

# KẾT QUẢ PHẪU THUẬT U TUYẾN MANG TAI VÀ CÁC BIẾN CHỨNG PHẪU THUẬT

Lê Minh Kỳ\*; Trần Quang Long\*\*

## TÓM TẮT

Điều trị u tuyến mang tai cơ bản là phẫu thuật, kể cả với các loại u ác tính. Thống kê mô tả từng trường hợp. 32 bệnh nhân (BN) từ 7 đến 75 tuổi, trong đó 87,5% u lành. 60,7% u tuyến đa hình thái. Sau phẫu thuật có 4/32 BN ca liệt mặt ngoại biên và vị trí tổn thương chủ yếu là nhánh bờ hàm dưới. Tình trạng rối loạn cảm giác da vùng do dây thần kinh tai lớn chi phối gặp 21/32 BN, lõm da gặp 20/32 BN và hội chứng Frey tồn tại 7/32 trường hợp. Phẫu thuật u tuyến mang tai (UTMT) mang lại kết quả tốt cho loại bệnh lý này. Việc tôn trọng tối đa các nhánh dây VII cũng như cấu trúc giải phẫu khác sẽ làm giảm tối đa biến chứng làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống người bệnh sau phẫu thuật.

\* Từ khóa: U tuyến mang tai; Biến chứng phẫu thuật.

## RESULTS AND COMPLICATIONS OF PAROTIDECTOMY

### SUMMARY

*The most of parotid tumors were benign. The choice of treatment was surgery, even in malignant cases. The complications of surgery could happen such as Frey's syndrome; lesion of grand auricular nerve; lesion of the branches of facial nerve... Our research is to study the results of surgery and their complications, some remarks was noted. 32 patients from 5 to 75 years old were operated, 87.5% of tumors was benign, of those 60.7 % was pleomorphe adenoma. 3 case presented palsy of submandibular branch of facial nerve, and 1 case had palsy of facial nerve. Frey's syndrome was seen in 7 cases. No case of tumoral relapse was seen. Surgery of parotid tumors had good results. To avoid their complications, the surgeons had to respect two important anatomical points of facial nerve to protect all branches of facial nerve and the anatomical structures related.*

\* Key words: Parotid tumors; Complications of parotidectomy.

### ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến mang tai là loại u thường gặp nhất trong các loại u tuyến nước bọt và loại mô học hay gặp là u tuyến đa hình thái (70 - 80%) [2]. Biện pháp điều trị chủ yếu là phẫu thuật, đối với các loại u tuyến ác tính. Với u tuyến lành tính, phẫu thuật mang lại kết

quả tốt với tỷ lệ tái phát khoảng 2% trong thời gian từ 10 đến 20 năm [7]. Tuy nhiên, phương pháp này cũng gặp phải những biến chứng khó khắc phục, trong đó liệt mặt ngoại biên luôn được các nhà phẫu thuật cũng như người bệnh quan tâm. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm:

---

\* Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

\*\* Đại học Y Hải Phòng

Phản biện khoa học: TS. Nghiêm Đức Thuận

1. Đánh giá kết quả phẫu thuật UTMT tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TW từ 2005 đến 2007.
2. Nghiên cứu nguyên nhân các biến chứng và đề xuất một số biện pháp phòng tránh.

## **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **1. Đối tượng nghiên cứu.**

32 BN được phẫu thuật tại Khoa Ung bướu, Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương, được chẩn đoán UTMT trước mổ dựa vào kết quả khám lâm sàng, chẩn đoán mô học và hình ảnh (siêu âm, chụp cắt lớp vi tính).

Biến chứng sau mổ chia thành 2 nhóm:

- Nhóm không đặc trưng: chảy máu, nhiễm trùng sau mổ, chậm liền sẹo, sẹo lồi, hoại tử da vết mổ.
- Nhóm đặc trưng: liệt mặt ngoại biên sau mổ, rối loạn cảm giác vùng do dây tai lớn chi phối, hội chứng Frey, lõm da vùng mổ, rò tuyến.

### **2. Phương pháp nghiên cứu.**

Thống kê mô tả từng trường hợp. Xử lý số liệu bằng phương pháp thống kê y học với chương trình SPSS 14.0.

## **KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

## **VÀ BÀN LUẬN**

### **1. Đặc điểm BN.**

\* *Phân bố tuổi:*

Tuổi < 30: 7 BN (21,9%); 30 - 40 tuổi: 10 BN (31,1%); 40 - 50 tuổi: 5 BN (15,6%); 50 - 60 tuổi: 5 BN (15,6%); > 60 tuổi: 5 BN (15,6%).

BN trong nghiên cứu ở lứa tuổi 7 - 75, lứa tuổi thường gặp là 30 - 40 (31,3%). Cannon [2] qua nghiên cứu 131 ca thấy nhóm hay gặp nhất là 30 - 42.

\* *Giới:* nữ 59,4%; nam: 40,6%. Tỷ lệ nữ cao hơn nam, tương tự như nghiên cứu của Laccourreye và Cannon [2].

### **2. Đặc điểm khối u.**

\* *Kích thước và vị trí u:*

22/32 BN có kích thước u 2 - 4 cm (68,8%), 4/32 BN có u < 2 cm (12,5%) và 6/32 BN (18,7%) có u > 4 cm. Đa số khối u thuộc thùy nông của tuyến (22/32 BN = 68,8%) và trong số này 2 BN khối u nằm ở thùy nông nhưng có xu hướng phát triển xuống thùy sâu khi đẩy giãn 2 nhánh của dây VII.

\* *Phân loại mô học khối u:*

Bảng 1: Bản chất mô học khối u.

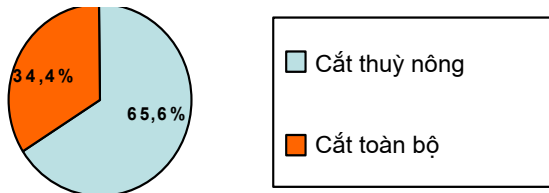
MÔ BỆNH HỌC		U BIỂU MÔ	U KHÔNG BIỂU MÔ	TỔNG
U	U tuyến đa hình	17		28

lành tính	thái			
	U tuyến nang bạch huyết	7		
	Loại u tuyến khác	3		
	U xơ mỡ huyết quản lạnh tính		1	
U ác tính	Ung thư biểu mô tuyến	2		4
	Ung thư dạng tuyến nang	1		
	Ung thư biểu mô cơ	1		
Tổng				32

U lành tính hay gặp trong số các loại UTMT. Với nhóm lành tính, u tuyến đa hình thái hay gặp nhất (60,7%), tiếp đến là u tuyến nang bạch huyết (25%). Fontanel [7] kết luận về tỷ lệ hai loại u tuyến nói trên lần lượt là 75 - 80% và 10 - 15%.

Chọc hút tế bào là biện pháp tốt để xác định bản chất mô học khối u trước mổ, theo Weinberger, độ nhạy đạt tới 79 - 100%, độ đặc hiệu từ 86 - 99,9% . Với Fontanel: độ nhạy 64% và độ đặc hiệu khá cao (95%) [7].

### 3. Loại phẫu thuật tiến hành.



Biểu đồ 1: Loại phẫu thuật tiến hành.

Loại phẫu thuật được chọn lựa phụ thuộc vào bản chất mô học, vị trí và kích thước khối u được xác định trước trong phẫu thuật. Với những khối u lành, thủy nông, kích thước < 4 cm, chúng tôi thực hiện cắt bỏ khối u và thủy nông. Các trường hợp còn lại đều cắt bỏ toàn bộ tuyến cùng khối u nhằm đảm bảo kết quả phẫu thuật về mặt bệnh học theo thời gian. Theo Lee [5], phần nhu mô tuyến bao quanh khối u lành tính cần đạt  $\geq 5$  mm, cũng là một thông số quan trọng cho việc quyết định loại phẫu thuật.

### 4. Kết quả phẫu thuật.

\* Thời gian điều trị sau mổ và tình trạng ra viện:

96,9% BN có thời gian điều trị sau mổ 2 tuần. Ellingson, Andersen tổng kết thời gian điều trị trung bình sau mổ của nhóm u lành là  $11,6 \pm 1,9$  và  $12,4 \pm 3,2$  ngày ở nhóm u ác tính [3].

78,1% ra viện với tình trạng tốt (không có biến chứng xảy ra trong và sau mổ). Những trường hợp ra viện xếp loại trung bình hoặc chưa ổn định đều có liên quan đến tình trạng liệt mặt (xảy ra sau hay trước mổ), vẫn chưa hồi phục tại thời điểm này.

*\* Nhóm biến chứng không đặc trưng:*

Chúng tôi chỉ gặp 1 trường hợp sọ lồi xuất hiện ở BN 75 tuổi và một trường hợp khác chảy máu mức độ nhẹ (ổn định khi băng ép), tất cả đều gặp ở những khối u ác tính.

*\* Nhóm biến chứng đặc trưng:*

**Bảng 2:** Các biến chứng đặc trưng.

LOẠI BIẾN CHỨNG	LIỆT MẶT		RÔ TUYẾN		RỐI LOẠN CẢM GIÁC		LỖM DA		HỘI CHỨNG FREY	
	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-
Cắt thùy nông	1	20	0	0	14	7	13	8	5	16
Cắt toàn bộ tuyến	3	8	0	0	7	4	7	4	2	9
Tổng	4	28	0	0	21	11	20	12	7	25

[Chú giải: Có (+) ; Không (-)]

- Liệt mặt ngoại biên sau mổ: vị trí liệt mặt hay gặp là nhánh bờ hàm dưới thuộc nhánh cổ mặt (3/4 BN). Các trường hợp liệt mặt đều ở mức độ nhẹ và vừa. Không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mối liên quan mức độ liệt mặt với loại phẫu thuật ( $p = 0,368$ ) hay với kích thước khối u ( $p = 0,135$ ). Nhánh bờ hàm dưới là nhánh dễ bị tổn thương (Gaillard = 39%), Cannon = 54,5%) [2].

Nguyên nhân gây liệt mặt sau mổ được chia 2 nhóm: tổn thương do cắt đoạn và không do cắt đoạn. Theo Lundborg, khi áp lực lên dây VII vượt quá 100 mmHg sẽ làm ngừng chuyển hóa tế bào thần kinh, dẫn đến mất chức năng [6]. Theo dõi tiến triển những BN liệt mặt, chúng tôi thấy cả 2 trường hợp không bị cắt đoạn đều hồi phục tốt trước khi ra viện.

Để giảm tối đa biến chứng này, việc bộc lộ và phẫu tích dây VII cần được thực hiện theo một quy trình chặt chẽ:

- Đảm bảo phẫu trường rộng nhờ đường rạch chữ S và phối hợp đường Sébilleau-Carrega khi cần thiết cho một số khối u thùy sâu.

Xác định thân dây VII đoạn ngoài sọ dựa vào 2 mốc giải phẫu quan trọng, điểm sụn vành tai và bụng sau cơ nhị thân vốn không bị thay đổi do khối u đẩy, kết hợp với hướng đi của thân dây VII tạo với mặt phẳng chân cánh mũi-nấp tai góc 30. Cannon tổng kết thấy khoảng cách thân dây VII và điểm sụn vành tai trung bình 6,37 mm, nhỏ hơn quan niệm 1 cm có ý

nghĩa thống kê ( $t = -13,71$ ,  $p < 0,001$ ) [2]. Khoảng cách này ở 15 BN nhóm tiến cứu của chúng tôi là  $6,56 \pm 2,4$  mm.

- Việc phẫu tích dây VII tiến hành đồng thời theo bình diện các nhánh đi, tạo quan sát và giảm áp lực lên dây VII tốt nhất, chỉ cắt đoạn khi khối u thâm nhiễm vào dây, không còn khả năng bóc tách.

- Rối loạn cảm giác vùng do nhánh sau dây tai lớn chi phối.

Việc bảo tồn nhánh sau dây tai lớn như đối với dây VII giúp giảm rối loạn về cảm giác sau mổ. Trong số 21 BN xuất hiện biến chứng này, 10/21 BN giảm cảm giác, 9/21 BN có tê bì, 2/21 BN mất cảm giác hoàn toàn. Lee [5] nhận thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm có bảo tồn hay không nhánh sau tai lớn, đặc biệt vào thời điểm 3 và 6 tháng sau mổ.

- Lỗm da vùng mổ và hội chứng Frey.

Tình trạng lỗm da gặp ở 20/32 BN và hội chứng Frey xuất hiện ở 7/32 BN với triệu chứng đều ở mức độ nhẹ. Việc sử dụng cấu trúc cân cơ cổ nông (SMAS) là biện pháp hữu hiệu để làm giảm tỷ lệ biến chứng [2].

\* *Tái phát:*

Trong nghiên cứu của chúng tôi, với thời gian theo dõi 3 năm, chưa phát hiện trường hợp nào có biểu hiện tái phát. Đối với khối u lành tính, tỷ lệ này là 1,8 - 2,6% [2]. Với khối u ác tính, tỷ lệ tái phát 11,2 - 37% (theo Zbazen Peter và P.Kirkbride).

Tỷ lệ sống > 5 năm của những BN ung thư tuyến khá cao, 69% theo Godballe[4]. Trong nghiên cứu này, 1 BN 75 tuổi, thuộc nhóm u ác tính, được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến, vẫn ổn định sau can thiệp 3 năm.

## KẾT LUẬN

Phẫu thuật UTMT mang lại kết quả tốt, đảm bảo hiệu quả điều trị theo thời gian. Phẫu tích dây VII dựa trên 2 mốc giải phẫu giúp tìm các nhánh dây VII an toàn. Tôn trọng và bảo tồn tối đa các nhánh của dây VII, nhánh sau dây tai lớn, sử dụng cấu trúc cân cơ cổ nông che phủ phẫu trường sẽ làm giảm tỷ lệ biến chứng, gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của BN.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đức Khải. Nghiên cứu đường đi, phân nhánh, kết nối dây thần kinh mặt và ứng dụng thực tiễn. Luận văn Thạc sỹ Y học. 2003.

2. Cannon C.Ron, William H.Replogle, Michael P.Schenk. Facial nerve in parotidectomy: A topographical analysis. Laryngoscope. 2004, 114 (11), pp.2034-2037.

3. Ellingson Todd W, Cohen James I, Andersen Peter. The impact of malignant disease on facial nerve function after parotidectomy. Laryngoscope. 2003. 113 (8), pp.1299-1303.

4. Godballe C, Schultz JH, Krogh A, Moller-Grontved A, Johansen J. Parotid carcinoma: impact of clinical factors on prognosis in a histologically revised series. 2003. Laryngoscope. 113 (8), pp.1411-1417.

5. *Lee Rea J.* Partial parotidectomies: Morbidity and benign tumor recurrence rates in a series of 94 cases. *Laryngoscope*. 2000, 110 (6), pp.924-927.
6. *Lundborg G, Rydevik B, Manthorpe M, Varon S. et al.* Peripheral nerve: the physiology of injury and repair. *Illinois-Academy of Orthopedic Surgeons*. 1987, pp.297-352.
7. *Jean Pierre Fontanel, Fabien Poitout, Jean Michel Klosseck.* Tumeurs des glandes salivaires. *Encycl Med Chir. Oto-Rhino-Laryngologie*. 1995, 20-628-B10, p.49.