

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ U TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI

Nguyễn Xuân Hùng¹, Trần Nhật Huy¹, Trần Khoa¹, Hồ Văn Linh¹

¹Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Trung ương Huế

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: U tuyến nước bọt mang tai là loại khối u điển hình tính đa dạng hình thái mô học giữa các khối u khác nhau cũng như trong cùng một khối u. Phần lớn u lành tính chiếm tỉ lệ 80% nhưng có xu hướng ác tính hóa. U ác tính chiếm tỉ lệ 20%. Chẩn đoán dựa vào lâm sàng, chụp cộng hưởng từ, chọc hút tế bào. Phẫu thuật là phương pháp chính được lựa chọn đầu tay, xạ trị đóng vai trò hỗ trợ chính, hóa trị có vai trò trong trường hợp di căn xa.

Đối tượng, phương pháp: Những bệnh nhân u tuyến mang tai được phẫu thuật và điều trị tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện trung ương Huế từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 7 năm 2022. Thực hiện nghiên cứu tiến cứu, có theo dõi dọc.

Kết quả: Trong 40 trường hợp, có 36 bệnh nhân đạt kết quả tốt, 2 bệnh nhân đạt kết quả trung bình, 2 bệnh nhân đạt kết quả kém.

Kết luận: Chẩn đoán và phẫu thuật u tuyến nước bọt mang tai đúng sẽ đem lại kết quả tốt, giảm biến chứng và tránh tái phát

Từ khóa: Tuyến nước bọt mang tai.

ABSTRACT

DIAGNOSIS AND TREATMENT FOR SALIVARY GLAND TUMORS

Nguyen Xuan Hung¹, Tran Nhat Huy¹, Tran Khoa¹, Ho Van Linh¹

Background: Parotid tumors are abnormal growths of cells that form in the parotid glands. Most parotid tumors are benign, though some tumors can become cancerous. Rate of benign tumor is 80%, rate of tumor cancer is about 20%. Tests and procedures used to diagnose salivary gland tumor include: physical exam, imaging tests such as magnetic resonance imaging (MRI), collecting of a sample of tissue for testing (biopsy) such as fine - needle aspiration (NFA). Treatment for salivary gland tumors is usually with surgery to remove the tumor, salivary gland tumors cancers may need additional treatment such as with radiation therapy and chemotherapy.

Methods: A prospective study was carried out at oncology center in Hue Central Hospital from January of 2019 to July of 2022. We analyzed the clinical data from 20 patients with parotid tumor.

Results: In 40 cases, 36 cases had good result, 2 cases had middle result, 2 cases had bad result.

Conclusions: Diagnosis exactly and the best parotidectomy will have a good result, reduce the complications and avoiding the recurrence.

Key words: Parotidectomy, salivary grand tumor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến nước bọt mang tai là loại khối u điển hình tính đa dạng hình thái mô học giữa các khối u khác nhau cũng như trong cùng một khối u [1]. Hơn

nữa các khối u hỗn hợp, sự biệt hóa và xu hướng ác tính hóa các u lành có thể làm cho các chẩn đoán mô học bị mất giá trị theo dõi trong thời gian dài [2]. Phần lớn u lành tính chiếm tỉ lệ 80% nhưng có xu

Ngày nhận bài: 05/7/2023. Ngày chỉnh sửa: 20/7/2023. Chấp thuận đăng: 06/8/2023

Tác giả liên hệ: Nguyễn Xuân Hùng. Email: hungquynh72@gmail.com. SĐT: 091 400 66 44

Kết quả phẫu thuật điều trị u tuyến nước bọt mang tai

hướng ác tính hóa [3]. Triệu chứng khối u (TNBMT) thường mờ nhạt, khi được chẩn đoán thì phần lớn các khối u đã lớn, mức độ tổn thương rộng, chức năng thẩm mỹ bị ảnh hưởng gây khó khăn cho việc tiên lượng, điều trị phẫu thuật và điều trị sau phẫu thuật, đồng thời làm tăng nguy cơ biến chứng và tái phát. Phẫu thuật là phương pháp chính được lựa chọn đầu tay, xạ trị đóng vai trò hỗ trợ chính, hóa trị có vai trò trong trường hợp di căn xa [1]. Hiện nay Bệnh viện Trung ương Huế có đầy đủ những xét nghiệm cơ bản cho chẩn đoán u tuyến nước bọt mang tai từ siêu âm, chọc hút tế bào, chụp CLVT, chụp MRI, chẩn đoán tế bào, nhuộm HE, nhuộm hóa mô miễn dịch. Tuy nhiên chưa có đề tài nghiên cứu về lâm sàng và cận lâm sàng trong chẩn đoán và điều trị u TNBMT. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với hai mục tiêu: (1) Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trong chẩn đoán UTNBM. (2) Đánh giá kết quả phẫu thuật UTNBM.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Những bệnh nhân u tuyến mang tai được phẫu thuật tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Trung ương

Huế từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 7 năm 2022.

Tiêu chuẩn chọn lựa: Bệnh nhân được chẩn đoán u TNBMT qua khám lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng. Bệnh nhân được phẫu thuật u tuyến nước bọt mang tai.

Tiêu chuẩn loại trừ: Những bệnh nhân được chẩn đoán u TNBMT nhưng u lớn xâm lấn rộng ngoài khả năng phẫu thuật. Giải phẫu bệnh có kết luận là u từ nơi khác đến.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu có theo dõi dọc.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa phẫu thuật Trung tâm Ung bướu Bệnh viện Trung ương Huế.

Cỡ mẫu n = 40

Quy trình nghiên cứu: (1) Ghi nhận tổng tin lâm sàng: hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng. (2) Ghi nhận thông tin chẩn đoán hình ảnh. (3) Thông tin chọc hút tế bào và sinh thiết mở.

Cách thức phẫu thuật bao gồm các thì: Rạch da bộc lộ dây VII; Cắt thùy nông; Cắt thùy sâu (nếu có chỉ định); Cắt toàn bộ tuyến và dây VII, các tổ chức u xâm lấn, chuyển vật cơ da che phủ, nối dây thần kinh (nếu có chỉ định); Đóng vết mổ.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm kết quả giải phẫu bệnh lý gặp trong nghiên cứu

Bảng 1: Kết quả giải phẫu bệnh

Bệnh	Sinh thiết			Sinh thiết				
	A	B	O	C	Q	E	T	G
n	12	8	4	2	2	2	4	2
%	40	20	10	5	5	5	10	5
	70			30				

A: u tuyến đa hình; B: u tuyến - lympho; O: u nang tuyến; Q: K BMTB tuyến vảy; C: K BMTB tuyến nhầy; G: K BMTB tuyến không biệt hóa; E: K TB tuyến nang; T: U lym pho ác tính

Trong các trường hợp u BMTLT (u tuyến đa hình chiếm 57,14%) và trong toàn khối u các loại chiếm 40%. U BMTAT chiếm 30% trong tổng số u tuyến mang tai.

3.2. Kết quả phẫu thuật

Bảng 2: Phân loại cách thức phẫu thuật u tuyến mang tai

Nhóm bệnh		UBMLT	UBMAT	Tổng	
Tổng				n	%
Vị trí	Thùy nông	18	2	20	50
	Thùy sâu	2	0	2	5
	Cả hai	8	10	18	45

Kết quả phẫu thuật điều trị u tuyến nước bọt mang tai

Nhóm bệnh		UBMLT	UBMAT	Tổng	
Tổng				n	%
Bảo tồn dây tk 7	Có	28	8	36	90
	không	0	4	4	10
Phẫu thuật	Đơn thuần	6	0	6	15
	Thùy nông	14	1	16	40
	Cả hai thùy	8	5	18	45
Tổng		28	6	40	100

Phẫu thuật bảo tồn dây thần kinh số VII luôn được đặt ra chiếm 90%. Phẫu thuật đơn thuần lấy u chỉ chiếm 15%.

Bảng 3: Kết quả phẫu thuật

Nhóm bệnh		UBMLT	UBMAT	Tổng	
				n	%
Liệt tạm thời	Có	2	2	4	10
	không	26	6	32	90
Tự máu vết mổ	Có	0	2	2	5
	không	28	10	38	95
Nhiễm trùng vết mổ	Có	0	0	0	0
	không	28	12	40	100
Rò nước bọt	Có	4	0	4	10
	không	24	12	36	90
Tổng					

Biến chứng liệt mặt tạm thời có 2 trường hợp chiếm 10%. Rò nước bọt chiếm 10%. Không có trường hợp nào nhiễm trùng vết mổ.

3.3. Kết quả theo dõi điều trị sau 3 tháng

Bảng 4: Theo dõi điều trị sau 3 tháng

Triệu chứng	UBMLT	UBMAT
Liệt dây 7	1	2
Vết mổ liền tốt	28	12
Tái phát	0	1

Tái phát khối u gặp 1 trường hợp chiếm tỉ lệ 2.5%.

Bảng 5: Kết quả theo dõi sau 6 đến 18 tháng

Triệu chứng	UBMLT	UBMAT
Liệt dây 7	1	2
Rò nước bọt	2	0

Triệu chứng	UBMLT	UBMAT
Tái phát	0	1
Di căn	0	2
Tử vong	0	1

Có 2 bệnh nhân di căn phổi trong đó có 1 bệnh nhân tử vong

IV. BÀN LUẬN

Phân bố bệnh hay gặp nhất ở nhóm tuổi 45-60. Theo Hàn Thị Vân Thanh hay gặp ở nhóm tuổi 41-50 [4].

U lành tính: Kích thước khối u hay gặp từ 2 - 4cm, điều này cho thấy bệnh nhân đến điều trị

Kết quả phẫu thuật điều trị u tuyến nước bọt mang tai

thường muộn, đa số khối u có mật độ chắc, các khối u thường có ranh giới rõ và di động. Đặc điểm u ác tính: Khối u thường có kích thước 2 - 4cm, có 2 trường hợp > 4cm có tác giả nhận xét u kích thước càng lớn thì độ ác tính càng cao. Mật độ khối u thường chắc và một đặc điểm quan trọng là kém di động. Các dấu hiệu xâm lấn cơ cắn, xâm lấn thần kinh tê mặt, liệt mặt và mô dưới da, theo tác giả Nguyễn Minh Phương tỉ lệ này 18,2% [5]. Điều này cũng chứng tỏ phần lớn tiếp nhận điều trị đa số bệnh nhân giai đoạn nặng.

Nổi hạch vùng là đặc điểm quan trọng trong ung thư, có 4 trường hợp có hạch vùng. Ung thư tuyến mang tai đa số tiến triển chậm, tỉ lệ di căn hạch thấp, di căn đến hạch góc hàm hạch cảnh giữa hạch sau tai. Về đặc điểm di căn xa trong nghiên cứu này chưa ghi nhận trường hợp nào [6, 7].

Điều trị phẫu thuật là phương pháp chính và là phương pháp đầu tay trong điều trị ung thư tuyến nước bọt. Với khối u lành tính tỉ lệ khối đạt 100%, tuy nhiên đối với khối u tuyến đa hình là một u lành tính nhưng lại có những tua nhỏ rất dễ bỏ sót đôi khi u to nằm ở thùy sâu việc bóc hết tổn thương gặp khó khăn [8 - 11].

Phương pháp phẫu thuật: Chủ yếu là cắt bỏ khối u kèm cả tuyến nước bọt hoặc cắt u kèm thùy nông, việc cắt u đơn thuần và một phần tuyến chiếm 20%, chỉ áp dụng cho những u ở thùy nông và sau tuyến đơn độc một nang lành tính. Đối với những u ác tính tái phát xâm lấn xương chúng tôi phải phẫu thuật cắt xương hàm, chuyển vật cơ da có cuống để che phủ khuyết hổng [8].

Mục tiêu bảo tồn dây thần kinh VII là mối quan tâm hàng đầu trong phẫu thuật u tuyến nước bọt mang tai và tỉ lệ liệt mặt là một trong những tiêu chuẩn đánh giá sớm kết quả phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2/20 liệt bán phần chiếm tỉ lệ 10%. Tỉ lệ này thấp hơn nghiên cứu của Hàn Thị Vân Thanh là 24,7% [4]. Có 2 trường hợp đã liệt mặt vĩnh viễn do những lần phẫu thuật trước, chúng tôi đã thực hiện ghép nối dây thần kinh VII bằng cách phẫu tích dây thần kinh mác chung nối với đoạn dây VII ở xương chũm và 2 nhánh còn lại chi phối cho vùng thái dương và vùng cơ da miệng. Các biến chứng tụ máu vết mổ chỉ có 1 trường hợp, nhiễm trùng vết mổ không có, có 2 trường hợp rò tuyến nước bọt được chọc hút vài lần mới khỏi.

Tất cả trường hợp u lành tính đều không tái phát, không có hội chứng Frey, không có rò nước bọt, trường hợp ghép đoạn dây thần kinh số VII cho kết quả tốt khuôn mặt gần cân xứng mắt nhắm gần kín, trương lực cơ và cảm giác vùng mặt được phục hồi. Một bệnh u ác tính tái phát tại chỗ sau 6 tháng với những hạch nhỏ nằm ở nông sau khi mổ lại và điều trị xạ trị cho kết quả tốt, những trường hợp u ác tính khác đều được xạ trị và theo dõi không có di căn xa.

Đánh giá kết quả điều trị: 34 bệnh đạt kết quả tốt, 4 bệnh đạt kết quả trung bình, 2 bệnh nhân đạt kết quả kém.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 40 bệnh nhân được thăm khám làm các xét nghiệm cận lâm sàng và điều trị phẫu thuật, tia xạ, chúng tôi rút ra được những kết luận sau: Khám lâm sàng và lựa chọn xét nghiệm chính xác giúp cho việc đưa ra hướng điều trị chuẩn cho bệnh nhân. Phẫu thuật là phương pháp điều trị đầu tay cho bệnh nhân u tuyến nước bọt mang tai, xạ trị đóng vai trò hỗ trợ chính, hóa trị có vai trò trong trường hợp di căn xa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Young A, Okuyemi OT, Malignant Salivary Gland Tumors, in StatPearls. 2023: Treasure Island (FL) ineligible companies. Disclosure: Oluwafunmilola Okuyemi declares no relevant financial relationships with ineligible companies.
2. Hofmann E, Priebe J, Rieke DT, Doll C, Coordes A, Olze H, et al. Prognostic factors in surgically treated malignant salivary gland tumors. Oral Oncol. 2023; 144: 106484.
3. Namboodiripad PC. A review: Immunological markers for malignant salivary gland tumors. J Oral Biol Craniofac Res. 2014; 4(2): 127-34.
4. Hàn Thị Vân Anh. Nhận xét đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và kết quả phẫu thuật u tuyến nước bọt mang tai ở bệnh viện K từ năm 1996-2001, Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ Y học chuyên ngành ung thư, trường đại học Y Hà Nội, Hà Nội. 2001.
5. Nguyễn Minh Phương. Chụp tuyến có thuốc cản quang đối chiếu giải phẫu bệnh trong chẩn đoán và điều trị u tuyến nước bọt mang tai, in Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú chuyên ngành Răng Hàm Mặt, Đại Học Y Hà Nội. 2000.
6. Straub A, Linz C, Strobel S, Hartmann S, Hohm J, Fuchs A, et al. Mammary analogue secretory carcinoma of a salivary

Kết quả phẫu thuật điều trị u tuyến nước bọt mang tai

- gland of the hard palate with contralateral cervical lymph node metastases: A case report. *Mol Clin Oncol*. 2021; 15(5): 226.
7. Ning C, Zhao T, Wang Z, Li D, Kou Y, Huang S. Cervical lymph node metastases in salivary gland adenoid cystic carcinoma: a systematic review and meta-analysis. *Cancer Manag Res*. 2018; 10: 1677-1685.
 8. Wang X, Luo Y, Li M, Yan H, Sun M, Fan T. Management of salivary gland carcinomas - a review. *Oncotarget*. 2017; 8(3): 3946-3956.
 9. Shabani S, Sharma AV, Carmichael ML, Padhya TA, Mifsud MJ. Management of Non-High-Risk Salivary Gland Carcinomas With Surgery Alone. *Cureus*. 2021; 13(8): e16970.
 10. Romanello DA, Imamguliyeva Z, Cavalieri S, Vischioni B, Gandola L, Iannalfi A, et al. Multidisciplinary Management of Radiation-Induced Salivary Gland Carcinomas in the Modern Radiotherapy Era. *Cancers (Basel)*. 2020; 12(12).
 11. Huang Q, Hu W, Hu J, Gao J, Yang J, Qiu X, et al. Intensity-modulated proton and carbon-ion radiation therapy in the management of major salivary gland carcinomas. *Ann Transl Med*. 2022; 10(22): 1195.