

# Đánh giá kết quả tạo hình che phủ bằng vật vi phẫu sau cắt bỏ ung thư trong khoang miệng

Bùi Mai Anh<sup>1</sup>, Vũ Trung Trực<sup>1</sup>, Trần Xuân Thạch<sup>1</sup>, Thịnh Thái<sup>1</sup>, Nguyễn Hồng Hà<sup>1</sup>, Tống Xuân Thắng<sup>2</sup>

1. Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, 2. Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

## Từ khóa:

Vật vi phẫu, ung thư khoang miệng, ung thư biểu mô tế bào vảy.

## Địa chỉ liên hệ:

Bùi Mai Anh, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức 40

Tràng Thi, Hoàn Kiếm, Hà Nội

Điện thoại: 0904 218 389

Email: [drbuiamaianh@gmail.com](mailto:drbuiamaianh@gmail.com)

**Ngày nhận bài: 29/9/2020**

**Ngày duyệt: 19/10/2020**

**Ngày chấp nhận đăng: 23/10/2020**

## Tóm tắt

**Đặt vấn đề:** Trong những năm gần đây, ung thư trong khoang miệng là bệnh lý thường gặp tại Việt Nam. Việc điều trị bệnh lý này yêu cầu phối hợp của nhiều chuyên khoa khác nhau như phẫu thuật cắt bỏ khối ung thư rộng rãi, tạo hình che phủ, hóa xạ trị... Tạo hình che phủ sau cắt bỏ ung thư trong khoang miệng luôn là một thách thức với các phẫu thuật viên. Báo cáo nhằm đưa ra kết quả và chia sẻ những kinh nghiệm của nhóm nghiên cứu trong sử dụng vật vi phẫu che phủ khuyết hổng trong khoang miệng sau cắt bỏ ung thư.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu lâm sàng trên 21 người bệnh được phẫu thuật cắt khối ung thư trong khoang miệng và che phủ khuyết hổng bằng vật vi phẫu lấy ngẫu nhiên về độ tuổi và giới tính. Đánh giá kết quả theo tỷ lệ sống của vật, mức độ che phủ, chức năng và thẩm mỹ sau phẫu thuật, tỷ lệ sống trên 05 năm của người bệnh.

**Kết quả:** 21 người bệnh có tỷ lệ nam/nữ : 15/6; độ tuổi từ 39 - 62 tuổi. Kết quả giải phẫu bệnh 16/21 người bệnh là ung thư biểu mô tế bào vảy; 3/21 là ung thư tuyến nước bọt phụ, 2/21 ung thư xương hàm dưới. Tỷ lệ người bệnh có điều trị hóa chất trước phẫu thuật là 4/21, xạ trị trước phẫu thuật là 6/21. Tỷ lệ sống vật 100 % là 19/21; hoại tử một phần đầu xa của vật 2/21. 19/21 người bệnh có xạ trị sau phẫu thuật. Tỷ lệ sống trên 5 năm đến thời điểm kết thúc nghiên cứu là 11/21.

**Kết luận:** Sử dụng vật vi phẫu trong che phủ khuyết hổng sau cắt bỏ ung thư là một lựa chọn tối ưu do có nhiều ưu điểm: khả năng che phủ rộng nên có thể cắt u rộng rãi, giữ được chức năng tối đa nơi bị cắt bỏ khối u, di chứng nơi cho vật là ít nhất. Tuy nhiên, kỹ thuật cần yêu cầu đội ngũ phẫu thuật viên đào tạo chuyên sâu, sự phối hợp đa chuyên khoa và trang thiết bị hiện đại.

# The result of using free flap reconstruction for oral cavity cancer

Bui Mai Anh<sup>1</sup>, Vu Trung Truc<sup>1</sup>, Tran Xuan Thach<sup>1</sup>, Thinh Thai<sup>1</sup>, Nguyen Hong Ha<sup>1</sup>, Tong Xuan Thang<sup>2</sup>

1. Viet Duc University Hospital, 2. National ENT Hospital

## Abstract

**Introduction:** In recent years, cancer in the oral cavity is a fairly common disease in Vietnam. The treatment of this pathology requires the coordination of many different specialties such as wide resection removal of the tumor, reconstructive surgery, radiotherapy ... Reconstruction of post-excision tumor in the oral cavity is always a challenge with the surgeon. The report aims for providing results and sharing the team's experience in using free flap to cover gaps in the oral cavity after cancer removal.

**Materials and Methods:** Cross-sectional study on 21 patients who had surgery to wide resection cancers tumor in the oral cavity and been covered with free flap. Research randomly selected for age and gender. The results are evaluate the flap survival rate, the degree of coverage, function and aesthetics after surgery, the 5-year overall survival rates.

**Results:** 21 patients had the ratio of male / female: 15/6; ages 39-62 years old. Pathologys results of 16/21 patients were squamous cell carcinoma; 3/21 is adenoma mucoepidermoid carcinoma, 2/21 mandibular osteosarcoma. The proportion of patients having chemotherapy before surgery is 4/21, radiation before surgery is 6/21. 100% flap survival rate is 19/21; Partial necrosis of the flap 2/21. 19/21 patients had radiation therapy after surgery. The 5 – years overall survival rate to the end of the study were 11/21.

**Conclusions:** Using free flap to cover the defect after cancer tumor removal in oral cavity is an optimal choice with many advantages: the ability to cover a wide defect so it can be cut broadly, preserving the maximum function of the oral, minimize morbidity at donor site. However, the surgery needs a team work of highly trained, multi-specialists coordination and modern equipment.

**Keywords:** Microsurgical flap, oral cavity cancer, squamous cell carcinoma.

## Đặt vấn đề

Ung thư khoang miệng hiện đang là bệnh lý phổ biến trên thế giới, theo một số nghiên cứu tỷ lệ ung thư khoang miệng ở các nước đang phát triển đứng thứ ba sau ung thư dạ dày và ung thư tử cung [1]. Phẫu thuật cắt bỏ khối ung thư rộng rãi là một trong những yếu tố tiên lượng trong điều trị, do đó, việc phẫu thuật tái tạo lại khuyết hổng nhằm mục đích liền thương cũng như thẩm mỹ đóng vai trò quan trọng. Có rất nhiều các kỹ thuật được sử dụng như đóng trực tiếp, vạt lân cận hay vạt có cuống được

các tác giả báo cáo trên y văn thế giới. Từ những năm 1970 khi vạt tự do được sử dụng, các ứng dụng về vạt vi phẫu cho thấy hiệu quả vượt trội đặc biệt với những khuyết hổng lớn. Mục đích của bài báo nhằm đưa ra một số kinh nghiệm cũng như ưu điểm, hạn chế của việc sử dụng vạt vi phẫu tạo hình che phủ sau cắt bỏ ung thư trong khoang miệng.

## Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu lâm sàng mô tả cắt ngang ngẫu nhiên, không đối chứng, theo dõi dọc 21 người bệnh được chẩn đoán ung thư trong khoang miệng được tạo

hình che phủ bằng vật vi phẫu từ năm 2014 - 2020 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Tất cả các người bệnh đều được chẩn đoán thể ung thư qua sinh thiết trước phẫu thuật, chụp phim CT hoặc MRI trước phẫu thuật. Người bệnh được sử dụng vật vi phẫu che phủ cùng một thì với cắt bỏ ung thư hoặc làm thì hai sau cắt bỏ ung thư.

Người bệnh được đánh giá kết quả theo tỷ lệ sống của vật, mức độ che phủ, chức năng và thẩm mỹ sau phẫu thuật, tỷ lệ sống trên 05 năm của người bệnh.

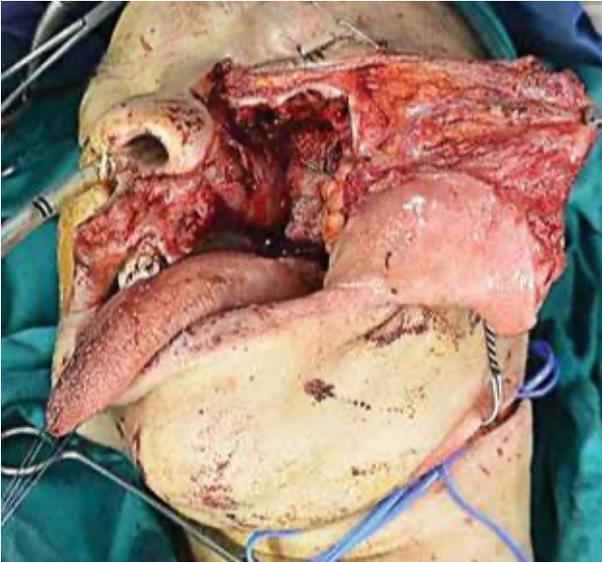
## Kết quả

Từ năm 2014 - 2020 có 21 người bệnh được sử dụng vật vi phẫu che phủ sau phẫu thuật cắt khối ung thư trong khoang miệng. Tỷ lệ nam/nữ: 15/6; độ tuổi từ 39 - 62 tuổi, 15/21 người bệnh có xạ trị sau phẫu thuật. Tỷ lệ sống trên 5 năm đến thời điểm kết thúc nghiên cứu là 11/21. Các chỉ tiêu nghiên cứu được thể hiện theo Bảng 1.

Bảng 1

	Biến	Số lượng Tổng người bệnh	
	Nam	15	21
	Nữ	06	
<b>Vị trí ung thư</b>	Xương - xoang hàm trên	3	21
	Sân miệng, lưỡi	4	
	Xương hàm dưới	6	
	Liên hàm	8	
<b>Giải phẫu bệnh</b>	Ung thư biểu mô tế bào16 vảy (SCC)		21
	Ung thư biểu mô tuyến (Adeno Carcinome)	3	
	Ung thư xương hàm dưới 2 (Osteoma Sarcome)		
<b>Tỷ lệ sống vật</b>	100%	19	21
	Hoại tử đầu xa	2	
<b>Loại vật</b>	Vật xương mác	3	21
	Vật Chimeric ALT	9	
	Vật ALT + Vật Fascia latae	1	
	Vật ALT	8	
<b>Xạ trị sau phẫu thuật</b>		15	15/21

5/21. Đánh giá về chức năng thẩm mỹ sau phẫu thuật:  
Tốt đạt 13/21; Khá đạt 6/21; Trung bình 2/21.



Hình 1: Khuyết hổng lớn gồm vòm mềm, xương hàm trên, sàn hố mắt sau cắt ung thư biểu mô tuyến nước bọt phụ

Đánh giá về chức năng ăn nhai, nuốt sau phẫu thuật: Tốt đạt 9/21; Khá đạt 7/21; Trung bình đạt

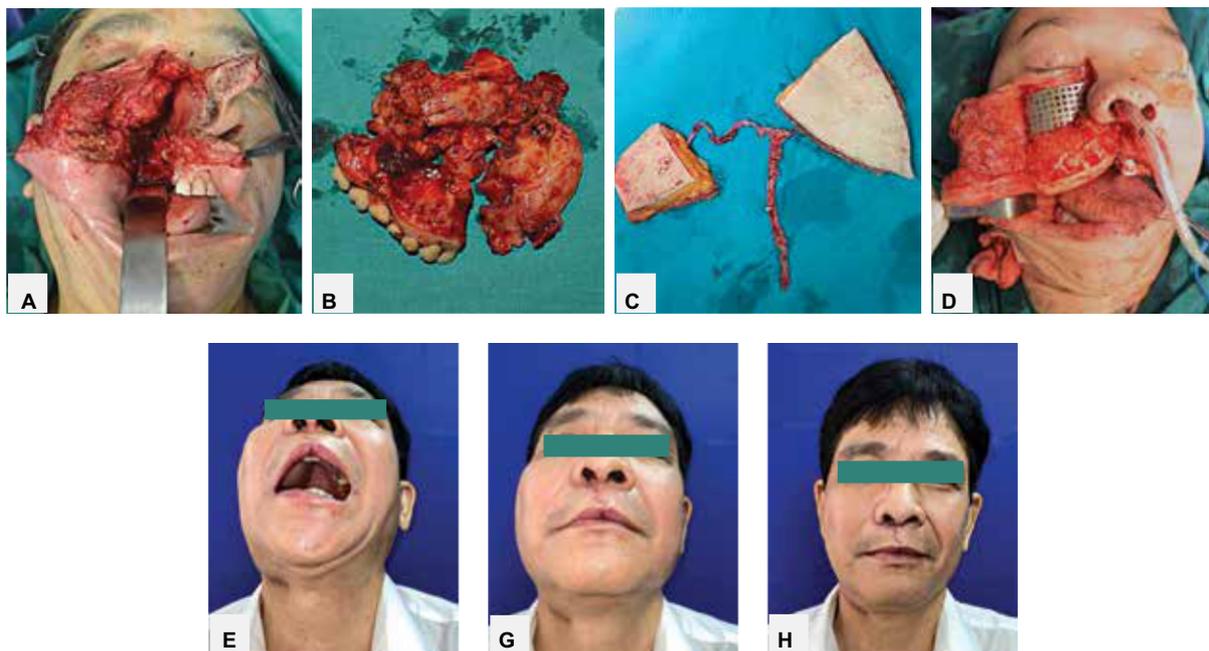
## Bàn luận

Các khuyết hổng phần mềm, xương và da lớn sau khi cắt bỏ khối u trong ung thư khoang miệng luôn là một thách thức cho các phẫu thuật viên ung thư và tạo hình. Do đó, việc tạo hình che phủ là cần thiết để thúc đẩy quá trình chữa lành vết thương và tối ưu hóa chức năng cùng với vẻ ngoài đạt thẩm mỹ. Vạt cơ ngực lớn (PMMF), dựa trên động mạch ngực lưng, được Ariyan mô tả vào năm 1979 [1]. Vạt cơ ngực lớn trong một thời gian dài là một trong những vạt được sử dụng nhiều nhất trong phẫu thuật ung thư vùng đầu, mặt, cổ do các khía cạnh như kỹ thuật đơn giản, và gần vùng đầu và cổ [2]. Mặc dù vạt vi phẫu ở vùng đầu và cổ đã được giới thiệu sớm hơn vạt có cuống mạch liền, nhưng vạt vi phẫu lại không phổ biến ngay và vạt có cuống mạch liền vẫn chiếm ưu thế trong phẫu thuật tái tạo đầu và cổ trong hơn một thập kỷ. Tuy nhiên, trong thập kỷ gần đây vạt vi phẫu đã đưa ra được những ưu điểm về cải thiện chức năng và thẩm mỹ cũng như di chứng nơi cho vạt là tối thiểu so với PMMF đối với ung thư đầu mặt cổ. Hsing và cộng sự trong một nghiên cứu so

sánh giữa PMMF và vạt vi phẫu đã thấy rằng với diện tích PMMF có giới hạn thì việc cắt rộng rãi ung thư là rất khó, việc lấy vạt ở vùng ngực làm biến dạng vị trí đầu ngực gây mất thẩm mỹ [1]. Cuồng mạch giới hạn cũng ảnh hưởng đến việc di chuyển vạt đến vùng tổn khuyết. Những nhược điểm này cũng được nhiều tác giả báo cáo [2], [3], [4]. Trong lô nghiên cứu của chúng tôi cũng thấy rằng việc sử dụng vạt vi phẫu khá linh hoạt với mức độ che phủ rộng có thể đưa vào vị trí trong sâu như vòm họng sàn miệng tạo hình lại khuyết hồng. Do đó, việc sử dụng vạt trả lại được chức năng nhai nuốt của người bệnh khá tốt.

Trong lô nghiên cứu của chúng tôi vạt được sử dụng nhiều nhất là Vạt đùi trước ngoài (ALT). Vạt ALT được báo cáo đầu tiên bởi tác giả Song và Koshima năm 1984 [5] đã đưa ra được rất nhiều ưu điểm của vạt như cuồng mạch hằng định, độ dài linh hoạt, kích thước vạt lớn. Đặc biệt, với nhiều nghiên cứu giải phẫu về vạt đã cho thấy rằng vạt có thể sử dụng với nhiều hình thức khác nhau như vạt da mỡ, vạt da cân mỡ, vạt cân mỡ, vạt phức hợp da- cân mỡ- cơ. Trong một số biến đổi giải phẫu khi vạt có nhiều nhánh xuyên da

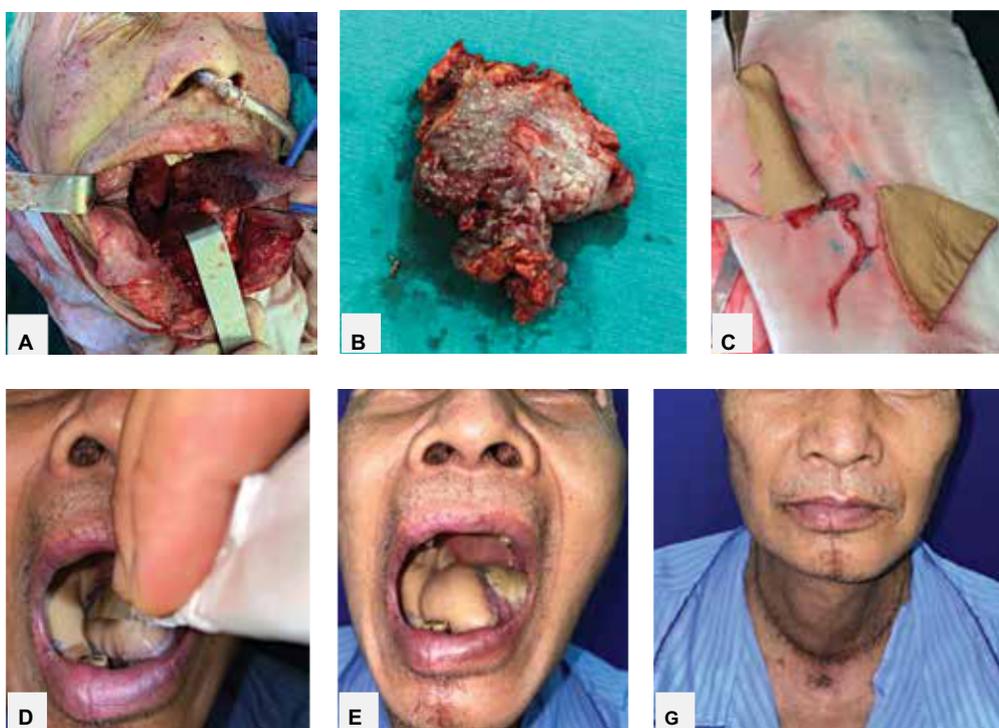
vạt còn có thể chia nhỏ thành nhiều đơn vị (Chimeric flap), do đó, vạt có thể được che phủ vào nhiều vị trí khuyết hồng khác nhau. Chính vì vậy vạt có thể được sử dụng một cách linh hoạt, ngoài chức năng che phủ còn trả lại tính thẩm mỹ và chức năng cho người bệnh [6], [7]. Tạo hình khuyết hồng trong khoang miệng luôn là một thách thức do khoang miệng chật hẹp, cấu trúc 3 chiều của xương hàm, sàn miệng hay lưỡi, tổ chức mô đặc biệt, do vậy, khi chuyển vạt để tạo hình che phủ các phẫu thuật viên tạo hình có kinh nghiệm luôn phải có kế hoạch tạo hình để đạt kết quả tốt nhất. Trong một báo cáo của Liu với lô người bệnh được tạo hình sau cắt ung thư lưỡi, tác giả đã sử dụng kỹ thuật khâu định vị trước bằng các mũi chỉ chờ trong khoang miệng sau đó, vạt được hạ xuống giống hạ dù nhằm đảm bảo khâu kín vạt trong khoang miệng chật hẹp [7]. Trong 21 người bệnh, chúng tôi sử dụng 9 vạt ALT Chimeric được chia nhỏ thành các đơn vị để che phủ nhiều khuyết hồng cùng trên 01 người bệnh như che phủ sàn lưỡi, khe liên hàm và ½ lưỡi hoặc vòm miệng cứng và niêm mạc thành ngoài hốc mũi với kết quả chức năng và thẩm mỹ rất khả quan.



Hình 2: A: NB sau cắt ung thư biểu mô tuyến nước bọt phụ xâm lấn phá hủy xương hàm trên, ổ mắt, hốc mũi.  
 B: Khối ung thư sau cắt bỏ. C: Vạt Chimeric ALT được lấy tạo hình ngay sau cắt ung thư che phủ vòm cứng và thành niêm mạc mũi. D: Mesh titan được sử dụng tạo hình xương hàm trên.  
 E,G,H: Kết quả sau phẫu thuật.

Theo dữ liệu giám sát dịch tễ học và chương trình kết quả cuối cùng của Viện Ung thư Quốc gia Hoa Kỳ, đã có sự cải thiện đáng kể về tỷ lệ sống sót của ung thư khoang miệng khi so sánh người bệnh được điều trị trong giai đoạn 1984 – 1986 (tỷ lệ sống trên 5 năm là 55%) với người bệnh được điều trị trong giai đoạn 1999–2005 (tỷ lệ sống trên 5 năm là 69%). Chẩn đoán sớm và điều trị phẫu thuật thích hợp, quản lý chọn lọc di căn hạch vùng và thực hiện xạ trị bổ trợ hoặc hóa trị, những yếu tố trên đã góp phần cải thiện tỷ lệ sống của người bệnh ung thư miệng [8]. Tỷ lệ thành công cao và kết quả chức năng được cải thiện khi chuyển vật tự do đã khiến vật vi phẫu trở thành một trong những chỉ định đầu tay cho các khuyết hổng sau cắt bỏ ung thư trong khoang miệng.

Mặc dù có những ưu điểm trong việc phục hồi chức năng và thẩm mỹ, các bác sĩ phẫu thuật đã đưa ra kiến nghị rằng các vật tự do không là điều kiện duy nhất trong tiên lượng người bệnh mà phải là sự phối hợp đa trị liệu. Với mục tiêu của nghiên cứu, chúng tôi nhằm giải quyết câu hỏi cơ bản về vai trò của vật tự do trong tái tạo đối với bệnh ung thư (bao gồm cả tình trạng cắt bỏ rộng đến rìa tổn thương và giảm nguy cơ tái phát, chức năng, thẩm mỹ) và kết quả sống trên 5 năm ở người bệnh ung thư khoang miệng giai đoạn nặng. Với tỷ lệ sống trên 05 năm của kết quả nghiên cứu là 52% phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả trên thế giới những năm gần đây khi sử dụng vật vi phẫu cho người bệnh ung thư khoang miệng [9], [10].



Hình 3: A: NB sau cắt bỏ ung thư tế bào vảy lưỡi, sàn miệng, khe liên hàm. B: Khối ung thư.

C: Vạt Chimeric ALT được tạo hình thành 02 đơn vị: ½ lưỡi và sàn miệng. D, E, G: Kết quả sau phẫu thuật

### Kết luận

Sử dụng các vật vi phẫu trong tạo hình khuyết hổng sau cắt bỏ ung thư khoang miệng là một bước tiến trong điều trị ung thư. Vật vi phẫu là một lựa chọn tốt nhất do vật có thể trả lại chức năng cũng như

thẩm mỹ tốt nhất cho người bệnh với tỷ lệ thành công cao (90,4%). Vật không chỉ cung cấp được một loại chất liệu như phần mềm hay xương mà còn cung cấp cả các vật phức hợp gồm phần mềm và xương.

**Tài liệu tham khảo**

1. Hsing, C.-Y., et al., *Comparison between free flap and pectoralis major pedicled flap for reconstruction in oral cavity cancer patients—a quality of life analysis*. Oral oncology, 2011. 47(6): p. 522-527.
2. Chakrabarti, S., et al., *Reconstruction in oral malignancy: Factors affecting morbidity of various procedures*. Annals of Maxillofacial Surgery, 2015. 5(2): p. 191.
3. Singh, M., et al., *Reconstruction of post-surgical defects after tumor resection: Our experience and review of 30 cases*. The International Journal of Medical Students, 2015. 7.
4. Hofstra, E., et al., *Oral functional outcome after intraoral reconstruction with nasolabial flaps*. British journal of plastic surgery, 2004. 57(2): p. 150-155.
5. Wong, C.H. and F.C. Wei, *Anterolateral thigh flap*. Head & Neck: Journal for the Sciences and Specialties of the Head and Neck, 2010. 32(4): p. 529-540.
6. Tong, X.-J., et al., *The anterolateral thigh flap for soft tissue reconstruction in patients with tongue squamous cell carcinoma*. World Journal of Surgical Oncology, 2016. 14(1): p. 213.
7. Liu, C.-J., et al., *Application of “parachute” technique for free flap reconstruction in advanced tongue cancer after ablation without lip-jaw splitting: A retrospective case study*. Medicine, 2019. 98(33): p. e16728.
8. Hsieh, T.Y., et al., *Free flap reconstruction in patients with advanced oral squamous cell carcinoma: Analysis of patient survival and cancer recurrence*. Microsurgery, 2012. 32(8): p. 598-604.
9. Smith, G., et al., *Measures of health-related quality of life and functional status in survivors of oral cavity cancer who have had defects reconstructed with radial forearm free flaps*. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 2006. 44(3): p. 187-192.
10. Shah, J.P. and Z. Gil, *Current concepts in management of oral cancer—surgery*. Oral oncology, 2009. 45(4-5): p. 394-401.