

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

TÁC GIẢ

**NGHIÊN CỨU SỬ DỤNG VẬT TRÊN ĐÒN TÁI TẠO
KHUYẾT HỔNG VÙNG HỌNG- THỰC QUẢN TRONG PHẪU
THUẬT ĐIỀU TRỊ UNG THƯ HẠ HỌNG - THANH QUẢN
GIAI ĐOẠN III- IV**

**CHUYÊN NGÀNH: TAI MŨI HỌNG
MÃ SỐ: 9720155**

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Năm 2025

Công trình được hoàn thành tại:

Người hướng dẫn khoa học:

Phản biện 1:

Phản biện 2

Phản biện 3:

Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án cấp trường

họp tại

vào hồi giờ ngày tháng năm

Có thể tìm hiểu Luận án tại thư viện:

- Thư viện Quốc gia Việt Nam
- Thư viện Khoa học Tổng hợp
- Thư viện Đại học

1 GIỚI THIỆU LUẬN ÁN

a. Lý do và tính cần thiết của nghiên cứu

Ung thư hạ họng (UTHH) thường được phát hiện trễ với 60 - 80% nhập viện ở giai đoạn III, IV. Điều trị UTHH giai đoạn này cần kết hợp nhiều mô thức. Phẫu thuật + xạ trị bổ túc là điều trị tiêu chuẩn. Hóa xạ trị triệt để giúp tăng tỉ lệ bảo tồn cơ quan nhưng kết quả sống còn kém hơn và tỉ lệ đến 60% cần phải phẫu thuật cứu vớt [1-3].

UTHH có tính đa ổ, ăn lan dưới niêm mạc và thường được phát hiện trễ nên khuyết hồng sau phẫu thuật thường lớn và phức tạp, bao gồm một phần hoặc toàn bộ hạ họng - thực quản, có thể kèm phần miệng họng hoặc đoạn thực quản cổ. Tạo hình sau mổ giúp phục hồi chức năng nuốt cơ bản. Vật tạo hình được chọn lựa linh hoạt, không có loại vật nào được xem là tiêu chuẩn, mà lựa chọn vật sao cho phù hợp nhất với từng cá thể [4,5].

Vật đảo động mạch trên đòn (VĐĐMTĐ) được xem là vật tại vùng phù hợp cho tái tạo họng - thực quản, vật dễ thu hoạch, khá mềm mại, diện tích khá lớn, có sức sống tốt và đặc biệt là rất gần với khuyết hồng cần tái tạo [6-9].

Tại Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu VĐĐMTĐ nhưng chưa có nghiên cứu nào sử dụng vật này cho tái tạo họng - thực quản. Nghiên cứu nhằm trả lời cho VĐĐMTĐ có phải là một lựa chọn tốt cho khuyết hồng vùng hạ họng hay không?

b. Mục tiêu nghiên cứu

1. Đánh giá hiệu quả vật trên đòn trong tái tạo họng – thực quản sau phẫu thuật cắt họng- thanh quản và ghi nhận các yếu tố ảnh hưởng.

2. Đánh giá kết quả sống còn không bệnh 2 năm sau điều trị ung thư hạ họng giai đoạn III-IV.

c. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng: Bệnh nhân UTHH giai đoạn tiến triển tại chỗ tại vùng hoặc UTHH đã điều trị hóa xạ trị hiện tái phát hoặc tồn lưu bướu. Được điều trị phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần kèm cắt một phần hay toàn bộ hạ họng và được tái tạo tức thì bằng VĐĐMTĐ

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả loạt trường hợp

d. Những đóng góp mới của nghiên cứu

Nghiên cứu tái tạo họng thực quản bằng vật trên đon với kỹ thuật thu hoạch vật cải biên và tinh chỉnh cuốn vật giúp gia tăng chiều dài và tính an toàn của vật. Kỹ thuật không phức tạp, thời gian lấy vật ngắn và hiệu quả tái tạo tốt với 100% vật sống và kết quả phục hồi chức năng nuốt tốt.

e. Bố cục luận án:

Luận án dài 117 trang với đặt vấn đề 2 trang, Tổng quan 24 trang, Đối tượng và phương pháp nghiên cứu 35 trang, Kết quả 25 trang, bàn luận 29 trang và kết luận- kiến nghị 2 trang. Luận án có 34 bảng, 24 hình và 8 biểu đồ, sơ đồ và 131 tài liệu tham khảo

2. TỔNG QUAN TÀI LIỆU

UTHH chiếm khoảng 3 - 6% ung thư vùng đầu cổ, khoảng 0,8/100.000 dân (1,3 ở nam và 0,3 ở nữ) nam nhiều hơn nữ, khoảng tuổi mắc bệnh 60 -70 tuổi [1,4,5,10-15]. UTHH liên quan chặt chẽ với hút thuốc lá và uống rượu. Nguy cơ mắc tỉ lệ thuận với số lượng thuốc lá gói/năm, mức độ uống rượu.

UTHH thường xuất phát từ niêm mạc xoang lê (65 -95%), thành họng sau chiếm 10% và vùng sau nhĩn khoảng 5%. Mô bệnh học thường gặp là carcinôm tế bào gai (> 95%). Bướu có khuynh hướng ăn lan dưới niêm mạc nên khó xác định giới hạn chính xác qua nội soi chẩn đoán. Bệnh có thể xuất hiện đồng thời với ung thư đường hô hấp tiêu hóa trên khoảng 7% và tỉ lệ xuất hiện ung thư khác sau 6 tháng khoảng 10 - 20%. Bướu có tính chất đa ổ, lan bề mặt đến vùng lân cận như thanh quản, miệng họng và thực quản, cho di căn hạch cổ sớm. Bệnh thường được chẩn đoán ở giai đoạn trễ, khoảng 60 - 80% bệnh ở giai đoạn III-IV với 5% đã có di căn xa và 40% đã ảnh hưởng toàn thân [1,2,4,5,11-15,26].

Triệu chứng khởi phát thường gặp là nuốt vướng và hạch cổ. Bệnh giai đoạn trễ có nhiều triệu chứng hơn như nuốt khó, nuốt đau, đau tai hoặc khàn giọng và khó thở khi bướu lan đến thanh quản. UTHH có tiên lượng xấu nhất trong các ung thư vùng đầu cổ, bướu vùng sau nhĩn có khuynh hướng ăn lan thanh quản sớm với tiên lượng sống còn thấp nhất 25% chung cho các giai đoạn. Sau điều trị triệt để khoảng 50% bệnh nhân UTHH sẽ có tái phát tại chỗ, tái phát hạch hay

di căn xa, 20 - 25% sẽ xuất hiện ung thư thứ 2 (vùng đầu cổ, thực quản hay ung thư phổi) [1,5,11,12,25].

Nội soi thực quản, CTScan, MRI giúp đánh giá mức độ ăn lan của bướu, tình trạng di căn hạch vùng và di căn xa. Đánh giá giai đoạn, lập kế hoạch điều trị và theo dõi sau điều trị [21,28]. PET- CT giúp đánh giá thêm các tổn thương nghi ngờ trên CTScan, MRI và nhất là xác định các ổ di căn xa. Sinh thiết bướu hay hạch để xác định giải phẫu bệnh. Chọc hút hạch bằng kim nhỏ giúp chẩn đoán hạch di căn.

UTHH có tiên lượng sống còn thấp, bệnh giai đoạn III-IV cho kết quả sống còn 5 năm cao nhất khi kết hợp phẫu thuật và xạ trị bổ túc với 34,5%, xạ trị đơn thuần là 22.6%, 18.9% nếu chỉ phẫu thuật, và 8.8% nếu không điều trị [5].

Điều trị UTHH giai đoạn III - IV

Theo NCCN 2021, điều trị UTHH giai đoạn III- IV là phẫu thuật + bổ túc với hóa xạ trị. UTHH giai đoạn III- IV điều trị ban đầu bằng phẫu thuật cho tỉ lệ sống còn tốt hơn hóa xạ trị [3,4,29,30].

Có thể chọn lựa hóa trị dẫn đầu, hay còn gọi là hóa trị gây đáp ứng. Sau đó có thể phẫu thuật hoặc hóa xạ tùy thuộc tỉ lệ đáp ứng.

Hiện nay thuốc nhắm trúng đích ngày càng chứng tỏ vai trò với UTHH giai đoạn trễ [31,33-35]. UTHH hoặc ung thư thanh quản tái phát hay tồn lưu sau hóa xạ trị thì phẫu thuật là chọn lựa duy nhất [36].

Phẫu thuật triệt để cắt toàn bộ thanh quản, cắt một phần hoặc toàn bộ hạ họng. Cắt thùy tuyến giáp cùng bên bướu hoặc cắt giáp gần trọn, nạo hạch cổ trung tâm và nạo hạch cổ bên một hoặc hai bên [2]. Có thể cắt thêm phần miệng họng hay đoạn thực quản cổ.

Nguy cơ di căn hạch cao nên phẫu thuật luôn kèm nạo hạch cổ cùng bên bướu dù có hay không có di căn hạch. Phẫu thuật nạo hạch cổ bên bao gồm nạo vét các nhóm hạch II, III, IV, V. Nạo hạch nhóm VI và có thể kèm nạo hạch sau họng. Nạo hạch cổ bên dự phòng khi bướu T4, bướu vùng sau nhân hoặc thành sau họng, bướu thành bên hạ họng hay xoang lê lan đến đường giữa [39,40].

Xạ trị đóng vai trò quan trọng với hầu hết bệnh nhân UTHH. Xạ trị tham gia nhiều phác đồ như phối hợp hóa trị hoặc bổ túc sau phẫu thuật. Xạ trị đơn thuần cho hiệu quả kém [21,31,41-45]. Xạ trị

bỏ tức khi có các yếu tố bất lợi như: hạch xâm lấn vỏ bao, diện cắt dương, diện cắt gân, pT3 hoặc pT4, pN1 hoặc pN2, bướu xâm lấn thần kinh, mạch máu, lymphô.

Điều trị kết hợp hóa xạ trị đồng thời giúp cải thiện thời gian sống còn cho UTHH tiến triển tại chỗ, tại vùng tốt hơn xạ trị hoặc hóa trị đơn thuần. Hóa trị dẫn đầu giúp dự đoán khả năng đáp ứng của xạ trị, hoặc giúp giảm giai đoạn bướu và hạch, tạo thuận lợi cho phẫu thuật triệt để. Hóa xạ trị đồng thời (HXTĐT) là điều trị hỗ trợ tiêu chuẩn sau phẫu thuật khi mô học bướu, hạch xâm lấn thần kinh hạch bạch huyết, nguy cơ di căn xa [41,42,44].

Phẫu thuật tái tạo họng - thực quản

Phẫu thuật điều trị UTHH giai đoạn III-IV thường để lại khuyết hồng lớn nên là thách thức cho phẫu thuật viên nhằm che lấp khuyết hồng và phục hồi sự liên tục của đường tiêu hóa. Việc chọn lựa vật tái tạo phụ thuộc vào nhiều yếu tố như độ rộng hay loại khuyết hồng, nguy cơ biến chứng, kinh nghiệm của ê kíp phẫu thuật và điều kiện cơ sở vật chất, thiết bị y tế tại cơ sở điều trị. Kết quả tái tạo lý tưởng là phục hồi sớm đường tiêu hóa để người bệnh có thể nuốt, nói và giảm thiểu biến chứng rò hay chít hẹp đường ăn cũng như nguy cơ và biến chứng tử vong sau điều trị [48-51].

Vật tái tạo cần phải có độ mềm mại, linh động phù hợp cho niêm mạc vùng hạ họng. Đảm bảo phục hồi nuốt tốt, không làm chậm các điều trị bổ túc và vật chịu được các ảnh hưởng của điều trị bổ túc. Ernest S Chiu [52] chỉ định tái tạo họng thực quản khi (1) khuyết hồng chiếm 2/3 chu vi, (2) bướu liên quan thành sau họng và (3) bướu lan khoảng sau nhĩ hoặc lan thực quản.

Chọn lựa vật tái tạo Vật có cuống vẫn là một lựa chọn an toàn hơn cho nhóm bệnh nhân có nguy cơ hô hấp hay tim mạch cao không chịu được thời gian phẫu thuật quá dài hoặc những bệnh nhân có bệnh lý mạch máu xơ hẹp nặng. Tuy vậy chưa có một đánh giá hoàn chỉnh nào nhằm so sánh kết quả tái tạo, tỷ lệ biến chứng nhằm xác định ưu thế của mỗi vật tái tạo.

Vật tự do vì phẫu là vật liệu lý tưởng trong tái tạo họng - thực quản nhưng đòi hỏi kỹ thuật nối vi phẫu, phối hợp nhiều kíp phẫu thuật và theo dõi sau phẫu thuật phức tạp hơn. Tuy vậy những ưu điểm

mang lại không quá nổi trội so với vật tại vùng. Vật có cuống tại vùng vẫn được nhiều tác giả chọn lựa hơn do hầu hết các khuyết hồng chỉ chiếm một phần hạ hống, thời gian lấy vật ngắn hơn, không đòi hỏi kỹ thuật vi phẫu và thời gian hậu phẫu, nằm viện ngắn, chi phí thấp hơn [11,18,48,50,53-57].

Có nhiều vật tự do dùng cho tái tạo hống - thực quản:

Vật cẳng tay quay được giới thiệu bởi Yang năm 1985. Vật ghi nhận kết quả thẩm mỹ tại vị trí cho vật kém và hạn chế nhẹ vận động cổ - bàn tay. Tỷ lệ rò và hẹp sau tái tạo bằng vật cẳng tay quay còn cao [49,56,58].

Vật đùi trước ngoài được Song và cs phát hiện, mô tả đầu tiên năm 1984. Vật đùi trước ngoài có tính linh hoạt trong tái tạo hống-thực quản và có diện tích da lớn. Chiều dài cuống của vật đùi trước ngoài tự do đủ dài, tỷ lệ tử vong chu phẫu là cực kỳ hiếm đối với chuyển vật đùi trước ngoài tự do và tỷ lệ biến chứng tại vùng cho vật thấp [59].

Vật hồng tràng tự do một lựa chọn tái tạo rất phổ biến. Vật phù hợp cho các khuyết hồng chiếm trọn chu vi và chiều dài khuyết hồng lớn. Giới hạn liều xạ trị bổ túc tối đa cũng là một hạn chế của vật hồng tràng [18,38,62].

Tái tạo bằng vật có cuống cũng rất đa dạng:

Vật da- cơ ngực lớn hoặc vật cân cơ ngực lớn: Thời gian lấy vật nhanh, tương đối đơn giản, độ tin cậy cao và đặc biệt là các trường hợp cần vật có thể tích lớn. Tuy nhiên, kết quả về thẩm mỹ và chức năng ở vùng nhận vật khá kém, gặp bất lợi ở nữ giới do vương mô tuyến vú, Đặc biệt, do kích thước vật lớn và dày nên khó tạo hình ống trong tái tạo khuyết hồng toàn bộ hạ hống.

Vật da - cơ lưng rộng có cuống: có góc xoay rộng, kích thước vật lớn, cuống mạch đáng tin cậy, lớp đệm cơ đủ để bảo vệ các cơ quan quan trọng và đảo da không có lông như với vật da - cơ ngực lớn. Hạn chế là cần thay đổi tư thế trong lúc phẫu thuật [60,68].

Vật đảo động mạch trên đòn

VĐĐMTĐ là vật da cân vùng trên đòn- vai. Vật có độ dày phù hợp độ dày thành hống, không có lông, chất liệu mềm mại và linh hoạt. Thời gian lấy vật ngắn và khá an toàn. Khuyết hồng nơi lấy vật

ít bị ảnh hưởng về chức năng và thẩm mỹ. Các thống kê cho thấy VDDMTĐ được nhiều tác giả đồng thuận là vật có cuống phù hợp nhất cho tái tạo họng thực quản

Cơ sở tái tạo vạt trên đòn

Giải phẫu học mạch máu trên đòn qua các nghiên cứu khá hằng định. Theo Lamberty, động mạch trên đòn 97% xuất phát từ động mạch ngang cổ và 3% xuất phát từ động mạch trên vai [81]. Theo nghiên cứu của nhiều tác giả như Pallua 2000, Trần Văn Anh 2005 hay Võ Quang Vinh 2009 thì đều ghi nhận 100% động mạch trên đòn xuất phát từ động mạch ngang cổ [8,81,82].

Theo Pallua, cuống mạch máu trên đòn nằm trong tam giác được giới hạn bởi bờ sau cơ ức đòn chũm, tĩnh mạch cảnh ngoài và 1/3 trong của xương đòn. Động mạch có đường kính trung bình $1,5 \pm 0,34$ mm, động mạch xuyên cân sâu ở vị trí khoảng $3 \pm 0,7$ cm phía trên xương đòn tại khoảng cách $8,2 \pm 1,7$ cm từ khớp ức đòn và cách bờ sau cơ ức đòn chũm sấp xỉ $2,1 \pm 0,9$ cm. Điểm xuyên cân sâu thường nằm phía ngoài tĩnh mạch cảnh ngoài và trước bờ trước cơ thang. Động mạch trên đòn có đường kính ổn định và hầu như không thay đổi suốt hành trình của nó, điều này rất có lợi trong thiết kế vạt trực [82].

Phạm vi cấp máu của động mạch cho vạt trên đòn được Baudet J và Martin D [85] xác định với vùng an toàn và vùng mở rộng: (1) Vùng vạt an toàn của động mạch trên đòn với ranh giới trước không vượt quá bờ trên của xương đòn. Đầu xa của vạt có thể vượt quá đầu ngoài xương đòn 2 -3 cm, ranh giới sau vượt quá bờ trước cơ thang 1 - 2 cm. Ranh giới trong của vạt nằm trên vùng tam giác cổ và tương ứng với nguyên ủy động mạch ngang cổ. (2) Vùng cấp máu bổ sung của vạt trên đòn nhờ hiện tượng mở thông đầu tận với nhánh delta của động mạch mũ cánh tay sau. Khi đó ranh giới trước của vạt có thể cách bờ dưới xương đòn 2 cm, áp dụng cho phần nửa ngoài của xương đòn và chiều dài vạt đạt tới 20 – 22 cm.

Có thể tăng chiều rộng cho vạt da cân trên đòn về phía sau lưng nhưng phải phẫu tích cả một phần cơ thang nằm trong vạt da hoặc bảo tồn được nhánh tận của động mạch ngang cổ nông. Ngoài ra với nhánh ngực của động mạch trên đòn thông nối với các nhánh của

động mạch ngực trong, dưới đòn và khi bảo tồn thân kinh trên đòn thì vật có thể mở rộng phía dưới xuống vùng ngực [7,86].

Vùng cổ trước có hai tĩnh mạch tùy hành với động mạch trên đòn, chúng thường đổ về tĩnh mạch ngang cổ, một trong hai tĩnh mạch này có thể đổ về tĩnh mạch cảnh ngoài, dẫn lưu máu cho da vùng đầu gần cơ delta. Đầu xa của da vùng cơ delta thì hồi lưu máu bởi tĩnh mạch dưới da, sau đó đổ vào tĩnh mạch đầu. Ngoài ra có có một số hồi lưu tĩnh mạch xuyên da đến tĩnh mạch mũ cánh tay

Các nghiên cứu về giải phẫu học vật trên phẫu thuật xác tươi giúp ứng dụng và mở rộng chỉ định nên vật trên đòn được sử dụng rộng rãi, phổ biến hơn [83,87]. Wang và cs (2003) đã mô tả sự tiếp nối của các mạng mạch máu từ các nhánh động tĩnh mạch da của vùng này thông qua mạng lưới mạch kết hợp giữa động tĩnh mạch cánh tay (các nhánh xuyên cơ da delta và cơ tam đầu) với động tĩnh mạch trên đòn (hệ mạch cổ ngang) và hệ mạch cùng vai ngực [34]. Nghiên cứu Jiang trên 33 xác tươi với chụp mạch máu cản quang tái tạo 3D đã ghi nhận mạng thông nối giữa các nhánh mạch máu vùng cùng đòn. Các thông nối với động mạch mũ cánh tay sau, nhánh cùng của động mạch cùng vai ngực 95 - 97%, nối với nhánh của động mạch trên vai là 63%. Hệ thống thông nối này là cơ sở để phát triển vật mở rộng ra sau và kéo dài xuống vùng cánh tay mà vẫn đảm bảo cấp máu vật [7,90]. Nghiên cứu cũng cho thấy các mạng mạch thông nối ở ngay sát phía trên lớp cân sâu nên việc bóc tách cần lấy sát màng xương từ mỏm cùng vai trở vào trong để bảo tồn mạng mạch thông nối [7,87,93].

Ưu điểm: Thu hoạch vật trên đòn tương đối đơn giản và nhanh chóng. Vật có độ tin cậy cao với quy trình lấy vật có thời gian ngắn hơn và không cần yêu cầu chuyên môn vi phẫu. Vật có thể áp dụng cho những bệnh nhân tuổi cao hoặc có bệnh lý nội khoa không thể thực hiện cuộc phẫu thuật kéo dài. Vật trên đòn có kết cấu và độ dày, màu sắc phù hợp. Vật cũng có độ uốn lượn, góc xoay rộng giúp linh hoạt cho các khuyết hồng. Ngoài ra, vùng da này không có lông, ít mỡ nên vật mỏng, thích hợp cho việc tái tạo các vùng cổ và họng. Khuyết hồng nơi lấy vật thường may khếp và ít ảnh hưởng chức năng.

Chống chỉ định tuyệt đối khi tính toàn vẹn của cuống mạch đã bị tổn thương. Điều này có thể xảy ra trong trường hợp nạo hạch cổ hoặc nạo hạch cổ nhóm IV, V nơi mà động mạch ngang cổ có thể

bị cắt đứt hoặc các phẫu thuật vùng xương đòn, vai trước đó có thể làm tổn thương mạch máu trên đòn.

Cải tiến và mở rộng phạm vi lấy vạt

Việc xác định chính xác đường đi mạch máu trên đòn nhằm tránh tổn thương bó mạch, đa số các tác giả dùng siêu âm doppler cầm tay để định vị trên da đường đi của bó mạch trên đòn. Một số tác giả dùng chất phát huỳnh quang indocyanine green trước và trong lúc phẫu thuật giúp nhìn rõ đường đi mạch máu trên đòn [6,9]. Với các nghiên cứu Jang trên xác tươi và thực hành lâm sàng, hiểu biết về mạng mạch cấp máu vùng cùng đòn - vai được thấu đáo hơn. Vì vậy phạm vi lấy vạt được mở rộng hơn so với kinh điển, giúp gia tăng kích thước mà vẫn đảm bảo an toàn cấp máu vạt.

Các nghiên cứu ứng dụng vạt trên đòn trong tái tạo họng - thực quản

Chiu và cs ghi nhận vạt dễ thực hiện và có tính linh hoạt cao, ít biến chứng [48,52,96]. Tuy nhiên khi sử dụng vạt trên đòn trong các tái tạo không gian ba chiều như vòm khẩu cái, amidan, đáy lưỡi thì vạt còn một số hạn chế và có tỉ lệ thành công thấp hơn [77,78,97].

So sánh vạt trên đòn với các vạt tự do trong tái tạo các khuyết hổng vùng đầu cổ, Jay và cộng sự đã báo cáo 34 trường hợp tái tạo vùng đầu cổ (18 vạt trên đòn so với 16 vạt tự do). Kết quả vạt trên đòn có kích thước lớn hơn ($164,6 \pm 60$ cm so với 111 ± 68 cm, $p < 0,05$). Thời gian phẫu thuật được rút ngắn hơn (588 ± 131 phút so với 816 ± 149 phút, $p < 0,05$). Giảm thời gian nằm hồi sức (1,8 so với 5,6 ngày, $p < 0,05$) và tỷ lệ biến chứng chung giữa hai nhóm là không khác biệt (vạt trên đòn 9% so với vạt tự do 44%). Nhìn chung vạt trên đòn trong tái tạo họng - thực quản có tỷ lệ biến chứng rò hoặc hở miệng nói thấp tương ứng khoảng 16% và 17%. Tỷ lệ hoại tử vạt chỉ 4 - 6% nên đây là một vạt rất an toàn. Vạt có thể ứng dụng rất tốt trong phần lớn các khuyết hổng sau cắt bỏ ung thư vùng họng - thực quản, đặc biệt là các khuyết hổng rộng, ảnh hưởng đến nhiều cấu trúc, cơ quan kề cận [55,87,98-101].

Xạ trị trước vào vùng bướu và hạch cổ cũng ít gây ảnh hưởng đến chất lượng của vạt tái tạo. Báo cáo của Shantanu và cộng sự tại Trung tâm Ung Thư Memorial Sloan Kettering, New York đã nhận

định tính an toàn cao về tiêu chuẩn ung thư học và kết quả phẫu thuật trong việc sử dụng vật trên đòn [94]. Theo các tác giả, việc nạo hạch tiêu chuẩn hoàn toàn không ảnh hưởng đến cuống mạch trên đòn. Chất lượng vật không bị ảnh hưởng do nguồn cấp máu hệ mạch trên đòn - ngang cổ nằm thấp tại nền cổ, cuống mạch là hằng định và có kích thước khá lớn [29,78,91,94].

Việc bảo tồn thần kinh trên đòn vật trên đòn giúp cảm nhận nhiệt độ khi ăn uống tại vùng tái tạo. Đây cũng chính là “monitor” giúp theo dõi tình trạng của vật sau tái tạo và là một ưu điểm khi so sánh với các vật khác [85,86]. Ngoài ra, việc bảo tồn thần kinh trên đòn còn giúp mở rộng phạm vi lấy vật xuống phần ngực vai [86]. Đây cũng là một lý do để lựa chọn vật giúp cải thiện chất lượng cuộc sống.

Tại Việt Nam, vật da cân trên đòn được ứng dụng tạo hình khuyết hồng sau điều trị các sẹo bỏng và bứu mạch máu vùng cổ cho kết quả thẩm mỹ tốt. Tác giả Trần Thiết Sơn và cs đã báo cáo sử dụng vật trên đòn trong tái tạo sẹo bỏng vùng đầu cổ năm, vật phù hợp khuyết hồng phần mềm vùng cổ về độ dày, màu sắc. Vũ Quang Vinh hay Trần Văn Anh cũng sử dụng vật trên đòn để điều trị các trường hợp sẹo co rút vùng mặt cổ do bỏng và nghiên cứu về giải phẫu học mạch máu trên đòn của người Việt [8,86,92]. Nguyễn Anh Khôi và cs đã có báo cáo sử dụng VĐĐMTĐ tái tạo khuyết hồng trong ung thư hốc miệng đạt hiệu quả cao với tỉ lệ biến chứng chấp nhận được. [97]

3. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

Bệnh nhân UTHH giai đoạn T3-4 N0-3 M0 theo phân loại của AJCC 8 – 2017 hoặc bệnh nhân UTHH đã được điều trị bằng xạ trị hoặc hóa trị nhưng hiện tồn lưu hoặc tái phát bứu còn khả năng phẫu thuật triệt để.

Kết quả mô bệnh học là ung thư biểu mô tế bào gai xâm lấn.

Tổng trạng tốt, với chỉ số toàn trạng KPS 80 – 100.

Bệnh lý và các rối loạn nội khoa đi kèm có thể cho phép cuộc phẫu thuật kéo dài hơn 4 giờ.

Bệnh nhân chưa từng mắc bệnh ung thư khác.

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu và được điều trị phẫu thuật cắt hạ họng thanh quản có tái tạo khuyết hồng họng bằng vật trên đòn.

Tiêu chuẩn loại trừ

Phát hiện có bệnh ung thư khác kèm theo

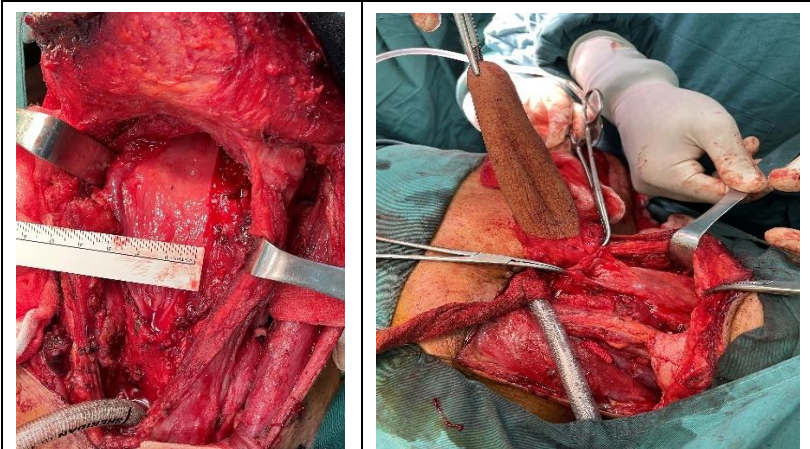
Bệnh nhân bị bệnh lý nội khoa không thể phẫu thuật được

Mất thông tin sau điều trị, không đủ thời gian theo dõi.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 01/2021 đến tháng 09/2023, tại Khoa Ngoại Đầu cổ - Tai mũi họng, Bệnh viện Ung bướu TP. Hồ Chí Minh.

Cỡ mẫu cho nghiên cứu: Bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh và loại trừ sẽ được tham vấn điều trị phẫu thuật, giải thích các bước điều trị, nguy cơ và lợi ích. Những bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ được chọn và đưa vào nhóm nghiên cứu cho đến khi đủ mẫu theo thiết kế.

Quy trình nghiên cứu:



Đo khuyết hồng

Tái tạo khuyết hồng

Phẫu thuật cắt toàn phần thanh quản kèm cắt toàn bộ hay một phần hạ họng + nạo hạch cổ + cắt giáp và nạo hạch nhóm trung tâm.

Xác định kích thước và thành phần khuyết hồng. Thiết kế vạt trên đòn và thu hoạch vạt

Theo dõi vạt tái tạo

Vạt nằm sâu trong vùng hạ họng nên khó theo dõi bằng mắt. Chúng tôi soi hạ họng sau tái tạo bằng ống soi mềm mỗi ngày trong 72 giờ đầu. Quan sát vạt, ghi nhận màu sắc, tình trạng chảy máu khi

test vạt, độ hở vết khâu ngay sau phẫu thuật. Khi vạt tái tạo vùng đáy lưỡi hoặc khi có phần tái tạo da cổ đi cùng thì có thể kiểm tra bằng mắt thường và châm kim đánh giá cấp máu vạt. Trường hợp nghi ngờ chèn ép vạt, có biến chứng tụ dịch hay lượng dịch dẫn lưu nhiều thì cần soi ngay để đánh giá tưới máu vạt. Nội soi lặp lại trong tuần đầu tiên hoặc khi nghi ngờ có biến chứng vạt. Cần ghi nhận màu sắc vạt, tình trạng tưới máu, giả mạc viêm dọc theo đường khâu vạt da và niêm mạc, mức độ hở vết khâu, độ rộng miệng thực quản.

Nếu vết hở nhỏ sẽ băng ép trọng điểm điều trị nội khoa bảo tồn, sau đó nội soi đánh giá lại để can thiệp sớm, kịp thời. Nếu hở vạt nhỏ ≤ 2 cm, vạt hồng, tưới máu tốt, không hoặc rò dịch ít: chúng tôi băng ép trong điểm, thay đổi kháng sinh và theo dõi. Nếu vạt hở > 2 cm, hoặc ghi nhận da vạt trắng nhạt do thiếu máu, không chảy máu sau đâm kim khi soi chúng tôi sẽ mở vết phẫu thuật kiểm tra đánh giá vạt và có thể can thiệp thay thế vạt mới trên đòn đổi bên hoặc sử dụng vạt khác như vạt da cơ ngực lớn. hoại tử vạt hoặc rò dịch không cải thiện với nội khoa băng ép, chúng tôi sẽ phẫu thuật lại để cắt lọc và khâu lại chỗ rò.

Xử lý các biến chứng, xác định thời điểm rút ống nuôi ăn

Điều trị bổ túc và đánh giá phục hồi chức năng. Đánh giá chức năng nuốt qua nội soi, bảng đánh giá và chụp hình hợng- thực quản có cản quang.

Phương pháp, công cụ đo lường và thu thập số liệu

Các biến số được ghi nhận từ hồ sơ bệnh án và phiếu ghi nhận các biến số theo các thời điểm nhập viện, chẩn đoán, ngày phẫu thuật, hậu phẫu, ngày hoàn tất điều trị bổ túc và các thời gian tái khám.

Thu thập thông tin qua số điện thoại bệnh nhân và người thân những bệnh nhân chưa thể tái khám theo hẹn và ghi nhận các thông số đánh giá chức năng nuốt, ghi nhận thời gian và bất cứ nguyên nhân gì gây tử vong.

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

4. KẾT QUẢ

Có 30 bệnh nhân tham gia nghiên cứu. Bước T4 có 19 ca chiếm 63,3% và hạch cổ di căn N2-N3 chiếm 80% các trường hợp.

25 trường hợp cắt một phần hạ họng và 5 bệnh nhân cắt toàn bộ hạ họng. Nạo hạch cổ bên 26 trường hợp, 15 trường hợp nạo hạch cổ 2 bên.

Diện tích khuyết hồng 30-105 cm². Chiều dài khuyết hồng lớn nhất là 15 cm và vạt dài nhất là 25 cm.

Lấy vạt cùng bên nạo hạch là 15 trường hợp. Nạo hạch sau họng 5 trường hợp và tất cả đều được nạo hạch nhóm trung tâm.

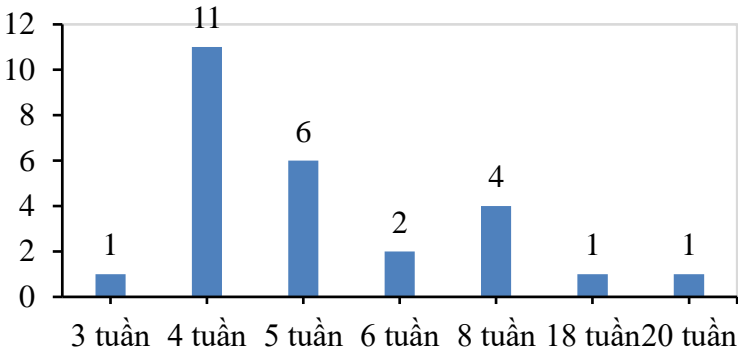
Bảng 3.4. *Mức độ cắt rộng*

Mức độ phẫu thuật	Giai đoạn bướu	Cắt mở rộng			Tổng (%)
		Không	Cắt miệng họng	Cắt thực quản	
Cắt thanh quản + một phần hạ họng	T3	7	1	2	25 (83,3)
	T4	9	3	3	
Cắt thanh quản + toàn phần hạ họng	T3	0	0	1	5 (16,7)
	T4	1	0	3	
Tổng (%)		17 (56,7)	4 (13,3)	9 (30,0)	30 (100,0)

Thời gian lấy vạt trung bình 50 phút và thời gian phẫu thuật trung bình 267 phút. Tỷ lệ biến chứng là 1/3 các trường hợp với tụ dịch và rò dịch dưỡng chấp. Không có trường hợp nào chảy máu phải truyền máu. Có 3 trường hợp rò họng kéo dài.

Bảng 3.5 *Liên quan nạo hạch cổ và vị trí lấy vạt*

	N=30	Vị trí lấy vạt		Tổng (%)
		Tay trái	Tay phải	
Nạo hạch cổ	Không nạo	2	2	4 (13,3)
	Bên trái	0	6	6 (20,0)
	Bên phải	5	0	5 (16,7)
	Hai bên	9	6	15 (50,0)
Tổng (%)		16 (53,3)	14 (46,7)	30 (100%)



Biểu đồ 3. Thời gian rút ống nuôi ăn

Thời gian phẫu thuật

Thời gian lấy vạt trung bình chiếm khoảng 1/5 toàn bộ thời gian phẫu thuật toàn thể. Một số trường hợp có thời gian phẫu thuật rút ngắn khi phối hợp kíp phẫu thuật thứ hai để lấy vạt. Những trường hợp không nạo hạch hoặc nạo hạch cô một bên cũng giúp rút ngắn thời gian phẫu thuật, giảm nguy cơ biến chứng trong và sau phẫu thuật.

Biến chứng phẫu thuật

Biến chứng sau phẫu thuật xảy ra trên 10 bệnh nhân trong đó có 3 trường hợp nhiễm trùng, 8 trường hợp tụ dịch (trong đó có 4 trường hợp rò dưỡng chấp).

Tất cả các trường hợp đều được điều trị nội khoa với kháng sinh, kháng viêm kèm băng ép và điều trị hồi phục. Chỉ một trường hợp nhiễm trùng nơi lấy vạt phải can thiệp phẫu thuật. Tuy vậy có 3 bệnh nhân vẫn tiếp tục rò họng không rút được ống nuôi ăn, trong đó có một trường hợp rò sau khi rút ống nuôi ăn được mở dạ dày nuôi ăn và xạ trị bổ túc, hai bệnh nhân còn lại không đồng ý điều trị tiếp nên chỉ nuôi ăn qua ống mũi dạ dày. Cả 3 bệnh nhân này đều không đồng ý phẫu thuật thêm để vá lỗ rò.

Khuyết hỏng sau phẫu thuật:

Có 5 trường hợp khuyết hồng dạng ống và 25 trường hợp khuyết hồng một phần họng. Có 4 trường hợp khuyết hồng có thêm phần miệng họng- đáy lưỡi và 9 trường hợp có cắt thêm một phần thực quản.

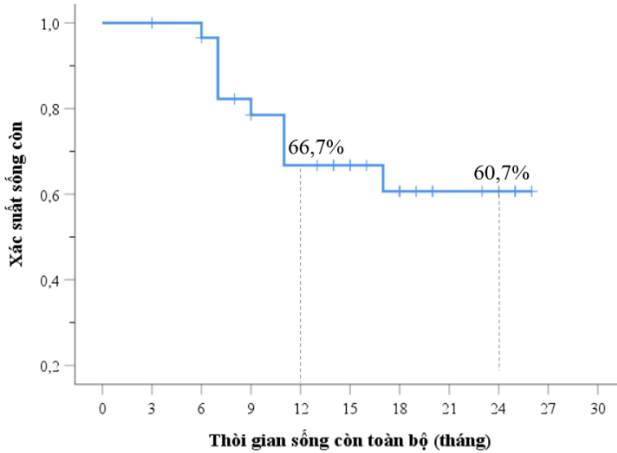
Khuyết hồng dài nhất 15 cm, với diện tích 30 - 105 cm². Có 4 trường hợp khuyết hồng đến vùng miệng họng hoặc thực quản nên chiều dài khuyết hồng lớn nhất đến 15cm.

Bảng 3.10. Kích thước vật và đảo da

Kích thước (N=30)	Ngắn nhất	Dài nhất	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Chiều dài (cm)	15	25	20,6	2,7
Chiều rộng (cm)	5	9	7	0,9
Chiều dài đảo da (cm)	5	15	9,3	2.3
Chiều rộng đảo da (cm)	5	8	6,8	0,8

Bảng 3.12. Điểm đánh giá chức năng nuốt theo thang điểm Anderson

Các nhóm điểm	Điểm thấp nhất	Điểm cao nhất	Trung bình
Cảm xúc (6)	25	30	29
Chức năng (5)	20	25	24
Thể chất (8)	31	40	36
Tổng cộng	80	99	92



5. BÀN LUẬN

Độ rộng phẫu thuật

Đối với UTHH, bứu thường lan dưới niêm và có tính đa ổ nên độ rộng của phẫu thuật phải rộng hơn các phân vùng ung thư đầu cổ khác [35,37,45,121]. Chúng tôi cắt rộng cách bờ bứu tối thiểu 1,5 cm phía trên và hai bên, 2 cm phía dưới. Kết quả diện cắt sau phẫu thuật khá an toàn với chỉ một trường hợp có diện cắt còn tế bào bứu tuy nhiên bệnh nhân này không đồng phẫu thuật lần 2. Do tính chất đa ổ và ăn lan dưới niêm mạc của ung thư hạ họng, các khuyến cáo về độ rộng phẫu thuật, nhất là các trường hợp tái phát sau xạ trị, thì diện cắt dưới có thể đến 3 cm.

Theo Dreyer cắt lạnh khó áp dụng trong phẫu thuật ung thư hạ họng thanh quản do cần đánh giá tổn thương cả bề mặt niêm mạc và độ ăn sâu (DOI). Tổn thương bứu xác định theo hình khối 3D nên rất khó định vị chính xác vị trí khi cắt lạnh [122].

UTHH cho di căn hạch sớm và nguy cơ di căn hạch đối bên do mạng mạch bạch huyết phong phú. Theo Alberto Deganello, chỉ định nạo hạch cổ trung tâm khi bứu ở đỉnh xoang lê, bứu lan hạ thanh môn, thực quản cổ, bứu vùng sau nhân hay thành sau họng và bứu T4 [123]. Theo nghiên cứu của Yu Heng, UTHH cho di căn hạch rất sớm, nhóm hạch di căn cao nhất là nhóm IIA và nhóm III. Hạch nhóm

I hiếm khi di căn nên đa số các trường hợp sẽ nạo hạch cổ các nhóm II, III, IV, V. Khuyến cáo nạo hạch nhóm V khi có di căn hạch nhóm III, IV trên lâm sàng. Nạo hạch cổ phòng ngừa sẽ không phải nạo hạch nhóm I và nhóm V [40]. Nghiên cứu ghi nhận 15 trường hợp (57,7%) được nạo hạch cổ hai bên với 6 trường hợp nạo hạch cổ phòng ngừa.

Di căn hạch cổ là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến tiên lượng bệnh. CTscan, MRI, siêu âm và ngay cả PET/CT hoàn toàn không thể phát hiện ra các di căn vi thể. Nạo hạch phòng ngừa giúp gia tăng kiểm soát bệnh nhưng cũng làm gia tăng thời gian phẫu thuật và tăng tỉ lệ biến chứng điều trị. Theo Yu Heng, nạo hạch cổ chọn lọc có thể không cần thiết đối với một số trường hợp vì sẽ làm kéo dài thời gian phẫu thuật và gia tăng tỉ lệ biến chứng [39,40]. Hầu hết các trường hợp ung thư hạ họng đều được xạ trị bổ túc vào nền bướu và hạch cổ hai bên nên việc nạo hạch cổ phòng ngừa đối bên vẫn còn tranh cãi.

Nạo hạch cổ nhóm IV sẽ có nguy cơ ảnh hưởng đến cuống vạt trên đòn. Theo Shantanu việc nạo hạch cổ và xạ trị trước phẫu thuật không làm ảnh hưởng nguy cơ khi tái tạo vạt trên đòn [94]. Tuy vậy cần một số lưu ý (1) không bóc tách vạt da không tách quá bờ sau cơ ức đòn chũm do nguy cơ làm tổn thương hồi lưu tĩnh mạch, (2) cần xác định và bảo tồn mạch máu ngang cổ và nhánh chia nhất là nhánh động mạch trên đòn, (3) hạn chế làm tổn thương hoặc khâu cột ống ngực và các mạch bạch huyết nhằm hạn chế nguy cơ rò dưỡng chấp.

Khuyết hồng và vạt tái tạo

Khuyết hồng

Chúng tôi đã sử dụng vạt trên đòn tái tạo với kích thước lớn, phạm vi lấy vạt đến 1/3 giữa cánh tay, nhất là với khuyết hồng toàn bộ hạ họng. Vạt lớn nhất trong nghiên cứu với kích thước 25 x 9 cm tái tạo toàn bộ hạ họng và một phần đáy lưỡi. Với khuyết hồng kèm theo phần thực quản thì không làm gia tăng kích thước vạt. Do giảm độ dài phần vạt đi trong đường hầm nên không làm tăng chiều dài vạt. Có 5 trường hợp cắt thêm phần miệng họng - đáy lưỡi thì chiều dài vạt có tăng hơn và chiều dài xa nhất là 25 cm cũng hoàn toàn thuận lợi với phạm vi mở rộng của vạt. Theo cơ chế cấp máu từ các nhánh xuyên cơ, nên chúng tôi mạnh dạn lấy thêm phần cơ delta giúp gia tăng khối cơ cho khuyết hồng đáy lưỡi vừa bảo tồn đường đi mạch máu trên cân cơ.

Theo khuyến cáo của Henin (2018) tổng kết các nghiên cứu liên quan chiều dài vạt trên đòn và nguy cơ hoại tử vạt từ 1997 - 2017 cho thấy chiều dài an toàn vạt trên đòn là dưới 22 cm [75]. Đây có thể là giới hạn cấp máu của nhánh trên đòn đơn thuần vì khi cần vạt trên đòn có chiều dài trên 22 cm thì chiều dài vạt phải lấy đến vùng cánh tay sẽ làm tăng nguy cơ hoại tử đầu xa vạt do thiếu cấp máu. Theo thực tế của nghiên cứu này, việc tinh chỉnh cuống vạt tốt cũng giúp gia tăng độ vươn xa và sự linh hoạt của vạt.

Chọn lựa vạt tái tạo

Có nhiều chọn lựa vạt để tái tạo khuyết hồng hạ họng – thực quản. Tại khoa đầu cổ bệnh viện chúng tôi, vạt vi phẫu được sử dụng khá phổ biến. Tuy nhiên vạt có cuống tại vùng vẫn được chọn lựa hơn do việc tái tạo bằng vạt vi phẫu cần phối hợp ê kíp phẫu thuật, cũng như hậu phẫu cần theo dõi và chăm sóc phức tạp hơn. Vạt da cơ ngực lớn vẫn được nhiều phẫu thuật viên chọn lựa do kỹ thuật đơn giản hơn và vạt khá an toàn. Vạt da cơ ngực lớn thường được sử dụng cho các trường hợp thất bại với các vạt trước đó, khuyết hồng lộ mạch máu lớn hoặc thường chỉ chọn lựa với khuyết hồng một phần hạ họng.

Vạt trên đòn là vạt da cân có độ dày vạt phù hợp với độ dày thành họng, da vạt không có lông, thời gian lấy vạt ngắn và khá an toàn, chất liệu mềm mại và linh hoạt trong tái tạo họng thực quản. Tỷ lệ biến chứng hoại tử vạt thấp cho thấy đây là chọn lựa phù hợp cho khuyết hồng hạ họng thực quản. Do chất liệu phù hợp với niêm mạc vùng họng – thực quản nên vạt trên đòn đem lại hiệu quả phục hồi chức năng và thẩm mỹ cao.

Thiết kế vạt trên đòn

Hiện nay theo cơ chế cấp máu ngược dòng (supercharge) thì vùng vai- cánh tay sẽ được cấp máu từ mạng mạch thông nối vùng cùng vai từ các nhánh cùng vai của động mạch mũ cánh tay sau, nhánh cùng của động mạch trên đòn và nhánh delta của động mạch cùng vai ngực với tỉ lệ cao đến 97% [7]. Vì vậy khi bảo tồn được sự thông nối này thì vạt trên đòn có thể mở rộng đến 2/3 trên cánh tay với chiều dài vạt có thể đến 35 cm. Khi đó cấp máu vạt vẫn là vạt trực nên vẫn đảm bảo cấp máu đầu xa vạt ổn định [6,7,9]. Trong nghiên cứu, chúng tôi mở rộng phạm vi lấy vạt đến 2/3 trên cánh tay cho những khuyết hồng lớn và lan vùng họng miệng. Ngoài ra, do mạng mạch thông nối với

nhánh mũ cánh tay sau của động mạch cùng vai ngực nên có thể mở rộng chiều ngang của vạt ra phân sau mòm cùng vai với các khuyết hồng cần độ rộng vạt.

Kỹ thuật lấy vạt và những cải tiến

Khi thu hoạch vạt, cần bảo tồn nguyên vẹn lớp cân cơ bằng cách lấy thêm một phần cơ delta theo cùng. Theo nghiên cứu của Jiang [7,90], hệ mạch thông nối vùng vai cánh tay chủ yếu ở lớp sâu sát với lớp cân cổ nông, nên việc bảo tồn lớp cân cơ là rất quan trọng và quyết định sự toàn vẹn của mạch máu nuôi vạt. Tất cả các trường hợp trong nghiên cứu sau khi thu hoạch vạt và đưa vạt lên vùng tái tạo đều được kiểm tra và ghi nhận vạt được cấp máu tốt.

Phạm vi bóc tách vạt

Theo cơ sở giải phẫu học mạch máu thì bó mạch trên đòn đi ngay sát phía trên cân cơ hướng về khớp ức đòn. Các nhánh cùng của động mạch trên đòn có nhiều thông nối với mạch máu vùng cùng vai như các nhánh của động mạch mũ cánh tay sâu và nhánh delta của động mạch cùng vai ngực [7,90,103]. Vì vậy cần mở rộng phạm vi lấy vạt khác với kỹ thuật lấy vạt trên đòn kinh điển.

Khi rạch da theo kích thước vạt thiết kế, chúng tôi sẽ rạch da vừa đến lớp cơ bám da cổ và mở rộng trường bóc tách lớp cân cơ bám da rộng. Bóc tách vạt luôn từ đầu xa vào. Diện bóc tách sâu quan trọng nhất vì cần bảo tồn lớp cân cơ, nên luôn tách kèm một phần cơ delta và khi tách đến vùng xương đòn thì cần lột cả phần màng xương theo vạt.

Phẫu tách cuống vạt cũng rất quan trọng, tách sát da vùng tam giác cuống mạch, lưu ý tĩnh mạch cánh ngoài. Khi vượt qua khỏi tam giác cuống mạch (tương ứng bờ sau cơ ức đòn chũm) mới được bóc tách sâu qua bó cơ ức đòn chũm để tạo đường hầm đưa vạt lên vùng tái tạo. Đường hầm phải đủ rộng tránh chèn ép cuống vạt. Sau khi đưa vạt qua hầm cần kiểm tra cấp máu qua cắt ngang đầu xa của vạt, cắt cho đến khi có rỉ máu tươi và cần kiểm tra tránh chèn ép hay xoắn vạt.

Việc tinh chỉnh cuống vạt giúp vạt trên đòn linh hoạt góc xoay, thẩm mỹ vùng cuống vạt và gia tăng độ vươn xa của vạt. Theo nghiên cứu giải phẫu học mạch máu trên đòn trên xác của người Việt Nam [8], thì độ dài đoạn tự do của động mạch trên đòn từ điểm tách

ra từ động mạch ngang cổ đến điểm xuyên qua cân cổ nông là 32,5 +/- 13 mm. Nếu tính luôn cả điểm xuất phát của động mạch ngang cổ từ thân giáp cổ thì cuống mạch có thể gia tăng khoảng 60,8 +/- 14,3 mm. Như vậy khi tinh chỉnh cuống mạch tốt thì có thể gia tăng độ vuron của vạt đến 10 cm (khi tách cuống càng cao thì sẽ càng giảm độ dài đoạn cuống vạt đi trong đường hầm) Việc tinh chỉnh cuống vạt cũng giúp tăng tính thẩm mỹ vùng hố trên đòn.

Theo dõi vạt sau tái tạo

Vùng tái tạo niêm mạc hạ họng – thực quản nằm hoàn toàn ở mặt bên trong nên việc theo dõi khó hơn so với các vạt tái tạo khuyết hồng da bên ngoài. Khi đó việc theo dõi tình trạng cấp máu vạt sau phẫu thuật rất quan trọng, quyết định sự thành công của vạt tái tạo, nhất là vạt vi phẫu. Việc theo dõi vạt trong 24 giờ đầu tiên luôn cần thiết nhằm đánh giá tình trạng chèn ép cuống giúp xử lý kịp thời.

Chúng tôi theo dõi vạt gián tiếp qua dấu hiệu sinh tồn, nhiệt độ, dịch dẫn lưu, tình trạng vết phẫu thuật của bệnh nhân hằng ngày sau phẫu thuật. Trường hợp có vạt da kèm bên ngoài hoặc có phần tái tạo lên đáy lưỡi thì chúng tôi có thể quan sát, đánh giá vạt trực tiếp thông qua màu sắc vạt hay châm kim vạt để kiểm tra tưới máu. Chúng tôi thực hiện nội soi hạ họng nhằm đánh giá tình trạng tưới máu vạt và thực hiện 3 ngày hậu phẫu đầu tiên. Ngoài ra có thể nội soi bất kỳ thời gian nào khi nghi ngờ nguy cơ vạt thiếu máu nuôi.

Chúng tôi thực hiện đánh giá với chụp CTscan vùng cổ ngực có kèm uống thuốc cản quang iod tan trong nước và tái tạo hình ảnh 3D. Phương pháp này cho hình ảnh đẹp và khách quan giúp đánh giá tình trạng rò hay mức độ rộng hẹp hạ họng mới sau tái tạo.

Chúng tôi đánh giá vạt qua nội soi giúp quan sát trực tiếp tình trạng vạt. Đánh giá độ liên kết vạt, mức độ rộng hẹp của hạ họng mới và tình trạng ứ đọng thức ăn. Nội soi hạ họng mới sau phẫu thuật không chỉ giúp phát hiện sớm các biến chứng để xử lý sớm mà còn giúp đánh giá hiệu quả vạt tái tạo.

Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy tỉ lệ sống của vạt gần như tuyệt đối. Kết quả cấp máu vạt liên quan kỹ thuật thu hoạch vạt và kiểm tra tưới máu trước khi may khuyết hồng là bước quan trọng nhất. Nội soi đánh giá an toàn vạt chỉ cần thực hiện một lần vào ngày hậu

phẫu thứ nhất. Các trường hợp có để phần da bên ngoài hay vạt lên cao đến vùng đáy lưỡi thì có thể kiểm tra trực tiếp hoặc nội soi gián tiếp qua ngã miệng. Nếu ghi nhận tưới máu tốt và không hở vết khâu thì chỉ soi đánh giá lại trước khi rút ống nuôi ăn hoặc khi nghi ngờ có biến chứng.

Ảnh hưởng nơi lấy vạt

Tất cả các trường hợp nơi lấy vạt được may khếp hoàn toàn mà không phải ghép da. Chúng tôi ghi nhận 4 trường hợp da nơi cho vạt bị thiếu máu nuôi gây loét da bề mặt. Điều này xảy ra có thể do cấp máu da vùng delta do các nhánh xuyên qua cơ delta của động mạch cùng vai ngực, nên khi bóc tách phần da này cần tránh đi dao điện hay bóc tách quá mỏng. Để khắc phục biến chứng này chúng tôi có khuynh hướng lấy đảo da ra phía trước nhiều hơn.

Đánh giá bằng chất lượng nuốt MD Anderson theo chủ quan của người bệnh ghi nhận tỉ lệ hài lòng cao với điểm trung bình 92/100 và số điểm về cảm xúc và chức năng được đánh giá cao.

Đánh giá khách quan của nhóm nghiên cứu theo thang phân loại nuốt MD Anderson ghi nhận mức độ rối loạn nuốt của bệnh nhân độ nhẹ và trung bình chiếm 80%. Cho thấy hiệu quả phục hồi chất lượng nuốt sau tái tạo khá tốt.

Tái phát và sống còn

Tái phát 46,7% (14/30 TH) phù hợp với y văn là 50% trường hợp ung thư hạ họng tái phát sau điều trị. Thời gian tái phát trung bình là 11,8 tháng (4 - 26 tháng).

Các trường hợp di căn xa đều có giai đoạn hạch sau phẫu thuật N2 và N3 cũng phù hợp với y văn khi hạch di căn và xâm lấn vỏ bao là yếu tố tiên lượng xấu trong ung thư hạ họng [39,106,127].

Sống còn

Kết quả sống còn là tiêu chí quan trọng để đánh giá hiệu quả của một mô thức điều trị ung thư. Với thời gian theo dõi trung vị 17,8 tháng, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận xác suất sống còn không bệnh 1 năm và 2 năm lần lượt là 67,5% và 46,9%, sống còn toàn bộ 1 năm và 2 năm lần lượt là 66,5% và 60,7%. Tương đương các nghiên cứu chung về UTHH.

6. KẾT LUẬN

1- Hiệu quả tái tạo và các yếu tố ảnh hưởng:

- Tất cả các trường hợp được phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần. 5 trường hợp cắt toàn bộ hạ họng và 25 trường hợp cắt bán phần hạ họng. Nạo hạch cổ 2 bên 57,5% và diện tích khuyết hồng lớn nhất là 105cm².

- Vạt thu hoạch có chiều dài vạt xa nhất là 25 cm, rộng 9 cm

- Tỷ lệ vạt sống là 100% và thời gian lấy vạt trung bình khoảng 50 phút.

- Tất cả khuyết hồng nơi lấy vạt đều được may khếp và không ảnh hưởng chức năng vận động và thẩm mỹ bên lấy vạt.

- Chỉ số BMI, nạo hạch cổ, mức độ khuyết hồng không ảnh hưởng kết quả tái tạo vạt trên đòn.

- Chức năng nuốt phục hồi tốt sau tái tạo với thời gian rút ống nuôi ăn trung bình sau 4 - 6 tuần, đánh giá chức năng nuốt sau khi hoàn tất điều trị là tốt (90% bệnh nhân ăn uống bình thường qua ngã miệng). Chỉ số đánh giá chức năng nuốt trung bình theo M.D Anderson là 92 điểm, thang đánh giá nuốt với 80% nuốt khó mức độ nhẹ và trung bình. Tỷ lệ rò họng sau phẫu thuật là 10%.

2. Kết quả sống còn:

- Tỷ lệ tái phát 46,7%, trung vị thời gian tái phát là 12 tháng và di căn xa liên quan các trường hợp hạch cổ N2 - N3.

- Tỷ lệ sống còn toàn bộ sau 2 năm là 60,7% và sống còn không bệnh 2 năm là 46,9%.

6. Kiến nghị

Vạt đảo động mạch trên đòn có thể ứng dụng rộng rãi trong tái tạo họng thực quản và trong tái tạo các khuyết hồng ung thư đầu cổ khác.

DANH MỤC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ CỦA TÁC GIẢ

LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

Các tác giả (2012), “Kinh nghiệm sử dụng vạt da cân thượng đòn tái tạo khuyết hồng trong phẫu thuật ung thư vùng đầu cổ giai đoạn muộn”, Tạp chí y học lâm sàng Bv TW Huế số 77/2022

Các tác giả (2025), “Supraclavicular Artery Island Flap as a Reliable Option for pharyngo- esophageal econstruction: Evidence from 30 Consecutive Cases” Journal of Medicinal and Pharmaceutical Chemistry Research 2025. Scopus