

ỨNG DỤNG NỘI SOI DẢI ÁNH SÁNG HẸP KẾT HỢP NỘI SOI VI PHẪU BẰNG LASER CO₂ TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ HẠ HỌNG, THANH QUẢN GIAI ĐOẠN SỚM

Trần Phương Nam¹, Lê Chí Thông^{1*},
Phan Ngô Huy¹, Lê Quốc Anh¹, Dương Mạnh Đạt¹

DOI: 10.38103/jcmhch.2021.74.17

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả ứng dụng nội soi dải ánh sáng hẹp kết hợp nội soi vi phẫu bằng Laser CO₂ trong chẩn đoán và điều trị ung thư hạ họng và ung thư thanh quản giai đoạn sớm.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, có can thiệp lâm sàng trên 18 bệnh nhân ung thư hạ họng, ung thư thanh quản ở giai đoạn sớm, được phát hiện tổn thương ác tính bằng nội soi dải ánh sáng hẹp, điều trị phẫu thuật nội soi vi phẫu bằng Laser CO₂.

Kết quả: Tuổi trung bình mắc bệnh là 63,8 ± 12,6; bệnh nhân có hút thuốc lá chiếm 61,1%; triệu chứng khàn tiếng chiếm 72%, ung thư giai đoạn T1a có tỷ lệ 72,2%; IPCL type V-1 là 72,2%; khả năng kiểm soát bờ rìa là 83,3%, không có tai biến trong phẫu thuật 17/18 trường hợp và di chứng sau phẫu thuật tháng thứ 1 là tăng sinh mô hạt (77,8%), tháng thứ 3 là dính mép trước dây thanh (27,8%).

Kết luận: Nội soi dải ánh sáng hẹp có giá trị phát hiện sớm ung thư hạ họng, ung thư thanh quản. Phẫu thuật nội soi vi phẫu bằng Laser CO₂ ung thư hạ họng, ung thư thanh quản ở giai đoạn sớm mang lại kết quả tốt, tỷ lệ tai biến và biến chứng sau phẫu thuật thấp, bảo tồn được tối đa chức năng phát âm, hô hấp và nuốt.

Từ khóa: Ung thư hạ họng giai đoạn sớm, ung thư thanh quản giai đoạn sớm, nội soi mềm dải ánh sáng hẹp, phẫu thuật nội soi vi phẫu bằng Laser CO₂.

ABSTRACT

UTILITY OF NARROW - BAND IMAGING ENDOSCOPY COMBINED WITH CO₂ LASER ENDOSCOPIC MICROSURGERY IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF EARLY STAGE HYPOPHARYNGEAL AND LARYNGEAL CARCINOMA

Tran Phuong Nam¹, Le Chi Thong^{1*},
Phan Ngo Huy¹, Le Quoc Anh¹, Duong Manh Dat¹

Objective: To evaluate the results of applying narrow band imaging endoscopy combined with CO₂ laser endoscopic microsurgery to diagnose and treat early stage hypopharyngeal and laryngeal carcinoma.

Methods: A prospective study was conducted on 18 patients with early stage hypopharyngeal and laryngeal carcinoma.

¹Khoa Tai Mũi Họng,
Bệnh viện Trung ương Huế

- Ngày nhận bài (Received): 28/10/2021; Ngày phản biện (Revised): 22/11/2021;
- Ngày đăng bài (Accepted): 03/12/2021
- Người phản hồi (Corresponding author): Lê Chí Thông
- Email: thonglechi@gmail.com; SĐT: 0914478354

Results: The mean age was 63.8 ± 12.6 ; smoker was 61.1%, the rate of hoarseness was 72%, T1a tumor stage was 72.2%, IPCL type V-1 was 72.2%, marginal tumor control was 83.3%. There were of 17/18 case with no complication during operation. The rate of extensive granuloma was 77.8% in the first month, and of anterior commissure adhesion was 27.8% in the third month post - surgery.

Conclusion: Narrow band imaging endoscopy was a valuable tool in screening for early stage hypopharyngeal and laryngeal carcinoma. CO₂ laser endoscopic microsurgery was an effective method. The rate of complication during and after surgery was low. This method restores the maximum function of speech, breathing and swallowing.

Keywords: Early - stage pharyngeal cancer, early - stage laryngeal cancer, narrow - band imaging endoscopy, CO₂ laser endoscopic microsurgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư hạ họng và ung thư thanh quản là bệnh lý ác tính tại niêm mạc hạ họng - thanh quản, chủ yếu ở thể mô bệnh học ung thư biểu mô vảy. Đây là nhóm bệnh ung thư phổ biến hàng thứ 3 của ung thư đầu cổ. Bệnh hay gặp ở nam giới, có liên quan đến môi trường sống và thói quen sinh hoạt [1].

Theo Globocan, năm 2020, có 82.254 trường hợp mới mắc ung thư hạ họng, chiếm 0,4%, ung thư thanh quản có 184.615 trường hợp mắc mới, chiếm tỷ lệ 1% [2]. Tại Hà Nội, thống kê của Trần Văn Thuận tỷ lệ mắc ung thư giai đoạn 2001 - 2005, ung thư hạ họng chiếm 1% và ung thư thanh quản là 0,8% [3].

Ở giai đoạn sớm, ung thư hạ họng và ung thư thanh quản có triệu chứng mơ hồ, rất dễ nhầm lẫn với các bệnh viêm họng - thanh quản mạn tính thông thường, dễ bị bỏ sót. Các tổn thương sớm niêm mạc hạ họng và thanh quản khó phát hiện bằng khám gián tiếp qua gương hoặc nội soi ánh sáng trắng thông thường. Hệ thống nội soi dải ánh sáng hẹp (Olympus NBI Evis Lucera Spectrum, 2006) dựa vào đặc tính tán xạ và hấp thu các bước sóng ánh sáng khác nhau đối với mỗi loại mô trong cơ thể để tạo ảnh có độ tương phản cao các mạch máu nông lớp niêm mạc, giúp phân biệt những khối u ác tính với tổn thương lành tính. Nội soi dải ánh sáng hẹp có giá trị trong sàng lọc, chẩn đoán, định hướng vị trí sinh thiết và theo dõi sau điều trị.

Điều trị ung thư hạ họng và ung thư thanh quản ở giai đoạn sớm vẫn ưu tiên lựa chọn phẫu tích lấy bỏ hết khối ung thư. Tổng liều tia xạ giảm đối với những bệnh nhân đã được phẫu thuật cắt

bỏ hết khối ung thư. Do vậy các biến chứng và di chứng sau điều trị giảm có ý nghĩa, tăng chất lượng cuộc sống. Dưới sự hỗ trợ kính hiển vi điện tử và hệ thống Laser gắn kết, phẫu thuật cắt khối ung thư thanh quản qua nội soi và vi phẫu thanh quản dễ dàng hơn, chính xác hơn, ít sót bệnh tích, tổn thương mô lành tối thiểu, hậu phẫu phục hồi nhanh.

Tại khu vực miền Trung - Tây Nguyên, Khoa Tai Mũi Họng - Bệnh viện Trung ương Huế là đơn vị đầu tiên triển khai nội soi mềm dải ánh sáng hẹp trong sàng lọc, chẩn đoán ung thư hạ họng, thanh quản và áp dụng kỹ thuật phẫu thuật nội soi vi phẫu Laser CO₂ trong điều trị ung thư hạ họng, thanh quản. Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu: đánh giá kết quả ứng dụng nội soi mềm dải ánh sáng hẹp kết hợp nội soi vi phẫu bằng Laser CO₂ trong chẩn đoán và điều trị ung thư hạ họng, thanh quản giai đoạn sớm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 18 bệnh nhân ung thư hạ họng, ung thư thanh quản ở giai đoạn sớm (giai đoạn I, giai đoạn II) được khám, chẩn đoán và điều trị phẫu thuật nội soi vi phẫu bằng dao Laser CO₂ tại Khoa Tai Mũi Họng, bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 6/2020 đến tháng 6 năm 2021.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư hạ họng, ung thư thanh quản ở giai đoạn I và giai đoạn II, có thể mô bệnh học là ung thư biểu mô vảy.

Ứng dụng nội soi dải ánh sáng hẹp kết hợp nội soi vi phẫu...

- Bệnh nhân được thực hiện nội soi mềm dải ánh sáng hẹp hạ họng - thanh quản đánh giá khối u, phân loại tổn thương cuộn mao mạch trong nhú (IPCL) và phẫu thuật cắt bỏ khối ung thư bằng laser CO₂.

- Bệnh nhân có tái khám sau kết thúc điều trị 01, 03 tháng

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các khối u ác tính hạ họng, thanh quản đã được điều trị trước đó bằng phẫu thuật, xạ trị, hóa trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu quan sát, mô tả, tiến cứu, có can thiệp lâm sàng.

2.2.2. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, ngẫu nhiên, không xác suất.

2.2.3. Phương tiện nghiên cứu

- Hệ thống nội soi mềm dải ánh sáng hẹp của hãng Olympus (Visera Pro S7)

- Hệ thống dao phẫu thuật Laser CO₂ hãng Costa - Hàn Quốc.

- Hệ thống kính hiển vi phẫu thuật Karl Storz có bộ gắn với hệ thống tay khuỷu dao Laser kết hợp nội soi vi phẫu có màn hình.

2.2.4. Các bước tiến hành nghiên cứu

Bước 1: Khám lâm sàng và nội soi mềm dải ánh sáng hẹp chẩn đoán

- Ghi nhận bệnh sử, tiền sử, thăm khám lâm sàng.

- Đánh giá và phân loại TNM khối u hạ họng, u thanh quản theo UICC [4].

- Nội soi mềm dải ánh sáng hẹp đánh giá khối u và phân loại tổn thương cuộn mao mạch trong nhú (IPCL) theo phân loại Inoue cải biên.

Bước 2: Sinh thiết khối u chẩn đoán dưới gây mê nội khí quản

- Sinh thiết khối u tại vị trí nghi ngờ trên nội soi mềm dải ánh sáng hẹp dưới nội soi treo thanh quản.

- Đối chiếu hình ảnh nội soi mềm dải ánh sáng hẹp và hình ảnh cắt lớp vi tính, mô bệnh học khối u.

Bước 3: Điều trị nội soi vi phẫu bằng Laser CO₂ và tái khám sau điều trị

- Ghi nhận các thông số về công suất, cường độ tia Laser trong quá trình phẫu thuật. Đối với phẫu thuật cắt dây thanh, sử dụng phân loại phẫu thuật cắt dây thanh bằng Laser theo ELS - Hội thanh quản Châu Âu.

- Ghi nhận các tai biến, biến chứng trong và sau phẫu thuật

- Tái khám sau điều trị 1 tháng trên lâm sàng và hình ảnh nội soi mềm.

- Đánh giá đáp ứng điều trị theo tiêu chuẩn khối u đặc RECIST 1.1 [6]

- Theo dõi tình trạng tiến triển, thời gian tái phát sau điều trị

Bảng 1: Phân loại biến đổi hình thái cuộn mao mạch trong nhú theo Inoue cải biên [5]

Type IPCL	Hình thái IPCL	Hình minh họa	Tổn thương
I	Mảnh, đều		Bình thường
II	Dãn dài, đều		Viêm nhiễm
III	Gấp khúc ít		Viêm nhiễm hoặc tân sản mức độ thấp
IV	Đường kính tăng nhẹ, đều		Viêm nhiễm nặng hoặc tân sản mức độ cao
V	V - 1 Dãn, ngoằn ngoèo, đường kính thay đổi, không còn hình thái điển hình		Ung thư
	V - 2 Dãn dài, ngoằn ngoèo, đường kính thay đổi		
	V - 3 Phá vỡ cấu trúc IPCL		
	V - N Có sự hiện diện tăng sinh mạch khối u rõ ràng		

2.2.5. Thu thập và xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 22.0 để phân tích và xử lý thống kê.

III. KẾT QUẢ

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng và hình ảnh nội soi dải ánh sáng hẹp ung thư hạ họng, ung thư thanh quản giai đoạn sớm

Tuổi trung bình là $63,8 \pm 12,6$ tuổi; tuổi nhỏ nhất là 41 và tuổi lớn nhất là 90. Nam giới chiếm 16 trường hợp, nữ giới là 2 trường hợp. Tỷ lệ nam/nữ là 9/1

Bảng 2: Một số yếu tố nguy cơ

Yếu tố nguy cơ	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Hút thuốc lá	11	61,1
Thói quen uống rượu	10	55,6
Hút thuốc và uống rượu	6	33,3

Có 11/18 số bệnh nhân hút thuốc lá và 6/18 số trường hợp (33,3%) có yếu tố nguy cơ gồm hút thuốc lá và uống rượu.

Bảng 3: Triệu chứng cơ năng và vị trí khối u

	Số trường hợp	Tỷ lệ %	
Triệu chứng cơ năng			
Nuốt khó	1	5,6	
Nuốt đau	4	22,2	
Khàn tiếng	13	72,2	
Vị trí khối u			
Thanh quản - dây thanh (n = 13)	1/3 trước	6	33,3
	1/3 giữa	4	22,2
	1/3 sau	3	16,7
Hạ họng - xoang lê (n = 5)		5	27,8

Triệu chứng khàn tiếng chiếm tỷ lệ 72,2%. Có 1 trường hợp có triệu chứng nuốt khó.

Bảng 4: Phân độ giai đoạn bệnh

Giai đoạn u	Số trường hợp	Tỷ lệ %
T _{1a} N ₀ M ₀	13	72,2
T _{1b} N ₀ M ₀	5	27,8
Tổng	18	100%

Tất cả bệnh nhân đều ở giai đoạn I, giai đoạn u T_{1a} chiếm ưu thế, tỷ lệ 72,2%.

Bảng 5: Đặc điểm hình ảnh nội soi khối u

Đặc điểm hình ảnh nội soi dải ánh sáng hẹp khối u	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Thể u		
Thể loét	3	16,7
Thể sùi	9	50,0
Thể thâm nhiễm	4	22,2
Mảng bạch sản	2	11,1
Tổn thương kế cận u		
Phù nề niêm mạc	2	11,0
Không có tổn thương	16	89,0
Hình thái u dưới nội soi ánh sáng trắng		
Không có hình ảnh nghi ngờ ác tính	10	55,6
Có hình ảnh nghi ngờ ác tính	8	44,4
Hình thái IPCL dưới nội soi dải ánh sáng hẹp		
Type IV	5	27,8
Type V - 1	13	72,2

Tổn thương thể sùi chiếm tỷ lệ 50%, không có tổn thương kế cận u chiếm 89%. Ở chế độ nội soi dải ánh sáng trắng, tổn thương có hình ảnh nghi ngờ ác tính chiếm tỷ lệ 44,4%, ở chế độ dải ánh sáng hẹp, hình thái IPCL type V - 1, tổn thương ung thư, chiếm tỷ lệ 72,2%

3.2. Kết quả điều trị phẫu thuật nội soi vi phẫu bằng laser CO₂ ung thư thanh quản và ung thư hạ họng giai đoạn sớm

Bảng 6: Thời gian phẫu thuật và nằm viện

Thời gian	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Thời gian phẫu thuật (phút)	32,6 ± 13,1	15	60
Thời gian nằm viện (ngày)	14,0 ± 4,7	9	22

Thời gian phẫu thuật trung bình là 32,6 ± 13,1 phút, thời gian nằm viện trung bình là 14 ± 4,7 ngày.

Bảng 7: Mô bệnh học niêm mạc bờ rìa phẫu trường

Mô bệnh học niêm mạc bờ rìa	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Niêm mạc lành tính	15	83,3
Niêm mạc loạn sản	3	16,7
Tổng	18	100%

Có 3/18 trường hợp, kết quả mô bệnh học niêm mạc bờ rìa phẫu trường là loạn sản.

Bảng 8: Phân loại phương pháp phẫu thuật nội soi vi phẫu bằng Laser CO₂

Phương pháp phẫu thuật		n	%
Ung thư thanh quản (n = 13)	Phẫu tích từ lớp biểu mô dây thanh đến hết một phần cơ dây thanh - type III	3	23,1
	Phẫu tích toàn bộ dây thanh một bên đến lớp màng sụn giáp - type IV	8	61,5
	Phẫu tích toàn bộ dây thanh một bên đến lớp màng sụn giáp và một phần phía trước dây thanh đối bên - Type Va	2	15,4
Ung thư hạ họng (n = 5)	Phẫu tích toàn bộ khối u và phần niêm mạc cách rìa u 5 mm	5	100

Có 13/18 trường hợp khối ung thư ở thanh quản, trong đó phẫu thuật type IV chiếm tỷ lệ 61,5% (8/13 trường hợp).

Bảng 9: Tai biến trong phẫu thuật

Tai biến trong phẫu thuật	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Chảy máu	1	5,6
Bong niêm mạc diện rộng	0	0
Tràn khí vùng cổ	0	0
Không có tai biến	17	94,4

17/18 bệnh nhân không có tai biến nào trong quá trình phẫu thuật. Có 1/18 trường hợp (5,6%), chảy máu nhiều trong phẫu thuật.

Bảng 10: Tình trạng hồ mổ sau 1 tháng và 3 tháng

Tình trạng hồ mổ	Sau 1 tháng		Sau 3 tháng	
	n	%	n	%
Giả mạc	7	38,9	0	0
Tăng sinh mô hạt	14	77,8	3	16,7
Dính mép trước dây thanh	2	11,1	5	27,8

Tình trạng mô hạt tăng sinh sau 1 tháng chiếm tỷ lệ 77,8%, sau 3 tháng là 16,7%. Tỷ lệ dính mép trước dây thanh sau mổ 1 tháng và 3 tháng là 11,1% và 27,8%.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 18 bệnh nhân ung thư hạ họng và ung thư thanh quản giai đoạn sớm, chúng tôi có một số nhận xét sau:

4.1. Một số đặc điểm lâm sàng và hình ảnh nội soi dải ánh sáng hẹp ung thư hạ họng, ung thư thanh quản giai đoạn sớm

Tuổi mắc bệnh trung bình là 63,8 ± 12,6 tuổi. Nam giới chiếm 16/18 số trường hợp. Võ Nguyễn Hoàng Khôi nghiên cứu trên 45 bệnh nhân ung thư thanh quản, tuổi trung bình mắc bệnh ung thư thanh quản là 60,5 ± 9,5 [7]. Nghiên cứu của Wang J. tại Trung Quốc, tuổi trung bình mắc ung thư thanh

quản là $60,6 \pm 8,6$ [8]. Theo Muto và cộng sự, tuổi trung bình mắc ung thư hạ họng là 59,5 tuổi [9]. Y văn ghi nhận ung thư hạ họng và ung thư thanh quản gặp phổ biến ở nam giới, lứa tuổi trung niên.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận hơn một nửa số bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ như hút thuốc lá (61,1%), uống rượu (55,6%), **bảng 2**. Nam giới là nhóm có tiếp xúc nhiều với các yếu tố nguy cơ, tỷ lệ mắc bệnh cao hơn. Thuốc lá và uống rượu đã được chứng minh là yếu tố nguy cơ hàng đầu gây ung thư hạ họng và ung thư thanh quản thông qua cơ chế trực tiếp tổn thương mạn tính niêm mạc, tác động ở mức độ phân tử, tạo các đoạn đột biến, đứt gãy cấu trúc gen. Trong khối thuốc lá tìm thấy hơn 30 tác nhân gây thư [10]. Nguy cơ này tăng cao khi kết hợp cả hút thuốc và uống rượu.

Triệu chứng cơ năng gặp nhiều nhất là khàn tiếng 13/18 trường hợp (72,2%), rối loạn nuốt bao gồm nuốt đau và nuốt khó là 5/18 trường hợp, theo **bảng 3**. Bệnh nhân thường đến khám khi đã tự điều trị tình trạng viêm nhiễm tại họng, thanh quản không giảm, được phát hiện tình cờ hoặc sau khi tìm hiểu thông tin từ các phương tiện thông tin đại chúng. Các tổn thương tại niêm mạc ở giai đoạn sớm gây nên các triệu chứng rất mơ hồ do vậy thường bị bỏ sót. Trong thực hành lâm sàng, chúng tôi khuyến cáo bệnh nhân nam giới, khàn tiếng, nuốt đau kéo dài trên 2 tuần nên được thực hiện nội soi hạ họng thanh quản để phát hiện sớm tổn thương ác tính.

Nghiên cứu ghi nhận 18 bệnh nhân ung thư hạ họng, ung thư thanh quản ở giai đoạn I, khối u ở giai đoạn T1a chiếm tỷ lệ 72,2%. Nghiên cứu của Trần Thế Quang, tỷ lệ ung thư giai đoạn T1a_{N₀}M₀ là 86,2% [11]. Ứng dụng nội soi mềm dải ánh sáng hẹp phát hiện được các tổn thương hạ họng thanh quản ở giai đoạn sớm. Chúng tôi nhận thấy phải tăng cường tuyên truyền, thông tin giáo dục sức khỏe, có các chương trình tầm soát ung thư, khám sức khỏe định kỳ để phát hiện sớm các tổn thương.

Về đặc điểm hình ảnh khối u dưới nội soi, u thể sùi chiếm 50%, 89% số trường hợp không có các tổn thương kế cận u, **bảng 5**. Nghiên cứu của Phạm Hữu Nhân hình thái đại thể u sùi chiếm tỷ lệ 91,2% [12], Nguyễn Quốc Dũng và cộng sự ghi nhận thể

sùi gặp nhiều nhất, 42/62 trường hợp, tỷ lệ 67,7% [13]. Hình thái đại thể khối ung thư dạng sùi chiếm đa số, các thể thâm nhiễm, thể loét đơn thuần ít gặp hơn. Sự tăng sinh tế bào ác tính xếp lớp, nhiều hình dạng, kích thước khác nhau tạo hình ảnh sùi, đặc trưng cho ung thư lớp niêm mạc. Kèm theo sự tăng sinh tế bào là sự gia tăng mạch máu đến u và biến đổi mạch máu vùng cận u. Với ưu điểm ống soi mềm, kích thước nhỏ, dễ tiếp cận áp sát bề mặt tổn thương, khả năng nhuộm màu quang học của dải ánh sáng hẹp, chúng tôi đánh giá được tổn thương u, vùng kế cận u và giới hạn u nhiều thuận lợi.

Kết quả nghiên cứu ghi nhận ung thư hạ họng thanh quản ở giai đoạn sớm, tỷ lệ không có tổn thương kế cận u chiếm 89%. Các biến đổi hình thái các mạch máu dưới niêm mạc được bộc lộ bằng tính năng nhuộm màu của dải ánh sáng hẹp giúp xác định rìa tổn thương dễ dàng. U xâm lấn khi ở một mức giải phẫu khác kế cận có biến đổi hình thái mạch máu ở bề mặt niêm mạc. Cách đánh giá này có ý nghĩa trong chẩn đoán giai đoạn u, lựa chọn vị trí sinh thiết khối u, định hướng phương án điều trị phẫu thuật thích hợp để đảm bảo lấy bệnh tích được tối đa mà diện tổn thương, mất chất ở mức tối thiểu. Trong nghiên cứu phân tích tổng quan - hệ thống, Sun C. và cộng sự ghi nhận khả năng “thấu đáo sâu sắc” đối với tổn thương ác tính niêm mạc và đặt tên cho dải ánh sáng hẹp là sinh thiết quang học [14].

Theo kết quả **bảng 5**, ở chế độ dải ánh sáng trắng thông thường, biểu hiện hình ảnh nghi ngờ ác tính chiếm 44,4% trong khi ở chế độ dải ánh sáng hẹp bộc lộ hình thái cuộn mao mạch trong nhú IPCL ở type V là type của ung thư niêm mạc chiếm tỷ lệ 72,2%. Ở chế độ nội soi dải ánh sáng hẹp, tỷ lệ phát hiện ung thư cao hơn. Dưới chế độ nội soi ánh sáng trắng, tình trạng phù niêm mạc, giả viêm, thể sùi ở mức độ ít hoặc thể thâm nhiễm làm sai lệch các biểu hiện đại thể đặc trưng của khối u, dẫn đến bỏ sót nghi ngờ ác tính. Ở chế độ nội soi dải ánh sáng hẹp, ngoài có được các hình ảnh của dải ánh sáng trắng tại lớp niêm mạc, các biến đổi của cuộn mạch trong nhú làm tăng nhận biết và đặc hiệu cho tổn thương ác tính.

Shoffel - Havakuk và cộng sự nhận định: nội soi

dải ánh sáng hẹp cho hình ảnh tổn thương ác tính rõ hơn, đánh giá diện tổn thương toàn diện hơn và có độ nhạy cao hơn. Độ nhạy của nội soi dài ánh sáng hẹp và nội soi ánh sáng trắng lần lượt là 48,7% và 58,6%. Có 2 lý do có giúp nội soi dài ánh sáng hẹp tăng độ nhạy trong chẩn đoán đó là: (1) dải ánh sáng hẹp làm bộc lộ các mạch máu bất thường có liên quan đến sự tăng sản ác tính; (2) ánh sáng trắng có thể cho hình ảnh sai lệch dẫn đến chẩn đoán quá mức mức độ tổn thương tại niêm mạc [15].

4.2. Kết quả điều trị phẫu thuật nội soi vi phẫu bằng Laser CO₂ ung thư thanh quản và ung thư hạ họng giai đoạn sớm

Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi vi phẫu bằng laser CO₂ tại công suất tia từ 8 - 12 watt, chế độ xung ngắt quãng. Thời gian phẫu thuật trung bình $32,6 \pm 13,1$ phút. Ở những trường hợp khối u tại vị trí ngách hoặc mép trước dây thanh, thời gian phẫu thuật thường kéo dài do nhược điểm của tia laser là đi thẳng, không gập góc nên phẫu thuật viên phải bộc lộ phẫu trường tốt hơn để kiểm soát được đường tia laser. Thời gian nằm viện trung bình là $14 \pm 4,7$ ngày (**bảng 6**). Thời gian nằm viện được rút ngắn lại so với các phương pháp phẫu thuật hở, kinh điển.

Trong phẫu thuật kinh điển, để tiếp cận khối u cần phải cắt mô mềm vùng cổ trước, mở sụn giáp để tiếp cận được vùng hạ họng, thanh quản. Hậu quả là biến chứng tràn khí vùng cổ giai đoạn hậu phẫu và liền thương chậm, làm kéo dài thời gian điều trị. Với phương pháp phẫu thuật nội soi vi phẫu bằng Laser CO₂, chúng tôi tiếp cận khối u bằng qua ống soi và kính hiển vi qua đường miệng. Khối u được bộc lộ hoàn toàn, phóng đại, rõ ràng và phân biệt tốt giới hạn tổn thương lành tính và ác tính. Theo đó mà khối u được phẫu tích hoàn toàn, niêm mạc bờ rìa lành tính chiếm tỷ lệ 83,3%. Có 3/18 trường hợp niêm mạc bờ rìa loạn sản (**bảng 7**). 3 bệnh nhân này có đặc điểm khối u ở vị trí mép trước dây thanh. Đây là khu vực khó tiếp cận trong phẫu thuật. Cả 3 trường hợp này, chúng tôi tiếp tục theo dõi định kỳ mỗi 3 tháng và đánh giá tình trạng tái phát. Kết quả nghiên cứu của Phạm Văn Hữu trên 30 bệnh nhân ung thư thanh quản giai đoạn sớm được phẫu thuật bằng nội soi laser CO₂, có 1/30 trường hợp còn sót

bệnh tích, bờ rìa còn tế bào ung thư [16], Lê Minh Kỳ nghiên cứu 50 bệnh nhân ung thư thanh quản giai đoạn sớm được phẫu thuật bằng Laser CO₂, có 3/50 trường hợp (6%), rìa diện cắt dương tính tế bào ung thư [17].

Phương pháp phẫu thuật đối với khối u ở thanh quản, chúng tôi lựa chọn phương pháp phẫu thuật theo chỉ định và phân loại phẫu thuật cắt dây thanh bằng Laser của Hội thanh quản Châu Âu (ELS). Đây là phân loại phổ biến được khuyến cáo áp dụng. Theo kết quả ở **bảng 8**, có 8/13 trường hợp (61,5%) phẫu thuật type IV, phẫu tích toàn bộ dây thanh một bên đến lớp màng sụn giáp. Với type phẫu thuật này, đảm bảo lấy được hết bệnh tích, chỉ định cho những trường hợp khối u ở giai đoạn T1a và bảo tồn chức năng hô hấp tốt. Có 2 trường hợp được phẫu thuật theo type Va - phẫu tích toàn bộ dây thanh một bên đến lớp màng sụn giáp và một phần phía trước dây thanh đối bên. Chỉ định của type này hiện vẫn đang tranh luận nhiều, sự xâm lấn của khối u vào mép trước là một chống chỉ định của phẫu thuật nội soi vì rất khó thao tác ở vùng này. Xét về mặt ung thư học, mép trước thanh quản là một vùng yếu trong việc ngăn sự lan tràn của ung thư ra ngoài thanh quản. Do vậy khối u phải được cắt bỏ hoàn toàn. Với khối hạ họng, chúng tôi phẫu tích toàn bộ khối u và phần niêm mạc cách rìa tối thiểu 5 mm, đảm bảo không còn sót bệnh tích. Như vậy chúng tôi nhận thấy, nếu đánh giá đúng mức độ xâm lấn của ung thư bằng nội soi, sự hỗ trợ của thiết bị nội soi và kính hiển vi và chỉ định type phẫu thuật thích hợp sẽ giúp kiểm soát tốt khối u, bảo tồn tối đa chức năng đồng thời tránh bỏ sót tổn thương u.

Bên cạnh đó, với các ưu điểm về hình ảnh của kính hiển vi vi phẫu kết hợp nội soi thanh quản và tính không tiếp xúc, kiểm soát phẫu trường, phẫu thuật nội soi vi phẫu bằng laser đã hạn chế được tối đa các biến chứng và tai biến trong quá trình phẫu thuật. Có 17/18 trường hợp không có biến chứng, 1/18 trường hợp (5,6%) có tai biến chảy máu trong phẫu thuật (**bảng 9**). Tỷ lệ tai biến chảy máu theo thống kê từ Flint của Hinni là 5%, Rudert là 6%, Ellies và Steiner nghiên cứu trên 1528 bệnh nhân, chảy máu chêm tỷ lệ 4,7% [1]. Trường hợp chảy

máu trong nghiên cứu này, khối u ở vùng giàu mạch và có tăng sinh mạch. Chúng tôi kết hợp tính năng quang đông của tia laser và đốt hút đơn cực đã kiểm soát được điểm chảy máu.

Theo bảng 10, tình trạng mô hạt tăng sinh sau 1 tháng chiếm tỷ lệ 77,8%, sau 3 tháng là 16,7%. Sự tăng sinh mô hạt do hiện tượng viêm, mất tính biểu mô hoá niêm mạc và một phần của “mô hạt - than”, phần mô bị đốt cháy, than hóa được bao bọc bởi mô tăng sinh. Hiện tượng này giảm dần theo thời gian. Kinh nghiệm của chúng tôi là trong quá trình phẫu thuật phải làm sạch mẫu mô bị đốt cháy, than hóa, làm mát mô cắt đốt bằng bông tẩm nước muối sinh lý, nói sớm và nhẹ nhàng sau phẫu thuật để làm giảm ứ đọng dịch xuất tiết, điều trị chống trào ngược dịch vị sẽ làm giảm được tình trạng tăng sinh mô hạt. Tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật, sự hình thành mô hạt quá mức hoặc hình thành sẹo

co rút sẽ gây sẹo dính. Vùng mép trước dây thanh là vùng khó tiếp cận, diện cắt rộng, diện đốt sâu đến góc trước sụn giáp dẫn đến nguy cơ hình thành mô hạt quá mức và tạo sẹo co dính. Nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ dính mép trước dây thanh sau mổ 1 tháng và 3 tháng là 11,1% và 27,8%. (5,6%). Phân tích tổng quan của tác giả Göttingen ghi nhận tỷ lệ sẹo dính, co rút hoặc tạo màng vùng thanh quản sau phẫu thuật Laser từ 6,9% lên đến 42% [18].

V. KẾT LUẬN

Nội soi mềm dải ánh sáng hẹp là công cụ hữu ích trong tầm soát, định hướng chẩn đoán ung thư hạ họng thanh quản giai đoạn sớm. Phẫu thuật nội soi vi phẫu bằng Laser CO₂ là kỹ thuật phẫu thuật có hiệu quả, khả năng kiểm soát tại chỗ tốt, tỷ lệ tái biến và biến chứng trong phẫu thuật thấp, đảm bảo được nguyên tắc can thiệp tối thiểu, hiệu quả tối đa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Flint PW, Cummings CW, Neoplasms of the Hypopharynx and Cervical Esophagus, Malignant Tumors of the Larynx, in Cummings otolaryngology head & neck surgery. 2010, Philadelphia, PA : Mosby/Elsevier. p. 1421 - 1441, 1481 - 1512.
2. WHO I. Hypopharynx, Larynx, Vietnam fact sheet. GLOBOCAN 2020. 2020.
3. Trần Văn Thuấn. Một số đặc điểm dịch tễ học qua ghi nhận ung thư tại Hà Nội. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2009. 62: 41 - 47.
4. James D. Brierley, Mary K. Gospodarowicz, Christian Wittekind, TNM Classification of Malignant Tumours. 2016: Wiley - Blackwell.
5. Muto M, Yao K, Sano Y, Atlas of Endoscopy with Narrow Band Imaging. 2015, Tokyo: Springer Japan.
6. Eisenhauer EA, Therasse P, Bogaerts J, Schwartz LH, Sargent D, Ford R, et al. New response evaluation criteria in solid tumours: revised RECIST guideline (version 1.1). Eur J Cancer. 2009. 45: 228-47.
7. Võ Nguyễn Hoàng Khôi, Đặc điểm hậu phẫu của bệnh nhân cắt thanh quản toàn phần tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Chợ Rẫy, từ 4/2016 - 7/2017. 2017, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
8. Wang J, Wang S, Song X, Zeng W, Wang S, Chen F, et al. The prognostic value of systemic and local inflammation in patients with laryngeal squamous cell carcinoma. Onco Targets Ther. 2016. 9: 7177-7185.
9. Muto M, Nakane M, Katada C, Sano Y, Ohtsu A, Esumi H, et al. Squamous Cell Carcinoma In Situ at Oropharyngeal and Hypopharyngeal Mucosal Sites. Cancer. 2004. 101: 1375 - 1381.
10. Ansarin M, Cattaneo A, De Benedetto L, Zorzi S, Lombardi F, Alterio D, et al. Retrospective analysis of factors influencing oncologic outcome in 590 patients with early-intermediate glottic cancer treated by transoral laser microsurgery. Head Neck. 2017. 39: 71-81.
11. Trần Thế Quang, Đánh giá tổn thương và kết quả bước đầu của phẫu thuật bằng Laser CO₂ trong ung thư dây thanh giai đoạn T1, in Trường Đại học Y Hà Nội. 2014, Trường Đại học Y Hà Nội: Trường Đại học Y Hà Nội.

12. Phạm Hữu Nhân, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ung thư hạ họng bằng hóa - xạ trị đồng thời tại Bệnh viện Trung ương Huế. 2013, Trường Đại học Y Dược Huế: Huế. p. 91.
13. Nguyễn Quốc Dũng, Bùi Diệu, Nguyễn Đình Phúc. Đánh giá tổn thương của u trên chụp cắt lớp vi tính và đối chiếu lâm sàng của ung thư hạ họng. Y học thực hành. 2013. 893: 97 - 99.
14. Sun C, Han X, Li X, Zhang Y, Du X. Diagnostic Performance of Narrow Band Imaging for Laryngeal Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. Otolaryngol Head Neck Surg. 2017. 156: 589-597.
15. Shoffel - Havakuk H, Lahav Y, Meidan B, Haimovich Y, Warman M, Hain M, et al. Does narrow band imaging improve preoperative detection of glottic malignancy? A matched comparison study. Laryngoscope. 2016.
16. Phạm Văn Hữu, Lê Công Định. Kết quả phẫu thuật cắt dây thanh điều trị ung thư thanh quản tại Khoa Tai Mũi Họng - Bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí Y học lâm sàng. 2013. 69: 36-41.
17. Lê Minh Kỳ, Hoàng Vũ Giang, Nguyễn Tiến Hùng, Nguyễn Quang Trung, Tống Xuân Thắng, Nguyễn Đình Phúc, et al. Nghiên cứu ứng dụng vi phẫu thanh quản Laser CO₂ trong điều trị ung thư thanh quản giai đoạn sớm. Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam. 2015. 60-25: 27-31.
18. Brady JS, Marchiano E, Kam D, Baredes S, Eloy JA, Park RC. Survival Impact of Initial Therapy in Patients with T1-T2 Glottic Squamous Cell Carcinoma. Otolaryngol Head Neck Surg. 2016. 155: 257-64.