

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U HỖN HỢP TUYẾN MANG TAI BẰNG PHẪU THUẬT CẮT TOÀN BỘ TUYẾN VÀ BẢO TỒN DÂY THẦN KINH SỐ VII

BS. NGUYỄN VĂN DÂN, TS. LÊ ĐỨC TUẤN
ThS. HOÀNG GIA BẢO, BSCKII. LƯU XUÂN QUYẾT
Bệnh viện Quân y 103

Phản biện khoa học: PGS.TS. VŨ NGỌC LÂM
Phó Chủ nhiệm Khoa Phẫu thuật hàm mặt và tạo hình,
Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

TÓM TẮT: *Mục tiêu:* Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng u hỗn hợp tuyến mang tai và đánh giá kết quả điều trị bằng phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến nước bọt, bảo tồn dây thần kinh số VII. *Đối tượng và phương pháp:* Nghiên cứu 22 bệnh nhân u hỗn hợp tuyến mang tai, điều trị bằng phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến mang tai và bảo tồn dây thần kinh số VII. *Kết quả:* Tuổi mắc bệnh trung bình là 46,86, tỉ lệ nam/nữ là 1,44/1. Thời gian diễn biến lâm sàng chủ yếu từ 1-5 năm (50%). Kết quả ngay sau phẫu thuật: 2 bệnh nhân liệt ngoại vi dây thần kinh số VII, 1 bệnh nhân tụ máu vết mổ. Kết quả sau 6 tháng: 2 bệnh nhân có hội chứng Frey (9,1%); không có bệnh nhân tái phát u. *Kết luận:* U hỗn hợp tuyến nước bọt mang tai có đặc điểm lâm sàng đa dạng. Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến nước bọt, bảo tồn dây thần kinh số VII có tỉ lệ tái phát thấp, ít biến chứng.

Từ khóa: U hỗn hợp, tuyến nước bọt mang tai.

ABSTRACT: *Objective:* Describe some clinical, subclinical characteristics of mixed tumors of parotid gland and evaluate the results of treatment of parotidectomy and preservation of nerve VII. *Subjects and methods:* Study on the 22 patients with mixed tumors of parotid gland, treated by surgery of all parotidectomy and preservation of the nerve VII. *Results:* The average age of patients was 46.86, the rate male/female was 1.44/1. Duration of the clinical evolution was 1-5 years (50%). The immediate results after surgery: 2 patients with peripheral facial paralysis, 1 patient with hematoma in incised wound. The results after 6 months: 2 patients with Frey syndrome (9.1%); there was no patient with tumors recurrence. *Conclusions:* The mixed tumors of parotid gland had a variety of clinical characteristics. The surgery of all parotidectomy and preservation of the nerve VII with low rate of recurrence, less complications.

Keywords: Mixed tumors, parotid gland.

Chịu trách nhiệm nội dung: TS. Lê Đức Tuấn, Email: drtuan103@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 01/4/2017; mời phản biện khoa học: 10/4/2017; chấp nhận đăng: 15/6/2017.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Trong các bệnh lý tuyến nước bọt mang tai (còn gọi là tuyến mang tai), u hỗn hợp tuyến là loại u hay gặp, chiếm khoảng 50% các u tuyến nước bọt, chiếm 90% u lành tính tuyến mang tai. U hỗn hợp tuyến mang tai là loại u lành tính, tiến triển chậm, dễ tái phát và có thể tiến triển thoái hóa ác tính nếu không được điều trị kịp thời [5]. Phẫu thuật là phương pháp điều trị u hỗn hợp tuyến mang tai duy nhất hiện nay.

Việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật cắt bỏ thùy nông hay cắt toàn bộ tuyến, bảo tồn dây thần kinh số VII (để phòng tái phát) vẫn còn là lựa chọn khó khăn cho nhiều phẫu thuật viên. Tuy nhiên, qua nhiều nghiên cứu, các tác giả thấy mổ lấy u, cắt toàn bộ tuyến, bóc tách dây thần kinh số VII

là kỹ thuật khó, liên quan đến các giải phẫu phức tạp, có nguy cơ gây nên những biến chứng nặng nề [4], [5].

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân u hỗn hợp tuyến mang tai và đánh giá kết quả điều trị bằng phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến, bảo tồn dây thần kinh số VII tại Bệnh viện Quân y 103.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

22 bệnh nhân (BN) u hỗn hợp tuyến mang tai (có kết quả giải phẫu bệnh lý trước và sau mổ), được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến mang tai và bảo tồn dây thần kinh số VII, tại Khoa Phẫu thuật hàm mặt và tạo hình, Bệnh viện Quân y 103.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp hồi cứu và tiền cứu. Trong đó, hồi cứu 16 BN (từ 1/2012-12/2015) và tiền cứu 6 BN (từ 1/2016-10/2017).

- Trình tự nghiên cứu:

+ Thăm khám lâm sàng các BN, chụp cắt lớp vi tính, chọc hút u bằng kim nhỏ và sinh thiết u.

+ Sau khi có chẩn đoán mô bệnh học là u hỗn hợp tuyến mang tai, tiến hành phẫu thuật cắt u, cắt toàn bộ tuyến mang tai và bảo tồn dây thần kinh số VII.

+ Đánh giá kết quả phẫu thuật ngay sau mổ và sau mổ 6 tháng.

- Phương pháp xử lý số liệu: số liệu nghiên cứu được xử lý bằng chương trình SPSS 22.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm chung:

- Giới tính: 13 BN (59,1%) nam, 9 BN (40,9%) nữ.

- Tuổi đời: BN phân bố từ 21-75 tuổi, trung bình là 46,86 tuổi. Trong đó:

+ Từ 18-30 tuổi: 5 BN (22,7%).

+ Từ 31-45 tuổi: 3 BN (13,6%).

+ Trên 45 tuổi: 14 BN (63,7%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng:

3.2.1. Thời gian từ khi xuất hiện khối u đến khi vào viện:

- Dưới 1 năm: 2 BN (9,1%).

- Từ 1-5 năm: 11 BN (50%).

- Từ 5-10 năm: 5 BN (22,7%).

- Trên 10 năm: 4 BN (18,2%).

Thời gian diễn biến lâm sàng chủ yếu khoảng từ 1-5 năm (50%) và trên 5 năm (40,9%).

3.2.2. Đặc điểm về vị trí, kích thước, mật độ u:

- Vị trí: bên trái 12 BN (54,5%); bên phải 10 BN (45,5%).

- Kích thước:

+ Dưới 2 cm: 1 BN (4,5%).

+ Từ 2-4 cm: 19 BN (86,4%).

+ Trên 4 cm: 2 BN (9,1%).

- Mật độ khối u:

+ Chắc: 2 BN (9,1%).

+ Cứng: 20 BN (90,9%).

+ Mềm: 0 BN.

Về vị trí, tỉ lệ u phân bố bên phải và bên trái tương đối đồng đều (54,5% và 45,5%). Về kích thước, nhiều nhất là khối u từ 2-4 cm (86,4%), ít nhất là khối u dưới 2 cm (4,5%). Về mật độ, khối u cứng chiếm 90,9%, chắc chiếm 9,1%.

3.2.3. Đặc điểm hình thái khối u:

- Bề mặt:

+ Nhẵn: 15 BN (68,2%).

+ Gồ ghề: 7 BN (31,8%).

- Ranh giới:

+ Rõ: 16 BN (72,7%).

+ Không rõ: 6 BN (27,3%).

- Di động:

+ Dễ: 17 BN (77,3%).

+ Ít: 5 BN (22,7%).

Đa số khối u có bề mặt nhẵn (68,2%), ranh giới rõ (72,7%) và di động dễ (77,3%).

3.2.4. Giá trị của các phương pháp chẩn đoán cận lâm sàng:

- Siêu âm: 14/22 BN (63,6%).

- Chụp cắt lớp vi tính: 6/8 BN (75%).

- Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNA): 20/22 BN (90,9%).

Các phương pháp đều có giá trị chẩn đoán chính xác khối u hỗn hợp với tỉ lệ tương đối cao, đặc biệt là chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (90,9%).

3.3. Phương pháp phẫu thuật bóc tách dây thần kinh số VII:

- Phẫu thuật bóc tách dây thần kinh số VII từ gốc đến ngọn: 20 BN (90,9%).

- Phẫu thuật bóc tách dây thần kinh số VII ngược dòng: 0 BN (0,0%).

- Kết hợp hai phương pháp phẫu thuật: 2 BN (9,1%).

3.4. Kết quả phẫu thuật:

- Kết quả gần sau phẫu thuật:

+ Liệt nhánh dây VII tạm thời: 2 BN (9,1%).

+ Tụ máu vết mổ: 1 BN (4,5%).

- Kết quả sau phẫu thuật 6 tháng:

+ Hội chứng Frey: 2 (9,1%).

+ Không có BN nào liệt dây thần kinh số VII, không liền vết mổ hay tái phát u.

4. BÀN LUẬN.

- Tỷ lệ BN nam/nữ trong nghiên cứu của chúng tôi là $13/9 = 1,44/1$, cao hơn so với nghiên cứu của Phạm Hoàng Tuấn (nam/nữ là $1/1,69$ [2]) và Đinh Văn Trực (nam/nữ là $1/1,28$ [1]), song khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

- BN ở nhiều lứa tuổi, trung bình 46,86 tuổi, hay gặp trên 45 tuổi (63,7%). Theo nghiên cứu của Đinh Văn Trực, tuổi trung bình 49,7 tuổi, hay gặp trên 40 tuổi (78,2%) [1]. Theo Đinh Xuân Thành, tuổi trung bình 49 tuổi, hay gặp 45-60 tuổi [3]. Như vậy, độ tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối phù hợp với các nghiên cứu trên.

- Thời gian diễn biến lâm sàng chủ yếu khoảng từ 1-5 năm (50%). Kết quả nghiên cứu này phù hợp với nghiên cứu của Phạm Hoàng Tuấn, thời gian diễn biến lâm sàng từ 1-5 năm (62,86%) [2]. U tuyến mang tai, dù ác tính cũng tiến triển chậm, bệnh tại chỗ là chính, do hoàn cảnh và thói quen ngại đi khám bệnh, nên đa số BN đi khám khi triệu chứng lâm sàng rõ ràng và u gây biến dạng cổ-mặt.

- Tỷ lệ u phân bố bên phải và bên trái tương đương (45,5%, 54,5%). Theo nghiên cứu Phạm Hoàng Tuấn, tỷ lệ u phân bố bên phải 68,57% và bên trái 31,43% [2]. Đa số khối u kích thước 2-4 cm (86,4%). Theo nghiên cứu của Phạm Hoàng Tuấn kích thước khối u 2-4 cm chiếm 65,71% [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kích thước khối u 2-4 cm có tỷ lệ gặp cao hơn, điều này có thể do BN thường đi khám khi u đã to, gây ra biến dạng vùng cổ-mặt.

- Các triệu chứng lâm sàng khác, đa số là khối u có mật độ cứng (90,9%), ranh giới rõ (72,7%), di động dễ (77,3%). Các đặc điểm lâm sàng này đều đã được đề cập rất nhiều trong các tài liệu liên quan.

- So sánh sự phù hợp giữa chẩn đoán cận lâm sàng và giải phẫu bệnh lý: tỷ lệ phù hợp của siêu âm là 63,6%, cắt lớp vi tính là 75%, chọc hút tế bào bằng kim nhỏ là 90,9%. Như vậy, các phương pháp cận lâm sàng đều có giá trị chẩn đoán khối u, tuy nhiên, chọc hút tế bào bằng kim nhỏ cho kết quả cao hơn.

- Phương pháp phẫu thuật: 90,9% BN được phẫu thuật bóc tách dây thần kinh số VII từ gốc đến ngọn, 9,1 BN phẫu thuật bóc tách dây thần kinh số VII từ gốc đến ngọn kết hợp bóc tách ngược dòng.

- Đánh giá kết quả ngay sau mổ: 2 BN (9,1%) có biểu hiện liệt ngoại vi dây thần kinh số VII. Đây là những trường hợp khối u kích thước lớn 5 cm, dính vào tổ chức xung quanh, trong phẫu thuật không tránh khỏi đụng dập các nhánh của dây thần kinh (sau mổ BN được chống phù nề tích cực, đồng thời dùng các thuốc điều trị nội khoa; hẹn sau 6 tháng

đến kiểm tra lại). 1 BN (4,54%) tụ máu vết mổ (BN có tiền sử tăng huyết áp), ngay sau mổ huyết áp tăng, các điểm chảy máu đã được cầm máu trong mổ trở lại (BN đã tiến hành mổ vết mổ, kiểm soát chảy máu, đồng thời kiểm soát huyết áp, sau mổ lại BN ổn định, không có biểu hiện chảy máu, tụ máu). Theo nghiên cứu của Phạm Hoàng Tuấn, tỷ lệ liệt ngoại vi dây thần kinh số VII là 26,47%; tỷ lệ tụ máu vết mổ sau mổ là 5,88% [2].

- Kết quả điều trị sau 6 tháng: 2 BN có hội chứng Frey (9,1%) và kéo dài quá 3 năm. Theo Lehmann, tỷ lệ này thay đổi trong khoảng 5-80% [4]. Phạm Hoàng Tuấn thấy 14,71% BN có hội chứng Frey từ sau phẫu thuật đến 2 năm. Để đánh giá tình trạng tái phát và diễn biến của hội chứng Frey, cần tiếp tục theo dõi lâu dài, khám lại BN sau 5 năm, vì theo nghiên cứu của các tác giả trên thế giới, tỷ lệ tái phát lần đầu thường nằm trong khoảng 5-10 năm. Trong số BN của chúng tôi mới chỉ theo dõi được thời gian xa nhất là 3 năm.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 22 BN u hỗn hợp tuyến mang tai, chẩn đoán và điều trị tại Khoa Phẫu thuật hàm mặt và tạo hình, Bệnh viện Quân y 103 chúng tôi nhận thấy:

- U hỗn hợp tuyến mang tai có đặc điểm lâm sàng đa dạng. Việc thăm khám chính xác các dấu hiệu lâm sàng có ý nghĩa sàng lọc chẩn đoán và tiên lượng phẫu thuật. Các phương pháp chẩn đoán cận lâm sàng đều có giá trị chẩn đoán khối u hỗn hợp với tỷ lệ tương đối cao.

- Phương pháp cắt toàn bộ tuyến mang tai, bảo tồn dây thần kinh số VII cho tỷ lệ tái phát thấp, ít biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Đinh Văn Trực (2013), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả phẫu thuật u hỗn hợp tuyến nước bọt mang tai tại Bệnh viện Thanh Nhàn", *Tạp chí Y học thực hành*, tập 1, trang 56-59.
2. Phạm Hoàng Tuấn (2007), *Nghiên cứu lâm sàng, X quang, giải phẫu bệnh trong chẩn đoán và điều trị u hỗn hợp tuyến nước bọt mang tai*, Luận án tiến sĩ, Trường Đại học Răng Hàm Mặt, Hà Nội.
3. Đinh Xuân Thành (2013), *Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật u tuyến nước bọt mang tai*, Luận án tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội.
4. Lehmann W(1999), "Parotidectomy complication", *Universite de geneve*, pp. 100-24.
5. M Quiriny, C Dekeyser, M Moreau(2017), "Benign tumors of the parotid gland: a retrospective study of 339 patients". *Acta Chir Belg*, 117(4), pp. 227-231. □