

NHẬN XÉT MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP UNG THƯ DA MẶT ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ TỪ 2005 - 2010

Nguyễn Hồng Lợi¹, Nguyễn Việt Sơn¹, Trần Văn Quả¹,
Hoàng Lê Trọng Châu¹, Trần Xuân Phú¹
1. Khoa Răng hàm mặt, BVTW Huế

TÓM TẮT

Ung thư da mặt đòi hỏi phải cắt rộng, cắt cả mô lành xung quanh khối u để phòng tái phát, điều này tăng thêm khó khăn cho việc đóng vết thương, tạo hình phục hồi chức năng và thẩm mỹ vùng mặt. Tổng kết 5 năm điều trị, với 48 trường hợp ung thư da tế bào đáy đã rút ra những nhận xét về dịch tễ học, lâm sàng và lựa chọn kiểu vạt thích hợp che phủ những khuyết hồng sau phẫu thuật.

ABSTRACT

A CLINICAL STUDY OF FACIAL SKIN CANCER CASES TREATED AT THE HUE CENTRAL HOSPITAL FROM 2005 – 2010

Nguyen Hong Loi¹, Nguyen Viet Son¹, Tran Van Qua¹,
Hoang Le Trong Chau¹, Tran Xuan Phu¹

The treatment of facial skin cancer demands extensive surgical removal of tissue around the tumor to prevent recurrence – This increases the difficulties for wound closing, functional and facial aesthetic rehabilitations. Following 5 year of treating 48 cases of facial basal cell carcinoma, the authors draw some remarks on epidemiological, clinical issues related to skin cancer and suggests suitable surgical approaches, and cover the defects of face after surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong các bệnh lý về da mặt, ung thư da là loại ung thư hay gặp nhất ở người. Theo Silverberg và Lubera năm 1987 Hoa Kỳ có khoảng 500.000 người bị ung thư da, trong đó ung thư da tế bào đáy chiếm cao nhất và 90% các trường hợp bị ung thư da tế bào đáy là ở vùng mặt cổ.

Theo Frank nghiên cứu 1623 trường hợp ung thư vùng miệng trong đó có 1546 (95.25%) là ung thư biểu mô thì loại ung thư tế bào đáy chiếm 25%. Chính vì vậy việc điều trị ung thư da vùng mặt rất quan trọng và phải chú ý hai phương diện: ung thư và thẩm mỹ chức năng.

Qua nghiên cứu kinh nghiệm của các trung tâm lớn răng hàm mặt tại Hà Nội, Tp Hồ Chí Minh với sự giúp đỡ về chuyên môn và kỹ thuật của các đoàn phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ Đức, Bỉ, Pháp... chúng tôi đã phẫu thuật cho 48 bệnh nhân ung thư da tế bào đáy vùng mặt. Kết quả phẫu thuật khá tốt đã góp phần điều chỉnh và mang lại chất lượng đời sống tốt hơn cho bệnh nhân. Mục tiêu của đề tài:

Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ung thư da mặt

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 48 bệnh nhân ung

thư da mặt điều trị tại khoa RHM (2005-2010). Tuổi từ 8 – 83

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu kết hợp tiến cứu, cắt ngang mô tả.

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

- Tiêu chí đánh giá kết quả điều trị bằng phương pháp phẫu thuật.

+ Tốt: Sẹo theo nếp nhăn tự nhiên, mờ đẹp, không co kéo, không biến dạng nét mặt, không ảnh hưởng chức năng nhắm mắt, hẹp mũi, kéo miệng.

+ Khá: Sẹo liền, mềm không co kéo, biến dạng nét mặt ít, không ảnh hưởng chức năng mắt, mũi, miệng.

+ Trung bình: Sẹo liền, co kéo ít, ảnh hưởng chức năng nhắm mắt, mũi, miệng ít.

+ Xấu: Co kéo nhiều, ảnh hưởng chức năng nhiều, tái phát.

Xử lý số liệu: chương trình thống kê y học Medcalc.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Phân bố theo tuổi

Tuổi	Nam	Nữ	%
<20	0	1	2,0
20 – 49	3	2	10,4
50 – 70	13	24	77,2
>70	2	3	10,4
Tổng cộng	18	30	100

Ung thư da mặt ở nữ lớn hơn nam và cao nhất ở lứa tuổi 50 trở lên (87,6%).

Bảng 2. Phân bố theo địa dư

Vùng	n	%
Nông thôn	12	25
Thành thị	6	12,5
Vùng núi	8	16,7
Duyên hải	22	45,8
Tổng cộng	48	100,0

Qua nghiên cứu trên chúng tôi nhận thấy bệnh nhân ở vùng nông thôn và duyên hải tỷ lệ cao (70.8%) có thể do tiếp xúc nhiều với hóa chất độc hại và ánh sáng mặt trời. Còn ở thành thị tỷ lệ thấp có thể do ít tiếp xúc công việc chịu ảnh hưởng tia cực tím mặt trời và có ý thức bảo vệ sức khỏe da với các bệnh mang tính dễ dẫn tới ung thư da.

Bảng 3. Phân bố bệnh theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp	n	%
Làm ruộng	16	33,3
Đánh cá	8	16,7
Lao động phổ thông	18	37,5
Công nhân	4	8,3
Khác	2	4,2
Tổng cộng	48	100,0

Chúng tôi nhận thấy các công việc tiếp xúc trực tiếp với ánh sáng mặt trời, hoặc các hóa chất độc hại, bụi chiếm tỷ lệ ung thư da mặt cao (87.5%). Theo Roberston thực nghiệm trên súc vật, chứng minh tia cực tím có tiềm năng gây ung thư da trong vùng 290 – 320 nm. Đó chính là ultraviolet B – Band. Bức tần cực tím này cũng chính là tác nhân chủ yếu gây bỏng da khi phơi nắng. Vì vậy bức xạ mặt trời là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất phát sinh ung thư da.

3.2. Lâm sàng và giải phẫu bệnh

Bảng 4. Các dấu hiệu lâm sàng khởi đầu

Dấu hiệu lâm sàng	n	%
Vết loét da nông, tăng sắc tố	22	45,8
Cục sùi, nổi sần cứng	9	18,8
Loét sùi, dễ chảy máu	6	12,5
Thâm nhiễm cứng, sậm màu	4	8,3
Sẹo cũ phát triển bất thường	7	14,6
Tổng cộng	48	100,0

Bảng 5. Thời gian từ khi xuất hiện dấu hiệu bất thường trên da đến khi thăm khám

Thời gian	n	%
< 1 năm	10	20,8
1 – 3 năm	7	14,5
3 – 5 năm	28	58,3
> 5 năm	5	6,4
Tổng cộng	48	100,0

Qua bảng 4, 5 chúng tôi nhận thấy đa số bệnh nhân đến với tổn thương như loét, sùi, sần thâm nhiễm cũng tăng sắc tố và dễ chảy máu, thời gian bệnh đến thường từ 3-5 năm (58,3%) điều này chứng tỏ ung thư tế bào đáy vùng da mặt tiến triển chậm, mặt khác cho thấy bệnh nhân ít chú ý tới các tổn thương trên mặt.

Bảng 6. Vị trí khối u

Vị trí	n	%
Trán	5	10,4
Dưới hốc mắt	10	20,8
Má, gò má	7	14,6
Mũi, cạnh mũi	8	16,7
Cằm	2	4,2
Môi trên	4	8,4
Môi dưới	2	4,2
Thái dương	2	4,2
Góc hàm, mang tai	3	6,2
Tổng cộng	48	100,0

Vị trí của các khối u chủ yếu vùng giữa mặt, mũi, trán, dưới hốc mắt, các vùng khác ít hơn, điều này có ý nghĩa quyết định chọn các phương pháp phẫu thuật, chọn các vật da thích hợp cho từng vị trí để che phủ khuyết rỗng.

Bảng 7. Kích thước khối u, hạch, di căn

Thời gian	n	Hạch (N)	Di căn (M)
T ₁	10		0
T ₂	24		0
T ₃	14	1(N1a)	0
Tổng cộng	48	2	0

Đa số bệnh nhân đến với kích thước khối u lớn (T₂, T₃) vì vậy tổn thương cắt bỏ rộng, khó khăn cho việc tạo hình ở mặt, do đó việc chọn loại vật, kỹ thuật vô cùng quan trọng.

Bảng 8. Kết quả giải phẫu bệnh

Kết quả vi thể	n	%
Đơn thuần ung thư tế bào đáy	46	95,84
Phối hợp TB đáy và gai	2	4,16
Tổng cộng	48	100,0

Đa số kết quả vi thể chỉ đơn thuần là ung thư tế bào đáy với cấu trúc mô học gồm những dải biểu mô ở giữa một chất đệm xơ tế bào có nhân chứa bazơ, ít bào tương, không có các sợi liên kết các tế bào với nhau và cũng không có hiện tượng sừng hóa. Hai trường hợp về mặt tổ chức học có dạng phối hợp giữa ung thư tế bào đáy và tế bào gai sau 6 tháng tái phát và đều ở vị trí môi dưới. Mặc dù số lượng nghiên cứu còn ít và thời gian theo dõi chưa được liên tục và lâu dài nhưng cũng gợi ý cho chúng ta thấy ung thư da mặt chủ yếu tế bào đáy và ít tái phát hoặc di căn.

Bảng 9. Các phương pháp phẫu thuật

Các kiểu vật	n	%
Cắt mũi cam, bóc tách đóng kín	8	16,7
Vật da trượt	16	33,4
Vật xoay, đẩy	5	10,4
Vật da quay	4	8,3
Vật da ghép rời	5	10,4
Tổng cộng	48	100

Bảng 10. Kết quả điều trị

Kết quả	n	%
Tốt	27	52,6
Khá	11	22,9
Trung bình	8	16,7
Xấu	2	4,2
Tổng cộng	48	100,0

Lựa chọn phương pháp: Các bệnh nhân trên đa số chưa có hạch ngoại biên (2 trường hợp hạch cổ nhỏ di động) và chưa có trường hợp nào di căn vì vậy chúng tôi lựa chọn phương pháp phẫu thuật cắt bỏ và đóng da thì đầu, nạo vét sạch tổ chức hạch.

Phương pháp phẫu thuật: Thực hiện phẫu thuật theo nguyên tắc: Cắt hết khối u và một phần mô lành xung quanh cắt sâu xuống tổ chức hạ bì.

Đa số bệnh nhân lớn trên 50 tuổi, vì vậy mức độ da dãn nhiều tương đối thuận lợi cho các phẫu thuật trượt da, quay các vạt da bù thiếu hõng, tuy nhiên các khối u ở vị trí mũi, sát mí dưới, môi trên, dưới, góc trong mắt cắt tổ chức rộng và sử dụng các vạt da khó.

IV. KẾT LUẬN

1. Ung thư da tế bào đáy hay gặp và chiếm vị trí hàng đầu da vùng cổ mặt (90%). Chủ yếu gặp ở người trên 50 tuổi, nữ nhiều hơn nam, nông thôn, duyên hải cao hơn thành thị. Bức xạ mặt trời chủ yếu là yếu tố nguy cơ quan trọng.

2. Ung thư da mặt tế bào đáy thường phát hiện muộn. Các dấu hiệu lâm sàng cần nghĩ đến ung thư là: Vết loét không lành, ngày càng phát triển, các cục sùi, loét, sẫm, sẫm màu, dễ chảy máu, thâm nhiễm cứng, sẹo cũ phát triển bất thường. Ung thư da mặt tế bào đáy là ung thư tiến triển chậm, ít di căn hạch và không di căn xa.

3. Cắt bỏ tổ chức quanh khối u rộng và sử dụng các vạt tại chỗ linh hoạt tùy theo vị trí cho kết quả tốt về mặt thẩm mỹ và chức năng, ung thư da mặt tế bào đáy cho tiên lượng tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Phan Dịch, Nguyễn Văn Ngọc, Đỗ Kính (1984), *Tế bào – mô học – phối thai học*, NXB Y học, tr.73 – 80.
2. Trần Văn Trường (2002), *U ác tính vùng miệng – hàm mặt*, NXB Y học 2002, tr.9 – 24.
3. Trần Văn Trường (1996), *Bài giảng sau đại học chuyên ngành Răng hàm mặt*.
4. Nguyễn Chấn Hùng, *Ung thư học lâm sàng*, tập I, tr.17 – 41, tập II, tr.49- 55.
5. Trần Phương Hạnh, *Ung thư*, *Bệnh học đại cương*, trường Đại học Y Dược Tp Hồ Chí Minh, tr.290 – 395.
6. Davidson T.M, Gordon BV (1998), *The prinioiples and Dynamies of local skin flaps rocherotri minesota*, USA.
7. Gustav. O. Kruger (1979), *Textbook of oral an maxillofacial surgery*, The C.V Mosby company 5th Ed, Thông tư Louis Toronto – London, pp.59.
8. Neville Dawn Allen Bouquol (1995), *Oral and Maxillofacial, Pathology*, W.B. Saunders company Philadenphia, pp. 401 – 410, 487 – 489.