

KINH NGHIỆM SỬ DỤNG VẬT DA CÂN THƯỢNG ĐÒN TÁI TẠO KHUYẾT HỔNG TRONG PHẪU THUẬT UNG THƯ VÙNG ĐẦU CỔ GIAI ĐOẠN MUỘN

Phạm Duy Hoàng¹, Nguyễn Việt Dũng¹, Nguyễn Hoàng Thiên Bảo^{1✉}, Đặng Thanh Hà¹, Trương Công Tuấn Anh¹, Nguyễn Trần Minh Khánh¹, Hồ Thiên Tân¹, Lê Văn Cường¹

¹Khoa Ngoại Đầu cổ - Tai mũi họng, Bệnh viện Ung bướu, TP. Hồ Chí Minh

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Lựa chọn vật đảo động mạch thượng đòn có cuống là một giải pháp tái tạo linh hoạt cho các khuyết hổng vùng đầu cổ. Các nghiên cứu về giải phẫu học gần đây đã nâng cao hiểu biết về nguồn cung cấp mạch máu của vật đảo động mạch thượng đòn. Tại Bệnh viện Ung bướu, vật đảo động mạch thượng đòn đã trở thành một lựa chọn đáng tin cậy để tái tạo các khuyết hổng phức tạp vùng đầu cổ. Đề tài nhằm mục tiêu: Mô tả dạng cải biên của vật động mạch thượng đòn trong tái tạo ung thư đầu cổ và kết quả tái tạo.

Phương pháp: Nghiên cứu loạt trường hợp ung thư đầu cổ được phẫu thuật tận gốc hoặc cứu vớt kết hợp tái tạo tại Bệnh viện Ung bướu TP.HCM từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 3 năm 2021; nghiên cứu tiến cứu. Chúng tôi đánh giá kỹ thuật và kết quả tái tạo.

Kết quả: 17 BN được phẫu thuật tái tạo bằng vật thượng đòn, trong đó có 15 nam và 2 nữ. Tuổi trung bình 49,6 (39 - 69 tuổi). Các trường hợp bao gồm ung thư biểu mô hạ hầu - thanh quản (13 trường hợp), ung thư thành sau họng (1 trường hợp) và ung thư da tế bào gai (3 trường hợp), ở giai đoạn III, IVA của bệnh theo phân loại AJCC - 2017 hoặc bệnh tái phát sau điều trị ban đầu. Các khuyết hổng vùng hầu họng (4 trường hợp), hầu - thực quản (5 trường hợp), hầu - đáy lưỡi (2 trường hợp), ống thực quản cổ (3 trường hợp) và da vùng cổ mặt được tái tạo tức thì, kích thước khuyết hổng da trung bình là 10 × 17 cm; kích thước vật nhỏ nhất là 6 × 10cm và kích thước lớn nhất là 11 × 26 cm. Kết quả điều trị với 16/17 trường hợp vật sống hoàn toàn, 1 trường hợp vật sống một phần cần bổ sung thêm một vật khác, 3 BN xuất hiện dò hầu ra da, trong đó có 2 trường hợp nhiễm trùng vết mổ và được chăm sóc vết thương kéo dài (2 bệnh nhân này có tiền sử xạ trị vùng cổ) và 1 trường hợp hoại tử một phần vật nêu trên. Vùng cho vật được may khít hoàn toàn trong tất cả các trường hợp, không có biến chứng nghiêm trọng nào tại vùng cho vật. Hầu hết bệnh nhân phục hồi hoàn toàn chức năng nuốt trong vòng hai tuần sau phẫu thuật và có sự phục hồi cảm giác trên vật; 3 trường hợp ung thư da sau tái tạo có kết quả thẩm mỹ rất tuyệt vời.

Kết luận: Vật đảo động mạch thượng đòn có cải biên là một vật da cân có cuống mỏng linh hoạt, an toàn, đáng tin cậy, có cảm giác, mềm mại, có tỷ lệ biến chứng thấp, với kết quả thẩm mỹ và chức năng tốt trên vùng nhận và vùng cho, phù hợp để tái tạo khuyết hổng phần mềm vùng đầu cổ.

Từ khóa: Vật thượng đòn, khuyết hổng vùng đầu cổ, ung thư vùng đầu cổ giai đoạn tiến triển, phẫu thuật tận gốc, phẫu thuật cứu vớt.

Ngày nhận bài:

09/11/2021

Ngày chỉnh sửa:

14/12/2021

Chấp thuận đăng:

24/12/2021

Tác giả liên hệ:

Nguyễn Hoàng Thiên Bảo

Email:

nhthienbao285@gmail.com

SĐT: 0834561560

ABSTRACT

A CLINICAL EXPERIENCE OF THE SUPRACLAVICULAR FLAP USED TO RECONSTRUCT HEAD AND NECK DEFECTS IN ADVANCED- STAGE CANCER SURGERY

Pham Duy Hoang¹, Nguyen Viet Dung¹, Nguyen Hoang Thien Bao^{1✉}, Dang Thanh Hao¹, Truong Cong Tuan Anh¹, Nguyen Tran Minh Khanh¹, Ho Thien Tan¹, Le Van Cuong¹

Background: The supraclavicular artery island flap is a pedicled flap that offers a versatile reconstructive option for head and neck defects. Recent anatomical studies have improved our understanding of the vascular supply of the supraclavicular artery island flap. At our hospital, the supraclavicular artery island flap (SCAIF) has become a reliable option for fasciocutaneous coverage of complex head and neck defects. This study aims to describe the modified type of the supraclavicular artery flap in head and neck oncologic defects and reconstructive results.

Methods: A case series study of head and neck cancer who were treated by radical surgery or salvage surgery with reconstruction between January 2020 and March 2021 in HCMC Oncology Hospital; a prospective study. We assessed reconstructive techniques and outcomes.

Results: Seventeen cases underwent reconstructive surgery by supraclavicular artery island flap of which 15 were males and 2 females. The mean age was 49.6 (39-69 years old). Cases included carcinoma of the hypopharynx & larynx (13 cases), pharyngeal posterior wall (1 case) and squamous cell skin cancer (3 cases), staged III, IVA according to 8th AJCC Classification - 2017 or recurrence after initial therapy. Defects of the hypopharynx (4 cases), pharyngeal esophagus (5 cases), pharyngeal tongue base (2 cases), cervical esophagus (3) and cervico - facial skin were immediately reconstructed, the mean skin defect size was 10 cm × 17 cm; the smallest flap was 6 x 10 cm and the largest size was 11 x 26 cm. Our results with complete flap survival in 16/17 cases, a partial flap survival in one patient which required additional another flap. Three patients developed a pharyngeocutaneous fistula, 2 of which were wound infection and prolonged wound care (who had a history of previous radiation) and 1 case of partial flap loss mentioned above. All donor sites were closed primarily. There was no serious donor - site morbidity. Most patients fully recover their ability to swallow within two weeks after surgery and there was a restoration of sensation on the flap; the cosmetic result was excellent for 3 cases of skin cancer

Conclusions: The modified type of supraclavicular artery island flap is a thin versatile, safe, reliable, sensate, pliable fasciocutaneous pedicled flap that has low morbidity, with the good cosmetic and the functional outcome at both of recipient and donor - site, suitable for reconstructing of soft tissue in head and neck region.

Key words: Supraclavicular artery island flap, head and neck defect, advanced-stage head and neck cancer, radical surgery, salvage surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật tạo hình - tái tạo là một công đoạn không thể tách rời trong điều trị phẫu thuật tận gốc bệnh lý ung thư và trong điều trị ung thư đầu cổ cũng không phải là một ngoại lệ [1]. Tại vùng đầu cổ, dường như đây là một “mảnh đất” để cho các kỹ

thuật phẫu thuật tái tạo “dụng võ”, mặc sức nở rộ và phổ biến; nhưng vẫn còn đó thách thức lớn lao trong điều trị các ung thư khó - ung thư đầu cổ lan rộng. Kể cả trong chỉ định điều trị tận gốc hay “cứu vớt”, thì mọi sự xoay vần đều dẫn đến cơ hội được phẫu thuật, có lẽ đây chính là phương pháp đem lại

nhiều hy vọng, cùng với các phương pháp khác, mở ra triển vọng điều trị tốt hơn cho những trường hợp ung thư đầu cổ giai đoạn muộn [2,3].

Trong nhiều năm qua, chúng tôi đã cố gắng mở rộng chỉ định, phát triển các loại hình phẫu thuật cũng nhằm mục tiêu trên và cho đến nay, chúng tôi đã có nhiều lựa chọn hơn trong điều trị. Cách làm của chúng tôi không phải là “thay cũ đổi mới” mà cố gắng phát triển, cải tiến trên cơ sở các kỹ thuật kinh điển song song với việc ứng dụng các kỹ thuật tái tạo mới để nhằm hướng đến phương pháp phẫu trị tối ưu và phù hợp cho từng bệnh nhân, được cụ thể hóa như sau: giảm thiểu biến chứng điều trị, rút ngắn thời gian điều trị, tăng kết quả điều trị bệnh và phục hồi chức năng cho bệnh nhân. Nghiên cứu ứng dụng vật da cân thương đòn trong điều trị các ung thư vùng đầu cổ giai đoạn muộn cũng nằm trong chiến lược điều trị của Đơn vị và bước đầu đem lại các kết quả tích cực.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Các bệnh nhân được chẩn đoán ung thư đầu cổ giai đoạn III, IVA theo Phân loại AJCC - ấn bản thứ 8/2017; ung thư đầu cổ tái phát hoặc tồn dư sau hóa - xạ trị được nhập viện tại Khoa Ngoại Đầu cổ - Tai mũi họng, Bệnh viện Ung bướu TP.HCM, từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 3 năm 2021

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: (1) Ung thư đầu cổ có chỉ định điều trị phẫu thuật tận gốc hoặc cứu vớt, kết hợp tái tạo; (2) Chẩn đoán mô bệnh học: ung thư biểu mô; (3) Không có chống chỉ định phẫu thuật; (4) Không có di căn xa.

Phương pháp nghiên cứu: tiền cứu, mô tả loạt ca

Nội dung nghiên cứu: Mô tả đặc điểm kỹ thuật và đánh giá kết quả tái tạo bằng vật da cân thương đòn có cuống trong điều trị một số ung thư đầu cổ giai đoạn muộn.

III. KẾT QUẢ

Đối tượng nghiên cứu gồm 17 bệnh nhân (5 nam, 2 nữ). Tuổi trung bình 49,6 (39 - 69, SD=7,2). Đặc điểm bệnh học, kết quả phẫu thuật, theo dõi sau phẫu thuật được trình bày trong **Bảng 1**.

Bảng 1: Đặc điểm bệnh học, kết quả phẫu thuật, theo dõi sau phẫu thuật

Đặc điểm		Số BN (n=17)
Loại ung thư	UT hạ hầu - thanh quản	13
	UT thành sau hầu	1
	UT da	3

Đặc điểm		Số BN (n=17)
Giai đoạn	III, IVA	10
	Ung thư tái phát, tồn dư sau xạ trị	7
Mô bệnh học	UT biểu mô tế bào gai	17
Tiền căn xạ trị		7
PP phẫu thuật	Cắt hầu - thanh quản toàn phần	4
	Cắt hầu - thanh quản toàn phần + thực quản cổ	8
	Cắt hầu thanh quản toàn phần + đáy lưỡi	2
	Cắt rộng sang thương da cơ vùng mặt	3
	Nạo hạch cổ	14/17
Vật tái tạo	Vật da cân thương đòn	15
	Vật da cân thương đòn - cơ delta	2
Vị trí lấy vật	Thương đòn	5
	Thương đòn - delta (1/3 trên cánh tay)	6
	Thương đòn - delta (2/3 trên cánh tay)	6
Khuyết hồng	Hầu	4
	Hầu - thực quản cổ	5
	Hầu + ống thực quản cổ	3
	Hầu + đáy lưỡi	2
	Phản mềm - da cổ mặt	3
Biến chứng	Dò hầu - da	3
	Nhiễm trùng vết mổ	2
	Tê bì + đau vùng cổ - cánh tay	3
Phục hồi chức năng	Phục hồi ăn - nuốt hoàn toàn	12/14
	Phục hồi hình dáng khuôn mặt	3/3
	Phục hồi cảm giác trên vật	16/17
Thời gian nằm viện TB (ngày)		16 (10-35)
Thời gian theo dõi TB (tháng)		9,6 (3-14)
Tỷ lệ tái phát tại hạch cổ		2/17

Bệnh viện Trung ương Huế

Các đặc điểm khác: Khuyết hồng trung bình các trường hợp ung thư da tái phát: 10x17cm. Kích thước vật nhỏ nhất 6x10cm, lớn nhất 11x26cm. Tình trạng tê bì, đau vùng cổ - cánh tay giảm và hết sau 3 tháng. Có 2 bệnh nhân phục hồi chậm ăn nuốt sau phẫu thuật do dò hầu - da được mở thông dạ dày nuôi dưỡng tạm thời.

IV. BÀN LUẬN

Phân tích số liệu của các kết quả nghiên cứu trên các nền tảng dữ liệu Pubmed, Medline, EMBASE, Amed và Biosis; tác giả Fanny và Cs (2019) đã ghi nhận ưu thế của một số vật có cuống liền như vật đảo da cơ dưới cằm (SMIF) và vật đảo động mạch trên đòn (SCAIF) so với vật tự do trong tái tạo các khuyết hồng ung thư vùng đầu cổ trên các bệnh nhân lớn tuổi, có bệnh tim mạch - hô hấp và chuyển hóa đi kèm; còn trong các trường hợp phẫu trị ung thư đầu cổ khác, việc ứng dụng các vật trên cho kết quả tái tạo tương đương vật tự do [1]. Và rõ ràng, các vật có cuống này vẫn còn là “vũ khí” lợi hại trong tái tạo các khuyết hồng vùng đầu cổ áp dụng cho các trường hợp nhất định, với kỹ thuật dễ thực hiện, chi phí điều trị giảm, thời gian phẫu thuật và thời gian hậu phẫu được rút ngắn, giảm biến chứng phẫu thuật - là lựa chọn rất tốt trong điều trị [2,3].

Mặc dù được Lamberty đề xuất vào năm 1979 (vật kinh điển) [4], và được nghiên cứu xác định vùng cấp máu mở rộng của vật bởi Baudet và Martin vào năm 1983 dẫn đến tăng ứng dụng vật da cân thượng đòn trong tạo hình và tái tạo vùng đầu cổ [5]; nhưng việc ứng dụng vật này tại Việt Nam vẫn còn hạn chế, tác giả Trần Thiết Sơn và cộng sự có báo cáo vào năm 2013, chủ yếu áp dụng trong điều trị các sẹo bỏng vùng cổ và u máu đã cho kết quả tốt, tác giả cũng cho thấy được một số điểm giá trị của vật như: có thể lấy vật kích thước lớn (lớn nhất 21x16cm), vật phù hợp khuyết hồng phần mềm vùng cổ về độ dày, màu sắc [6]; tuy vậy, nghiên cứu chưa chú trọng mở rộng góc xoay và đầu xa của vật, có lẽ do chỉ ứng dụng trong tạo hình khuyết hồng da vùng cổ. Một số tác giả trong nước (tại Viện Bỏng Quốc gia và Học viện Quân Y) cũng sử dụng vật này để điều trị hữu hiệu cho các trường hợp sẹo co rút vùng mặt cổ do bỏng.

Bên cạnh việc tiếp thu, ứng dụng vật kinh điển và một số dạng cải biên trên thế giới về vật thượng đòn; do yêu cầu trong thực tế điều trị, chúng tôi đã mạnh dạn phát triển vật theo các hướng: mở rộng

góc xoay tối đa (arc of rotation) thông qua việc phẫu tích tốt cuống mạch làm tăng tính linh hoạt của vật trong tái tạo, cải thiện độ vươn dài và kích thước của vật để đáp ứng tạo hình che phủ các khuyết hồng rộng và ở xa. Một số điểm mới trong việc ứng dụng vật trong nghiên cứu đó là: Sử dụng trong tái tạo hầu, đáy lưỡi, thực quản cổ cho các trường hợp ung thư vùng thành khẩu hầu, ung thư hạ hầu - thanh quản xâm lấn rộng; đặc biệt đối với các ung thư xâm lấn rộng, di căn hạch cổ và có xạ trị trước đó, vật tỏ ra tương thích, giảm thiểu được nguy cơ tồn lưu hạch do vẫn thực hiện được nạo hạch tiêu chuẩn mà không ảnh hưởng đến vật, vùng xạ trị hệ hạch cổ cũng ít gây ảnh hưởng đến chất lượng của vật tái tạo như trong báo cáo của Shantanu và Cs tại Trung tâm Ung thư Memorial Sloan Kettering, New York cũng đã nhận định tính an toàn cao về tiêu chuẩn ung thư học và kết quả phẫu thuật trong việc áp dụng vật thượng đòn trong tái tạo và hồi phục chức năng ăn uống sau cắt bỏ tổ chức ung thư kết hợp nạo hạch cổ tiêu chuẩn đối với một số ung thư vùng đầu cổ có xạ trị trước đó [7]. Về điều này, chúng tôi cũng có đánh giá trong thực tế điều trị, việc nạo hạch tiêu chuẩn hoàn toàn không ảnh hưởng đến cuống mạch và đối với các trường hợp ung thư tái phát có tiền căn xạ trị, chất lượng vật không bị ảnh hưởng do nguồn cấp máu - hệ mạch thượng đòn - cổ ngang nằm thấp tại nền cổ, cuống mạch là hằng định và có kích thước khá lớn. Cụ thể trong nghiên cứu, chúng tôi thực hiện nạo vét hạch cổ tận góc biến đổi cho 14/17 trường hợp, bệnh nhân sau xạ trị vùng cổ là 7/17 trường hợp.

Cơ sở mở rộng vật cả về kích thước vật lẫn khả năng vươn dài của vật ban đầu chủ yếu dựa trên mô tả của Baudet và Martin, các tác giả này đã mô tả việc phát triển vật về các hướng vượt qua xương đòn và vùng cơ delta cánh tay dựa trên nguyên lý tăng cường hệ mạch qua sự liên kết của hệ mạch trên đòn và các nhánh da của hệ mạch mũ cánh tay sau cùng với bảo tồn hệ mạch máu đi kèm thần kinh trên đòn. Chúng tôi đã phát triển đầu xa của vật vượt qua vùng delta cánh tay đến 2/3 trên cánh tay để tăng sức vươn dài của vật đối với các trường hợp cụ thể trong nghiên cứu để tái tạo vùng thành hầu đáy lưỡi - hầu sau cắt bỏ ung thư hạ hầu thanh quản lan thượng thanh môn - đáy lưỡi trong 2 trường hợp. Đây chính là điểm mới trong thực hành điều trị, mặc

dù các nghiên cứu về phân bố mạng mạch máu vùng thượng đòn - delta - cánh tay đã được thực hiện từ khá lâu; Wang và Cs (2003), đã mô tả sự tiếp nối của các mạng mạch máu từ các nhánh động tĩnh mạch da của vùng này thông qua mạng lưới mạch kết hợp giữa động tĩnh mạch cánh tay (các nhánh xuyên cơ da delta và cơ tam đầu) với động tĩnh mạch thượng đòn (hệ mạch cổ ngang) và hệ mạch cùng vai ngực, nên việc phát triển cả kích thước rộng và dài của vật có thể chỉ cần sự cung ứng của một trong các nguồn cấp máu trên là đủ [8]. Những nghiên cứu gần đây về giải phẫu học lâm sàng trên thế giới đã củng cố cơ sở thực chứng của kỹ thuật cũng như việc phát triển các vật ngược dòng và vật tăng cường hệ mạch máu (supercharged flap).

Một điểm mới khác của kỹ thuật đã được chúng tôi vận dụng trong điều trị đó là phương pháp phẫu tích cuống vật để tăng cường tính linh hoạt biểu thị qua việc cải thiện góc xoay của vật, vật được sử dụng là vật dạng đảo, việc tinh chỉnh cuống vật trở nên “dễ xoay trở” cũng là một kinh nghiệm hữu ích trong lâm sàng, kỹ năng này cũng dựa trên hiểu biết về phân bố mạch máu vùng cuống vật, chúng tôi giữ lại nhánh tĩnh mạch thượng đòn tùy hành cùng với nhánh nối giữa vật và tĩnh mạch cánh ngoài nhằm đảm bảo sự hồi lưu máu của vật. Các trường hợp tạo hình toàn bộ ống thực quản cổ - hầu trong nghiên cứu được thực hiện dễ dàng do khả năng quay của vật có thể đạt đến 360°.

Dựa trên các kết quả nghiên cứu, có sự kết hợp và vận dụng có đổi mới trong thực hiện kỹ thuật, chúng tôi đã thực hiện bước đầu cho 17 bệnh nhân ung thư đầu cổ bao gồm chủ yếu là ung thư hạ hầu thanh quản lan rộng hoặc tái phát sau xạ trị, còn lại là ung thư da tái phát và ung thư thành bên hầu. Trong tương lai, chúng tôi sẽ mở rộng chỉ định tái tạo dựa trên những đúc kết, đánh giá của nhiều tác giả trên thế giới và kinh nghiệm thực hiện của chúng tôi. Theo một phân tích của Sae Hwi Ki (2015), qua tổng hợp các số liệu trên dữ liệu Pubmed từ 1980 đến 2015, về khuynh hướng tái tạo hầu - thực quản trên thế giới; đã mô tả vật da cân thượng đòn là một vật liệu tái tạo đáng tin cậy và phù hợp cho loại khuyết hồng này; vật có độ dày và kích thước tương thích cho mọi loại khuyết hồng hầu - thực quản, cuống mạch hằng định, dễ ráp nối, là lựa chọn tốt và cho kết quả tương đương vật tự do. Sự cải thiện đáng kể tính linh hoạt của vật mà chúng tôi thực hiện được, cũng góp phần giải quyết

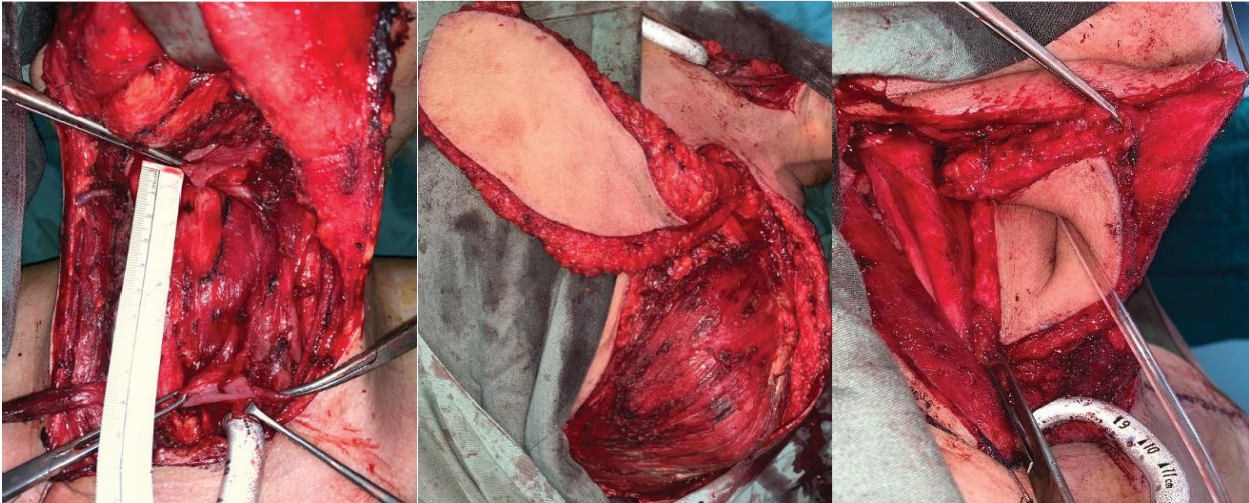
tốt khó khăn trong tái tạo do hạn chế góc xoay vật (cũng là hạn chế của vật thượng đòn) mà các tác giả đề cập đến trước đó [9]. Sự lựa chọn vật tái tạo cho các loại ung thư đầu cổ thực sự đa dạng và vật da cân thượng đòn cũng được cân nhắc trong đó, ngoài ứng dụng cho các khuyết hồng vùng cổ mặt của vật kinh điển, Palua là người đầu tiên phát triển dạng vật đảo thượng đòn và cũng mô tả phương pháp phát triển vật nhằm gia tăng kích thước vật để tái tạo cho nhiều vùng khuyết hồng hơn nữa, và theo tác giả thì kỹ thuật tiến hành không quá phức tạp [10]. Trên cơ sở đó, Chiu và Cs (2009) đã mở rộng chỉ định tái tạo cho nhiều loại ung thư đầu cổ khác như thực quản cổ, khí quản, niêm mạc miệng với kết quả tốt đồng thời ghi nhận vật dễ thực hiện và có tính linh hoạt cao, ít biến chứng [11]. Trong nghiên cứu, chúng tôi thực hiện tất cả các trường hợp là vật đảo, với kích thước vật nhỏ nhất là 6x10cm và lớn nhất là 11x 26cm, vùng cho vật được may khít khá dễ dàng; vị trí lấy vật bao gồm 5 vật tại vùng thượng đòn, 6 vật vùng thượng đòn - delta (đến 1/3 trên cánh tay) và 6 vật thượng đòn - delta với đầu xa được kéo dài đến tận 2/3 trên cánh tay; trong đó có 15 vật da cân và 2 vật da cân - cơ delta, 2 vật dạng này được sử dụng để tái tạo thêm đáy lưỡi sau cắt bỏ một phần đáy lưỡi trong 2 trường hợp ung thư thanh môn xâm lấn khẩu hầu; có 1 trường hợp tái tạo khuyết hồng thành sau hầu sau cắt bỏ rộng tổ chức ung thư tại đây cũng được tiến hành thuận lợi vì khả năng vươn dài của vật, vật không bị kéo căng cũng như xoắn vặn; chúng tôi nhận thấy rằng vật mềm mại có độ dày tương thích cho các loại khuyết hồng của vùng hầu miệng và hầu - thực quản. Đối với 3 trường hợp ung thư da tái phát sau phẫu thuật và xạ trị ban đầu, khuyết hồng để lại là rất rộng, trung bình 10x17cm, bệnh nhân có tình trạng mất da - cơ vùng hàm mặt thông với khoang miệng đòi hỏi được cung cấp vật lớn và thiết kế mở rộng đầu xa của vật, kết quả thẩm mỹ thu được là rất tốt nếu so sánh với các trường hợp tương tự trước đó được chúng tôi thực hiện bằng vật da cơ ngực lớn. Theo kinh nghiệm của nhiều tác giả, việc thực hiện vật tự do trong những trường hợp sau xạ trị như thế này gặp phải nhiều khó khăn trong thực hiện kỹ thuật và làm giảm hiệu quả tái tạo thậm chí thất bại do nguy cơ tắc mạch, nhiễm trùng, chậm hồi phục dẫn đến kéo dài thời gian hậu phẫu, nên việc lựa chọn vật da cân thượng đòn trong những trường hợp như vậy cũng là một cơ hội tốt cho bệnh nhân.

Kết quả tái tạo được chúng tôi ghi nhận như sau: có 3 trường hợp dò hầu - da, trong đó 1 trường hợp dò do hoại tử một phần vật được tăng cường thêm một vật khác, 2 trường hợp bệnh nhân có tiền căn xạ trị vùng cổ với biểu hiện tụ dịch hầu miệng, chậm liền thương và nhiễm trùng vết mổ, kết quả nội soi sau 2 tuần phẫu thuật ghi nhận vật có bóc tách một phần nhưng không có biểu hiện hoại tử, cả hai bệnh nhân đều hồi phục sau hơn 1 tháng điều trị. Một số ảnh hưởng khác trên vùng cho vật là không đáng kể, có một số trường hợp xảy ra tình trạng bong tróc thượng bì da vùng delta do phẫu tích cũng hồi phục nhanh sau mổ (thường sau 1 tuần), ngoài ra, có 3 trường hợp tê bì, tăng cảm giác đau khi chạm vào vùng cho vật - triệu chứng này cũng giảm dần và mất sau 3 tháng. Sự cải thiện chức năng sau phẫu thuật là rất tốt, 12/14 trường hợp được tái tạo hầu - thực quản - đáy lưỡi phục hồi hoàn toàn phản xạ nuốt sau mổ, chỉ có hai trường hợp dò dài ngày (trên 1 tháng) được mở thông dạ dày ra da nuôi dưỡng tạm thời. Các trường hợp ung thư da sau phẫu thuật có hình dáng vùng cổ - mặt cân xứng, không có tình trạng dò dịch khoang miệng ra da. So sánh vật thượng đòn với các vật tự do trong tái tạo các khuyết hồng vùng đầu cổ, Jay và Cs (2013), báo cáo 34 trường hợp tái tạo vùng đầu cổ (18 vật thượng đòn so với 16 vật tự do) với kết quả: vật có kích thước lớn hơn ($164,6 \pm 60$ cm so với 111 ± 68 cm, $p < 0,05$), thời gian phẫu thuật được rút ngắn hơn (588 ± 131 ph so với 816 ± 149 ph, $p < 0,05$), giảm thời gian nằm trong khu hồi sức hơn (1,8 so với 5,6 ngày, $p < 0,05$) và tỷ lệ biến chứng chung giữa hai nhóm là không khác biệt (vật thượng đòn 39% so với vật tự do 44%) [12]. Nhiều tác giả khác cũng đều nhận định vật thượng đòn và một số vật có cuống là vật liệu có giá trị trong tái tạo, đặc biệt vượt trội về kết quả tái tạo so với vật khác trong các trường hợp bệnh nhân lớn tuổi, có bệnh nền tim mạch - hô hấp và chuyển hóa hoặc sau hóa xạ trị [1,3]. Nhìn chung, trong tái tạo miệng hầu, thực quản, tỷ lệ biến chứng dò hoặc hở miệng nói thấp - tương ứng khoảng 16% và 17%; tỷ lệ hoại tử vật chỉ 4 - 6% nên đây là một vật rất an toàn [9,11,13]. Như vậy, nếu chúng ta phát huy tối ưu khả năng của vật này, thì vật có thể ứng dụng rất tốt trong phần lớn các khuyết hồng phần mềm sau cắt bỏ tổ chức ung thư vùng đầu cổ, đặc biệt là các khuyết hồng rộng, liên cơ quan.

Một ghi nhận quan trọng của chúng tôi về cảm giác của vật với khả năng nhận cảm nhiệt độ của thức ăn và nước uống tại vùng tái tạo là biểu hiện đáng mừng, hầu hết bệnh nhân đều nhận biết được khi ăn uống và thực sự hài lòng. Với kỹ thuật bảo tồn thần kinh cảm giác vùng trên đòn tại vị trí cuống vật, đã giúp chuyển được cảm giác này vào trong vùng tái tạo, đây cũng chính là “monitor” giúp theo dõi tình trạng của vật sau tái tạo, cũng là một ưu điểm khi so sánh với các vật khác, kể cả vật tự do không kết hợp thần kinh. Phát huy tốt lợi điểm này là nhằm củng cố ưu tiên lựa chọn vật khi chúng ta bàn đến việc cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân - một phần quan trọng trong điều trị bệnh nhân ung thư.

Với thời gian theo dõi trung bình là 9,6 tháng (3 - 14 tháng), có hai trường hợp xuất hiện tái phát sau phẫu thuật tại thời điểm 5 và 6 tháng. Tất cả hai trường hợp này đều tái phát tại hạch cổ, có 1 trường hợp xuất hiện ung thư mới tại vị trí vòm hầu. Mặc dù được phẫu thuật nạo hạch cổ nhưng tình trạng xâm nhiễm tổ chức phần mềm vùng cổ (cơ, thần kinh, tĩnh mạch cảnh trong) do ung thư trên bệnh nhân chính là yếu tố gây tái phát; mặt khác, tất cả 2 trường hợp này đều có dò vùng cổ sau phẫu thuật trong đó 1 BN ung thư hạ hầu đã hóa - xạ trị đồng thời trước đó được cắt rộng tổn thương u, hạch kết hợp tái tạo toàn bộ ống thực quản cổ và 1 bệnh nhân có hoại tử vật 1 phần được tăng cường thêm vật; sự chậm điều trị bổ trợ tiếp theo cũng là một yếu tố nguy cơ của tái phát trong nghiên cứu. Đây cũng chính là kinh nghiệm quý báu giúp chúng tôi có thái độ xử trí tốt hơn đối với các trường hợp tiếp theo.

Đối với các ung thư đầu cổ giai đoạn muộn (giai đoạn III, IV), tỷ lệ tái phát sau điều trị là rất cao và phần lớn tái phát trong năm theo dõi đầu tiên. Theo Vermorken, 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 còn 5 năm dưới 35% [14]. Việc đẩy mạnh phẫu thuật tái tạo giúp chúng ta tự tin hơn trong việc kiểm soát tại vùng cho các trường hợp ung thư vùng đầu cổ giai đoạn muộn chưa có di căn xa; và trong rất nhiều trường hợp, vai trò của phẫu thuật “cứu vớt” điều trị các tổn thương tồn dư hoặc tái phát sau hóa xạ trị giúp cải thiện chất lượng cuộc sống đáng kể và góp phần kéo dài thời gian sống còn cho bệnh nhân.



Hình 1: Tái tạo ống thực quản sau cắt hầu - thực quản cổ
(Nguồn: Khoa Ngoại Đầu cổ - Tai mũi họng, Bệnh viện Ung bướu TP.HCM)



Hình 2: Tái tạo vùng cổ mặt trong ung thư da tái phát
(Nguồn: Khoa Ngoại Đầu cổ - Tai mũi họng, Bệnh viện Ung bướu TP.HCM)

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu ứng dụng vật da cân thượng đòn tái tạo các khuyết hổng vùng đầu cổ trong điều trị ung thư vùng đầu cổ lan rộng bước đầu cho kết quả tốt, phát huy ưu điểm và khắc phục một số tồn tại của vật từ trước giúp chúng tôi có thêm một lựa chọn hữu hiệu trong điều trị người bệnh tại Bệnh viện Ung bướu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gabrysz- Forget F, Tabet P, Ayad T. Free versus pedicled flaps for reconstruction of head and neck cancer defects: a systematic review. J of Otolaryngol - Head & Neck Surg. 2019. 48(1):13.
2. Nguyễn Việt Dũng, Phạm Như Hiệp, Nguyễn Hồng Lợi, Nguyễn Đình Tùng, Trần Xuân Phú, Lê Kim Hồng. Ứng dụng các vật da - cơ - xương trong điều trị triệt căn và tái tạo cơ quan đối với ung thư đầu cổ tại Bệnh viện Trung ương Huế. Tạp chí Ung thư học Việt Nam. 2017. 1:15-27
3. Nguyễn Việt Dũng, Lê Văn Cường, Phạm Duy Hoàng, Nguyễn Đăng Khoa, Nguyễn Hoàng Thiên Bảo, Nguyễn Trần Minh Khánh, Đặng Thanh Hào, Trương Công Tuấn Anh. Phẫu thuật tái tạo trong ung thư da vùng đầu cổ lan rộng: kinh nghiệm và kỹ thuật hiện nay. Tạp chí ung thư học Việt Nam. 2021. 1: 41-51
4. Lamberty BG. The supraclavicular axial patterned flap. Britain Journal Plastic Surgery. 1979. 32(3):207-12.
5. Baudet & Martin. The supraclavicular neurovascular free flap. Anatomy and clinical application. Textbook of microsurgery 1983.
6. Baudet J, Martin D, Ferreira R, Buffet M, Rivet D, Kleiman L, et al. The supraclavicular neurovascular free flap. Anatomy and clinical applications. in: 3rd ed. Textbook of microsurgery. Masson, Paris1988: 169-175
7. Trần Thiết Sơn, Dương Mạnh Chiến. Tính linh hoạt của vật da cân thượng đòn trong tạo hình khuyết phần mềm vùng cổ. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2013. 86(1): 43-50
8. Razdan SN, Albornoz CR, Ro T et al. Safety of the

Supraclavicular Artery Island Flap (SAIF) in the setting of neck dissection and radiation therapy. *J Reconstr Microsurg.* 2015. 31(5):378–383.

9. Wang Z, Sano K, Inokuchi T, Lan X, Sekine J, Ikeda H. The free deltoid flap: Microscopic anatomy studies and clinical application to oral cavity reconstruction, *Plast. Reconstr. Surg.* 2003. 112(2): 404-11
10. Ki SH, Choi JH, Sim SH. Reconstructive Trends in Post-Ablation Patients with Esophagus and Hypopharynx Defect. *Arch Craniofac Surg.* 2015.16(3): 105-113
11. Pallua N, Machens HG, Rennekampff O, Becker M, Berger A. The fasciocutaneous supraclavicular artery island flap for releasing postburn mentosternal contractures. *Plast Reconstr Surg.* 1997. 99:1878-84
12. ES, Liu PH, Friedlander PL. Supraclavicular artery island flap for head and neck oncologic reconstruction: indications, complications, and outcomes. *Plast Reconstr Surg.* 2009.124:115-23
13. Granzow JW, Suliman A, Roostaeian J, Perry A, Boyd JB. Supraclavicular artery island flap (SCAIF) vs free fasciocutaneous flaps for head and neck reconstruction. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2013;148(6):941-8
14. Kokot N, Mazhar K, Reder LS, Peng GL, Sinha UK. The supraclavicular artery island flap in head and neck reconstruction: applications and limitations. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2013.139:1247-55
15. Vermorken JB, Specenier P. Optimal treatment for recurrent/metastatic head and neck cancer. *Ann Oncol.* 2010. 21(7): 252-61.