

Kết quả phẫu thuật tái tạo tổn khuyết sau cắt ung thư lưỡi tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Results of defects reconstructive surgery after tongue cancer resection at the 108 Military Central Hospital

Nguyễn Quang Đức, Lê Diệp Linh

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của việc tái tạo các tổn khuyết sau cắt ung thư lưỡi. *Đối tượng và phương pháp:* Mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 36 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư lưỡi được phẫu thuật cắt tổn khuyết, tái tạo lại bằng các phương pháp khác nhau tại Trung tâm Phẫu thuật Sọ mặt và Tạo hình, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 01/2019 đến tháng 6 năm 2022. *Kết quả:* Các bệnh nhân có độ tuổi từ 24-84, trung bình 57,06 tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 3/1. Bệnh nhân ung thư lưỡi ở các giai đoạn I, II, III, IV lần lượt là 8,33%, 52,78%, 8,33% và 30,56%. Tổn khuyết lưỡi đơn thuần chiếm 30,56% còn lại là khuyết phức hợp lưỡi sàn miệng, trụ amidan, xương hàm dưới. Phương pháp tái tạo tổn khuyết sau cắt ung thư lưỡi bao gồm khâu đóng trực tiếp (30,56%), tái tạo bằng vạt dưới cằm (25%), tái tạo bằng vạt tự do (44,4%). Tỷ lệ sống của các vạt tạo hình là 100%, có 5 bệnh nhân gặp biến chứng sớm chiếm tỷ lệ 13,8%. Kiểm tra sau 12 tháng, lưỡi di động bình thường chiếm 33,3%; chức năng nói bình thường chiếm 13,8%, chức năng nuốt bình thường chỉ có 2,8%. *Kết luận:* Tổn khuyết sau cắt bỏ ung thư lưỡi có nhiều mức độ khác nhau. Tùy từng kích thước và thành phần tổn khuyết có những phương pháp tái tạo phù hợp. Kết quả phục hồi chức năng phụ thuộc chủ yếu vào kích thước tổn khuyết ở lưỡi.

Từ khóa: Tái tạo lưỡi, tổn khuyết lưỡi, ung thư lưỡi.

Summary

Objective: The study aimed to evaluate the effectiveness of the reconstruction of tongue defects after cancer resection. *Subject and method:* Retrospective combined prospective description were conducted on 36 patients with confirmed diagnosis of tongue cancer undergoing surgeries of defect resection and reconstruction by different methods at the Centre for Craniofacial and Plastic Surgery – 108 Military Central Hospital, from January 2019 to June 2022. *Result:* The patients aged between 24-84, average 57.06 years old, have a male/female ration of 3/1. Tongue cancer patients in stages I, II, III, IV were 8.33%; 52.78%, 8.33% and 30.56%, respectively. The simple tongue defect accounted for 30.56%, the remaining was the complex defect of the floor of the mouth, the tonsil column, and the mandible bone. Reconstructive methods of tongue defect after cancer removal included direct suture (30.56%), reconstruction by submental flap (25%), reconstruction by free flap (44.4%). The survival rate of plastic flaps was 100%. There were 5 patients with early complications accounting for 13.8%. Examination after 12 months, normal tongue moving function accounted for 33.3%; normal speaking function accounted for 13.8%, normal swallowing function accounted only for 2.8%. *Conclusion:* Defects after tongue cancer

Ngày nhận bài: 14/3/2023, ngày chấp nhận đăng: 26/3/2023

Người phản hồi: Nguyễn Quang Đức, Email: drduc108@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

resection has many different degrees. Depending on the size and composition of the defect, reconstruction methods are appointed suitably. The outcome of rehabilitation depends mainly on the size of the defect in the tongue.

Keywords: Tongue reconstruction, tongue defect, tongue cancer.

1. Đặt vấn đề

Ung thư lưỡi là u ác tính nguyên phát tại lưỡi và cũng là loại ung thư thường gặp nhất trong các ung thư vùng khoang miệng. Theo GLOBOCAN 2018, hàng năm có khoảng 354.860 trường hợp mắc mới và 177.354 trường hợp tử vong do ung thư khoang miệng với tỷ lệ nam/nữ là 2,27. Tại Việt Nam, năm 2018 ghi nhận có khoảng 1.877 trường hợp mới mắc ở nam giới và 922 trường hợp mới mắc ở nữ giới. Ung thư lưỡi thường gặp ở lứa tuổi trung niên và người lớn tuổi, nam gặp nhiều hơn nữ [6], [3].

Trong điều trị ung thư lưỡi, phẫu thuật đóng vai trò chủ đạo, hóa trị và xạ trị có vai trò bổ trợ. Sau phẫu thuật triệt để thì tổn khuyết lưỡi và tổ chức lân cận đòi hỏi phải tái tạo lại nhằm đóng kín tổn khuyết, phục hồi tối đa chức năng và hình thể lưỡi. Tùy vào kích thước, vị trí và thành phần tổn khuyết sẽ có những biện pháp tái tạo khác nhau, ngoài ra việc lựa chọn phương pháp tái tạo còn liên quan đến trình độ, khả năng của phẫu thuật viên và điều kiện trang thiết bị của mỗi cơ sở y tế. Báo cáo này trình bày nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả tái tạo tổn khuyết sau cắt ung thư lưỡi tại Trung tâm Phẫu thuật Sọ mặt và Tạo hình - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Gồm 36 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán ung thư lưỡi từ giai đoạn I đến IVA, được điều trị phẫu thuật tại Trung tâm Phẫu thuật Sọ mặt và Tạo hình - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ 01/2019 đến tháng 6/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn

BN được chẩn đoán xác định UTL.

BN được phẫu thuật cắt khối u và tái tạo tổn khuyết.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân bị ung thư lưỡi tái phát hoặc ung thư cơ quan thứ 2.

BN hoặc người nhà BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiến cứu. Cỡ mẫu thuận tiện, nghiên cứu thu thập được 36 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu

2.3.1. Dữ liệu lâm sàng

Đặc điểm chung: Tuổi giới. Đặc điểm tổn thương: Vị trí khối u, kích thước khối u, giai đoạn bệnh (Phân giai đoạn bệnh theo Liên ủy ban ung thư Hoa kỳ AJCC phiên bản 8 năm 2017).

Phẫu thuật cắt tổn thương: Cách thức phạm vi cắt tổn thương, kích thước (chia làm < 25%; từ 25-50% và > 50% lưỡi); thành phần tổn khuyết. Phương pháp tái tạo: Khâu đóng trực tiếp, tái tạo bằng vật tại chỗ, tái tạo bằng vật khu vực, tái tạo bằng vật tự do...

Kết quả sớm sau mổ, tai biến biến chứng. Kết quả xa sau 6 và 12 tháng. Đánh giá sự phục hồi chức năng nói, nuốt, vận động.

Đánh giá di động: Di động bình thường: Khi lưỡi di động được theo các hướng. Di động hạn chế: Khi có ít nhất một hướng lưỡi không di động được hoặc di động hạn chế. Lưỡi bất động

Đánh giá chức năng nói: Nói ngọng: Khi ít nhất một từ không rõ âm, không rõ từ, hay bị phát âm sai. Nói bình thường: Khi tất cả các từ đều rõ âm, rõ từ.

Đánh giá chức năng nuốt: Theo thang điểm 7 của Xiaomeng Song (Bảng 1).

Bảng 1. Đánh giá chức năng nuốt của hốc miệng

Điểm	Mô tả
1	Miệng không nuốt được gì
2	Phụ thuộc vào ống nuôi ăn, nuốt được thức ăn và nước tối thiểu
3	Phụ thuộc vào ống nuôi ăn, thường xuyên nuốt được thức ăn và nước
4	Nuốt thức ăn với một độ đặc nhất định bằng miệng hoàn toàn
5	Nuốt thức ăn với nhiều độ đặc bằng miệng hoàn toàn, thức ăn được lựa chọn hoặc chuẩn bị đặc biệt
6	Nuốt thức ăn với nhiều độ đặc bằng miệng hoàn toàn, thức ăn không cần chuẩn bị đặc biệt nhưng chỉ với một số nhóm thức ăn giới hạn
7	Nuốt thức ăn bằng miệng hoàn toàn, không có bất kỳ trở ngại nào

Đánh giá tính thẩm mỹ theo Bảng 2:

Bảng 2. Đánh giá thẩm mỹ sau tạo hình lưỡi

Rất tốt	Hình thể bình thường, cân xứng, vạt tạo hình không có lông
Tốt	Hình thể biến dạng không đáng kể, mất cân xứng ít, vạt có ít
Trung bình	Mất cân xứng mức độ vừa, vạt tạo hình có lông gây khó chịu
Xấu	Biến dạng rõ, vạt tạo hình nhiều lông

2.4. Quy trình phẫu thuật

2.4.1. Phẫu thuật cắt u và nạo vét hạch

Vô cảm BN bằng gây mê nội khí quản đường mũi. Cắt bỏ tổn thương thành một khối. Gửi làm giải phẫu bệnh tức thì các diện cắt đại diện đến khi các kết quả đều âm tính. Xác định các thành phần, kích thước và hình dáng tổn khuyết cần tái tạo. Nạo vét hạch cổ cùng bên hay cả 2 bên tùy theo giai đoạn bệnh.

2.4.2. Phẫu thuật tái tạo

Tổn khuyết < 25% lưỡi có thể khâu đóng trực tiếp.

Tổn khuyết từ 25-50% lưỡi chúng tôi tái tạo bằng vạt dưới cằm.

Tổn khuyết lớn hơn 50% lưỡi, chúng tôi tái tạo bằng vạt tự do. Đùi trước ngoài hoặc Cánh tay ngoài. Quy trình phẫu tích các vạt theo tài liệu "Flap and Reconstruction Surgery" của tác giả Fu-Chen Wei và Samir Mardini xuất bản năm 2009.

Xử lý số liệu bằng thuật toán thống kê y học bằng phần mềm SPSS 20.0.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Tuổi và giới

Bảng 3. Phân bố độ tuổi của nhóm BN nghiên cứu (n = 36)

	< 40	40-60	> 60	(X±SD)	Min-Max
Số lượng	13	19	14	57,06 ± 11,55	24-82
Tỷ lệ %	8,3	52,8	38,9		

Nhận xét: Về giới thì: Nam: 27 trường hợp chiếm 75%, nữ: 9 trường hợp, chiếm tỷ lệ 25%. Tỷ lệ nam/nữ: 3/1.

Giai đoạn bệnh

Bảng 4. Phân loại giai đoạn bệnh (n = 36)

Giai đoạn	I	II	III	IV	Tổng
Số lượng	3	19	3	11	36
Tỷ lệ %	8,33	52,78	8,33	30,56	100

Các bệnh nhân chủ yếu ở giai đoạn II (52,78%), giai đoạn I, III là ít nhất (8,33%).

Thành phần tổn khuyết

Bảng 5. Thành phần tổn khuyết (n = 36)

Tổn khuyết	Lưỡi	Lưỡi sàn miệng	Lưỡi sàn miệng trụ Amidan	Lưỡi sàn miệng, xương hàm dưới	Tổng
Số lượng	11	9	8	8	36
Tỷ lệ %	30,56	25,00	22,22	22,22	100

Tổn khuyết đơn độc lưỡi chiếm tỷ lệ cao nhất (30,56%).

Bảng 6. Kích thước tổn khuyết và mức độ xâm lấn của khối u (n = 36)

Đặc điểm	Kích thước			Độ xâm lấn		
	< 2cm	2-4cm	> 4cm	Nông	Cơ lưỡi	Sàn miệng
Số lượng	6	22	8	16	14	6
Tỷ lệ %	16,7	61,1	22,2	44,4	38,9	16,7

3.2. Điều trị phẫu thuật

Bảng 7. Phương pháp phẫu thuật theo kích thước khối u (n = 36)

Phương pháp phẫu thuật	< 2cm		2-4cm		> 4cm	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Cắt một phần lưỡi	5	83,33	15	68,18	1	12,50
Cắt nửa lưỡi	0	0	6	27,27	1	12,50
Cắt gần toàn bộ lưỡi	1	16,67	1	4,55	6	75,00
Tổng	6	100,0	22	100,0	8	100,0

Trong nhóm kích thước u dưới 2cm, 83,33% BN cắt một phần lưỡi. Trong nhóm, kích thước u 2-4cm, phần lớn cắt một phần lưỡi, chỉ có 4,55% cắt gần toàn bộ lưỡi. Trong nhóm > 4cm, phần lớn cắt gần toàn bộ lưỡi (75%).

Bảng 8. Lựa chọn phương pháp tái tạo theo diện tích tổn khuyết (n = 36)

Phương pháp tái tạo	Diện tích tổn khuyết						Tổng	
	< 25%		25-50%		> 50%			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Khâu khép	11	100,0	0	0,00	0	0,00	11	30,56
Vạt tại chỗ, vạt vùng	0	0,00	9	60,00	0	0,00	9	25
Vạt tự do	0	0,00	6	40,00	10	100,0	16	44,4
Tổng	11	100,0	15	100,0	10	100,0	36	100

Nhận xét: 100% số bệnh nhân có diện tích khuyết hồng < 25% sử dụng phương pháp tạo hình là khâu khép thì đầu. Với những khuyết hồng 25-50% diện tích thì có 60% sử dụng vật vùng (vật dưới cằm) và 40% sử dụng vật tự do. Còn đối với các khuyết hồng có diện tích > 50% thì 100% sử dụng vật tự do để tạo hình.

Bảng 9. Các loại vật vùng, vật tự do sử dụng (n = 25)

	Số lượng	Kích thước		Tỷ lệ %
		Chiều rộng	Chiều dài	
Vật dưới cằm	9	2-6cm	5-12cm	36,00
Vật cánh tay ngoài	5	6-10cm	14-19cm	20,00
Vật đùi trước ngoài	11	5-8cm	9-22cm	44,00
Tổng	25	2-10cm	5-22cm	100,00

Vật tạo hình được sử dụng có kích thước rộng từ 2-10cm, dài từ 5-22cm.

Bảng 10. Sự sống của vật tạo hình và biến chứng (n = 36)

Biến chứng sớm	Số lượng	Tỷ lệ %
Hoại tử một phần vật	1	2,78
Hoại tử toàn bộ vật	0	0,00
Chảy máu sau phẫu thuật	1	2,78
Nhiễm trùng	1	2,78
Rò vết mổ	0	0,00
Ứ máu tĩnh mạch	2	5,56

Biến chứng ứ máu tĩnh mạch sau phẫu thuật tạo hình hay gặp nhất (chiếm 5,56%). Có 1/36 BN hoại tử một phần vật, 1/36 BN chảy máu và 1/36 BN nhiễm trùng sau phẫu thuật. Không có trường hợp nào hoại tử toàn bộ vật hay rò vết mổ. Tỷ lệ gặp biến chứng là 5/36 (13,8%).

3.3. Đánh giá kết quả xa

Chúng tôi chỉ kiểm tra xa được 34/36 bệnh nhân.

Bảng 11. Đánh giá di động theo kích thước khuyết tổn (n = 34)

Tính di động	Thời điểm 6 tháng						Thời điểm 12 tháng						Tổng	
	< 25%		25-50%		> 50%		< 25%		25-50%		> 50%			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Theo các hướng	5	45,5	5	33,3	1	12,5	6	54,5	5	33,3	1	12,5	12	35,3
Hạn chế	6	54,5	10	66,7	7	87,5	5	45,5	10	66,7	7	87,5	22	64,7
Bất động	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0

Không đánh giá chức năng di động ở những trường hợp cắt gân toàn bộ lưỡi. Trong nhóm kích thước tổn khuyết < 25%, tỷ lệ bệnh nhân có lưỡi di động được theo các hướng là cao nhất (45,5%). Nhóm kích thước tổn khuyết > 50%, tỷ lệ di động theo các hướng thấp nhất (12,5%).

Bảng 12. Đánh giá chức năng nói theo kích thước tổn khuyết (n = 34)

Chức năng nói	Thời điểm 6 tháng						Thời điểm 12 tháng							
	< 25%		25-50%		> 50%		< 25%		25-50%		> 50%		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Bình thường	3	27,3	1	6,7	0	0	4	36,4	1	6,7	0	0	5	13,9
Ngọng	8	72,7	14	93,3	8	100	7	63,6	14	93,3	8	100	31	86,1

Trong nhóm kích thước tổn khuyết < 25%, có 27,3% bệnh nhân nói bình thường ở cả thời điểm 6 tháng và có 36,4% BN nói bình thường ở thời điểm 12 tháng. Trong nhóm kích thước tổn khuyết 25-50%, 6,7% BN nói bình thường ở thời điểm 6 tháng và 6,7% BN nói bình thường ở thời điểm 12 tháng. Trong nhóm kích thước tổn khuyết > 50%, toàn bộ BN nói ngọng ở cả thời điểm 6 tháng và 12 tháng.

Bảng 13. Đánh giá chức năng nuốt theo kích thước tổn khuyết (n = 34)

Điểm	Thời điểm 6 tháng						Thời điểm 12 tháng						
	< 25%		25-50%		> 50%		< 25%		25-50%		> 50%		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4	0	0	3	20,0	5	62,5	0	0	3	20,0	5	62,5	
5	5	45,5	11	73,3	3	37,5	5	45,5	11	73,3	3	37,5	
6	5	45,5	1	6,7	0	0	5	45,5	1	6,7	0	0	
7	1	9,1	0	0,0	0	0	1	9,1	0	0,0	0	0	
$\bar{X} \pm SD$	4,97 ± 0,54						4,97 ± 0,54						
Min-Max	4-6						4-6						

Điểm trung bình về khả năng nuốt không thay đổi theo thời gian, đều là 4,9 ± 0,54 ở thời điểm 6 tháng và ở thời điểm 12 tháng. Có 1 BN điểm nuốt là 7.

Bảng 14. Đánh giá thẩm mỹ theo kích thước tổn khuyết (n = 36)

Tính thẩm mỹ	Thời điểm 6 tháng						Thời điểm 12 tháng							
	< 25%		25-50%		> 50%		< 25%		25-50%		> 50%		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tốt	6	54,5	7	46,7	3	30	6	54,5	8	53,3	3	30	17	47,2
Trung bình	5	45,5	7	46,7	6	60	5	45,5	6	40,0	6	60	17	47,2
Xấu	0	0,0	1	6,7	1	10	0	0,0	1	6,7	1	10	2	5,6
Tổng	11	100	15	100	10	100	11	100	15	100	10	100	36	100

Nhận xét: Nhóm tổn khuyết < 25% có 54,5% BN có kết quả tốt về thẩm mỹ thời điểm 6 tháng và ở thời điểm 12 tháng. Nhóm tổn khuyết 25-50%, có 46,7% BN có kết quả tốt về thẩm mỹ thời điểm 6 tháng và 53,3% thời điểm 12 tháng. Nhóm tổn

khuyết > 50%, có 30% BN có kết quả tốt về thẩm mỹ cả thời điểm 6 tháng và 12 tháng.

4. Bàn luận

Tuổi và giới của nhóm nghiên cứu: Ung thư lưỡi trong nghiên cứu có độ tuổi từ 24-82 tuổi, trung

bình là $57,06 \pm 11,55$. Độ tuổi thường gặp nhất là từ 40-60 tuổi. Kết quả trong nghiên cứu này khá tương đồng với nghiên cứu của Trần Thanh Phương 2012 [4]. Tỷ lệ nam/ nữ là 3/1, nhiều nghiên cứu cho rằng có liên quan trực tiếp đến thói quen sử dụng bia rượu. Nghiên cứu của Zaroni DK cùng các cộng sự cho thấy có 66% các bệnh nhân có tiền sử sử dụng thuốc lá và 71% số bệnh nhân sử dụng rượu [7]. Theo Schantz SP, Harrison LB và nhiều tác giả khác trong y văn, UTL thường gặp ở nam giới với tỷ lệ nam/nữ là 3/1 và độ tuổi thường gặp là 50-70 tuổi [8].

Giai đoạn bệnh: Nghiên cứu của chúng tôi các bệnh nhân chủ yếu ở giai đoạn II (52,78%), tiếp theo là giai đoạn IV (30,56%). Tỷ lệ bệnh nhân ở giai đoạn I là 8,33%, giai đoạn III là 8,33%. Nghiên cứu của Trần Thanh Phương tỷ lệ bệnh nhân giai đoạn II, III là 43,8% và 35,6% [4]. Nghiên cứu của Nguyễn Hữu Phúc, giai đoạn I-II chiếm 38,4%, giai đoạn III-IV chiếm 61,4% [3]. Nghiên cứu của Trần Đức Lợi cho rằng ung thư ở giai đoạn III-IV chiếm chủ yếu (69,3%), giai đoạn I-II chiếm 30,7% [2].

Khác với các nghiên cứu của các tác giả trong nước, các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài lại cho thấy tỷ lệ bệnh nhân giai đoạn sớm cao hơn nhiều so với giai đoạn muộn. Nghiên cứu của Hicks trong 79 bệnh nhân UTL được điều trị bằng phẫu thuật thì tỷ lệ bệnh nhân giai đoạn I-II chiếm 69% [10]. Khả năng do ở các nước tiên tiến, đời sống xã hội cao, hệ thống y tế tiên tiến giúp phát hiện bệnh tật ở giai đoạn sớm tốt hơn.

Phương pháp tái tạo tổn khuyết: Lưỡi đóng vai trò rất quan trọng trong chức năng phát âm và nuốt, phục hồi chức năng thành công sau cắt bỏ tổn khuyết ung thư là mục đích của phẫu thuật tạo hình. Những trường hợp chỉ khuyết hồng nửa lưỡi, chưa lan sàn miệng, theo Mosier và cộng sự, khâu khếp cho kết quả tốt [11]. Theo Skoner JM và cộng sự, khi khuyết hồng nửa lưỡi có kèm theo khuyết sàn miệng thì sử dụng vạt (tại chỗ, vùng hoặc tự do) cho kết quả tốt hơn khâu khếp [12].

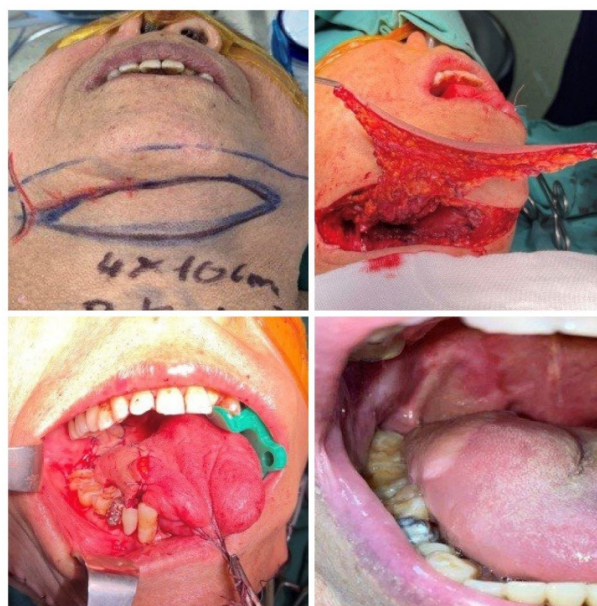
Trong nghiên cứu có 30,6% bệnh nhân được khâu khếp, 25% bệnh nhân sử dụng vạt tại chỗ và 44,4% số bệnh nhân sử dụng vạt tự do. Nghiên cứu của Trần Thanh Phương, tỷ lệ khâu khếp là 50,7%, vạt tại chỗ (3/73 trường hợp), ghép da-niêm mạc (33/73 trường hợp) [4].

Các bệnh nhân sử dụng phương pháp khâu khếp có diện tích tổn khuyết < 25%. Các bệnh nhân có diện tích tổn khuyết > 25% chúng tôi không sử dụng khâu khếp mà sẽ hoặc sử dụng vạt tại chỗ, hoặc dùng vạt tự do để tạo hình. 9/11 (81,8%) bệnh nhân khâu khếp tổn thương nông, chưa lan xuống lớp cơ hoặc sàn miệng, chỉ có 2/11 (18,2%) bệnh nhân khâu khếp khi có lan xuống cơ lưỡi. Nếu áp dụng khâu khếp ở những bệnh nhân khuyết nửa lưỡi, dễ dẫn đến lưỡi mới có hình dạng có kích thước nhỏ không thể làm di chuyển thức ăn dễ dàng trong khoang miệng và đi lệch hướng.



Hình 1. Phẫu thuật cắt tổn khuyết < 25% lưỡi và khâu đóng trực tiếp

Có nhiều vạt vùng có thể sử dụng để tạo hình các tổn khuyết sau cắt bỏ UTL như vạt da cơ ngực lớn, vạt dưới cằm hay vạt cơ bám da cổ. Trong nghiên cứu này, vạt vùng được sử dụng là vạt dưới cằm (chiếm 25%) cho những tổn khuyết từ 25-50% lưỡi, không có trường hợp nào thất bại.



Hình 2. Tái tạo khuyết lưỡi bằng vạt dưới cằm

Vạt dưới cằm được sử dụng rộng rãi bởi những ưu điểm: Hình thái, màu sắc và tổ chức đồng đều với mô cắt, vạt dài (có thể dài tới 8cm), cuống chắc sức sống tốt, sẹo nơi lấy vạt có thể che bởi bờ dưới cằm [13]. Với những ưu điểm của vạt dưới cằm, chúng tôi nhận thấy đây là lựa chọn phù hợp và an toàn cho các bệnh nhân UTL mà diện tích sau khi cắt bỏ $\leq 50\%$. Nghiên cứu của Lê Văn Quảng đánh giá trên 25 bệnh nhân sử dụng vạt dưới cằm tạo hình khuyết hồng khoang miệng thấy tỷ lệ vạt sống rất cao (88%), không có vạt nào hoại tử toàn bộ, 12% bệnh nhân hoại tử 1 phần. Chức năng phát âm và nuốt đạt tốt và trung bình ở tất cả các bệnh nhân. Từ đó tác giả cũng đưa ra kết luận rằng vạt dưới cằm là lựa chọn phù hợp cho tạo hình các khuyết hồng kích thước từ nhỏ đến trung bình sau cắt tổn thương nguyên phát khoang miệng [5].

Vạt tự do là lựa chọn tốt để giúp BN phục hồi chức năng và thẩm mỹ sau phẫu thuật cũng như đảm bảo về mặt điều trị bệnh ung thư. Với tiêu chuẩn của vạt tạo hình lưỡi như mỏng, dễ uốn lượn, có thể kể đến các vạt da cân cẳng tay quay, vạt cánh tay ngoài, vạt đùi trước ngoài, và vạt da cơ thẳng bụng. Trong nghiên cứu này, có 16/36 bệnh nhân (44,4%) sử dụng vạt tự do tạo hình tổn khuyết sau cắt UTL. Trong đó vạt đùi trước ngoài là vạt được sử dụng nhiều nhất. Nguyễn Anh Khôi sử dụng vạt da cân cẳng tay để tạo hình các khuyết sau cắt UTL hốc miệng trên 30 bệnh nhân [1]. Vạt tự do với ưu điểm kích thước lớn phù hợp cho tạo hình trong những trường hợp diện tích tổn khuyết $> 50\%$, điều mà các vạt tại chỗ hay vạt vùng khó có thể đáp ứng.

Hình dạng của lưỡi cũng đóng vai trò quan trọng để thực hiện chức năng nuốt. Thật khó nói vạt nào là tốt nhất, điều này phụ thuộc vào từng trường hợp, thể trạng của BN và tổn khuyết phẫu thuật. Trong 16 bệnh nhân sử dụng vạt tự do để tạo hình, có đến 10 bệnh nhân (62,5%) có diện tích tổn khuyết $> 50\%$ và chỉ có 37,5% số bệnh nhân có diện tích tổn khuyết từ 25-50%. Không có bệnh nhân nào diện tích tổn khuyết $< 25\%$ mà chúng tôi sử dụng vạt tự do. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Như vậy diện tích tổn khuyết sau cắt bỏ là yếu tố quan trọng có ý nghĩa để quyết định phương pháp tạo hình

Di động của lưỡi sau phẫu thuật: Tính di động của lưỡi là một yếu tố quan trọng duy trì các chức năng nói, nuốt của lưỡi. Trong nghiên cứu này, trong nhóm kích thước tổn khuyết $< 25\%$, tỷ lệ bệnh nhân có lưỡi di động được theo các hướng (45,5%) ở cả thời điểm 6 tháng và thời điểm 12 tháng. Trong nhóm kích thước tổn khuyết 25-50%, 33,3% BN có lưỡi di động được theo các hướng ở thời điểm 6 tháng và cũng 33,3% BN có lưỡi di động bình thường ở thời điểm 12 tháng. Trong nhóm kích thước tổn khuyết $> 50\%$, 12,5% BN có lưỡi di động được theo các hướng ở cả thời điểm 6 tháng và 12 tháng. Trong tất cả các BN, không có trường hợp nào lưỡi bất động ($n = 34$). Có thể thấy, ở thời điểm 12 tháng, kết quả tạo hình tương đồng với thời điểm 6 tháng. Kết quả của nghiên cứu khá tương đồng với nghiên cứu của các tác giả trong nước [4], [1].

Khi quan sát tính di động lưỡi khi sử dụng các phương pháp tạo hình khác nhau, chúng tôi cũng thấy rằng: Trong nhóm khâu khép, 45,5% bệnh nhân có lưỡi di động được theo các hướng ở thời điểm 6 tháng và 54,5% BN ở thời điểm 12 tháng. Trong nhóm sử dụng vạt vùng, 55,6% BN lưỡi di động được theo các hướng ở cả thời điểm 6 tháng và 55,6% thời điểm 12 tháng. Trong nhóm sử dụng vạt tự do, 7,1% BN có lưỡi di động được theo các hướng thời điểm 6 tháng, thời điểm 12 tháng. Khâu khép đặc biệt là có tổn thương sàn miệng thì việc khâu lưng lưỡi vào sàn miệng là yếu tố gây hạn chế di động lưỡi sau này, từ đó cũng ảnh hưởng đến chức năng của lưỡi. Nhận xét của chúng tôi cũng khá tương đồng với nhận xét của tác giả Trần Thanh Phương [4] hay Skoner JM và các cộng sự [12].

Chức năng nói: Tái tạo lưỡi giúp bệnh nhân sau mổ có thể nói được bình thường hay ít nhất nói để người khác nghe và hiểu được là rất quan trọng. Đặc biệt trong trường hợp cắt nửa lưỡi hoặc cắt gần toàn bộ lưỡi thì vấn đề phát âm sau mổ bị ảnh hưởng nặng nề. Trong nghiên cứu này, trong nhóm kích thước tổn khuyết $< 25\%$, có 27,3% bệnh nhân nói bình thường ở cả thời điểm 6 tháng và có 36,4% BN nói bình thường ở thời điểm 12 tháng. Trong nhóm kích thước tổn khuyết 25-50%, 6,7% BN nói bình

thường ở thời điểm 6 tháng và 6,7% BN nói bình thường ở thời điểm 12 tháng. Trong nhóm kích thước tổn khuyết > 50%, toàn bộ BN nói ngọng ở cả thời điểm 6 tháng và 12 tháng. Rõ ràng lưỡi di động chỉ là điều kiện cần giúp bệnh nhân phát âm được. Không có sự cân xứng giữa tính di động của lưỡi và khả năng phát âm. Bởi liên quan đến phát âm còn phụ thuộc vào thể tích lưỡi và sự tiếp xúc của lưỡi với vòm khẩu cái.

Tác giả Chen Chuanjun so sánh hai nhóm bệnh nhân cắt nửa lưỡi hoặc ít hơn nửa lưỡi có hoặc không có tạo hình bằng vật để đánh giá tính dễ hiểu khi phát âm, nhận thấy nhóm không tạo hình phát âm tốt hơn. Tạo hình bằng vật ảnh hưởng đến sự mềm dẻo và cản trở di động của lưỡi làm suy giảm chức năng phát âm. Do vậy nếu quan tâm đến phát âm không cần thiết tạo hình khi cắt nửa lưỡi hoặc ít hơn [14]. Kết quả của chúng tôi cho thấy: Nhóm khâu khép, 27,3% bệnh nhân nói bình thường ở thời điểm 6 tháng và tỷ 36,4% nói bình thường khi 12 tháng. Trong nhóm sử dụng vật vùng, thời điểm 6 tháng có 11,1% BN nói bình thường, thời điểm 12 tháng có 11,1% BN nói bình thường. Nhóm sử dụng vật tự do, có 100% BN nói ngọng ở các thời điểm kiểm tra.

Chức năng nuốt sau phẫu thuật: Đánh giá theo thang 7 điểm của Xiaomeng Song và cộng sự, điểm trung bình trong nghiên cứu là $4,9 \pm 0,34$, điểm thấp nhất là 3 và cao nhất là 6. Ở thời điểm 6 tháng. Tất cả số bệnh nhân sau tạo hình có thể nuốt thức ăn với những độ đặc khác nhau mà không cần một chế độ ăn riêng hay cần ăn quan sonde. Điểm trung bình là $5 \pm 0,37$ ở thời điểm 12 tháng. Trong nhóm khuyết tổn < 25%, 45,5% BN nuốt đạt 6 điểm ở 6 tháng và khi 12 tháng. Trong nhóm khuyết tổn 25-50%, có 6,7% BN nuốt thức ăn với mức điểm 6 tại thời điểm 6 tháng; tỷ lệ này ở thời điểm 12 tháng cũng là 6,7%. Trong nhóm khuyết tổn > 50%, có 37,5% BN nuốt thức ăn với mức điểm 5 tại thời điểm 6 tháng và ở thời điểm 12 tháng. Không có BN nào điểm nuốt đạt 6 và 7 điểm ở thời điểm 12 tháng. Kết quả này khá tương đồng với kết quả của Nguyễn Anh Khôi (điểm trung bình là 6,1 sau 1 tháng và 6,8 điểm sau 6 tháng phẫu thuật) [1]. Cũng tính theo thang điểm

tương tự, chức năng nuốt trong nghiên cứu của Song XM đạt được là 3,8-4 điểm ngay sau phẫu thuật và cải thiện lên đến 6,1-6,6 sau một năm [9].

Tính thẩm mỹ sau tái tạo: Nhóm tổn khuyết < 25% có 54,5% BN có kết quả tốt về thẩm mỹ ở các thời điểm kiểm tra. Nhóm tổn khuyết 25-50%, có 46,7% BN có kết quả tốt về thẩm mỹ thời điểm 6 tháng và 53,3% thời điểm 12 tháng. Nhóm tổn khuyết > 50%, có 30% BN có kết quả tốt về thẩm mỹ ở cả 2 thời điểm. Đánh giá tính thẩm mỹ theo phương pháp tạo hình, chúng tôi ghi nhận kết quả: Nhóm khâu khép có 54,5% BN có kết quả tốt về thẩm mỹ thời điểm 6 tháng, thời điểm 12 tháng. Nhóm sử dụng vật vùng có 44,4% kết quả thẩm mỹ tốt thời điểm 6 tháng, 55,6% thời điểm 12 tháng. Nhóm dùng vật tự do, có 37,5% kết quả tốt về thẩm mỹ ở cả 6 và 12 tháng. Kết quả về thẩm mỹ có sự phụ thuộc vào kích thước của khuyết tổn và phương pháp tạo hình. Việc lựa chọn phương pháp tạo hình phù hợp không chỉ đảm bảo về mặt chức năng và còn có ý nghĩa lớn với khía cạnh thẩm mỹ.

Sự sống của vật tạo hình và biến chứng: Không có trường hợp nào bị hoại tử vật hoàn toàn. Biến chứng sớm chỉ gặp ở nhóm bệnh nhân tạo hình bằng các vật, bao gồm ứ máu tĩnh mạch, chảy máu, nhiễm trùng vết mổ, hoại tử rìa vật chiếm tỷ lệ 13,9%. Ứ máu tĩnh mạch gặp ở 2/25 bệnh nhân sử dụng vật tuy nhiên không cần phẫu thuật để xử lý. Chúng tôi chỉ cần tiến hành cắt các mối chỉ khâu trong miệng để giảm căng vết mổ, tình trạng ứ máu tĩnh mạch được cải thiện ngay sau đó. Nghiên cứu của Thankapan trên 48 vật cánh tay ngoài tạo hình lưỡi sau cắt ung thư với kết quả 93,85 vật sống toàn bộ, có 6 bệnh nhân bị tắc mạch cần bơm rửa và khâu nối lại trong đó có 3 vật bị hoại tử hoàn toàn và 1 vật hoại tử 1 phần. Nghiên cứu của Lê Văn Quảng cho kết quả tỷ lệ sống vật đạt 88%, 3 vật hoại tử chiếm 12% [5].

5. Kết luận

Các bệnh nhân có độ tuổi từ 24-84, trung bình 57,06 tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 3/1. Bệnh nhân ung thư lưỡi ở các giai đoạn I, II, III, IV lần lượt là 8,33%, 52,78%, 8,33% và 30,56%. Tổn khuyết lưỡi đơn

thuần chiếm 30,56% còn lại là khuyết phức hợp lưỡi sần miệng, trụ amidan, xương hàm dưới. Phương pháp tái tạo tổn khuyết sau cắt ung thư lưỡi bao gồm khâu đóng trực tiếp (30,56%), tái tạo bằng vật dưới cằm (25%), tái tạo bằng vật tự do (44,4%). Tỷ lệ sống của các vật tạo hình là 100%, có 5 bệnh nhân gặp biến chứng sớm chiếm tỷ lệ 13,8%. Kiểm tra sau 12 tháng, lưỡi di động bình thường chiếm 33,3%; chức năng nói bình thường chiếm 13,8%, chức năng nuốt bình thường chỉ có 2,8%. Tổn khuyết sau cắt bỏ ung thư lưỡi có nhiều mức độ khác nhau. Tùy từng kích thước và thành phần tổn khuyết có những phương pháp tái tạo phù hợp. Kết quả phục hồi chức năng phụ thuộc chủ yếu vào kích thước tổn khuyết ở lưỡi. Khả năng thực hiện các kỹ thuật tái tạo và thói quen của phẫu thuật viên cũng là một yếu tố ảnh hưởng nhiều đến phục hồi các chức năng cho bệnh nhân.

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Anh Khôi (2017) *Nghiên cứu tạo hình khuyết hồng sau phẫu thuật ung thư lưỡi hốc miệng bằng vật da cân cẳng tay quay*. Luận án tiến sĩ, Trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
2. Trần Đức Lợi (2003) *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và các yếu tố tiên lượng ung thư lưỡi*. Tạp chí Y học TPHCM, tr. 200-205.
3. Nguyễn Hữu Phúc (2004) *Ung thư lưỡi: dịch tễ, chẩn đoán, điều trị*. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Nội trú, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, TP. Hồ Chí Minh.
4. Trần Thanh Phương (2012) *Nghiên cứu phẫu thuật và tạo hình trong điều trị ung thư lưỡi*. Luận án Tiến sĩ Y học, Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, TP. Hồ Chí Minh.
5. Lê Văn Quảng và cộng sự (2021) *Đánh giá kết quả tạo hình khuyết hồng khoang miệng bằng vật dưới cằm trong điều trị phẫu thuật ung thư khoang miệng*. Tạp chí Y Học Việt Nam, tập 498, tr. 173- 177.
6. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I et al (2018) *Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries*. CA Cancer J Clin 68(6): 394-424.
7. Zandoni DK, Montero PH, Migliacci JC et al (2019) *Survival outcomes after treatment of cancer of the oral cavity (1985-2015)*. Oral Oncol 90: 115-121.
8. Schantz SP, Harrison LB, Forastiere AA (1997) *Tumor of NASAL cavity and paranasal sinuses, nasopharynx, oral cavity & oropharynx*. Cancer Principles and Practice of Oncology 5th ed: 915-919.
9. Song Xiao-meng, Ye Jin-hai, Yuan Ye et al (2010) *Radial forearm free flap for reconstruction of a large defect after radical ablation of carcinoma of the tongue and floor of the mouth: Some new modifications*. ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec 72(2): 106-112.
10. Hicks LW, North HJ et al (1998) *Surgery as a single modality therapy for squamous cell carcinoma of the oral tongue*. Am. J. Otolaryngol: 24-28.
11. Mosier K, Liu W-C, Behin B, Lee C, Baredes S (2005) *Cortical Adaptation following Partial Glossectomy with Primary Closure: Implications for Reconstruction of the Oral Tongue*. Annal Oto Rhinol Laryngol 114: 681-687.
12. Skoner JM, Hornig J, Day TA (2006) *Reconstruction of partial glossectomy defects*. Oral Cavity Reconstruction, pp. 205-219.
13. Martin D, Pascal JF, Baudet J et al (1993) *The submental island flap: A new donor site. Anatomy and clinical applications as a free or pedicled flap*. Plast Reconstr Surg 92(5): 867-873.
14. Chuanjun C, Zhiyuan Z et al (2002) *Speech after partial glossectomy: A comparison between reconstruction and nonreconstruction Patients*. J Oral Maxillofac Surg 60: 404-407.