

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT UNG THƯ LƯỠI GIAI ĐOẠN III, IV (M0) SAU HÓA CHẤT TÂN BỔ TRỢ TẠI BỆNH VIỆN K

Trần Đức Toàn^{1,2}, Đinh Xuân Cường²,
Ngô Quốc Duy², Lê Thế Đường², Lê Văn Quảng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, thời gian sống thêm của bệnh nhân ung thư lưỡi giai đoạn III,IV(M0) được phẫu thuật sau hóa chất tân bổ trợ tại bệnh viện K. **Đối tượng nghiên cứu:** Bao gồm 63 bệnh nhân (BN) ung thư lưỡi được hóa chất tân bổ trợ sau đó phẫu thuật tại khoa Ngoại Đầu cổ bệnh viện K trong thời gian từ T1/2014– T12/2020. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả lâm sàng hồi cứu kết hợp tiến cứu. **Kết quả:** Tuổi trung bình 51,3; nam/ nữ: 3,6/1; phát hiện u tại bờ lưỡi hay gặp nhất 87,3%; 53,9% u trên 4cm, 79,4% hạch dưới 3 cm, tỷ lệ dùng phác đồ hóa trị TCF 9,5% TC 57,1% CF 33,4%, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn 11,1%, một phần 62,4%, giữ nguyên 26,3%. Phương pháp phẫu thuật chủ yếu cắt nửa lưỡi và vét hạch cổ 61,9%, tỷ lệ biến chứng phẫu thuật thấp, các biến chứng hay gặp nhất là hoại tử vạt và rò nước bọt chiếm 4,8%. Sống thêm toàn bộ sau 5 năm là 24,1%, của nhóm giai đoạn III là 48,1%, nhóm giai đoạn IV 8,1%. **Kết luận:** Ung thư lưỡi thường gặp ở nam giới trung niên, bệnh thường phát hiện ở giai đoạn tiến triển. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính. Điều trị hóa chất tân bổ trợ giúp thu gọn u và hạch, tạo thuận lợi cho phẫu thuật. Việc lựa chọn phác đồ hóa trị, phương pháp phẫu thuật cắt u và tái tạo khuyết tổn phụ thuộc thể trạng bệnh nhân, kinh nghiệm của bác sỹ điều trị. Thời gian sống thêm của nhóm giai đoạn III hơn nhóm giai đoạn IV(M0).

Từ khóa: ung thư lưỡi, tân bổ trợ, phẫu thuật lưỡi

SUMMARY

RESULTS OF SURGERY IN STAGE III, IV (M0) TONGUE CANCER POST NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY

Objectives: This study was conducted to report clinicals, subclinicals and evaluate the results of surgery in stage III,IV(M0) tongue cancer post neoadjuvant chemotherapy at Vietnam National Cancer Hospital. **Patients and methods:** A retrospective, descriptive study on 63 patients with neoadjuvant chemotherapy tongue cancer patients were operated in K hospital from 01/2014 to 12/2020. **Results:** Mean age 51.3; male/female: 3.6/1; the most common position of tumor is the edge of tongue 87.3%; 53.9% tumor over 4cm, 79.4% lymph node

less than 3cm, chemotherapy regimens TCF 9.5% TC 57.1% CF 33.4%; Complete response 11.1% , partial response 62.4%, stable disease 26.3%. The main surgical method is hemiglossectomy and neck lymph node dissection 61.9%, the surgical complications is rare, the most common complications are flap necrosis and salivary leakage 4.8%. 5 years overall survival was 24.1%, of stage III group was 48.1%, stage IV group was 8.1%. **Conclusion:** Tongue cancer is common in middle-aged men, the disease is often detected at an advanced stage. Surgery is the main treatment. Neo-adjuvant chemotherapy helps shrink tumors and lymph nodes, facilitating surgery. The choice of chemotherapy regimen, surgical methods of tumor removal and reconstruction depends on the patient's performance status and the experience of the physician. The survival time of the stage III group was higher than that of the stage IV(M0) group.

Keywords: tongue cancer, neoadjuvant, tongue surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư lưỡi là bệnh thường gặp nhất trong các ung thư khoang miệng, triệu chứng bệnh ở giai đoạn đầu không điển hình dẫn đến việc còn nhiều bệnh nhân đến viện ở giai đoạn III, IV¹. Ở giai đoạn này, phẫu thuật ngay từ đầu là một phẫu thuật lớn đòi hỏi phẫu thuật viên kinh nghiệm, hậu phẫu nặng nề, chức năng nhai, nuốt, nói sau mổ bị ảnh hưởng². Trong khi đó, điều trị hóa chất tân bổ trợ ở giai đoạn III, IV (M0) giúp thu nhỏ kích thước u và hạch tạo thuận lợi cho phẫu thuật và xạ trị, làm giảm các biến chứng, hạn chế di căn xa. Tại Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này, đó là lý do chúng tôi thực hiện đề tài nhằm mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, thời gian sống thêm của bệnh nhân ung thư lưỡi giai đoạn III,IV(M0) được phẫu thuật sau hóa chất tân bổ trợ tại bệnh viện K

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm 63 BN ung thư lưỡi giai đoạn III,IV(M0) điều trị phẫu thuật sau hóa chất tân bổ trợ tại bệnh viện K từ T1/2014– T12/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân UTL phần di động giai đoạn III, IV (M0) theo AJCC 2010.

- Chẩn đoán mô bệnh học tại u là ung thư biểu mô vảy.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đức Toàn

Email: tranductoanhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2021

Ngày phản biện khoa học: 25.10.2021

Ngày duyệt bài: 8.11.2021

- Tuổi 18 - 70.
- Chỉ số toàn trạng ECOG 0-2
- Chức năng tuỷ xương còn tốt, chức năng gan thận còn tốt.
- Không mắc bệnh khác có nguy cơ tử vong gần, không mắc bệnh ung thư khác.
- Thông tin hồ sơ đầy đủ

Tiêu chuẩn loại trừ

- BN không thỏa mãn bất kì một tiêu chuẩn lựa chọn nêu trên
- Ung thư tái phát hoặc mắc ung thư thứ hai.

2.2. 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 63 BN 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

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Tuổi, giới: Tuổi trung bình 51,3. Nhóm thường gặp nhất 41-60 tuổi. Tỷ lệ Nam/Nữ là 3,6/1

Vị trí: Bờ lưỡi 87,3%, đầu lưỡi 7,9%, mặt trên lưỡi 4,7%

Kích thước u trước điều trị: 53.9% trên 4 cm, 46,1% dưới 4 cm

Tính chất xâm lấn: Sàn miệng 52,4%, trụ trước amydal 23,8%, lưỡi cổ định 15,9%, qua đường giữa 7,9%.

Kích thước hạch: dưới 3 cm 79,4%, 3-6cm 15,9%, trên 6cm 1,6%

Giải phẫu bệnh: 100% là ung thư biểu mô vảy

Phác đồ sử dụng: TCF 9,5% TC 57,1% CF 33,4%

Đáp ứng: Hoàn toàn 11,1%, Một phần 62,6%, Giữ nguyên 26,3%

3.2. Kết quả phẫu thuật

Bảng 1: Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp	Số BN	Tỷ lệ %
Cắt nửa lưỡi+ vét hạch cổ	39	61,9%
Cắt nửa lưỡi+ vét hạch cổ + tạo hình vạt rãnh mũi má	15	23,8%
Cắt nửa lưỡi+ vét hạch cổ + tạo hình vạt dưới cằm	5	7,9%
Cắt nửa lưỡi+ vét hạch cổ + tạo hình vạt ngực lớn	2	3,2%
Cắt nửa lưỡi+ vét hạch cổ + tạo hình vi phẫu	2	3,2%

Nhận xét: Tất cả BN được cắt nửa lưỡi kèm theo vét hạch cổ, trong đó 61,9% đóng trực tiếp, 23,8% tạo hình vạt rãnh mũi má, 7,9% tạo

hình vạt dưới cằm, 3,2% tạo hình vạt ngực lớn, 3,2% tạo hình vi phẫu

Bảng 2: Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn trên mô bệnh học

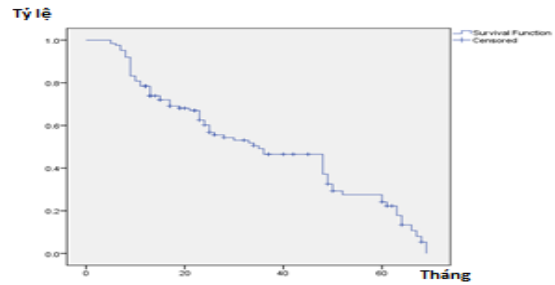
Phác đồ	Số BN	Tỷ lệ %	P
TCF	2	22,2%	P=0,07
CF	5	15,2%	
TC	3	14,3%	

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn trên mô bệnh học của các phác đồ tương ứng là TCF 22,2%, CF 15,2%, TC 14,3%

Bảng 3: Biến chứng sau phẫu thuật

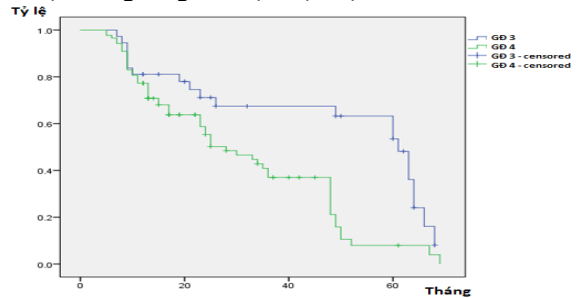
Biến chứng	Số BN	Tỷ lệ %
Chảy máu	2	3,2%
Nhiễm trùng	2	3,2%
Liệt thần kinh bờ hàm dưới	1	1,6%
Hoại tử vạt	3	4,8%
Rò nước bọt	3	4,8%

Nhận xét: Trong 63 BN được phẫu thuật, có 2 Bn chảy máu, 2 Bn nhiễm trùng vết mổ, 3 Bn có hoại tử vạt 1 phần hoặc hoàn toàn, 3 Bn có rò nước bọt sau mổ.



Biểu đồ 1: Thời gian sống thêm

Nhận xét: Sống thêm toàn bộ 1 năm, 2 năm, tương ứng là 78,2%, 58,6%



Biểu đồ 2: Thời gian sống thêm theo giai đoạn

Nhận xét: Sống thêm toàn bộ giai đoạn III cao hơn so với giai đoạn IV có ý nghĩa thống kê với p=0,003.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Tuổi, giới: Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm tuổi gặp nhiều nhất từ 41-60 tuổi. Kết quả

này cũng tương tự các tác giả trong và ngoài nước. Nghiên cứu của Listl và cộng sự cho kết quả, lứa tuổi hay gặp nhất là từ 41-60 tuổi, chiếm 46%.³

Trong tất cả các nghiên cứu về UTL đều cho thấy nam mắc nhiều hơn nữ, lý do có thể là do nam giới chịu nhiều ảnh hưởng của các yếu tố nguy cơ gây UTL như hút thuốc, uống rượu,... Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nam/nữ = 3,6/1, phù hợp với nghiên cứu của Pergolizzi (2013) tiến hành trên 6.241 bệnh nhân ung thư lưỡi, tỷ lệ nam/nữ là 2,88/1⁴.

Vị trí u: Ung thư lưỡi phần di động hay gặp ở bờ tự do của lưỡi, sau đó đến mặt dưới lưỡi, ít gặp vị trí đầu lưỡi. Lý do có thể là ung thư lưỡi có liên quan đến các bệnh lý mãn tính vùng răng miệng dẫn tới hay gây tổn thương ở bờ lưỡi gây ra tổn thương mãn tính và từ đó dẫn tới ung thư.

Kích thước u: Nghiên cứu của chúng tôi tập trung ở nhóm bệnh nhân giai đoạn III, IV (M0) chưa thể phẫu thuật được ngay nên kích thước khối u thường lớn. Cùng chung nhóm đối tượng nghiên cứu như trên, tác giả Ngô Xuân Quý cho kết quả tương tự với tỷ lệ u > 4cm là 45,6%⁵.

Tính chất xâm lấn u: Đây là một đặc điểm rất quan trọng quyết định khả năng phẫu thuật được và mức độ rộng rãi của phẫu thuật, phương án tạo hình. Chủ yếu gặp u xâm lấn sàn miệng 52,4%.

Kích thước hạch: 79,4% hạch kích thước dưới 3 cm tương tự nghiên cứu của Ngô Xuân Quý. Thường gặp hạch di căn nhóm 1,2,3 cùng bên tổn thương lưỡi.

Phác đồ sử dụng: Tỷ lệ sử dụng các phác đồ trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là TCF 9,5% TC 57,1% CF 33,4%. Việc lựa chọn phác đồ tùy thuộc vào thể trạng bệnh nhân và kinh nghiệm của nhà hóa trị. Nghiên cứu của tác giả Zhong (2013) cho thấy tỷ lệ đáp ứng chung của phác đồ TCF lên tới 80%, tuy nhiên biến chứng cũng nhiều hơn so với 2 phác đồ còn lại⁶.

4.2. Kết quả phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật: Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật cắt nửa lưỡi, vét hạch cổ. Trong đó, 61,9% đóng trực tiếp, còn lại được tái tạo khuyết tổn bằng các vạt có cuống hoặc tự do gồm: vạt rãnh mũi má, vạt dưới cằm, vạt ngực lớn, vạt đùi trước ngoài. Việc dùng các vạt tái tạo lại khuyết tổn giúp bệnh nhân nhanh phục hồi các chức năng nói, nuốt, tuy nhiên có nhược điểm là làm kéo dài thời gian gây mê phẫu thuật và làm biến dạng nơi cho vạt. Việc lựa chọn phương pháp tái tạo phụ thuộc vào các yếu tố: tính chất khuyết tổn, kinh nghiệm phẫu

thuật viên, thể trạng bệnh nhân và nguyện vọng bệnh nhân.

Giải phẫu bệnh sau mổ: Phác đồ TCF có tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn trên mô bệnh học cao nhất 22,2%. Tuy nhiên, sự khác biệt về tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn trên mô bệnh học không có sự khác biệt so với 2 phác đồ còn lại. Theo Vokes, 2 phác đồ CF và TC tương đương về tỷ lệ đáp ứng cũng như thời gian sống thêm sau mổ. Theo Zhong, thời gian sống thêm toàn bộ của nhóm đáp ứng hoàn toàn cao hơn đáng kể so với nhóm còn lại^{7,8}.

Biến chứng sau mổ: Chảy máu và nhiễm trùng tại chỗ ít gặp chiếm tỷ lệ: 3,2%. Biến chứng nhiễm trùng gặp trên bệnh nhân đái tháo đường, được xử trí bằng kháng sinh, chăm sóc tại chỗ và kiểm soát đường huyết. Tỷ lệ hoại tử vạt chiếm 4,8%, các bệnh nhân có hoại tử vạt một phần được cắt lọc, chăm sóc tại chỗ, 1 bệnh nhân hoại tử vạt hoàn toàn được phẫu thuật tạo hình lại thì 2. Tác giả Schwam cho rằng hút thuốc là một trong những yếu tố nguy cơ xảy ra biến chứng ở bệnh nhân phẫu thuật ung thư khoang miệng⁹.

Thời gian sống thêm: Thời gian gian sống thêm toàn bộ 12 tháng là 78,2%, sau 24 tháng 58,6%, sau 36 tháng 46,5%, sau 48 tháng 37,2% và sau 60 tháng là 24,1%. Kết quả này tương đương nghiên cứu của Pergolizzi tỷ lệ bệnh nhân sống thêm toàn bộ tại thời điểm 3 năm, 5 năm lần lượt là 37% và 26%. Vokes cho kết quả tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại thời điểm 2 năm, 3 năm lần lượt là toàn bộ là 77% và 70%^{4,7}. Thời gian sống thêm của nhóm giai đoạn III cao hơn nhóm giai đoạn IV có ý nghĩa thống kê. Các kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Lê Văn Quảng, Ngô Xuân Quý^{5,10}.

V. KẾT LUẬN

Ung thư lưỡi thường gặp ở nam giới trung niên, bệnh thường phát hiện ở giai đoạn tiến triển. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính. Điều trị hóa chất tân bổ trợ giúp thu gọn u và hạch, tạo thuận lợi cho phẫu thuật. Việc lựa chọn phác đồ hóa trị, phương pháp phẫu thuật cắt u và tái tạo khuyết tổn phụ thuộc thể trạng bệnh nhân, kinh nghiệm của bác sỹ điều trị. Thời gian sống thêm của nhóm giai đoạn III hơn nhóm giai đoạn IV(M0).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Quảng (2020). Ung Thư Đầu Cổ. Nhà xuất bản Y học.
2. Rivera C. Essentials of oral cancer(2015). Int J Clin Exp Pathol. 8(9):11884-11894.
3. Listl S, Jansen L, Stenzinger A, et al(2013). Survival of patients with oral cavity cancer in

- Germany. PLoS One. 8(1):e53415.
4. **Pergolizzi S, Santacaterina A, Adamo B, et al(2011)**. Induction chemotherapy with paclitaxel and cisplatin to concurrent radiotherapy and weekly paclitaxel in the treatment of loco-regionally advanced, stage IV (M0), head and neck squamous cell carcinoma. Mature results of a prospective study. Radiation Oncology.6(1):162.
 5. **Ngô Xuân Quý (2020)**. Nghiên cứu kết quả hóa trị bổ trợ trước phẫu thuật TC và tỷ lệ bội nhiễm một số dấu ấn liên quan đến ung thư lưỡi giai đoạn III-IV(M0).
 6. **Zhong LC, Lu F, Ma F, et al(2015)**. Ultrasound-guided fine-needle aspiration of thyroid nodules: does the size limit its efficiency? Int J Clin Exp Pathol.8(3):3155-3159.
 7. **Vokes EE, Stenson K, Rosen FR, et al(2003)**. Weekly carboplatin and paclitaxel followed by concomitant paclitaxel, fluorouracil, and hydroxyurea chemoradiotherapy: curative and organ-preserving therapy for advanced head and neck cancer. J Clin Oncol.
 8. **Zhong L ping, Zhang C ping, Ren G xin, et al(2013)**. Randomized Phase III Trial of Induction Chemotherapy With Docetaxel, Cisplatin, and Fluorouracil Followed by Surgery Versus Up-Front Surgery in Locally Advanced Resectable Oral Squamous Cell Carcinoma.
 9. **Schwam ZG, Sosa JA, Roman S, Judson BL(2015)**. Complications and mortality following surgery for oral cavity cancer: analysis of 408 cases. Laryngoscope. 125(8):1869-
 10. **Lê Văn Quảng (2013)**. Nghiên cứu điều trị ung thư lưỡi giai đoạn III,IV(M0) bằng cisplatin-5FU bổ trợ trước phẫu thuật và/hoặc xạ trị. Luận án Tiến sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội

GIÁ TRỊ CHẨN ĐOÁN CỦA HS-TROPONIN T THỜI ĐIỂM 0- 1H Ở BỆNH NHÂN ĐAU NGỰC ĐẾN CẤP CỨU

Nguyễn Trọng Khoa¹, Hoàng Bùi Hải²

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm tìm hiểu giá trị của xét nghiệm hs Troponin T thời điểm 0-1h trong chẩn đoán hội chứng vành cấp ở các bệnh nhân đau ngực vào cấp cứu. Đây là một nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 290 bệnh nhân đau ngực vào cấp cứu. Các bệnh nhân được làm 2 mẫu xét nghiệm hs troponin T lúc nhập viện và sau 1h để tìm hiểu giá trị của xét nghiệm với bệnh nhân đau ngực cấp. Kết quả cho thấy tỷ lệ bệnh nhân đau ngực vào cấp cứu do HCVC gặp ở 49,7% trường hợp. Giá trị và biến thiên nồng độ troponin thời điểm 0-1h có hiệu quả rất tốt trong chẩn đoán NMCT cấp với diện tích dưới đường cong (AUC) lần lượt là: 0,863; 0,914; 0,932 (với $p < 0.001$). Với ngưỡng giá trị hs troponin T lúc nhập viện là 5 ng/l để loại trừ chẩn đoán NMCT (Rule-out) thì độ nhạy là 0,989 và giá trị dự báo âm tính là 94,9%. Trong khi đó nếu lấy ngưỡng 52 ng/l để chẩn đoán NMCT (Rule-in) thì độ đặc hiệu là 0,957 giá trị dự báo dương tính là 85,6%. Với ngưỡng biến thiên Hs-Troponin T 0-1h là 5 ng/l, thì độ đặc hiệu chẩn đoán NMCT là 0,957 giá trị dự báo dương tính là 88,7%. Nghiên cứu cho thấy xét nghiệm hs-Troponin T và biến thiên hs-Troponin T 0-1h có giá trị cao trong chẩn đoán NMCT ở bệnh nhân đau ngực vào cấp cứu.

Từ khóa: Đau ngực cấp, hội chứng vành cấp, nhồi máu cơ tim cấp, Hs-Troponin T.

SUMMARY

DIAGNOSTIC VALUE OF HS-TROPONIN T AT 0-1H IN PATIENTS WITH CHEST PAIN COMING TO THE EMERGENCY DEPARTMENT

The study aimed to find out the value of the hs Troponin T test at 0-1h in the diagnosis of acute coronary syndrome in patients with chest pain entering the emergency department. This is a cross-sectional descriptive study of 290 patients with chest pain presenting to the emergency department. The patients were made 2 samples of hs troponin T at admission and after 1 hour to find out the value of the test for patients with chest pain. The results showed that the rate of patients with chest pain coming to the emergency department due to ACS was found in 49.7% of cases. The value and variation of troponin concentration at 0-1h are very effective in diagnosing acute MI with the area under the curve (AUC) respectively: 0.863; 0.914; 0.932 (with $p < 0.001$). With a threshold value of hs troponin T at admission of 5 ng/l to exclude the diagnosis of MI (Rule-out), the sensitivity was 0.989 and the negative predictive value was 94.9%. Meanwhile, if the threshold of 52 ng/l is taken to diagnose MI (Rule-in), the specificity is 0.957, the positive predictive value is 85.6%. With the threshold of variation for Hs-Troponin T 0-1h of 5 ng/l, the specificity of MI diagnosis was 0.957, the positive predictive value was 88.7%. The study showed that the Hs-Troponin T test and the Hs-Troponin T 0-1h variation had high values in diagnosing MI in patients with chest pain entering the emergency department.

Keywords: Acute chest pain, acute coronary syndrome, acute myocardial infarction, Hs-Troponin T.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau ngực là cấp cứu thường gặp tại khoa cấp

¹Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Nam

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trọng Khoa

Email: Drtrongkhoa@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.9.2021

Ngày phản biện khoa học: 29.10.2021

Ngày duyệt bài: 8.11.2021