

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT UNG THƯ BIỂU MÔ VẢY Ở KHOANG MIỆNG TẠI KHOA RĂNG HÀM MẶT BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Nguyễn Hồng Lợi¹, Hoàng Lê Trọng Châu¹, Nguyễn Việt Dũng¹, Trần Xuân Phú¹
Nguyễn Văn Minh¹, Nguyễn Thị Kim Phượng¹, Nguyễn Văn Khánh¹, Châu Nhật Quang¹

TÓM TẮT

Ung thư biểu mô khoang miệng là một trong tám loại ung thư phổ biến nhất. Chủ yếu là ung thư biểu mô tế bào vảy chiếm trên 90- 95% so với các ung thư khác. Bên cạnh phẫu thuật cắt bỏ khối u nguyên phát, phẫu thuật nạo vét các nhóm hạch vùng cổ nghi ngờ hoặc có di căn đóng vai trò rất quan trọng. Chỉ định điều trị ung thư biểu mô khoang miệng khác nhau tùy theo giai đoạn bệnh.

Mục tiêu: Nhận xét lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật ung thư biểu mô vảy khoang miệng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: phương pháp mô tả cắt ngang 52 bệnh nhân phẫu thuật ung thư biểu mô vảy ở khoang miệng tại Khoa Răng Hàm Mặt Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 01 năm 2014 đến tháng 01 năm 2016.

Kết quả: Tuổi trung bình là $58,0 \pm 9,8$ tuổi và U hay gặp ở lưỡi (34,6%) và sàn miệng (25%) và tổn thương ung thư dạng loét sùi (55,78%) và đau chiếm 65,6% ở giai đoạn T2 chiếm (42,3%) và T3 chiếm 33,6%, hạch thường gặp ở nhóm dưới hàm, dưới cằm (60,9%). Kết quả phẫu thuật tỷ lệ 86,5%, kết quả khá 9,6% và 3,9 % kết quả xấu. Biến chứng nhiễm trùng: 01 trường hợp, chiếm 1,9% và dò bạch huyết là 02 bệnh nhân, chiếm 3,9%.

Kết luận: Đa số bệnh nhân nam có các yếu tố nguy cơ liên quan đến UTBM vảy ở khoang miệng. Phần lớn các bệnh nhân có tổn thương ung thư dạng loét-sùi. Có mối tương quan thuận giữa tỷ lệ di căn hạch vùng với kích thước u, u càng lớn thì tỷ lệ di căn hạch càng cao.

Từ khóa: Ung thư biểu mô khoang miệng, kết quả phẫu thuật

ABSTRACT

ASSESSMENT SURGICAL RESULTS OF SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF THE ORAL CAVITY AT DEPARTMENT OF ORAL AND MAXILLOFACIAL IN HUE CENTRAL HOSPITAL

Nguyen Hong Loi¹, Hoang Le Trong Chau¹, Nguyen Viet Dung¹, Tran Xuan Phu¹
Nguyen Van Minh¹, Nguyen Thi Kim Phuong¹, Nguyen Van Khanh¹, Chau Nhat Quang¹

Oral cavity carcinoma is one of the eight most common cancers. Squamous-cell carcinoma accounts for more than 90- 95% compared to other cancers. Dissection of suspected or metastasis neck lymph nodes groups plays a major role in the treatment concept of head and neck cancer beside the treatment of the primary tumor. Indicated for the treatment of oral cavity carcinoma varies according to disease stage.

Objective: Reviews clinical, para-clinical and surgical results squamous carcinoma of the oral cavity.

1. Bệnh viện TW Huế

- Ngày nhận bài (received): 15/7/2016; Ngày phản biện (revised): 15/8/2016;
- Ngày đăng bài (Accepted): 22/8/2016
- Người phản biện: Phạm Như Hiệp
- Người phản hồi (Corresponding author): Trần Xuân Phú
- Email: drphu_vietnam@yahoo.com; ĐT: 0914019019

Method and subjects: A cross-sectional study on 52 squamous carcinoma in the oral cavity surgical patients at Department of Odonto-maxillo-facial in Hue Central Hospital from January 2014 to January 2016.

Results: The average age 58.0 ± 9.8 years old and be frequent in the tongue (34.6%) and oral floor (25%) and cancerous lesions form wale-ulcer (55.78%) and the pain accounts for 65.6%, stage T2 accounted for (42.3%) and T3 stage accounted for 33.6%, Common lymph nodes groups beneath the jaw and chin (60.9%). Surgical Result rates 86.5%, 9.6% quite results and 3.9% bad results. Infectious complications: 01 patent accounted for 1.9% and lymph leakage: 02 patients accounted for 3.9%.

Conclusions: Majority of male patients has risk factors related to squamous carcinoma of the oral cavity. Majority of patients has cancerous lesions forming wale-ulcer. There is a positive correlation between the rate of lymph node metastasis with primary tumor size, the larger primary tumor size, the higher rate of the lymph node metastasis.

Key words: squamous carcinoma of the oral cavity, surgical results.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô khoang miệng là một trong tám loại ung thư phổ biến nhất và theo Tổ chức Y tế Thế giới, tỷ lệ mắc bệnh sẽ tăng lên trong tương lai. Ở Mỹ, có khoảng 8000 người chết mỗi năm vì căn bệnh này. Tỷ lệ mắc ung thư khoang miệng khác nhau tùy theo khu vực địa lý, chiếm 2% - 4% trong các ung thư ở phương Tây và là một trong ba ung thư thường gặp nhất ở châu Á [2]. Tại Việt Nam, theo ghi nhận ung thư giai đoạn 1991 - 1995, tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi ở nam là 2,7/100.000 dân (1,8%), ở nữ là 3/100.000 dân (3,1%) [1], [3].

Ung thư biểu mô khoang miệng là bệnh phát sinh do sự biến đổi ác tính niêm mạc phủ toàn bộ khoang miệng bao gồm: ung thư môi, lợi hàm trên, lợi hàm dưới, khe liên hàm, khẩu cái cứng, lưỡi (phần di động), niêm mạc má và sàn miệng. Ung thư khoang miệng chủ yếu là ung thư biểu mô tế bào vảy chiếm trên 90- 95 % so với các ung thư khác [2].

Trong điều trị phẫu thuật ung thư biểu mô khoang miệng, ngoài phẫu thuật cắt bỏ khối u nguyên phát, phẫu thuật nạo vét các nhóm hạch vùng cổ nghi ngờ hoặc có di căn đóng vai trò rất quan trọng. Thời gian sống còn hoặc tái phát bệnh phụ thuộc rất nhiều vào kết quả điều trị khối u nguyên phát và các nhóm hạch cổ bằng phẫu thuật hoặc xạ trị, hóa trị. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng sự xuất hiện một hạch di căn sẽ làm giảm khoảng 50% sống thêm của bệnh nhân.

Chỉ định điều trị ung thư biểu mô khoang miệng khác nhau tùy theo giai đoạn bệnh. Ở giai đoạn I và II, phẫu thuật hoặc xạ trị đơn thuần có vai trò như

nhau. Đối với giai đoạn III và IV, thường có sự phối hợp giữa phẫu thuật, xạ trị và hoá trị (có thể là phẫu thuật và xạ trị, xạ trị và hoá trị hoặc cả ba phương pháp) [3].

Trên thế giới đã có nhiều công trình nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị ung thư biểu mô vảy khoang miệng. Tại Việt Nam cho đến nay còn ít nghiên cứu kết quả điều trị ung thư vảy biểu mô khoang miệng. Tại khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Trung ương Huế, chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật cho 52 bệnh nhân ung thư biểu mô vảy khoang miệng, Kết quả phẫu thuật khá tốt đã góp phần điều trị và mang lại chất lượng cuộc sống tốt hơn cho bệnh nhân. Mục tiêu nghiên cứu của đề tài:

1. Nhận xét lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư biểu mô vảy khoang miệng.
2. Nhận xét kết quả phẫu thuật ung thư biểu mô vảy khoang miệng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành trên 52 bệnh nhân chẩn đoán ung thư biểu mô vảy ở khoang miệng và được phẫu thuật tại Khoa Răng Hàm Mặt Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 01 năm 2014 đến tháng 01 năm 2016.

-Tiêu chuẩn chọn bệnh:

+ Các bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô vảy khoang miệng theo kết quả giải phẫu bệnh lý tại Bệnh viện TW Huế có chỉ định phẫu thuật (T1, T2, T3 và T4 còn khả năng phẫu thuật).

Đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư biểu mô vảy...

+ Các kết quả xét nghiệm toàn thân trong giới hạn bình thường.

+ Không mắc các bệnh cấp và mạn tính trầm trọng có nguy cơ tử vong trong thời gian ngắn.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân di căn xa các cơ quan khác.

+ Bệnh nhân và gia đình không đồng ý điều trị

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- Phương tiện và kỹ thuật chẩn đoán mô học tại Khoa Giải phẫu bệnh lý:

+ Bệnh phẩm cố định formol 10%, vùi nén, cắt nhuộm H.E (Hematoxylin – Eosin) tại khoa Giải phẫu bệnh của Bệnh viện TW Huế, phân loại theo tiêu chuẩn của TCYTTC năm 2005.

+ Phân độ mô học của ung thư biểu mô vảy khoang miệng theo Broder:

- Chẩn đoán lâm sàng, phân loại TNM và giai đoạn bệnh theo phân loại của UICC và AJCC (2010)

- Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật, thời gian sau phẫu thuật 7 – 10 ngày. Dựa theo tiêu chuẩn đánh giá của De Bree (2010) [11] và Nguyễn Quốc Bảo (2013) [2], đánh giá kết quả điều trị bằng phương pháp phẫu thuật cắt bỏ u và hạch được phân thành ba mức độ.

* Tốt:

+ Lấy gọn u, hạch (nếu có).

+ Không có tai biến hoặc biến chứng trong và sau phẫu thuật: chảy máu, nhiễm khuẩn, rò thông từ khoang miệng ra da, viêm tuyến nước bọt mang tai do tắc nghẽn ống Sténon.

* Trung bình:

+ Lấy hết được u, hạch (nếu có) nhưng diện cắt u tiếp cận.

+ Có một trong những biến chứng kể trên.

* Xấu:

+ Không lấy hết được u, hạch (nếu có).

- Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung

Mẫu nghiên cứu gồm 34 BN nam (65,4%) và 18 BN nữ (34,6%). Ở nhóm tuổi 51 - 60 tuổi, số lượng BN nam và nữ là cao nhất (14 nam và 9 nữ); con số này thấp nhất ở nhóm BN trên 70 tuổi (5 nam và 3 nữ)

Bảng 3.1. Phân bố yếu tố nguy cơ theo giới

Yếu tố nguy cơ	Giới	
	Nam	Nữ
Hút thuốc	7	4
Uống rượu	4	2
Hút thuốc và uống rượu	16	2
Ăn trầu	1	3
Sang chấn mãn tính	2	2
Không có yếu tố nguy cơ	2	7
Tổng	32	20

Đa số BN nam có các yếu tố nguy cơ liên quan đến UTBM vảy khoang miệng (61,5%). Thói quen hút thuốc kết hợp uống rượu thường gặp ở BN nam trong khi ăn trầu hay gặp ở BN nữ. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.2. Thời gian từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện và triệu chứng cơ năng

Tiêu chí		n	%
Thời gian đến viện (tháng)	< 3	26	50
	3 – 6	15	28,8
	7 – 12	8	15,4
	>12	3	5,8
Triệu chứng cơ năng	Đau	34	65,6
	Xuất hiện u	32	61,5
	Loét	29	55,7
	Tăng tiết nước bọt	18	34,6
	Nhai đau	11	21,1
	Khít hàm	5	9,6
	Sờ thấy hạch cổ	5	9,6

Bệnh viện Trung ương Huế

Đa số BN đến viện trong vòng 3 tháng kể từ khi có triệu chứng đầu tiên (50%). Số lượng BN đến viện trong vòng 6 tháng đứng thứ hai (28,8%). Tỷ lệ BN đến khám sau 12 tháng kể từ khi có triệu chứng đầu tiên là thấp nhất (5,8%). Đa số BN có các triệu chứng cơ năng như đau, xuất hiện u và loét, trong đó triệu chứng đau chiếm tỷ lệ cao nhất (65,6%). Những triệu chứng khít hàm và sờ thấy hạch cổ ít gặp nhất (9,6%)

Bảng 3.3. Đặc điểm của tổn thương

Tiêu chí	n	%
Vị trí tổn thương	Lưỡi	18
	Sàn miệng	13
	Lưỡi và sàn miệng	8
	Khẩu cái	6
	Môi dưới	2
	Hậu hàm	5
Hình thái	Sùi	8
	Loét	10
	Loét và sùi	29
	Thâm nhiễm cứng	5
Giai đoạn	T1	10
	T2	22
	T3	18
	T4	2
Độ mô học	Độ I	26
	Độ II	15
	Độ III	11
	Độ IV	0

Vị trí u hay gặp nhất là ở lưỡi (34,6%), tỷ lệ này giảm dần ở các vị trí khẩu cái cứng và hậu hàm (11,5% và 9,7%). Tỷ lệ BN ung thư môi dưới là thấp nhất (3,8%)

Phần lớn các BN có tổn thương ung thư dạng loét-sùi (55,8%). Tổn thương ung thư dạng sùi và dạng loét có tỷ lệ gần bằng nhau. Tổn thương dạng thâm nhiễm cứng ít gặp nhất (9,6%).

Tỷ lệ BN ở giai đoạn T4 là thấp nhất (6,8%). Tỷ lệ này tăng lên ở giai đoạn T1 (19,2%) và cao nhất ở giai đoạn T2 (40,4%) gặp ung thư ở vị trí sàn miệng lưỡi phối hợp.

Trong 52 bệnh nhân UTBM vảy khoang miệng, tỷ lệ BN có độ mô học I là cao nhất (50 %) và tỷ lệ BN có độ mô học III là thấp nhất (19,2%), không có độ mô học IV.

Bảng 3.4. Đặc điểm hạch cổ

Đặc điểm	n	%
Hạch phát hiện trên lâm sàng	Có	23
	Không	29
	Tổng	52
Kích thước hạch (cm) (23 bệnh nhân)	< 3	13
	3-6	10
Vị trí hạch (23 bệnh nhân)	Nhóm I	14
	Nhóm II	9
Số lượng hạch (23 bệnh nhân)	1	15
	≥2	8

Tại thời điểm đến khám đã phát hiện được 23 BN có di trên lâm sàng (44,2%). Tất cả các hạch đều có đường kính dưới 6 cm. Vị trí hạch thường gặp ở nhóm dưới hàm, dưới cằm (60,9%) và nhóm cảnh trên (39,1%), không có trường hợp nào ở nhóm hạch cảnh giữa và cảnh dưới. Phần lớn BN chỉ có 1 hạch (65,2%).

Đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư biểu mô...

Bảng 3.5. Liên quan giữa hạch và giai đoạn bệnh

Hạch cổ	Giai đoạn	T1 & T2		T3 & T4	
		n	%	n	%
Có hạch		7	25,9	17	68
Không có hạch		20	74,1	8	32

Có mối tương quan thuận giữa tỷ lệ di căn hạch vùng với kích thước u, u càng lớn thì tỷ lệ di căn hạch càng cao. Ở nhóm BN giai đoạn T1 và T2, đa số BN không có di căn hạch (74,1%), chỉ có 7 trường hợp là có di căn hạch (25,9%). Ngược lại, ở nhóm BN giai đoạn T3 và T4, đa số BN có di căn hạch (68%) và chỉ có 8 trường hợp là không di căn hạch (32%).

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 3.6. Các loại phẫu thuật u và vét hạch cổ

Loại phẫu thuật u	Nạo vét hạch cổ	n	%
Cắt u đơn thuần	Có	20	38,5
	Không	6	11,5
Cắt sàn miệng+ một phần lưỡi	Có	16	30,8
	Không	0	0
Cắt sàn miệng + xương hàm dưới Cắt khối u và xương hàm trên	Có	8	15,4
	Không	2	3,8

Phẫu thuật cắt u đơn thuần chiếm tỷ lệ cao nhất 50%. Thứ hai là phẫu thuật cắt sàn miệng 30,8%. Còn lại là các phẫu thuật cắt sàn miệng kèm theo cắt một phần xương hàm dưới chiếm 19,2%.

Bảng 3.7. Phương pháp điều trị hạch cổ

Giai đoạn bệnh							
T1		T2		T3		T4	
n	%	n	%	n	%	n	%
6	13,6	20	45,4	16	36,4	2	4,6
4	30	2	35	2	35	0	0

Có 44 trường hợp nạo vét hạch cổ chiếm 84,6% và các trường hợp không nạo vét hạch do vị trí ung thư chủ yếu ở môi và giai đoạn T1 có độ mô thường. Độ I và 2 trường hợp ung thư môi tái phát đã được phẫu thuật và hóa trị liệu trước đó.

Phương pháp tạo hình: Đa số bệnh nhân được tạo hình tại chỗ (92.3%), có 02 trường T4 và 02 bệnh nhân T3 ung thư niêm mạc khẩu cái xâm lấn xương hàm trên và sàn miệng lưỡi xâm lấn rộng sử dụng vật tự do có cuống mạch.

Bảng 3.8. Kết quả phẫu thuật u và hạch

		n	%
Cắt gọn u và hạch		52	100
Biến chứng	Không	49	94,2
	Nhiễm trùng	1	1,9
	Đường dò	2	3,9
Đánh giá kết quả	Tốt	45	86,5
	Trung bình	5	9,6
	Xấu	2	3,9

Biến chứng nhiễm trùng 01 chiếm 1,9% do vi khuẩn đa kháng Baumanii và dò bạch huyết 02 bệnh nhân chiếm 3,9%.

IV. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 52 trường hợp ung thư biểu mô vảy ở khoang miệng điều trị tại khoa Răng Hàm Mặt Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 01 năm 2014 đến tháng 01 năm 2016, Đa số BN nam có các yếu tố nguy cơ liên quan đến UTBM khoang miệng. Phần lớn các BN có tổn thương ung thư dạng loét-sùi. Có mối tương quan thuận giữa tỷ lệ di căn hạch vùng với kích thước u, u càng lớn thì tỷ lệ di căn hạch càng cao.

1. Đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học

- Tuổi trung bình là $58,0 \pm 9,8$ tuổi. U hay gặp ở lưỡi (34,6%) và sàn miệng (25%).
- Tổn thương ung thư dạng loét sùi (55,78%)

và đau chiếm 65,6% và bệnh nhân thường đến khám ở giai đoạn T2 chiếm (42,3%) và T3 chiếm 33,6%. Vị trí hạch thường gặp ở nhóm dưới hàm, dưới cằm (60,9%) với độ mô học hay gặp trong nghiên cứu này là độ I (50,%) và độ II (28,8%)

2. Kết quả phẫu thuật

- Phẫu thuật cắt u đơn thuần chiếm tỷ lệ cao nhất 50% và cắt sàn miệng-lưỡi chiếm 30,8% và 44 trường hợp nạo vét hạch cổ 84,6%. Biến chứng nhiễm trùng 01 chiếm 1,9% và dò bạch huyết 02 bệnh nhân chiếm 3,9%.

- Kết quả cắt bỏ u và hạch tốt chiếm tỷ lệ 86,5%, kết quả trung bình 9,6% và 3,9% có kết quả xấu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Hoàng Anh, Nguyễn Mạnh Quốc, Nguyễn Bá Đức, Nguyễn Chấn Hùng (2001), "Tình hình bệnh ung thư ở Việt Nam năm 2000", *Tạp chí thông tin Y-Dược*, 2, tr. 19-26.
2. Nguyễn Quốc Bảo (2007), "Ung thư biểu mô khoang miệng", *Chẩn đoán và điều trị bệnh ung thư*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 113-130.
3. Nguyễn Hữu Phúc, Nguyễn Chấn Hùng và CS (2004), "Ung thư lưỡi, dịch tể, chẩn đoán và điều trị", *Y học thành phố Hồ Chí Minh chuyên đề ung bướu học*, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh, tr 137-145.
4. Bonner JA, Harari PM, Giralt J, et al (2006), "Radiotherapy plus cetuximab for squamous-cell carcinoma of the head and neck", *N Engl J Med*, p.354-567.
5. Cooper J.S. (2010), "The Oral Cavity", *Radiation Oncology: Rationale, Technique, Results*, Mosby, p. 276.
6. Foreman D.S. Callender D. L. (1999), "Head and Neck Cancer", *Primary Care Oncology*, W.B. Saunder Company, Philadenphia, p. 1-26.
7. Giele H., Cassell O., (2008), "Head and neck cancer reconstruction", *Plastic and reconstructive surgery, Oxford speacialist handbook in surgery*, Oxford medical
8. Lazaridis N, Tilaveridis I, Karakasis D (2008), "Superiorly of inferiorly based "islanded" nasolabial flap for buccal mucosa defects reconstruction", *J Oral Maxillofac Surg*, 66(1), p. 7-15.
9. Mackay J., Jemal A., Clee N., Parkin M. (2006), *The Cancer Atlas*, UICC.
10. Myers E.N. (1997), "Operative Otolaryngology", *Head and Neck Surgery*, W.B. Saunders Company, p. 741, 954-956, 990
11. De Bree R., Leemans C.R. (2010), "Recent advances in surgery for head and neck cancer", *Current Opinion in Oncology*, 22, p. 186-193.