

NHẬN XÉT BƯỚC ĐẦU VỀ CÁC TRƯỜNG HỢP UNG THƯ LƯỠI ĐƯỢC PHẪU THUẬT TÁI TẠO BẰNG VẬT DA CƠ NGỰC LỚN TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Nguyễn Đình Tùng¹, Nguyễn Văn Phúc¹, Trần Nhật Huy¹,
Nguyễn Xuân Hùng¹, Lê Kim Hồng¹, Trần Ngọc Huy¹, Phạm Như Hiệp¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét bước đầu về 6 trường hợp ung thư lưỡi được phẫu thuật tái tạo bằng vật da cơ ngực lớn tại khoa Phẫu thuật, Trung tâm Ung Bướu, Bệnh viện Trung ương Huế.

Đối tượng và phương pháp: 6 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư lưỡi tại khoa Phẫu thuật Trung tâm Ung Bướu, Bệnh viện Trung ương Huế năm 2018.

Kết quả và bàn luận: Tất cả 6 trường hợp vật đều sống tốt, chưa ghi nhận thấy trường hợp nào vật bị hoại tử 1 phần hay toàn bộ. Tất cả các trường hợp đều không có biến chứng chảy máu và nhiễm trùng. Có 1 trường hợp có biểu hiện của dò ra da vùng cổ và đang trong quá trình tiếp tục theo dõi thêm.

Kết luận: Vật da cơ ngực lớn là 1 phương pháp tái tạo 1 thì, có tỉ lệ sống của vật cao, hữu hiệu trong tái tạo ung thư lưỡi.

Từ khóa: ung thư lưỡi, vật da cơ ngực lớn

ABSTRACT

THE INITIAL OBSERVATIONSON ON CASES OF TONGUE CANCER WERE RECONSTRUCTED BY PECTORALIS MAJOR MYOCUTANEOUS PEDICLE FLAP AT HUE CENTRAL HOSPITAL

Nguyen Dinh Tung¹, Nguyen Van Phuc¹, Tran Nhat Huy¹,
Nguyen Xuan Hung¹, Le Kim Hong¹, Tran Ngoc Huy¹, Pham Nhu Hiep¹

Objective: Some initial observations on cases of tongue cancer were reconstructed by pectoralis major myocutaneous pedicle flap at Surgery Departement of Oncology Center of Hue Central Hospital.

Materials and method: Our clinical study was performed on 6 patients of tongue cancer at Surgery Departement of Oncology Center of Hue Central Hospital in 2018.

Result and Discussion: 100% pedicle flap has well transformed, total or partial necrosis did not occur in any case. There were not bleeding or infective complications in all case. One case showed cutaneous fistula in the neck and need to monitor continuously.

Conclusion: The pectoralis major myocutaneous pedicle flap is a safe one step reconstructive method with low morbidity of the flap. It is an effective flap in reconstruction of tongue cancer.

Key words: tongue cancer, pectoralis major myocutaneous pedicle flap

1. Bệnh viện TW Huế

- Ngày nhận bài (Received): 1/12/2018; Ngày phản biện (Revised): 3/12/2018;
- Ngày đăng bài (Accepted): 25/12/2018
- Người phản hồi (Corresponding author): Nguyễn Đình Tùng
- Email: tung.phd@gmail.com; ĐT: 0913 426 510

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 1955, Owen đã mô tả ứng dụng đầu tiên của vạt da cơ có cuống mạch để tái tạo vùng cổ mặt bằng cách sử dụng vạt cơ lưng rộng. Mặc dù có sự mô tả này, vạt da cơ vẫn không thông dụng trong suốt 20 năm sau.

Năm 1979, việc sử dụng vạt da cơ có cuống mạch mới được chấp nhận rộng rãi. Một loạt các ca phẫu thuật được thực hiện bởi Ariyan và sau đó là Baek đã giới thiệu việc sử dụng vạt da cơ ngực lớn như 1 phẫu thuật trong tái tạo vùng đầu cổ 1 cách thường quy [2], [3].

Vạt da cơ ngực lớn xuất phát từ cơ ngực lớn có hoặc không có da đi kèm, đôi khi có kèm theo xương sườn. Nó được nuôi chủ yếu bởi nhánh cùng vai ngực của động mạch dưới đòn. Đây là vạt cơ chủ

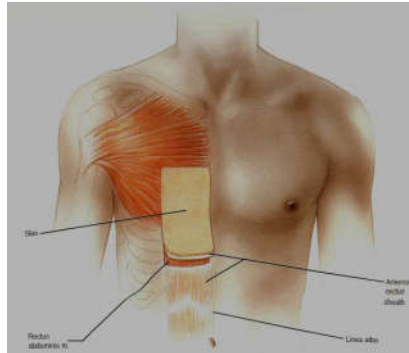
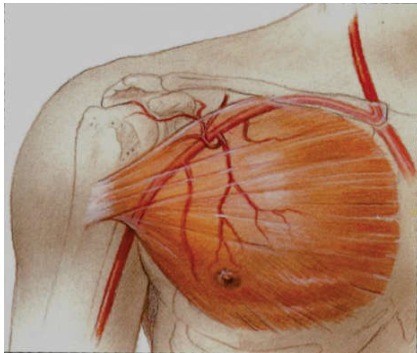
yếu trong tạo hình cổ mặt.

Từ khi được giới thiệu, vạt da cơ ngực lớn đã được sử dụng một cách rộng rãi trong việc tái tạo mất chất khoang miệng, họng miệng và vùng mặt [1],[4].

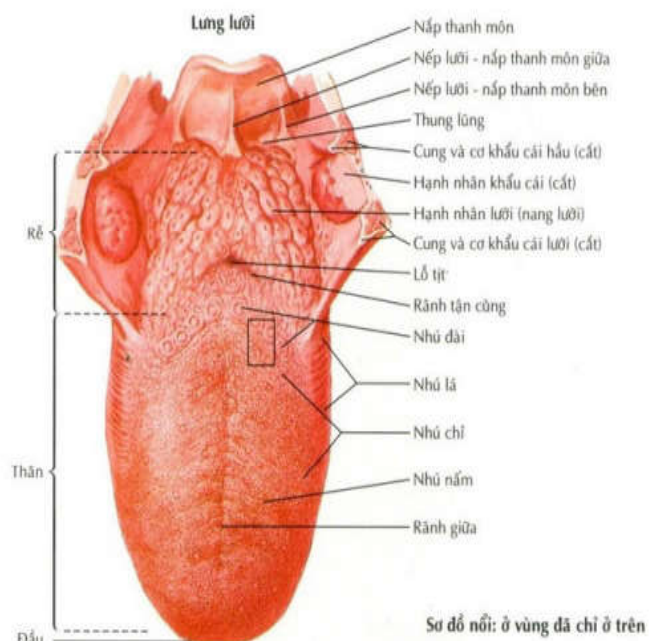
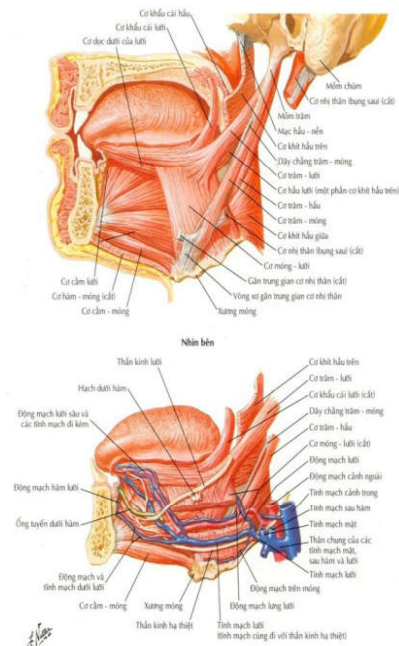
Tại Việt Nam, vào năm 1997 đã có báo cáo của PGS.TS. Trần Minh Trường và bác sĩ Phạm Thanh Sơn về việc dùng vạt da cơ ngực lớn để tái tạo thành họng và đáy lưỡi sau cắt bỏ ung thư.

II. ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU

Cơ ngực lớn: thuộc thành trước của nhóm cơ vùng nách, nằm ngay dưới xương đòn. Cơ ngực lớn được chi phối bởi thần kinh ngực bên và được cung cấp máu bởi nhánh ngực của động mạch cùng vai ngực thuộc động mạch dưới đòn.



- Lưỡi: gồm đầu lưỡi, thân lưỡi và đáy lưỡi



III. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

3.1. Đối tượng nghiên cứu

6 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư lưỡi tại khoa Phẫu thuật Trung tâm Ung Bướu Bệnh viện Trung ương Huế năm 2018.

Trong 6 bệnh nhân được phẫu thuật tái tạo lưỡi bằng vật da cơ ngực lớn, có 3 trường hợp có mở xương hàm dưới và có 4 bệnh nhân đã hóa xạ đồng thời trước phẫu thuật.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: bệnh nhân ung thư lưỡi.

Tiêu chuẩn loại trừ: những trường hợp có bệnh lý nội khoa nặng đi kèm và những trường hợp đã di căn xa.

3.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả từng ca có can thiệp

Các bước phẫu thuật:

- Khai khí quản chủ động
- Nạo vét hạch cổ 1 bên hoặc 2 bên
- Tiến hành mở xương hàm dưới
- Cắt 1 phần lưỡi kèm khối u
- Tiến hành lấy vật da cơ ngực lớn

- Chuyển vật vào khoang miệng và khâu tạo hình lưỡi sàng miệng

- Đóng xương hàm bằng nẹp vis và kiểm tra đúng khớp cắn

- Đặt dẫn lưu và khâu vết thương vùng cổ và ngực

- Đặt sonde dạ dày nuôi dưỡng.

Các tiêu chí đánh giá

Tuổi và giới

Vị trí tổn thương và di căn hạch

Giải phẫu bệnh lý

Các điều trị đã áp dụng trước phẫu thuật

Mở xương hàm phối hợp

Biến chứng sau mổ (trong thời gian 3 tuần sau phẫu thuật): chảy máu sau mổ, nhiễm trùng, hoại tử vật da, dò ra da vùng cổ.

IV. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi và giới

Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 35 tuổi, lớn tuổi nhất là 65 tuổi.

Có 5 bệnh nhân là nam giới, 1 bệnh nhân là nữ giới.

Bảng 4.1. Vị trí tổn thương và di căn hạch

Vị trí	n	%
Tại chỗ Hông lưỡi	3	50.0%
Hông lưỡi xâm lấn sàng miệng	2	33.3%
Hông lưỡi xâm lấn trụ trước amydale	1	16.7%
Tổng	6	100%

Tất cả các trường hợp đều có di căn hạch cổ

Giải phẫu bệnh lý

Tất cả các trường hợp giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tế bào vảy

Bảng 4.2. Điều trị trước phẫu thuật

	n	%
Không điều trị	2	33,3
Hóa xạ trị đồng thời	4	66,7
Tổng	6	100

Bảng 4.3. Mở xương hàm phối hợp

	Có	không
Mở xương hàm	3	3

Bảng 4.4. Biến chứng sau mổ (sau 3 tuần theo dõi)

Biến chứng	Chảy máu	Nhiễm trùng	Hoại tử vạt	Dò ra da vùng cổ
n	0	0	0	1
%	0	0	0	16.7%

V. BÀN LUẬN

Tuổi và giới

Đa số các bệnh nhân ung lưỡi gặp ở nam giới và ở lứa tuổi trung niên. Điều này có thể giải thích là do nam giới thường sử dụng thuốc lá và rượu bia hơn nữ giới.

Vị trí tổn thương

Đa số các trường hợp đã xâm lấn (sàng miệng, trụ trước amygdale), điều này hoàn toàn phù hợp vì phẫu thuật cần cắt khối ung thư tận gốc nên diện mất chất sẽ rộng và cần thiết phải tái tạo.

100% các trường hợp có di căn hạch do các bệnh nhân thường đến viện muộn.

Giải phẫu bệnh lý

100% các trường hợp là ung thư biểu mô tế bào vảy là hợp lý

Điều trị trước phẫu thuật

Đa số các trường hợp có hóa xạ trị đồng thời trước phẫu thuật do trước đây phẫu thuật tái tạo lưỡi chưa được áp dụng nhiều nên hóa xạ đồng thời được chọn là phương pháp điều trị chủ yếu cho các bệnh nhân ung thư lưỡi giai đoạn xâm lấn và di căn hạch cổ.

Mở xương hàm phổi hợp

Có 3 trường hợp có mở xương hàm phổi hợp tương đương với số trường hợp ung thư có xâm lấn (sàng miệng, trụ trước amygdal) bởi vì những trường hợp có xâm lấn thì diện mất chất sau khi cắt rộng nên cần lấy vạt lớn, vì vậy để thuận lợi trong quá trình thao tác thì cần phải mở xương hàm phổi hợp.

Biến chứng sau mổ

Tất cả 6 trường hợp vạt đều sống tốt, chưa ghi nhận thấy trường hợp nào vạt bị hoại tử 1 phần hay toàn bộ. Điều này có thể giải thích là do vạt da cơ ngực lớn có mạch máu nuôi dưỡng mạnh.

Tất cả các trường hợp đều không có biến chứng chảy máu và nhiễm trùng do trong quá trình phẫu thuật được cầm máu cẩn thận và hậu phẫu tốt.

Có 1 trường hợp có biểu hiện của dò ra da vùng cổ và đang trong quá trình tiếp tục theo dõi thêm.

VI. KẾT LUẬN

Vạt da cơ ngực lớn là 1 phương pháp tái tạo 1 thì, có tỉ lệ sống của vạt cao, hữu hiệu trong tái tạo ung thư lưỡi, đặc biệt là trong những trường hợp có xâm lấn (sàng miệng, trụ trước Amydale) giúp giữ được chức năng và tính thẩm mỹ của lưỡi [5].

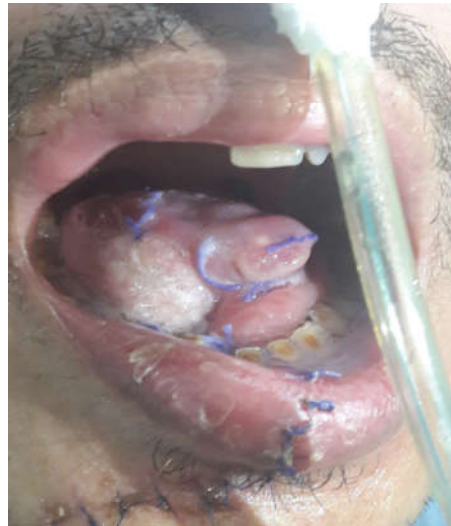
MỘT SỐ HÌNH ẢNH



Bệnh nhân: Võ Văn T. 45 Tuổi, hậu phẫu tuần thứ 3



Bệnh nhân: Nguyễn T. 60 Tuổi, hậu phẫu tuần thứ 3



Bệnh nhân: Nguyễn Văn H. 51 tuổi, Hậu phẫu tuần thứ 3

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. AleksandarAnicin, (2015).Pectoralis Major Myocutaneous Flap in Primary and Salvage Head and Neck Cancer Surgery. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Volume 73, Issue 10, October 2015, Pages 2057-2064
2. Ariyan S (1979), The pectoralis major myocutaneous flap: a versatile flap for reconstruction in head and neck. Plast Reconstr Surg 63: 73–81
3. Ariyan S (1979) Further experience with the pectoralis major myocutaneous flap for the immediate repair of defects from excisions of head and neck cancers. Plast Reconstr Surg 64: 605–612
4. Ijsselstein CB, Hovius SE, Ten Have BL et al (1996) Is the pectoralis myocutaneous flap in intraoral and oropharyngeal reconstruction outdated? Am J Surg 172(3):259–262
5. Kiran ShrikrishnaGadreMDS†PushkarGadreMDS†Vikrant DilipSaneMDS (2013). Pectoralis Major Myocutaneous Flap-Still a Workhorse for Maxillofacial Reconstruction in Developing Countries. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Volume 71, Issue 11, November 2013, Pages 2005.e1-2005.e10.