

NGHIÊN CỨU LÂM SÀNG PHẪU THUẬT CẮT THANH QUẢN TRÊN CƠ ĐỊA BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐÃ XẠ TRỊ BẰNG MÁY GIA TỐC

TRẦN MINH TRƯỜNG

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu :

Nghiên cứu lâm sàng khả năng và hiệu quả phẫu thuật cắt thanh quản trên những bệnh nhân ung thư đã được điều trị xạ trị bằng máy gia tốc.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu :

Hồi cứu 14 trường hợp điều trị bằng phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần và bán phần trên cơ địa những bệnh nhân bị ung thư thanh quản đã được điều trị xạ trị bằng máy gia tốc.

Kết quả :

Không có trường hợp nào tử vong hay có biến chứng trong khi phẫu thuật. Sau 2 tháng 1 ca tử vong vì tái phát và suy kiệt. Những trường hợp khác vẫn sống (sau 2-3 năm) và có cải thiện về triệu chứng lâm sàng.

Kết luận :

Phẫu thuật cắt thanh quản có thể và nên được thực hiện trên những bệnh nhân ung thư giai đoạn T3T4 sau khi đã xạ trị đủ liều bằng máy gia tốc nhưng u vẫn còn hay tái phát. Cần chú ý cầm máu trong khi mổ và dò họng sau mổ.

Từ khóa: phẫu thuật cắt thanh quản, điều trị xạ trị, máy gia tốc, ung thư thanh quản

SUMMARY

Purpose: Clinical study for laryngectomy capacity and surgery results on radiation patient therapy by linear acceleration

Material and methods: A series of 14 total and partial vertical laryngectomy cases after radiation therapy by accelerator for cancer of the larynx, the tumor still exist or develop after therapy with enough dose at cancer department of Cho Ray and NUH hospital from 5/2003 - 12/2007

Result: No complication during the surgery. 1 patient died after two months by recurrence. Others survive and improve the clinical symptoms.

Conclusion: Preoperative radiotherapy help saving normal tissue for surgery, Surgery can perform on patient at least 1 month post radiotherapy. Attention must be taken to avoid bleeding and fistula during and postoperative time.

Keywords: therapy, acceleration, cancer of the larynx

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thanh quản là loại ung thư thường gặp của đường khí thực quản trên, tỷ lệ bệnh có liên quan mật thiết với việc hút thuốc lá và uống rượu.

Tần suất bệnh 4-5 ca/100.000 dân/ năm, tỷ lệ nam/nữ là 15/1

Tuổi thường gặp là 50-60 tuổi.

Khoa Tai Mũi Họng bệnh viện Chợ Rẫy số bệnh nhân ung thư thanh quản được phẫu thuật trung bình 40-60 ca/năm. Tỷ lệ chữa khỏi ung thư giai đoạn T1 T2 chưa di căn hạch đạt 75-95%, đối với ung thư giai đoạn T3 T4 hay có di căn hạch tiên lượng kém hơn.

Điều trị ung thư thanh quản có nhiều phương pháp,

tùy theo kích thước khối u, mức độ lan rộng hay di căn hạch mà có thể phẫu thuật, xạ trị, hóa trị hay kết hợp các phương pháp điều trị trên. Hiện nay, khoa ung thư bệnh viện Chợ Rẫy đang sử dụng máy xạ trị gia tốc là một trong những máy xạ trị điều trị ung thư thuộc thế hệ mới trên thế giới trong điều trị ung thư thanh quản và kết quả rất khả quan với nhiều ưu điểm như cho phép bảo tồn chức năng phát âm, thở, phù hợp sinh lý của thanh quản.

Tuy nhiên, trong trường hợp nếu ung thư vẫn còn tồn tại hay tái phát sau khi đã xạ đủ liều thì chỉ còn phẫu thuật là một cứu cánh, tuy nhiên việc phẫu thuật sau xạ trị này có khả năng gặp nhiều nguy cơ và tai biến xảy ra trong cũng như sau mổ nên không được áp dụng rộng rãi tại Việt Nam. Trước thực tế lâm sàng và đòi hỏi của người bệnh mà chúng tôi thực hiện nghiên cứu này .

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu : 14 bệnh nhân ung thư thanh quản được điều trị xạ trị đủ liều bằng máy gia tốc nhưng khối u vẫn còn tồn tại hay tái phát cần can thiệp phẫu thuật cắt thanh quản .

2. Phương pháp nghiên cứu: Là phương pháp hồi cứu tiến cứu

3. Phẫu thuật

Các phẫu thuật đã được thực hiện: Cắt thanh quản toàn phần (13 ca), cắt thanh quản bán phần kiểu trán bên (1 ca).

Cắt thanh quản toàn phần và nạo vét hạch chức năng thực hiện như sau :

- Rạch da và cơ bám da cổ hình chữ U
- Mở vào máng cảnh kiểm tra và nạo vét hạch chức năng theo các vị trí nếu có
- Cắt các cơ trên móng và dưới móng - Cắt eo tuyến giáp.

- Cắt thanh quản từ dưới lên trên hoặc từ trên xuống tùy theo trường hợp.

- Đóng họng bằng chỉ Vicryl 3.0 hoặc chỉ PDS.
- Tạo lỗ mở khí quản ra da vĩnh viễn.

Thuốc hậu phẫu: Sử dụng các kháng sinh thông thường

- Kháng sinh: Zinacep 750mg x 2/ ngày
- Giảm đau : Prodafalgan : 1g x 3/ ngày /4 ngày .
- Nuôi ăn qua Tube Levin 7-10 ngày .

3. Đánh giá kết quả

Tái khám mỗi 2 tháng và đánh giá :

- Tổng trạng chung, tình trạng ăn uống.
- Vết mổ
- Lỗ mở khí quản, hô hấp
- Hạch cổ tái phát.
- U tái phát.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 5/2003- 12/2007 chúng tôi đã điều trị phẫu thuật cho 14 bệnh nhân ung thư thanh quản đã được xạ trị gồm 13 ca cắt thanh quản toàn phần và 1 ca cắt

thanh quản bán phần.

Bệnh nhân đã được điều trị xạ trị tại Khoa ung bướu bệnh viện Chợ Rẫy (13) ca và Khoa ung bướu bệnh viện NUH Singapore (1 ca).

Tuổi : 46 – 65 , tuổi trung bình 52 .

Giới : Tất cả là giới nam.

Đặc điểm bệnh lý :

- Đa số là ung thư thanh quản giai đoạn T3,T4

- 3 ca ung thư thanh quản giai đoạn T2.

Tất cả đã được xạ trị 33 đợt và tổng liều 60 Gy.

Khi nhập bệnh viện trong tình trạng :

- Ung thư vẫn còn ở thanh quản và tiếp tục phát triển : 5 ca

- Tái phát sau xạ từ 1 tháng – 2,5 năm : 7 ca

- Viêm loét hoại tử thanh quản nặng kèm nhiễm trùng : 2 ca

Dấu hiệu lâm sàng :

- Khó thở do u chèn ép thanh quản : 6 ca

- Biến dạng thanh quản : 4 ca

- Liệt thanh quản 1 hay 2 bên : 6 ca

- Da vùng cổ đỏ và sưng nề nhẹ : 4 ca

- Ho đàm, hơi thở có mùi hôi thối : 9 ca

- Hạch cổ tái phát : 3 ca (d < 2 cm).

- Ung thư lan rộng 2 dây thanh hoặc cả 3 tầng của thanh quản : 8 ca

Đánh giá sau mổ :

Thời gian theo dõi : 13 tháng – 3,5 năm

Tử vong 1 ca sau mổ 2 tháng do ung thư tái phát và suy kiệt.

Các bệnh nhân khác : Tổng trạng sức khỏe ổn định lên cân từ 3-5 kg và vẫn còn sống sót.

Tình trạng ăn uống, thở : Đa số bệnh nhân ăn uống được đường miệng bình thường, 2 ca có nuốt nghẹn mức độ trung bình được chụp thực quản có uống cản quang kiểm tra kết quả cho thấy giảm nhu động thực quản đoạn cổ khả năng do sẹo chai sau xạ trị. Hô hấp bình thường qua lỗ mở khí quản ra da.

Vết mổ lành tốt, da cổ chuyển màu hơi sậm, rát và đau nhức ít.

Hạch cổ : Không phát hiện hạch cổ tái phát

Ung thư tái phát tại chỗ : 1 ca (Tử vong)

Di căn xa : Chưa ghi nhận ca nào .

BÀN LUẬN

Theo Bailey ^{1,2} tuổi trung bình mắc bệnh ung thư thanh quản là từ trên 40 và tập trung nhiều ở khoảng tuổi từ 50-60 tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 15:1. Chúng tôi có 14 ca tuổi trung bình 52 tuổi trong đó nhỏ nhất là 46 và cao nhất là 65 . Tất cả bệnh nhân đều là nam giới.

Ung thư thanh quản là bệnh lý gặp khá thường xuyên tại khoa Tai Mũi Họng bệnh viện Chợ Rẫy và đã được điều trị có hiệu quả bằng các biện pháp phẫu thuật kết hợp với xạ trị hay hóa trị theo phác đồ kinh điển.

Trên những bệnh nhân ung thư thanh quản khi đã điều trị xạ trị đủ liều thì không có chỉ định hoặc rất cân nhắc phẫu thuật ^{1,3} vì những khả năng :

- Vết thương khó hoặc không lành.

- Chảy máu nhiều, các mạch máu lớn dễ tổn thương trong khi mổ .

- Hậu phẫu hay bị dò họng dẫn đến suy kiệt, tử vong.

Tuy nhiên, trên thực tế khi bệnh viện Chợ Rẫy bắt đầu đưa vào sử dụng máy điều trị xạ trị gia tốc thì chúng tôi cũng đã có dịp chứng kiến những vấn đề thực tế lâm sàng là :

- Ung thư vẫn tồn tại sau xạ trị.

- Ung thư tái phát sau một thời gian biến mất trên lâm sàng.

- Thanh quản bị loét hoại tử nhiễm trùng nặng gây đau đớn cho người bệnh do xạ trị.

Trước những vấn đề thực tế lâm sàng và yêu cầu đòi hỏi chính đáng của người bệnh, được sự đồng ý của Lãnh đạo bệnh viện và hội đồng khoa học kỹ thuật nên chúng tôi đã thực hiện việc nghiên cứu cắt thanh quản trên những bệnh nhân đã xạ trị đủ liều .

Máy xạ trị gia tốc trong điều trị ung thư thanh quản: Trong những năm gần đây việc điều trị ung thư thanh quản có nhiều bước đột phá với máy xạ trị gia tốc với đặc điểm có thể phát ra mức năng lượng thấp 4-6 MV và mức năng lượng cao 15-25MV trong khi máy kinh điện Cobal- 60 chỉ phát ra được mức năng lượng 1,2MV.

Những yêu cầu của việc xạ trị phải đảm bảo là ^{2,4}:

- Độ chênh lệch tia xạ trong u và mô lành cao.

- Ít ảnh hưởng đến mô lành.

- Tỷ lệ khỏi bệnh cao.

Với máy gia tốc việc phát ra được mức năng lượng cao lại thêm mô phỏng khối u nhờ kỹ thuật 3D nên việc xác định vị trí khối u, định liều xạ đạt được độ chính xác cao mà trên máy Cobal 60 trước đây không làm được.

Thực tế, kinh nghiệm của các đồng nghiệp và của bản thân chúng tôi trong những năm qua khi thực hiện cắt thanh quản sau xạ bằng máy Cobal 60 nhận thấy mô xung quanh u bị ảnh hưởng xạ, cháy chai cứng rộng và các mạch máu rất dòn dễ vỡ ^{2,4,5}, chính đây là lý do vì sao phẫu thuật hầu như chống chỉ định sau khi thanh quản đã được điều trị xạ trị.

Phẫu thuật cắt thanh quản sau xạ

Xạ trị đơn thuần được thực hiện với ung thư thanh quản giai đoạn T3< và N0 hay N1 hay những trường hợp ung thư lan rộng không khả năng phẫu thuật .

Xạ trị được Croll ⁴ đề nghị là phương thức chọn lựa trước tiên trong điều trị ung thư thanh quản giai đoạn T3T4. Trong khi đó M.D Anderson đề nghị phương thức phẫu thuật duy nhất cho ung thư T4 với tỷ lệ sống còn 24%, khi kết hợp xạ và phẫu thì tỷ lệ này lên đến 42%.

Johns ME ⁵ và cộng sự cho thấy 60% T3 và 31% T4 có thể kiểm soát với phương thức xạ trị đơn độc so với 94% T3 và 83% T4 khi kết hợp phẫu trước xạ sau.

Karim ⁴ đề nghị xạ trước sau đó phẫu thuật mục đích thu hẹp tổn thương, tiết kiệm mô lành đối với giai đoạn T3T4.

Khi chúng tôi cắt thanh quản trên những bệnh nhân đã xạ trị bằng máy gia tốc nhận thấy mô lành ít bị tổn thương hơn, ít dính, các mạch máu và mô rất mềm mại, khi cắt thanh quản toàn phần và nạo hạch chức năng 2 bên thấy hình ảnh mô, vật da, mô mềm khu vực máng cảnh vẫn mềm mại tốt trong khi mô xung quanh thanh quản có xu hướng dễ chảy máu và phải đốt cầm máu kỹ, đặc biệt phải cột chỉ cầm máu đối với những mạch máu có kích thước tương đối lớn. Sang thương trên thanh quản hình dạng u sùi, hoại tử, trong khi vùng mô lành xung quanh chỉ ở mức độ viêm nhẹ, điều này cho chúng tôi nhận xét nếu xạ trị bằng máy gia tốc có tính khu trú cao.

Khi đóng họng trong những trường hợp này phải thật cẩn thận khâu 2 lớp với chỉ Vicryl hay PDS do khả năng dò cao trên nền niêm mạc viêm. Thời gian lành vết

thương lành từ 7-10 ngày và qua kết quả theo dõi không trường hợp nào dò vết mổ sau khi cắt thanh quản kể cả 1 ca cắt thanh quản bán phần

Như vậy xạ trị giúp tiết kiệm mô lành, tạo điều kiện cho việc đóng kín và lành vết thương giúp phục hồi và bảo tồn chức năng. Trong quá trình theo dõi chúng tôi nhận xét thấy có 4 ca sau xạ khối u vẫn tồn tại nhưng có thu hẹp kích thước so với trước xạ và phẫu thuật vẫn đảm bảo lấy được hết bệnh lý ung thư, thanh quản viêm loét gây đau đớn cho người bệnh. Thời gian theo dõi của chúng tôi là 1- 3 năm nhưng các bệnh nhân vẫn còn sống và có những người còn đang tiếp tục làm việc cho thấy việc làm này là tốt và khả quan, chỉ có 1 trường hợp tái phát sau phẫu thuật 2 tháng và tử vong vì suy kiệt.

Về vấn đề thời gian chính xác khi nào có thể phẫu thuật sau xạ thì các tác giả^{1,3,4,5} không đề cập, 3 trường hợp cắt thanh quản chúng tôi thực hiện sau xạ 1 tháng những trường hợp khác thực hiện từ sau 8 tháng và chúng tôi nhận xét nếu cổ vẫn mềm mại, da không viêm loét thì có thể tiến hành phẫu thuật.

KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt thanh quản trên cơ địa những bệnh nhân đã được xạ trị đủ liều bằng máy gia tốc sẽ có những nguy cơ chung như chậm lành vết thương, dễ chảy máu do tổn thương các mạch máu lớn hay dò họng khó lành gây suy kiệt và bệnh nhân có thể tử vong. Tuy nhiên, xạ trị trước phẫu thuật lại có điểm thuận lợi

tiết kiệm được mô lành (niêm mạc).

Việc phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần hay thậm chí bán phần là hoàn toàn có thể được vì khi tổn thương ung thư được xác định rõ ràng thì khi xạ nhờ sự kết hợp định vị chính xác của máy Ct scan nên các mô mềm xung quanh ít thương tổn gây sẹo dính.

Phẫu thuật có thể được thực hiện từ ngay sau 1 tháng đối với những ca xạ trị nhưng không hiệu quả hay tái phát. Cần chú ý trong khi phẫu thuật cầm máu, đóng họng kỹ tránh những biến chứng trong và sau mổ cũng như cần có kế hoạch theo dõi để phát hiện sớm những khối u nếu có tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bailey B.J (1998) : Principles of radiation oncology. In: Bailey otolaryngology – head & neck surgery, pp.1389 – 1400. Lippincott and Raven publisher
2. Bailey B.J (1998), Advanced cancer of the larynx. In: Bailey Otolaryngology – head & neck.
3. Cumming CW (2003) Radioterapy of the Larynx and Hypopharynx . In Cumming , Otolaryngology –Head and neck Surgery , pp 118 – 125. Mosby publisher
4. Croll GA. (1989) Primary radiotherapy with surgery in reserve for advanced laryngeal carcinoma; result and complications. Eur J Surg Oncol pp. 15- 25
5. Johns ME (1990) Mangement of T3 avanced cancer of the larynx by radiation therapy. In: Johns ME, Head and neck cancer, vol 2, pp.123, Toronto publisher.