

NGHIÊN CỨU HÌNH THÁI LÂM SÀNG VÀ ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC U NHÚ THANH QUẢN TRẺ EM

LƯƠNG THỊ MINH HƯƠNG
HOÀNG THÙY LINH
ĐOÀN THỊ NGUYỆT ÁNH

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hình ảnh nội soi của UNTQ trẻ em. Đối chiếu hình ảnh mô bệnh học với hình thái lâm sàng của UNTQ trẻ em. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu trên 46 bệnh nhân được khám, chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Tai Mũi Họng trung ương bằng phương pháp mô tả từng trường hợp có can thiệp. **Kết quả:** UNTQ trẻ em thường gặp ở lứa tuổi < 3 tuổi. Triệu chứng cơ năng quan trọng nhất là khàn tiếng, vị trí hay gặp trên dây thanh, có hình quả dâu, màu hồng và nhiều khối. Hình thái tổn thương mô bệnh học hay gặp là u nhú nhiễm HPV không loạn sản, u nhú không loạn sản có thời gian diễn biến và thời gian tái phát kéo dài hơn, thể không xâm lấn hay gặp ở u nhú không loạn sản

Từ khóa: HPV – U nhú thanh quản

SUMMARY

Objective: Clinic feature research and endoscopic appearance of laryngeal papilloma lesion in children. Compare pathologic histology image with clinic appearance of laryngeal papilloma lesion in children. **Research sample and methodology:** 46 patients diagnosed and give treatment for laryngeal papilloma lesion at the National Throat-Nose-Ear

(ENT) Hospital by describing method, especially in every intervention case. **Conclusion:** The majority of patients are aged less than 03. The most important functional symptom is hoarse voice. The papilloma is usually found in vocal cords with red strawberry-shape and many small tumors. Main pathologic histology appearance is HPV papilloma like non-dysphasia associated-lesion. Development and relapse of non-dysphasia papilloma will last more than normal; non-invasion clinical form is often found in papilloma like non-dysphasia associated-lesion.

Keywords: HPV - Laryngeal papilloma

ĐẶT VẤN ĐỀ

U nhú thanh quản (UNTQ) là những tổn thương lành tính thanh quản do sự quá sản biểu mô vảy hình thành các nhú lên bề mặt biểu mô. UNTQ luôn có xu hướng lan rộng, diễn tiến không theo một nguyên tắc nhất định và dễ tái phát sau điều trị phẫu thuật.

UNTQ là một bệnh chẩn đoán không khó đặc biệt với sự phát triển của nội soi nhưng còn nhiều khó khăn trong điều trị vì diễn tiến dai dẳng và hay tái phát. Việc nghiên cứu mô bệnh học của UNTQ không chỉ mô tả đặc điểm mô bệnh học mà còn có vai trò quan trọng trong giải thích cơ chế bệnh sinh từ đó góp phần nâng cao điều trị UNTQ. Do vậy chúng tôi

nghiên cứu đề tài “Nghiên cứu hình thái lâm sàng và đặc điểm mô bệnh học UNTQ trẻ em” với 2 mục tiêu: (1) *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hình ảnh nội soi của u nhú thanh quản trẻ em.* (2) *Đối chiếu hình ảnh mô bệnh học và hình thái lâm sàng của u nhú thanh quản trẻ em*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

46 bệnh nhân được khám, chẩn đoán và điều trị UNTQ tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương từ tháng 10/2011 đến tháng 9/2012

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Các bệnh nhân được khám nội soi với chẩn đoán UNTQ, có kết quả mô bệnh học và đồng ý tham gia nghiên cứu

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân không có kết quả giải phẫu bệnh hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu

2. Phương pháp nghiên cứu: mô tả từng ca có can thiệp

Quy trình nghiên cứu: bệnh nhân được chẩn đoán UNTQ được làm bệnh án, thu thập số liệu theo bệnh án mẫu, lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm mô bệnh học.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Tuổi và giới

Tuổi	≤ 3		> 3 - 6		> 6 - 15		Tổng
	N	%	N	%	N	%	
Nam	8	17,4	7	15,2	5	10,9	20
Nữ	12	26,1	5	10,9	9	19,6	26
Tổng	20	43,5	12	26,1	14	30,4	46

Tuổi mắc bệnh là tuổi lần đầu tiên được chẩn đoán bệnh UNTQ, tỷ lệ mắc bệnh ở nhóm ≤ 3 tuổi là cao nhất. Tỷ lệ nam/nữ = 1/1,3

2. Vị trí của u nhú

Bệnh nhân Vị trí u nhú	N	%
Thượng thanh môn	0	0
Dây thanh phải	4	8,7
Dây thanh trái	3	6,5
Hai dây thanh	16	34,8
Hạ thanh môn	1	2,2
Nhiều vị trí phối hợp	22	47,8
Tổng số	46	100

U nhú ở thanh môn chiếm tỷ lệ cao nhất và thường gặp ở hai dây thanh

3. Hình ảnh đại thể của u nhú

Hình ảnh đại thể	N	%	
Hình thái	Quả dâu	28	60,9
	Súp lơ	18	39,1
	Mảng	0	0
Màu sắc	Hồng	39	84,8
	Xám nhạt	7	15,2
Số lượng	Một khối	11	23,9
	Nhiều khối	35	76,1

UNTQ thường đa dạng về hình thái, thường gặp ở u nhú dạng quả dâu, có màu hồng và nhiều khối

4. Hình thái tổn thương mô bệnh học

Số bệnh nhân		N	%
Tổn thương MBH	Không loạn sản	20	43,5
	Loạn sản	4	8,7
U nhú do HPV	Không loạn sản	22	47,8
	Loạn sản	0	0
Tổng số		46	100

Trong 46 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nào bị nhiễm u nhú do HPV có loạn sản. Có 4/46 bệnh nhân nhiễm u nhú thường có loạn sản chiếm 8,7%. Tỷ lệ nhiễm u nhú thường 20/46 (43,5%) bệnh nhân gần tương đương với số bệnh nhân nhiễm u nhú do HPV (47,8%).

5. Mối liên quan giữa mức độ khàn tiếng và tổn thương mô bệnh học

Tổn thương MBH	U nhú thường không loạn sản	U nhú thường loạn sản	U nhú HPV không loạn sản	Tổng
Mức độ khàn tiếng				
Nhẹ	1	0	4	5
Vừa	19	4	17	40
Nặng	0	0	1	1
Tổng	20	4	22	46

Khàn tiếng vừa chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả u nhú thường không loạn sản và u nhú nhiễm HPV không loạn sản. Khàn tiếng nặng chỉ gặp ở 1/46 bệnh nhân nghiên cứu, chiếm 2,2% và chỉ gặp ở u nhú nhiễm HPV không loạn sản.

6. Mối liên quan giữa thời gian diễn biến bệnh và tổn thương mô bệnh học

Tổn thương MBH	U nhú thường không loạn sản	U nhú thường loạn sản	U nhú HPV không loạn sản	Tổng
Thời gian DBB				
< 6 tháng	2	2	3	7
6-12 tháng	5	1	6	12
> 12 tháng	13	1	13	27
Tổng	20	4	22	46

Thời gian diễn biến bệnh > 12 tháng ở bệnh nhân u nhú thường không loạn sản (28,3%) và u nhú HPV không loạn sản (28,3) có số bệnh nhân bằng nhau.

7. Đối chiếu thời gian tái phát bệnh và tổn thương mô bệnh học

Tổn thương MBH	U nhú thường không loạn sản	U nhú thường loạn sản	U nhú HPV không loạn sản	Tổng
Thời gian tái phát				
< 1 tháng	7	0	2	9
1-3 tháng	4	1	5	10
> 3 tháng	9	3	15	27
Tổng	20	4	22	46

Thời gian tái phát kéo dài > 3 tháng gặp nhiều nhất ở u nhú HPV không loạn sản

BÀN LUẬN

1. UNTQ có thể gặp ở mọi lứa tuổi, ở trẻ em tuổi mắc bệnh lần đầu thường gặp ở nhóm ≤ 3 tuổi. U

nhú thường xuất hiện và phát triển ở những nơi chuyển tiếp từ biểu mô trụ có lông chuyển sang biểu mô lát, do vậy, dây thanh là vị trí hay gặp nhất của UNTQ và khàn tiếng là triệu chứng cơ năng gặp ở tất cả bệnh nhân. UNTQ thường đa dạng về hình thái, thường gặp u nhú dạng quả dâu, có màu hồng và nhiều khối.

2. Hình thái tổn thương mô bệnh học của UNTQ chia làm 2 loại: u nhú thường (52,2%) và u nhú nhiễm HPV (47,8). Trong đó, lại được chia thành u nhú có loạn sản và không có loạn sản, trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào là u nhú nhiễm HPV loạn sản, điều này phần nào giải thích được UNTQ ở trẻ em thường là lành tính.

3. Đối chiếu kết quả mô bệnh học và hình thái lâm sàng chúng tôi thấy về thời gian diễn biến bệnh > 12 tháng ở u nhú thường không loạn sản và u nhú nhiễm HPV không loạn sản là như nhau, chỉ gặp u nhú có loạn sản ở u nhú thường (4,3%). Về mức độ khàn tiếng, thường bệnh nhân khàn tiếng ở mức độ vừa (40/46 bệnh nhân), khàn tiếng mức độ nặng chỉ gặp ở u nhú nhiễm HPV không loạn sản (1/46 bệnh nhân). Về hình thái, u nhú thường có loạn sản thường có hình quả dâu (4/46 bệnh nhân), có nhiều u và thường có màu xám nhạt đây là thể có khả năng trở thành ung thư rất cao. Về vị trí của u, u nhú nhiễm HPV không loạn sản gặp nhiều nhất ở nhiều vị trí phối hợp, u nhú thường loạn sản gặp nhiều nhất ở hai dây thanh. Về thời gian tái phát, thời gian tái phát > 3 tháng u nhú nhiễm HPV không loạn sản chiếm tỷ lệ cao nhất (15/46 bệnh nhân), u nhú thường không loạn sản (9/46 bệnh nhân). Về thể lâm sàng, thể không xâm lấn có 35/46 bệnh nhân và tỷ lệ ở u nhú thường không loạn sản và u nhú thường nhiễm HPV không loạn sản gần như nhau. Ở thể xâm lấn, u nhú nhiễm HPV không loạn sản chiếm tỷ lệ cao nhất (7/46 bệnh nhân), u nhú thường có loạn sản 1/46 bệnh nhân.

KẾT LUẬN

1. UNTQ trẻ em thường gặp ở trẻ ≤ 3 tuổi. U thường có dạng quả dâu, màu hồng và nhiều khối, hay gặp trên dây thanh nên tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều có triệu chứng khàn tiếng.

2. U nhú không loạn sản có thời gian diễn biến kéo dài nhất và thường là thể không xâm lấn. U nhú nhiễm HPV không loạn sản có thời gian tái phát > 3 tháng nhiều nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Ngọc Dung (2004) Ứng dụng phương pháp nội soi cắt hút trong điều trị u nhú thanh quản. Y học TP. Hồ Chí Minh, Tập 8, Phụ bản số 1 (2004), tr 73-77.

2. Đoàn Thị Nguyệt Ánh (2007) Nghiên cứu ảnh hưởng của mở khí quản tổng quy trình điều trị u nhú thanh quản trẻ em tại Bệnh viện Tai mũi họng Trung ương, Luận văn Thạc sỹ y học.

3. Aaltonen Leena-Maia, Heikki Rihkanen (2002). "Human papilloma virus in Larynx", The Laryngoscope, Lippincott William & Wilkins, (112), pp 700-707.

4. Brian J, W.Holand et al (2003), "Overview of Recurrent Respiratory Papillomatosis", Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery, (11) pp 433-441.

5. Cohen, Jacob T, Koufman (2003), "Pulse – dye laser in treatment of recurrent respiratory papillomatosis of the larynx", ENT, Nose & Throat Journal, Vol. 82 Issue *.

6. Derkay Craig-S, Darrow D.H (2000). "Recurrent respiratory papillomatosis of larynx: Current diagnosis and treatment". Otolaryngology for the general Otolaryngologic.

7. El Bitar Mohamed A (2002). " Powered Instrumentation in the Treatment of Recurrent respiratory Papillomatosis". Arch Otolaryngol Head Neck Surgery, 128: 425-428.

8. Moore CE, Wiatrak BJ, Koopmann CF (2000). "High risk papillomavirus types and squamous cell carcinoma in patient with respiratory papillomas". Otolaryngol Head Neck Surg 11 (2): 134-140.