

Đánh giá kết quả phẫu thuật u lành tính tuyến nước bọt mang tai

Võ Khắc Tráng^{1*}, Hoàng Minh Phương¹, Nguyễn Văn Minh¹, Trần Tấn Tài¹

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

Tóm tắt

Đặt vấn đề: U lành tính chiếm 80% nhóm u tuyến nước bọt mang tai, 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 lành tính tuyến nước bọt mang tai về tình trạng liệt mặt và các biến chứng khác. **Phương pháp nghiên cứu:** gồm 51 bệnh nhân u lành tính tuyến mang tai đến khám tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ 06/2019 đến 10/2021 được phẫu thuật và theo dõi liệt mặt sau 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng theo thang điểm đánh giá liệt mặt House - Brackmann và ghi nhận các biến chứng khác. **Kết quả:** U hỗn hợp và u Warthin là hai loại u lành tính phổ biến nhất. Tỷ lệ liệt mặt ở các thời điểm sau 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng giảm dần lần lượt 56,9%, 35,3%, 19,6%, 0%. Phần lớn liệt mặt tạm thời độ II (nhẹ) và độ III (trung bình) (phân độ House - Brackmann). Phương pháp phẫu thuật liên quan có ý nghĩa thống kê đến liệt mặt ($p < 0,05$). Các biến chứng khác như tê bì quanh tai, xuất huyết dưới da, tụ dịch, dò nước bọt, khuyết hồng, sẹo xấu. Tuy nhiên, không ghi nhận tái phát u và hội chứng Frey sau 6 tháng. **Kết luận:** Phẫu thuật là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn của u lành tính tuyến nước bọt mang tai. Liệt mặt chiếm tỉ lệ cao sau phẫu thuật nhưng sẽ hồi phục hoàn toàn sau 6 tháng. Lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp giúp giảm thiểu các biến chứng của u lành tính tuyến nước bọt mang tai.

Từ khóa: u lành tính tuyến mang tai, phẫu thuật tuyến mang tai, liệt mặt.

Abstract

Evaluating the results of the surgery of benign parotid tumors

Vo Khắc Tráng^{1*}, Hoang Minh Phuong¹, Nguyen Van Minh¹, Tran Tan Tai¹

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

Background: Benign tumors account for 80% of parotid salivary gland tumors, early diagnosis and effective treatment will contribute to reducing complications of surgery. **Objective:** To evaluate surgical results of benign parotid tumors on facial paralysis and other complications. **Research Methodology:** including 51 patients with benign parotid salivary gland tumors at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital from June 2019 to October 2021 were operated on and monitored for facial paralysis after 1 week, 1 month, 3 months, and 6 months according to the House-Brackmann facial nerve grading system and noted other complications. **Results:** Pleomorphic adenoma and Warthin tumors are the two most common types of benign tumors. The rate of facial paralysis at the time points after 1 week, 1 month, 3 months, and 6 months gradually decreased by 56.9%, 35.3%, 19.6%, 0%, respectively. Most temporary facial paralysis grade II (mild) and grade III (moderate) (classification of House - Brackmann). The surgical method was significantly related to facial paralysis ($p < 0.05$). Other complications such as numbness around the ear, hemorrhage, sialoceles, salivary fistula, depression of facial contour, bad scars. Nevertheless, no cases of tumor recurrence and Frey's syndrome were recorded after 6 months. **Conclusion:** Surgery is an effective and safe treatment for benign parotid salivary gland tumors. Facial paralysis accounts for a high incidence after surgery, but it will fully recover after 6 months. Choosing the appropriate treatment method helps to minimize complications and recurrence after surgery of parotid salivary gland tumors.

Key words: benign parotid tumors, facial paralysis, parotidectomy.

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 phổ biến nhất, theo sau là u

Warthin [1].

U tuyến nước bọt mang tai là loại u điển hình với tính đa dạng về hình thái mô học giữa các khối u khác nhau cũng như trong cùng một khối u với các tiên lượng khác nhau. Bên cạnh đó, u hỗn hợp với sự

biệt hóa và xu hướng ác tính hóa của loại u lành này có thể gây nhầm lẫn cho chẩn đoán mô học [2]. Hiện nay, phương pháp điều trị đầu tiên và cơ bản đối với u tuyến mang tai nói chung và u lành tính nói riêng là phẫu thuật. Tuy nhiên, do đặc điểm tuyến mang tai rất giàu mạch máu và có mối liên quan mật thiết với dây thần kinh mặt cùng các nhánh của nó nên việc bóc lột, bảo tồn thần kinh mặt là một thách thức cho phẫu thuật viên. Việc lo ngại tổn thương thần kinh mặt dẫn đến điều trị phẫu thuật không triệt để, là nguyên nhân gây nên tỷ lệ tái phát cao [3]. Lựa chọn phương pháp phẫu thuật thích hợp cho u tuyến mang tai sẽ tùy thuộc vào vị trí u ở thùy nông hay thùy sâu, kích thước hay đặc điểm mô học của u [4]. Khi xác định khối u ở tại thùy nông hay ở thùy sâu, kích thước, biểu hiện lâm sàng, liên quan thần kinh mặt thì quyết định lựa chọn phẫu thuật theo phương pháp nào vẫn là vấn đề còn nhiều tranh luận.

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 [5]. 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 [6]. 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 [7].

Trên thế giới, Bhagavan và cộng sự (2019) nghiên cứu các biến chứng và điều trị sau phẫu thuật u tuyến nước bọt mang tai cho thấy liệt mặt là biến chứng hay gặp nhất theo sau là giảm cảm giác vùng do thần kinh tai lớn chi phối. Phần lớn chức năng thần kinh mặt hồi phục sau 2 tháng phẫu thuật [8]. Ở nước ta, kết quả điều trị u tuyến mang tai còn tồn tại sự khác biệt về tỷ lệ liệt mặt, tái phát sau mổ liên quan đến chẩn đoán, đánh giá và quan điểm chỉ định điều trị phẫu thuật. Lê Văn Quang (2013) nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật trên 95 bệnh nhân

u biểu mô lành tính tuyến mang tai cho kết quả phẫu thuật tốt đạt 71,5%, trung bình là 27,4%, kết quả xấu là 1,1% [5]. Nguyễn Hữu Phúc (2017) nghiên cứu kết quả cắt một phần thùy nông tuyến nước bọt mang tai trong điều trị u hỗn hợp cho thấy tỷ lệ liệt thần kinh mặt tạm thời sau phẫu thuật chiếm 37%, hội chứng Frey chiếm tỷ lệ thấp 4,4%, khuyết hồng sau 6 tháng chiếm 8,1% [6]. Để góp phần cho chẩn đoán 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 điều trị phẫu thuật u lành tính tuyến nước bọt mang tai.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 51 bệnh nhân u lành tính tuyến nước bọt mang tai đến khám và điều trị tại Khoa Tai Mũi Họng - Mắt - Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ tháng 06 năm 2019 đến tháng 10 năm 2021.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

2.2.1 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả tiến cứu có can thiệp lâm sàng, không đối chứng.

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

- Phương pháp phẫu thuật (PT): cắt u ngoài vỏ bao, cắt u và một phần thùy nông, cắt u và toàn bộ thùy nông, cắt toàn bộ tuyến nước bọt mang tai (TNBMT).
- Bảo tồn thần kinh (TK) tai lớn: toàn bộ, nhánh sau hay không bảo tồn.
- Phương pháp tái tạo: sử dụng vật hệ thống cân cơ nông (Superficial Muscular Aponeurotic System-SMAS), vật cơ ức đòn chũm hay không tái tạo.
- Mô bệnh học u.
- 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.
- Nhiễm trùng vết mổ: 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.
- 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 bệnh nhân (BN).
- Lõm da vùng mang tai: có, không. Lõm da vùng sau xương hàm dưới gây bất cân xứng với bên đối diện [6].
- 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 [10].
- Tái phát: có, không. Ghi nhận thời gian tái phát u.
- Sẹo xấu: có, không. Sẹo thô, đứng cách xa 5m nhìn thấy sẹo rõ [11].

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

- Chỉ định PT: Các khối u được tiến hành PT dựa theo hướng dẫn của tác giả Quer M. [4] như sau:

- + U hỗn hợp:
- * Các u ≤ 3 cm ở thùy nông, chiếm ít hơn 50% thùy nông: cắt u và một phần thùy nông TNBMT.
- * Các u > 3 cm ở thùy nông, chiếm hơn 50% thùy nông: cắt u và thùy nông TNBMT.
- * Các u > 3 cm ở cả 2 thùy hoặc u ở thùy sâu: cắt toàn bộ TNBMT.

+ U Warthin:

* Các u ≤ 3 cm ở thùy nông, chiếm ít hơn 50% thùy nông: cắt u và một phần thùy nông hoặc cắt u ngoài vỏ bao (u nằm sát vỏ bao tuyến).

* Các u > 3 cm ở thùy nông, chiếm hơn 50% thùy nông: cắt u và thùy nông TNBMT, trường hợp u nằm rất nông, sát bao TNBMT, cắt u ngoài vỏ bao.

* Các u > 3 cm ở cả 2 thùy hoặc u ở thùy sâu: cắt toàn bộ TNBMT.

+ Các u lành tính TNBMT khác: theo chỉ định của u hỗn hợp.

- Quy trình phẫu thuật [12]:

+ Đánh dấu các điểm mốc, phát họa đường rạch theo Blair cải tiến

+ Gây tê bổ sung tại chỗ bằng Lidocaine 2% có Adrenalin 1:100,000

+ Tiến hành rạch da theo đường phát họa

+ Bóc tách vật da, tổ chức dưới da bộc lộ lớp SMAS

+ Bộc lộ và bảo tồn TK tai lớn

+ Trường hợp 1: Cắt u ngoài vỏ bao

+ Trường hợp 2: Cắt u kèm một phần thùy nông, cắt u và toàn bộ thùy nông hay cắt toàn bộ TNBMT bảo tồn TK mặt:

* Bộc lộ gốc TK mặt

* Cắt u kèm một phần thùy nông

* Hoặc cắt u và toàn bộ thùy nông

* Hoặc cắt toàn bộ TNBMT

+ Tái tạo khuyết hổng bằng vật SMAS hay vật cơ ức đòn chũm

+ Đóng vết mổ

2.4.3. Sau phẫu thuật

Bệnh nhân được theo dõi đánh giá sau 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng.

2.5. Xử lý số liệu và phân tích thống kê

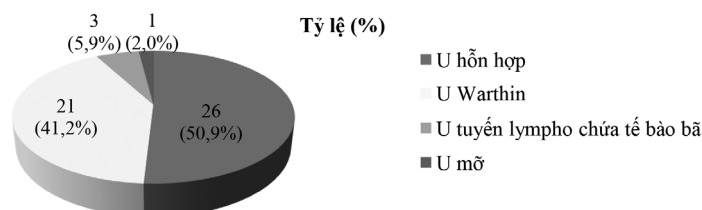
- Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để phân tích và xử lý số liệu.

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

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

3. KẾT QUẢ

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



Biểu đồ 1. Đặc điểm mô bệnh học

Nhận xét: U hỗn hợp có tỷ lệ cao nhất trong các u lành tính chiếm 50,9%, tiếp theo là u Warthin chiếm 41,2%, u tuyến lympho chứa tế bào bã chiếm 5,9% và u mỡ 2,0%.

3.2. Đặc điểm phương pháp phẫu thuật

Bảng 2. Đặc điểm phương pháp phẫu thuật

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Vị trí u	Thùy nông	47	92,1
	Thùy sâu	3	5,9
	Cả 2 thùy	1	2,0
Bảo tồn TK tai lớn	Toàn bộ	14	27,5
	Nhánh sau	28	54,9
	Không	9	17,6
Phương pháp phẫu thuật	Cắt u ngoài vỏ bao	14	27,5
	Cắt u + 1 phần thùy nông	21	41,2
	Cắt u + Thùy nông	12	23,5
	Cắt toàn bộ tuyến	4	7,8
Phương pháp tái tạo	Vạt SMAS	44	86,3
	Vạt cơ ức đòn chũm	4	7,8
	Không	3	5,9

Nhận xét: U chủ yếu ở thùy nông (92,1%), nhánh sau thần kinh tai lớn được bảo tồn trong 54,9%, phẫu thuật cắt u và 1 phần thùy nông tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất (41,2%), đa số các trường hợp được tái tạo bằng vạt SMAS (86,3%).

3.3. Biến chứng liệt mặt sau phẫu thuật

Bảng 3. Biến chứng liệt mặt sau phẫu thuật ở các thời điểm

Thời điểm	1 tuần		1 tháng		3 tháng		6 tháng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Liệt mặt	29	56,9	18	35,3	10	19,6	0	0

Nhận xét: Tỷ lệ liệt mặt cao nhất sau 1 tuần chiếm 56,9%, giảm dần sau 1 tháng (35,3%), 3 tháng (19,6%) và hồi phục hoàn toàn sau 6 tháng (0%).

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

Phân độ	Xếp loại	1 tuần		1 tháng		3 tháng		6 tháng	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Độ I	Bình thường	22	43,1	33	64,7	41	80,4	51	100
Độ II	Nhẹ	14	27,5	10	19,6	8	15,7	0	0
Độ III	Trung bình	10	19,6	5	9,8	2	3,9	0	0
Độ IV	Trung bình - nặng	4	7,8	3	5,9	0	0	0	0
Độ V	Nặng	1	2,0	0	0	0	0	0	0
Tổng		51	100	51	100	51	100	51	100

Nhận xét: Ở các thời điểm 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng liệt mặt độ II, độ III chiếm ưu thế, sau 6 tháng 100% đạt độ I (bình thường).

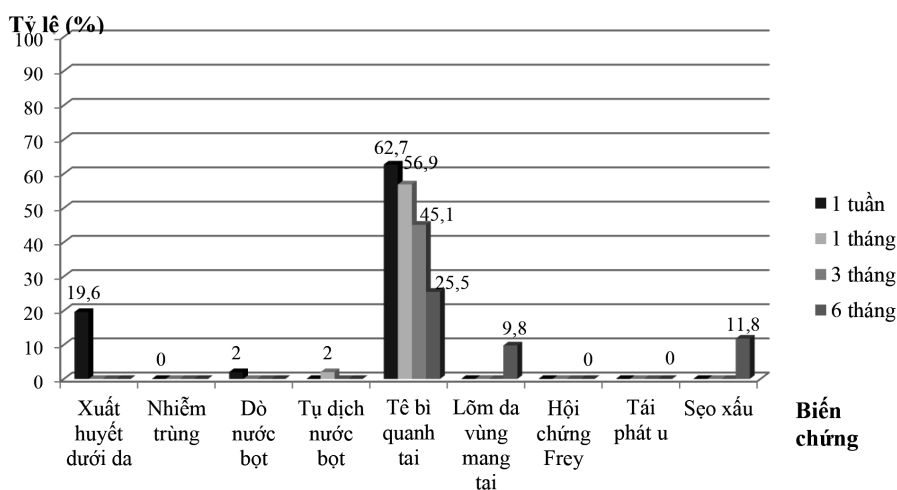
Bảng 5. Các yếu tố liên quan đến liệt mặt 1 tuần sau phẫu thuật (n = 51)

Yếu tố		Liệt mặt 1 tuần (%)		p
		Có	Không	
Giới	Nam	12 (44,4)	15 (55,6)	0,058
	Nữ	17 (70,8)	7 (29,2)	
Nhóm tuổi	21 - 40	5 (41,7)	7 (58,3)	0,468
	41 - 60	12 (60,0)	8 (40,0)	
	> 60	12 (63,2)	7 (36,8)	
Kích thước u trên cắt lớp vi tính (cm)	≤ 3	16 (57,1)	12 (42,9)	0,964
	> 3	13(56,5)	10 (43,5)	
Thời gian phát hiện bệnh	< 1 năm	11 (50,0)	11 (50,0)	0,318*
	Từ 1 - 5 năm	13 (59,1)	9 (40,9)	
	Trên 5 - 10 năm	5 (83,3)	1 (16,7)	
	Trên 10 năm	0 (0,0)	1 (100,0)	
Phương pháp phẫu thuật	Cắt u ngoài vỏ bao	2 (14,3)	12 (85,7)	< 0,001*
	Cắt u + 1 phần thùy nông	13 (61,9)	8 (38,1)	
	Cắt u + thùy nông	10 (83,3)	2 (16,7)	
	Cắt toàn bộ tuyến	4 (100,0)	0 (0,0)	

*Kiểm định Fisher's Extract

Nhận xét: Có mối liên quan giữa phương pháp phẫu thuật và liệt mặt sau phẫu thuật 1 tuần ($p < 0,05$). Các yếu tố như giới tính, nhóm tuổi, kích thước u trên cắt lớp vi tính, thời gian phát hiện bệnh cho thấy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.4. Các biến chứng khác của phẫu thuật u lành tính tuyến nước bọt mang tai



Biểu đồ 3. Các biến chứng khác sau phẫu thuật u lành tính tuyến nước bọt mang tai

Nhận xét:

- Sau 1 tuần, ghi nhận 10 BN xuất huyết dưới da (19,6%), 1 BN dò nước bọt (2,0%), 32 BN tê quanh tai (62,7%).

- Sau 1 tháng, ghi nhận 1 BN tụ dịch (2,0%), 29 BN tê quanh tai (56,9%).

- Sau 3 tháng, ghi nhận 23 BN tê quanh tai (45,1%).

- Sau 6 tháng, có 13 BN tê quanh tai (25,5%), 5 BN có khuyết hồng vùng mang tai (9,8%), 6 BN sẹo xấu (8%), không có trường hợp tái phát và hội chứng Frey.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm mô bệnh học u tuyến nước bọt

Kết quả MBH sau mổ ghi nhận tỷ lệ u hỗn hợp chiếm ưu thế với 26/51 trường hợp (51,0%), tiếp theo là u Warthin với 21/51 trường hợp (41,2%), còn lại là các loại u lành tính khác như u tuyến lympho chứa tế bào bã 3 trường hợp (5,9%), u mỡ 1 trường hợp (2,0%). Tương tự kết quả của các tác giả Lê Văn Quang (2013), Đinh Xuân Thành (2014), Comoglu S. (2017) cho thấy u hỗn hợp và u Warthin là hai loại u chiếm tỷ lệ cao nhất [5], [13], [14].

U TNBMT có hình thái giải phẫu bệnh lý rất phong phú bao gồm các khối u lành tính và ác tính, loại biểu mô và mô liên kết. Tuy vậy, phần lớn các khối u TNBMT có nguồn gốc biểu mô, trong đó u biểu mô lành tính chiếm ưu thế [5]. Hầu hết các nghiên cứu đều cho kết quả u hỗn hợp và u Warthin là 2 típ mô học phổ biến nhất [5], [13], [14].

4.2. Đặc điểm phương pháp phẫu thuật

Tất cả các trường hợp PT trong nghiên cứu đều sử dụng đường rạch Blair cải tiến, bảo tồn được TK mặt. Dựa vào đặc điểm vị trí u, kích thước, theo chỉ định PT với từng loại u, chúng tôi đã tiến hành PT cắt u ngoài vỏ bao 14 BN (27,5%), cắt u kèm một phần thùy nông chiếm tỉ lệ cao nhất với 21 BN (41,2%), cắt u kèm toàn bộ thùy nông 12 BN (23,5%), cắt u và toàn bộ tuyến chiếm tỷ lệ thấp nhất với 4 BN (7,8%).

Về bảo tồn TK tai lớn trong PT u TNBMT, nghiên cứu cho thấy bảo tồn toàn bộ TK chiếm 27,5%, bảo tồn nhánh sau chiếm 54,9%, không bảo tồn chiếm 17,6%. Việc bảo tồn TK tai lớn vẫn là chủ đề còn tranh cãi trong PT đầu mặt cổ. Tuy nhiên, việc bảo tồn TK tai lớn giúp quá trình hồi phục nhanh hơn và hoàn thiện hơn trong PT u TNBMT [15]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số các trường hợp đều bảo tồn được toàn bộ hoặc nhánh sau TK tai lớn (82,4%), có 9 trường hợp (17,6%) không bảo tồn được TK do vị trí kích thước khối u tiếp xúc và đè ép đẩy lệch TK, do đặc điểm giải phẫu phân nhánh đa dạng và kích thước quá nhỏ của nhánh sau TK tai lớn nên phải hy sinh TK tai lớn.

Về tái tạo khuyết hổng trong PT, hầu hết các trường hợp được tái tạo che phủ vùng khuyết hổng bằng vật SMAS (86,3%), có 7,8% che phủ bằng vật cơ ức đòn chũm và 5,9% không tái tạo. Các trường hợp không tái tạo do khuyết hổng nhỏ, phẫu thuật viên đánh giá không cần che vùng khuyết hổng nên không thực hiện vật SMAS hay cơ ức đòn chũm. Che phủ khuyết hổng vùng mổ sau PT không chỉ ngăn ngừa lõm da vùng mang tai, cải thiện thẩm mỹ, đặc biệt ở bệnh nhân nữ giới, trẻ tuổi mà còn giảm khả năng bị hội chứng Frey cho BN.

4.3. Kết quả phẫu thuật

Liệt mặt là biến chứng được quan tâm nhất sau phẫu thuật u TNBMT. Tỷ lệ liệt mặt cùng với tái phát là hai tiêu chuẩn quan trọng để đánh giá kết quả điều trị PT u lành tính TNBMT [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau 1 tuần ghi nhận 56,9% BN liệt mặt, sau 1 tháng là 35,3%, sau 3 tháng là 19,6% và sau 6 tháng là 0%. Infante-Cossio P. và cs (2018) nghiên cứu 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%, 5,0% [7]. Nghiên cứu của Nguyễn Hữu Phúc (2017) ghi nhận sau PT cắt u và 1 phần thùy nông tại thời điểm sau 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng lần lượt 37,0%, 25,1%, 6,7%, 0% [6]. Sự khác biệt này so với nghiên cứu của chúng tôi có thể giải thích do sử dụng các phương pháp PT khác nhau, liên quan đến mức độ bóc tách TK mặt, độ rộng của PT.

Đánh giá mức độ liệt mặt theo House-Brackmann cho thấy độ II, độ III chiếm ưu thế ở các thời điểm nghiên cứu. Ở thời điểm 1 tuần, độ II chiếm tỷ lệ cao nhất với 27,5%, độ III 19,6%, độ IV 7,8%, độ V chiếm tỷ lệ thấp nhất với 2,0%. Ở thời điểm 1 tháng tỷ lệ liệt mặt còn lại 35,3%, các trường hợp này còn cho thấy sự phục hồi với sự giảm bớt tỷ lệ ở các nhóm phân độ liệt mặt: 19,6% độ II, 9,8% ở độ III, 5,9% độ IV, không còn trường hợp độ V. Tương tự, ở thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật, chỉ còn 19,6% trường hợp liệt mặt với mức độ liệt giảm dần theo phân độ House-Brackmann, cụ thể: độ III còn 3,9%, độ II với 15,7%, không còn độ IV trở lên, chứng tỏ sự hồi phục rất tốt của thần kinh mặt. Ở thời điểm 6 tháng, cho thấy sự hồi phục hoàn toàn chức năng thần kinh mặt ở tất cả bệnh nhân, 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 $u > 2$ cm, thời gian phẫu thuật kéo dài làm trầm trọng thêm tỷ lệ liệt mặt ở các thời điểm nghiên cứu [7]. 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.

Liệt mặt 1 tuần có mối liên quan với các phương pháp PT và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) (bảng 5). Cụ thể, tỷ lệ tương ứng với từng phương pháp như sau: cắt u ngoài vỏ bao 20,0%,

cắt u kèm một phần thùy nông 61,9%, cắt u và toàn bộ thùy nông 81,8%, cắt toàn bộ tuyến 100%. Theo Witt R.L. liệt TK mặt vĩnh viễn tăng gấp 3 lần, liệt TK mặt tạm thời tăng gấp 2 lần ở bệnh nhân 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 [16]. Việc tổn thương TK mặt 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 mặt trở nên khó khăn và phức tạp hơn, đặc biệt trong trường hợp u liên quan trực tiếp đến TK mặt [6]. Điều này có thể giải thích kết quả nghiên cứu của chúng tôi trong PT cắt u ngoài vỏ bao, mức độ sang chấn TK mặt ít hơn dẫn đến tỷ lệ liệt mặt tạm thời sau mổ thấp nhất so với các phương pháp khác.

4.4. 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 [17]. Kết quả nghiên cứu ghi nhận sau phẫu thuật 1 tuần có 62,7% BN tê quanh tai, sau 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng tương ứng với 56,9%, 45,1%, 25,5%. 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 [15].

Trong 51 BN tham gia nghiên cứu, có 1 trường hợp (2,0%) tụ dịch sau phẫu thuật tại thời điểm 1 tháng. Nghiên cứu của Nguyễn Hữu Phúc (2017) ghi nhận tỷ lệ này là 7,4% [6]. Nguyên nhân là do sự hình thành mô sẹo xung quanh bờ cắt của nhu mô tuyến sẽ đóng kín bất kỳ sự thoát nước bọt nào từ các nhu mô tuyến còn lại [6]. Trường hợp này chúng tôi tiến hành băng ép, sau 2 tháng triệu chứng tụ dịch đã khỏi hoàn toàn.

Thời điểm đánh giá sau phẫu thuật 1 tuần ghi nhận 1 trường hợp dò nước bọt chiếm tỷ lệ 2,0%. Theo nghiên cứu của Infante-Cossio P. và cs (2018) không ghi nhận trường hợp nào dò nước bọt [7]. 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 điều trị 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 [18]. Đối với BN này, chúng tôi tiến hành băng ép và sau 1 tháng tự hồi phục không cần can thiệp.

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. 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 [10]. Nhiều biện pháp phòng tránh hội chứng Frey được nhiều tác giả khuyến nghị thực hiện ngay trong PT. Các kỹ thuật tạo hình để che lấp khuyết hổng sau PT cắt TNBMT vừa giúp đạt được kết quả thẩm mỹ vừa giúp ngăn ngừa hội chứng Frey. Trong nghiên cứu, chúng tôi sử dụng vật SMAS và vật cơ ức đòn chũm.

Về tỷ lệ tái phát, tất cả BN đều được theo dõi ít nhất 6 tháng, không ghi nhận trường hợp tái phát u nào trong thời gian này. Trong các khối u lành tính của TNBMT, u hỗn hợp là loại u thường gặp nhất của TNBMT. U hỗn hợp có tỷ lệ tái phát khoảng 6,8% và có khả năng chuyển dạng ác tính từ 5 đến 9,8% [19]. Do đó, các nghiên cứu tìm cách làm giảm tỷ lệ tái phát với biến chứng sau mổ thấp nhất được thực hiện. Sự tái phát của u lành tính TNBMT cũng liên quan đến loại u này nhất do đặc tính mô học của nó. 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 [6]. 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 mặt, tỷ lệ tái phát tại chỗ, tránh phải phẫu tích lại ở các trường hợp tái phát u.

Về khuyết hổng sau PT TNBMT, kết quả cho thấy có 5 trường hợp (chiếm 9,8%) có khuyết hổng lõm da vùng sau tai và xương hàm dưới. Nguyễn Hữu Phúc (2017) ghi nhận 8,1% trường hợp có khuyết hổng sau PT cắt một phần thùy nông TNBMT [6]. Infante-Cossio P. và cs (2018) theo dõi sau 12 tháng có 6,5% khuyết hổng nhiều sau PT cắt thùy nông có tái tạo bằng vật SMAS [7]. Tình trạng khuyết hổng, theo nhiều tác giả luôn xảy ra sau PT TNBMT do sự lấy bỏ khối u và tổ chức nhu mô tuyến nhiều hay ít. Vật SMAS và vật cơ ức đòn chũm là hai kỹ thuật được sử dụng phổ biến vừa để tái tạo khuyết hổng vừa ngăn chặn hội chứng Frey nhất trong PT TNBMT.

Sau phẫu thuật 6 tháng, chúng tôi ghi nhận 6 trường hợp (11,8%) sẹo xấu, tất cả đều là sẹo phì đại. Nghiên cứu của Infante-Cossio P. và cs (2018) ghi nhận tỷ lệ sẹo phì đại là 8,9% sau 12 tháng [7].

Sẹo xấu thường gặp ở những bệnh nhân có nhiễm trùng sau mổ, dò nước bọt hoặc do cơ địa.

5. KẾT LUẬN

U hỗn hợp và u Whartin là hai loại u lành tính tuyến nước bọt mang tai phổ biến nhất.

U chủ yếu ở thùy nông (92,1%), bảo tồn toàn bộ hoặc nhánh sau thần kinh tai lớn (82,4%), cắt u và một phần thùy nông chiếm tỷ lệ cao nhất (41,2%), tái tạo bằng vạt SMAS chiếm 86,3%.

Tỷ lệ liệt mặt cao nhất sau 1 tuần chiếm 56,9%, giảm dần sau 1 tháng (35,3%), 3 tháng (19,6%) 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 (19,6%), tụ dịch nước bọt (2,0%), dò nước bọt (2,0%), tê bì quanh tai (62,7%), lở da (9,8%), sẹo xấu (11,8%) không có trường hợp tái phát u và hội chứng Frey.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Stoia S, Băciut G, Lenghel M, Badea R, Csutak C, Rusu GM, et al. Cross-sectional imaging and cytologic investigations in the preoperative diagnosis of parotid gland tumors - An updated literature review. *Bosn J Basic Med Sci.* 2021;21(1):19-32.
2. Barnes L, Eveson JW, Sidransky D, Reichart P. Pathology and genetics of head and neck tumours: International Agency for Research on Cancer (IARC); 2005.
3. Venkatesh S, Srinivas T, Hariprasad SJAoms. Parotid gland tumors: 2-year prospective clinicopathological study. *Annals of maxillofacial surgery.* 2019;9(1):103-9.
4. Quer M, Vander Poorten V, Takes RP, Silver CE, Boedeker CC, de Bree R, et al. Surgical options in benign parotid tumors: a proposal for classification. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology.* 2017;274(11):3825-36.
5. 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 [Luận văn Thạc sĩ]. Trường Đại học Y Hà Nội. 2013.
6. Nguyễn Hữu Phúc. 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. 2017.
7. Infante-Cossio P, Gonzalez-Cardero 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.
8. Bhagavan B, Pandudasappa DR, Sachin KJIJoS. Surgical complications and its management after parotidectomy: Our 4 years experience. *International Journal of Surgery.* 2019;3(4):338-41.
9. House WE. Facial nerve grading system. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1985;93:184-93.
10. 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. *Clinical experimental otorhinolaryngology.* 2013;6(4):249.
11. Hoàng Ngọc Lan. 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. 2015.
12. Witt RL. Surgery of the Salivary Glands. New York: Elsevier; 2021. p4,5,259.
13. Đinh Xuân Thành. 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. 2014.
14. 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.* 2017;45(2):320-7.
15. Marchese-Ragona R, De Filippis C, Marioni G, Staffieri A. Treatment of complications of parotid gland surgery. *Acta Otorhinolaryngologica Italica.* 2005;25(3):174-8.
16. Witt RL. Minimally invasive surgery for parotid pleomorphic adenoma. *Ear, nose throat journal.* 2005;84(5):308-11.
17. Tubbs S. Nerves and Nerve Injuries. London: Academic Press; 2015. p441-9.
18. Send T, Bertlich M, Eichhorn KW, Bootz F, Jakob M. Management and follow-up results of salivary fistulas treated with botulinum toxin. *The Laryngoscope.* 2019;129(2):403-8.
19. Rzepakowska A, Osuch-Wójcikiewicz E, Sobol M, Cruz R, Sielska-Badurek E, Niemczyk K. The differential diagnosis of parotid gland tumors with high-resolution