

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT UNG THƯ THANH QUẢN TẦNG THANH MÔN GIAI ĐOẠN SỚM TẠI KHOA TAI MŨI HỌNG BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Nguyễn Quốc Dũng¹, Trần Phương Nam¹,
Phan Ngô Huy¹, Lê Chí Thông¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật ung thư thanh quản tầng thanh môn giai đoạn sớm

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 33 bệnh nhân ung thư thanh quản tầng thanh môn giai đoạn sớm được phẫu thuật tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 5/2013 đến tháng 5/2018. Nghiên cứu mô tả tiến cứu, có can thiệp.

Kết quả: Bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 90,9%, nữ 9,1%. Độ tuổi trung bình là 58,3. Tổn thương qua nội soi là 84,9% u sùi dây thanh. Giai đoạn TNM của ung thư thanh quản: giai đoạn I (81,8%), giai đoạn II (18,2%). Biến chứng sau mổ gồm: tràn khí (42,4%), chảy máu (9,1%), nhiễm trùng (12,2%).

Kết luận: Phẫu thuật trong ung thư thanh quản tầng thanh môn giai đoạn sớm là phương pháp điều trị hiệu quả, bảo tồn chức năng của thanh quản, giúp bệnh nhân hòa nhập cộng đồng.

ABSTRACT

EVALUATION OF SURGERY RESULTS FOR EARLY GLOTTIC CANCER AT ENT DEPARTMENT – HUE CENTRAL HOSPITAL

Nguyen Quoc Dung¹, Tran Phuong Nam¹,
Phan Ngo Huy¹, Le Chi Thong¹

Objectives: To evaluate the results of surgery treatment for early glottic cancer.

Methods: A total of 33 patients in early glottic cancer who had undergone surgery at ENT Department – Hue Central Hospital from 5/2013 to 6/2018. A prospective cohort study was conducted.

Results: There were 90.9% male, 9.1% female. The average of age was 58.3. On laryngeal endoscopic image, the exophytic lesions in vocal cord was 84.9%. The TNM staging classification of laryngeal cancer was in stage I (81.8%), stage II (18.2%). The rate of surgery complications were subcutaneous emphysema (42.4%), hematoma (9.1%), wound infection (12.2%).

Conclusions: Surgery treatment for early glottic cancer is an effective method. This method can preserve all functions of the larynx and helps patients integrating into the community.

1. Bệnh viện TW Huế

- Ngày nhận bài (Received): 29/7/2018; Ngày phản biện (Revised): 14/8/2018;
- Ngày đăng bài (Accepted): 27/8/2018
- Người phản hồi (Corresponding author): Nguyễn Quốc Dũng
- Email: quocdung2001@gmail.com, ĐT: 0914025133

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thanh quản là bệnh lý ác tính tại thanh quản, hay gặp nhất ở tầng thanh môn. Đây là một trong những bệnh lý ác tính thông thường nhất của bộ máy đường hô hấp trên, chiếm khoảng 30-40% của tất cả khối u ác tính vùng đầu cổ và 1 - 2,5% của tất cả khối u ác tính trong cơ thể. Bệnh gặp phổ biến ở nam giới, trung niên và có liên quan đến một số yếu tố nguy cơ như hút thuốc, uống rượu. Ung thư tế bào vảy chiếm 90 – 95% thể mô bệnh học. Năm 2016, ở Mỹ có gần 13.000 trường hợp ung thư thanh quản được chẩn đoán [9]. Ở Việt Nam, trong các loại ung thư vùng đầu cổ thì ung thư thanh quản đứng thứ 2 sau ung thư vòm mũi họng. Chẩn đoán và điều trị sớm ung thư thanh quản giúp bảo tồn chức năng nói, thở theo đường tự nhiên và tỉ lệ điều trị khỏi bệnh cao. Đây là lý do chúng tôi tiến hành đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư thanh quản tầng thanh môn giai đoạn sớm tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Trung ương Huế với mục tiêu: *Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật ung thư thanh quản tầng thanh môn giai đoạn sớm*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu: gồm 33 bệnh nhân ung thư thanh quản tầng thanh môn giai đoạn sớm (giai đoạn I, II) được điều trị phẫu thuật tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 5/2013 đến tháng 5/2018.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu, có can thiệp, không nhóm chứng.

2.3. Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Ung thư thanh quản tầng thanh môn giai đoạn sớm (T1N0M0 và T2N0M0)
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu và phẫu thuật cắt u thanh quản qua đường mở sụn giáp.

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Ung thư lan xuống hạ thanh môn
- Bệnh nhân có chống chỉ định với gây mê

2.4. Các bước tiến hành phẫu thuật

Tất cả các bệnh nhân được làm xét nghiệm tiền phẫu, khám trước mê đầy đủ. Nội soi thanh quản bằng ống cứng hoặc ống mềm ở 2 chế độ ánh sáng trắng và dải ánh sáng hẹp để xác định ranh giới của tổn thương ở thanh môn. Đối chiếu lâm sàng, hình ảnh nội soi và chụp cắt lớp vi tính thanh quản có thuốc cản quang để đánh giá chính xác mức độ tổn thương, diện tổn thương ung thư.

Các bước tiến hành phẫu thuật:

Thì 1: Đặt nội khí quản. Soi treo thanh quản - hạ họng đánh giá lại tổn thương dưới nội soi có phóng đại ra màn hình. Soi thực quản loại trừ có ung thư thứ hai ở thực quản.

Thì 2: Rạch da ngang tầm sụn giáp, kéo các cơ dưới móng, bộc lộ sụn giáp.

Thì 3: Mở sụn giáp theo đường dọc giữa bằng cưa. Dùng kéo thẳng tiếp tục cắt đúng đường giữa qua mép trước dây thanh. Bộc lộ rộng rãi tầng thanh môn, quan sát đánh giá tổn thương ung thư tại thanh môn ở các vị trí: bờ ngoài u, mép trước 2 dây thanh, mép sau dây thanh, mẫu thanh các tính chất: màu sắc niêm mạc lân cận, độ mềm mại niêm mạc, tính thâm nhiễm buồng morgani, băng thanh thất, mặt trong màng sụn – sụn giáp.

Thì 4: Cắt khối ung thư: cắt cách rìa khối u tối thiểu 3 mm. Lấy mẫu mô vùng rìa làm giải phẫu bệnh lý để đánh giá bờ viền. Có 3 cách để cắt bỏ khối ung thư tùy theo mức độ xâm lấn của u.

- Cắt một phần dây thanh: nếu u khu trú ở 1/3 giữa dây thanh thì cắt dây thanh cách rìa 3mm trước sau u và đảm bảo độ sâu cũng cách 3mm. Lấy mẫu gửi làm giải phẫu bệnh.

- Cắt toàn bộ dây thanh: Nếu u lan rộng đến gần mép trước hoặc gần mẫu thanh thì cắt dây thanh theo các bước: bóc tách dây thanh sát màng sụn giáp từ trước ra sau, cắt chỗ bám của cơ dây thanh vào mép trước, cắt bỏ dây thanh cho đến mẫu thanh, cắt xuống phía hạ thanh môn 2-3 mm cách bờ dưới dây thanh, luôn kiểm soát chặt chẽ ranh giới khối u.

- Cắt toàn bộ dây thanh mở rộng: Nếu ung thư lan

rộng đến mấu thanh thì cắt thêm sụn phễu; Nếu ung thư dây thanh lan đến mép trước hoặc lan sang dây thanh đối bên kỹ thuật giống mô tả như trên kèm cắt bên đối diện cách sang thương khoảng 3 mm, bảo tồn sụn giáp. Có thể cắt thanh thất morgagni, 1 phần băng thanh thất

Thì 5: Khâu phục hồi lại diện cắt ở thanh môn bằng chỉ Vicryl 3.0. Khâu phục hồi sụn giáp bằng 3 nút chỉ Vicryl 2.0. Đặt dẫn lưu và băng ép hố mổ.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm lâm sàng

3.1.1. Tuổi

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	n	%
41 - 50	11	33,3
51 - 60	7	21,2
61 - 70	11	33,3
>70	4	12,2
Tổng	33	100
$p < 0,05$		
Tuổi trung bình	58,3 ± 9,9	
Tuổi nhỏ nhất - lớn nhất	44 - 81	

Tuổi trung bình mắc bệnh 58,3; bệnh nhân lớn tuổi nhất là 81 và ít tuổi nhất là 44. Nghiên cứu của Nguyễn Đình Phúc tuổi mắc trung bình là 58, Nguyễn Quang Trung là 58, Nguyễn Vĩnh Toàn là 55,6.[5],[6].

3.1.4. Hình thái tổn thương dưới nội soi

Bảng 4: Hình thái tổn thương dây thanh qua nội soi thanh quản

Tổn thương	U sùi	Bạch sản	Giả nang	Giả polyp	Thâm nhiễm đỏ	Tổng số
n	28	3	1	1	0	33
%	84,9	9,1	3,0	3,0	0	100

U sùi là hình thái hay gặp nhất chiếm tỉ lệ 84,9%. Các hình thái khác chiếm tỉ lệ thấp như bạch sản 9,1%, giả nang và giả polyp chỉ chiếm 3%.

3.1.2. Giới

Bảng 2. Phân bố theo giới

Giới	n	%	p
Nam	30	90,9	$p < 0,01$
Nữ	3	9,1	
Tổng	33	100,0	

Nam giới chiếm tỷ lệ 90,9%, tỷ lệ nam/ nữ khoảng 10/1. Tỉ lệ này cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Trần Anh Bích 10/1. Nghiên cứu của Phạm Văn Hữu tất cả đều là nam giới.[1],[2]. Y văn ghi nhận ung thư thanh quản gặp phổ biến nam giới, có liên quan đến một số yếu tố nguy cơ như hút thuốc, uống rượu. Do đó bệnh lý này gặp chủ yếu ở nam giới.

3.1.3. Các yếu tố nguy cơ

Bảng 3: Các yếu tố nguy cơ

Yếu tố nguy cơ	n	%
Hút thuốc	29	87,9
Uống rượu	22	66,7
Hút thuốc + uống rượu	19	57,6

Tỉ lệ bệnh nhân hút thuốc chiếm 87,9%, uống rượu chiếm 66,7% và bệnh nhân vừa hút thuốc vừa uống rượu chiếm 57,6%. Trong nghiên cứu của Trần Anh Bích hút thuốc chiếm 66,7% hút thuốc và uống rượu chiếm 17,7%.[1]. Theo nhiều nghiên cứu ghi nhận, hút thuốc lá và uống rượu là các yếu tố nguy cơ trực tiếp đến sự biến đổi ác tính tại thanh quản. Nguy cơ tăng 10 – 20 lần ở các bệnh nhân có hút thuốc và uống rượu.

3.1.5. Phân loại tổn thương theo TNM

Bảng 5. Phân loại tổn thương theo TNM

Giai đoạn	n	%	p
T1a	24	72,7	p < 0,01
T1b	3	9,1	
T2	6	18,2	
Tổng	33	100,0	

Giai đoạn T1 chiếm tỷ lệ 81,8%, trong đó T1a chiếm tỉ lệ cao nhất 72,7%, giai đoạn T2 chiếm 18,2%.

3.2. Đánh giá kết quả phẫu thuật

3.2.1. Phương pháp phẫu thuật

Bảng 6. Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	n	%
Cắt một phần dây thanh	13	39,4
Cắt toàn bộ dây thanh	11	33,3
Cắt toàn bộ dây thanh mở rộng	9	27,3

Về phương pháp phẫu thuật, chúng tôi tuân thủ theo cách Phân loại phẫu thuật cắt dây thanh của Hội thanh quản châu Âu - 2000. Đối với phẫu thuật cắt một phần dây thanh đến hết lớp cơ tương ứng với type III (transmuscular cordectomy), cắt toàn bộ dây thanh tương ứng type IV (total cordectomy) và cắt dây thanh mở rộng tương ứng với type V (Extended cordectomy) [12]. Cách phân loại này được áp dụng cho phẫu thuật bằng laser qua đường miệng và có thể sử dụng cho phẫu thuật hở. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ cắt một phần dây thanh 39,4%, cắt toàn bộ dây thanh 33,3% và cắt toàn bộ dây thanh mở rộng 27,3%.

Đối với ung thư thanh môn giai đoạn sớm có 2 lựa chọn điều trị: phẫu thuật hoặc xạ trị. Lựa chọn phương thức điều trị tùy thuộc vào nhiều yếu tố: tổng trạng bệnh nhân, phương tiện phẫu thuật, hệ thống xạ trị... Cheng Zhan và cs (2018) nghiên cứu so sánh kết quả điều trị phẫu thuật và xạ trị ung thư thanh quản giai đoạn sớm trên bộ dữ liệu SEER từ năm 1973 – 2003 gồm 7246 trường hợp, đưa ra nhận xét điều trị phẫu thuật nhìn chung mang lại kết quả tốt hơn xạ trị. Nhóm bệnh nhân xạ trị có tỷ lệ sống còn đặc hiệu (cancer-specific survival) kém hơn nhóm được phẫu thuật. Xạ trị mang lại kết quả kém

hơn phẫu thuật ở bệnh nhân ≤ 60 tuổi, ung thư thanh môn ở giai đoạn T1a, thể mô bệnh học biệt hóa tốt. Mặc dầu vậy thời gian sống còn của 2 phương pháp điều trị này gần tương đương nhau [13].

Nghiên cứu Piboon Sureepong và cs (2014) trên 55 bệnh nhân ung thư thanh môn giai đoạn sớm được điều trị phẫu thuật. Kết quả nghiên cứu cho thấy khả năng kiểm soát khối ung thư bằng phẫu thuật từ 75 – 90% và bằng phương pháp xạ trị là 72 – 92%. Phẫu thuật tỏ ra ưu thế hơn đối với những trường hợp khối ung thư lan đến mép trước [14].

Trong quá trình thực hành, chúng tôi nhận thấy bằng quan sát trực tiếp trong quá trình phẫu thuật, chúng tôi dễ dàng kiểm soát khối ung thư, đặc biệt là những khối ung thư lan đến mép trước. Với sự hỗ trợ của các phương tiện hình ảnh trước phẫu thuật bao gồm nội soi mềm dải ánh sáng hẹp, chụp cắt lớp vi tính và các vị trí sinh thiết đã đánh dấu trước trong lần sinh thiết chẩn đoán trước đó, chúng tôi đảm bảo lấy được bệnh tích tối đa với mức độ tổn thương tối thiểu.

Trong nghiên cứu chúng tôi, có 14 trường hợp kết quả mô bệnh học bờ viền sau phẫu thuật có loạn sản. 14 trường hợp này được hội chẩn với bác sĩ chuyên khoa Ung bướu để xạ trị bổ trợ sau khi hậu phẫu ổn định.

3.2.2. Biến chứng sau phẫu thuật

Bảng 7. Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng	n	%
Không biến chứng	14	42,4
Tràn khí	14	42,4
Nhiễm trùng	4	12,2
Chảy máu	3	9,1
Dính mép trước	1	3,0
Mô hạt viêm	0	0

Trong phẫu thuật mở thanh quản chúng tôi không tiến hành khai khí quản trước đó do đã rút kinh

nghiệm từ các trung tâm khác và chỉ có 3 trường hợp lưu khí quản sau mổ 12h sau đó cũng không áp dụng nữa. Chúng tôi cũng không đặt ống nuôi ăn và quá trình theo dõi sau mổ không có bệnh nhân nào bị sặc.

Có 42,4% số trường hợp không có biến chứng sau phẫu thuật. Biến chứng tràn khí dưới da vùng cổ chiếm 42,4%. Tràn khí nhẹ vùng sụn giáp và chỉ kéo dài vài ngày. Có 01 trường hợp chảy máu sau hậu phẫu chúng tôi phải mở sụn giáp ra cầm lại. 01 trường hợp dính mép trước được tiến hành phẫu thuật nội soi tách dính.

3.2.3. Đánh giá chức năng phát âm sau mổ

Bảng 8. Đánh giá chức năng phát âm sau mổ 3 tháng

VHI Nghe hiểu	0 – 30	31 – 60	61 – 90	91 – 120	Tổng
Hiểu rõ	8	20	0	0	28
Hiểu 1 phần	2	3	0	0	5
Không hiểu	0	0	0	0	0
Tổng	10	23	0	0	33

Có 28 bệnh nhân chiếm 84,8% khi giao tiếp mọi người đều hiểu nội dung và không có trường hợp nào không hiểu khi diễn đạt. Điểm VHI có 10 bệnh nhân có điểm dưới 30 và 23 bệnh nhân có điểm từ 31 đến 60.

3.2.4. Tỷ lệ tái phát và sống sau 5 năm

Bảng 9. Tỷ lệ tái phát và sống sau 5 năm

Kết quả	n	%
Tái phát tại chỗ	1	3,0 %
Sống sau 5 năm	32	97,0%

Trong 33 bệnh nhân phẫu thuật thanh quản giai đoạn sớm, tỉ lệ sống sau 5 năm chiếm 97%. Một trường hợp tử vong là do bệnh lý tim mạch tử vong sau phẫu thuật 2 năm. 01 trường hợp tái phát, bệnh nhân này sau đó được tiến hành phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần và hiện tại vẫn khỏe mạnh.

IV. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 33 bệnh nhân ung thư thanh quản giai đoạn sớm được phẫu thuật tại khoa Tai mũi họng - Bệnh viện Trung ương Huế, chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

- Bệnh gặp chủ yếu ở nam giới, lứa tuổi trung niên.
- Tỷ lệ bệnh nhân hút thuốc lá chiếm cao nhất 87,9%, uống rượu chiếm 66,7%.

- U sùi là hình thái hay gặp nhất chiếm tỉ lệ 84,9%.

- Ung thư giai đoạn I chiếm tỷ lệ 90,9%

- 42,4% số trường hợp không có biến chứng của phẫu thuật. Biến chứng hay gặp tràn khí dưới da mức độ nhẹ.

- Tỷ lệ sống sau 5 năm là 97% và tái phát là 3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Anh Bích và cs(2011), “Cắt thanh quản bán phần trong điều trị ung thư thanh quản tăng thanh môn giai đoạn sớm”, *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 15(1), tr.177-182.
2. Phạm Văn Hữu và cộng sự (2012), “Kết quả phẫu thuật cắt dây thanh điều trị ung thư thanh quản tại khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện Bạch Mai” , *Y học lâm sàng*, 69, tr. 36-41.
3. Lê Minh Kỳ, Quản Thành Nam (2015), “Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt thanh quản bán phần kiểu Tucker trong điều trị ung thư thanh quản tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương”, *Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam*, vol. (60-25), No. 1, tr. 73 – 77.
4. Lê Minh Kỳ và cs(2015), “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, vol (60-25), No. 1, tr. 27 - 31.
5. Nguyễn Đình Phúc và cs(2010), “Yếu tố nguy cơ và dấu hiệu khàn tiếng trong ung thư thanh quản giai đoạn sớm”, *Tạp chí nghiên cứu Y học*, 67(2), tr. 53 – 57.
6. Nguyễn Quang Trung và cs (2015) “Đổi chiều tổn thương ung thư dây thanh giai đoạn sớm qua lâm sàng, nội soi và cắt lớp vi tính”, *Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam*, vol (60-27). No 3, tr. 57 – 64.
7. Agnaldo JG and at al (2016), “Partial laryngectomy in glottic cancer: complications and oncological results”, *Braz J Otorhinolaryngol.* 2016;82(3):275-280.
8. Arsheed H. Hakeem and et al(2015), “Optimal Treatment for Early Glottic Carcinoma” *J Oto Rec Surg*, 1(1): 102.
9. Gady HE and at al (2016), “ Management of Early Laryngeal Cancer: The Role of Individualized Medicine”, *International Journal of Head and Neck Surgery*, January-March 2016;7(1):23-28.
10. Henry T. Hoffman et al(2010). ,“Management of Early Glottic Cancer”, *Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery 2010*, 5th ed. volume 2.
11. Gregory S. Weinstein et al (2010), “ Conservation Laryngeal Surgery”, *Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery 2010*, 5th ed. volume 2.
12. Michael L. Hinni et al (2010), “ Transoral Laser Microresection of Advanced Laryngeal Tumors”, *Cummings Otolaryngology Head and Neck Surgery 2010*, 5th ed. volume 2.
13. Riboon Sureepong, Choakchai Metheetrairut (2014), “Frontolateral Laryngectomy: Siriraj Experience”, *J Med Assoc Thai*, 97(7), pp. 841 - 848.
14. Zhan C. et al. (2018), “Radiotherapy vs surgery for T1-2N0M0 laryngeal squamous cell carcinoma: A population-based and propensity score matching study”, *Cancer Med.*