

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT BÁN PHẦN THANH QUẢN TRÊN NHẪN KIỂU CHEP ĐIỀU TRỊ UNG THƯ THANH QUẢN GIAI ĐOẠN SỚM

Thái Hữu Dũng\*, Ngô Hoàng\*

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật cắt bán phần thanh quản trên nhĩn kiểu CHEP điều trị ung thư thanh quản giai đoạn sớm. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca, với 27 bệnh nhân đã chẩn đoán ung thư thanh quản giai đoạn T1 và T2 được phẫu thuật cắt bán phần thanh quản trên nhĩn kiểu CHEP tại bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM từ tháng 12/2018 đến tháng 4/2022. **Kết quả:** Mẫu nghiên cứu có tỉ lệ nam: nữ = 8:1, độ tuổi trung bình là  $59.5 \pm 6.4$  tuổi, thói quen hút thuốc lá chiếm 77.8%, với triệu chứng khàn tiếng trong vòng 3 tháng chiếm 51.8%. Giai đoạn T1 chiếm 85%, N0 chiếm 100%. Số ngày hậu phẫu trung bình là  $17.6 \pm 4.2$  ngày. Biến chứng chiếm 29.6% (8 ca). Biến phẫu thuật nghi ngờ trong 18.5% (5 ca); 2 ca nghịch sản được theo dõi định kì, 3 ca biên còn tế bào u được xạ trị. Tỷ lệ tái phát là 3.7%. Phẫu thuật cắt sụn phễu 1 bên chiếm 11% (3 ca). Thời gian đặt canula mở khí quản sau mổ trung bình là  $12.4 \pm 6.5$  ngày. Tuổi và chức năng hô hấp không có tương quan với thời gian phục hồi chức năng thở ( $p = 0.3$  và  $0.28$ ). Phẫu thuật cắt sụn phễu có liên quan đến thời gian phục hồi chức năng thở ( $p = 0.049$ ). 96.3% ca được tập thở vào ngày thứ 5 sau phẫu thuật. Thời gian đặt ống Tube Levin sau mổ trung bình là  $11.3 \pm 5.7$  ngày. Thời gian khai khí đạo có tương quan khá chặt với thời gian đặt ống nuôi ăn với  $r = 0.64$  ( $p < 0.01$ ). Bệnh nhân được tập ăn từ ngày thứ 7 sau mổ. Chức năng nuốt có ảnh hưởng trung bình nhẹ đến cuộc sống với điểm số trung bình bảng kê rối loạn nuốt của viện MD Anderson dao động từ 79 đến 82%. Điểm số chỉ số khuyết tật giọng nói VHI- 10: tổng trung bình là 22/40 điểm. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt bán phần thanh quản trên nhĩn kiểu CHEP là phương pháp phẫu thuật an toàn đảm bảo lấy được bệnh tích, phục hồi được một phần cấu trúc giải phẫu và bảo tồn được chức năng sinh lý của thanh quản.

**Từ khóa:** CHEP, ung thư thanh quản, cắt bán phần thanh quản trên nhĩn.

\* Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Hoàng; ĐT: 0908702178; Email: [hoangngo0190@gmail.com](mailto:hoangngo0190@gmail.com)

Nhận bài: 12/9/2023

Ngày nhận phản biện: 17/9/2023

Ngày nhận phản hồi: 28/9/2023

Ngày duyệt đăng: 10/10/2023

**RESULTS OF SUPRACRICOID PARTIAL LARYNGECTOMY WITH CRICO-HYOIDO-EPIGLOTTOPEXY IN TREATMENT EARLY-STAGED LARYNGEAL CANCER**

**SUMMARY**

**Objective:** To evaluate results of supracricoid partial laryngectomy with crico-hyoido-epiglottopexy (CHEP) in treatment early-staged laryngeal cancer. **Methods:** Case study with 27 patients diagnosed with T1 or T2 laryngeal cancer and treated by supracricoid partial laryngectomy with crico-hyoido-epiglottopexy in Ho-Chi-Minh city ENT Hospital from December 2018 to April 2022. **Results:** Our study shows an 8:1 male to female ratio, with average age of  $59.48 \pm 6.4$ , smoking habit accounting for 77.8%, and 3-month hoarseness accounting for 51.8%. T1 stage constitutes 85%, NO: 100%. Average post-op period is  $17.6 \pm 4.2$  days. Complications occur in 29.6% of all cases. Doubtful surgical margins are in 18.5% (5 cases); 2 cases of dysplasia are routinely followed up; 3 positive margins are irradiated. Recurrent rate is 3.7%. Resection of one arytenoid accounts for 11 % (3 cases). The average time elapsed before de-cannulation is  $12.4 \pm 6.5$  days. Age and respiratory function are not relevant to the duration time of breathing recovery ( $p = 0.3$  and  $0.28$ ). Arytenoid cartilage resection is relevant to the duration time of breathing recovery ( $p = 0.049$ ). 96.3% of all cases are trained with breathing exercises at the fifth day post-op. The average time elapsed before oral feeding is  $11.3 \pm 5.7$  days. The times elapsed before decannulation and oral feeding are tightly correlated with  $r = 0.64$  ( $p < 0.01$ ). All cases are trained with swallowing exercises at the seventh day post-op. Swallowing has mild effect to quality of life with MD Anderson score ranging from 79 to 82%. The total average VHI-10 index is 22/40. **Conclusions:** Supracricoid partial laryngectomy with crico-hyoido-epiglottopexy is a safe procedure that is capable of resecting the tumor, reconstructing the larynx and preserving the laryngeal physiological functions.

**Keywords:** CHEP, laryngeal cancer, supracricoid partial laryngectomy.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vùng đầu cổ là một trong mười loại ung thư thường gặp trên thế giới và Việt Nam. Trong đó, ung thư thanh quản đứng hàng thứ ba trong các ung thư vùng đầu cổ mới mắc phải. Tại Việt Nam, đa phần ung thư thanh quản có xuất phát từ vùng thanh môn (90%)<sup>[1,6,10]</sup>.

Điều trị ung thư thanh quản hiện nay chủ yếu là phẫu thuật và xạ trị, trong đó phẫu thuật vẫn giữ vai trò quan trọng. Đối với ung thư thanh quản giai đoạn sớm hiện nay ở Việt Nam, điều trị chủ yếu là phẫu thuật với xu hướng phẫu thuật bảo tồn chức năng của thanh quản, bao gồm chức năng phát âm và chức năng nuốt.

Trong số những phương pháp phẫu thuật điều trị ung thư thanh quản, phẫu thuật cắt bán phần thanh quản trên nhãn kiểu CHEP (Cricohyo- doepiglottopexy) đảm bảo lấy được bệnh tích, phục hồi được một phần cấu trúc giải phẫu và bảo tồn chức năng sinh lý của thanh quản. Để đánh giá hiệu quả của phương pháp phẫu thuật và chăm sóc sau mổ, chúng tôi quyết định thực hiện nghiên cứu: “*Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt bán phần thanh quản trên nhãn kiểu CHEP điều trị ung thư thanh quản giai đoạn sớm*”.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Dân số chọn mẫu

Những bệnh nhân đã chẩn đoán ung thư thanh quản giai đoạn T1 và T2 và phẫu thuật cắt bán phần thanh quản trên nhãn kiểu CHEP tại bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM từ tháng 12/2018 đến tháng 4/2022.

### 2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân đã điều trị đặc hiệu trước đó (bao gồm phẫu thuật, xạ trị, hóa trị).

Bệnh nhân có chống chỉ định phẫu thuật cắt bán phần thanh quản trên nhãn kiểu CHEP.

Đổi chỉ định sang cắt thanh quản toàn phần trong lúc phẫu thuật.

Chỉ số FEV1/FVC < 61%.

Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.3. Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả hàng loạt ca.

## 3. KẾT QUẢ

Mẫu nghiên cứu bao gồm 27 trường hợp.

**Giới tính:** nam/nữ: 8/1

**Tuổi trung bình** 59.5 ± 6.4

Nhóm tuổi	Tần số	Tỉ lệ (%)
47-59	12	44.4
60-69	15	55.6
Tổng cộng	27	100

### Thói quen

Thói quen	Tần số	Tỷ lệ (%)
Hút thuốc lá (HTL)	19	70.4
Uống rượu	1	3.7
HTL và uống rượu	2	7.4
Không HTL và uống rượu	5	18.5
Tổng cộng	27	100

### Thời gian khàn tiếng

Thời gian khàn tiếng	Tần số	Tỉ lệ (%)
Trong vòng 3 tháng	14	51.8
4-6 tháng	10	37.1
Trên 6 tháng	3	11.1
Tổng cộng	27	100

### Phân độ giai đoạn ung thư

Phân độ khối u (Tumor)	Tần số	Tỉ lệ (%)
T1	23	85
T2	4	15
Tổng cộng	27	100

**Hạch cổ:** giai đoạn N0 trong 27 trường hợp.

**Số ngày hậu phẫu trung bình:** 17.6 ± 4.2

**Biến chứng:** 8 ca (29.6%)

**Biến chứng sớm:** 5 ca, bao gồm: 1 ca chảy máu ngày đầu sau mổ, 3 ca tràn khí dưới da, 1 ca tràn khí dưới da và trung thất

lượng ít. Biến chứng muộn: 3 ca, bao gồm 2 ca có mô hạt viêm làm hẹp đường thở và 1 ca sẹo dính thanh quản.

**Biến chứng phẫu thuật:** nghi ngờ ở 5/27 ca, (18.5%). Hai ca có tế bào nghịch sản ở biên phẫu thuật được theo dõi định kì. Ba trường hợp còn tế bào u được xạ trị tăng cường.

**Tỷ lệ tái phát:** 3.7% (1 ca)

**Phẫu thuật cắt bỏ sụn phế 1 bên:**

Cắt sụn phế 1 bên	Tần số	Tỉ lệ(%)
Không cắt sụn phế	7	26
Cắt máu thanh	17	63
Cắt hoàn toàn sụn phế	3	11
Tổng cộng	27	100

**Thời gian đặt canula mở khí quản (MKQ) sau mổ trung bình:** 12.4 ±6.5 ngày

**Các yếu tố ảnh hưởng đến phục hồi chức năng thở**

Các yếu tố	Mối liên hệ	p
Tuổi	Không có tương quan	0.3
Chức năng hô hấp	Không có tương quan	0.28
PT cắt sụn phế	Có liên quan	0.049

**Tập thở sau phẫu thuật:** 96.3% (26 ca) tập thở vào ngày 5 sau mổ.

**Thời gian đặt ống Tube Levin sau mổ trung bình:** 11.3 ± 5.7 ngày.

**Các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian đặt ống nuôi ăn**

Các yếu tố	Mối liên hệ	p
Tuổi	Không có tương quan	0.67
Thời gian MKQ	Có tương quan	<0.01 (r=0.64)

**Phục hồi chức năng nuốt:** Bệnh nhân tập nuốt từ ngày thứ 7 sau mổ trở đi, nuốt khan → rau câu và thức ăn mềm dạng khối.

**Đánh giá chức năng nuốt bằng bảng điểm MD Anderson:** Điểm số trung bình các câu hỏi dao động từ 79 đến 82% cho thấy đa số bệnh nhân đánh giá chức năng nuốt có ảnh hưởng trung bình nhẹ đến cuộc sống.

**Điểm số VHI:** tổng trung bình là 22/40 điểm, cho thấy bệnh nhân đánh giá chức năng nói có ảnh hưởng trung bình đến cuộc sống.

**4. BÀN LUẬN**

Các đặc điểm về độ tuổi, giới tính, triệu chứng lâm sàng trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với y văn<sup>[2,6,10]</sup>.

Phân độ u trong nghiên cứu của chúng tôi giai đoạn T1 chiếm 23/27 ca. Giai đoạn T2 có 4 ca; trong đó có 1 ca khối u lan nhẹ hạ thanh môn, nên vẫn còn chỉ định phẫu thuật cắt bán phần thanh quản trên nhãn kiểu CHEP. Ba ca T2 có khối u lan qua thanh thất Morgani đến băng thanh thất, nhưng chưa xâm lấn mép trước băng thanh thất và chân thanh thiệt, nên cũng không có chống chỉ định cắt thanh quản kiểu CHEP.

Tỷ lệ biên phẫu thuật dương tính của chúng tôi cao hơn trong các nghiên cứu của Trần Văn Thiệp (11%), Gallo (15%). Các trường hợp biên phẫu thuật còn tế bào nghịch sản vừa và nặng được theo dõi định kì, các trường hợp còn tế bào u được xạ trị bổ túc sau phẫu thuật. Tình trạng biên phẫu thuật dương tính có thể được cải thiện bằng nhiều cách. Thứ nhất là bóc lột phẫu trường rõ ràng, rìa phẫu thuật phải cách xa u. Mặt

khác, việc cắt biên gửi sinh thiết tức thì sẽ giúp xác định vị trí nào còn tế bào u để phẫu thuật viên có thể cắt rộng hơn, tuy nhiên, phương pháp này đòi hỏi phải kéo dài thời gian mổ và tăng giá thành<sup>[4,5]</sup>.

Bên cạnh đó, chúng tôi cũng ghi nhận tái phát tại chỗ. Tỷ lệ này của chúng tôi thấp hơn các tác giả Lacoureyye và Lê Văn Cường. Tỷ lệ tái phát tại chỗ trong vòng 5 năm của những nghiên cứu này dao động từ 4 đến 16%. Nguyên nhân có thể do thời gian theo dõi bệnh nhân sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ dài. Ca tái phát của chúng tôi có khối u xâm lấn 2 bên dây thanh, với giải phẫu bệnh sau mổ là carcinoma tế bào gai xâm lấn. Biên phẫu thuật nghịch sản nặng hạ thanh môn trái. Bệnh nhân được theo dõi định kì. Sau 2,5 năm sau phẫu thuật, được phát hiện có khối sùi vùng thanh môn - hạ thanh môn mới bên trái, được sinh thiết gửi GPB, kết quả là carcinoma tế bào gai. Bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật nên được tư vấn xạ trị<sup>[1,7]</sup>.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các biến chứng sớm nổi trội là hiện tượng tràn khí dưới da và trung thất. Các trường hợp này chúng tôi chỉ theo dõi bằng khám lâm sàng và chụp CTScan cổ ngực để theo dõi diễn tiến tràn khí, sau đó đều giảm dần và hồi phục. Trường hợp chảy máu ghi nhận từ bó mạch thanh quản trên. Biến chứng muộn chủ yếu là tình trạng mô hạt viêm và sẹo dính, xuất hiện từ 1 tháng sau mổ trở đi. Chúng tôi tiến hành phẫu thuật soi treo thanh quản cắt mô hạt viêm hoặc sẹo dính gửi giải phẫu bệnh. Mô hạt viêm và sẹo dính sẽ ảnh hưởng nhiều đến chức năng thở và phát âm của bệnh nhân. Để hạn chế hiện

tượng này, nên đảm bảo bề mặt niêm mạc được liên tục trong quá trình khâu tái tạo thanh quản.

Trong phẫu thuật cắt bán phần thanh quản trên nhãn kiểu CHEP, thời gian phục hồi chức năng thở rất khác nhau giữa các nghiên cứu. Nó tùy thuộc vào mức độ xâm lấn của khối u cũng như mức độ rộng của phẫu thuật. Điều này được tác giả Schindler ghi nhận lại trong nghiên cứu giữa các trung tâm khác nhau<sup>[9]</sup>. Trong quá trình hậu phẫu, chúng tôi thực hiện nội soi thanh quản cho bệnh nhân, và nhận thấy tình trạng phù nề thanh quản, đặc biệt là phù nề sụn phễu sau mổ, gây bí hẹp đường thở và làm bệnh nhân không bật canula mở khí quản liên tục được. Chúng tôi giải quyết tình trạng này bằng phương pháp nội khoa với thuốc kháng viêm, và tập thở cho bệnh nhân. Việc phục hồi chức năng thở chưa có phác đồ thống nhất giữa các trung tâm trên thế giới, nhưng tất cả đều đồng thuận rằng việc tập thở sớm và rút canula sớm sẽ tạo điều kiện thuận lợi cho bệnh nhân hồi phục, giảm biến chứng viêm phổi hít, rút ống nuôi ăn sớm, giảm số ngày nằm viện. Về tập thở, bệnh nhân dùng ngón tay bật canula mở khí quản để tập thở qua mũi, họng, sau đó dùng dụng cụ để bật. Khi thanh môn thoáng và bệnh nhân có thể bật canula mở khí quản liên tục trong 24 giờ, chúng tôi sẽ rút canula.

Thời gian đặt Tube Levin cho bệnh nhân của chúng tôi thấp hơn so với những tác giả khác, tuy nhiên thời gian nuôi ăn qua ống cũng rất khác nhau giữa các trung tâm trên thế giới. Theo tác giả Naudo, có khoảng 0.5% trường hợp bệnh nhân bị viêm phổi hít kéo dài không đáp ứng với

các phương pháp tập nuốt và điều trị nội khoa, cần phải tiến hành cắt thanh quản toàn phần để tránh hiện tượng hít sặc thức ăn<sup>[8]</sup>. Bệnh nhân được tập nuốt ở tư thế cầm ngực, nuốt khan hoặc nuốt với nước bọt. Khi đã nuốt quen, thường là 1 đến 2 ngày sau, bệnh nhân được tập nuốt với thức ăn mềm dạng khối (như rau câu, chuối), lượng nhỏ tăng dần. Nếu bệnh nhân nuốt được, chúng tôi sẽ tăng khối lượng thức ăn, cũng như cho bệnh nhân tập với thức ăn sệt và lỏng hơn. Nếu thất bại, chúng tôi sẽ tiếp tục tập lại cho bệnh nhân ở lần sau.

### KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt bán phần thanh quản trên nhĩ kiểu CHEP là phương pháp phẫu thuật điều trị ung thư thanh quản giai đoạn sớm. Phương pháp này phục hồi được một phần cấu trúc giải phẫu và bảo tồn chức năng sinh lý của thanh quản. Tuy nhiên, quá trình phục hồi chức năng của thanh quản sau phẫu thuật cũng như việc tái khám theo dõi bệnh nhân sau mổ cũng đóng vai trò then chốt trong việc phát hiện và điều trị các trường hợp tái phát, cũng như nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Cường (2018). “Đánh giá phục hồi chức năng thở, nuốt và phát âm sau cắt thanh quản một phần trong điều trị ung thư thanh môn giai đoạn sớm”, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.
2. Nhan Trùng Sơn (2016), "Tai mũi họng", tập 2, nhà xuất bản Y học.
3. Tống Xuân Thắng (2007), "Nghiên cứu cắt một phần thanh quản trên nhĩ có tạo hình kiểu nhĩ- móng- thanh thiệt", Luận Án Tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội.
4. Trần Văn Thiệp và cs (2008), "Phẫu thuật cắt thanh quản trên sụn nhĩ kết hợp sụn nhĩ, sụn nắp và xương móng trong điều trị ung thư thanh môn trong giai đoạn sớm". Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 4 (12), tr. 51- 56.
5. Gallo A., Manciooco V., Tropiano M. L. (2004), "Prognostic value of resection margins in supracricoid laryngectomy", *Laryngoscope*, 114 (4), pp. 616-21
6. Global Cancer Observatory 2018 - Tochtic y te the gidi: <https://gco.iarc.fr/today/home>
7. Laccourreye O. (2002), "Analysis of local recurrence in patients with selected T1-3N0M0 squamous cell carcinoma of the true vocal cord managed with a platinum-based chemotherapy-alone regimen for cure", *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 111 (4), pp. 315-21.
8. Naudo P. (1998), “Complications and functional outcome after supracricoid partial laryngectomy with cricohyoidoepiglottopexy”, *Otolaryngol Head Neck Surg* 1998;118:124-9
9. Schindler A. (2006), "Long-term voice and swallowing modifications after supracricoid laryngectomy: objective, subjective, and self-assessment data", *Am J Otolaryngol*, 27 (6), pp. 378-83.
10. Sinard R.J, Netterville J.L, Ossoff R.H (2003), “Squamous Cell Cancer of the Larynx”, *The Larynx*, trang 337-377.