

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU TRONG TÁI TẠO TỔN KHUYẾT KHOANG MIỆNG BẰNG VẬT DƯỚI CẦM

Lê Ngọc Sơn^{1,✉}, Đặng Triệu Hùng²

¹Bác sĩ Nội trú Răng Hàm Mặt khoá 43, Trường Đại học Y Hà Nội

²Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội

Mục tiêu của nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả bước đầu tái tạo tổn khuyết khoang miệng bằng vật dưới cầ. Nghiên cứu sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh trên 12 bệnh nhân được phẫu thuật cắt bỏ ung thư khoang miệng và tạo hình tức thì bằng vật dưới cầ tại khoa Răng Hàm Mặt và khoa Ung bướu và Chăm sóc giảm nhẹ Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, từ 10/2019 đến 04/2021. Kết quả nghiên cứu cho thấy trong số 12 bệnh nhân, tuổi trung bình là $62,1 \pm 12$, tỉ số nam/nữ là 1/1. Trong đó có 6 bệnh nhân ung thư ở sàn miệng, 5 bệnh nhân ở lưỡi, 1 bệnh nhân ở lợi-hàm dưới. Thời gian phẫu thuật trung bình là 175 ± 27 phút, thời gian nằm viện trung bình là $13,3 \pm 4,4$ ngày. Không có trường hợp nào hoại tử vật toàn bộ, 11 bệnh nhân có vật lành thương tốt, 1 bệnh nhân bị hoại tử một phần vật. Chức năng phát âm và nuốt sau mổ ít nhất 6 tháng đều đạt kết quả tốt và trung bình ở tất cả các bệnh nhân. Phương pháp phẫu thuật tái tạo tổn khuyết khoang miệng bằng vật dưới cầ là lựa chọn tạo hình thích hợp cho các tổn khuyết sau cắt bỏ khối u khoang miệng, ít biến chứng và kết quả phục hồi chức năng nói, nuốt tốt.

Từ khóa: Vật dưới cầ, ung thư khoang miệng, tổn khuyết.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các tổn khuyết hàm mặt thường là kết quả của chấn thương hoặc do phẫu thuật ung thư. Ba thập kỷ qua đã chứng kiến sự phát triển mạnh mẽ của các phương pháp tạo hình tổn khuyết khoang miệng. Hầu hết các tổn khuyết có thể được tạo hình tức thì, mang lại sự phục hồi sớm và tốt hơn về hình thái và chức năng.¹

Hiện nay, các vật vi phẫu vẫn được xem là nền tảng chính cho tạo hình mô mềm khoang miệng vì chúng cung cấp lượng lớn mô khỏe mạnh từ các vị trí xa phẫu trường, đặc biệt khi vị trí phẫu thuật chứa mô ung thư hoặc đã xạ trị trước đó.² Tuy nhiên, không phải mọi bệnh nhân đều là đối tượng thích hợp cho phẫu thuật vi mạch, do đó vật tại chỗ vẫn có một vai trò

quan trọng, đặc biệt là những bệnh nhân cao tuổi hoặc những người có các bệnh toàn thân phối hợp.³

Kể từ khi được Martin giới thiệu vào năm 1993, vật dưới cầ ngày càng được sử dụng rộng rãi để tạo hình đầu và cổ.⁴ Vật dưới cầ đã được công nhận là một vật tại chỗ hữu ích để tạo hình khoang miệng với độ tin cậy cao, tổn thương ở vị trí cho vật thấp và thời gian phẫu thuật ngắn, trong khi vẫn duy trì được chức năng nói và nuốt. Gần đây nhất vào năm 2020, Amin AA và cộng sự đã công bố báo cáo sử dụng vật dưới cầ có cuống dựa trên mạch dưới cầ đối bên trong tạo hình các tổn khuyết khoang miệng nhằm tránh nguy cơ từ hạch di căn cùng bên.⁵

Ở Việt Nam, Lê Văn Quảng và cộng sự (2021) đã đánh giá kết quả tạo hình tổn khuyết khoang miệng bằng vật dưới cầ trên 25 bệnh nhân ung thư khoang miệng. Nghiên cứu ghi

Tác giả liên hệ: Lê Ngọc Sơn

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: kich011094@gmail.com

Ngày nhận: 20/09/2021

Ngày được chấp nhận: 21/10/2021

nhận 88% vật tạo hình sau mổ sống tốt, vật hoại tử một phần chiếm 12%. Chức năng phát âm và nuốt sau mổ đều đạt kết quả tốt và trung bình ở tất cả các bệnh nhân.⁶ Để củng cố thêm bằng chứng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu đánh giá kết quả bước đầu trong tạo hình tổn khuyết khoang miệng bằng vật dưới cằm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân có tổn khuyết khoang miệng được tái tạo tức thì bằng vật dưới cằm. Bệnh nhân đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có khối u nguyên phát mở rộng qua cơ hàm móng, hoặc hạch cổ nhóm I đường kính lớn hơn 1,5cm. Bệnh nhân với ung thư khoang miệng tái phát. Bệnh nhân đã trải qua phẫu thuật cổ trước đó.

2. Phương pháp

Địa điểm nghiên cứu

Khoa Răng hàm mặt và khoa Ung Bướu và Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 10/2019 đến 04/2021.

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả chùm ca bệnh.

Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện được 12 bệnh nhân.

Phương pháp thu thập số liệu

- Thu thập thông tin bệnh nhân, số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất và được thực hiện bởi hai phẫu thuật viên đồng thời là người nghiên cứu.

- Các bệnh nhân được theo dõi và đánh giá kết quả sau phẫu thuật 6 tháng.

- Đánh giá sự lành thương của vật: lành

thương tốt, hoại tử bán phần, hoại tử toàn bộ vật.

- Chức năng phát âm sau phẫu thuật: Cho bệnh nhân đọc một đoạn văn khoảng 100 từ, phẫu thuật viên là người đánh giá số từ hiểu được trong đoạn văn.⁷

+ Tốt: nghe hiểu được > 80% số từ

+ Trung bình: nghe hiểu được 50 – 80%

+ Kém: nghe hiểu được < 50%

Chức năng nuốt được đánh giá dựa trên chế độ ăn của bệnh nhân: ăn bình thường, ăn mềm, ăn lỏng hoặc cần kết hợp bơm qua sonde

3. Xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 16.0 và thuật toán thống kê.

4. Đạo đức nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu được cung cấp bản thông tin tóm tắt về đề tài, ký cam kết đồng ý tham gia. Mọi thông tin thu thập về đối tượng đều được giữ bí mật. Đề tài nghiên cứu chỉ nhằm mục đích phục vụ nghiên cứu khoa học, không nhằm bất cứ mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm bệnh nhân

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi	62,1 ± 12 (42 - 82)
Giới (Nam/Nữ)	6/6
Vị trí u	
Sàn miệng	6
Lưỡi	5
Lợi hàm dưới	1

Tuổi mắc bệnh trung bình là 62,1 ± 12, lớn nhất là 82 tuổi, nhỏ nhất là 42 tuổi. Vị trí u chiếm tỉ lệ nhiều nhất là sàn miệng 6 trường hợp và ở lưỡi là 5 trường hợp. Vị trí lợi - hàm dưới chỉ có 1 trường hợp.

2. Đánh giá kết quả bước đầu tạo hình tổn khuyết khoang miệng bằng vật dưới cằm

Bảng 2. Thời gian phẫu thuật và thời gian nằm viện trung bình theo giới

Đặc điểm phẫu thuật	Giới		Trung bình
	Nam	Nữ	
Thời gian phẫu thuật (phút)	165 ± 23	185 ± 28	175 ± 27
Thời gian nằm viện (ngày)	12,2 ± 5,2	14,5 ± 3,4	13,3 ± 4,4

Thời gian phẫu thuật trung bình là 175 ± 27 phút, ở nữ cao hơn ở nam. Thời gian nằm viện trung bình là 12,2 ngày, ở nữ (14,5 ngày) cao hơn ở nam (12,2 ngày).

Bảng 3. Lành thương vật sau mổ

Tình trạng vật	Số lượng
Vật lành thương tốt	11
Hoại tử một phần	1
Hoại tử toàn bộ	0

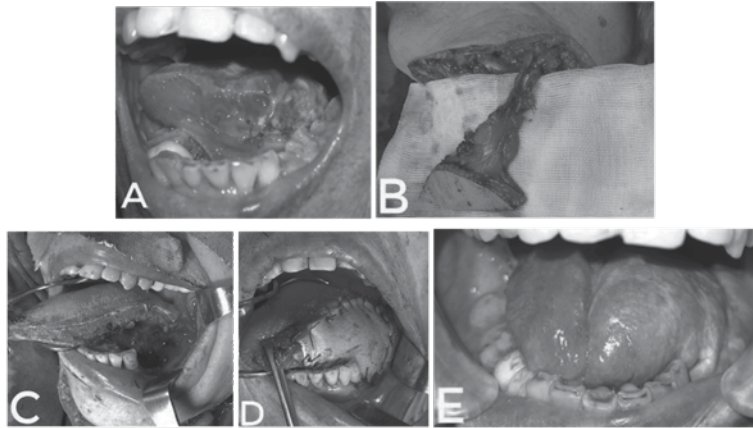
Không có trường hợp nào hoại tử vật toàn bộ, 11 bệnh nhân có vật lành thương tốt, 1 bệnh nhân bị hoại tử một phần vật.

Bảng 4. Chức năng nói, nuốt sau mổ

Đặc điểm	Số lượng
Chức năng nói	
Tốt	7
Trung bình	5
Kém	0
Chức năng nuốt	
Ăn bình thường	4
Ăn mềm	6
Ăn lỏng	2
Ăn qua sonde	0

Tất cả các bệnh nhân đều có khả năng phát âm từ tốt đến trung bình với lần lượt là 7 và 5 trường hợp. Không có bệnh nhân nào có chức năng nói mức độ kém. Tất cả các bệnh nhân đều có chế độ ăn từ lỏng trở lên, với 4 bệnh

nhân có thể ăn chế độ bình thường, 6 bệnh nhân ăn được thức ăn mềm và 2 bệnh nhân phải ăn lỏng. Không có bệnh nhân nào cần sử dụng bơm qua sonde dạ dày.



Hình 1. A. Tổn thương ung thư bờ lưỡi trái; B. Phẫu tích vật dưới cằm; C. Tổn khuyết sau cắt bỏ khối ung thư; D. Tạo hình tổn khuyết; E. Kết quả sau 6 tháng

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân là $62,1 \pm 12$, khá tương đồng với nghiên cứu của nhiều tác giả khác như nghiên cứu của Sittitrai tuổi trung bình là 59, của Paydarfar là $58,1$.^{3,7} Kết quả này có thể được giải thích do ung thư khoang miệng xảy ra phổ biến nhất ở người trung niên và cao tuổi.⁶ Trong các nghiên cứu về tạo hình tổn khuyết khoang miệng bằng vật dưới cằm, tỷ lệ nam giới hầu như luôn cao hơn nữ giới. Tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu của nghiên cứu của Sittitrai là 1,69/1, Paydarfar là 2,86/1.^{3,7} Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nam/nữ là 1/1, có thể do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn. Trong số 12 bệnh nhân của chúng tôi, vị trí u chiếm tỷ lệ nhiều nhất là sàn miệng và lưỡi, với số lượng lần lượt là 7 và 5 trường hợp. Điều này khá tương đồng với nghiên cứu của một số tác giả như nghiên cứu của Sittitrai có tỷ lệ khối u là 45,7% ở lưỡi, 31,4% ở sàn miệng.³ Nghiên cứu của Kramer trên 45 bệnh nhân cho thấy tỷ lệ khối u là 40% ở sàn miệng, 20% ở lưỡi.⁸ Những khối u nằm ở càng xa vùng dưới cằm như má, vòm miệng... cần chuẩn bị cuống mạch càng dài để có thể đưa vật đến vị trí tổn khuyết mà cuống mạch không bị căng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật trung bình là 175 ± 27 phút. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Sittitrai với thời gian phẫu thuật trung bình là 181 phút.³ Một số tác giả báo cáo thời gian phẫu thuật trung bình cao hơn nghiên cứu của chúng tôi như trong nghiên cứu của Kramer là 262 phút, Paydarfar là 524 phút.^{7,8} Do các nghiên cứu hiện nay không trích xuất riêng phần thời gian chỉ dành cho vật, mà tính cả thời gian đặt nội khí quản, cắt u, nạo vét hạch cổ nên các kết quả đưa ra có thể có nhiều sự khác biệt. Thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $13,3 \pm 4,4$ ngày. Kết quả này hơi cao hơn so với báo cáo của một số tác giả trên thế giới. Thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu của Paydarfar là 10,6 ngày, Kramer là 11,2 ngày.^{7,8} Tuy nhiên, thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu của Sittitrai là 15,9 ngày, cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi.⁹

Trong số 12 bệnh nhân của chúng tôi, không có trường hợp nào hoại tử vật toàn bộ, 11 trường hợp có vật lành thương tốt, 1 trường hợp bị hoại tử một phần vật. Nghiên cứu của Paydarfar với 88,9% vật lành thương tốt, thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi và 11,1% hoại

từ một phần vạt.⁷ Nghiên cứu của Kramer có tỉ lệ vạt lành thương tốt cao hơn nghiên cứu của chúng tôi với 93,4% và 4,4% hoại tử một phần vạt, tuy nhiên có 1 bệnh nhân (2,2%) hoại tử toàn bộ vạt.⁸ Các trường hợp trên đều liên quan đến tắc nghẽn tĩnh mạch. Do đó, điều quan trọng là tránh bất kỳ sự chèn ép hoặc sức căng nào lên cuống mạch để loại trừ tắc tĩnh mạch sau phẫu thuật. Theo Sittitrai, hoại tử bán phần có thể là kết quả của việc bóc tách nhiều mô xơ mỡ và các hạch bạch huyết, có thể làm tổn thương các mạch xuyên và hệ thống dẫn lưu tĩnh mạch của vạt. Bất kỳ sự gián đoạn nào của nhánh xuyên quan trọng khối động mạch dưới cằm sẽ làm tăng nguy cơ hoại tử vạt.³

Với các tổn khuyết khoang miệng, ngoài việc tạo hình tổn khuyết, việc phục hồi lại các chức năng nói và nuốt cũng vô cùng quan trọng. Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều có khả năng phát âm từ tốt đến trung bình với lần lượt là 7 và 5 trường hợp. Các nghiên cứu của Paydarfar, Patel có tỉ lệ bệnh nhân phát âm mức độ tốt cao hơn nghiên cứu của chúng tôi với lần lượt 85,2% và 91%. Tuy nhiên, các nghiên cứu này có ghi nhận các bệnh nhân chức năng nói mức độ kém với lần lượt 3,7% và 4%.⁷ Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều có chế độ ăn từ lỏng trở lên, với 4 trường hợp có thể ăn chế độ bình thường, 6 trường hợp ăn được thức ăn mềm và 2 trường hợp phải ăn lỏng. Không có bệnh nhân nào cần sử dụng ống sonde dạ dày. Nghiên cứu của Sittitrai với 62,1% bệnh nhân có chế độ ăn bình thường cao hơn nghiên cứu của chúng tôi, 17,2% ăn mềm, 20,7% ăn lỏng.⁹ Nghiên cứu của Paydarfar cũng cho thấy 74,1% bệnh nhân có chế độ ăn bình thường cao hơn nghiên cứu của chúng tôi, tuy nhiên có 11,1% bệnh nhân cần sonde dạ dày. Nghiên cứu của chúng tôi cần theo dõi trong thời gian dài hơn để xác định để đánh giá khả năng phục hồi chức năng nuốt cũng như nói của bệnh nhân.

Do vạt dưới cằm có cuống mạch dài và cung xoay rộng, nó có thể được sử dụng để tạo hình nhiều tổn khuyết đầu mặt cổ khác ngoài khoang miệng.⁴ Tuy nhiên, tính an toàn của vạt với những bệnh nhân ung thư khoang miệng cũng là một vấn đề gây tranh cãi. Do đó, ở những bệnh nhân có khối u chưa xâm lấn qua đường giữa, vạt dưới cằm có cuống mạch bên đối diện là một lựa chọn đầy hứa hẹn nhờ vào cung xoay rộng và có thể nạo vét hạch cổ cùng bên mà không ảnh hưởng đến sự toàn vẹn của cuống mạch.⁵

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Kết quả nghiên cứu bước đầu cho thấy vạt dưới cằm là lựa chọn tạo hình thích hợp cho các tổn khuyết sau cắt bỏ khối u khoang miệng, với tỉ lệ biến chứng thấp và kết quả phục hồi chức năng nói, nuốt tương đối tốt.

Cần nghiên cứu thêm việc sử dụng vạt dưới cằm cuống mạch đối bên và khả năng sử dụng vạt dưới cằm trong tạo hình các tổn khuyết do bệnh lí khác và ở vị trí khác ngoài khoang miệng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rigby MH, Taylor SM. Soft tissue reconstruction of the oral cavity: a review of current options. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2013;21(4):311-317.
2. Ragbir M, Brown JS, Mehanna H. Reconstructive considerations in head and neck surgical oncology: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. *J Laryngol Otol*. 2016;130(S2):S191-S197.
3. Sittitrai P, Srivanitchapoom C, Reunmak-kaew D, Yata K. Submental island flap reconstruction in oral cavity cancer patients with level I lymph node metastasis. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2017;55(3):251-255.
4. Martin D, Pascal JF, Baudet J, et al. The submental island flap: a new donor site. Anatomy and clinical applications as a free or pedicled

flap. *Plast Reconstr Surg.* 1993;92(5):867-873.

5. Amin AA, Jamali OM, Ibrahim AS, Rifaat MA, Zedan MH. The contralateral based submental island flap for reconstruction of tongue and floor of mouth defects: Reliability and oncological outcome. *Head Neck.* 2020; 42(10):2920-2930. doi:10.1002/hed.26338.

6. Lê Văn Quảng, Ngô Xuân Quý, Ngô Quốc Duy. Đánh giá kết quả tạo hình khuyết hổng khoang miệng bằng vạt dưới cằm trong điều trị phẫu thuật ung thư khoang miệng. *Tạp Chí Y Học Việt Nam.* 2021; 498(2):173-177.

7. Paydarfar JA, Patel UA. Submental Island

Pedicled Flap vs Radial Forearm Free Flap for Oral Reconstruction: Comparison of Outcomes. *Arch Otolaryngol Neck Surg.* 2011;137(1):82.

8. Kramer F-J, Böhrnsen F, Moser N, Schliephake H. The submental island flap for the treatment of intraoral tumor-related defects: No effect on recurrence rates. *Oral Oncol.* 2015; 51(7):668-673.

9. Sittitrai P, Reunmakkaew D, Srivanitchapoom C. Submental island flap versus radial forearm free flap for oral tongue reconstruction: a comparison of complications and functional outcomes. *J Laryngol Otol.* 2019; 133(05):413-418.

Summary

THE INITIAL OUTCOMES OF SUBMENTAL ISLAND FLAP RECONSTRUCTION FOR ORAL CAVITY DEFECTS

The objective of the study was to evaluate the initial outcomes of submental island flap in oral cavity defects reconstruction. A clinical intervention was applied in 12 cases of carcinoma of oral cavity that had undergone excision and reconstruction using a submental flap between October 2019 and April 2021. Results showed that the mean age was 62.1 ± 12 ; Male/Female ratio was 1/1. In a total of 12 patients, there were 6 floor of the mouth cancer patients; 5 tongue cancer patients, and 1 lower gingiva cancer patient. The mean operative time was 175 ± 27 minutes and mean duration of hospital stay was 13.3 ± 4.4 days. Flap survival was 11 and partial necrosis occurred in 1 patient. The postoperative speech and swallowing function were at good and intermediate level. Initial outcomes showed that submental flap was a simple and viable option in the reconstruction of oral defects after excision of oral cancer with good functional outcomes and minimal complications.

Keywords: Oral cavity cancer, defects, submental flaps.