

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT UNG THƯ NIÊM MẠC MÁ TẠI BỆNH VIỆN K

Ma Chính Lâm¹, Ngô Xuân Quý¹, Ngô Quốc Duy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư niêm mạc má tại Bệnh viện K giai đoạn 2017 - 2022. **Đối tượng nghiên cứu:** 50 bệnh nhân ung thư niêm mạc má được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện K trong thời gian từ T1/2017-T06/2022. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu. **Kết quả:** Tuổi trung bình: $55,6 \pm 8,3$; nam/nữ là 1:1; 72,0% bệnh nhân có tiếp xúc với yếu tố nguy cơ như rượu, thuốc lá hoặc nhai trầu; Giai đoạn II chiếm tỷ lệ cao nhất 42,0%; Mô bệnh học với ung thư biểu mô vảy chiếm đa số với 94,0% trong đó ung thư biểu mô vảy độ 2 chiếm cao nhất với 59,6%, độ sâu xâm nhập $u > 5\text{mm}$: 60%; 100% bệnh nhân cắt rộng u kèm tạo hình bằng vật tại chỗ hoặc vật tự do; 70,0% bệnh nhân vét hạch cổ chọn lọc; biến chứng liệt nhánh bờ hàm dưới là 2,0%, hoại tử vật 2,0%; Kết quả phẫu thuật tốt 82,0%. **Kết luận:** Ung thư niêm mạc má thường gặp sau tuổi trung niên, các yếu tố nguy cơ như rượu, thuốc lá hoặc nhai trầu. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính, bên cạnh đảm bảo diện cắt thì kết quả tạo hình bằng vật tại chỗ hoặc vật tự do là mối quan tâm hàng đầu có ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Từ khóa: Ung thư niêm mạc má, phẫu thuật, biến chứng phẫu thuật, vật tự do

SUMMARY

RESULTS OF PRIMARY PAROTID CANCER TREATMENT AT K HOSPITAL

Objectives: To evaluate the results of surgery for buccal mucosa cancer at Vietnam National Cancer Hospital. **Subjects and methods:** A retrospective cohort study followed up on 50 patients with buccal mucosa cancer who were treated at K Hospital from January 2017 to June 2022. **Results:** The mean of age 55.6 ± 8.3 ; the male/female ratio: 1/1; 72.4% of the patients had a risk profile (consumption of alcohol, tobacco, and/or betel); 42.0% of the patients had a stage II; Histopathology: squamous cell carcinoma: 94.0%; 59.6% moderate differentiation; DOI $>5\text{ mm}$: 60%; 100% of the patients underwent peroral wide excision of the lesion with reconstruction by free flaps or pedicled flaps; selective neck dissection: 70.0%; Complications: submandibular palsy: 2.0%; flap necrosis: 2.0%; 82.0% had good surgical results. **Conclusion:** Buccal mucosa cancer occurs most commonly in older adults. risk factors such as alcohol, tobacco, or chewing betel nuts. Surgery was the

mainstay of treatment for buccal mucosa cancer. Besides the fact that negative surgical margins can be achieved, the results of pedicled flaps or free flap reconstruction are a top concern that affect the patient's quality of life.

Keywords: Buccal mucosa cancer, surgery, complication, free flap.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô khoang miệng là bệnh phát sinh do sự biến đổi ác tính niêm mạc miệng phủ toàn bộ khoang miệng bao gồm: Ung thư môi, ung thư niêm mạc má, lợi hàm trên, lợi hàm dưới, khe liên hàm, khẩu cái cứng, lưỡi (phần di động) và sàn miệng.

Ung thư niêm mạc má là bệnh phổ biến thứ ba sau ung thư lưỡi và ung thư sàn miệng, chiếm khoảng 5 - 10%.¹ Ung thư niêm mạc má thường gặp ở nhóm tuổi trên 50, nam thường gặp hơn nữ, tỷ lệ nam/ nữ khoảng 4/1.¹ Yếu tố nguy cơ hay gặp nhất liên quan đến sử dụng rượu và thuốc lá, ngoài ra còn có một số yếu tố liên quan khác như nhai trầu, nhiễm virut u nhú ở người, thiếu vitamin A, sắt và vệ sinh răng miệng kém.

Chẩn đoán ung thư niêm mạc má bao gồm thăm khám lâm sàng kết hợp các phương pháp chẩn đoán hình ảnh (cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ hàm mặt, siêu âm hạch cổ) chẩn đoán xác định dựa trên kết quả mô bệnh học.

Điều trị ung thư niêm mạc má phụ thuộc vào giai đoạn bệnh và thể trạng bệnh nhân, các phương pháp điều trị được áp dụng gồm phẫu thuật, xạ trị và hóa trị. Trong đó phẫu thuật đóng vai trò chủ yếu trong việc lựa chọn phương pháp điều trị.

Để có cái nhìn tổng quan, hệ thống hơn nữa về chẩn đoán, các phương pháp điều trị cũng như những tai biến, biến chứng có thể gặp sau phẫu thuật chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư niêm mạc má tại Bệnh viện K giai đoạn 2017 - 2022.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 50 bệnh nhân ung thư niêm mạc má được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện K từ T1/2017 đến T06/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư niêm mạc má.

¹Bệnh Viện K

Chịu trách nhiệm chính: Ma Chính Lâm

Email: drchinhlam.bvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 6.3.2023

Ngày duyệt bài: 27.3.2023

- Bệnh nhân được phẫu thuật cắt u, có hoặc không có nạo vét hạch cổ tại Bệnh viện K.

- Có kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật.
- Có thông tin sau điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Ung thư niêm mạc má đã điều trị tái phát.
- Bệnh nhân được phẫu thuật tại cơ sở y tế khác.
- Hồ sơ nghiên cứu không đầy đủ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

Các bước tiến hành: Thu thập thông tin qua bệnh án mẫu, lấy thông tin sau điều trị qua tái khám và gọi điện thoại.

Phân tích và xử lý số liệu: Thông tin được mã hóa và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học.

Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
<50	3	6,0
50 – 59	14	28,0
60 – 69	17	34,0
≥70	16	32,0
Tổng	50	100

Nhận xét: Tuổi trung bình: 55,6 ± 8,3, nhóm BN 60-69 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (chiếm 34,0%). Trong đó đa số bệnh nhân trên 50 tuổi chiếm tỷ lệ cao với 94,0%. Bệnh nhân cao tuổi nhất là 87, bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 40 tuổi. Nam/nữ là 1:1

Tiền sử bản thân

Bảng 3.2. Tiền sử bản thân

Tiền sử	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Uống rượu	17	34,0
Hút thuốc	22	44,0
Uống rượu + hút thuốc	10	20,0
Nhai trầu	7	14,0
Không có yếu tố nguy cơ	14	28,0

Nhận xét: BN có yếu tố nguy cơ (chiếm 72,0%). Hút thuốc lá và uống rượu là 2 yếu tố phổ biến nhất, lần lượt chiếm 44,0% và 34,0%, trong đó có 10 BN vừa hút thuốc lá và uống rượu (chiếm 20,0%).

Kết quả mô bệnh học sau mổ

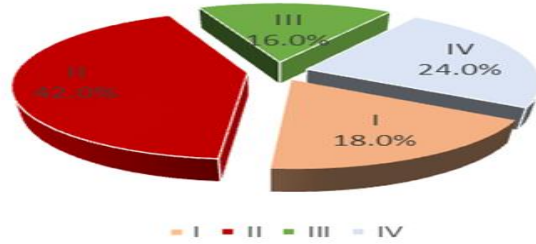
Bảng 3.3. Kết quả mô bệnh học sau mổ

Mô bệnh học	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Ung thư biểu mô vảy	47	94,0
Ung thư biểu mô biểu bì nhày	1	2,0
Ung thư biểu mô dạng tuyến nang	1	2,0

Carcinome dạng sarcome	1	2,0
Tổng	50	100

Nhận xét: BN là ung thư biểu mô vảy (chiếm 94,0%), Các thể giải phẫu bệnh khác chiếm tỷ lệ thấp hơn như ung thư biểu mô biểu bì nhày, ung thư biểu mô tuyến nang và carcinome dạng sarcome.

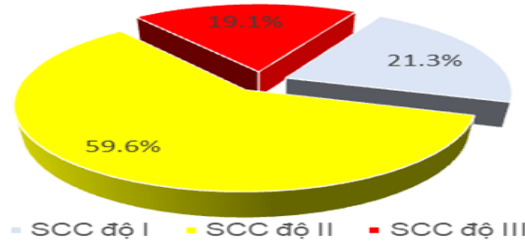
Đánh giá giai đoạn theo TNM



Biểu đồ 3.1. Đánh giá giai đoạn theo TNM

Nhận xét: Sau phẫu thuật, tỷ lệ bệnh nhân ở giai đoạn II cao nhất 42,0%, giai đoạn I, III và IV ít hơn với 18,0%, 16,0%, 24,0%.

Phân loại độ mô học



Biểu đồ 3.2. Phân loại độ mô học

Nhận xét: 47/50 bệnh nhân ung thư biểu mô vảy, trong đó đa số BN có khối u biệt hóa vừa (độ II chiếm 59,6%), tiếp theo là u biệt hóa cao (độ I chiếm 21,3%) và khối u kém biệt hóa chiếm 19,1%.

Độ sâu xâm nhập u

Bảng 3.4. Độ sâu xâm nhập u

DOI	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
≤5mm	6	40,0
>5mm & ≤10mm	5	33,3
>10mm	4	26,7
Tổng	15	100

Nhận xét: 15 BN được đánh giá độ sâu xâm nhập trên mô bệnh học. Trong đó, DOI >5mm hay gặp hơn (chiếm 60,0%), tỷ lệ DOI ≤5mm là 40,0%.

3.2. Kết quả điều trị phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật

Bảng 3.5. Phương pháp phẫu thuật

* Loại phẫu thuật u (n=50)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Cắt rộng u + tạo hình bằng vạt có cương	47	94,0

Cắt rộng u + tạo hình bằng vật tự do	3	6,0
* Vết hạch cổ (n=50)		
Không vết hạch cổ	15	30,0
Vết hạch cổ chọn lọc	35	70,0

Nhận xét: 100% bệnh nhân được cắt rộng u kết hợp tạo hình trong đó phẫu thuật cắt rộng u kèm tạo hình bằng vật có cứng (chiếm 94,0%), phẫu thuật cắt rộng u kèm tạo hình bằng vật tự do chiếm tỷ lệ thấp (6,0%). 35/50 BN được phẫu thuật vết hạch cổ chọn lọc (chiếm tỷ lệ 70,0%).

Mối liên quan giữa di căn hạch và một số yếu tố

Bảng 3.6: Mối liên quan giữa di căn hạch và một số yếu tố

Yếu tố		Di căn hạch	Không di căn hạch	Tổng	p
		n (%)	n (%)	n	
Tuổi	≤60	3 (17,6)	14 (82,4)	17	0,72
	>60	8 (24,2)	25 (75,8)	33	
Giới	Nam	8 (32,0)	17(68,0)	25	0,08
	Nữ	3 (12,0)	22(88,0)	25	
Hình thái tổn thương	Sùi+loét	8 (21,1)	30(78,9)	38	0,52
	Thâm nhiễm	3 (25,0)	9 (75,0)	12	
Giai đoạn u nguyên phát	T1,2	4 (11,8)	30(88,2)	34	0,02
	T3,4	7 (43,8)	9 (56,2)	16	
DOI	≤5mm	1 (16,7)	5 (83,3)	6	0,60
	>5mm	3 (33,3)	6 (66,7)	9	
Tổng				15	
Độ mô học	1	0 (0,0)	10 (100)	10	0,014
	2	6 (21,4)	22(78,6)	28	
	3	5 (55,6)	4 (44,4)	9	
Tổng				47	

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân có u nguyên phát giai đoạn muộn (T3, T4) có tỷ lệ di căn hạch (43,8%) cao hơn nhóm BN có u nguyên phát giai đoạn sớm (T1, T2) là 11,8%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,02$. Di căn hạch cao ở nhóm có độ mô học 3 với tỷ lệ 55,6%, nhóm có độ mô học II có tỷ lệ di căn hạch thấp hơn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,014$. Các yếu tố nhóm tuổi, giới tính, hình thái u (sùi, loét, sùi và loét, thâm nhiễm), và DOI không liên quan đến tỷ lệ di căn hạch với $p>0,05$.

Biến chứng sau phẫu thuật.

Bảng 3.7. Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Chảy máu	0	0,0
Nhiễm trùng	0	0,0

Rò khoang miệng ra da	0	0,0
Liệt nhánh bờ hàm dưới của dây thần kinh VII	1	2,0%
Hoại tử vật tạo hình khuyết hồng	1	2,0%

Nhận xét: Trong 50 BN nghiên cứu, có 1 trường hợp chiếm (2,0%) hoại tử khuyết hồng tạo hình. 1 trường hợp bệnh nhân bị liệt nhánh bờ hàm dưới chiếm 2,0% do khối u lớn, xâm lấn xương hàm.

Kết quả phẫu thuật chung

Bảng 3.8. Kết quả phẫu thuật chung

	n	%
Tốt	41	82,0
Trung bình	9	18,0
Xấu	0	0,0
n	50	100

Nhận xét: Trong 50 bệnh nhân nghiên cứu, kết quả điều trị tốt sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ cao nhất với 82,0%, 9 bệnh nhân có kết quả trung bình chiếm tỷ lệ 18,0%, không có trường hợp nào có kết quả xấu.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học

Tuổi và giới. Trong số 50 bệnh nhân ung thư niêm mạc má được nghiên cứu. Tuổi trung bình hay gặp tuổi trung bình $55,6 \pm 8,3$, trẻ nhất là 40 tuổi, già nhất là 87 tuổi. trong đó nhóm > 50 tuổi chiếm đa số với 94,0%. Tỷ lệ nam/nữ là 1:1. Theo Iyer SG và cộng sự (2004) nghiên cứu trên 147 bệnh nhân ung thư niêm mạc má cho thấy tuổi trung bình là 50 tuổi, trẻ nhất là 20 tuổi, già nhất là 86 tuổi, bệnh nhân > 40 tuổi chiếm đa số với 80,3%. Nam chiếm tỷ lệ 81,6%². Sagheb, K (2017) nghiên cứu trên 113 bệnh nhân cho thấy tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nam là 65 ± 13 , nhóm nữ là 68 ± 14 . Nhóm tuổi >45 hay gặp nhất với 94,6%. Tỷ lệ nam:nữ là 1,05:1.³

Tiền sử bản thân. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn các bệnh nhân có mang ít nhất một yếu tố nguy cơ kể trên (chiếm 72,0%), trong đó uống rượu chiếm 34,0%, hút thuốc lá chiếm 44,0% và nhai trầu chiếm 14,0%. Theo nghiên cứu của tác giả Iyer SG cho thấy có đến 91,0% bệnh nhân có sử dụng rượu.² Sagheb K cũng cho thấy kết quả tương tự với 55,0% số bệnh nhân có nghiện rượu hoặc thuốc lá..³

Về giai đoạn bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân đến viện gặp cả 4 giai đoạn, giai đoạn II chiếm tỷ lệ cao nhất với 42,0%. Kết quả nghiên cứu của tác giả Sagheb K và cộng sự (2017) cho thấy giai đoạn III, IV của

bệnh chiếm tỷ lệ thấp hơn với 34,0% so với giai đoạn I, II là 66,0%.³ Còn nghiên cứu của tác giả Lee KH và cộng sự (2005) cũng cho thấy 59,0% bệnh nhân gặp ở giai đoạn sớm.⁴

Mô bệnh học. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số mô bệnh học sau mổ là ung thư biểu mô vảy (chiếm 94,0%), ung thư biểu mô biểu bì nhày, ung thư biểu mô tuyến nang và sarcome chiếm tỷ lệ thấp. Ung thư biểu mô vảy độ II chiếm tỷ lệ cao nhất với 59,6%. Tác giả Hakeem AH và cộng sự (2012) với ung thư biểu mô vảy biệt hóa vừa chiếm tỷ lệ cao nhất (41,0%). Tuy nhiên nghiên cứu của tác giả Iyer SG và cộng sự cho thấy tỷ lệ ung thư biểu mô vảy biệt hóa cao (độ I) chiếm tỷ lệ cao nhất với 70,1%.¹

Độ sâu xâm nhập của khối u được xem là một yếu tố nguy cơ di căn hạch và tiên lượng sống thêm trong ung thư biểu mô vảy. Nhiều nghiên cứu trước đây đã chỉ ra trong ung thư lưỡi và sàn miệng, chỉ số DOI >5mm liên quan đến tăng nguy cơ tái phát hạch sau mổ.⁵

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 15 BN được đánh giá tình trạng DOI trên mô bệnh học sau phẫu thuật, kết quả cho thấy đa phần DOI >5mm (chiếm 60,0%). Kết quả của chúng tôi cao hơn tác giả Sim với tỷ lệ DOI >5mm là 58,2%.⁶

Phương pháp phẫu thuật. Trong phẫu thuật ung thư niêm mạc má hầu hết bệnh nhân sẽ được cắt rộng u đảm bảo diện cắt kèm theo tạo hình bằng vật tại chỗ có cuống hoặc tạo hình bằng vật tự do, có kèm theo vét hạch cổ chọn lọc, hoặc vét hạch cổ triệt căn cùng bên hoặc hai bên tùy theo đánh giá giai đoạn di căn hạch cổ trên lâm sàng trước phẫu thuật. Nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân được cắt rộng đảm bảo diện cắt u, kết hợp tạo hình trong đó phẫu thuật cắt rộng u kèm tạo hình bằng vật có cuống (chiếm 94,0%), phẫu thuật cắt rộng u kèm tạo hình bằng vật tự do chiếm tỷ lệ thấp (6,0%). 35/50 (70,0%) số bệnh nhân được vét hạch cổ chọn lọc cùng bên với khối u.

4.2. Di căn hạch và mối liên quan với một số yếu tố nguy cơ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau phẫu thuật có 11/35 trường hợp có di căn hạch sau mổ chiếm tỷ lệ 31,4%. Nghiên cứu về di căn hạch cổ của một số tác giả như Sagheb K (2017) 24,0%. Jing et al. 2006 là 44,0% và Coppin et al. 2006 là 25,0%.¹

*** Tuổi và giới:** Chúng tôi thấy nhóm bệnh nhân >60 tuổi có tỷ lệ di căn hạch cao hơn nhóm ≤60 với tỷ lệ lần lượt là 24,2% và 17,6%.

*** Hình thái tổn thương:** Đặc điểm hình thái u (dạng sùi loét và thâm nhiễm) không liên quan đến tỷ lệ di căn hạch với p=0,52.

***Giai đoạn u nguyên phát:** Kích thước khối u nguyên phát giai đoạn T1 và T2 có tỷ lệ di căn hạch thấp hơn khối u giai đoạn T3 và T4 với tỷ lệ tương ứng lần lượt là 11,8% và 43,8%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p=0,02.

***Độ mô học u:** Theo nghiên cứu của tác giả Jing J (2006) và Diaz E M (2003) cho thấy di căn hạch cổ có liên quan mật thiết đến kích thước khối u nguyên phát và độ mô học của khối u.⁷

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ di căn hạch tăng dần theo độ mô học của khối u, nhóm độ mô học II và III có tỷ lệ di căn hạch tương ứng là 21,4% và 55,6%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p=0,014.

***Độ sâu xâm nhập:** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trường hợp DOI ≤5mm có tỷ lệ di căn hạch thấp hơn nhóm DOI >5mm với tỷ lệ lần lượt là 16,7% và 33,3%. Tác giả Alessandro chọn điểm Cut-off cho chỉ số DOI là 7mm và ghi nhận nhóm DOI >7mm có tỷ lệ di căn hạch cao hơn nhóm DOI ≤7mm (7,1% so với 37,5%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,043.⁸

4.3. Biến chứng sau phẫu thuật. Các biến chứng chung của phẫu thuật như nhiễm trùng, chảy máu, và rò khoang miệng ra da, khít hàm hoặc liệt nhánh bờ hàm dưới của dây thần kinh mặt sau phẫu thuật thường ít, dưới 5%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ gặp 1 bệnh nhân liệt nhánh bờ hàm dưới của dây thần kinh số VII chiếm tỷ lệ 2,0%. Không có trường hợp nào chảy máu sau mổ, nhiễm trùng, rò nước bọt ra da và khít hàm.

Hoạt tử vật tạo hình khuyết hồng 1 phần hoặc toàn bộ là biến chứng nặng nề và gây ảnh hưởng không tốt tới kết quả phẫu thuật, làm tăng nguy cơ bục vết mổ, chảy máu và rò khoang miệng ra da má. Trong nghiên cứu của chúng tôi, gặp 1 bệnh nhân có hoại tử gần hoàn toàn vật tạo hình tại chỗ chiếm tỷ lệ 2,0%.

4.4. Kết quả điều trị phẫu thuật. Trong phẫu thuật ung thư nói chung và phẫu thuật niêm mạc má nói riêng, điều quan trọng nhất là phẫu thuật lấy bỏ hết khối u và phần nghi ngờ u xâm lấn, kiểm soát bệnh tại chỗ và vét hạch cổ chọn lọc.

Đánh giá kết quả phẫu thuật sớm ở thời điểm bệnh nhân ra viện dựa vào các tiêu chí là lấy được hết u, lấy được hết hạch trong trường hợp vét hạch cổ và các biến chứng sau phẫu thuật như chảy máu, nhiễm trùng, rò khoang miệng ra da, liệt nhánh bờ hàm dưới của dây VII và hoại tử vật tạo hình khuyết hồng.

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, có 41/50 trường hợp kết quả tốt chiếm 82,0%, kết

quả trung bình là 18,0%. 100% bệnh nhân được phẫu thuật cắt trọn khối u, không có trường hợp nào phẫu thuật để lại diện cắt u dương tính hay còn sót u trên lâm sàng. Kết quả của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của các tác giả khác như. Trong nghiên cứu của Hà Văn Hưng, 100% BN được cắt gọn u và hạch. Trong nghiên cứu của Alessandro, tỷ lệ BN được phẫu thuật cắt gọn u với diện cắt âm tính là 87,5%, kết quả này của tác giả Ellis là 90,1%.⁸

V. KẾT LUẬN

Ung thư niêm mạc má thường gặp sau tuổi trung niên, các yếu tố nguy cơ như rượu, thuốc lá hoặc nhai trầu.

Di căn hạch cổ sau phẫu thuật chiếm 31,4%. Giai đoạn u nguyên phát và độ mô học là hai yếu tố liên quan đến di căn hạch cổ.

Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính, bên cạnh đảm bảo diện cắt thì kết quả tạo hình bằng vật tại chỗ hoặc vật tự do là mối quan tâm hàng đầu có ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Paul W. Flint MD, FACS et al** (2021). Malignant Neoplasms of the Oral Cavity. Cummings Otolaryngology: Head and Neck Surgery. 7th ed.
2. **Ganpathi Iyer S, Pradhan SA, Pai PS, Patil S.**

- Surgical treatment outcomes of localized squamous carcinoma of buccal mucosa. Head Neck. 2004;26(10):897-902. doi:10.1002/hed.20096
3. **Sagheb K, Blatt S, Kraft IS, et al.** Outcome and cervical metastatic spread of squamous cell cancer of the buccal mucosa, a retrospective analysis of the past 25 years. J Oral Pathol Med. 2017;46(6):460-464. doi:10.1111/jop.12537
4. **Lee K, Veness M, Pearl-Larson T, Morgan G.** Role of combined modality treatment of buccal mucosa squamous cell carcinoma. Aust Dent J. 2005;50(2):108-113. doi:10.1111/j.1834-7819.2005.tb00349.x
5. **Patrícia Carlos Caldeira, Andrea María López Soto, Maria Cássia Ferreira de Aguiar et al** (2020). Tumor depth of invasion and prognosis of early-stage oral squamous cell carcinoma: A meta-analysis. Oral diseases, 26 (7), 1357-1365.
6. **Sim Y C, Hwang JH và Ahn KM** (2019). Overall and disease-specific survival outcomes following primary surgery for oral squamous cell carcinoma: analysis of consecutive 67 patients. Journal of the Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgeons, 45 (2), 83-90.
7. **Jing J, Li L, He W, Sun G.** Prognostic Predictors of Squamous Cell Carcinoma of the Buccal Mucosa With Negative Surgical Margins. J Oral Maxillofac Surg. 2006;64(6):896-901. doi:10.1016/j.joms.2006.02.007.
8. **D'Alessandro A F, Pinto F R, Lin C S et al** (2015). Oral cavity squamous cell carcinoma: factors related to occult lymph node metastasis☆☆. Brazilian journal of otorhinolaryngology, 81, 248-254.

PHẪU THUẬT NỘI SOI NGOÀI PHỨC MẠC CẮT TOÀN BỘ TUYẾN TIỀN LIỆT ĐỐI VỚI UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT KHU TRÚ: KINH NGHIỆM BAN ĐẦU TẠI BỆNH VIỆN E

Nguyễn Đình Liên^{1,2}, Mai Văn Lực², Tô Minh Hùng³

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc cắt toàn bộ tuyến tiền liệt do ung thư tuyến tiền liệt khu trú tại bệnh viện E từ tháng 6/2021 đến tháng 6/2022. **Đối tượng và phương pháp:** - Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh. - Đối tượng nghiên cứu: 10 bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn khu trú được phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc cắt toàn bộ tuyến tiền liệt. - Chỉ tiêu nghiên cứu gồm: tuổi, trọng lượng tuyến tiền liệt, nồng độ PSA toàn phần trước và sau

mổ, thời gian mổ, lượng mất máu trong mổ, thời gian nằm viện sau mổ, các biến chứng trong và sau mổ. Chức năng tiểu tiện sau mổ 3 tháng. **Kết quả:** Tuổi trung bình 63,4±3,9 tuổi (57-67 tuổi); Trọng lượng tuyến tiền liệt trung bình 43±9 g (28-60g) theo siêu âm, 38±8 g (25-52g) theo MRI; nồng độ PSA toàn phần trung bình trước mổ 55,21 ng/mL (14,14-217,6 ng/mL); nồng độ PSA toàn phần trung bình sau mổ 1-3 ngày 22,71 ng/mL (1,04 – 144,5 ng/mL); thời gian mổ trung bình 317±65 phút (210-420 phút); mất máu trung bình 126 ml; thời gian nằm viện sau mổ 18 ngày (7-42 ngày); không có biến chứng trong mổ; 01 ca thủng phúc mạc được chuyển phương pháp qua đường qua phúc mạc, có 03/10 ca có tình trạng rò miệng nối sau mổ, đều được xử lý nội soi tối thiểu đạt kết quả tốt; có 01 ca có di căn hạch được điều trị hoá chất bổ trợ tiếp; 100% các ca bệnh có chức năng tiểu tiện tốt sau mổ 3 tháng. **Kết luận:** Phương pháp phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc cắt toàn bộ tuyến tiền liệt do ung thư tuyến tiền liệt khu trú là phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả. Rò miệng nối bàng

¹Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

²Bệnh viện E

³Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Lào Cai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Liên

Email: intermedecinlien@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 7.3.2023

Ngày duyệt bài: 27.3.2023