

Đánh giá kết quả điều trị u tuyến nước bọt mang tai tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

Hoàng Minh Phương^{1*}, Trần Tấn Tài¹, Nguyễn Hồng Lợi², Tô Thị Lợi¹,
Hoàng Vũ Minh³, Võ Khắc Trang¹, Nguyễn Văn Minh¹, Võ Trần Nhã Trang²

(1) Khoa Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

(2) Trung tâm Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Trung ương Huế

(3) Khoa Cơ bản, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Khối u tuyến nước bọt là khối u phức tạp và đa dạng nhất trong các cơ quan của cơ thể. Phẫu thuật là phương pháp chính trong điều trị u tuyến nước bọt. **Đánh giá kết quả điều trị u tuyến nước bọt mang tai** là trọng tâm của nghiên cứu. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị u tuyến nước bọt mang tai. **Đối tượng và phương pháp:** 31 bệnh nhân u tuyến nước bọt mang tai đến khám tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ 06/2019 đến 06/2020 được ghi nhận đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và theo dõi kết quả sau phẫu thuật 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng. **Kết quả:** Đặc điểm mô tả bệnh học u tuyến nước bọt: U đa hình (64,5%), u Warthin (32,3%) và 1 trường hợp u tế bào ưa axit (3,2%). Sau phẫu thuật u tuyến nước bọt mang tai, tổn thương nhánh cổ mặt dây VII chiếm tỷ lệ cao nhất 29%. Các biến chứng thường gặp nhất là tê vùng quanh tai (77,4%), liệt mặt (41,9%), xuất huyết dưới da (29,1%), tụ dịch (3,2%) và rò nước bọt (3,2%). **Kết luận:** Sau khi phẫu thuật u tuyến nước bọt mang tai, tổn thương dây thần kinh mặt là tạm thời.

Từ khóa: u tuyến nước bọt mang tai, bóc u tuyến mang tai, liệt mặt.

Abstract

The results of parotid gland tumor treatment at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

Hoang Minh Phuong^{1*}, Tran Tan Tai¹, Nguyen Hong Loi², To Thi Loi¹,

Hoang Vu Minh³, Vo Khắc Trang¹, Nguyen Van Minh¹, Vo Tran Nha Trang²

(1) Odonto - Stomatology Faculty, University of Medicine and Pharmacy, Hue University

(2) Odonto - Stomatology centre, Hue Central Hospital

(3) Basic Sciences Faculty, University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Background: Salivary gland tumors are the most complex and diverse of any organ in the body. Surgery is the mainstay of treatment for salivary gland tumor. Assessing the results of parotid gland tumor treatment is the aim of the study. **Objective:** To evaluate the results of parotid gland tumor surgery. **Materials and Methods:** 31 patients with parotid gland tumor who were examined at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital from June 2019 to June 2020 were recorded about clinical, paraclinical and evaluated results at 1 week, 1 month and 3 months after surgery. **Results:** Histopathological study of parotid salivary gland tumors: pleomorphic adenoma (64.5%), warthin tumour (32.3%), oncocytoma (3.2%). After parotid surgery, cervicofacial branches being the most commonly affected (29%). The most common complication was numbness around the earlobe (77.4%), facial paralysis (41.9%), hemorrhage (29.1%), seroma (3.2%) and salivary fistula (3.2%). **Conclusion:** After performing parotid surgery, facial nerve injury was temporary

Keywords: Parotid gland, parotidectomy, facial paralysis.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khối u tuyến nước bọt là một khối u phức tạp và đa dạng nhất trong các cơ quan của cơ thể, chiếm 2 - 6,5% các khối u đầu mặt cổ. U hay gặp ở các tuyến nước bọt chính, trong đó 64 - 80% xảy ra ở tuyến nước bọt mang tai [1], [2]. Theo nghiên

cứu của Afroza Khanam và cộng sự (2016) trên 193 trường hợp được chẩn đoán là u lành tính tuyến nước bọt, ghi nhận 125 trường hợp u tuyến nước bọt mang tai, trong đó u đa hình chiếm 72%, u Warthin chiếm 12,8% còn lại là các nhóm u lành tính khác [3].

Mặc dù u tuyến nước bọt mang tai nằm ở vị trí dễ phát hiện nhưng bệnh nhân thường đến muộn nên quá trình điều trị trở nên khó khăn, làm tăng tỷ lệ biến chứng và tái phát, đặc biệt là ung thư. Tuy nhiên, tỷ lệ ác tính của khối u tuyến mang tai thấp chiếm tỷ lệ khoảng 15%. U đa hình thường gặp nhất ở tuyến mang tai với đặc điểm phát triển chậm, không đau, kéo dài nhiều năm nhưng có khoảng 1,5% u đa hình chuyển hoá ác tính nếu thời gian tồn tại ít hơn 5 năm và tăng lên 9,5% nếu thời gian tồn tại hơn 15 năm. Khối u đa hình chuyển hoá ác tính có liên quan với tuổi bệnh nhân, kích thước u, liệu pháp xạ trị và thời gian tồn tại khối u. Do đó, chẩn đoán sớm và chính xác sẽ là cơ sở cho việc lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp [4], [5].

Phẫu thuật là phương pháp chính trong điều trị u tuyến nước bọt. Năm 1934, Henri Redon và Padovani đề xuất và thực hiện cắt bỏ toàn phần tuyến mang tai có bảo tồn dây VII nhưng để lại nhiều biến chứng. Sau đó vào các năm 1940 và 1941, Janes và Bailey đã giới thiệu phương pháp bóc thủy nông tuyến mang tai bảo tồn dây VII. Sau phẫu thuật tỷ lệ tái phát giảm nhưng vẫn còn báo cáo các trường hợp tổn thương dây VII và hội chứng Frey. Năm 1958, Patey và Thackray phát hiện vỏ bao khối u đa hình không kín hoàn toàn và cho rằng đây là nguyên nhân chính làm sót tế bào u, gây tái phát sau điều trị. Hiện nay với xu hướng phẫu thuật xâm lấn tối thiểu nhưng vẫn đảm bảo kết quả điều trị tốt, nhiều tác giả áp dụng các phương pháp điều trị khác nhau bao gồm cắt u đơn thuần, cắt u và thủy nông hoặc cắt u và toàn bộ tuyến có bảo tồn dây VII để điều trị u tuyến nước bọt mang tai tùy thuộc vào vị trí, kích thước và đặc điểm của khối u [6], [7].

Sau phẫu thuật u tuyến nước bọt mang tai biến chứng thường gặp nhất là liệt mặt, bao gồm liệt tạm thời và vĩnh viễn. Trong phần lớn các trường hợp, liệt mặt hồi phục hoàn toàn sau 6 tháng, sau thời gian này gọi là liệt mặt vĩnh viễn. Ngoài ra, các biến chứng khác bao gồm tê quanh tai, hội chứng Frey, rò nước bọt, tụ dịch và tái phát. Những kiến thức về nguy cơ tổn thương và biến chứng sau phẫu thuật giúp phẫu thuật viên giải thích rõ ràng cho bệnh nhân, đưa ra kế hoạch và cải thiện kết quả điều trị u tuyến nước bọt mang tai [8].

Ở Việt Nam và trên thế giới đã có nhiều công trình nghiên cứu về u tuyến nước bọt như Nguyễn Hữu Phúc (2017) thực hiện trên 135 bệnh nhân u đa hình nhằm đánh giá kết quả điều trị sau phẫu thuật cắt u và thủy nông tuyến nước bọt mang tai [9]. Ở Huế hiện có ít công trình nghiên cứu về vấn đề này. Do đó, với mong muốn đánh giá kết quả điều trị u

tuyến nước bọt mang tai, góp phần chẩn đoán sớm và điều trị hiệu quả cũng như tránh các biến chứng do khối u gây ra, chúng tôi thực hiện đề tài nhằm mục tiêu: đánh giá kết quả điều trị u tuyến nước bọt mang tai.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên 31 bệnh nhân (BN) u tuyến nước bọt mang tai khám và điều trị phẫu thuật tại Khoa Tai Mũi Họng - Mắt - Răng Hàm Mất, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế trong thời gian từ tháng 06/2019 đến tháng 06/2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả tiến cứu có can thiệp.

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu

Phương pháp chọn mẫu không xác suất (loại mẫu thuận tiện).

2.2.3. Các biến số nghiên cứu

2.2.3.1. Đánh giá kết quả điều trị

- Phương pháp phẫu thuật: cắt u đơn thuần, cắt u và thủy nông, cắt u và toàn bộ tuyến.

- Vị trí tổn thương dây VII sau phẫu thuật u tuyến mang tai (UTMT): chẩn đoán dựa vào sự phân nhánh, chi phối vận động các cơ bám da của dây VII [10].

+ Liệt nhánh thái dương mặt: giảm hoặc không thực hiện được các động tác nhăn trán, nhíu mày, nhắm mắt, nhíu mũi, nâng góc miệng, nâng môi trên và mờ rãnh mũi má.

+ Liệt nhánh cổ mặt: giảm hoặc không thực hiện được các động tác thổi sáo, phồng má, hạ góc miệng, hạ môi dưới, vận động cơ bám da cổ.

+ Liệt cả hai nhánh: gồm cả hai biểu hiện trên.

- Xuất huyết dưới da: có, không. Theo tác giả Marchese - Ragona xuất huyết dưới da thường do cầm máu không đầy đủ trong lúc phẫu thuật [11].

- Liệt mặt: phân độ theo House - Brackmann (1985) đánh giá chức năng vận động của cơ bám da mặt qua các động tác: nhắm mở mắt, nhăn trán, huyệt sáo, cười, phồng má [12].

- Rò nước bọt: có, không. Lỗ rò thường xuất hiện sớm ngay sau khi cắt chỉ tại đường khâu bên dưới và sau dải tai, kiểm tra dịch chảy ra ngay tại đường khâu.

- Sẹo phì đại: sẹo nhô lên trên đường p và không phát triển to hơn bờ vết mổ.

- Tụ dịch: có, không. Sờ phát hiện dưới da hoặc nổi lên trên bề mặt da. Sử dụng siêu âm chẩn đoán xác định có tụ dịch hay không.

- Hội chứng Frey: có, không. Ghi nhận thời gian. Kiểm tra hội chứng Frey bằng test Minor: bôi lên da

vùng mang tai dung dịch chứa iod như betadin, chờ khô, bôi tiếp lên vùng da đó một lớp tinh bột. Sau đó để BN ăn kẹo chanh liên tục trong 10 phút. Nếu kết quả dương tính, mồ hôi tiết ra tạo phản ứng khử giữa tinh bột và iod. Tùy mức độ tiết mồ hôi mà hình ảnh thu được từ những chấm nhỏ đến mảng có màu xanh đen [9], [13], [14].

2.4. Quy trình

2.4.1. Ghi nhận phần hành chính, khám đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm cận lâm sàng và các yếu tố liên quan đến khối u tuyến nước bọt

2.4.2. Các bước phẫu thuật u tuyến nước bọt

+ BN được giải thích quy trình, biến chứng, làm đầy đủ các xét nghiệm tiền phẫu.

+ Chỉ định u tuyến đa hình.

• Cắt u đơn thuần: u có kích thước $u < 2$ cm và nằm ở thùy nông [15].

• Cắt u và thùy nông: u có kích thước 2- 4 cm và nằm ở thùy nông [13].

• Cắt u và toàn bộ tuyến: u có kích thước > 4 cm hoặc nằm ở thùy sâu [13].

+ Chỉ định u Warthin: Cắt u đơn thuần, cắt tuyến mang tai ngoài dây VII, dưới dây VII hoặc cắt thùy nông bảo tồn dây VII tùy theo vị trí và kích thước khối u.

+ BN được gây mê nội khí quản.

+ Vẽ và đánh dấu các mốc giải phẫu theo đường Redon: đường rạch da xuất phát phía dưới của rãnh trên vành tai đi theo rãnh trước bình tai đến dái tai, cắt ngay ở mặt trong dái tai theo chiều nằm ngang rồi đi lên theo rãnh sau tai. Đến nửa chiều cao vành tai, gấp trở lại theo hướng xuống dưới và ra sau trong vùng trâm chũm. Đường rạch được kết thúc

bằng một đường rạch ngang tiếp nối với mặt phẳng của xương móng, nằm cách bờ dưới xương hàm dưới 2 - 3cm [16].

+ Rạch da, bóc tách hệ thống cân cơ nông ở mặt (SMAS - Superficial musculoaponeurotic system) và bộc lộ dây VII: rạch da theo các mốc đã vẽ. Khảo sát và bộc lộ dây VII theo các mốc giải phẫu phần cơ, sụn, xương. Giải phóng mặt sau UTMT ra khỏi bờ trước cơ ức đòn chũm, bộc lộ để tìm bụng sau cơ nhị thân. Dây VII lộ ra ở mặt sau của cơ nhị thân, cách bình diện ngang 1,5 - 2,5 cm. Sau khi xác định được gốc dây thần kinh thì khảo sát hai phân nhánh chính của dây VII [16], [17].

+ Cắt u đơn thuần.

+ Cắt u và thùy nông: khối u và thùy nông được bóc tách khỏi dây VII, chú ý dây VII chạy theo hướng từ sâu đến nông, từ sau ra trước và có rất nhiều nhánh phụ. Bóc tách u, bảo tồn dây VII.

+ Cắt u và toàn bộ tuyến: đầu tiên loại bỏ khối u và thùy nông để bộc lộ dây VII. Dây VII được bóc tách khỏi thùy sâu và nâng lên nhẹ nhàng. Mô xung quanh liên quan với khối u cũng được loại bỏ và cầm máu tốt trước khi đóng [18].

+ Đóng vết mổ: khâu đóng theo các lớp, dẫn lưu, băng ép.

2.4.3. Sau phẫu thuật:

- Bệnh nhân được chăm sóc tại giường, theo dõi đánh giá sau 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng.

2.5. Xử lý số liệu và phân tích thống kê

- Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để phân tích và xử lý số liệu.

- Phân tích kết quả theo phương pháp thống kê y học.

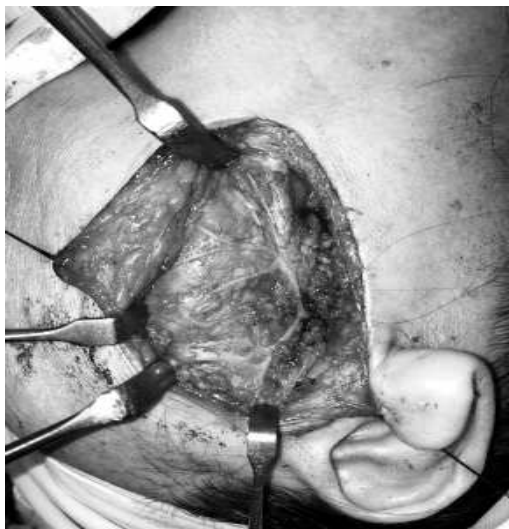
- Mô tả số liệu bằng tỷ lệ phần trăm, số trung bình.



Hình 1. Bóc tách lớp SMAS



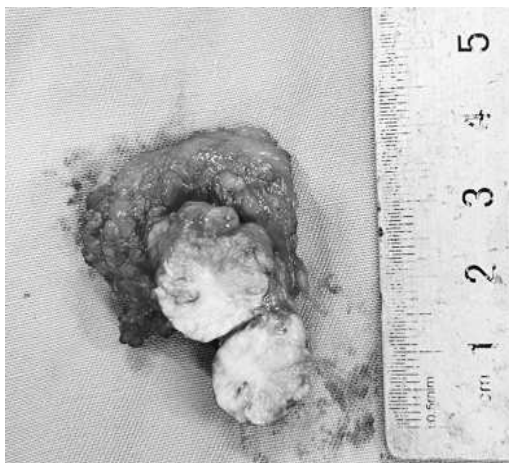
Hình 2. Bộc lộ khối u tuyến nước bọt mang tai



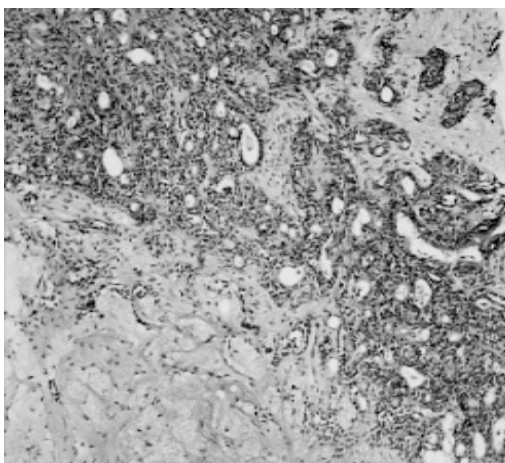
Hình 3. Bóc u và toàn bộ thủy nông tuyến nước bọt mang tai



Hình 4. Bóc u và toàn bộ tuyến mang tai



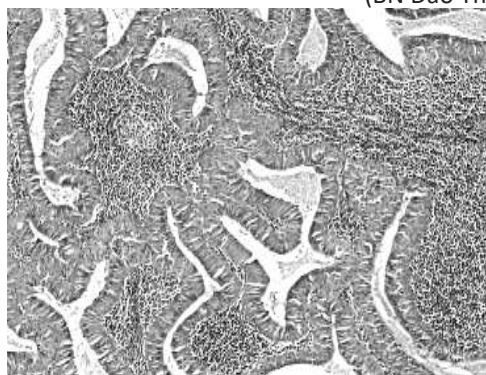
A. Hình ảnh đại thể



B. Hình ảnh vi thể

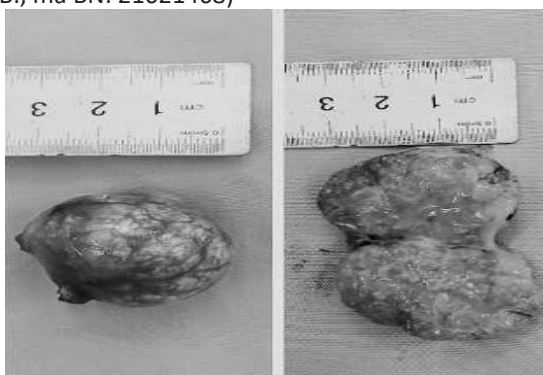
Hình 5. Hình ảnh mô bệnh học u hỗn hợp

(BN Đào Thị B., mã BN: 21021468)



Hình 6. Hình ảnh mô bệnh học u Warthin

A. Hình ảnh đại thể



B. Hình ảnh vi thể

(BN Phạm Duy Thái T., mã BN: 20043105)

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm mô bệnh học u tuyến nước bọt

Bảng 1. Đặc điểm mô bệnh học u tuyến nước bọt

Kết quả mô bệnh học	Số lượng	Tỷ lệ %
U đa hình	20	64,5
U Warthin	10	32,3
U tế bào ưa acid	1	3,2
Tổng	31	100,0

Nhận xét:

- Trong các khối u tuyến nước bọt, u đa hình chiếm tỷ lệ cao nhất 64,5%, tiếp theo là u Warthin 32,3% và 1 trường hợp u tế bào ưa acid chiếm 3,2%.

3.2. Phương pháp phẫu thuật u tuyến nước bọt mang tai

Bảng 2. Phương pháp phẫu thuật u tuyến nước bọt mang tai

Phương pháp phẫu thuật	Số lượng	%
Cắt u đơn thuần	11	35,5
Cắt u và thủy nông	19	61,3
Cắt u và toàn bộ tuyến	1	3,2
Tổng	31	100,0

Nhận xét:

- Phẫu thuật cắt u và thủy nông tuyến mang tai chiếm tỷ lệ cao nhất là 61,3%, phẫu thuật cắt u đơn thuần là 35,5% và 1 trường hợp cắt u và toàn bộ tuyến chiếm tỷ lệ 3,2%.

3.3. Tổn thương thần kinh VII trong phẫu thuật u tuyến nước bọt mang tai

Bảng 3. Tổn thương thần kinh VII trong phẫu thuật u tuyến nước bọt mang tai

Nhánh tổn thương	Số lượng	Tỷ lệ %
Không tổn thương	18	58,1
Nhánh thái dương mặt	0	0,0
Nhánh cổ mặt	9	29,0
Nhánh thái dương mặt và nhánh cổ mặt	4	12,9
Tổng	31	100,0

Nhận xét:

- Sau phẫu thuật UTMT, nhánh cổ mặt dây VII thường xuyên bị tổn thương nhất với tỷ lệ 29,0%, tổn thương cả hai nhánh thái dương mặt và cổ mặt chiếm 12,9% và không có trường hợp nào tổn thương nhánh thái dương mặt đơn thuần.

3.4. Phân độ liệt mặt theo House - Brackmann (1985)

Bảng 4. Phân độ liệt mặt theo House - Brackmann (1985)

Phân độ	1 tuần		1 tháng		3 tháng	
	n	%	n	%	n	%
Độ I	18	58,1	19	61,3	23	88,5
Độ II	6	19,4	9	29,0	2	7,7
Độ III	4	12,9	1	3,2	1	3,8
Độ IV	2	6,4	2	6,5	0	0,0
Độ V	1	3,2	0	0,0	0	0,0
Độ VI	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tổng	31	100,0	31	100,0	26	100,0

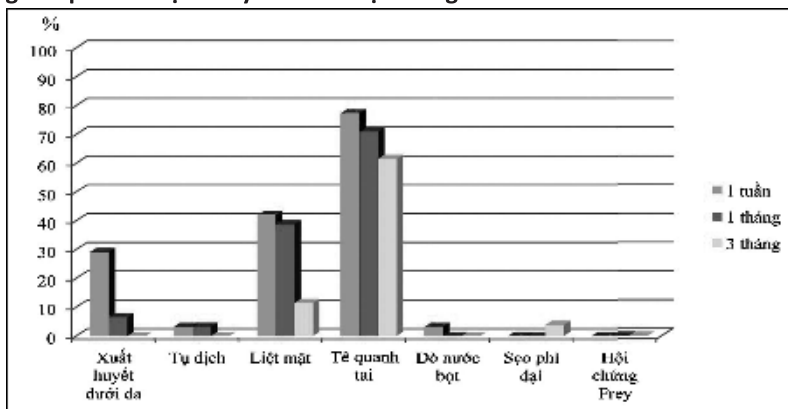
Nhận xét:

- Sau 1 tuần, liệt mặt độ I chiếm tỷ lệ cao nhất 58,1%, độ II (19,4%), độ III (12,9%), độ IV (6,4%), độ V (3,2%), không có trường hợp nào độ VI.
- Sau 1 tháng, độ I chiếm tỷ lệ cao nhất (61,3%),

độ II (29,0%), độ III (3,2%), độ IV (6,5%), không có trường hợp nào độ V và độ VI.

- Sau 3 tháng, chúng tôi theo dõi trên 26 BN ghi nhận độ I chiếm tỷ lệ cao nhất 88,5%, độ II (7,7%), độ III (3,8%), không có trường hợp nào độ IV, V và VI.

3.5. Biến chứng sau phẫu thuật u tuyến nước bọt mang tai



Biểu đồ 1. Biến chứng sau phẫu thuật u tuyến nước bọt mang tai

Nhận xét:

- Sau 1 tuần, ghi nhận 9 BN xuất huyết dưới da (29,1%), 1 BN tự dịch (3,2%), 13 BN liệt mặt (41,9%), 24 BN tê quanh tai (77,4%) và 1 BN rò nước bọt (3,2%).
- Sau 1 tháng, ghi nhận 2 BN xuất huyết dưới da (6,5%), 1 BN tự dịch (3,2%), 12 BN liệt mặt (38,7%) và 22 BN tê quanh tai (71,0%).
- Sau 3 tháng, chúng tôi theo dõi trên 26 BN, ghi nhận 3/26 BN liệt mặt (11,5%), 16/26 BN tê quanh tai (61,5%), 1/26 BN sẹo phì đại (3,2%).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm mô bệnh học u tuyến nước bọt mang tai

Trong 31 trường hợp u tuyến nước bọt tham gia nghiên cứu, kết quả ghi nhận tỷ lệ u đa hình chiếm ưu thế (64,5%), tiếp theo là u Warthin (32,3%) và 1 trường hợp u tế bào ưa acid (3,2%). Kết quả này phù hợp với Đinh Xuân Thành (2012) với u đa hình chiếm tỷ lệ lớn nhất, tiếp theo là u Warthin với tỷ lệ lần lượt là 47,4% và 17,1% [19]. Các nghiên cứu nước ngoài cũng có kết luận tương tự như Senol Comoglu (2018) [1], Jorge Pinheiro (2018) với tỷ lệ u đa hình và u Warthin lần lượt là 48,8%, 25,2% và 64,9%, 26,8% [20].

4.2. Phương pháp phẫu thuật u tuyến nước bọt mang tai

Trong 31 BN UTMT tham gia nghiên cứu có 11 BN được phẫu thuật cắt u đơn thuần chiếm 35,5%, 19 BN cắt u và thủy nông chiếm 61,3% và 1 BN cắt u và toàn bộ tuyến chiếm 3,2%. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm u có kích thước từ 2 - 4 cm chiếm tỷ lệ chủ yếu do đó dựa vào chỉ định điều trị có thể giải thích nhóm

cắt u và thủy nông chiếm tỷ lệ cao nhất. Nghiên cứu của Phạm Hoàng Tuấn (2007) trên 35 BN u đa hình tuyến nước bọt, kết luận 25,7% BN phẫu thuật cắt u và thủy nông, 74,3% BN phẫu thuật cắt u và toàn bộ tuyến, không có trường hợp nào cắt u đơn thuần. Tác giả kiến nghị sử dụng phương pháp cắt u và tuyến mang tai từng phần hoặc toàn bộ là phương pháp điều trị u đa hình tuyến nước bọt hiệu quả và ít gây biến chứng [21].

4.3. Tổn thương thần kinh VII trong phẫu thuật u tuyến nước bọt mang tai

Trong 31 BN UTMT tham gia nghiên cứu, ngay sau phẫu thuật ghi nhận 9 trường hợp tổn thương nhánh cổ mặt dây VII chiếm tỷ lệ 29,0%, 4 trường hợp tổn thương cả hai nhánh cổ mặt và thái dương mặt chiếm 12,9% và không có trường hợp nào tổn thương nhánh thái dương mặt đơn thuần. Nghiên cứu của Nguyễn Hữu Phúc (2017) ghi nhận phần lớn BN méo miệng một bên do tổn thương nhánh cổ mặt dây VII gặp ở 46/135 trường hợp chiếm 34,1% [9]. Điều này có thể giải thích do nhánh môi dưới của thân cổ mặt dây VII thường đi ra nông nhanh hơn, do đó khả năng tổn thương cao hơn. Ngoài ra vị trí nhánh thần kinh tổn thương còn phụ thuộc vào vị trí của khối u [22].

4.4. Phân độ liệt mặt theo House - Brackmann (1985)

Phần lớn các trường hợp liệt thần kinh tạm thời trong nghiên cứu của chúng tôi theo phân độ liệt mặt của House - Brackmann (1985) [12]. Sau phẫu thuật 1 tuần, liệt mặt độ I chiếm tỷ lệ cao nhất (58,1%), độ II chiếm tỷ lệ 19,4%, độ III là 12,9%, độ IV là 6,5% và độ V là 3,2%. Tác giả Roh (2007) và cs ghi nhận phần lớn các trường hợp liệt mặt tạm thời sau mổ ảnh hưởng chủ

yếu đến nhánh bờ hàm dưới, theo thang điểm House - Brackmann thuộc độ II và độ III [23]. Trong 42 trường hợp cắt một phần tuyến mang tai, sử dụng phân độ House - Brackmann (1985), tác giả Shijun Li (2019) và cs ghi nhận 14 trường hợp độ I, 7 trường hợp độ II, 11 trường hợp độ III, 5 trường hợp độ IV, 3 trường hợp độ V và 2 trường hợp độ VI [24].

Đánh giá sau phẫu thuật tại thời điểm 3 tháng ghi nhận 3 BN liệt mặt, trong đó 2 BN liệt mặt độ IV chuyển sang độ II và 1 BN liệt mặt độ V chuyển sang độ III (theo phân độ House - Brackmann năm 1985).

4.5. Biến chứng sau phẫu thuật u tuyến nước bọt mang tai

Biến chứng tê quanh tai liên quan đến tổn thương dây thần kinh tai lớn trong lúc phẫu thuật. Dây thần kinh tai lớn xuất phát từ đám rối cổ C2 - C3, bắt chéo bờ trước cơ ức đòn chũm, xuyên qua mạc sâu và mạc nông cơ bám da cổ đến tuyến mang tai. Tại tuyến mang tai nó chia thành nhánh trước và nhánh sau. Nhánh trước chi phối cảm giác vùng da phía ngoài tuyến mang tai, nhánh sau chi phối cảm giác vùng tai và vùng sau xương chũm [25]. Kết quả nghiên cứu ghi nhận sau phẫu thuật 1 tuần có 77,4% bệnh nhân tê quanh tai, sau 1 tháng là 71,0% và sau 3 tháng là 61,5% (16/26 BN). Theo nghiên cứu của Pedro Infante (2018) và cs [8] trên 79 BN cho kết quả 67 BN (84,9%) tê vùng quanh tai sau 1 tuần và sau 12 tháng có 45 BN (57%) hồi phục như trước phẫu thuật. Một số tác giả cho rằng bảo tồn dây thần kinh tai lớn giúp quá trình hồi phục nhanh hơn và hoàn thiện hơn [26].

Biến chứng liệt mặt sau phẫu thuật là vấn đề cần được lưu ý nhất. Tại thời điểm 1 tuần sau phẫu thuật ghi nhận 41,9% BN liệt mặt, sau 1 tháng là 38,7% và sau 3 tháng là 11,5% (3/26 BN). Theo nghiên cứu của Nguyễn Hữu Phúc (2017) ghi nhận tại thời điểm ngay sau phẫu thuật có 37,0% BN liệt mặt, sau 3 tháng có 16,0% BN liệt mặt [9]. Theo nghiên cứu của Pedro Infante (2018) và cs ghi nhận tỷ lệ liệt mặt trong thời gian 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng tương ứng là 77,2%, 51,9% và 30,4% (8). Trong nghiên cứu của chúng tôi, tại thời điểm đánh giá 1 tháng sau phẫu thuật ghi nhận tỷ lệ hồi phục liệt mặt là 61,3% và sau 3 tháng là 88,5%. Nghiên cứu của Đinh Xuân Thành (2012) tỷ lệ hồi phục liệt mặt sau 3 tháng là 82,0% và sau 6 tháng là 100,0% BN hồi phục [22]. Nhiều nghiên cứu kéo dài cho thấy sau 6 tháng phần lớn các trường hợp liệt mặt đều hồi phục, sau thời gian này gọi là liệt mặt vĩnh viễn.

Trong tổng số 31 BN tham gia nghiên cứu, có 1 trường hợp tụ dịch sau phẫu thuật (3,2%). Theo tác giả Hàn Thị Vân Thanh (2001) [27] và Nguyễn Hữu Phúc (2017) [9] ghi nhận tỷ lệ này lần lượt là 6,6% và 7,4%. Tụ dịch do huyết thanh tập trung dưới da tại vị trí mô bị loại bỏ. Dịch này được tạo ra từ huyết

tương và tế bào viêm. Đặt ống dẫn lưu sau phẫu thuật giúp giảm biến chứng tụ dịch [28].

Thời điểm đánh giá sau phẫu thuật 1 tuần ghi nhận 1 trường hợp rò nước bọt chiếm tỷ lệ 3,2%. Theo nghiên cứu của Pedro Infante (2018) và cs không ghi nhận trường hợp nào rò nước bọt. Rò nước bọt có thể tự hồi phục hoặc cần dẫn lưu, băng ép [8]. Một số trường hợp cần can thiệp để cắt toàn bộ tuyến hoặc điều trị xạ trị. Theo tác giả Marchese, tiêm BTX - A (Botox, Allergan) là phương pháp hiệu quả và an toàn trong điều trị rò nước bọt [26]. Đối với BN này, chúng tôi tiến hành băng ép và sau 1 tháng tự hồi phục không cần can thiệp.

Theo dõi sau phẫu thuật 3 tháng, kết quả ghi nhận 1 trường hợp sẹo phì đại (3,2%). Nghiên cứu của Pedro Infante (2018) và cs ghi nhận tỷ lệ sẹo phì đại là 8,9% sau 12 tháng [8].

Do thời gian nghiên cứu ngắn và tất cả BN phẫu thuật UTMT được sử dụng vật SMAS nên chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào có hội chứng Frey. Hội chứng Frey được giải thích do sự tái sinh lạc chỗ của sợi phó giao cảm điều khiển tiết dịch tuyến mang tai. Một kích thích vị giác sẽ xuất hiện tam chứng: da vùng tuyến mang tai đỏ mẩn, nóng, đỏ [29].

Chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào tái phát u tuyến nước bọt, điều này có thể do thời gian của nghiên cứu không dài.

5. KẾT LUẬN

Qua 31 bệnh nhân u tuyến nước bọt được chẩn đoán và điều trị tại Khoa Tai Mũi Họng - Mắt - Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ 06/2019 đến tháng 06/2020, chúng tôi có một số kết luận như sau:

5.1. Đánh giá kết quả điều trị u tuyến nước bọt

- Đặc điểm mô bệnh học u tuyến nước bọt mang tai: U đa hình (64,5%), u Warthin (32,3%) và 1 trường hợp u tế bào ưa acid (3,2%).

- Phẫu thuật cắt u và thủy nông tuyến mang tai (61,3%), cắt u đơn thuần (35,5%) và 1 trường hợp cắt u và toàn bộ tuyến (3,2%).

- Sau phẫu thuật u tuyến mang tai, tỷ lệ nhánh cổ mặt của dây VII bị tổn thương là 29,0%, không có trường hợp nào tổn thương đơn thuần nhánh thái dương mặt, tổn thương cả hai nhánh thái dương mặt và cổ mặt chiếm 12,9%.

- Phần lớn liệt mặt là tạm thời sau phẫu thuật u tuyến mang tai theo phân độ liệt mặt của House - Brackmann (1985).

- Sau phẫu thuật u tuyến mang tai 3 tháng, theo dõi trên 26 bệnh nhân, ghi nhận 3/26 bệnh nhân liệt mặt (11,5%), 16/26 bệnh nhân tê quanh tai (61,5%), 1/26 bệnh nhân sẹo phì đại (3,2%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Comoglu S, Ozturk E, Celik M, Avci H, Sonmez S, Basaran B, et al. Comprehensive analysis of parotid mass: A retrospective study of 369 cases. *Auris, nasus, larynx*. 2018;45(2):320-7.
2. Venkatesh S, Srinivas T, Hariprasad S. Parotid Gland Tumors: 2-Year Prospective Clinicopathological Study. *Annals of maxillofacial surgery*. 2019;9(1):103-9.
3. Khanam A, Gulshan A, Rahman. Pattern of distribution of different salivary gland tumors; a retrospective study in NICRH, Dhaka. *Bangladesh Journal of Medical Science*. 2016;15(1):95-8.
4. Phạm Trung Kiên. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và phân loại mô bệnh học u tuyến nước bọt tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương. Trường Đại học Y Hà Nội: Luận văn Thạc sĩ y học; 2008.
5. Kato H, Kanematsu M, Mizuta K. Carcinoma Ex Pleomorphic Adenoma of the Parotid Gland: Radiologic-Pathologic Correlation with MR Imaging Including Diffusion-Weighted Imaging. *American Journal of Neuroradiology*. 2008;29(5):865-7.
6. Kara A, Yilmaz MS, Guven M, Demir D, Genc S, Guven EM. Clinical Results of Surgical Treatment in Parotid Tumors. *Journal of Otolaryngology-ENT Research*. 2017;7(2).
7. Nikolaos P. Partial superficial parotidectomy as the method of choice for treating pleomorphic adenomas of the parotid gland. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2011;49(6):447-50.
8. Infante C P, Gonzalez C. E, Garcia-Perla-Garcia A, Montes-Latorre E, Gutierrez-Perez JL, Prats-Golczer VE. Complications after superficial parotidectomy for pleomorphic adenoma. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2018;23(4):e485-e92.
9. Nguyễn Hữu Phúc. Kết quả cắt một phần thủy nông tuyến mang tai trong điều trị bướu hỗn hợp lành. Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh: Luận án Tiến sĩ y học; 2017.
10. Lê Văn Quang. Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật u biểu mô lành tính tuyến mang tai từ năm 2009 - 2013. Trường Đại học Y Hà Nội: Luận văn Thạc sĩ Y học; 2013.
11. Marchese-Ragona R, De Filippis C, Marioni G, Staffieri A. Treatment of complications of parotid gland surgery. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2005;25(3):174-8.
12. House JW, Brackmann DE. Facial nerve grading system. *Otolaryngology--head and neck surgery : official journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery*. 1985;93(2):146-7.
13. Bradley PJ, Guntinas-Lichius O. Salivary gland disorders and diseases. New York: Thieme; 2011.
14. Choi HG, Kwon SY, Won JY, Yoo SW, Lee MG, Kim SW, et al. Comparisons of Three Indicators for Frey's Syndrome: Subjective Symptoms, Minor's Starch Iodine Test, and Infrared Thermography. *Clin Exp Otorhinolaryngol*. 2013;6(4):249-53.
15. Witt R, Iro H, McGurk M. The Role of Extracapsular Dissection for Benign Parotid Tumors. *Current Otorhinolaryngology Reports*. 2014;2:55-63.
16. Nguyễn Phú Thắng. Phẫu thuật thực hành trong Răng hàm mặt. Hà Nội: Nhà xuất bản y học; 2017.
17. Bradley P, O'Hara J. Diseases of the salivary glands. *Head and neck*. 2015;33(12):614-9.
18. George K. Surgical Techniques for Parotid and Submandibular Glands and Ranulae 2017. 686-99 p.
19. Vi Xuân Thanh. Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật u tuyến nước bọt mang tai. Trường Đại học Y Hà Nội: Luận án Tiến sĩ y học; 2012.
20. Pinheiro J, Sa Fernandes M, Pereira AR, Lopes JM. Histological Subtypes and Clinical Behavior Evaluation of Salivary Gland Tumors. *Acta medica portuguesa*. 2018;31(11):641-7.
21. Phạm Hoàng Tuấn. Nghiên cứu lâm sàng, Xquang, giải phẫu bệnh trong chẩn đoán và điều trị u hỗn hợp tuyến nước bọt mang tai: Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội; 2007.
22. Đình Xuân Thành. Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật u tuyến nước bọt mang tai. Trường Đại học Y Hà Nội: Luận án Tiến sĩ y học; 2012.
23. Roh J, Kim H, Park C. Randomized clinical trial comparing partial parotidectomy versus superficial or total parotidectomy. *Br J Surg*. 2007; 94(9):1081-7.
24. Li S, Lu X, Xie S, Li Z, Shan X, Cai Z. Intraparotid facial nerve schwannoma: a 17-year, single-institution experience of diagnosis and management. *Acta otolaryngologica*. 2019;139(5):444-50.
25. Tubbs S. Nerves and Nerve Injuries. Academic Press 2015.
26. Marchese R. R, De Filippis C, Marioni G, Staffieri A. Treatment of complications of parotid gland surgery. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2005;25(3):174-8.
27. Hàn Thị Vân Thanh. Nhận xét đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và kết quả phẫu thuật của u tuyến nước bọt mang tai ở Bệnh viện K từ 1996 - 2001: Trường Đại học Y Hà Nội; 2001.
28. Witt R. Surgery of the Salivary Glands. London: Elsevier Publishers; 2020.
29. Chamisa I. Frey's syndrome--unusually long delayed clinical onset post-parotidectomy: a case report. *Pan Afr Med J*. 2010;5(1).