

ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DA VÙNG MŨI BẰNG PHẪU THUẬT CẮT RỘNG-TẠO HÌNH

Nguyễn Xuân Hùng¹, Nguyễn Văn Thái¹

TÓM TẮT

Cơ sở: Phẫu thuật cắt rộng-tạo hình là phương pháp điều trị được áp dụng cho hầu hết các trường hợp ung thư da vùng mũi.

Mục tiêu: đánh giá kết quả về các mặt như ung bướu học, chức năng, thẩm mỹ và biến chứng sau điều trị phẫu thuật.

Phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu, ghi nhận 15 trường hợp (TH) ung thư da vùng mũi được điều trị bằng phẫu thuật cắt rộng tạo hình tại khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện Trung ương Huế trong ba năm 2011 và 2013. Nghiên cứu phân tích kết quả về các mặt ung bướu học, chức năng, thẩm mỹ và biến chứng sau phẫu thuật.

Kết quả: Tuổi trung bình là 61; Phân loại TNM: T1-T2 chiếm 60%. Giải phẫu bệnh lý: 12 TH (80%) là carcinôm tế bào đáy (CTBĐ), 3 TH (20%) là carcinôm tế bào gai (CTBG). Mức cắt rộng: CTBĐ 3 -10 mm, CTBG 10 -15mm, 3 TH cắt lạnh diện cắt, diện cắt là 93%. Phân loại khuyết hồng: mức độ đơn giản là 9 TH (60%), phức tạp là 6 TH (40%). Phương pháp tạo hình: 12 TH (80%) tái tạo bằng các vật da tại chỗ đơn thuần, 3 TH (20%) ghép sụn hoặc vật sụn kèm theo. Kết quả ung bướu đạt 93%, Tái phát 6,6%, Kết quả chức năng đạt 66,5%, Kết quả thẩm mỹ đạt 60%, Biến chứng 0%.

Kết luận: Phẫu thuật cắt rộng tạo hình là lựa chọn điều trị có hiệu quả, kiểm soát tốt về mặt bệnh học, mang lại kết quả tốt về chức năng, thẩm mỹ, có mức độ an toàn cao và tỉ lệ biến chứng thấp.

Từ khóa: Cắt rộng-tạo hình, ung thư da vùng mũi.

ABSTRACT

TREATMENT FOR FACIAL SKIN CANCER BY WIDE EXCISION – RECONSTRUCTION

Nguyen Xuan Hung¹, Nguyen Van Thai¹

Background: Wide excision ~ reconstruction is a popular as effective surgical option for most cases.

Objective: evaluate the clinical outcomes of wide excision - reconstruction for nasal skin cancer in functional, aesthetic and oncologic results.

Methods: The prospective study records 15 cases of facial skin cancer performed wide excision and recontruction between 2011 and 2013 in the Departement ENT of Hue centre hospital. The functional, aesthetic and oncologic results of patients were analyzed.

Results: Mean age of patients was 63, TNM clasification: T1,T2 grade 60%, Pathologic types: 12 cases

1. Khoa Tai Mũi Họng, BVTW Huế

- Ngày nhận bài (received): 15/7/2013; Ngày phản biện (revised): 25/7/2013;
- Ngày đăng bài (accepted): 26/8/2013
- Người phản biện: PGS.TS Phạm Như Hiệp, TS Nguyễn Đình Tùng
- Người phản hồi (Corresponding author): Nguyễn Xuân Hùng
- Email: hungquynh72@yahoo.com

(80%) basal cell carcinoma (BCC), 3 cases (20%) squamous cell carcinoma (SCC). Margins: BCC 3 -10 mm, SCC 10 -15mm, Margins frozen section 3cases, Free margin 93%. Defect clasification: 9 cases (60%) were simple, 6 cases (40%) were complicated. Reconstructive method: 12 cases (80%) local flaps, 3 cases (20%) condro graft or codro flap. Oncologic results were 93%, Recurrent rate was 6,6%, Functional results were 66,5%, Aesthetic results were 60%, Complication rate was 0%.

Conclusion: Wide excision - reconstruction is an effective treatment for most facial skin cancer cases with good result of oncological, fonctional, aethetical field and low rate of complications.

Key words: Wide excision – reconstruction, nasal skin cancer.

I. MỞ ĐẦU

Ung thư da là một trong mười loại ung thư thường gặp nhất^(3,15). Bệnh gặp chủ yếu ở vùng đầu - cổ, và hầu hết là ở vùng mặt trong đó vùng mũi khá phổ biến và loại mô học thường gặp là carcinôm tế bào đáy (CTBD) với diễn tiến xâm lấn theo bề mặt của sụn, xương và phá hủy các cấu trúc tại chỗ. Phẫu thuật cắt rộng tạo hình với ưu điểm kiểm soát tốt bờ giải phẫu, ít độc hại, ít tốn thời gian, không đòi hỏi nhiều phương tiện nên thường là được lựa chọn [1], [4], [8], [10], [13].

Với mong muốn cải thiện kết quả phẫu trị, chúng tôi áp dụng đầy đủ các bước như đánh giá kỹ lưỡng về tình trạng bệnh, nhất là sự xâm lấn các cơ quan kế cận, kiểm soát tốt bờ an toàn, phân loại khuyết hồng tỉ mỉ theo các chiều, và nhất là, lựa chọn phương pháp tạo hình phù hợp. Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm: Đánh giá kết quả bước đầu về mặt ung bướu học chức năng và thẩm mỹ của phương pháp điều trị, từ đó đúc kết thêm kinh nghiệm, chia sẻ cùng các đồng nghiệp nhằm góp phần nâng cao chất lượng điều trị cho loại bệnh lý khá phổ biến này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 15 trường hợp (TH) UTDVM chưa được điều trị đặc hiệu trước đó, được phẫu thuật cắt rộng - tạo hình tại khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện Trung ương Huế trong ba năm 2011 và 2013.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thăm khám lâm sàng, chỉ định cận lâm sàng để khảo sát tại chỗ, tại vùng cũng như tầm soát di căn xa, và đánh giá tổng trạng trước điều trị. Tất cả các

sang thương đều được chụp hình trước mổ.

Phẫu thuật cắt rộng theo mức quy ước, cắt lạnh khi khó phân định bờ an toàn.

Phân loại khuyết hồng, và tái tạo vùng khuyết hồng.

Theo dõi bệnh nhân trong và sau quá trình điều trị.

Đánh giá kết quả dựa vào ý kiến các bác sĩ (phẫu thuật viên, bác sĩ bệnh phòng, bác sĩ khoa khám bệnh) và bệnh nhân. Bệnh nhân được chụp hình khi tái khám để lấy tư liệu đối chiếu và đánh giá. Các ý kiến đánh giá được ghi nhận và tổng hợp.

Liên lạc qua điện thoại mời tái khám hoặc tìm hiểu thêm thông tin của bệnh nhân.

Tiêu chuẩn đánh giá

* Ung bướu học: Kiểm soát diện cắt, tiến triển, tái phát tại chỗ, tại vùng, di căn.

* Chức năng

✓ Đánh giá ảnh hưởng phẫu thuật lên hoạt động chức năng của cơ quan hoặc có sự xuất hiện những triệu chứng cơ năng bất thường của vùng được phẫu thuật và các cơ quan kế cận như mắt, mũi, tai, môi.

✓ Đánh giá chức năng thông qua so sánh với trước phẫu thuật, với bên đối diện và chia làm 4 mức độ (1) tốt hơn, (2) không thay đổi, (3) giảm chức năng (4) mất chức năng. Cảm giác của vật cũng được đánh giá theo 3 mức độ (1) bình thường, (2) kém, (3) mất cảm giác.

* Thẩm mỹ

✓ Đánh giá trên các phương diện hình thái của vùng được tái tạo và vùng cho mô tái tạo, tình trạng vật, tình trạng sẹo, sự co kéo gây biến dạng hay di lệch khi so sánh với bên đối diện.

Bảng 2.1: Kết quả phẫu thuật

Rất tốt	Không mất cân xứng, không có dấu hiệu nào chứng tỏ đã được tạo hình.
Tốt	Mất cân xứng ít hoặc thấy sẹo nhưng không làm biến dạng mặt.
Trung bình	Mất cân xứng mức độ trung bình hoặc sẹo làm biến dạng mặt ít
xấu	Biến dạng rõ hoặc sẹo làm ảnh hưởng rõ đến vẻ mặt bệnh nhân.

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 11.5 for window.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu

Tổng số bệnh nhân 15 TH, tuổi trung bình là 61. Trong đó, có 9 bệnh nhân nữ, 6 bệnh nhân nam. Đa số các TH là giai đoạn sớm, bướu T1-2 chiếm 60%. Vị trí sang thương thường gặp ở các vùng như vùng mũi chóp mũi, cánh mũi, tiểu trụ- rãnh mũi má. Một số TH bướu lan rộng đến các cấu trúc lân cận.

Bảng 3.1. Tiền căn bệnh lý và thói quen nhóm nghiên cứu

Tiền căn	n
Cao huyết áp	3
Đái tháo đường	1
Tim mạch	1
Bệnh lý nội khoa khác	1
Hút thuốc lá	4
Uống rượu thường xuyên	1

Tổng cộng 10 TH (75%). Giải phẫu bệnh đa số là CTBD chiếm 80%, ngoài ra, CTBG chiếm 20%. Diện cắt phẫu thuật âm tính đạt 93% tổng số các TH. Khuyết hồng đơn giản 20%, phức tạp 80%; Vạt tại chỗ được lựa chọn để tạo hình khuyết hồng trong đa số các trường hợp (80%). Một số 3TH (20%) có kèm theo ghép sụn.

3.2. Kết quả về mặt ung bướu học

3.2.1. Kiểm soát diện cắt

Kiểm soát bờ an toàn qua một số mẫu đại diện ở các cực trên, dưới, trong, ngoài và nền bướu. Trong

3 TH có cắt lạnh diện cắt, kết quả có 1 TH diện cắt còn bướu ở diện cắt bên.

Diện cắt còn bướu sau phẫu thuật có 1 TH (6,6%). Đối với 1 TH có diện cắt (+), được phẫu thuật lại, cắt rộng thêm 3 mm và đạt được diện cắt (-) sau đó. Có 1 TH được chỉ định xạ trị bổ túc.

3.2.2. Tái phát: Có 1 TH tái phát, chiếm 6,6%, kích thước bướu nguyên phát 3 cm,

3.3. Biến chứng: Trong nghiên cứu này tất cả các trường hợp phẫu thuật đều không có biến chứng

3.4. Kết quả chức năng

Kết quả về mặt chức năng thu được có 66,5% tốt và khá.

Bảng 3.2. Kết quả chức năng

Đánh giá	n	%
Tốt	5	33,3
Khá	5	33,3
Trung bình	2	13,3
Kém	3	20

Bảng 3.3. Đặc điểm bệnh học – điều trị các TH đạt kết quả kém

Đặc điểm	n	%
Kích thước bướu > 2 cm (T2,T3)	4	26,7
Khuyết hồng phức tạp	4	26,7
Phối hợp nhiều kỹ thuật tạo hình	1	6,6

3.5. Kết quả thẩm mỹ

Trong nhóm nghiên cứu có 60% TH có kết quả tốt và khá. Bên cạnh đó, chúng tôi ghi nhận có 2 TH đạt kết quả thẩm mỹ kém.

Bảng 3.4. Kết quả thẩm mỹ

Kết quả	n	%
Tốt	4	26,7
Khá	5	33,3
Trung bình	4	26,7
Kém	2	13,3

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kết quả ung bướu học

Ung thư da vùng mũi thường là CTBD, bệnh diễn tiến chậm, nhưng nhiều nghiên cứu cũng đã ghi nhận chủ yếu tái phát trong 2 năm đầu sau

phẫu thuật và tăng dần từ 2 - 5 năm sau mổ [1], [3], [8], [13]. Tái phát tại chỗ 1 TH, chiếm 6,6%. So sánh với các nghiên cứu khác [3], [4], [5], [8], [19], [20], [21] có sự khác biệt nhỏ do vị trí giải phẫu và nhóm đối tượng khác nhau.

Bảng 4.1. So sánh tỉ lệ tái phát

Nghiên cứu	Vị trí	Tỉ lệ % tái phát
Rohrich, R.J. (2004)	Vùng mũi	1,9
B.X.Trường (2005)	Vùng đầu-cổ	5
Othon,P. (2009)	Vùng mũi	3,4
Đ.T. Huân (2010)	Vùng mũi sớm	2,38
Chúng tôi	Vùng mũi	6,6

Vị trí nguyên phát của các trường hợp tái phát tập trung ở mũi, rãnh mũi má. Y văn cũng ghi nhận đây là các vùng có nguy cơ cao bị tái phát cao. Bên cạnh đó, ung thư da vùng mũi thường có tỉ lệ tái phát cao hơn các vị trí khác do xu hướng cố gắng bảo tồn khi tổn thương kế cận các cấu trúc quan trọng của mũi, để đảm bảo chức năng và thẩm mỹ sau đó [1], [3], [8], [14], [16], [17], [18].

Kích thước ổ tái phát từ 0,5 – 1,8 cm, sang thương tương đối nhỏ, do đó, thường khó phát hiện tái phát qua thăm khám lâm sàng. Ngoài ra, do bướu tái phát có xu hướng ẩn ngầm dưới da, cùng với tâm lý chủ quan vì đã được mổ triệt để, và diện cắt (-) cũng làm cho việc chẩn đoán bệnh tái phát bị chậm trễ.

Kích thước bướu nguyên phát và nhất là tính phức tạp của tổn thương là yếu tố quan trọng [1], [3], [13], [16], [17]. Loại giải phẫu bệnh CTBG liên quan đến nguy cơ tái phát hạch.

Để giảm thiểu tái phát cần sự chuẩn mực trong chẩn đoán và điều trị. Khởi đầu là việc đánh giá kỹ lưỡng sự lan rộng của tổn thương, nhất là khi liên quan đến các hốc tự nhiên. Thực hiện cắt rộng theo mức quy ước, trong điều kiện chưa triển khai được phẫu thuật Mohs cần áp dụng cắt lạnh một số mẫu đại diện trong các trường hợp thuộc nhóm nguy cơ tái phát cao.

Về vấn đề di căn, theo y văn, di căn xa rất ít gặp đối với CTBD, tỉ lệ di căn là 0,0028 – 0,1%. Vị trí di căn thường là phổi, hạch bạch huyết, xương, tủy xương, thực quản, hốc miệng và da. Tiên lượng của các trường hợp di căn xa rất xấu, thời gian sống còn trung bình là 8 - 10 tháng.

Khả năng di căn hạch vùng của ung thư loại CTBG rất thay đổi. Theo y văn, bướu xuất phát từ những vị trí viêm nhiễm mạn tính có tỉ lệ di căn là 10 - 30% các trường hợp, trái lại, tỉ lệ di căn của các sang thương không xuất phát từ những vị trí trước đó không bị viêm nhiễm hay thoái hóa chỉ thay đổi từ 0,05 đến 16%. Mặc dù, theo đường máu, CTBG cho di căn xa khoảng 5 - 10% các trường hợp, nhưng trên lâm sàng, bướu vẫn có nguy cơ di căn hạch nhiều hơn di căn xa. CTBG ở đường giữa mặt và môi có khuynh hướng xâm lấn thần kinh. Những bệnh nhân này có tỉ lệ sống còn giảm và tỉ lệ tái phát cao.

4.2. Biến chứng

Tác giả Trần Văn Thiệp nghiên cứu vật đảo cuống dưới da trong 47 ca ghi nhận không có biến chứng [20].

Trong nghiên cứu này cũng không có biến chứng nào trong 15 TH. Chúng tôi nghĩ sự khác biệt giữa các nghiên cứu là do khác nhau về đối tượng nghiên cứu.

Bảng 4.2. So sánh tỉ lệ biến chứng

Nghiên cứu		%
Bùi Xuân Trường	Chảy máu	1,4
	Nhiễm trùng	1,4
	Hoại tử vật	1,1
	Tổng cộng	3,9
Trần Thanh Cường	Nhiễm trùng	3,4
	Hoại tử vật	6,7
	Tổng cộng	10,1
Đỗ Tường Huân	Nhiễm trùng	0,8
	Hoại tử vật	2,4
	Tổng cộng	3,2
Drisco		8,6
Doeman		4,1
Trần Văn Thiệp		0
Của chúng tôi		0

Biến chứng cao hơn ở các khuyết hồng lớn, phức tạp, liên quan đến các hốc tự nhiên, hoặc các trường hợp cần phối hợp nhiều kỹ thuật tạo hình hoặc có sơ sót trong kỹ thuật như tạo vật quá mỏng, quá nhỏ, hoặc không dẫn lưu khi cần.

4.3. Kết quả chức năng

Kết quả chức năng nhằm đánh giá tác động của phẫu thuật lên hoạt động chức năng cũng như sự xuất hiện những triệu chứng cơ năng bất thường liên quan đến vùng được phẫu thuật^(3,7,8,16,18).

Bảng 4.3. So sánh kết quả chức năng

Nghiên cứu	%
Bùi Xuân Trường	95
Trần Thanh Cường	89,2
Trần Văn Thiệp	97
Đỗ Tường Huân	97,6
Của chúng tôi	66,5

Kết quả về mặt chức năng ở mức 66,5% của nghiên cứu này là thấp hơn so với các nghiên cứu khác bởi vì ung thư da vùng mũi khi tái tạo khó đạt được kết quả chức năng tốt, bên cạnh đó tỉ lệ những

TH kích thước bướu lớn lan rộng làm cho kết quả chức năng thấp đi.

Đánh giá tỉ mỉ về chức năng trước phẫu thuật là cơ sở để phục hồi chức năng sau đó. Chúng tôi chỉ khu trú đánh giá chức năng trước và sau phẫu thuật, những suy giảm chức năng khác liên quan đến các mô thức điều trị khác không đề cập đến trong nghiên cứu này. Các rối loạn chức năng chủ yếu do vùng bị cắt bỏ đã không được tái tạo đầy đủ và đúng mức, một số trường hợp sẹo xấu co kéo gây biến dạng và ảnh hưởng chức năng. Khảo sát 3 TH không đạt hầu hết rơi vào các TH kích thước bướu lớn và khuyết hồng phức tạp.

Việc phục hồi chức năng được ưu tiên hơn so với yêu cầu về thẩm mỹ nếu phải có sự lựa chọn. Tạo hình cánh mũi cần được thực hiện sớm, điều này rất quan trọng, bởi vì, sau khi đã xuất hiện sự co kéo thì việc tạo hình ít khi đạt kết quả tốt [1], [11], [18].

4.4. Kết quả thẩm mỹ

Phương pháp đánh giá thẩm mỹ thang đánh giá sẹo Vancouver gồm 10 điểm do bệnh nhân tự đánh giá, 10 điểm do người quan sát đánh giá với quá nhiều chi tiết, không khả thi khi nghiên cứu lâm sàng, chúng tôi tham khảo và áp dụng cách đánh giá của Drisco [7], [18], [19] gồm đánh giá của nhân viên y tế (một bác sĩ, hai y tá) theo 4 mức độ đồng thời phỏng vấn người bệnh về tình trạng sẹo và ghi nhận ở 4 mức độ (1) rất tốt, (2) tốt, (3) trung bình, (4) xấu.

Tuy nhiên, trên thực tế, chúng tôi dựa theo hệ thống và quy trình vốn có của bệnh viện là ý kiến và ghi nhận của bác sĩ phẫu thuật, bác sĩ điều trị hậu phẫu, bác sĩ tái khám tại khoa khám bệnh và bệnh nhân. Thang điểm và cách đánh giá này khá đơn giản, khả thi, đầy đủ chi tiết và tương đối khách quan.

Bảng 4.4. So sánh kết quả thẩm mỹ

Nghiên cứu	%
Bùi Xuân Trường	94
Trần Thanh Cường	84,2
Trần Văn Thiệp	97
Đỗ Tường Huân	93,7
Của chúng tôi	60

Kết quả về mặt thẩm mỹ của nghiên cứu khá tốt

và tương tự như các nghiên cứu gần đây của các tác giả bệnh viện Ung Bướu.

Kích thước bướu lớn, khuyết hồng phức tạp phải phối hợp nhiều kỹ thuật tạo hình và ghi nhận có biến chứng sau mổ là các yếu tố ảnh hưởng xấu đến kết quả thẩm mỹ.

Xây dựng kế hoạch tạo hình tốt là điều rất quan trọng để mang lại kết quả tốt về chức năng và thẩm mỹ. Đường mổ cắt rộng bướu, đường mổ lấy mô tái tạo, vùng lấy mô tái tạo cần suy tính kỹ lưỡng để đạt được các mục tiêu điều trị. Tận dụng các nếp nhăn da, các đường giảm căng, các đường ranh giới giữa các tiểu đơn vị thẩm mỹ, cũng như áp dụng kỹ thuật phẫu thuật nhẹ nhàng ít sang chấn sẽ góp phần cho kết quả thẩm mỹ tốt. Các vấn đề này đã được đề cập trong nhiều nghiên cứu của các tác giả Menich, Klingensmith, Rohrich, Barker.

Cắt rộng - tạo hình theo tiểu đơn vị giải phẫu đặc biệt được lưu ý trong các cấu trúc đa tiểu đơn vị thẩm mỹ như mũi, môi. Vạt da tốt nhất thường là vạt da ở cùng vùng thẩm mỹ với khuyết hồng nguyên phát. Các đường rạch da trùng với ranh giới các đơn

vị thẩm mỹ cho sẹo lành rất tốt. Nếu khuyết hồng nhiều hơn một vùng thẩm mỹ, khuyết hồng thường được phân nhỏ theo vùng để tạo hình. Việc phân vùng này giúp cho vạt tạo hình có cùng tính chất da với vị trí khuyết hồng, và sẹo mổ trùng với các đường nét của khuôn mặt. Chúng ta có thể mở rộng khuyết hồng để khuyết hồng trùng với một bờ thẩm mỹ, hoặc thậm chí, có thể chiếm trọn đơn vị thẩm mỹ đó. Tạo hình những khuyết hồng này thường cho sẹo lành rất đẹp [1], [2], [6], [7], [9], [12], [16], [17], [18].

Với các khuyết hồng phức tạp, lý tưởng nhất là khuyết mô gì thì tái tạo bằng đúng loại mô đó với kích thước và hình thể thích hợp [1], [16], [17], [18].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 15 ca phẫu thuật cắt rộng-tạo hình điều trị ung thư da vùng mũi. Chúng tôi nhận thấy đây là một phương pháp điều trị triệt để an toàn và hiệu quả với kết quả về ung bướu học đạt 93%, chức năng đạt 66,5%, thẩm mỹ đạt 60%. Biến chứng chỉ chiếm 0%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Có 21 tài liệu tham khảo, nếu có nhu cầu xin đọc giả liên hệ với tác giả