

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NẠO VẾT HẠCH CỔ TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ UNG THƯ ĐẦU CỔ TẠI KHOA TAI MŨI HỌNG, BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Trần Phương Nam¹, Lê Chí Thông¹, Nguyễn Quốc Dũng¹, Phan Ngô Huy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật nạp vết hạch cổ (NVHC) trong điều trị bệnh lý ung thư đầu cổ

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 25 bệnh nhân ung thư đầu cổ được điều trị phẫu thuật nạp vết hạch cổ tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 1/2012 đến tháng 6/2015. Nghiên cứu tiền cứu có can thiệp lâm sàng.

Kết quả: Hạch cổ trên lâm sàng giai đoạn N1 chiếm 52%, trên siêu âm giai đoạn N0 chiếm 52%, CT scan đánh giá trước mổ là 44%. Hạch chủ yếu ở nhóm II, III và IV. Phương pháp phẫu thuật NVHC triệt căn cải biên typ 3 chiếm 48%, NVHC chọn lọc chiếm 36%. Các biến chứng giai đoạn sớm đau vai (24%), sệ vai (20%), tê bì (72%), rối loạn cảm giác tại chỗ (40%) và mất cảm giác sau tai- vùng cổ (28%). Không có trường hợp nào có biến chứng rò bạch huyết hay tổn thương nhánh bờ hàm dây thần kinh mặt hoặc tổn thương dây thần kinh XII.

Từ khóa: phẫu thuật nạp vết hạch cổ, ung thư đầu cổ

ABSTRACT

THE RESULTS OF NECK DISSECTION IN HEAD AND NECK CANCER

Tran Phuong Nam¹, Le Chi Thong¹, Nguyen Quoc Dung¹, Phan Ngo Huy¹

Objects: Assessment the results of neck dissection in head and neck cancer at Hue Central Hospital

Methods: 25 patients with head and neck cancer who had undergone neck dissection at Department of Otolaryngology – Hue Central Hospital from January 2012 to June 2015. A prospective cohort study was conducted.

Results: Neck lymph node in N1 staging on clinical examination was 52%, N0 staging on neck ultrasound was 52% and CT scan was 44%. The level II, III and IV neck lymph groups were most of all neck lymph nodes. Modified radical neck dissection type 3 was done in 48% of all cases, selective neck dissection was done in 36% of all cases. Early complications of neck dissections was shoulder pain (24%), shoulder drop (20%), neck skin numbness (72%), neck sensory abnormality (40%), ear lobule sensory loss (28%). There were no chylous leakage, marginal mandibular nerve injury or hypoglossal nerve injury.

Key words: neck dissection, head and neck cancer

1. Bệnh viện TW Huế

- Ngày nhận bài (received): 10/7/2015; Ngày phản biện (revised): 4/8/2015;
- Ngày đăng bài (Accepted): 24/8/2015
- Người phản biện: Nguyễn Việt Dũng,
- Người phản hồi (Corresponding author): Lê Chí Thông
- Email: thonglechi@gmail.com; ĐT: 0914.478.354

Đánh giá kết quả phẫu thuật nạo vét hạch cổ trong điều trị...

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê hàng năm thế giới có khoảng 550.000 trường hợp ung thư đầu cổ. Phổ biến là ung thư khoang miệng, ung thư lưỡi, ung thư vòm họng và ung thư họng thanh quản. Tỷ lệ các bệnh ung thư thay đổi theo từng khu vực địa lý. Tại Mỹ, ung thư đầu cổ chiếm tỷ lệ 3% trong tổng số bệnh lý ung thư. Năm 2009, phát hiện có 35.160 nam giới và 12.850 nữ giới mắc bệnh ung thư đầu cổ [10].

Trong điều trị phẫu thuật ung thư đầu cổ, ngoài phẫu thuật cắt bỏ khối u nguyên phát, phẫu thuật nạo vét các nhóm hạch vùng cổ nghi ngờ hoặc có di căn đóng vai trò rất quan trọng. Thời gian sống còn hoặc tái phát bệnh phụ thuộc rất nhiều vào kết quả điều trị khối u nguyên phát và các nhóm hạch cổ bằng phẫu thuật hoặc xạ trị, hóa trị. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng nếu có di căn hạch cổ trong ung thư đầu cổ thì thời gian sống trong 5 năm giảm 50% [4], [8], [10], [12].

Năm 1906, George Crile là tác giả đầu tiên mô tả đầy đủ về phương pháp phẫu thuật nạo vét hạch cổ và chứng minh được hiệu quả của nó trong điều trị ung thư đầu cổ. Ngày nay phẫu thuật nạo vét hạch cổ đã được hoàn thiện với nhiều phương pháp khác nhau nhằm mục đích lấy được tối đa các nhóm hạch nghi ngờ hoặc có tế bào ung thư di căn với mức độ gây tổn thương tổ chức lân cận tối thiểu và bảo tồn

được chức năng của các cơ quan.

Trên thế giới đã có nhiều công trình nghiên cứu đánh giá vai trò của phẫu thuật nạo vét hạch cổ. Tại Việt Nam cho đến nay còn ít nghiên cứu đánh giá vai trò của phẫu thuật nạo vét hạch cổ trong điều trị phẫu thuật ung thư đầu cổ. Tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện TƯ Huế, chúng tôi bắt đầu triển khai phẫu thuật nạo vét hạch cổ từ năm 2012. Bước đầu đánh giá kết quả của phẫu thuật nạo vét hạch cổ trong điều trị phẫu thuật ung thư đầu mặt cổ, chúng tôi tiến hành đề tài này với 2 mục tiêu:

1. Khảo sát một số đặc điểm chung của ung thư đầu cổ

2. Đánh giá kết quả phẫu thuật nạo vét hạch cổ trong điều trị ung thư đầu cổ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: gồm 25 bệnh nhân ung thư đầu cổ được điều trị phẫu thuật cắt bỏ khối u nguyên phát kèm theo phẫu thuật nạo vét hạch cổ tại Khoa Tai Mũi Họng và Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 1/2012 đến 6/2015.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu có can thiệp

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Một số đặc điểm chung mẫu nghiên cứu

3.1.1. Tuổi, giới

Bảng 3.1: Tuổi, giới

Đang chờ... Tuổi, giới

Giới	Giới				Tổng cộng	
	Nam		Nữ			
Nhóm tuổi	n	%	n	%	n	%
15 – 30	1	4,0	0	0	1	4,0
31 - 45	2	8,0	0	0	2	8,0
46 – 60	13	52,0	0	0	13	52,0
> 60	7	28,0	2	8,0	9	36,0
Tổng cộng	23	92,0	2	8,0	25	100,0
Tuổi trung bình (năm)		54,7 ± 9,3				

Nam giới chiếm đa số 23/25 trường hợp (92%), trong đó nhóm tuổi 46 – 60 tuổi chiếm 52%. Tuổi trung bình là 54,7 ± 9,3. Đặc điểm về tuổi và giới trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với đặc điểm dịch tễ học chung của bệnh lý ung thư đầu cổ là hay gặp ở nam giới và lứa tuổi trung niên [7, 8, 10].

Bệnh viện Trung ương Huế

3.1.2. Chẩn đoán và giai đoạn ung thư (UT) trước mổ

Bảng 3.2: Chẩn đoán và giai đoạn ung thư trước mổ

Chẩn đoán	Giai đoạn				Tổng
	I	II	III	IV	
UT lưỡi	2	1	3	0	6
UT sàn miệng	0	1	0	1	2
UT môi dưới	0	0	1	0	1
UT amidan	0	0	0	1	1
UT hạ họng	0	0	0	1	1
UT thanh quản	0	0	11	3	14
Tổng	2	2	15	6	25

Ung thư phổ biến nhất trong mẫu nghiên cứu là ung thư thanh quản (14/25 trường hợp), tiếp đến là ung thư lưỡi (6/25 trường hợp). Giai đoạn ung thư phần lớn ở giai đoạn III, chiếm 15/25 trường hợp.

3.1.3. Phân độ giai đoạn hạch cổ trên lâm sàng, siêu âm và CT scan cổ

Bảng 3.3: Giai đoạn hạch trên lâm sàng, siêu âm và CT scan cổ

	Giai đoạn hạch								Tổng	
	N0		N1		N2		N3			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Lâm sàng	9	36,0	13	52,0	2	8,0	1	4,0	25	100
Siêu âm	13	52,0	9	36,0	2	8,0	1	4,0	25	100
CT scan	11	44,0	10	40,0	3	12,0	1	4,0	25	100

Ở giai đoạn hạch N0 và N1, có sự khác biệt về tỷ lệ khám phát hiện hạch trên lâm sàng, siêu âm cổ và CT scan vùng cổ. Nghiên cứu của Jagdeep ST., Madgy SE, tỷ lệ dương tính giả khám sờ thấy hạch trên lâm sàng 12,3 - 30%, trên siêu âm là 3,0 - 7,8% và trên CT scan xấp xỉ 20% [7], [8]. Do đó, thăm khám lâm sàng kỹ vùng cổ kết hợp với siêu âm và CT scan làm tăng chẩn đoán chính xác hạch nghi ngờ di căn vùng cổ.

Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng, những hạch cổ có kích thước lớn hơn 1cm mới có thể khám sờ thấy. Hạch cổ nhỏ hơn 1cm, không những khám không sờ được hạch, trên thực hành siêu âm cũng khó phát hiện hạch. Bên cạnh đó, một số yếu tố khác như

bệnh nhân mập, cổ ngắn, giai đoạn bệnh có ảnh hưởng rất nhiều đến kết quả phát hiện hạch cổ [4], [7], [8], [12], [13].

Nghiên cứu của Madgy SE, độ chính xác của các phương pháp phát hiện hạch cổ di căn giảm dần theo thứ tự là siêu âm (95,96%), CT scan (84,85%) và khám lâm sàng (72,7%) [8]. Trong khi đó nghiên cứu của Jagdeep S. Thakur cho kết quả độ chính xác của siêu âm cổ và CT scan cổ phát hiện hạch di căn tương đương nhau, tỷ lệ 84%, khám sờ thấy hạch là 72% [7].

Đối với những trường hợp hạch lớn ở giai đoạn N3 và N4, kết quả thăm khám lâm sàng tương đương với kết quả siêu âm và CT scan vùng cổ.

Đánh giá kết quả phẫu thuật nạo vét hạch cổ trong điều trị...

3.1.4. Phân bố nhóm hạch cổ trên lâm sàng, siêu âm và CT scan cổ

Bảng 3.4: Phân bố nhóm hạch cổ trên lâm sàng, siêu âm và CT scan cổ

	Nhóm hạch				
	I	II	III	IV	V
Lâm sàng	4	16	10	4	1
Siêu âm	5	15	14	10	1
CT scan	1	16	16	15	1

Trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm cả bệnh lý ung thư khoang miệng, ung thư họng, ung thư thanh quản nên gặp hạch cổ ở tất cả các nhóm từ I đến V. Tuy nhiên các hạch ở nhóm II, III và IV vẫn là phổ biến nhất. Phát hiện hạch dựa trên siêu âm và CT scan cho kết quả tương đương nhau ở các nhóm hạch. Đối với nhóm hạch IV, có sự khác biệt giữa thăm khám lâm sàng và siêu âm, CT scan. Nhóm hạch IV thường nằm sâu, chỉ phát hiện dễ dàng nếu hạch lớn do đó mà độ nhạy của thăm khám lâm sàng thấp hơn nhiều so với kết quả siêu âm và CT scan.

3.2. Kết quả phẫu thuật nạo vét hạch cổ

3.2.1. Phương pháp phẫu thuật nạo vét hạch cổ

Bảng 3.5: Phương pháp phẫu thuật nạo vét hạch cổ

Phương pháp	n	Tỷ lệ %
NVHC triệt căn cải biên typ 1	2	8,0
NVHC triệt căn cải biên typ 3	12	48,0
NVHC chọn lọc	9	36,0
NVHC mở rộng	2	8,0
Tổng	25	100,0

Phương pháp phẫu thuật nạo vét hạch cổ chiếm phần lớn là nạo vét hạch cổ triệt căn cải biên có bảo tồn dây thần kinh phụ, tĩnh mạch cảnh trong và cơ ức đòn chũm, chiếm tỷ lệ 48%. Có 2 trường

hợp, tỷ lệ 8,0%, nạo vét hạch cổ tiết căn cải biên có bảo tồn dây thần kinh phụ. Đây là 2 trường hợp bệnh nhân ung thư thanh quản tái phát hạch sau xạ trị. Đối với các trường hợp ung thư lưỡi, ung thư sàng miệng và ung thư môi chúng tôi chủ yếu thực hiện nạo vét hạch cổ chọn lọc, lấy hết các nhóm hạch tương ứng giải phẫu hạch vùng theo vị trí u nguyên phát.

3.2.2. Một số biến chứng sau phẫu thuật nạo vét hạch cổ

Bảng 3.6: Một số biến chứng sớm sau phẫu thuật

Biến chứng	Có	Không
Chảy máu sau mổ	1	24
Rò bạch huyết	0	25
Trễ khòe miệng	0	25
Mất vận động lưỡi	0	25

Có 01 trường hợp biến chứng chảy máu sớm sau mổ, vào giờ thứ 3 hậu phẫu. Chúng tôi mở vết mổ, bộc lộ điểm chảy máu và cầm máu kỹ bằng phương pháp thắt buộc vị trí chảy máu. Không có trường hợp nào có biến chứng rò bạch huyết, trễ khòe miệng do tổn thương nhánh bờ hàm của dây thần kinh VII và mất vận động lưỡi do tổn thương dây thần kinh XII.

Theo Đàm Trọng Nghĩa biến chứng chảy máu sớm sau phẫu thuật gặp 4/155 trường hợp, chiếm tỷ lệ 2,58%. Biến chứng rò bạch huyết chiếm 0,65% [1]. Nghiên cứu của Nguyễn Đình Phúc trên 293 bệnh nhân từ năm 2000-2004 tỷ lệ rò bạch huyết là 0,68% [2]. Nghiên cứu của Rogério A. D. tỷ lệ rò bạch huyết là 1,02% [11], Grayson K Rodgers là 2,6% [6] và Gender E là 3,4% [5]. Có thể mẫu nghiên cứu của chúng tôi nhỏ nên chưa gặp biến chứng rò bạch huyết. Trong nghiên cứu Đàm Trọng Nghĩa không ghi nhận trường hợp nào tổn thương nhánh bờ hàm dây thần kinh VII, dây thần kinh XII [1].

Bảng 3.7: Một số biến chứng sớm vận động vai – cổ sau phẫu thuật

Biến chứng vận động vai – cổ	Có		Không		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Đau vai	6	24,0	19	76,0	25	100,0
Sệ vai	5	20,0	20	80,0	25	100,0
Hạn chế dạng cánh tay	3	12,0	22	88,0	25	100,0
Hạn chế quay cánh tay	2	8,0	23	92,0	25	100,0
Hạn chế quay cổ	2	8,0	23	92,0	25	100,0

Biến chứng vận động vai – cổ sau phẫu thuật nạo vét hạch cổ gặp nhiều nhất là đau vai, chiếm tỷ lệ 24%. Đây là biến chứng xuất hiện thường rất sớm trong ngày đầu tiên sau mổ. Theo Đàm Trọng Nghĩa, biến chứng đau vai sau chiếm tỷ lệ 22,4%, triệu chứng đau vai xuất hiện ngay sau mổ, muộn hơn là xuất hiện sau 7 tháng. Thời gian hồi phục đau vai trung bình là 12,02 tháng [1].

Biến chứng sệ vai gặp 5/25 trường hợp (tỷ lệ 20%). Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá vận động vai cổ ở giai đoạn hậu phẫu sớm. Biến chứng sệ vai có thể do tổn thương dây thần kinh phụ, các nhánh chi phối vận động từ đám rối cổ. Các tổn thương này kéo theo ảnh hưởng đến các vận động của vai – tay như hạn chế dạng cánh tay (tỷ lệ 12%), hạn chế quay cánh

tay (tỷ lệ 8%). Trong giai đoạn sớm các tổn thương này có thể do co kéo dây thần kinh trong phẫu thuật, do phù nề, chèn ép. Các tổn thương này sẽ sớm hồi phục do không có tổn thương thực sự tại các dây thần kinh và điều trị nội khoa chống phù nề tích cực.

Biến chứng hạn chế quay cổ chiếm 8%. Đây là biến chứng do tổn thương nhánh cho vận động cơ ức đòn chũm của dây thần kinh XI. Biến chứng này thông thường khó tránh khỏi do quá trình phẫu thuật bóc tách, bộc lộ phẫu tích các nhóm hạch III, III và IV.

Theo Đàm Trọng Nghĩa, tổn thương thần kinh XI chung cho các kiểu NVHC chiếm 22,76% [1]. Theo Bocca là 37% chung cho các phương pháp NVHC. Tuy nhiên mức độ tổn thương của các phương pháp NVHC là khác nhau [3].

Bảng 3.8: Một số biến chứng sớm cảm giác tai – cổ sau phẫu thuật

Biến chứng cảm giác tai – cổ	Có		Không		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Tê bì	18	72,0	7	28,0	25	100,0
Rối loạn cảm giác	10	40,0	15	60,0	25	100,0
Mất cảm giác sau tai	7	28,0	18	72,0	25	100,0
Đỏ da vùng cổ	5	20,0	20	80,0	25	100,0

Các biến chứng cảm giác vùng tai – cổ gặp nhiều nhất là tê bì (tỷ lệ 72%), rối loạn cảm giác tại chỗ (tỷ lệ 40%) và mất cảm giác sau tai (tỷ lệ 28%). Phẫu thuật NVHC kèm theo cắt khối u nguyên phát thường có xu hướng rạch da, bộc lộ vết mổ rộng rãi do vậy mà mức độ tổn thương thần kinh cảm giác vùng cổ nhiều dẫn đến các rối loạn cảm giác tại chỗ. Các rối loạn này sẽ hồi phục sau 2 đến 12 tháng.

Biến chứng mất cảm giác sau tai chiếm tỷ lệ 28%.

Biến chứng này thông thường do do tổn thương dây thần kinh tai lớn. Thần kinh tai lớn cho nhánh cảm giác vùng cổ và cảm giác sau tai, nằm khá nông, ngay bên dưới cơ bám da cổ. Tổn thương dây thần kinh tai lớn xảy ra ngay khi bóc tách, bộc lộ vùng phẫu thuật.

Nghiên cứu của Đàm Trọng Nghĩa, có 92/268 phẫu thuật NVHC biến chứng thần kinh tai lớn chiếm 34,33%, để lại di chứng không hồi phục là 21/268 phẫu thuật chiếm tỷ lệ 7,84% [1].

IV. KẾT LUẬN

Qua 25 trường hợp phẫu thuật nạo vét hạch cổ thực hiện tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Trung ương Huế, chúng tôi rút ra một số nhận xét sau:

- Ung thư thanh quản chiếm 14/25 trường hợp, ung thư lưỡi chiếm 6/15 trường hợp. Bệnh nhân ung thư giai đoạn III chiếm 15/25 trường hợp.

- Trên lâm sàng hạch ở giai đoạn N1 chiếm 52%, trên siêu âm hạch ở giai đoạn N0 chiếm 52%, CT scan là 44%. Hạch chủ yếu ở nhóm II, III và IV.

- Phương pháp phẫu thuật NVHC triệt căn cải biên typ 3 chiếm 48%, NVHC chọn lọc chiếm 36%.

- Biến chứng đau vai gập 6/25 trường hợp (24%), sê vai 5/25 trường hợp (20%)

- Rối loạn cảm giác tê bì chiếm 72%, rối loạn cảm giác tại chỗ 40% và mất cảm giác sau tai- vùng cổ chiếm 28%.

- Không có trường hợp nào có biến chứng rò bạch huyết, tổn thương nhánh bờ hàm dây thần kinh mặt, tổn thương dây thần kinh XII.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đàm Trọng Nghĩa (2009), *Nghiên cứu các biến chứng do nạo vét hạch cổ ở bệnh nhân ung thư thanh quản*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
2. Nguyễn Đình Phúc và CS (2004), “*Một số tiến bộ về điều trị ung thư thanh quản tại khoa khối U Bệnh viện tai mũi họng trung ương*”, Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học tháng 10/2004 Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương, tr. 88-89.
3. Bocca E; Pignataro O; Oldini C; Cappa C (1984), “*Functional neck dissection: an evaluation and review of 843 Cases*”, *Laryngoscope*, 94(7), pp. 942-945.
4. Burusapat Chairat et al. (2015), “Prognostic factors of cervical node status in head and neck squamous cell carcinoma”, *World Journal of Surgical Oncology*, 15, pp.13- 51
5. Gender E, Ferlito A, Shaha AR et al. (2003), “Complications of neck dissection”, *Acta Otolaryngol*, 123, pp. 795–801
6. Grayson K Rodgers et al. (1992), “Lipid and volume analysis of neck drainage in patients undergoing neck dissection”, *American Journal of Otolaryngology*, 13(5), pp. 306- 309
7. Jagdeep S. Thakur et al. (2007), “Clinicopathological and radiological evaluation of cervical lymph node metastasis in head and neck malignancies”, *Indian J. Otolaryngol. Head Neck Surg.*, 59, pp. 327-331
8. Magdy Eisa Saafan et al. (2013), “Assessment of Cervical Lymph Nodes in Squamous Cell Carcinoma of the Head and Neck”, *Surgery: Current Research*, 3(4).
9. Pellini R. et al. (2013), “Predictive factors for postoperative wound complications after neck dissection”, *Acta Otolaryngologica Italica*, 33, pp. 16 – 22
10. Raja E. Seethala (2009), “Current state of neck dissection in the United States”, *Head and Neck Pathology*, 3, pp. 238 – 245
11. Rogério Aparecido Dedivitis et al. (2011), “Neck dissection complications”, *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 77(1), pp. 65 – 69.
12. Teymoortash A., Werner J. A. (2012), “Current advances in diagnosis and surgical treatment of lymph node metastasis in head and neck cancer”, *GMS Current Topics in Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery*, 11.
13. Wayne M. Koch et al. (2009), “Comparison of Clinical and Pathological Staging in Head and Neck Squamous Cell Carcinoma”, *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 135(9), pp. 851–858.