

PHỤC HỒI KHUYẾT HỔNG VÙNG MIỆNG SAU CẮT UNG THƯ BẰNG VẬT CƠ THÁI DƯƠNG: BÁO CÁO 2 CA LÂM SÀNG

Nguyễn Hồng Lợi^{1*}, Trần Xuân Phú¹, Nguyễn Văn Minh²

DOI: 10.38103/jcmhch.2021.67.3

TÓM TẮT

Hai bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gai niêm mạc miệng. Một bệnh nhân ở niêm mạc vòm miệng cứng xâm lấn xương hàm trên bên phải, một bệnh nhân ở niêm mạc tam giác hậu hàm dưới trái. Sau phẫu thuật cắt khối u, vùng khuyết hồng được tái tạo bằng vật cân cơ thái dương. Báo cáo đánh giá ưu điểm (chức năng, thẩm mỹ) và biến chứng của sử dụng vật cân cơ thái dương trong phục hồi các khuyết hồng vùng miệng và xương hàm trên ngay sau cắt ung thư.

Từ khóa: Ung thư biểu mô miệng, Phẫu thuật tái tạo, Vật cân cơ thái dương

ABSTRACT

TEMPORALIS MUSCLE FLAP FOR IMMEDIATE RECONSTRUCTION OF ORAL DEFECT AFTER ONCOLOGIC RESECTION: A 2 CASE REPORT

Nguyen Hong Loi^{1*}, Tran Xuan Phu¹, Nguyen Van Minh²

Two patients were diagnosed with oral mucosal squamous cell carcinoma. One patient in the hard palate mucosa invades the right maxillary bone, one patient with left lower jaw triangular mucosa. After surgery to remove the tumor, the defects were reconstructed by the temporalis muscle flap. This two cases report evaluated the advantages and complications (functional, aesthetic outcomes) associated with immediate reconstruction of oral and maxillary defect after oncologic resection.

Keywords: SCC of oral cancer, Orofacial reconstruction, Temporalis muscle flap.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư là một trong những nguyên nhân chính gây tử vong, tỷ lệ mắc ung thư có chiều hướng tăng lên cả về số lượng và đa dạng về mặt bệnh. Ung thư biểu mô (UTBM) khoang miệng là một trong tám loại ung thư phổ biến nhất, là bệnh phát sinh do sự biến đổi ác tính niêm mạc phủ toàn bộ khoang

miệng. Trong đó ung thư biểu mô tế bào gai là loại ung thư hay gặp nhất [6], [7].

Khuyết hồng vùng miệng sau phẫu thuật cắt ung thư, đặc biệt là hàm trên là một vấn đề phức tạp trong phẫu thuật tái tạo. Do có cấu trúc giải phẫu đặc biệt, liên quan nhiều đến chức năng như nói, ăn nhai, nuốt, nâng đỡ ổ mắt và thẩm mỹ. Có nhiều kỹ

1 Trung tâm Răng Hàm Mặt, BV Trung ương Huế
2 Khoa Răng Hàm Mặt, ĐHYD, Đại học Huế

- Ngày nhận bài (Received): 15/12/2020; Ngày phản biện (Revised): 09/01/2021;
- Ngày đăng bài (Accepted): 25/02/2021.
- Người phản hồi (Corresponding author): Nguyễn Hồng Lợi
- Email: drloivietnam@yahoo.com.vn; SĐT: 0913498549

thuật để tái tạo lại khuyết hồng như vật tại chỗ, vật lân cận hay vật vi phẫu. Trong đó, vật cân cơ thái dương là vật lân cận thường được sử dụng trong tái tạo các khuyết hồng vùng miệng, đặc biệt sau cắt ung thư xương hàm trên và vùng tam giác hậu hàm [3],[4], [10].

II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

2.1. Ca lâm sàng 1: ung thư niêm mạc vùng tam giác hậu hàm trái

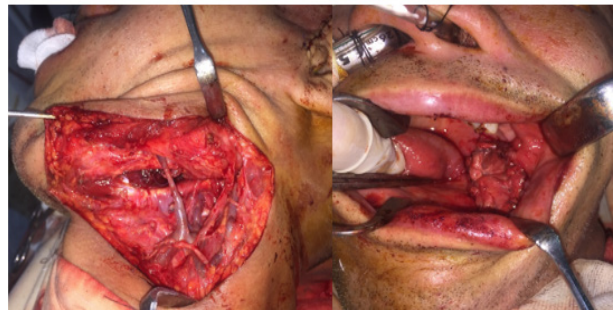
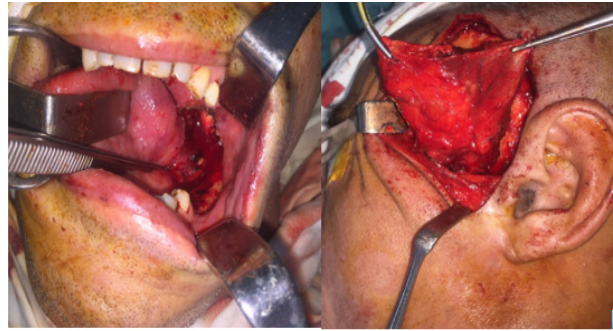
Bệnh nhân nam, 56 tuổi, đến khám vì có tổn thương loét ở tam giác hậu hàm bên trái. Tổn thương xuất hiện khoảng 2 tháng, ảnh hưởng đến ăn uống của bệnh nhân. Khám tổn thương loét niêm mạc đường kính 2x2cm, dễ chảy máu khi thăm khám. Khám hạch chưa phát hiện có hạch vùng cổ. Xét nghiệm cận lâm sàng mô bệnh học cho kết quả carcinoma tế bào gai, biệt hóa tốt. CT Scanner vùng đầu cổ cho kết quả tổn thương chưa xâm lấn xương hàm dưới, có vài hạch vùng cổ kích thước 1,5cm (chưa rõ bản chất).

Chẩn đoán lâm sàng: carcinoma tế bào gai vùng tam giác hậu hàm trái, T2N0M0



Hình 2.1: Ung thư niêm mạc miệng vùng tam giác hậu hàm trái

Điều trị: Cắt rộng tổn thương ung thư, tái tạo khuyết hồng bằng vật cân cơ thái dương. Nạo vét hạch cổ chọn lọc nhóm I, II, III.



Hình 2.2: Quá trình phẫu thuật cắt ung thư, nạo vét hạch và tái tạo bằng vật cân cơ thái dương

2.2. Case lâm sàng 2: ung thư niêm mạc vòm miệng cứng xâm lấn xương hàm trên phải

Bệnh nhân nữ, 61 tuổi, đến khám vì có tổn thương loét ở niêm mạc vòm miệng cứng phải. Tổn thương xuất hiện khoảng 4 tháng, thỉnh thoảng chảy máu tự cầm. Khám tổn thương loét niêm mạc đường kính 3x2cm. Khám chưa phát hiện có hạch vùng cổ. Xét nghiệm cận lâm sàng tế bào học cho kết quả carcinoma tế bào gai, biệt hóa tốt. CT Scanner vùng đầu cổ cho kết quả tổn thương xâm lấn xương hàm trên.

Chẩn đoán lâm sàng: carcinoma tế bào gai vòm miệng cứng xâm lấn xương hàm trên phải, T4aN0M0



Hình 2.3: Ung thư niêm mạc vòm miệng cứng xâm lấn xương hàm trên phải

Bệnh viện Trung ương Huế

Điều trị: Cắt niêm mạc và xương hàm trên phải, tái tạo khuyết hồng bằng vạt cân cơ thái dương.

Phân loại khuyết hồng XHT theo Brown (2000) có 4 loại: phân loại khuyết hồng theo chiều đứng XHT

Loại 1: Khuyết hồng XHT chưa ảnh hưởng xoang hàm

Loại 2: Khuyết hồng phần thấp XHT chưa ảnh hưởng sàn ổ mắt

Loại 3: Khuyết hồng phần cao XHT ảnh hưởng sàn ổ mắt

Loại 4: Khuyết hồng toàn bộ đến khớp XHT trên ổ mắt

Phân loại khuyết hồng XHT theo chiều ngang: được ký hiệu bằng chữ

(a): Khuyết hồng do cắt bỏ một bên XHT

(b): Khuyết hồng do cắt bỏ hai bên XHT

(c): Khuyết hồng do cắt bỏ toàn bộ XHT

Loại 2-4 theo chiều đứng của Brown, được thêm vào khuyết hồng theo chiều ngang [1].

Bệnh nhân sau cắt xương hàm trên bên phải của chúng tôi được xếp vào loại khuyết hồng 2a



Hình 2.4: Cắt xương hàm trên phải, tái tạo bằng vạt cân cơ thái dương

III. BÀN LUẬN

Phương pháp tái tạo sau cắt ung thư vùng miệng dựa vào nhiều yếu tố, phụ thuộc vào vùng tổn thương và điều kiện bệnh nhân. Có nhiều kỹ thuật để tạo hình lại khuyết hồng xương hàm trên dựa trên kích thước khuyết hồng.

Sử dụng máng bịt (Obturator) phục hồi khuyết hồng là giải pháp đơn giản. Tuy nhiên, có nhiều nhược điểm như dễ nhiễm trùng do khó vệ sinh; máng bịt không khít sát làm hàm giả khó vững ổn

Sử dụng vạt tự do vi phẫu không phải thuận lợi cho tất cả các bệnh nhân có khuyết hồng hàm trên, đặc biệt là bệnh nhân ung thư. Sau phẫu thuật, bệnh nhân có thể phải điều trị hỗ trợ bằng tia xạ do vậy có nguy cơ ảnh hưởng đến nuôi dưỡng cuống mạch làm thất bại vạt [1]

Vạt cân cơ thái dương là một lựa chọn tốt, đáng tin cậy cho tái tạo khuyết hồng vùng miệng và XHT vì nhiều lý do: vị trí cho và vùng khuyết hồng nằm trên cùng phẫu trường, do đó tránh được các phẫu thuật để chuyển vạt từ nơi khác đến; vùng cho đủ tổ chức để phục hồi khuyết hồng; vạt có nguồn mạch máu nuôi dưỡng tốt; kết quả về chức năng chấp nhận được; có thể sử dụng 2 vạt 2 bên thái dương và quan trọng là ít gây biến chứng về vạt, ít tổn thương vùng cho sau phẫu thuật [8]

Trong hai trường hợp bệnh nhân của chúng tôi, sau 4 tháng phẫu thuật bệnh nhân phục hồi tốt về chức năng. Bệnh nhân há miệng 3cm, không bị ảnh hưởng về phát âm, ăn uống, nuốt, chức năng về mắt. Để tránh ảnh hưởng về chức năng, đặc biệt là mức độ há miệng, các phẫu thuật viên thường có chỉ định cắt mồm vệt trong quá trình phẫu thuật giúp bệnh nhân há miệng tốt hơn sau phẫu thuật. Trong 2 bệnh nhân của chúng tôi, bệnh nhân có cắt mồm vệt ở bệnh nhân cắt xương hàm trên.

Sau 2 tháng, vạt cơ thái dương được biểu mô hóa hoàn toàn. Màu sắc và độ săn chắc gần giống như niêm mạc miệng. Đa số các phẫu thuật viên đều đồng ý rằng, phẫu thuật tái tạo các khuyết hồng nên được tiến hành ngay sau cắt bỏ các khối ung thư. Các nghiên cứu cho kết luận rằng, hầu hết bệnh

Phục hồi khuyết hồng vùng miệng sau cắt ung thư...

nhân phục hồi hoàn toàn sau 2 tháng phẫu thuật. Bệnh nhân hài lòng về thẩm mỹ, phát âm, nuốt và ăn nhai. Nghiên cứu của Hanasono nhấn mạnh kết quả tốt về chức năng nuốt, phát âm và thẩm mỹ. Ở trong miệng, vật TMF sẽ biểu mô hóa sau 4-6 tuần. Sau 3 tháng, màu sắc và độ săn chắc của vật giống như niêm mạc miệng [1], [5].

Về mặt thẩm mỹ, cả hai bệnh nhân đều bị lõm ở hố thái dương. Bệnh nhân cắt xương hàm trên bên phải bị mất cân đối khuôn mặt do mất phần xương nâng đỡ. Để khắc phục vấn đề này, chúng tôi sẽ làm phục hình để cải thiện về thẩm mỹ và phục hồi chức năng ăn nhai cho bệnh nhân.



Hình 3.1: Vật cân cơ thái dương được biểu mô hóa hòa toàn sau 2 tháng

Về các biến chứng sớm có thể gặp sau khi mổ như tụ máu, nhiễm trùng ở hố thái dương sau khi chuyển vật, hoại tử một phần hay toàn bộ vật. Y văn thống kê rằng, hoại tử một phần vật chiếm 13%, 19% có tổn thương làm liệt nhánh thái dương của thần kinh 7 [1], [8].

Trong 2 ca của chúng tôi, bệnh nhân sử dụng vật để che phủ khuyết hồng ở vùng tam giác hậu hàm bị nhiễm trùng hố thái dương do nhiễm trùng ngược dòng từ khoang miệng lên. Trường hợp này chúng tôi điều trị nội khoa, dẫn lưu mủ từ vùng hố thái dương, khâu kín lại lỗ thông từ miệng. Sau 2 tuần, bệnh ổn định, hết nhiễm trùng. Vật vẫn sống, không bị hoại tử.

Ảnh hưởng lâu dài đối với lấy vật cân cơ thái dương là hố thái dương bị lõm làm ảnh hưởng đến thẩm mỹ. Một số tác giả sử dụng silicon để độn

vào sau phẫu thuật. Tuy nhiên, một số tác giả nhận thấy kỹ thuật này có thể gây nhiễm trùng. Vùng thái dương có tóc che phủ nên có thể để tóc dài để khắc phục nhược điểm này.

Nghiên cứu của Rapidis kết luận rằng, nguy cơ cao teo một phần vật khi khuyết hồng của xương hàm trên lớn hơn 4cm x 4cm x 3cm. Một vài tác giả có kinh nghiệm cho rằng, vật cân cơ thái dương có thể che phủ khuyết hồng không quá 6cm x 4cm. Ở bệnh nhân dùng vật cân cơ thái dương che phủ khuyết hồng XHT của chúng tôi, diện tích vùng khuyết hồng 3x3x2cm. Kết quả sau tái tạo 4 tháng, chưa thấy có hiện tượng teo vật [1], [2].

Mục đích chính của bất kỳ phẫu thuật tái tạo nào là phục hồi về chức năng và hình dạng ban đầu tối đa. Nhược điểm chính của sử dụng vật cân cơ thái dương để tái tạo sau cắt xương hàm trên là không phục hồi được phần xương hàm. Ở bệnh nhân cắt xương hàm trên bên phải, do mất toàn bộ xương hàm trên (loại 2(a)) làm mất nâng đỡ môi trên phải, ảnh hưởng thẩm mỹ. Do vậy, cần có kế hoạch phục hình để phục hồi lại chức năng ăn nhai và thẩm mỹ cho bệnh nhân.



Hình 3.2: Ảnh hưởng thẩm mỹ sau sử dụng vật cân cơ thái dương

IV. KẾT LUẬN

Vật cân cơ thái dương sử dụng trong phục hồi các khuyết hồng sau cắt ung thư khoang miệng có tính an toàn và đáng tin cậy. Kết quả về phục hồi chức năng, thẩm mỹ tốt và ít gây tổn thương; chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật được bệnh nhân chấp nhận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Ahmed Djae K, Li Z. (2011), "Temporalis muscle flap for immediate reconstruction of maxillary defects: Review of 39 cases", *Int J Oral Maxillofacial Surg*, 40, pp.715-721.
2. Browne D.J, Butler S, Rees C. (2011), "Functional Outcomes and Suitability of the Temporalis Myofascial Flap for Palatal and Maxillary Reconstruction After Oncologic Resection", *Laryngoscope*, 121, pp.1149-1159.
3. Clauser L, Curioni C, Spanio S. (1995), "The use of Temporalis muscle flap in facial and craniofacial reconstructive surgery. A review of 182 cases", *J Cranio Maxillo-Facial Surg*, 23, pp.203-214.
4. Dallan I, Lenzi R, Sellari-Franceschini S et al (2009), "Temporalis myofascial flap in maxillary reconstruction: anatomical study and clinical application", *Journal of Cranio-Maxillofacial Surg*, 37, pp.96-101.
5. Feller L. and Lemmer J. (2012), "Oral squamous cell carcinoma: Epidemiology, Clinical presentation and Treatment", *Journal of Cancer Therapy*, 3, pp. 263-268.
6. Hassanein G. Ahmed (2017), "Continuous Validity of Temporalis Muscle Flap in Reconstruction of Postablative Palatomaxillary Defects", *The Journal of Craniofacial Surg*, 28(2), pp.130-137.
7. Krymanski G, Dabrowski J, PrZybysz J et al. (2012), "Temporalis muscle flap in reconstruction of maxillo-facial tissues", *Wspolczesna Onkol*, 16(3), pp.244-249.
8. Pires F.R., Ramos A.B., Oliveira J.B., et al. (2013), "Oral squamous cell carcinoma: clinicopathological features from 346 cases from a single Oral Pathology service during an 8-year period", *Journal of Applied Oral Science*, 21 (5), pp. 460-467.
9. Siegel R.L., Miller K.D. and Jemal A. (2015), "Cancer statistics, 2015", *CA: a cancer journal for clinicians*, 65 (1), pp. 5-29.
10. Stifano S Spilimbergo, Paolo Nordera et al (2017), "Pedicled Temporalis Muscle Flap for Craniofacial Reconstruction: A 35-Year Clinical Experience with 366 Flaps", *Plast Reconstr Surg*, 139(2), pp.468-476.
11. Wang Y, Cheng J, Yuan C et al. (2013), "Reconstruction of palatomaxillary defects following cancer ablation with Temporalis muscle flap in medically compromised patients: a 15-year single institutional experience", *Clin Oral Invest*, DOI 10.1007/s00784-013-1135-8.