

CẮT MỘT PHẦN THANH QUẢN TRÊN SỤN NHẪN CÓ TẠO HÌNH KIỂU NHẪN-MÓNG-THANH THIẾT

Tống Xuân Thắng¹, Lê Minh Kỳ¹

TÓM TẮT

Cắt một phần thanh quản trên sụn nhĩn có tạo hình kiểu nhĩn-móng-thanh thiết (CHEP) là một kỹ thuật mới cắt gần toàn bộ thanh quản nhằm loại bỏ hoàn toàn khối u nhưng vẫn giữ được chức năng cơ bản của thanh quản đó là chức năng thở, phát âm và nuốt. Chỉ định phẫu thuật phong phú, không chỉ cho ung thư tầng thanh môn giai đoạn T_1 , T_2 mà còn cho một số giai đoạn T_3 , T_4 của thanh quản.

Mục tiêu: Nghiên cứu các chỉ định điều trị và những ưu- nhược điểm của phương pháp phẫu thuật qua kết quả về mặt bệnh học ung thư và về chức năng

Phương pháp và đối tượng nghiên cứu: 125 bệnh nhân được phẫu thuật và theo dõi từ 2001 đến 2008 tại bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương Hà Nội.

Kết quả: về bệnh học ung thư và chức năng được so sánh ngang bằng với kỹ thuật cũ nhưng thời gian nằm viện ngắn hơn nhưng kỹ thuật cũ là có thể áp dụng cả với người cao tuổi.

Kết luận: C.H.E.P là một kỹ thuật thích hợp để điều trị ung thư tầng thanh môn ở các giai đoạn bệnh và ở các lứa tuổi.

Từ khóa: Tạo hình nhĩn-móng-thanh thiết, ung thư thanh quản, cắt một phần thanh quản.

ABSTRACT

SUPRA-CRICOID PARTIAL LARYNGECTOMY WITH CRICO-HYO-EPIGLOTTO-PLASTY (CHEP)

Tong Xuan Thang¹, Le Minh Ky¹

Supra-cricoid partial laryngectomy with crico-hyoido-epiglottoplasty (CHEP) is a new technic of near total laryngectomy to remove totally tumor but can preserve the main functions of larynx include respiration, phonation and deglutition. The indications are varies, not only for T_1 , T_2 grade but also for T_3 and T_4 grade of larynx cancers.

Objective: To study the indications for treatment and the forte- defect of surgical approach through the results in terms of cancer pathology and functional

Method: 125 patient undergone this technic from 2001 to 2008 in Oto-Rhino-Laryngology Hospital in Hanoi.

Results: The carcinological results and functional results are compaired to the classic technic. The young and aged groupe are compaired by statistic method. The carcinological results and functional results are compatible to the classic technic, but the duration of hospitalization is shorter than classic operation, there is no difference between the young and aged groupe.

Conclusion: C.H.E.P is one intervention suitable to the glottic cancer in the different stage and different aged patients.

Key words: C.H.E.P, larynx cancer, partial laryngectomy

1. BV Tai Mũi Họng Trung ương
Hà Nội

- Ngày nhận bài (received): 14/7/2013; Ngày phản biện (revised): 25/7/2013;
- Ngày đăng bài (accepted): 26/8/2013
- Người phản biện: PGS.TS Phạm Như Hiệp; TS. Phạm Nguyên Tường
- Người phản hồi (Corresponding author): Tống Xuân Thắng
- Email: thangtongxuan@yahoo.fr

Cắt một phần thanh quản trên sụn nhẫn có tạo hình kiểu nhẫn-móng-thanh thiệt

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thanh quản xuất phát chủ yếu từ biểu mô dây thanh. Ung thư vùng thượng thanh môn ít gặp, còn tầng hạ thanh môn gặp dưới 1% [1], [5]. Do thanh quản có nhiều chức năng quan trọng sống còn: nuốt, thở, bảo vệ, phát âm... nên phẫu thuật vùng này luôn chứa đựng nhiều thách thức. Nếu chú trọng quá đến bệnh tích thì phải hy sinh các chức năng của thanh quản như trong cắt thanh quản toàn phần và bệnh nhân trở thành người tàn tật [8], [10].

Khi nhẫn mạnh nhiều đến việc bảo tồn các chức năng thì lại bỏ sót các bệnh tích dẫn đến bệnh tái phát [9]. Việc áp dụng kỹ thuật mổ giải quyết được hết bệnh tích mà vẫn bảo tồn được các chức năng của thanh quản là lý tưởng nhất trong điều trị ngoại khoa ung thư thanh quản.

Mục tiêu: Nghiên cứu các chỉ định điều trị và những ưu- nhược điểm của phương pháp phẫu thuật qua kết quả về mặt bệnh học ung thư và về chức năng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Chúng tôi thu thập số liệu qua 125 bệnh nhân được mổ và theo dõi liên tục từ 2001 đến 2008.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp với phương pháp thống kê mô tả.

Tập hợp hồ sơ, bệnh án tại khoa B1

Thu thập thông tin theo bệnh án mẫu.

Xử lý số liệu bằng chương trình Epi- Info.

III. KẾT QUẢ

3.1. Giới

Tỷ lệ nam / nữ được mổ: Nam giới chiếm tỷ lệ: 96%

3.2. Tuổi: Tuổi 50-59 chiếm tỷ lệ cao nhất

Lứa tuổi trẻ nhất 35 và già nhất 81 tuổi.

3.3. Giải phẫu bệnh

Bảng 1: Kết quả mô bệnh học

Mô bệnh học	n	%
K biểu mô biệt hóa cao	107	85,6
K biểu mô xâm lấn	6	4,8
K biểu mô biệt hóa trung bình	6	4,8
K biểu mô ít biệt hóa	5	4,0
K biểu mô không biệt hóa	1	0,8
Tổng số	125	100,0

Chủ yếu là ung thư tế bào biểu mô, loại biệt hóa cao, chỉ gặp 1 trường hợp ung thư biểu mô không biệt hóa.

3.4. Phân loại T.M.N.

Bảng 2: Phân loại khối u theo giai đoạn T.M.N.

Hạch Khối u	N ₀	N ₁	N ₂	N ₃
T ₁	16			
T ₂	87			
T ₃	16			
T ₄	6	1		

69,6% khối u ở giai đoạn T₂N₀, 17,6% T₃ và T₄.

3.5. Kết quả về mặt chức năng

Bảng 3. So sánh kết quả về mặt chức năng

Chỉ số Tác giả	Số lượng BN	Thời gian rút can nuy	Thời gian rút xông	Thời gian nằm viện
GUERIER	72	15	16	23
PRADES	2	-	20	28
PIQUET	36	-	16	25
Chúng tôi	125	15	20	21

Thời gian mang can nuy trung bình là 15 ngày.
Thời gian ăn bằng xông trung bình là 21 ngày.
Thời gian nằm viện trung bình là 22 ngày.

3.6. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ

Bảng 4: Kết quả khối u

Kết quả bệnh học	n	%
Xâm lấn	21	16,8
Cắt hết	65	52,0
Ung thư tại chỗ	2	1,6
Nghi ngờ	34	27,2
Âm tính	2	1,6
Không rõ	1	0,8
Tổng số	125	100

69 trường hợp cắt được toàn bộ khối u: Lát cắt lại vào tổ chức lành 21 trường hợp lát cắt lại còn tế bào ung thư. 34 lát cắt thêm có nghi ngờ còn tế bào ung thư.

Bảng 5: Kết quả nạo vét hạch

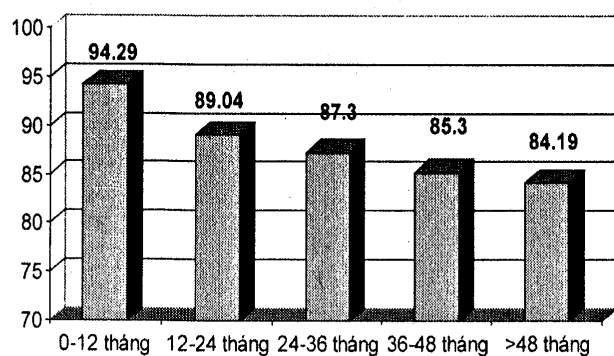
Số hạch xâm di căn	n	%
1	7	5,6
2	2	1,6
3	1	0,8
Tổng số	10	8,0

Có 10 hạch di căn được phát hiện sau nạo vét hạch cổ

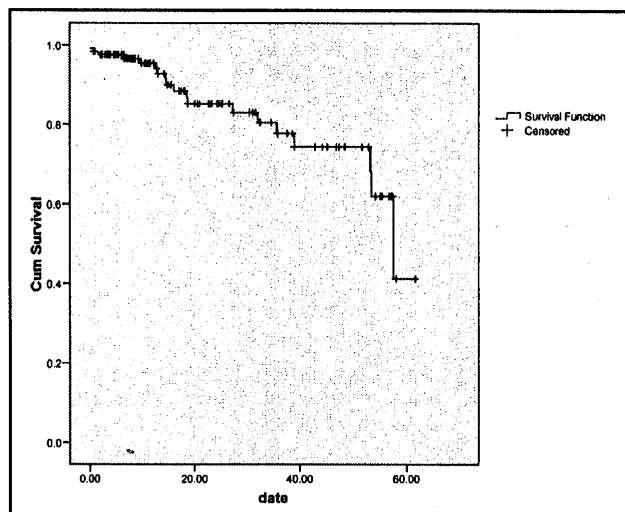
3.7. Kết quả về mặt bệnh học ung thư

Bảng 6: Tái phát sau mổ

	n	%
Tái phát tại chỗ	3	2,4
Tái phát hạch	2	1,6
Ung thư thứ 2	3	2,4
Di căn	1	0,8
Tổng số	9	7,2



Biểu đồ 1: Tỷ lệ sống thêm sau mổ tính theo tháng



Biểu đồ 2: Test Kaplan-Mayer

Bảng 7: So sánh kết quả sống thêm 5 năm sau mổ.

Tác giả \ Chỉ số	Sau 5 năm	Tái phát tại chỗ	Di căn hạch
LACCOUREY	77,1	7,7	
PIQUET	90	5,2	3,9
GUERIER	76	2,4	
Bn chúng tôi	84	0,6	1,6

Tỷ lệ chết do bệnh sau 5 năm là 16%. Tỷ lệ sống sau 5 năm là 84%

3.8. Biến chứng và di chứng sau mổ:

3.8.1. Biến chứng:

- Hoại tử vật da, cơ : 2
- Nhiễm trùng : 2
- Viêm phổi : 2
- Chảy máu sau mổ : 2
- Phải nằm phòng hồi tỉnh tích cực : 9

3.8.2. Di chứng

- Hẹp thanh quản sau mổ: 34 trường hợp; do màng niêm mạc hoặc sau tia xạ: Điều trị bằng nội soi hoặc laser
- Sặc phải mở khí quản, mở thông dạ dày: 1

3.9. So sánh kết quả về mặt chức năng giữa 2 nhóm bệnh nhân dưới 70 tuổi và trên 70 tuổi

Cắt một phần thanh quản trên sụn nhẫn có tạo hình kiểu nhẫn-móng-thanh thiệt

Bảng 8. So sánh kết quả về mặt chức năng

Tuổi	Dưới 70 tuổi	Trên 70 tuổi
Chỉ số đánh giá chức năng		
Phải MKQ	33	6
Bỏ canuyn	15 ngày	9 ngày
Bỏ xông ăn	21 ngày	19 ngày
Thời gian nằm viện	22 ngày	27 ngày

IV. BÀN LUẬN

4.1. Các chỉ định điều trị

Phương pháp cắt một phần thanh quản trên nhẫn có tạo hình kiểu Nhẫn - Móng - Thanh thiệt được áp dụng chủ yếu cho ung thư biểu mô dây thanh giai đoạn T_2 [6], [10].

Với giai đoạn T_{1b} thì cắt trên nhẫn cho phép kiểm soát khối u rộng rãi hơn và tránh được sẹo hẹp so với phương pháp cắt bán phần khác.

Điều trị tia xạ sau phẫu thuật.

- Với khối u T_3 , T_4 tia xạ có hệ thống vào vị trí khối u và hạch.

- Còn khối u trong giai đoạn T_2 trở xuống thì chỉ tia xạ: Khi lát cắt lại dương tính và hạch cổ dương tính.

Liều tia xạ thông thường từ 50 - 60 Gy.

4.2. Các lợi điểm của kỹ thuật

- Kết quả bệnh học: Có kết quả hoàn toàn vượt trội so với kỹ thuật kinh điển, thể hiện tỷ lệ sống thêm sau mổ.

- Kết quả về mặt chức năng:

Thời gian mang canuyn trung bình 15 ngày.

Thời gian nằm viện của nhóm bệnh nhân chúng tôi 21 ngày, ngắn hơn so với nhóm khác [2].

Chúng tôi không giới hạn lứa tuổi trong chỉ định mổ (từ 32-84) đó là điểm khác biệt so với tác giả kinh điển [3]:

Các di chứng sau mổ chủ yếu sẹo hẹp. Trong số các bệnh nhân khó thở do sẹo hẹp đều giải quyết được bằng Laser qua nội soi.

V. KẾT LUẬN

Cắt một phần thanh quản trên sụn nhẫn có tạo hình kiểu nhẫn-móng-thanh thiệt là kỹ thuật cho phép mở rộng chỉ định phẫu thuật mà vẫn đạt được tỷ lệ sống vượt trội so với kỹ thuật cũ, thích hợp với tình hình thực tế ở Việt Nam, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị ung thư thanh quản trong chuyên ngành Tai Mũi Họng và Ung thư học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Brasnu D., Laccourreye O., Chabardes E., Bassot V., Menard M., Laccourreye H. (1993), "Chirurgie conservatrice du larynx comme alternative à la laryngectomie totale après chimiothérapie néo-adjuvante-résultats préliminaires", *Ann. Oto-Laryng.*, (Paris), 110, pp. 129-133.
2. Bron L., Brosard E., Monier P., Pache P. (2000), "Suprarégional Partial Laryngectomy with C.H.E.P and C.H.P for Glottic and Supraglottic Carcinomas", *Laryngoscope*, 100(4), pp: 627- 634.
3. Cosmidis A., Masson Ch., Poupert M., Bolot G., Pignat J.Ch. (1999), *Laryngectomie subtotale reconstructive chez le patient âgé*, 52(3), pp.117-121.
4. Crampette L., Garrel R., Gardiner Q. (1999), "Modified subtotal laryngectomy with cricohyoidoepiglottopexy-long term results in 81 patients", *Head and Neck*, 21(3), pp. 95-102.
5. Graham J., MacIennan Ken (2000), "Cancer spread in the larynx: a pathologic for conservation surgery", *Head and Neck*, 23(4), pp. 265-274.
6. Piqueti J.J. (1974), "La crico-hyoido-épiglottopexie. Technique opératoire et résultats fonctionnels", *Ann. Oto Laryng.*, 91(12), pp. 681- 686.
7. Raucourt D., Rame J.P. (2006), "Principaux traitements des différents cancers des voies aérodigestives supérieures", *La revue du praticien*, 15(56), pp. 1662-1666
8. Tổng Xuân Thắng và cộng sự (2006), "Cắt một phần thanh quản-hạ họng có tạo hình trong điều trị các khối u vùng họng-thanh quản", *Tạp chí Y học Việt Nam*, Hội nghị khoa học ngành Tai-Mũi-Họng năm 2006, 1978(1), tr. 99-104.
9. Trần Hữu Tuấn (1993), "Phẫu thuật bảo tồn chức năng đối với ung thư thanh quản", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 7, tr. 82-84.
10. Trần Hữu Tước (2001), *Ung thư Thanh quản và Hạ họng - Thanh quản*, NXB Y học