

ỨNG DỤNG CÁC VẬT DA CƠ XƯƠNG CÓ CUỐNG TRONG ĐIỀU TRỊ TRIỆT CĂN VÀ TÁI TẠO CƠ QUAN ĐỐI VỚI UNG THƯ ĐẦU CỔ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Nguyễn Việt Dũng¹, Phạm Như Hiệp¹, Nguyễn Hồng Lợi¹,
Nguyễn Đình Tùng¹, Nguyễn Tụ¹, Hoàng Lê Trọng Châu¹, Trần Xuân Phú¹, Lê Kim Hồng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật triệt căn và tái tạo cơ quan bằng các vật da - cơ - xương có cuống trong điều trị ung thư đầu cổ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu loạt ca 32 bệnh nhân ung thư đầu cổ được phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 3 năm 2016 đến tháng 6 năm 2017; nghiên cứu mô tả tiến cứu. **Kết quả nghiên cứu:** 32 trường hợp ung thư đầu cổ bao gồm 6 trường hợp ung thư xâm lấn xương hàm trên, 3 trường hợp ung thư xâm lấn xương hàm dưới, 18 trường hợp ung thư lưỡi và sàn miệng lan rộng, 5 trường hợp ung thư niêm mạc miệng, các trường hợp ở giai đoạn II - IVA của bệnh. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt rộng khối u cùng tổ chức xâm lấn, vét hạch cổ triệt căn và tái tạo cơ quan bằng các vật: 3 vật cân thái dương nông, 6 vật cân - cơ thái dương, 19 vật da - cân - cơ dưới hàm, 2 vật da - cân - cơ ngực lớn, 2 vật cân - cơ - xương vai để tái tạo khuyết hổng xương hàm trên, khuyết hổng da - cơ - niêm mạc miệng, tái tạo lưỡi, sàn miệng và tái tạo xương hàm dưới. Kết quả nghiên cứu với 100% vật sống tốt, không có biến chứng nặng sau mổ, phục hồi chức năng tốt, thẩm mỹ tốt và tỷ lệ tái phát thấp sau mổ. **Kết luận:** Đây là phương pháp khả thi, kỹ thuật mổ an toàn và hiệu quả, là lựa chọn phù hợp cho các tổn khuyết trung bình và lớn sau phẫu thuật cùng với tái tạo cơ quan, quan trọng nhằm bảo tồn chức năng sống và hình thái của vùng đầu cổ.

Từ khóa: Vật da - cơ - xương có cuống.

ABSTRACT

USING FASCIA - OSTEOMYOCUTANEOUS PEDICLED FLAPS FOR RADICAL TREATMENT AND ORGANIC RECONSTRUCTION IN HEAD AND NECK CANCER

Nguyen Viet Dung¹, Pham Nhu Hiep¹, Nguyen Hong Loi¹,
Nguyen Dinh Tung¹, Nguyen Tuu¹, Hoang Le Trong Chau¹, Tran Xuan Phu¹, Le Kim Hong¹

Objective: To evaluate the results of radical resection and organic reconstruction with fascia - osteomyocutaneous pedicled flaps in head and neck cancer. **Patients and method:** a case series study of head and neck cancer were treated by radical surgery with reconstruction between March 2016 and June 2017 in Hue Central Hospital; prospective study. **Results:** Thirty - two patients with head and neck cancer included: 6 cases of invasive maxillary - sinus cancer, 3 cases of mandibular involvement in cancer, 18 cases of enlarged tongue carcinoma and/ or floor of the mouth carcinoma; 5 case of multifocal buccal mucosa carcinoma; all cancer cases had stage II to stage IVA according 2010 - UICC classification.

1. Bệnh viện TW Huế

- Ngày nhận bài (Received): 16/7/2017; Ngày phản biện (Revised): 20/7/2017;
- Ngày đăng bài (Accepted): 28/8/2017
- Người phản hồi (Corresponding author): Nguyễn Việt Dũng
- Email: drdung1@gmail.com; ĐT: 0903574449

*Patients were underwent wide surgical resection and modified radical neck dissection and immediate organic reconstruction with flaps composed 3 temporoparietal fascia flaps, 6 temporalis muscle flaps, 19 submental island flaps, 2 pectoralis mayor flaps and 2 scapular myo - osseous flaps for maxillary defects, oral defects and reconstruction of tongue, floor of the mouth and mandible. Our results with 100% flap survival; there were no severe post - operative complications, better functional recovery, better cosmetic results and lower rate of local recurrence. **Conclusions:** It is feasible, safe and very effective technique. It was suitable option and reliable choice for moderate to large size defects, combined with the important organic reconstruction to preserve the vital function and form of head and neck region.*

Key words: Skin - skeletal muscle.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đầu cổ là một trong những ung thư thường gặp, hàng năm trên toàn thế giới có khoảng 550.000 ca mới mắc và khoảng trên 50.000 ca tử vong. Tỷ lệ ung thư thay đổi theo vùng địa lý, ung thư tăng nhanh ở nhiều nước Châu Âu; tỷ lệ cao ở các nước Châu Á như Ấn Độ, Trung Quốc, Đài Loan. Việt Nam chúng ta cũng có tỷ lệ mắc cao.

Phần lớn bệnh nhân khi được chẩn đoán đều có giai đoạn lâm sàng tiến triển, u xâm lấn rộng tại vùng nên gây khó khăn trong điều trị. Do những đặc thù về mặt giải phẫu, điều trị triệt căn có thể để lại những tổn khuyết gây ảnh hưởng lớn về hình thể, chức năng sống và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, và đây chính là thách thức trong điều trị. Vì thế, việc ứng dụng phẫu thuật tái tạo là vô cùng cần thiết, giúp mở rộng chỉ định phẫu thuật, phục hồi các tổn khuyết, đem lại cơ hội sống và sống tốt hơn cho bệnh nhân.

Trong nhiều năm trở lại đây, chúng tôi đã cố gắng ứng dụng các phương pháp tái tạo phù hợp cho nhiều loại ung thư đầu cổ phổ biến; đặc biệt với các mức độ tổn khuyết trung bình và lớn, việc ứng dụng các vật da - cân - cơ - xương có cuống theo mô hình điều trị trên thế giới đã được thực hiện hoàn chỉnh trong tổng thể điều trị đa mô thức.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật triệt căn và tái tạo cơ quan bằng các vật da - cơ - xương có cuống trong điều trị ung thư đầu cổ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân ung

thư đầu cổ được chẩn đoán và điều trị từ tháng 3 năm 2016 cho đến hết tháng 6 năm 2017 tại Bệnh viện Trung ương Huế. Phương pháp nghiên cứu tiến cứu, mô tả loạt ca.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Bệnh nhân ung thư đầu cổ có giai đoạn lâm sàng tiến triển tại vùng còn khả năng phẫu thuật triệt căn ban đầu, chưa có di căn xa

- Có kết quả mô bệnh học ác tính

- Mức độ tổn khuyết trung bình trở lên

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Ung thư tái phát

- Lymphoma, ung thư da, ung thư vòm, hạ họng thanh quản

- Ung thư di căn vị trí đầu cổ

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Tiêu chuẩn xác định ung thư tiến triển tại vùng không mổ được (T4b)

- Ung thư xâm lấn khoang cơ nhai

- Ung thư xâm lấn nền sọ

- Ung thư xâm lấn chân bướm

- Ung thư xâm lấn động mạch cảnh

Tiêu chuẩn đánh giá mức độ tổn khuyết:

- Nhỏ: tổn khuyết nông, kích thước nhỏ (ung thư T1), chỉ sử dụng các vật da, niêm mạc tại chỗ tạo hình che phủ.

- Trung bình: tổn khuyết khá rộng và sâu (ung thư T2), cần sử dụng các vật da - cân - cơ có cuống tái tạo sau cắt bỏ rộng rãi.

- Lớn: ung thư xâm lấn cơ quan, tổ chức lân cận (cơ, xương, thần kinh: ung thư T3, T4a), cần sử dụng các vật lớn da - cân - cơ có cuống để tái tạo.

Tiêu chuẩn đánh giá tình trạng vật tái tạo:

Bệnh viện Trung ương Huế

- **Tốt:** vạt không hoại tử, hồng, độ trương tốt, không loét, khoang miệng không có mùi thối, biểu mô hóa tốt (cho vạt khoang miệng), không cần can thiệp gì thêm

- **Trung bình:** vạt hoại tử một phần (20% ngoại vi), trên vạt có loét, cần sửa chữa một phần vạt.

- **Xấu:** hoại tử toàn bộ vạt, loét nhiều vị trí trên vạt, khoang miệng thối, cần phẫu thuật vạt thay thế.

Tiêu chuẩn đánh giá khả năng phục hồi chức năng vùng tái tạo:

- **Tốt:** phục hồi khả năng ăn, uống, nhai, nuốt tốt sau phẫu thuật, nói rõ, không khó thở.

- **Trung bình:** phục hồi chậm các chức năng

nuốt, nói: nói ngọng không rõ lời sau mổ **nhưng** cải thiện dần, nuốt khó, nuốt sặc cải thiện dần, dò dịch khoang miệng sau mổ.

- **Xấu:** không phục hồi một trong các chức năng trên

Đánh giá về thẩm mỹ:

- **Tốt:** không biến dạng vùng đầu cổ, hình thể cân đối

- **Trung bình:** thay đổi hình thể nhẹ, mất cân xứng hai bên.

- **Xấu:** biến dạng vùng đầu cổ; lõm vùng hàm mặt, khoang miệng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi

Tuổi trung bình 56,7 (SD= 6,7), tuổi thấp nhất 37, cao nhất 76 tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 4,9/1.

Bảng 3.1. Các đặc điểm bệnh học và điều trị

Đặc điểm		n=32
Loại ung thư	UT xương hàm trên	1
	UT sàng hàm	2
	UT niêm mạc khẩu cái	3
	UT niêm mạc hậu hàm	1
	UT lưỡi - sàn miệng	18
	UT niêm mạc má	4
	UT niêm mạc lợi hàm dưới	2
	UT xương hàm dưới	1
Giai đoạn	II	5
	III	13
	IVA	14
Mô bệnh học	UT biểu mô vảy	30
	Sarcoma xương	2
Loại phẫu thuật	Cắt rộng u và tổ chức xâm lấn (da, niêm mạc, cơ, xương)	32
	Vết hạch cổ triệt căn cải biên	30
Vạt tái tạo	Vạt cân thái dương	3
	Vạt cân - cơ thái dương	6
	Vạt da - cân - cơ dưới hàm	19
	Vạt da - cân - cơ ngực lớn	2
	Vạt cân - cơ - xương vai	2
Điều trị bổ trợ	Xạ trị	17
	Hóa trị	2
	Hóa - xạ trị	6

Ứng dụng các vật da cơ xương có cuống trong điều trị triệt căn...

- Ung thư xâm lấn xương hàm trên trong 6 trường hợp bao gồm: 1 ung thư xương hàm trên, 2 ung thư sàng hàm, 3 ung thư niêm mạc khẩu cái xâm lấn xương hàm trên. Tất cả 6 trường hợp này được tái tạo bằng vật cân - cơ thái dương

- Ung thư xâm lấn xương hàm dưới trong 3 trường hợp bao gồm: 1 ung thư xương hàm dưới và 2 UT lợi hàm dưới xâm lấn xương hàm dưới. Trong 3 trường hợp này, 2 BN tái tạo bằng vật cân - cơ - xương vai và 1 BN được tái tạo bằng vật da - cân - cơ ngực lớn.

- 5 BN ung thư niêm mạc miệng bao gồm: 1 UT niêm mạc tam giác hậu hàm, 4 UT niêm mạc má lan rộng. Trong 5 trường hợp này, 3 BN được tái tạo bằng vật cân thái dương, 1 BN sử dụng vật da - cân - cơ ngực lớn và 1 BN được tái tạo bằng vật dưới hàm.

- Có 7 BN không đồng ý điều trị bổ trợ

Kết quả phẫu thuật

Bảng 3.2. Các biến chứng phẫu thuật

Biến chứng	n
Chảy máu vùng mổ	2
Tụ dịch tại vật	2
Nhiễm trùng vùng mổ	7
Dò dịch bạch huyết	3

- Chảy máu tại vật trong 2 trường hợp
- Dò dịch bạch huyết trong 3 trường hợp vết hạch cổ
- Tất cả biến chứng đều được xử trí và đáp ứng điều trị tốt.

Bảng 3.3. Tình trạng vật tái tạo

Tốt	Trung bình	Xấu
32	0	0

tất cả vật tái tạo sống tốt sau phẫu thuật

Bảng 3.4. Kết quả phục hồi chức năng vùng tái tạo

Tốt	Trung bình	Xấu
28	4	0

4 trường hợp phục hồi chức năng chậm sau mổ do tổn thương lan rộng vùng đáy lưỡi, thành bên họng.

Bảng 3.5. Kết quả thẩm mỹ

Tốt	Trung bình	Xấu
26	5	1

Đánh giá về mặt thẩm mỹ còn mang tính chủ quan, tương đối, thời điểm đánh giá ít nhất 1 tháng sau phẫu thuật.

Bảng 3.6. Tái phát, di căn sau phẫu thuật

Tái phát, di căn	n	%
Tái phát	5	15,6
Di căn xa	2	6,2

- Tỷ lệ tái phát và di căn xa sau điều trị thấp
- Trong 5 BN tái phát, có 1 BN kèm di căn phổi
- Tái phát xảy ra trong 3/7 BN không điều trị bổ trợ
- Tái phát sớm nhất 5 tháng, muộn nhất 13 tháng sau phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về điều trị triệt căn

Theo NCCN, phẫu thuật là phương pháp điều trị đầu tay đóng vai trò chủ đạo trong ung thư đầu cổ, đặc biệt là đối với các ung thư giai đoạn sớm; trong giai đoạn tiến triển, phẫu thuật là phương pháp điều trị chính phối hợp với hóa - xạ trị nhằm tăng kiểm soát tại vùng. Chỉ định phẫu thuật rộng rãi tổn thương u nguyên phát kèm vết hạch cổ triệt căn là chỉ định cho hầu hết các giai đoạn ung thư từ T1 đến T4a và xâm lấn hạch từ N1 đến N3, ngoại trừ ung thư xâm lấn các thành phần quan trọng mà phẫu thuật có thể gây nguy hiểm đến chức năng sống của bệnh nhân (khối u T4b) như động mạch cảnh, nền sọ..., và ung thư di căn xa (giai đoạn IVC) [1]. Trong các giai đoạn tiến triển tại vùng với khối u lớn, xâm lấn nhiều cơ quan lân cận, việc cắt bỏ triệt căn đòi hỏi phải được thực hiện một cách rộng rãi tổ chức ung thư kèm tổ chức xâm lấn kèm vết hạch cổ; đối với nhóm nguy cơ bao gồm các diện cắt tiếp cận (dương tính - còn tổ chức ung thư tại diện cắt), hạch phá vỡ và có xâm lấn mạch máu thần kinh, nhất thiết phải có điều trị bổ sung bằng xạ trị hoặc

hóa trị, hoặc phối hợp hóa - xạ trị. Như vậy, việc chỉ định điều trị đa mô thức trong ung thư đầu cổ giúp tăng kiểm soát tại vùng, dự phòng các di căn xa và cải thiện sống thêm; tuy nhiên, bên cạnh các lợi ích đạt được thì độc tính của điều trị cũng là vấn đề phải đặc biệt quan tâm vì có thể ảnh hưởng đến chức năng sống và chất lượng sống của bệnh nhân. Nếu phẫu thuật không đảm bảo tính triệt căn do e ngại phẫu thuật rộng gây tổn khuyết có thể làm tăng mức độ chỉ định của liệu pháp bổ trợ và do vậy làm tăng độc tính. Chia khóa có thể mở ra cơ hội điều trị tận gốc chính là phẫu thuật tái tạo, tái tạo giúp giảm nhẹ điều trị bổ trợ, phục hồi tổn khuyết do sự tàn phá của phẫu thuật triệt căn, cho nên có thể xem tổng thể phẫu thuật triệt căn kết hợp tái tạo và điều trị bổ trợ như là một cuộc chạy tiếp sức với đích đến là kết quả điều trị tốt nhất và chất lượng cuộc sống tối ưu cho bệnh nhân.

Trong nghiên cứu, với 32 bệnh nhân ung thư đầu cổ, chúng tôi đã áp dụng phẫu thuật tái tạo sau cắt bỏ tổ chức ung thư. Tất cả bệnh nhân đều được phẫu thuật cắt u kèm tổ chức xâm lấn với diện mổ rộng, phục hồi tổn khuyết chức năng và hình thể bằng các vật có cuống phù hợp, tất cả các trường hợp ung thư biểu mô vảy đều được chỉ định vét hạch cổ triệt căn; điều trị bổ trợ theo hướng dẫn điều trị.

4.2. Về lựa chọn và ứng dụng vật tái tạo

Chúng tôi sử dụng các vật có cuống để tái tạo cho tất cả các bệnh nhân, các bệnh nhân trong nghiên cứu đều ở giai đoạn từ II đến IVA và phần lớn các khối u đều ở mức độ xâm lấn quá vị trí nguyên phát đến vùng giải phẫu lân cận, các khối u thường xâm lấn sâu đến lớp cơ hoặc hần hữu là xương bên dưới. Chúng tôi lựa chọn vật tùy thuộc vào mức độ tổn thương và vị trí tổn thương.

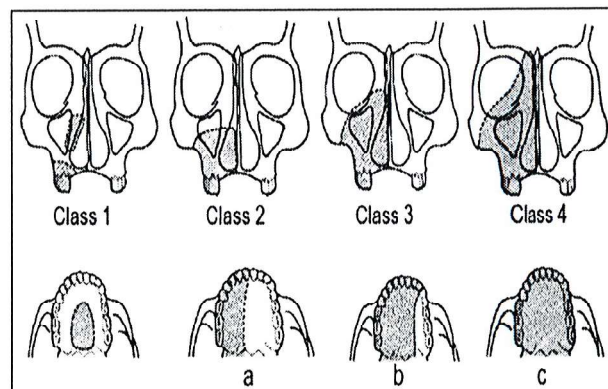
Vật cân thái dương

Vật cân thái dương nông với cuống nuôi là động mạch thái dương nông được chúng tôi áp dụng trong hai trường hợp ung thư niêm mạc má lan rộng với nhiều tổn thương vệ tinh chiếm gần hết lớp niêm mạc má một bên và một trường hợp ung thư niêm mạc tam giác hậu hàm lan rộng. Trong các trường

hợp này, chúng tôi đã cắt bỏ rộng rãi vùng tổn thương và tổn khuyết niêm mạc và tổ chức dưới niêm mạc, với kỹ thuật lấy rộng vật cân thái dương, khuyết hồng đã được che phủ hoàn toàn, phẫu thuật cần sự tinh tế trong việc bộc lộ cuống mạch và phần cân đưa vào khoang miệng tỏa ra như nan quạt để tránh tình trạng trào ngược dịch khoang miệng vào vùng thái dương. Chúng tôi nhận thấy, đối với tổn thương niêm mạc lan rộng vùng khoang miệng chưa xâm lấn sâu, sử dụng vật cân thái dương nông là lựa chọn hoàn toàn phù hợp, điều này cũng trùng lặp với nhận định của Jaquet và cs [2].

Vật cân - cơ thái dương

Tổn khuyết xương hàm trên sau cắt bỏ ung thư xâm lấn là tổn khuyết thường gặp gây ra do ung thư sàng hàm, ung thư niêm mạc khẩu cái xâm lấn xương và một số ít là sarcoma xương nguyên phát. Đây là tổn khuyết nặng gây ảnh hưởng lớn đến hình thể khuôn mặt và ảnh hưởng trực tiếp đến các chức năng ăn, uống, nói và thở của bệnh nhân. Phân loại tổn khuyết Brown giúp xác định diện cắt và lập kế hoạch tái tạo trên bệnh nhân [3].



Hình 1. Phân loại Brown

(Nguồn: *A modified classification for the maxillectomy defect. Head Neck ;22:17 - 26. [3]*)

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng vật cân - cơ thái dương cho 6 trường hợp bao gồm: 1 ung thư xương hàm trên, 2 ung thư sàng hàm và 3 trường hợp ung thư niêm mạc khẩu cái xâm lấn xương hàm trên. Có 4 ca tổn khuyết sau cắt bỏ mức độ class 2/a và 2 trường hợp ở mức độ class 3/b (theo bảng 1). Với 4 trường hợp class 2/a, sử dụng vật cân - cơ thái

ương đã thay thế vừa đủ khuyết hồng xương hàm trên, khẩu cái và niêm mạc khẩu cái; nhưng với 2 trường hợp thuộc class 3/b bao gồm 1 trường hợp ung thư sàng hàm và 1 trường hợp sarcoma xương hàm trên, trong cả hai trường hợp này ung thư đã phá hủy toàn bộ xương hàm trên 1 bên và 1 phần xương hàm đối bên, xô lệch đường giữa, phá hủy các cuốn mũi và khoang khí đạo phía sau, kèm xâm lấn thành bên họng, phá hủy xoang sàng và sàn ổ mắt; với trường hợp ung thư sàng hàm chúng tôi kết hợp nẹp và toàn bộ vật cân - cơ thái dương kèm móm vệt để tái tạo khuyết hồng xương hàm trên hai bên, tái tạo khoang khí đạo và thành bên họng tránh trường hợp vật di lệch gây tắc nghẽn khí đạo, tái tạo sàn ổ mắt bảo tồn tốt ổ mắt giúp duy trì các chức năng thở, nói, nuốt, nhai và chức năng nhãn cầu. Trường hợp sarcoma xương hàm trên được sử dụng đồng thời hai vật cân - cơ thái dương và vật da - cân - cơ dưới hàm đã thay thế đầy đủ thể tích khuyết hồng đồng thời tái tạo tốt sàn ổ mắt, kỹ thuật này tương tự kỹ thuật được mô tả gần đây theo báo cáo của Wang và cs. [4].

Theo Brennan và cs., sử dụng vật cân - cơ thái dương tái tạo cho hầu hết các mức độ khuyết hồng vùng khẩu cái - xương hàm trên và có thể thay thế hoàn hảo cho các vật cơ xương tự do, phục hồi tốt hình thái và chức năng vùng hàm miệng [5].

Vật da - cơ dưới hàm

Trong ung thư đầu cổ, ung thư khoang miệng chiếm khoảng 30% và chủ yếu là các ung thư lưỡi - sàn miệng, ung thư nguyên phát có thể ở lưỡi hoặc sàn miệng nhưng thường cho xâm lấn cả hai vị trí khi chẩn đoán, chính vì vậy tỷ lệ tái tạo cho vùng này trong nghiên cứu của chúng tôi là chủ yếu; việc cắt bỏ rộng rãi tổn thương trong một không gian hẹp và thiếu tổ chức thay thế đòi hỏi phải thực hiện tái tạo; lưỡi có chức năng quan trọng trong phát âm và ăn uống nên yêu cầu tái tạo phải đảm bảo thay thế được thể tích cắt bỏ đồng thời với độ di động của lưỡi. Chúng tôi sử dụng vật da - cơ dưới hàm một bên hoặc hai bên trong tái tạo lưỡi - sàn miệng là phù hợp, bởi lẽ: vật da thay thế cho niêm mạc và

vật cơ thay thế cho phần cơ lưỡi và các cơ vùng sàn miệng bị cắt bỏ là đủ cho mọi tổn khuyết sàn miệng - lưỡi; vật được chuẩn bị trong cùng một thì vết hạch cổ và cắt bỏ rộng u nguyên phát cho phép bộc lộ và bảo tồn cuống mạch thuận lợi hơn, bảo tồn tốt các thần kinh lưỡi, nhánh hàm thần kinh VII, thần kinh XII nhằm góp phần duy trì các chức năng trọng yếu của vùng hàm mặt; vật sau khi bộc lộ cho phép xử lý tốt tổ chức ung thư xâm lấn vùng sàn miệng như các tuyến nước bọt dưới lưỡi, chuyển vật và xoay chuyển vật dễ dàng nhằm đạt thể tích thay thế và yêu cầu thẩm mỹ, vật thực hiện tốt trong trường hợp chưa có hạch lớn vùng dưới hàm (nhóm 1). Kinh nghiệm này của chúng tôi cũng có một số điểm tương đồng so với các tác giả khác [6], [7], [8]. Một điểm bất lợi trong việc ứng dụng vật cân - cơ dưới hàm đó là khi có sự hiện diện của hạch cổ nghi ngờ xâm lấn, đặc biệt là các hạch phá vỡ xâm nhiễm tổ chức dưới hàm thì phải cân nhắc chỉ định kỹ lưỡng nhưng có thể áp dụng vật dưới hàm cải biên trong trường hợp có hạch nhưng chưa xâm lấn ngoài vỏ hạch với thiết kế vật nằm ngoài vùng hạch, bóc tách vật tận cuống trong cùng thời điểm vết hạch giúp loại bỏ tối đa tổ chức mỡ, bạch mạch quanh vật. Theo nhiều tác giả, ứng dụng vật da - cơ dưới hàm thay thế tốt cho vật tự do đem lại kết quả tái tạo tốt về mặt chức năng và thẩm mỹ [6 - 9]. Chúng tôi áp dụng cho 18 bệnh nhân ung thư lưỡi - sàn miệng xâm lấn trong nghiên cứu; 1 bệnh nhân ung thư niêm mạc miệng xâm lấn rộng và xâm lấn da được tái tạo bằng vật đôi dưới hàm hai bên. Nhiều nghiên cứu cũng đã ứng dụng vật da - cơ dưới hàm trong tái tạo thành họng, khẩu cái và ung thư lợi hàm dưới.

Vật da - cân - cơ ngực lớn

Đây là vật khá cổ điển, được ứng dụng từ những năm 80 của thế kỷ trước, vật lớn rộng được sử dụng trong tái tạo các khuyết hồng lớn vùng đầu cổ, với ưu điểm cuống vật dài tuy khá công kênh, khả năng thay thế tốt mô bị mất nhưng thường không đạt kết quả thẩm mỹ cao [10]. Các vật cải biên như vật đảo với cuống được thu gọn cho phép cải thiện tốt về thẩm mỹ và có thể thay thế tốt cho các vật tự do

trong các nghiên cứu gần đây, nhất là đối với các trường hợp cần điều trị hỗ trợ sau mổ [11]. Chúng tôi thực hiện tái tạo cho 2 trường hợp bao gồm 1 BN ung thư niêm mạc má xâm lấn rộng toàn bộ má trái và 1 BN ung thư lợi hàm dưới xâm lấn xương hàm dưới, để tái tạo toàn bộ má trái, chúng tôi sử dụng vật đảo da - cơ ngực lớn phía dưới quầng vú với cuống nuôi động tĩnh mạch cùng vai ngực được bóc tách di động toàn bộ cuống và thu gọn cuống, thần kinh cơ ngực lớn cũng được cắt bỏ, vật đã thay thế toàn bộ má trái bao gồm niêm mạc, cơ và da, đạt hình thể cân đối. Trường hợp ung thư lợi hàm dưới xâm lấn rộng và xâm lấn xương hàm dưới được cắt bỏ xương hàm dưới, u nguyên phát và tổ chức xâm lấn, dùng nẹp giữ khoảng cố định khung xương hàm dưới và sử dụng vật đảo da - cơ ngực lớn để tái tạo toàn bộ tổn khuyết hàm dưới đã có kết quả điều trị tốt cả về chức năng nhai và thẩm mỹ.

Vật cân - cơ - xương vai

Trên thế giới, vật xương vai tự do cùng với vật xương mác tự do được sử dụng khá rộng rãi trong tái tạo các tổn khuyết xương hàm trong ung thư đầu cổ, đặc biệt là trong tái tạo xương hàm dưới. Ưu điểm của vật xương mác là vật xương dài, dày có thể tái tạo tổn khuyết lớn của xương hàm, phục hồi cung hàm tốt, nhược điểm là vật cơ kèm theo nhỏ, không có khả năng thay thế hoàn toàn cho các tổn khuyết phần mềm lớn vùng hàm dưới. Ưu điểm của vật xương vai tự do là phần cơ xung quanh xương vai khá lớn nhưng nhược điểm là vật xương và vật cơ xung quanh được cấp máu từ hai nguồn khác nhau là động tĩnh mạch dưới vai và nhánh của động tĩnh mạch ngực lưng làm khó khăn cho việc thực hiện kỹ thuật [12], [13].

Cả hai trường hợp được tái tạo vật cân - cơ - xương vai trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm, một là ung thư xương hàm dưới xâm lấn rộng tổ chức phần mềm xung quanh, một là ung thư lợi hàm dưới xâm lấn rộng tổ chức hàm dưới và xương hàm dưới. Chúng tôi sử dụng vật với phần xương vai có độ dài 12 và 13 cm và khối vật cân - cơ cạnh vai lớn, vật rộng thay thế tốt cho tổn khuyết xương hàm

dưới và tổ chức phần mềm hàm dưới, với kết quả tốt cả về phục hồi chức năng hàm dưới và thẩm mỹ.

Những nhận xét chung:

- Vật có cuống tỏ ra ưu việt trong tái tạo các tổn khuyết trung bình và lớn với vật bền vững, chịu được các ảnh hưởng sau mổ như nhiễm trùng hậu phẫu, tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân.

- Vật chịu được điều trị hỗ trợ hóa, xạ trị tốt hơn so với vật tự do

4.3. Kết quả điều trị

Tình trạng vật tái tạo

Tất cả các trường hợp đạt kết quả tốt sau phẫu thuật, vật sau mổ có độ trương tốt, hồng hào, thử nghiệm chích kim trên vật ngay sau mổ có chảy máu nhiều màu đỏ tươi. Sau khoảng 1 - 2 tuần, đối với các vật khoang miệng: vật cân hoặc vật da có đóng lớp giả mạc trắng để bóc tách, bên dưới có màu hồng, lên tổ chức hạt bắt đầu quá trình biểu mô hóa. Bệnh nhân sau 1 tháng theo dõi, các vật cân, da được biểu mô hóa từ ngoại vi vào phía trung tâm, vật hồng như niêm mạc, chỉ còn một đám nhỏ ở trung tâm chưa được biểu mô hóa, sau 3 tháng, tình trạng biểu mô hóa cho vật cân và da đạt hoàn toàn, vật cân thường cho biểu mô hóa sớm và nhanh hơn vật da, lúc này, vật có thể rất khó xác định ranh giới do sự phục hồi gần như hoàn toàn về hình dạng mặc dù phần lớn bệnh nhân đã trải qua điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật. Theo Lê Văn Sơn, kết quả sinh thiết bề mặt vật cân - cơ thái dương sau tái tạo với lớp biểu mô phủ có đầy đủ cấu trúc bao gồm màng đáy, lớp tế bào đáy, lớp tế bào gai và lớp tế bào hạt [14].

Kết quả phục hồi chức năng vùng tái tạo

Có 28 trường hợp đạt mức tốt, phục hồi sớm khả năng nhai, nuốt, nói, không có biểu hiện khó thở, đối với các ung thư lưỡi: có độ di động tốt, nói ngọng nhẹ và thường sau 1 - 2 tháng, đã nói được rõ hơn. Có 4 BN phục hồi chậm, nói ngọng nhiều, một số nuốt sặc thức ăn lỏng, đau vùng mỏ; tình trạng này được cải thiện dần sau đó. Phần lớn BN đều hài lòng với kết quả phẫu thuật.

Kết quả thẩm mỹ

Việc đánh giá còn mang tính chủ quan, tương

đôi, tuy vậy chúng tôi cũng xác định được 26 trường hợp đạt kết quả tốt, với hình thể tái tạo đẹp, khá cân xứng so với hai bên và xung quanh. 5 BN có thay đổi hình dạng nhẹ, giảm đối xứng; chỉ 1 BN có kết quả xấu với vật khá cồng kềnh, khoang miệng không khép kín.

Kết quả ung thư học

Có 5 trường hợp tái phát sau phẫu thuật (tỷ lệ 15,6%) bao gồm 4 trường hợp ung thư lưỡi - sàn miệng và 1 trường hợp ung thư niêm mạc miệng, có 3 trường hợp tái phát tại khoang miệng và 2 trường hợp tái phát tại hạch, trong 5 BN tái phát này có 1 BN di căn phổi sau phẫu thuật và xạ trị 8 tháng; tái phát xảy ra trong 3/7 BN không đồng ý điều trị hóa - xạ trị sau mổ; tái phát xảy ra sớm nhất 5 tháng sau mổ (trường hợp này không điều trị bổ trợ) và muộn nhất là 13 tháng sau phẫu thuật. Có 1 BN xuất hiện di căn đa tạng (gan, phổi) sau điều trị phẫu thuật kết hợp xạ trị 9 tháng.

Theo Vermorken, trên 90% ung thư đầu cổ xuất hiện tái phát trong 3 năm đầu sau điều trị, mức độ tăng dần theo các giai đoạn, đối với ung thư giai đoạn III, IV còn mổ được, có trên 60% xuất hiện tái phát và 20% di căn xa sau điều trị phối hợp

phẫu thuật và hóa - xạ trị, với sống thêm 5 năm dưới 35% [15].

Với việc thực hiện phẫu thuật rộng rãi và tái tạo kết hợp điều trị bổ trợ, chúng tôi hy vọng đạt được kết quả tốt nhất qua thời gian.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 32 bệnh nhân được phẫu thuật triệt căn và tái tạo bằng các vật da - cân - cơ - xương có cuống tại Bệnh viện Trung ương Huế, chúng tôi có các kết luận sau đây:

- Phẫu thuật tái tạo là một phần quan trọng trong điều trị triệt căn ung thư đầu cổ, giúp cải thiện kết quả điều trị.

- 100% đạt kết quả vật sống tốt, toàn bộ bệnh nhân phục hồi hoàn toàn tổn khuyết chức năng và hình thể sau phẫu thuật.

- Tỷ lệ tái phát và di căn xa thấp sau điều trị.

Ứng dụng các vật có cuống là phương pháp khả thi, kỹ thuật mổ an toàn và hiệu quả, là lựa chọn phù hợp cho các tổn khuyết trung bình và lớn sau phẫu thuật cùng với tái tạo cơ quan quan trọng nhằm bảo tồn chức năng sống và hình thái của vùng đầu cổ cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Head and neck cancer. NCCN clinical practice guidelines in oncology. version 2.2017.
2. Jaquet Y, Higgins KM, Enepekides DJ. (2011), The temporoparietal fascia flap: a versatile tool in head and neck reconstruction. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 19 (4), pp. 235 - 41.
3. Brown JS, Rogers SN, McNally DN, Boyle M. (2000), A modified classification for the maxillectomy defect. *Head Neck*, 22, pp. 17 - 26.
4. Wang WH, Zou ZR, Xu B, Wang WQ, Shen SY. (2017), Maxillary Reconstruction Using Submental Artery Island Flap and Sagittal Mandibular Ramus/Coronoid Process Graft Pedicled With Temporalis Muscle. *J Oral Maxillofac Surg*. S0278 - 2391(17): 30735 - 8.
5. Brennan T, Tham TM, Costantino P. (2017), The Temporalis Muscle Flap for Palate Reconstruction: Case Series and Review of the Literature. *Int Arch Otorhinolaryngol*, 21(3), pp. 259 - 264.
6. Parmar PS, Goldstein DP. (2009), The submental island flap in head and neck reconstruction. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*, 17, pp. 263-6.
7. Tan O, Atik B, Parmaksizoglu D. (2007). Soft - tissue augmentation of the middle and lower face using the deepithelialized submental flap. *Plast Reconstr Surg*, 119: pp873-9.
8. Chen WL; Li JS; Yang ZH; Huang ZQ; Wang JU; Zhang B. (2008), Two submental island flaps for reconstructing oral and maxillofacial defects following cancer ablation. *J Oral Maxillofac Surg*, 66(6), pp. 1145 - 56.

9. Patel UA, Bayles SW, Hayden RE. (2007) The submental flap: A modified technique for resident training. *Laryngoscope*, 117, pp. 186–9.
10. Milenović A; Virag M; Uglesić V; Aljinović - Ratković N. (2006), The pectoralis major flap in head and neck reconstruction: first 500 patients. *J Craniomaxillofac Surg*, 34(6), pp. 340 - 3.
11. Liu M, Liu W, Yang X, Guo H, Peng H. (2017), Pectoralis Major Myocutaneous Flap for Head and Neck Defects in the Era of Free Flaps: Harvesting Technique and Indications. *Sci Rep*, 7, pp. 46256.
12. Ilankovan V, Ramchandani P, Walji S, Anand R. (2011), Reconstruction of maxillary defects with serratus anterior muscle and angle of the scapula. *Br J Oral Maxillofac Surg*, 49, pp. 53 - 7.
13. Mücke T, Hölzle F, Loeffelbein DJ, Ljubic A, Kesting M, Wolff KD, et al. (2011). Maxillary reconstruction using microvascular free flaps. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 111, pp. 51 - 7.
14. Lê Văn Sơn (2004), Phục hồi các tổn khuyết vùng hàm mặt bằng vạt cân - cơ thái dương. Luận án Tiến sĩ Y học.
15. Vermorken JB, Specenier P. (2010), Optimal treatment for recurrent/metastatic head and neck cancer. *Ann Oncol*. 21(7), pp. 252 - 61.