

# Đánh giá kết quả phẫu thuật u hỗn hợp tuyến nước bọt mang tai

Võ Khắc Trang<sup>1</sup>, Hoàng Minh Phương<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Minh<sup>1</sup>, Trần Tấn Tài<sup>1\*</sup>

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

## Tóm tắt

**Đặt vấn đề:** U hỗn hợp chiếm 80% nhóm u lành tính tuyến nước bọt mang tai và liên quan đến tỉ lệ tái phát cao sau phẫu thuật. Việc chẩn đoán sớm và điều trị có hiệu quả sẽ góp phần giảm các biến chứng của phẫu thuật. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật u hỗn hợp về tình trạng liệt mặt và các biến chứng khác. **Đối tượng và phương pháp:** gồm 25 bệnh nhân u hỗn hợp được phẫu thuật tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ 01/2020 đến 12/2020 và đánh giá các biến chứng sau 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng. **Kết quả:** Sau phẫu thuật, ở thời điểm sau 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng tỉ lệ liệt mặt giảm dần lần lượt 76%, 52%, 32%, 0%. Sau 6 tháng, 100% đạt độ I theo thang điểm House-Brackmann. Tổn thương nhánh cổ mặt dây VII chiếm tỷ lệ cao nhất (48%). Các biến chứng khác như tê vùng quanh tai, xuất huyết dưới da, tụ dịch, dò nước bọt. Tuy nhiên, không ghi nhận tái phát u và hội chứng Frey. **Kết luận:** Phẫu thuật là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn của u hỗn hợp. Liệt mặt chiếm tỉ lệ cao nhưng sẽ hồi phục hoàn toàn sau 6 tháng. Lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp giúp giảm thiểu các biến chứng và tái phát của u hỗn hợp tuyến nước bọt mang tai.

**Từ khóa:** u hỗn hợp, phẫu thuật u tuyến mang tai, liệt mặt.

## Abstract

# Evaluation of the surgery outcome of pleomorphic adenoma of the parotid gland

Vo Khắc Trang<sup>1</sup>, Hoang Minh Phuong<sup>1</sup>, Nguyen Van Minh<sup>1</sup>, Tran Tan Tai<sup>1\*</sup>

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

**Background:** Pleomorphic adenoma, accounting for 80% of all parotid benign tumors and associated with a high recurrence rate after surgery. Early diagnosis and effective treatment will contribute to reducing complications of surgery. **Objective:** Evaluation of surgical results of pleomorphic adenoma on facial paralysis and other complications. **Materials and Methods:** including 25 patients with pleomorphic adenoma who were operated at Hue University of Medicine and Pharmacy from January 2020 to December 2020 and evaluate complications after 1 week, 1 month, 3 months, and 6 months. **Results:** After surgery at 1 week, 1 month, 3 months, and 6 months, the rate of facial paralysis gradually decreased by 76%, 52%, 32%, 0%, respectively. After 6 months, 100% reaching grade I on the House-Brackmann scale. cervicofacial branches accounted for the highest rate (48%). Other common complications include numbness around the ear, hemorrhage, sialoceles, salivary fistula. Nevertheless, no cases of tumor recurrence and Frey's syndrome were recorded. **Conclusion:** Parotidectomy is an effective and safe treatment method of pleomorphic adenoma. Facial paralysis accounts for a high incidence, but it will fully recover after 6 months. Choosing the appropriate treatment method helps to minimize complications and recurrence after surgery for pleomorphic adenoma of the parotid gland.

**Keywords:** Pleomorphic Adenoma, Parotidectomy, Facial paralysis.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến nước bọt mang tai chiếm khoảng 3-6% khối u của đầu mặt cổ, chiếm đến 80% khối u tuyến nước bọt nói chung. Ở tuyến mang tai, 80% là u lành tính và u hỗn hợp là phổ biến nhất, theo sau là u Warthin [1].

Về biểu hiện của bệnh, u hỗn hợp tuyến nước bọt

mang tai thường ít có triệu chứng ở giai đoạn sớm. Bệnh thường là dạng tổn thương sưng gồ trước tai, to chậm, âm thầm không đau, có khi kéo dài nhiều năm, không ảnh hưởng đến chức năng ăn nhai của bệnh nhân [2]. Tuy nhiên, khoảng 5% u hỗn hợp có hiện tượng thoái hóa ác tính, tiến triển nhanh nếu không được phát hiện sớm [3]. Khối u hỗn hợp chuyển hoá

ác tính có liên quan với tuổi bệnh nhân, kích thước, liệu pháp xạ trị và thời gian tồn tại của khối u. Nhiều trường hợp bệnh khó chẩn đoán phân biệt được giữa bệnh lý lành tính với bệnh lý ác tính khác hay bệnh lý viêm nhiễm của tuyến nước bọt mang tai [4], do đó việc chẩn đoán và đưa ra kế hoạch điều trị gặp một số khó khăn đối với các bác sĩ lâm sàng. Sự kết hợp giữa khám lâm sàng cùng với các công cụ hỗ trợ chẩn đoán cận lâm sàng như siêu âm, cắt lớp vi tính và chọc hút tế bào bằng kim nhỏ đóng vai trò quan trọng.

Hiện nay, phương pháp điều trị đầu tiên và cơ bản đối với u lành tính tuyến mang tai nói chung và u hỗn hợp nói riêng là phẫu thuật. Phương pháp phẫu thuật là cắt u và thùy nông hay thùy sâu tuyến, bảo tồn TK VII. Xạ trị hay hóa trị chỉ có vai trò bổ sung khi u biệt hóa ác tính, xâm lấn hay di căn xa. Tuy nhiên, phẫu thuật luôn có nhiều biến chứng và di chứng phức tạp, do đặc điểm tuyến mang tai rất giàu mạch máu và mối liên quan mật thiết với dây TK VII nên việc bóc lột bảo tồn dây VII là một thách thức cho phẫu thuật viên [5]. Ngày 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 và một phần hay toàn bộ thùy nông hoặc cắt u và toàn bộ tuyến có bảo tồn dây VII để điều trị u hỗn hợp tuyến nước bọt mang tai tùy thuộc vào vị trí, kích thước và đặc điểm mô bệnh học của khối u [6].

Sau phẫu thuật 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 [7]. Biến chứng sau mổ tùy thuộc vào nhiều yếu tố khác nhau như kích thước, vị trí, mức độ xâm lấn, bản chất của các tế bào trong u, dân số nghiên cứu [5]. 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 [8].

Năm 2018, Infante-Cossio Pedro nghiên cứu phẫu thuật cắt thùy nông điều trị u hỗn hợp tuyến nước bọt mang tai cho kết quả tốt, tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật thấp [8]. Nguyễn Hữu Phúc (2017) nghiên cứu cắt một phần thùy nông cho kết quả tốt và tỷ lệ biến chứng tương đương với cắt toàn bộ thùy nông tuyến [5]. Tại Thừa Thiên Huế, chưa có nhiều nghiên cứu về u hỗn hợp tuyến nước bọt

mang tai trong chẩn đoán và điều trị.

Để góp phần cho chẩn đoán sớm và điều trị hiệu quả cũng như tránh được các biến chứng do khối u gây ra, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật u hỗn hợp 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 25 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 01/2020 đến tháng 12/2020.

Siêu âm và cắt lớp vi tính xác định vị trí và kích thước u hỗn hợp.

Có kết quả chọc hút tế bào kim nhỏ và giải phẫu bệnh sau mổ phù hợp là u hỗn hợp.

### 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).

### 2.3. Các biến số nghiên cứu

#### 2.3.1. Đặc điểm đối tượng mẫu nghiên cứu

- Giới tính: nam, nữ.

- Tuổi: ghi nhận số tuổi.

#### 2.3.2. Đánh giá kết quả điều trị

- Phương pháp phẫu thuật: cắt u và một phần thùy nông, cắt u và toàn bộ thùy nông, cắt u và toàn bộ tuyến.

- Vị trí tổn thương dây VII sau phẫu thuật u tuyến nước bọt mang tai (TNBMT): chẩn đoán dựa vào sự phân nhánh, chi phối vận động các cơ bám da của dây VII [7].

+ 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.

- Liệt mặt: phân độ theo House - Brackmann (1985) [9], đánh giá chức năng vận động của cơ bám da mặt qua các động tác: nhắm mở mắt, nhăn trán, huýt sáo, cười, phồng má:

**Bảng 1.** Thang đánh giá mức độ liệt mặt theo House- Brackmann

Mức độ	Xếp loại	Biểu hiện
Độ I	Bình thường	Cử động mặt bình thường, không có đồng vận
Độ II	Nhẹ	Chức năng vùng trán tốt, có đồng vận nhẹ, yếu nhẹ, mất cân xứng ở mặt nhẹ
Độ III	Trung bình	Hoạt động vùng trán yếu, mắt nhắm được khi cố gắng, bất đối xứng, liệt Bell
Độ IV	Trung bình - nặng	Tăng đồng vận, không có hoạt động của trán, mắt không nhắm được
Độ V	Nặng	Bất đối xứng khi nghỉ, chỉ còn vài vận động, mắt không nhắm được
Độ VI	Toàn bộ	Không còn trương lực cơ

- Xuất huyết dưới da: có, không.  
 - Dò nước bọt: có, không. Lỗ dò 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 xấu: có, không. Sẹo thô, đứng cách xa 5m nhìn thấy sẹo rõ [10]. Đánh giá tại thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật.  
 - 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.  
 - Tê bì quanh tai: có, không. Kiểm tra cảm giác xúc giác của BN [8].  
 - 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. Kết quả dương tính khi 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 [5], [10].

- Tái phát: có, không. Ghi nhận thời gian tái phát u.

## 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 phẫu thuật: Tác giả Quer M. [11] đưa ra chỉ định như sau:

- Các u ≤ 3 cm ở thùy nông, chiếm ít hơn 50% thùy nông, tiến hành cắt u và 1 phần thùy nông TNBMT.

- Các u > 3 cm ở thùy nông, chiếm hơn 50% thùy nông, tiến hành cắt u và toàn bộ thùy nông TNBMT.

- Các u > 3 cm ở cả 2 thùy hoặc u ở thùy sâu, tiến hành cắt toàn bộ TNBMT.

+ BN được gây mê nội khí quản.

+ Vẽ và đánh dấu các mốc giải phẫu theo đường Blair cải tiến: Rạch da theo 3 cung nếp nhăn trước tai, vòng quanh dải tai đến nếp sau tai rồi cong ra phía sau đến mỏm chũm, cách góc hàm khoảng hai khoát ngón tay rồi vòng xuống dưới theo nếp cổ trên [5].

+ Rạch da, bóc tách hệ thống cân cơ nông ở mặt (SMAS - Superficial musculoaponeurotic system) và bộc lộ thần kinh (TK) 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 TK thì khảo sát hai phân nhánh chính của dây VII [12], [13].

+ Cắt u và một phần thùy nông: Phẫu thuật viên chỉ bóc tách các nhánh TK mặt nào có liên quan đến u nhằm hạn chế biến chứng liệt TK mặt tạm thời, diện cắt bên nên cách u khoảng 1 cm là đủ. Đối với những u có kích thước nhỏ dưới 2 cm, nằm ở cực dưới thùy nông tuyến mang có thể lựa chọn phẫu thuật cắt cực dưới thùy nông TNBMT.

+ 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 vết mổ.

+ Tạo hình đóng khuyết hồng vùng mỏ: sử dụng vạt SMAS.

+ Đóng vết mổ: khâu đóng theo các lớp, dẫn lưu áp lực âm, 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, 6 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. Bóc u kèm một phần thùy nông



Hình 3. Bóc u và toàn bộ thùy nông



Hình 4. Bóc u và toàn bộ tuyến mang tai

## 3. KẾT QUẢ

### 3.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

**Bảng 1.** Đặc điểm của mẫu nghiên cứu (n = 25)

Giới tính	Số bệnh nhân (%)	Tuổi (Trung bình ± Độ lệch chuẩn)	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Nam	8 (32)	48,8±13,1	21	63
Nữ	17 (68)	45,6±12,5	29	67
Tổng	25 (100)	47,8 ±12,8	21	67

Nhận xét:

Trong tổng số 25 BN, có 17 BN là nữ giới, chiếm tỉ lệ 68% và 8 BN là nam giới, chiếm tỉ lệ 32%. Tỉ lệ nữ/nam = 2,1/1. Độ tuổi trung bình của nghiên cứu là 47,8 ±12,8. Trong đó, nam giới có độ tuổi trung bình là 48,8±13,1 và nữ giới có độ tuổi trung bình là 45,6±12,5.

Tuổi nhỏ nhất trong nghiên cứu là 21 tuổi và lớn nhất là 67 tuổi.

**3.2. Đặc điểm phương pháp phẫu thuật**

**Bảng 2.** Đặc điểm phương pháp phẫu thuật (n = 25)

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Vị trí	Thùy nông	23	92
	Thùy sâu	2	8
Bảo tồn TK VII	Có	25	100
Phương pháp phẫu thuật	Cắt u + 1 phần thùy nông	17	68
	Cắt u + Thùy nông	6	24
	Cắt toàn bộ tuyến	2	8
Phương pháp tái tạo	Vật SMAS	25	100
Bảo tồn nhánh sau thần kinh tai lớn	Có	17	68
	Không	8	32

Nhận xét: U chủ yếu ở thùy nông (92%), phẫu thuật cắt u và 1 phần thùy nông tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất là 68%, phẫu thuật cắt u kèm thùy nông là 24% và 2 trường hợp cắt u và toàn bộ tuyến chiếm tỷ lệ 8%. 100% được tái tạo bằng vật SMAS, nhánh sau thần kinh tai lớn được bảo tồn trong 68%.

**3.3. Tổn thương thần kinh VII liên quan phẫu thuật u hỗn hợp**

**Bảng 3.** Tổn thương thần kinh VII liên quan phẫu thuật u hỗn hợp (n = 25)

Nhánh tổn thương	Số lượng (SL)	Tỷ lệ (%)
Không tổn thương	6	24
Nhánh thái dương mặt	3	12
Nhánh cổ mặt	12	48
Nhánh thái dương mặt và nhánh cổ mặt	4	16
<b>Tổng</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

Nhận xét: Sau phẫu thuật u hỗn hợp, nhánh cổ mặt dây VII thường xuyên bị tổn thương nhất với tỷ lệ 48%, tổn thương cả hai nhánh chiếm 16%, tổn thương nhánh thái dương mặt là 12%.

**3.4. Kết quả phẫu thuật**

**Bảng 4.** Biến chứng liệt mặt ở các thời điểm sau phẫu thuật

Thời điểm	1 tuần		1 tháng		3 tháng		6 tháng	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Liệt mặt	19	76	13	52	8	32	0	0

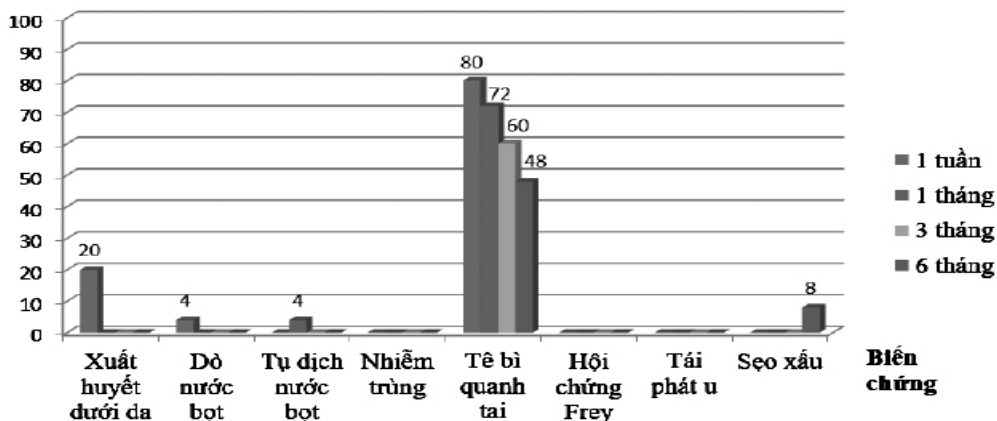
Nhận xét: Tỷ lệ liệt mặt cao nhất sau 1 tuần chiếm 76%, giảm dần sau 1 tháng (52%), 3 tháng (32%) và không còn trường hợp liệt sau 6 tháng (0%).

**Bảng 5.** Phân độ liệt mặt theo House - Brackmann (1985) ở các thời điểm sau phẫu thuật

Phân độ	Xếp loại	1 tuần		1 tháng		3 tháng		6 tháng	
		SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Độ I	Bình thường	6	24	12	48	17	68	25	100
Độ II	Nhẹ	7	28	7	28	7	28	0	0
Độ III	Trung bình	9	36	4	24	1	4	0	0
Độ IV	Trung bình - nặng	2	8	2	8	0	0	0	0
Độ V	Nặng	1	4	0	0	0	0	0	0
	<b>Tổng</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

Nhận xét: Sau 1 tuần, liệt mặt độ III chiếm tỉ lệ cao nhất (36%), sau 1 tháng và 3 tháng liệt mặt độ II chiếm ưu thế (28%), sau 6 tháng 100% hết dấu chứng liệt mặt ( đạt độ I: bình thường).

### 3.6. Các biến chứng khác của phẫu thuật u hỗn hợp



Biểu đồ 1. Các biến chứng khác sau phẫu thuật u hỗn hợp

Nhận xét:

- Sau 1 tuần, ghi nhận 5 BN xuất huyết dưới da (20%), 20 BN tê quanh tai (80%) và 1 BN dò nước bọt (4%).
- Sau 1 tháng, ghi nhận 1 BN tụ dịch (4%), 18 BN tê quanh tai (72%).
- Sau 3 tháng, ghi nhận 15 BN tê quanh tai (60%).
- Sau 6 tháng, có 12 BN tê quanh tai (48%), 2 BN sẹo xấu (8%), tất cả là sẹo phì đại, không có trường hợp tái phát và hội chứng Frey.

## 4. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ nam/nữ là 8/17, trong đó nữ chiếm tỉ lệ 68%. Kết quả của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu ở Việt Nam và trên thế giới với tỉ lệ nữ chiếm ưu thế so với nam. Theo nghiên cứu của Nguyễn Hữu Phúc (2017) tỷ lệ nữ chiếm 74,8% và nam chiếm 25,2% các trường hợp u hỗn hợp TNBMT [5]. Phạm Hoàng Tuấn (2007) ghi nhận tỷ lệ nữ: 62,9%, nam: 37,1% [14]. Adreasen S. (2016) ghi nhận tỷ lệ nữ - nam trong nghiên cứu tổng hợp trên 5497 ca là 63,1% - 36,9% [2].

Độ tuổi trong bình trong nghiên cứu của chúng tôi là  $47,8 \pm 12,8$  tuổi, trong đó tuổi nhỏ nhất là 21 tuổi, tuổi lớn nhất là 67 tuổi. Tuổi trung bình ở nam là 48,8 tuổi, ở nữ là 45,6 tuổi.

Kết quả nhiều nghiên cứu cho thấy u hỗn hợp TNBMT có thể gặp ở mọi lứa tuổi. Lê Văn Quang (2013) nghiên cứu 95 trường hợp cho thấy độ tuổi thấp nhất là 15 tuổi và cao nhất là 84 tuổi, độ tuổi hay gặp nhất là 51 – 60 tuổi (26,3%) [7]. Nghiên cứu của Li (2015) trên 72 BN nữ và 57 BN nam cho thấy độ tuổi trung bình là 40,8 tuổi [15]. Tác giả Adreasen S. (2016) ghi nhận tuổi trung bình của nam là 50,9 tuổi và nữ là 54,6 tuổi [2]. Tần suất các nhóm tuổi giữa các nghiên cứu khác nhau là do việc

phân nhóm tuổi và cỡ mẫu ở các nghiên cứu không thống nhất.

### 4.2. Phương pháp phẫu thuật

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả 25 BN được phẫu thuật theo đường rạch Blair cải tiến, phẫu thuật tìm gốc TK VII, bóc tách xuôi, bảo tồn TK VII. Với 23 u ở thùy nông, 2 u ở thùy sâu, theo chỉ định phẫu thuật của từng phương pháp, chúng tôi thực hiện 17 ca cắt u kèm một phần thùy nông (68%), 6 ca cắt u kèm toàn bộ thùy nông (24%) và 2 ca cắt u kèm toàn bộ tuyến (8%). Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính đối với u hỗn hợp tuyến nước bọt mang tai, chỉ định phẫu thuật đúng đắn sẽ đem lại hiệu quả điều trị cao, giảm tỷ lệ tái phát cũng như các biến chứng và di chứng của phẫu thuật. Có nhiều phương pháp đã được thực hiện tùy thuộc vào vị trí, kích thước, mô bệnh học của khối u [11].

Trước đây, phẫu thuật “Cắt TNBMT toàn bộ bảo tồn TK VII” được coi là tiêu chuẩn cho điều trị tất cả u hỗn hợp được nhiều phẫu thuật viên ủng hộ và đã làm giảm đáng kể tỷ lệ tái phát u, tuy nhiên cũng để lại nhiều biến chứng như liệt mặt, hội chứng Frey. Năm 1957, Martin và sau đó là Patey và Thackray đề xuất phẫu thuật cắt u kèm thùy nông đối với u hỗn hợp ở thùy nông, dựa trên những ghi nhận kết hợp giữa phẫu thuật và mô bệnh học, với lý do là tránh

bỏ sót những sang thương vệ tinh trong quá trình bóc u, vừa tránh được nguy cơ tái phát cũng như các nhược điểm của phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến. Ngày nay, phẫu thuật cắt u kèm một phần thùy nông hay cắt tuyến mang tai chức năng dần trở nên phổ biến, với nhiều ưu điểm. Đây là phương pháp biến đổi của phương pháp cắt u và thùy nông TNBMT nhằm hạn chế phần mô tuyến lành bị lấy đi, giảm thời gian phẫu thuật và các biến chứng hậu phẫu, bảo tồn chức năng của TNBMT. Việc bảo tồn chức năng tuyến mang tai nhiều hơn và các mô liên quan làm cải thiện kết quả thẩm mỹ, giảm biến chứng liệt TK mặt. Cắt tuyến mang tai chức năng ngày nay được chọn lựa cho hầu hết các BN có u hỗn hợp nằm ở thùy nông tuyến mang tai [5].

#### 4.3. Tổn thương thần kinh VII liên quan phẫu thuật u hỗn hợp

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận sau phẫu thuật u hỗn hợp có 12 trường hợp (48%) tổn thương nhánh cổ mặt dây VII, 4 trường hợp (16%) tổn thương cả hai nhánh cổ mặt, thái dương mặt và 3 trường hợp (12%) 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% [5]. Theo Infante-Cossio P. và cs (2018) tỷ lệ liệt mặt tạm thời sau phẫu thuật cắt u và thùy nông trên 79 BN là 77,2%, nhánh bờ hàm dưới có tỷ lệ tổn thương cao nhất với 64,5% [8]. Điều này có thể giải thích do nhánh bờ hàm dưới của thân cổ mặt dây VII thường đi ra nông nhanh hơn, là nhánh nhỏ nhất trong 5 nhánh tận của TK VII và có ít nhánh nối với các nhánh khác, đường đi lại dài hơn nên dễ tổn thương hơn trong lúc phẫu thuật. Ngoài ra vị trí nhánh TK tổn thương còn phụ thuộc vào vị trí của khối u. Trường hợp dây TK VII liên quan trực tiếp với khối u khiến việc bóc tách TK khó khăn và tổn thương các nhánh TK là khó tránh khỏi.

#### 4.4. Kết quả phẫu thuật

Liệt mặt là biến chứng được quan tâm nhất sau phẫu thuật u tuyến nước bọt mang tai. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau 1 tuần ghi nhận 76,0% BN liệt mặt, sau 1 tháng là 52,0%, sau 3 tháng là 32,0% và sau 6 tháng là 0%. Tương tự, nghiên cứu của Infante-Cossio P. và cs (2018) trên 79 BN cắt thùy nông tuyến nước bọt mang tai ghi nhận tỷ lệ liệt mặt trong thời gian 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng tương ứng là 77,2%, 51,9%, 30,4%, 0% [8]. Nghiên cứu của Nguyễn Hữu Phúc (2017) ghi nhận tại thời điểm ngay sau phẫu thuật có 37,0% BN liệt mặt, sau 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng lần lượt còn 25,1%, 6,7%, 0% [5]. 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 31,6%, sau 3 tháng là 57,9%, sau 6 tháng tỷ lệ hồi phục 100%, đạt độ I theo phân độ liệt mặt của House – Brackmann. Tương tự các tác giả Đinh Xuân Thành (2014), Infante-Cossio P. (2018) [8], [16].

Đánh giá mức độ liệt mặt theo House-Brackmann cho thấy độ II, độ II chiếm ưu thế ở các thời điểm nghiên cứu. Ở thời điểm 1 tuần, độ III chiếm tỷ lệ cao nhất với 36%, độ II với 28%, độ IV với 8%, độ V chiếm tỷ lệ thấp nhất với 4% trường hợp. Theo tác giả Shijun Li và cs (2019) phẫu thuật 42 trường hợp cắt một phần tuyến mang tai bảo tồn dây VII ghi nhận 7 trường hợp độ II (16,7%), 11 trường hợp độ III (26,2%), 5 trường hợp độ IV (11,9%), 3 trường hợp độ V (7,1%) và 2 trường hợp độ VI (4,8%) [17]. Nghiên cứu chúng tôi cho thấy, ở thời điểm 1 tháng tỷ lệ liệt mặt còn lại 52,0%, các trường hợp này còn cho thấy sự phục hồi với sự giảm bớt tỷ lệ ở các nhóm phân độ liệt mặt: 26,0% ở độ III, không có độ V trở lên. Tương tự, ở thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật, chỉ còn 32,0% trường hợp liệt mặt với mức độ liệt giảm dần theo phân độ House-Brackmann, cụ thể: độ III còn 4%, độ II với 28%, không còn độ III trở lên, chứng tỏ sự hồi phục rất tốt của TK mặt. Ở thời điểm 6 tháng, cho thấy sự hồi phục hoàn toàn chức năng TK mặt ở tất cả BN, tương ứng với độ I theo phân độ liệt mặt của House – Brackmann.

Tỷ lệ liệt mặt tạm thời và tỷ lệ liệt mặt vĩnh viễn có liên quan đến độ rộng của phẫu thuật TNBMT. Độ rộng của phẫu thuật càng lớn thì tỷ lệ liệt mặt càng cao. Ngày nay, càng có nhiều cải tiến về phương pháp phẫu thuật nhằm hạn chế thấp nhất tỷ lệ liệt mặt sau mổ mà vẫn đảm bảo loại bỏ hoàn toàn khối u, đặc biệt u hỗn hợp có tỷ lệ tái phát cao. Theo Infante-Cossio P. và cs (2018) cho thấy vị trí u ở phần trên của thùy nông, kích thước  $u > 2\text{cm}$ , thời gian phẫu thuật kéo dài làm trầm trọng thêm tỷ lệ liệt mặt ở các thời điểm nghiên cứu [8]. Biến chứng liệt mặt thường xảy ra sau phẫu thuật TNBMT toàn phần có bảo tồn TK mặt, dù thao tác có nhẹ nhàng đến đâu đi nữa. Tuy nhiên mức độ nặng hay nhẹ, thời gian hồi phục ngắn hay dài thật sự có liên quan đến thao tác và kỹ thuật mổ [5]. Theo Witt R.L. (2002) liệt TK mặt vĩnh viễn tăng gấp 3 lần, liệt TK mặt tạm thời tăng gấp 2 lần ở BN phẫu thuật cắt tuyến mang tai toàn phần có bảo tồn TK mặt so với phẫu thuật cắt một phần thùy nông tuyến mang tai [19]. Việc tổn thương TK VII gây nên liệt mặt là khó tránh khỏi vì thao tác bóc tách TK khỏi u và mô tuyến gây tác động cơ học làm tổn thương TK, phần do u phát triển gây chèn ép các tổ chức xung quanh

làm cho việc phẫu tích bảo tồn dây TK VII trở nên khó khăn và phức tạp hơn, đặc biệt trong trường hợp u liên quan trực tiếp đến TK VII.

#### 4.5. Các biến chứng phẫu thuật khác

Biến chứng tê quanh tai liên quan đến tổn thương dây TK tai lớn trong lúc phẫu thuật. Dây TK 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 [19]. Kết quả nghiên cứu ghi nhận sau phẫu thuật 1 tuần có 80% BN tê quanh tai, sau 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng tương ứng với 72%, 60%, 48%. Nghiên cứu của Infante-Cossio P. và cs (2018) trên 79 BN cho kết quả 67 BN (84,9%) tê vùng quanh tai sau 1 tuần và sau 12 tháng còn 43,0%, có 45 BN (57%) hồi phục như trước phẫu thuật [8]. Việc bảo tồn hay hy sinh TK tai lớn trong phẫu thuật u tuyến mang tai vẫn còn gây tranh cãi. TK tai lớn thường nằm nông, trên đường rạch da, hướng về phía tuyến mang tai nên việc cắt bỏ thường xảy ra, đặc biệt là nhánh trước. Một số tác giả cho rằng bảo tồn nhánh sau dây TK tai lớn giúp quá trình hồi phục nhanh hơn và hoàn thiện hơn [20].

Thời điểm đánh giá sau phẫu thuật 1 tuần ghi nhận 1 trường hợp dò nước bọt chiếm tỷ lệ 4%. Theo nghiên cứu của Infante-Cossio P. và cs (2018) không ghi nhận trường hợp nào dò nước bọt [8]. Dò nước bọt có thể tự hồi phục hoặc cần dẫn lưu, băng ép. Một số trường hợp cần can thiệp để cắt toàn bộ tuyến hoặc xạ trị. Send T. và cs (2018) sử dụng Botulinum Toxin là phương pháp tiết kiệm và hiệu quả trong điều trị dò nước bọt [22]. Đối với trường hợp dò nước bọt trong nghiên cứu, chúng tôi tiến hành băng ép, hạn chế ăn uống các thực phẩm gây kích thích nước bọt và sau 1 tháng tự hồi phục không cần can thiệp gì thêm.

Trong 25 BN tham gia nghiên cứu, có 1 trường hợp tụ dịch sau phẫu thuật (4%). Theo tác giả Hàn Thị Vân Thanh (2001) và Nguyễn Hữu Phúc (2017) ghi nhận tỷ lệ này lần lượt là 6,6% và 7,4% [5], [21]. Nguyên nhân là do sự hình thành mô sẹo xung quanh bờ cắt của nhu mô tuyến sẽ đóng kín bất kì sự thoát nước bọt nào từ các nhu mô tuyến còn lại [5]. Trường hợp này chúng tôi tiến hành băng ép, sau 2 tháng triệu chứng tụ dịch đã khỏi hoàn toàn.

Sau phẫu thuật 6 tháng, chúng tôi ghi nhận

2 trường hợp sẹo phì đại (8%). Nghiên cứu của Infante-Cossio P. và cs (2018) ghi nhận tỷ lệ sẹo phì đại là 8,9% sau 12 tháng [8]. Sẹo xấu thường gặp ở những BN có nhiễm trùng sau mổ, rò nước bọt hoặc do cơ địa.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau thời gian theo dõi 6 tháng không xuất hiện các triệu chứng của hội chứng Frey. Các báo cáo trước đây chỉ ra rằng xuất độ hội chứng Frey rất đa dạng. Do thời gian nghiên cứu ngắn và tất cả BN phẫu thuật đều 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 mồ hôi, nóng, đỏ [23].

Về tỷ lệ tái phát, chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào tái phát sau 6 tháng theo dõi. Thời gian tái phát của u hỗn hợp rất thay đổi, có thể xảy ra nhiều tháng hoặc nhiều năm sau điều trị, thậm chí đến 15-20 năm sau. Tỷ lệ tái phát dao động 0,8-5% [5]. U hỗn hợp có tỷ lệ tái phát cao do tính đa ổ của u nguyên phát, đặc điểm vỏ bao của u với không có vỏ bao hay thiếu vỏ bao với các sang thương vệ tinh khi quan sát trên kính hiển vi [5]. Tái phát thường do phẫu thuật không thích hợp, do đó, quan trọng là chọn lựa loại phẫu thuật phù hợp nhất nhằm làm giảm tối đa sang chấn TK VII, tỷ lệ tái phát tại chỗ, tránh phải phẫu tích lại ở các trường hợp tái phát u.

## 5. KẾT LUẬN

U hỗn hợp gặp chủ yếu ở nữ giới (68%), độ tuổi trung bình của nghiên cứu là  $47,8 \pm 12,8$  tuổi.

U chủ yếu ở thùy nông (92%), phẫu thuật cắt u và 1 phần thùy nông tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất (68%), 100% được tái tạo bằng vật SMAS, nhánh sau thần kinh tai lớn được bảo tồn trong 68%.

Nhánh cổ mặt dây VII thường xuyên bị tổn thương nhất chiếm 48%, tổn thương cả hai nhánh chiếm 16%, tổn thương nhánh thái dương mặt là 12%.

Tỷ lệ liệt mặt cao nhất sau 1 tuần chiếm 76%, giảm dần sau 1 tháng (52%), 3 tháng (32%) với độ II, độ III là chủ yếu theo phân độ liệt mặt của House-Brackmann, không còn trường hợp liệt sau 6 tháng (0%).

Các biến chứng khác ghi nhận gồm xuất huyết dưới da (20%), tê bì quanh tai (80%), tụ dịch nước bọt (4%), dò nước bọt (4%), sẹo xấu (8%), không có trường hợp tái phát u và hội chứng Frey.



## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Stoia S., Băciuț G., Lenghel M., et al. (2021), "Cross-sectional imaging and cytologic investigations in the preoperative diagnosis of parotid gland tumors - An updated literature review", *Bosnian journal of basic medical sciences*, 21 (1), pp. 19-32.
2. Andreasen S., Therkildsen M. H., Bjørndal K., et al. (2016), "Pleomorphic adenoma of the parotid gland 1985–2010: A Danish nationwide study of incidence, recurrence rate, and malignant transformation", *Head & Neck*, 38 (S1), pp. E1364-E1369.
3. Clark K. (2017), "Etiology and familial inheritance of pleomorphic adenomas", *J Dentistry*, 5 (1), pp. 54-58.
4. Rong X., Zhu Q., Ji H., et al. (2014), "Differentiation of pleomorphic adenoma and Warthin's tumor of the parotid gland: ultrasonographic features", *Acta Radiologica*, 55 (10), pp. 1203-1209.
5. Nguyễn Hữu Phúc (2017), Kết quả cắt một phần thùy nông tuyến mang tai trong điều trị bướu hỗn hợp lành, Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
6. Quer M., Vander Poorten V., Takes R. P., et al. (2017), "Surgical options in benign parotid tumors: a proposal for classification", *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 274 (11), pp. 3825-3836.
7. Lê Văn Quang (2013), 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, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. Infante-Cossio P., Gonzalez-Cardero E., Garcia-Perla-Garcia A., et al. (2018), "Complications after superficial parotidectomy for pleomorphic adenoma", *Medicina oral, patologia oral y cirugía bucal*, 23 (4), pp. e485-e492.
9. House W. E. (1985), "Facial nerve grading system", *Otolaryngol Head Neck Surg*, 93 pp. 184-193.
10. Hoàng Ngọc Lan (2015), Nghiên cứu chức năng nhai trên bệnh nhân sau điều trị gãy xương hàm trên Le Fort I, Le Fort II và gò má cung tiếp, Luận án Tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
11. Choi H. G., Kwon S. Y., Won J. Y., et al. (2013), "Comparisons of three indicators for Frey's syndrome: subjective symptoms, Minor's starch iodine test, and infrared thermography", *Clinical experimental otorhinolaryngology*, 6 (4), pp. 249-253.
12. Quer M., Vander Poorten V., Takes R. P., et al. (2017), "Surgical options in benign parotid tumors: a proposal for classification", *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 274 (11), pp. 3825-3836.
13. Nguyễn Phú Thắng (2017), Phẫu thuật thực hành trong Răng hàm mặt, Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
14. Bradley P., O'Hara J. (2015), "Diseases of the salivary glands", *Surgery - Oxford International Edition*, 33 (12), pp. 614-619.
15. Phạm Hoàng Tuấn (2007), 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.
16. Li C., Xu Y., Zhang C., et al. (2014), "Modified partial superficial parotidectomy versus conventional superficial parotidectomy improves treatment of pleomorphic adenoma of the parotid gland", *The American Journal of Surgery*, 208 (1), pp. 112-118.
17. Đinh Xuân Thành (2014), Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật u tuyến nước bọt mang tai, Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
18. Li S., Lu X., Xie S., et al. (2019), "Intraparotid facial nerve schwannoma: a 17-year, single-institution experience of diagnosis and management", *Acta Oto-Laryngologica*, 139 (5), pp. 444-450.
19. Witt R. L. (2002), "The significance of the margin in parotid surgery for pleomorphic adenoma", *The Laryngoscope*, 112 (12), pp. 2141-2154.
20. Tubbs S. (2015), *Nerves and Nerve Injuries*, Academic Press, pp. 441-449.
21. Marchese-Ragona R., De Filippis C., Marioni G., et al. (2005), "Treatment of complications of parotid gland surgery", *Acta Otorhinolaryngologica Italica*, 25 (3), pp. 174-178.
22. Hàn Thị Vân Thanh (2001), 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, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
23. Send T., Bertlich M., Eichhorn K. W., et al. (2019), "Management and follow-up results of salivary fistulas treated with botulinum toxin", *The Laryngoscope*, 129 (2), pp. 403-408.
24. Chamisa I. (2010), "Frey's syndrome-unusually long delayed clinical onset postparotidectomy: a case report", *Pan African Medical Journal*, 5 (1), pp. 1-5.