

PHẪU THUẬT UNG THƯ KHOANG MIỆNG CÓ TẠO HÌNH KHUYẾT HỔNG BẰNG VẬT DƯỚI CẦM

Nguyễn Xuân Hùng^{1*}, Trần Nhật Huy¹, Trần Hữu Phúc¹,
Võ Thế Nam An¹, Nguyễn Tựu¹, Lương Thị Văn Thảo¹

DOI: 10.38103/jcmhch.2021.74.18

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư khoang miệng chiếm tỷ lệ 30% ung thư đầu cổ và 2.0% trong ung thư nói chung. Phẫu thuật phải đảm bảo cắt rộng u với diện cắt an toàn để hạn chế tái phát, nhưng thường để lại khuyết hổng khá lớn. Vật dưới cằm được sử dụng rộng rãi trong tạo hình khuyết hổng vùng khoang miệng, có đặc điểm: tỷ lệ sống cao, linh hoạt. Nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả của vật dưới cằm trong tạo hình khuyết hổng sau cắt ung thư khoang miệng tại khoa Phẫu Thuật - Trung tâm Ung Bướu - Bệnh viện Trung Ương Huế từ tháng 4/2020 - 8/2021.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Đây là nghiên cứu tiến cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng trên 8 trường hợp sử dụng vật dưới cằm trong tạo hình khuyết hổng sau cắt ung thư khoang miệng.

Kết quả: Kích thước vật trung bình là 28 cm² (4 x 7 cm), tái tạo khuyết hổng vùng lưỡi 3 trường hợp, lưỡi sàn miệng 4 trường hợp, niêm mạc má và góc hậu hàm 1 trường hợp. Bệnh nhân được ăn qua đường miệng sau 8 ngày, xuất viện sau 12 ngày. Biến chứng: Rò miệng - cổ 2 trường hợp, hoại tử 1 phần vật: 1 trường hợp. Sau 1 tháng, các vật lành tốt, chức năng khoang miệng ảnh hưởng ít (chức năng nhai nuốt và phát âm ảnh hưởng ít). Sau 6 tháng, ghi nhận 7/8 trường hợp không tái phát tại chỗ, các vật lành tốt, chức năng khoang miệng bình thường, 1 trường hợp tái phát tại chỗ.

Kết luận: Vật dưới cằm có tỷ lệ sống cao hỗ trợ lấp khuyết hổng vùng khoang miệng.

Từ khóa: Ung thư khoang miệng, vật dưới cằm..

ABSTRACT

ORAL CANCER SURGERY WITH RECONSTRUCTION DEFECTS BY SUBMENTAL FLAP

Nguyen Xuan Hung^{1*}, Tran Nhat Huy¹, Tran Huu Phuc¹,
Vo The Nam An¹, Nguyen Tuu¹, Luong Thi Van Thao¹

Introduction: Globally, oral cancer accounts for 30% of head and neck cancers and 2.0% of all cancer. The surgery must remove the tumor with safe marginal resection to limit recurrence; however, it causes large defects. The submental flap is gaining popularity as a technique for reconstructing oral defects, with advantages: high survival rate and flexibility. This study aims to evaluate the efficacy of the submental flap in reconstructive defects after oral cancer surgery at the Department of Oncology Surgery - Oncology Center of Hue Central Hospital from April 2020 to August 2021.

¹Khoa Phẫu Thuật - Trung tâm Ung Bướu,
Bệnh viện Trung ương Huế

- Ngày nhận bài (Received): 03/11/2021; Ngày phản biện (Revised): 01/12/2021;
- Ngày đăng bài (Accepted): 07/12/2021
- Người phản hồi (Corresponding author): Nguyễn Xuân Hùng
- Email: hungquynh72@gmail.com; SĐT: 0914006644

Phẫu thuật ung thư khoang miệng có tạo hình khuyết hồng bằng vật dưới cằm

Methods: A prospective study was conducted on 8 patients who had defects reconstructed by a submental flap after oral cancer surgery.

Results: The average dimension of the submental flap was 28 cm² (4 x 7 cm). The reconstructed sites included: tongue (3 cases), floor of mouth (4 cases), buccal mucosa (1 case). Patients had oral feeds after 8 days, discharged after 12 days. Complications: Oro - cutaneous fistula (2 cases), partial necrosis (1 case). After one month, the flaps were survival, and the oral cavity function had reduced (swallowing and speech function were quite limited). After six months, 7/8 cases had no locoregional recurrence; the flap was good, and the oral cavity function was normal. One case had local recurrence.

Conclusions: Submental flap is a valid option for reconstructing intra - oral soft tissue with a high survival rate.

Keywords: Oral cancer, submental flap.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật đóng vai trò là hướng điều trị chính trong ung thư khoang miệng [1, 2], trong khi xạ trị thường được chỉ định sau phẫu thuật ở những bệnh nhân có nguy cơ cao tái phát tại vùng [3]. Phẫu thuật cắt bỏ khối u thường đòi hỏi cách bờ u ít nhất 1 - 1,5 cm. Ở những khối u kích thước lớn hơn, phẫu thuật cắt bỏ có thể gây ra khuyết hồng hai chiều hoặc ba chiều. Việc tái tạo những khuyết hồng như vậy ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng cuộc sống ở những bệnh nhân ung thư khoang miệng [4, 5]. Tuy nhiên, tạo hình khuyết hồng khoang miệng vẫn đang là một thách thức đối với phẫu thuật viên. Tùy thuộc vào kích thước và vị trí khuyết hồng, các phương pháp như khâu tại chỗ, biểu mô hóa thứ phát, ghép da mỏng đang được ứng dụng trong tạo hình khuyết hồng khoang miệng. Vật cơ da ngực lớn có nhược điểm là quá dày và tầm hạn chế. Một số vật như vật mũi má, vật cơ ức đòn chũm được ứng dụng nhưng không nhiều để che phủ khuyết hồng khoang miệng. Vật tự do như vật trước cẳng tay hoặc vật đùi bên đang được ứng dụng rộng rãi trong vài thập kỷ qua, tuy nhiên, đòi hỏi phẫu thuật viên dày dặn kinh nghiệm và kỹ thuật vi phẫu, thường kéo dài thời gian phẫu thuật cũng như ở những bệnh nhân già hay có bệnh nền [6 - 9]. Vật dưới cằm đang được sử dụng ngày càng nhiều trong tạo hình khuyết hồng khoang miệng [10 - 12]. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá bước đầu tính ứng dụng của vật dưới cằm trong tạo hình khuyết hồng ở những bệnh nhân ung thư sau phẫu thuật cắt u.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Trong khoảng thời gian từ tháng 4/2020 - 8/2021 tại khoa Phẫu Thuật - Trung tâm Ung Bướu - Bệnh viện Trung Ương Huế, chúng tôi thực hiện phẫu thuật ung thư khoang miệng có tạo hình khuyết hồng bằng vật dưới cằm cho 8 bệnh nhân, trong đó 3 ca u lưỡi, 4 ca u lưỡi - sàn miệng, 1 ca u niêm mạc má. Tất cả bệnh nhân đều có chẩn đoán giải phẫu bệnh và giai đoạn lâm sàng trước mổ, không có di căn xa. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt u và chuyển vật dưới cằm và nạo vét hạch cổ cùng bên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Do số lượng bệnh nhân ít, chúng tôi sử dụng phương pháp mô tả từng ca bệnh.

Phương pháp phẫu thuật:

Bệnh nhân nằm đầu ngửa xoay sang bên đối diện, sử dụng kính phóng đại.

Thiết kế vật: Vật da hình elipe, đường rạch da nằm dưới bờ hàm 1,5 cm, cách góc hàm 3,5 cm, kích thước của vật tùy thuộc vào khuyết hồng và nạo vét hạch cổ một hoặc hai bên.

Nạo vét hạch cổ: Luôn thực hiện đầu tiên, phẫu tích thận trọng động mạch mặt. sau khi hoàn tất nạo vét hạch thì chuyển sang lấy vật. Trường hợp nạo vét hạch hai bên thì lấy cuống mạch nuôi bên tổn thương ít hơn.

Lấy vật: Vật cơ da có cuống mạch nuôi là nhánh dưới cằm của động mạch mặt, phần cơ gồm đầu trước cơ nhị thân kèm cơ hàm móng.

Bệnh viện Trung ương Huế

Đường hầm tạo ra giữa vị trí vạt và khuyết hồng vùng lưỡi, lưỡi - sàn miệng, góc hậu hàm vv... Sau khi khâu lại khuyết hồng, đóng lại vị trí lấy vạt, đặt dẫn lưu. Đặt sonde dạ dày nuôi dưỡng sau mổ trong vòng 10 ngày, rút khi không bực vết thương hay rò dịch.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1: Đặc điểm chung

Bệnh nhân	Tuổi	Giới	Vị trí u	GPB	cTNM	Hạch cổ	Biến chứng	Xạ trị sau mổ	Theo dõi sau 6 tháng
Case 1	65	Nữ	Lưỡi	SCC	T2N1M0	pN0	Hoại tử 1 phần và rò	Có	
Case 2	34	Nữ	Lưỡi	SCC	T2N1M0	pN0	Rò	Có	
Case 3	62	Nam	Lưỡi Sm	SCC	T2N0M0	pN0	Không	Không	
Case 4	51	Nam	Lưỡi Sm	SCC	T1N0M0	pN0	Không	Không	Tái phát
Case 5	64	Nữ	Lưỡi Sm	SCC	T2N1M0	pN0	Không	Có	
Case 6	52	Nữ	Lưỡi Sm	SCC	T2N0M0	pN0	Không	Có	
Case 7	32	Nam	Lưỡi	SCC	T2N0M0	pN0	Không	Có	
Case 8	85	Nữ	Niêm mạc miệng	SCC	T2N0M0	pN0	Không	Không	

Độ tuổi bệnh nhân từ 32 - 85, trong đó có 3 nam và 5 nữ. Vị trí u nguyên phát thường gặp ở lưỡi sàn miệng. Ở vị trí này khuyết hồng thường đi kèm với tổn thương xương trong phẫu thuật để dễ dàng khâu nối. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều có kết quả mô bệnh học là ung thư biểu mô gai (Squamous cell carcinoma) phù hợp loại mô bệnh học chiếm hơn 90% trong ung thư khoang miệng. Không phát hiện di căn xa trên bệnh nhân tại thời điểm được chẩn đoán.

Phẫu thuật: Kích thước vạt trung bình là 28 cm² (4 x 7 cm), tái tạo khuyết hồng vùng lưỡi 3 trường hợp, lưỡi sàn miệng 4 trường hợp, niêm mạc má và góc hậu hàm 1 trường hợp.

Bảng 2: Kích thước khối u

Kích thước u (cm)	Số bệnh nhân
1 - < 2	1
2 - 4	7
Tổng	8

Kích thước khối u nguyên phát của bệnh nhân từ nhỏ đến vừa.

Bảng 3: Hạch cổ

Hạch cổ	Số bệnh nhân
Có	3
Không	5
Tổng	8

Tất cả các bệnh nhân nạo vét hạch cổ đều không có di căn trong 8 trường hợp. Có 3 bệnh nhân có hạch cổ trên siêu âm và phim chụp cắt lớp. Một bệnh nhân có hạch cổ sờ thấy trên lâm sàng nhưng kết quả FNA không có di căn.

Bảng 4: Xạ trị sau mổ

Xạ trị	Số bệnh nhân
Có	5
Không	3
Tổng	8

Xạ trị sau mổ có 3 bệnh nhân hạch cổ, 2 bệnh nhân có yếu tố nguy cơ cao. Xạ trị 50Gy vào vùng hạch và 60Gy/ 30fx vào giường u.

Phẫu thuật ung thư khoang miệng có tạo hình khuyết hồng bằng vật dưới cằm

Bảng 5: Biến chứng sau mổ

Biến chứng	Số bệnh nhân
Rò	2
Hoại tử 1 phần	1
Tổng số BN có biến chứng	3

Một trường hợp vật bị hoại tử rìa phải cắt lọc vết thương khâu lại, một trường hợp tụ dịch rò dịch từ vị trí tổn thương phải mở vết mổ dẫn lưu dịch.

Bảng 6: Phục hồi chức năng sau mổ

Chức năng	Sau mổ 1 tháng	Sau mổ 3 tháng
Nuốt	6/8	8/8
Nói	6/8	7/8
Thẩm mỹ	7/8	7/8

Các chức năng khoang miệng phục hồi tốt sau phẫu thuật tạo hình.

Bảng 7: Tiến triển, tái phát bệnh sau 6 tháng

Kết quả	Số bệnh nhân
Sống + không bệnh	7
Tái phát	1
Di căn xa	0
Tử vong	0
Tổng	8

Trường hợp tái phát sau 6 tháng do không được xạ trị sau mổ (không có chỉ định xạ trị sau mổ).

IV. BÀN LUẬN

Trong những thập kỷ qua, vật dưới cằm cho thấy sự chọn lựa hữu ích trong việc tái tạo khuyết hồng vùng khoang miệng. Kỹ thuật lấy vật dưới cằm có ưu thế đơn giản và nhanh chóng, kích cỡ và chiều dài của vật đủ để che lấp những khuyết hồng nhỏ và vừa vùng khoang miệng ngay cả những khuyết hồng phối hợp cả mô mềm và xương.

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 8 bệnh nhân phẫu thuật ung thư khoang miệng có tạo hình sử dụng vật dưới cằm. Các bệnh nhân trong nghiên cứu được phát hiện bệnh ở giai đoạn còn sớm, với T1 - 2 và N0 ở tất cả trường hợp, kết quả này cao hơn nghiên cứu của Cariati với tỷ lệ T1 - 2 67% và N0 77% [13], còn trong nghiên cứu của Faisal, tỷ lệ T1 - 2 63% và N0 85% [14]

Vật dưới cằm được mô tả lần đầu năm 1993 bởi Martin và trở thành phổ biến trong tạo hình các khuyết hồng vừa và nhỏ vùng khoang miệng với nhiều ưu thế như thời gian lấy vật nhanh chóng nhưng đảm bảo an toàn và tính thẩm mỹ [15]. Vật có cuống mạch từ động mạch dưới cằm, một nhánh bên lớn của động mạch mặt tách ra trước khi động mạch bắt chéo bờ hàm dưới, với khuyết hồng lấy vật trùng với nếp da dưới cằm cho kết quả thẩm mỹ tốt.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kích thước vật trung bình 28 cm², tương tự dấu vật lấy được của Chow 51 x 60 mm [16], nhưng lớn hơn nghiên cứu của Sebastian với kích thước vật trung bình 49 x 40mm [17]. Nhìn chung, vật dưới cằm linh động về kích thước phù hợp với tổn thương cắt bỏ, trong số bệnh nhân nghiên cứu, vật được lấy có chiều dài 30 - 60mm, đảm bảo về thẩm mỹ sau cắt rộng rãi u vùng khoang miệng. Trong nghiên cứu của Chow, vật lớn nhất lấy được có chiều dài 12cm tạo hình sau cắt bỏ ung thư má và không có hoại tử vật sau đó.

Mặc dù kích thước vật vừa và nhỏ, nhưng cũng đủ che phủ được các trường hợp khuyết hồng có cắt không đứt đoạn xương hàm dưới. Như trong nghiên cứu này, vật dưới cằm sử dụng tốt và đảm bảo trong 2 trường hợp phẫu thuật cắt u sàn miệng kèm cắt không đứt đoạn xương hàm dưới. Faisal cũng sử dụng vật dưới cằm tạo hình 8 trường hợp có cắt u kèm đoạn xương hàm, các vật đều không bị hoại tử và đảm bảo chức năng nói và nuốt [14].

Chúng tôi đánh giá trạng thái của vật dựa trên hiện tượng vật sống, hoại tử hoàn toàn hay hoại tử một phần. Mặt khác, kết quả trạng thái của vật cũng trùng với kết quả mức độ nhận máu của vật và đánh giá về mặt phẫu thuật. Vì vậy, chúng tôi lấy kết quả này làm đại diện để so sánh với các nghiên cứu khác. Trong nghiên cứu chúng tôi, biến chứng xảy ra ở 3 bệnh nhân: 2 trường hợp rò, 1 trường hợp hoại tử một phần. Tỷ lệ vật sống trong nghiên cứu của Faisal là 85% (trong khi 15% vật hoại tử một phần) [14], của Sittitrai 71% (trong khi 29% hoại tử 1 phần) [18], và Chow với 93,3% (trong khi 6,7% vật hoại tử 1 phần) [16].

Một trường hợp hoại tử 1 phần vật phải cắt lọc và khâu lại do lần đầu tiên lấy vật có thể gây tổn

thương vào nhánh mạch xuyên của vùng cơ nuôi ảnh hưởng đến kết quả. Các bệnh nhân đều không xạ trị trước mổ nên nguy cơ hoại tử vật ít xảy ra. Một trường hợp rò dịch vùng cổ do sàn miệng còn lại mỏng, không liền kín vết thương gây rò và tụ dịch phải xử lý và tụ dịch phải xử lý bằng: mở vết thương + súc rửa dẫn lưu và khâu lại thì 2.

Về tổn thương dây thần kinh nhánh dưới hàm của dây mặt: không có trường hợp nào. Đây cũng là ưu điểm của phẫu thuật dưới kính phóng đại.

Về phân hạch cổ, các trường hợp có hạch trên lâm sàng đều được chọc hạch làm tế bào học để chẩn đoán trước mổ. Tất cả các trường hợp nạo vét hạch cổ đều cho kết quả mô bệnh học không có di căn. Phương pháp nạo vét hạch cổ: cùng bên và chọn lọc. Tất cả các bệnh nhân đều được nạo vét hạch trước khi lấy vật để đảm bảo an toàn về mặt ung thư. Những bệnh nhân có hạch nhóm 1 nếu nghi ngờ tính chất hạch ác tính thì vật dưới

cầm sẽ không được sử dụng. Những bệnh nhân có hạch tiến triển trên lâm sàng đều tránh sử dụng vật dưới cầm.

Trong phẫu thuật ung thư sàn miệng, mục tiêu lý tưởng là phẫu thuật cắt bỏ u rộng rãi, nhưng cần đảm bảo về tính thẩm mỹ và chức năng sau mổ. Bảo tồn chức năng nói và nuốt là cần thiết để đảm bảo chất lượng cuộc sống sau này của bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 8/8 bệnh nhân nói được, 7/8 bệnh nhân ăn nuốt được sau 3 tháng phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật ung thư khoang miệng có tạo hình khuyết hồng bằng vật dưới cầm có tỷ lệ sống cao, tái tạo khoang miệng có mức độ trung bình và phục hồi chức năng khoang miệng tốt. Đây là kỹ thuật có tỷ lệ thành công cao, đồng thời là lựa chọn phẫu thuật lý tưởng cho các khuyết hồng trong khoang miệng kích thước từ nhỏ đến trung bình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lyons A. Current concepts in the management of oral cancer. Dent Update. 2006. 33: 538-9, 542-5.
2. Shah JP, Gil Z. Current concepts in management of oral cancer - surgery. Oral Oncol. 2009. 45: 394-401.
3. Huang SH, O'Sullivan B. Oral cancer: Current role of radiotherapy and chemotherapy. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2013. 18: e233-40.
4. Liu WW, Zhang CY, Li JY, Zhang MF, Guo ZM. A novel classification system for the evaluation and reconstruction of oral defects following oncological surgery. Oncol Lett. 2017. 14: 7049-7054.
5. Pastars K, Zarins J, Tars J, Ivanova A, Skagers A. Microsurgical reconstruction of oral defects with free flaps for patients with oral cancer: an 8 year experience with 153 consecutive cases. Stomatologija. 2018. 20: 39-42.
6. Gerard M, Le Guevelou J, Jacksic N, Lequesne J, Bastit V, Gery B, et al. Postoperative radiotherapy after flap reconstructive surgery in patients with head and neck cancer: A retrospective monocentric study with flap delineation to assess toxicity and relapse. Cancer Radiother. 2020. 24: 851-859.
7. Hanasono MM. Reconstructive Surgery for Head and Neck Cancer Patients. Adv Med. 2014. 2014: 795483.
8. Krijgh DD, Mureau MA. Reconstructive options in patients with late complications after surgery and radiotherapy for head and neck cancer: remember the deltopectoral flap. Ann Plast Surg. 2013. 71: 181-5.
9. Mitchell O, Kelly E, Ethunandan M, Horlock N, Sharma S, Singh RP. Outcomes of free flap reconstructive surgery in head and neck cancer patients over 80-years old. Br J Oral Maxillofac Surg. 2021. 59: 1090-1094.
10. Chai A, Chandran A, Philip J. Ipsilateral vertical modification of the submental island flap for intraoral reconstruction due to a vascular compromised, previously operated contralateral

- neck. Br J Oral Maxillofac Surg. 2020. 58: e332-e334.
11. Chaudhary B, Gong Z, Ling B, Lin Z, Abbas K, Hu M, et al. Application of the submental island flap in the reconstruction of intraoral defects. J Craniofac Surg. 2014. 25: e309-12.
 12. Mutlu OO, Yasak T, Egemen O, Kayadibi T, Tasasiz K. The Use of Submental Artery Perforator Island Flap Without Including Digastric Muscle in the Reconstruction of Lower Face and Intraoral Defects. J Craniofac Surg. 2016. 27: e406-9.
 13. Cariati P, Cabello Serrano A, Marin Fernandez AB, Perez de Perceval Tara M, Julia MA, Ildefonso Martinez Lara M. Is submental flap safe for the oncological reconstruction of the oral cavity? J Stomatol Oral Maxillofac Surg. 2018. 119: 284-287.
 14. Faisal M, Adeel M, Riaz S, Anwar A, Rashid A, Usman S, et al. The Submental Island Flap in Head and Neck Cancer. Ann Maxillofac Surg. 2018. 8: 287-291.
 15. Martin D, Pascal JF, Baudet J, Mondie JM, Farhat JB, Athoum A, et al. The submental island flap: a new donor site. Anatomy and clinical applications as a free or pedicled flap. Plast Reconstr Surg. 1993. 92: 867-73.
 16. Chow TL, Kwan WWY, Fung SC, Ho LI, Au KL. Reconstruction with submental flap for aggressive orofacial cancer- an updated series. Am J Otolaryngol. 2018. 39: 693-697.
 17. Sebastian P, Thomas S, Varghese BT, Iype EM, Balagopal PG, Mathew PC. The submental island flap for reconstruction of intraoral defects in oral cancer patients. Oral Oncol. 2008. 44: 1014-8.
 18. Sittitirai P, Srivanitchapoom C, Reunmakkaew D, Yata K. Submental island flap reconstruction in oral cavity cancer patients with level I lymph node metastasis. Br J Oral Maxillofac Surg. 2017. 55: 251-255.