].

Lý do vào viện: Đa số BN đến viện do phát hiện khối u tại tuyến, chiếm 86,4%. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Hàn Thị Vân Thanh (2001) [4].

Vị trí u: Tỷ lệ khối u tuyến mang tai trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 77,3%, tuyến dưới hàm chiếm 16,7% và tuyến dưới lưỡi là 6%. Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của Mendenhall (2005), có tỷ lệ này là 85% tại tuyến mang tai và 15% tại tuyến dưới hàm[3].

Kích thước u: thường gặp nhất u trong khoảng 2-4cm, chiếm 54,5%; 90,9%u có mật độ chắc.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng:

Đặc điểm u trên siêu âm: 98,5% BN chỉ có 1 khối u, đa phần giảm âm 86,4%, có 29 trường hợp phát hiện hạch trên siêu âm, trong khi lâm sàng phát hiện 18 trường hợp.

Phân loại mô bệnh học: thể mô bệnh học hay gặp nhất là ung thư biểu mô dạng biểu bì

nhầy, chiếm 40,1%, sau đó là ung thư biểu mô dạng tuyến nang chiếm 15,2%. Tỷ lệ này có sự khác biệt so với nghiên cứu của Lombardi (2016) cho kết quả ung thư dạng tuyến nang chiếm 26% và ung thư biểu bì nhầy chỉ chiếm 17%[5]. Một nghiên cứu khác của Carlson và cộng sự (2019) khi nghiên cứu 71 BN ung thư tuyến nước bọt đưa ra tỷ lệ ung thư biểu mô biểu bì nhầy là 31% [6].

3.3. Kết quả điều trị

Phương pháp phẫu thuật: Tất cả BN được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến, có hoặc không kèm vét hạch cổ. 26 BN được vét hạch cổ do có hạch nghi ngờ di căn trên lâm sàng và siêu âm. Có 4 trường hợp không được bảo tồn thần kinh do u đã xâm lấn. Tỷ lệ vét hạch cổ trong nghiên cứu của chúng tôi là 39,9%. Tuy nhiên tỷ lệ di căn hạch theo kết quả mô bệnh học sau mổ chỉ chiếm 27,3%. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Stenner (2012) cho thấy tỷ lệ di căn hạch là 21,4%[7].

Biến chứng sau phẫu thuật:xét riêng trong nhóm u tuyến mang tai và tuyến dưới hàm, sau mổ có 16/51 BN có liệt mặt do mổ (sau khi đã loại trừ 7 trường hợp liệt mặt trước mổ), chiếm 31,4% và là biến chứng hay gặp nhất, chiếm 57,1% các biến chứng sau mổ. Tỷ lệ này của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Hàn Thị Vân Thanh, có tỷ lệ liệt mặt 24,7%[4]. Theo nghiên cứu của Đinh Xuân Thành, tỷ lệ này là 18,2%[8]. Hội chứng Frey, trong nghiên cứu của chúng tôi, gặp ở 7/51 trường hợp (13,7%). Tỷ lệ này tương đồng với nhiều tài liệu được công bố với tỷ lệ xuất hiện hội chứng này là 10%[9].

Theo dõi biến chứng sau 6 tháng: Có 7/16 bệnh nhân hồi phục sau liệt mặt. Có thể giải thích do dây thần kinh VII bị tổn thương tạm thời trong mổ khi bị kéo, khô, hay do đốt điện; sau một thời gian khi dây thần kinh hồi phục thì các triệu chứng liệt mặt cũng giảm dần và có thể mất hoàn toàn.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng. Tuổi mắc bệnh trung bình là 50,3, tuổi thấp nhất là 16, cao nhất là 83. Tỷ lệ nam/nữ là 1,06/1.

Tỷ lệ u tuyến mang tai, tuyến dưới hàm, tuyến dưới lưỡi lần lượt là 77,3%, 16,7% và 6%. Kích thước 2-4cm chiếm 54,5%. Đa số u có mật độ chắc 90,9%.

Trên siêu âm, 98,5% chỉ có 1 khối u với 86,4% trường hợp giảm âm. Thể mô bệnh học hay gặp nhất là ung thư biểu mô dạng biểu bì nhầy chiếm 40,1%, theo sau là ung thư biểu mô dạng tuyến nang với 15,2%.

Kết quả điều trị. Tất cả BN được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến. Có 26/66 trường hợp được vét hạch cổ với 18 trường hợp có di căn hạch ở kết quả mô bệnh học sau mổ. Trong nhóm ung thư tuyến mang tai và tuyến dưới hàm, có 16/51 trường hợp liệt mặt sau mổ chiếm 31,4%; sau 6 tháng theo dõi, 7 BN đã hồi phục. 7 BN gặp hội chứng Frey tương đương 13,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **L. V. Quảng (2020).** Ung thư đầu cổ, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. **C. H. Terhaard, H. Lubsen, C. R. Rasch** và cộng sự (2005). The role of radiotherapy in the treatment of malignant salivary gland tumors. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 61(1), 103-111.
3. **W. M. Mendenhall, C. G. Morris, R. J. Amdur** và cộng sự (2005). Radiotherapy alone or combined with surgery for salivary gland carcinoma. *Cancer*,

- 103(12), 2544-2550.
4. **H. T. V. Thanh (2001).** Nhận xét đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và kết quả phẫu thuật của u tuyến nước bọt mang tai ở bệnh viện K từ 1996-2001. Luận văn thạc sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội,
5. **D. Lombardi, M. McGurk, V. Vander Poorten** và cộng sự (2017). Surgical treatment of salivary malignant tumors. *Oral Oncol*, 65, 102-113.
6. **E. R. Carlson và T. Schlieve (2019).** Salivary Gland Malignancies. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*, 31(1), 125-144.
7. **M. Stenner, C. Molls, J. C. Luers và cộng sự (2012).** Occurrence of lymph node metastasis in early-stage parotid gland cancer. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 269(2), 643-648.
8. **Đ. X. Thành (2013).** Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật u tuyến nước bọt mang tai. Luận án tiến sĩ,
9. **H. A. Linder T.E, Schmid S (1997).** Frey's syndrome after parotidectomy: a retrospective and prospective analysis. *Laaryngoscope*, (107), 135-164.

NHẬN XÉT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U ĐỆM DÂY SINH DỤC BUỒNG TRỨNG TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Thị Lý Linh¹, Lê Thanh Đức², Nguyễn Mạnh Tuấn³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị u đệm dây sinh dục buồng trứng tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp phẫu thuật và xét nghiệm mô bệnh học tại bệnh viện K, chẩn đoán sau mổ là u đệm dây sinh dục buồng trứng từ tháng 2016 đến 2020. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là 51,6±15,7 tuổi, thể mô bệnh học gặp nhiều nhất là u tế bào hạt và nhóm u xơ-vỏ. Kích thước trung bình của u là 11,6cm (từ 3,5cm đến 25cm). Bệnh giai đoạn I chiếm đa số với 69,2%, giai đoạn II và III lần lượt là 19,2% và 11,5%. Trung bình thời gian theo dõi là 37,0 tháng (từ 8,6-69,6 tháng), sống thêm toàn bộ (OS) và sống thêm không tái phát (DFS) 5 năm ở nhóm u tế bào hạt lần lượt là 83,3% và 67,7%. Giai đoạn tiến triển và bệnh còn sót lại sau phẫu thuật là yếu tố tiên lượng kém của nhóm bệnh nhân u tế bào hạt (p<0,05). **Kết luận:** U đệm dây sinh dục là loại u buồng trứng ít gặp với phân bố tuổi rộng rãi và nhiều dưới nhóm mô bệnh học. U tế bào hạt là thể mô bệnh học ác tính thường gặp nhất, với phần lớn u ở giai đoạn sớm và có tiên lượng tốt. Giai

đoạn ban đầu và bệnh còn sót lại là yếu tố tiên lượng quan trọng của thể mô bệnh học này.

Từ khóa: u đệm dây sinh dục buồng trứng

SUMMARY

ASSESSMENT CLINICAL FEATURES AND TREATMENT OUTCOME OF OVARIAN SEX CORD-STROMAL TUMORS AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Purpose: We aimed to assess the clinical features, treatment strategy and outcome of ovarian sex cord-stromal tumors (SCSTs). **Materials and Methods:** Medical records of 72 cases diagnosed SCSTs on from 2016 through 2020 in Vietnam National Cancer Hospital were reviewed retrospectively. **Results:** patients with mean age of 51.6±15.7 were reviewed. The most common subtypes were granulosa cell tumors (GCTs) and thecoma-fibroma groups. The mean diameter of the tumor was 11.6 cm (range: 3.5-25cm). The majority of ovarian GCTs were diagnosed at an early stage (69.2%) and 19.2% and 11.5% for stage II and III, respectively. For a median follow up of 37.0 months (range 8.6-69.6 months), the 5-year overall-survival (OS) and disease-free-survival (DFS) rates were 83.3% and 67.7% respectively. Advanced stage and residual tumor were poor prognostic factors in patient with ovarian GCTs (p<0.05). **Conclusion:** SCSTs are uncommon ovarian tumors with a wide age range and diverse histological types. The majority malignant subtypes are GCTs which are diagnosed at an early age and have favorable prognosis. Initial stage and residual disease are important prognostic factors of this type.

Keywords: ovarian sex cord-stromal tumors, ovarian granulosa cell tumors.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

³Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Lý Linh

Email: lylinh150294@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 15.10.2021

Ngày duyệt bài: 22.10.2021