

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, KẾT QUẢ PHẪU THUẬT U HỖN HỢP TUYẾN MANG TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

ĐINH VĂN TRỰC - Bệnh viện Thanh Nhàn

TÓM TẮT

Nghiên cứu tiến cứu 48 trường hợp được chẩn đoán và phẫu thuật u hỗn hợp tuyến mang tai tại Đơn nguyên ung bướu bệnh viện Thanh Nhàn từ 2007 - 2011 chúng tôi ghi nhận như sau: Tuổi trung bình là 49 ± 10 ; tỷ lệ nam/ nữ là 1,28; thời gian mắc bệnh trung bình 20,6 tháng; khối u vùng trước tai là lý do chính khiến bệnh nhân nhập viện 83,3%; vị trí u bên phải và bên trái là ngang nhau; đa số gặp u ở thùy nông tuyến (83,2%); phần lớn u có đường kính $\leq 4\text{cm}$

(87,5%). Việc chẩn đoán dựa vào lâm sàng, siêu âm, chụp CT và MRI; xác chẩn trước mổ dựa vào sinh thiết kim nhỏ (FNA). Đa phần là phẫu thuật cắt thùy nông khá dễ dàng; một số trường hợp được phẫu thuật cắt cả hai thùy, bảo tồn dây thần kinh VII, một số ít trường hợp u lớn phải tạo hình chống khuyết lớn sau thì lấy u. Kết quả điều trị phẫu thuật: tốt 93,7%, trung bình 6,3%, không có tai biến phẫu thuật.

Từ khóa: hỗn hợp tuyến mang tai

SUMMARY

Prospective study of 48 cases diagnosed and surgery therapy of mixed parotid tumor in Oncology Unit of Thanh Nhan Hospital from 2007 - 2011 we recorded as follows: mean age was 49 ± 10 ; rating of men/female 1.28; average disease duration 20.6 months; tumors that located at anterior of the ear were the main reason for hospitalized patients 83.3%; tumor on the right and left side were equal; most tumors were in superficial lobe (83.2%); most tumor diameter were 4 cm or less (87.5%). The diagnosis is based on clinical, ultrasound, CT and MRI; diagnosis before surgery based on fine needle aspiration (FNA). Mostly tumor in the superficial lobe have operated quite easy; some cases got surgical removal of both lobes, preserved nerves VII, some cases with large tumors had reconstruction to fill up major defects after tumorectomy. Results of surgical treatment: good 93.7%, average 6.3%, with no surgical complications.

Keywords: mixed parotid tumor

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý tuyến nước bọt mang tai đã được biết đến từ thời Hypocrate (năm 460 trước Công nguyên) song mãi tới năm 1640 sau Công nguyên, Riolan mới mô tả cấu trúc tuyến. Năm 1783, Eustache tìm ra được đường đi của dây VII trong tuyến mang tai.

Phẫu thuật tuyến mang tai được bắt đầu từ giữa thế kỷ 17. Năm 1765, Heister, một tác giả người Luxembourg đã mô tả phương pháp lấy bỏ nhân khối u. Pierre Duval năm 1908 lần đầu tiên mô tả phương pháp bảo tồn dây VII. Từ 1934 Redon đề xuất và tới năm 1938, Redon và Padovni mới mô tả chi tiết kỹ thuật cắt bỏ toàn bộ tuyến nước bọt mang tai có bảo tồn dây thần kinh VII.

Thời gian gần đây các tác giả trên thế giới đã đi sâu nghiên cứu và đưa ra nhiều nhấn mạnh trong phẫu thuật u hỗn hợp tuyến mang tai: Ngoài vấn đề bảo tồn thần kinh mặt, tránh tái phát còn bảo tồn thần kinh tai thái dương, tránh hội chứng Fray khi cắt toàn bộ tuyến mang tai.

Trong nước đã có một số tác giả với một số nghiên cứu về phẫu thuật u hỗn hợp tuyến mang tai. Tác giả Nguyễn Hữu Phúc và cộng sự tại bệnh viện Ung bướu thành phố Hồ Chí Minh với nghiên cứu về vai trò của cắt thùy nông trong điều trị bướu hỗn hợp tuyến mang tai (2008). Trần Văn Thiệp và cộng sự với nghiên cứu bảo tồn thần kinh tai lớn trong phẫu thuật tuyến mang tai tại Bệnh viện Ung bướu thành phố Hồ Chí Minh (2008). Cũng một nghiên cứu của Trần Văn Thiệp và cộng sự về vai trò của tái tạo khuyết hồng sau cắt tuyến mang tai (2007) với mục đích thẩm mỹ và chống hội chứng Frey.

Tại miền Bắc cho đến nay chưa có công trình nào công bố về phẫu thuật u hỗn hợp tuyến mang tai, tại bệnh viện Thanh Nhân cũng chưa có bất kỳ một tổng kết đánh giá nào về vấn đề này. Chính vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài: "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả phẫu thuật u hỗn hợp tuyến mang tai tại bệnh viện Thanh Nhân" nhằm mục tiêu sau:

1. Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh lý u hỗn hợp tuyến mang tai tại Bệnh viện Thanh Nhân.

2. Các phương pháp phẫu thuật áp dụng cho bệnh u hỗn hợp tuyến mang tai tại bệnh viện Thanh Nhân và kết quả đạt được với từng loại phẫu thuật.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các trường hợp được chẩn đoán tế bào u hỗn hợp tuyến mang tai được phẫu thuật tại Bệnh viện Thanh Nhân từ 09/2007 đến 05/2011.

- Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán u hỗn hợp tuyến mang tai, được phẫu thuật: cắt thùy nông, cắt gần toàn bộ, cắt toàn bộ tuyến mang tai tại bệnh viện Thanh Nhân.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Những bệnh nhân không được phẫu thuật. Những trường hợp không phải u hỗn hợp tuyến mang tai (các ung thư tuyến mang tai, u Warthin, u viêm tuyến mãn tính, các loại u tuyến mang tai khác).

2. Phương pháp nghiên cứu và các chỉ tiêu nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Sử dụng mô tả nghiên cứu tiền cứu có can thiệp, mô tả cắt ngang, không đối chứng.

Cỡ mẫu tính theo công thức:

$$n = Z_{1-\alpha/2} \frac{p x q x F}{D^2}$$

Từ công thức $\Rightarrow n = 33,44$. Như vậy phải nghiên cứu ít nhất 34 bệnh nhân để có độ chính xác > 95%.

Trình tự nghiên cứu:

Những bệnh nhân u tuyến mang tai được sinh thiết hoặc chọc hút kim nhỏ (FNA) là u hỗn hợp tuyến mang tai được tiến hành thu thập thông tin bằng bộ câu hỏi thông qua bệnh án mẫu, thăm khám trực tiếp bệnh nhân, siêu âm, chụp CT hoặc MRI đánh giá sự xâm lấn của khối u...; các phương pháp phẫu thuật, các biến chứng trong và sau phẫu thuật, đánh giá kết quả phẫu thuật.

Đánh giá kết quả ngay sau phẫu thuật:

- Kết quả tốt: Không có biến chứng chảy máu, không có tổn thương dây VII hoặc nhánh dây VII; không có biến chứng nhiễm trùng vết mổ; không rò tuyến nước bọt sau mổ.

- Kết quả trung bình: Nhiễm trùng vết mổ; rò tuyến nước bọt, tự khỏi sau khi ép vết mổ vài tuần; liệt dây VII hoặc nhánh dây VII tạm thời phục hồi sau vài tuần đến một tháng.

- Kết quả xấu: Rò tuyến nước bọt phải mổ lại; liệt dây VI không phục hồi phải phẫu thuật ghép thần kinh tự thân; nhiễm trùng nặng vết mổ.

Đánh giá kết quả sau phẫu thuật:

Sau phẫu thuật hàng tháng khám lại bệnh nhân, theo dõi mỗi tháng một lần x 03 tháng. Sau đó thăm khám lại bệnh nhân định kỳ mỗi 03 tháng. Nghiên cứu thời gian tái phát theo phương pháp ước lượng thời gian theo sự kiện Kaplan - Meier, kiểm định sự khác biệt bằng test Log - Rank.

- Kết quả tốt: Không tái phát sau 5 năm.
- Kết quả trung bình: U tái phát sau 6 tháng.
- Kết quả xấu: U tái phát trong vòng 6 tháng.

3. Xử lý số liệu

Số liệu đã mã hóa theo bộ câu hỏi lập từ bệnh án nghiên cứu mẫu, được nhập vào máy vi tính theo phần mềm SPSS 16.0.

So sánh các đại lượng bằng Test χ^2 , các so sánh có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Tuổi

Tuổi mắc bệnh cao nhất: 82; Tuổi mắc bệnh thấp nhất: 15; Tuổi mắc bệnh trung bình: 49,7. Bệnh hay gặp ở khoảng tuổi > 40 (78,2%).

2. Giới: Bệnh mắc cả 2 giới nam/nữ = 1,28.

3. Thời gian mắc bệnh

- Thời gian mắc bệnh sớm nhất 3 tháng.
- Thời gian mắc bệnh muộn nhất 42 tháng.
- Thời gian trung bình 20,6 tháng.

4. Lý do vào viện

Khối u vùng trước tai là lý do chính khiến bệnh nhân đến viện chiếm 83,3%.

5. Vị trí khối u

Bảng 1. Vị trí khối u

Vị trí u	Số bệnh nhân	%
Tuyến bên phải	25	52,1
Tuyến bên trái	23	47,9
Tổng	48	100

Nhận xét: Tỷ lệ mắc bên phải và bên trái tuyến là ngang nhau (52,1% và 47,9%).

6. Vị trí khối u tại tuyến

Đa số gặp u ở thùy nông tuyến (83,2%), thùy sâu gặp ít (12,5%), u có ở cả hai thùy nông và sâu hiếm gặp (4,3%).

7. Kích thước khối u

Đa số trường hợp u có kích thước $\leq 4\text{cm}$ (87,5%).

Hiếm gặp $U > 5\text{cm}$ (4,2%)

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

Bảng 2. Sự phù hợp chẩn đoán của các phương pháp

Phương pháp chẩn đoán	Số bệnh nhân chẩn đoán đúng	%
Siêu âm	43/48	89,6
Chụp CT	14/15	93,3
MRI	2/2	100
FNA	46/48	95,8

Nhận xét: Các phương pháp đều cho giá trị chẩn đoán đúng u hỗn hợp lành tính với độ chính xác khá cao.

9. Kết quả điều trị phẫu thuật

Các phương pháp phẫu thuật đã được thực hiện

Bảng 3. Kết quả các phương pháp phẫu thuật

Phương pháp	Số bệnh nhân	%
Cắt thùy nông	36	75,0
Cắt cả 2 thùy bảo tồn dây VII	08	16,7
Cắt khối u lớn, tạo hình chống khuyết lớn	04	8,3
Tổng	48	100

Nhận xét: Đa số được phẫu thuật cắt thùy nông (75,0%)

Thời gian phẫu thuật

- Đa số phẫu thuật thực hiện < 60 phút (75,0%).
- Số ca phải kéo dài cuộc mổ > 90 phút chiếm tỷ lệ thấp (10,4%).

Phương pháp vô cảm

Số bệnh nhân được phẫu thuật bằng vô cảm: Tiền mê + Mê tại chỗ: 30/48 (62,5%), Mê nội khí quản: 18/48 (37,5%).

Đánh giá chung kết quả phẫu thuật gần

- Bệnh nhân mất máu > 50ml: 0
- Bệnh nhân nhiễm trùng sau mổ: 0
- Bệnh nhân có khuyết lớn sau lấy u (tạo hình sau thì lấy u không đạt kết quả tốt): 0
- Bệnh nhân có liệt VII tạm thời do phù nề vết mổ, khỏi ngay trong thời gian hậu phẫu ≤ 10 ngày: 02

Kết quả điều trị phẫu thuật xa

- Bệnh nhân sau mổ được theo dõi lâu nhất > 60 tháng.
- Bệnh nhân sau mổ được theo dõi gần nhất tính đến thời điểm tổng kết: > 6 tháng.
- Số bệnh nhân tái phát sau 36 tháng: 01, hiện u còn nhỏ, đường kính u trên siêu âm < 1cm, đang được tiếp tục theo dõi (chiếm 2,1%).

BÀN LUẬN

1. Một số đặc điểm bệnh lý u hỗn hợp tuyến mang tai

- Về tuổi: Kết quả cho thấy tuổi trung bình mắc bệnh là 49,7, độ tuổi gặp nhiều nhất là > 40 tuổi (78,2%). Tuy vậy vẫn có bệnh nhân ở độ tuổi 15 - 17. Bệnh nhân cao tuổi nhất 82 tuổi, tuy là bệnh lành tính vẫn được phẫu thuật giải phóng chèn ép, chứng tỏ người cao tuổi rất cần được quan tâm nâng cao chất lượng cuộc sống, đồng thời cũng khẳng định tính an toàn của phẫu thuật này sau gần cả thế kỷ được các thế hệ phẫu thuật viên không ngừng hoàn thiện.

- Về giới: Tỷ lệ nam/nữ ở nghiên cứu này là 1,28, nam nhiều hơn nữ. Có phần khác với đa số báo cáo là nữ nhiều hơn nam.

- Thời gian mắc bệnh: Thời gian mắc bệnh trung bình là 20,6 tháng, so với nhiều báo cáo mà chúng tôi được biết có phần thấp hơn (theo các tác giả trong và ngoài nước thấp nhất đều trên 21 tháng, có tác giả công bố thời gian này là trên 30 tháng. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3 bệnh nhân 15 - 17 tuổi vào viện với thời gian mắc mới chỉ 3 tháng, chứng tỏ nhận thức về bệnh khối u của nhân dân đã có xu hướng tiến bộ.

- Vị trí khối u ở tuyến bên phải hoặc trái: Chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt, điều này cũng phù hợp với các tác giả trong và ngoài nước đã công bố.

- Kết quả cho thấy vị trí khối u tại tuyến đa phần ở thùy nông (83,2%), hiếm gặp ở thùy sâu và cả 2 thùy, điều này khá thuận lợi cho phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp phần lớn u ở thùy nông và một tỷ lệ khá cao trong số này u ở cực dưới thùy nông, những ca mổ này thường rất thuận lợi, thời gian mổ nhanh và an toàn cho bệnh nhân.

- Nghiên cứu cho kết quả 87,5% u nhỏ dưới 4cm đường kính, điều này cũng phù hợp với nhận xét của nhiều tác giả trong và ngoài nước.

2. Chẩn đoán cận lâm sàng

Kết quả nghiên cứu cho thấy các phương pháp cận lâm sàng hiện nay cho chẩn đoán chính xác khá cao về bản chất lành tính hay ác tính của u (FNA), đồng thời về hình thể u, kích thước và vị trí của u trong mối liên quan tại tuyến và tổ chức xung quanh tuyến. Các phương pháp chụp CT Scan và cộng hưởng từ với những thế hệ máy hiện đại là những phương tiện chẩn đoán rất chính xác, tuy do giá thành nên chúng tôi chỉ áp dụng theo những trường hợp khó, được chỉ định sau siêu âm. Nhiều tác giả trong và ngoài nước cũng cho những kết quả tương đương về giá trị của những phương pháp trên.

3. Về kết quả phẫu thuật.

Qua nghiên cứu chúng tôi thấy phẫu thuật u hỗn hợp tuyến mang tai đã có nhiều tiến bộ, chỉ có 3 trường hợp phẫu thuật có kết quả trung bình (chiếm 6,3%) còn lại 93,7% là kết quả tốt. Chỉ có 1 bệnh nhân u tái phát sau hơn 36 tháng hiện vẫn được theo dõi với khối u tái phát dưới 1cm đường kính trên siêu âm. Có 2 bệnh nhân liệt thần kinh mặt tạm thời do phù nề sau mổ u lớn cả 2 thùy, đều phục hồi ngay trong thời gian hậu phẫu chứng tỏ sự tiến bộ thực sự của kỹ thuật mổ cũng như điều trị chống viêm, chống nề và chăm sóc hậu phẫu.

KẾT LUẬN

U hỗn hợp tuyến mang tai là bệnh lý khá phổ biến hay gặp ở độ tuổi > 40 tuổi (78,2%), tỷ lệ gặp ở 2 giới gần ngang nhau. Thời gian mắc bệnh trung bình khoảng 20 tháng, đa phần u gặp ở thùy nông của tuyến (83,2%), phần lớn u nhỏ dưới 4cm đường kính (87,5%). Việc chẩn đoán thường chính xác nhờ lâm sàng và các phương pháp cận lâm sàng.

Phẫu thuật u hỗn hợp tuyến mang tai hiện nay đã có nhiều tiến bộ, phẫu thuật thường được tiến hành thuận lợi, rất ít biến chứng. Kết quả tốt 93,7%, trung bình 6,3%, không có kết quả xấu.

KIẾN NGHỊ

U hỗn hợp tuyến mang tai là u lành, gặp phổ biến trong các bệnh lý tuyến mang tai. Việc chẩn đoán chính xác u hỗn hợp tuyến mang tai cần phải có sự kết hợp các đặc tính lâm sàng, cận lâm sàng: siêu âm, chụp CT Scan, chụp cộng hưởng từ, gần đây là xạ hình với TC - 99m và tế bào học (FNA) để có được độ tin cậy cao. Những trường hợp nghi ngờ cần được cắt lạnh trong mổ nhằm hạn chế chẩn đoán lâm, giảm các biến chứng và nguy cơ tái phát.

Việc điều trị bằng phẫu thuật với mổ cắt gọn u hoặc cắt rộng u bảo tồn dây thần kinh mặt, chống hội chứng Frey và tạo hình khuyết lớn sau khi lấy khối u to đem lại hiệu quả cao, rất ít biến chứng. Tuy vậy, phẫu thuật vẫn cần phải thực hiện ở cơ sở có chuyên khoa sâu, phẫu thuật viên phải là những chuyên gia có kỹ thuật tốt, có kinh nghiệm phẫu thuật tuyến mang tai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hữu Phúc và cộng sự (2008): Vai trò của cắt thùy nông trong điều trị bướu hỗn hợp tuyến mang tai. Y học TP. HCM, tập 12, số 4, trang 44 - 49.
2. Trần Văn Thiệp và cộng sự (2008): Bảo tồn thần kinh tai lớn trong phẫu thuật cắt tuyến mang tai. Y học TP. HCM, tập 12, số 4, trang 36 - 43.
3. Trần Văn Thiệp và cộng sự (2007): Vai trò tái tạo khuyết hồng sau cắt tuyến mang tai. Y học TP. HCM, tập 2, phụ bản số 4, trang 92 - 94.
4. Bradley P.J., (2001): Recurrent salivary gland pleomorphic adenoma: etiology, management and results. Current opinoin in ontologygology-head and neck surgery, 9: 100 - 108.
5. Granick M.S., Hanna D.C., (1992), "Complications of surgery. Surgical management of salivary gland disease", *Management of Salivary gland lesions*, Williams and Wilkins, Baltimore, Maryland, USA, pp 04 - 06.
6. Witt R.L., (2002): "The significance of the margin in parotid surgery for pleomorphic: Adenoma", laryngoscope, 112: 2141 - 2154.