

ỨNG DỤNG CÁC VẬT DA CƠ CÓ CUỐNG TRONG TẠO HÌNH KHUYẾT HỔNG SAU PHẪU THUẬT TRIỆT CĂN UNG THƯ BIỂU MÔ KHOANG MIỆNG TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Nguyễn Hồng Lợi, Nguyễn Văn Khánh*

Bệnh viện Trung ương Huế

*Email: drkhanhrhm@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư biểu mô khoang miệng là một trong những ung thư thường gặp nhất của hệ đầu mặt cổ. Do những đặc thù về mặt giải phẫu, điều trị triệt căn có thể để lại những tổn khuyết. 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. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả ứng dụng các vật da cơ có cuống trong tạo hình khuyết hồng sau phẫu thuật triệt căn ung thư biểu mô khoang miệng tại bệnh viện Trung ương Huế. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu, có can thiệp lâm sàng trên 34 bệnh nhân ung thư biểu mô vảy khoang miệng được phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 03 năm 2020 đến tháng 12 năm 2022. **Kết quả:** Đã sử dụng 34 vật da cơ có cuống trong tạo hình khuyết hồng sau phẫu thuật triệt căn ung thư biểu mô khoang miệng. Trong đó Vật cân thái dương sử dụng cho 3 trường hợp (8,8%). Vật cân cơ thái dương sử dụng cho 6 trường hợp (17,6%). Vật da cân cơ dưới hàm sử dụng cho 15 trường hợp (44,1%). Vật da cân cơ ngực lớn sử dụng cho 10 trường hợp (29,5%). Kết quả nghiên cứu với 88,2% vật sống tốt, không có biến chứng nặng sau mổ, phục hồi chức năng tốt và tỷ lệ tái phát thấp sau mổ. **Kết luận:** Sử dụng các vật da cơ có cuống linh hoạt 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 khoang miệng cho bệnh nhân ung thư.

Từ khóa: Ung thư khoang miệng, vật cân cơ thái dương, vật dưới hàm, vật cơ ngực lớn.

ABSTRACT

APPLICATION OF PEDICLED MUSCULOCUTANEOUS FLAPS IN DEFECT RECONSTRUCTION AFTER SURGERY OF ORAL CANCER AT HUE CENTRAL HOSPITAL

Nguyen Hong Loi, Nguyen Van Khanh*

Hue Center Hospital

Background: Carcinoma of the oral cavity is one of the most common cancers of the head and neck system. Due to anatomical characteristics, surgery could lead to defects. The application of reconstructive surgery is extremely necessary, helping to expand the indications for surgery, restore defects, and provide a better chance for patients to live. **Objective:** To evaluate the results of application of pedicled musculocutaneous flaps in defect reconstruction after surgery of oral cancer at Hue Central Hospital. **Materials and methods:** A prospective, clinical interventional descriptive study on 34 oral squamous cell carcinoma patients operated at Hue Central Hospital from March 2020 to December 2022. **Results:** 34 pedicled musculocutaneous flaps were used in defect reconstruction after surgery of oral cancer. Four types of flaps were use, in which the temporalis fascia flap was used for 3 cases (8.8%), the temporalis myofascial flap was used for 6 cases (17.6%), the submandibular fascia flap was used for 15 cases (44.1%) and the pectoralis major myocutaneous one was used for 10 cases (29.5%). The results of the study showed that 100% of flaps were good. There were no serious complications after surgery. Good function recovery and low recurrence rate were recorded after surgery. **Conclusion:** Using flexible pedicled musculocutaneous flaps is a suitable

choice for moderate and large defects after surgery along with major organ reconstruction to preserve vital function and morphology of the oral cavity for cancer patients.

Keywords: Oral cancer, temporalis myofascial flap, submandibular flaps, pectoralis major myocutaneous flaps.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô khoang miệng là một trong những ung thư thường gặp nhất của hệ đầu mặt cổ và là một trong tám loại ung thư phổ biến nhất theo Tổ chức Y tế Thế giới, tỷ lệ mắc bệnh sẽ tăng lên trong tương lai. Ở Mỹ, có khoảng 8000 người chết mỗi năm vì căn bệnh này. Tỷ lệ mắc ung thư khoang miệng khác nhau tùy theo khu vực địa lý, chiếm 2-4% trong các ung thư ở phương Tây và là một trong ba ung thư thường gặp nhất ở châu Á. Tại Việt Nam, theo ghi nhận ung thư giai đoạn 1991-1995, tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi ở nam là 2,7/100.000 dân (1,8%), ở nữ là 3/100.000 dân (3,1%).

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. 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. Vì vậy việc ứng dụng các phương pháp tái tạo phù hợp cho nhiều loại ung thư khoang miệng phổ biến; đặc biệt với các mức độ tổn khuyết trung bình và lớn, việc ứng dụng các vật da- cân- cơ- có cuống theo mô hình điều trị trên thế giới đã được thực hiện hoàn chỉnh trong tổng thể điều trị đa mô thức, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Ứng dụng các vật da cơ có cuống trong tạo hình khuyết hồng sau phẫu thuật triệt căn ung thư biểu mô khoang miệng tại Bệnh viện Trung ương Huế” với mục tiêu: Đánh giá kết quả ứng dụng các vật da cơ có cuống trong tạo hình khuyết hồng sau phẫu thuật triệt căn ung thư biểu mô khoang miệng tại Bệnh viện Trung ương Huế.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tế bào vảy khoang miệng và được phẫu thuật triệt căn tái tạo vật da cơ có cuống tại Trung tâm Răng Hàm Mặt Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 3 năm 2020 cho đến hết tháng 12 năm 2022.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh:

+ Bệnh nhân (BN) có kết quả mô bệnh học ung thư (UT) tế bào vảy khoang miệng có giai đoạn lâm sàng tiến triển tại vùng còn khả năng phẫu thuật triệt căn ban đầu, chưa có di căn xa.

+ Được xác định là sau khi cắt bỏ sẽ để lại một khuyết hồng có đường kính lớn và có chỉ định phẫu thuật bao gồm các giai đoạn u T1, T2, T3 và T4 còn khả năng cắt bỏ, có hoặc chưa xâm lấn hạch. Chẩn đoán giai đoạn theo phân loại AJCC 2010.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Ung thư tái phát.

+ Bệnh nhân có các chống chỉ định phẫu thuật.

+ Bệnh nhân và gia đình không đồng ý điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiền cứu, có can thiệp lâm sàng.

- **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:**

+ Tốt: Vật không hoại tử, hồng, độ trương tốt, không loét, khoang miệng không có mùi thối, biểu mô hóa tốt (cho vật khoang miệng), không cần can thiệp gì thêm.

+ Trung bình: Vật hoại tử một phần (1/10 ở phần chót vật); loét ở 2-3 vị trí trên vật; khoang miệng không có mùi thối.

+ Xấu: Hoại tử toàn bộ vật, loét nhiều vị trí trên vật, khoang miệng thối, cần phẫu thuật vật 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.

+ 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.

- **Xử lý số liệu:**

Các số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung và dạng vật sử dụng

Tuổi trung bình 56,7 (SD= 6,7), tuổi thấp nhất 37, cao nhất 76 tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 2,9/1.

Bảng 1. Thời gian từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện

Thời gian đến viện(tháng)	n	%
< 3	16	47,1
3-6	8	23,5
7-12	6	17,6
>12	4	11,8
Tổng	34	100

Nhận xét: Phần lớn BN đến viện trong vòng 3 tháng kể từ khi có triệu chứng đầu tiên (47,1%), thấp nhất là sau 12 tháng (11,8%).

Bảng 2. Vị trí tổn thương và giai đoạn ung thư

Vị Trí	Dạng khuyết hồng	n	%
	Niêm mạc khẩu cái	5	14,7
	Niêm mạc hậu hàm	1	2,9
	Niêm mạc má	4	11,8
	Niêm mạc lợi hàm dưới	2	5,9
	Lưỡi	8	23,5
	Lưỡi và sàn miệng	14	41,2

TẠP CHÍ Y DƯỢC HỌC CẦN THƠ – SỐ 58/2023

	Dạng khuyết hồng	n	%
Giai đoạn	II	13	38,2
	III	14	41,2
	IVA	7	20,6
Tổng		34	100

Nhận xét: Ung thư lưỡi và sàn miệng chiếm tỷ lệ 41,2%. Ung thư niêm mạc khẩu cái xâm lấn xương hàm trên (14,7%) và ung thư niêm mạc hậu hàm (2,9%). Giai đoạn II có 13/34 BN (38,2%), giai đoạn III có 14/34 BN (41,2%), giai đoạn IV có 7/34 BN (20,6%).

Bảng 3. Dạng vạt và điều trị hỗ trợ sử dụng

Loại vạt	n	%
Vạt cân thái dương	3	8,8
Vạt cân cơ thái dương	6	17,6
Vạt da cân cơ dưới hàm	15	44,1
Vạt da cân cơ ngực lớn	10	29,5

Nhận xét: Vạt cân thái dương sử dụng cho 3 trường hợp (8,8%); Vạt cân cơ thái dương sử dụng cho 6 trường hợp (17,6); Vạt da cân cơ dưới hàm sử dụng cho 15 trường hợp (44,1%); Vạt da cân cơ ngực lớn sử dụng cho 10 trường hợp (29,5%).

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 4. Biến chứng phẫu thuật

Biến chứng	n	%
Chảy máu vùng mô	3	8,8
Tụ dịch tại vạt	4	11,8
Nhiễm trùng vùng mô	8	23,5
Dò dịch bạch huyết	3	8,8

Nhận xét: Chảy máu tại vạt và dò dịch bạch huyết trong 3 trường hợp (8,8%). Tụ dịch tại vạt có 4 trường hợp (11,8%). Nhiễm trùng vùng mô có 8 trường hợp (23,5%). Tất cả biến chứng đều được xử trí và đáp ứng điều trị tốt.

Bảng 5. Tình trạng vạt và kết quả phục hồi chức năng vùng tạo hình

Đánh giá	Tốt	Trung bình	Xấu	Tổng
Tình trạng vạt	30	4	0	34
Tỷ lệ %	88,2	11,8	0	100
Phục hồi chức năng	28	6	0	34
Tỷ lệ %	82,4	17,6	0	100

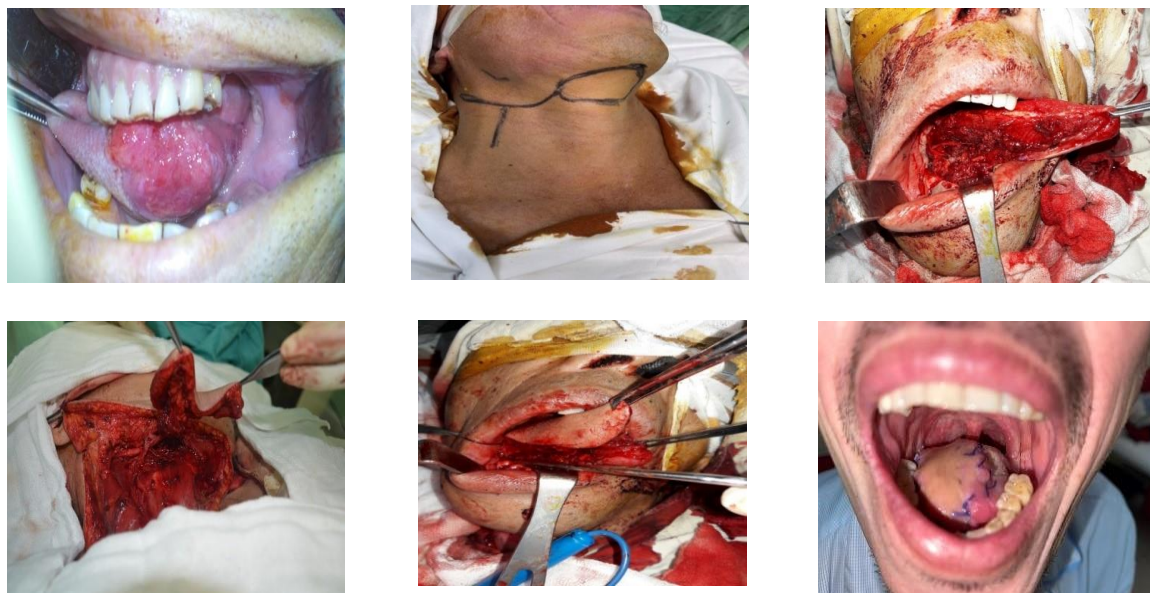
Nhận xét: Có 4 trường hợp (11,8%) tình trạng vạt trung bình có hoại tử một phần rìa vạt. 6 trường hợp (17,6%) phục hồi chức năng chậm sau mổ do tổn thương lan rộng vùng đáy lưỡi, thành bên họng.

Bảng 6. Theo dõi sau 12 tháng

Kết quả	Số BN	Tỷ lệ (%)
Sống + không bệnh	27	79,4
Tái phát	6	17,6
Di căn xa	1	3
Tử vong	0	0

Kết quả	Số BN	Tỷ lệ (%)
Tổng	34	100

Nhận xét: Tỷ lệ tái phá sau điều trị chiếm 17,6%. Có 1 BN di căn xa phổi. Tái phát xảy ra trong 3/7 BN không điều trị bổ trợ. Tái phát sớm nhất 5 tháng, muộn nhất 12 tháng sau phẫu thuật.



Hình 1. Vạt da cơ dưới hàm

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung và dạng vạt sử dụng

Tuổi trung bình 56,7 (SD= 6,7), tuổi thấp nhất 37, cao nhất 76 tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 2,9/1. Tỷ lệ mắc bệnh ở nam cao hơn nữ có thể xuất phát từ thói quen hút thuốc và uống rượu ở nam giới nhiều hơn nữ giới. Ung thư đầu cổ là một trong những bệnh lý ác tính hay gặp. Bệnh nhân thường tới khám và điều trị ở giai đoạn muộn khi khối u đã phát triển lớn [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nào ở giai đoạn I. Phần lớn bệnh nhân ở giai đoạn III chiếm 41,2% tiếp đến là giai đoạn II chiếm 38,2% và giai đoạn IVA chiếm 20,6%. Ung thư miệng không đáp ứng xạ trị và hóa trị vì vậy phẫu thuật rộng rãi cắt khối u và nạo vét hạch cổ là phương pháp điều trị tốt nhất [2], [6]. Song song với kíp phẫu thuật vét hạch và cắt u thì kíp lấy vạt tự do cũng được tiến hành đồng thời.

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 vét 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 (đoạn IVC) [4], [10]. 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 hỗ trợ 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. Chìa khóa có thể mở ra cơ hội điều trị tận gốc chính là phẫu thuật tái tạo, tái tạo giúp giảm nhẹ điều trị hỗ 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 hỗ 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, 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 công phù hợp, tất cả các trường hợp ung thư biểu mô vảy đều được chỉ định vét hạch cổ triệt căn; điều trị hỗ trợ theo hướng dẫn điều trị [4].

Chúng tôi sử dụng các vật có công 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 hân 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 nông với cuống nuôi là động mạch thái dương nông được chúng tôi áp dụng trong ba trường hợp: trong đó 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 cân 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 cộng sự [5].

- Xương hàm trên sau cắt bỏ ung thư xâm lấn là tổn khuyết thường gặp gây ra do UT sàng hàm, UT niêm mạc khẩu cái xâm lấn xương. 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. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng vật cân- cơ thái dương cho 6 trường hợp bao gồm: 5 trường hợp UT niêm mạc khẩu cái xâm lấn xương hàm trên. Sử dụng vật cân- cơ thái dương đã thay thế vừa đủ khuyết hồng xương hàm trên, khẩu cái và niêm mạc khẩu cái.

- 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 vét 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. Kinh nghiệm này của chúng tôi cũng có một số điểm tương đồng so với các tác giả khác. 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 vạt dưới hàm cải biên trong trường hợp có hạch nhưng chưa xâm lấn ngoài vỏ hạch với thiết kế vạt nằm ngoài vùng hạch, bóc tách vạt tận cuống trong cùng thời điểm vét hạch giúp loại bỏ tối đa tổ chức bạch mạch quanh vạt. Theo nhiều tác giả, ứng dụng vạt da- cơ dưới hàm thay thế tốt cho vạt tự do đem lại kết quả tái tạo tốt về mặt chức năng và thẩm mỹ [2], [3], [8].

- Vạt da cơ ngực lớn là vạt cổ điển, được ứng dụng từ những năm 80 của thế kỷ trước, vạt lớn rộng được sử dụng trong tái tạo các khuyết hồng lớn vùng đầu cổ, với ưu điểm cuống vạt dài tuy khá cồng kềnh, khả năng thay thế tốt mô bị mất nhưng thường không đạt kết quả thẩm mỹ cao [7]. Các vạt cải biên như vạt đảo với cuống được thu gọn cho phép cải thiện tốt về thẩm mỹ và có thể thay thế tốt cho các vạt tự do trong các nghiên cứu gần đây, nhất là đối với các trường hợp cần điều trị hỗ trợ sau mổ [6]. Chúng tôi thực hiện tái tạo cho 10 trường hợp bao gồm 7 BN ung thư lưỡi sàn miệng xâm lấn rộng, 1 BN ung thư niêm mạc má xâm lấn rộng toàn bộ má trái và 2 BN ung thư lợi hàm dưới xâm lấn xương hàm dưới, để tái tạo toàn bộ má trái, chúng tôi sử dụng vạt đảo da- cơ ngực lớn phía dưới quàng 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, vạt đã thay thế toàn bộ má trái bao gồm niêm mạc, cơ và da, đạt hình thể cân đối.

4.2. Kết quả điều trị

Vạt sau mổ có độ trương tốt, hồng hào, thử nghiệm chích kim trên vạt ngay sau mổ có chảy máu nhiều màu đỏ tươi. Sau khoảng 1-2 tuần, đối với các vạt khoang miệng: vạt cân hoặc vạt da có đóng lớp giả mạc trắng dễ 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 vạt cân, da được biểu mô hóa từ ngoại vi vào phía trung tâm, vạt 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 vạt cân và da đạt hoàn toàn, vạt cân thường cho biểu mô hóa sớm và nhanh hơn vạt da, lúc này, vạt 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 vạt 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 [1].

Có 30 BN (88,2%) 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 (11,8%) phục hồi chậm, nói ngọng nhiều, một số nuốt sặc thức ăn lỏng, đau vùng mổ; tình trạng này được cải thiện dần sau đó. Phần lớn BN đều hài lòng với kết quả phẫu thuật.

Có 6 trường hợp tái phát sau phẫu thuật (tỷ lệ 17,6%) bao gồm 5 trường hợp ung thư lưỡi-sàn miệng và 1 trường hợp ung thư niêm mạc má, có 4 trường hợp tái phát tại khoang miệng và 2 trường hợp tái phát tại hạch; tái phát xảy ra sớm nhất 5 tháng sau mổ (trường hợp này không điều trị hỗ trợ) và muộn nhất là 12 tháng sau phẫu thuật. Có 1 BN xuất hiện di căn phổi sau điều trị phẫu thuật kết hợp xạ trị 12 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% [9].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật tạo hình là một phần quan trọng trong điều trị triệt căn ung thư đầu cổ, giúp cải thiện kết quả điều trị; 88,2% 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 da cơ 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Sơn (2004), *Phục hồi các tổn khuyết vùng hàm mặt bằng vật cân- cơ thái dương*, Luận án Tiên sĩ Y học.
2. Brown JS, Rogers SN, McNally DN, Boyle M. (2000), “A modified classification for the maxillectomy defect”, *Head Neck*, 22, pp. 17-26.
3. Chen W.L., Li J.S., Yang Z.H., Huang Z.Q., Wang J.U., 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.
4. Head and neck cancer. NCCN clinical practice guidelines in oncology. version 1.2022.
5. Jaquet Y., Higgins K.M., Enepekides D.J. (2011), “The temporoparietal fascia flap: a versatile tool in head and neck reconstruction”, *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*, 19(4), pp. 235-41.
6. 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, 46256.
7. Milenović A., Virag M., Ugresić V., Aljinović-Ratković N. (2006), “The pectoralis major flap in head and neck reconstruction: first 500 patients”, *J Craniomaxillofac Surg*, 34(6), 340-3.
8. 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, 873-9.
9. Vermorken J.B., Specenier P. (2010), “Optimal treatment for recurrent/metastatic head and neck cancer”, *Ann Oncol*, 21(7), 252-61.
10. Wang W.H., Zou Z.R., Xu B., Wang W.Q., Shen S.Y. (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.

(Ngày nhận bài: 20/2/2023 – Ngày duyệt đăng: 31/3/2023)