

## Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của ung thư hạ họng

Nguyễn Quốc Dũng, Bùi Diệu  
Bệnh viện K  
Nguyễn Đình Phúc  
Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

### Tóm tắt

Ung thư hạ họng là một u ác tính xuất phát từ lớp biểu mô Malpighi của niêm mạc bao phủ vùng hạ họng. Ung thư hạ họng chiếm khoảng 5 – 6% trong tổng số các loại ung thư.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình thái tổn thương qua nội soi.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả từng ca, can thiệp, tiến cứu trên 62 bệnh nhân được điều trị tại viện Tai – Mũi – Họng Trung Ương.

Kết quả và bàn luận: Thời gian xuất hiện bệnh 1 – 6 tháng 49/ 62 (79%), < 1 tháng 5/62 (8,1%), > 6 tháng 8/62 (12,9%). Rối loạn nuốt 62/62 (100%), hạch cổ 27/62 (43,5%), khàn tiếng 22/62 (35,5%), đau tai 11/62 (17,7%), khó thở thanh quản 9/62 (14,5%). U chủ yếu xuất phát từ xoang lê 57/62 (91,9%). Thể sùi gặp nhiều nhất 42/ 62 (67,7%). Mô bệnh học, 100% ung thư tế bào vảy (SCC), độ mô học II, III.

Kết luận: Hình thái sùi gặp nhiều nhất 67,7%, rối loạn nuốt 100%.

Từ khóa: Ung thư, hạ họng, CT scanner.

### Summary

Hypopharyngeal cancers involve a tumor that is relatively more silent than other head and neck cancer tumors.

Objective: Describe the clinical and CT scan features.

Materials and method: A prospective study from a series of 62 patients are diagnosed of the Hypopharyngeal cancers and have operated.

Results and discussion: The time between initial symptom and diagnosis is one to six months 79%. Symptoms: dysphagia 100%, hoarseness 35.5%, otalgia 17.7%, laryngeal stridor 14.5%, metastasis the lymph node in the neck 43.5%. The sit initial of the pyriform sinus 91.9%.

Conclusion: The form ulcerative and infiltrate 67.7%, the SCC 100%.

Keywords: Cancer, hypopharyngeal, CT scan.

### Đặt vấn đề

Ung thư hạ họng là một u ác tính xuất phát từ lớp biểu mô Malpighi của niêm mạc bao phủ vùng hạ họng. Ung thư vùng hạ họng – thanh quản chiếm khoảng 5 – 6% trong tổng số các loại ung thư nội chung, đứng thứ hai trong các ung thư vùng đầu cổ, sau ung thư vòm [1,9]. Ở Pháp ung thư hạ họng chiếm khoảng 12,15% trong tổng số các ung thư của đường ăn, đường thở trên và chiếm 1% trong tổng số các loại ung thư[4]. Ở Mỹ ung thư hạ họng chiếm khoảng 5 – 10% trong tổng số các ung thư đường tiêu hóa trên, khoảng 0,5% trong tổng số các khối u ác tính, khoảng 24% các trường hợp vùng hạ họng, thanh quản, hàng năm số ca mắc mới là 1,22/100.000 nam giới[5,6,8]. Ở

Anh, số ca mắc mới là 1/100.000 nam giới[6,7]. Hạch cổ trong ung thư hạ họng thường xuất hiện sớm, ảnh hưởng đến tiên lượng. Đề tài Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng ung thư hạ họng qua 62 bệnh nhân gặp tại viện Tai – Mũi – Họng Trung Ương, nhằm mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình thái tổn thương qua nội soi.

### Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

62 bệnh nhân, được chẩn đoán xác định là ung thư hạ họng, có kết quả giải phẫu bệnh lý, được chỉ định phẫu thuật tại khoa Ung bướu B1- Bệnh viện Tai- Mũi – Họng Trung Ương, từ tháng 01/ 2005 đến tháng 09/ 2010.

### Thiết kế nghiên cứu:

Mô tả từng ca có can thiệp  
Sử dụng phần mềm SPSS 13.0. Xử lý và phân tích kết quả theo phương pháp thống kê y học.

### Thông số nghiên cứu

Thăm khám lâm sàng, nội soi, mootar đặc điểm lâm sàng, phân loại mô bệnh học, chẩn đoán TNMS.

Đánh giá tổn thương trong phẫu thuật: Vị trí, hình thái, mức độ xâm lấn của u.

### Kết quả nghiên cứu

#### 1. Đặc điểm chung.

##### 1.1. Phân bố theo tuổi, giới.

Tuổi từ 40 – 70, chiếm 88,7%. Tuổi trung bình 53,4 ± 9,2. Tuổi thấp nhất 38, cao nhất 77. Nam chiếm 96,8%. Trong 62 bệnh nhân, có hai nữ (3,2%), cả hai trong khoảng tuổi từ 1 – 70.

##### 1.2 Yếu tố nguy cơ.

Bảng 3. Yếu tố nguy cơ

	<10 năm	10 - 20 năm	> 20 năm	%
Hút thuốc	00	00	05	(8,6%)
Rượu đơn thuần	00	00	05	(8,6%)
Hút thuốc + rượu	05	25	17	(81,0%)
H/C trào ngược	01	00	00	(1,8%)
N	06	25	27	58

Nhận xét: Trong ung thư hạ họng đa phần hết bệnh nhân có yếu tố nguy cơ 58/62 (93,5%). Thời gian tiếp xúc đa phần trên 10 năm 52/58 (89,7%).

##### 1.3. Chẩn đoán mô bệnh học.

Trong nghiên cứu này 100% bệnh nhân thuộc typ mô bệnh học là ung thư tế bào vảy.

Bảng 2. Phân độ mô học của u.

Phân loại	n	(%)
Độ I	00	00
Độ II	35	56,5
Độ III	27	43,5
Độ IV	00	00
N	62	100

Nhận xét: 100% bệnh nhân thuộc typ mô bệnh học

II, III.

## 2. Đặc điểm lâm sàng

### 2.1. Lý do vào viện. Bảng 3.

Lý do vào viện	n	%
Rối loạn nuốt	38	61,3
Khàn tiếng	4	6,5
Khó thở thanh quản	8	12,9
Hạch cổ	11	17,7
Lý do khác(đau tai)	1	1,6
N	62	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân đến khám là do rối loạn nuốt (61,3%), tiếp đến hạch cổ to (17,7%). Có một trường hợp vào viện.

### 2.2. Thời gian xuất hiện bệnh. Bảng 4.

Thời gian xuất hiện bệnh

Thời gian	n	%
< 01 tháng	05	8,1
> 01 - < 03 tháng	24	38,7
≤ 03 - < 06 tháng	25	40,3
≥ 06 tháng	08	12,9
Tổng	62	100

Nhận xét: Bệnh nhân đến khám, đa phần trong thời gian 01- 06 tháng, kể từ khi mắc bệnh (79%). Dưới 01 tháng có 05 bệnh nhân (8,1%).

### 2.3 Các triệu chứng cơ năng khi vào điều trị. Bảng 5.

Triệu chứng cơ năng	n	%
Rối loạn nuốt	62	100
Khàn tiếng	22	35,5
Khó thở thanh quản	09	14,5
Hạch cổ	27	43,5
Đau tai	11	17,7

Nhận xét: 100% bệnh nhân có rối loạn nuốt. Các triệu chứng khác thường gặp là hạch cổ, khàn tiếng.

## 3. Hình thái tổn thương dưới nội soi

### Vị trí u nguyên phát qua khám nội soi. Bảng 6.

Vị trí u nguyên phát	n	%
Xoang lê	57	91,9
Vùng sau sụn nhĩ	04	6,5
Thành hạ họng sau	01	1,6
N	62	100

Nhận xét: Hầu hết khối u xuất phát từ xoang lê 57/62(91,9%). Các vị trí khác ít gặp, 05 trường hợp.

### Vị trí xuất phát của u ở xoang lê dưới nội soi. Bảng 7.

Vị trí khối u	n	%
Thành trong	37	64,9
Thành ngoài	05	8,8
Đỉnh	00	00
Đáy	15	26,3
N	57	100

Nhận xét: ở xoang lê, hầu hết ung thư xuất phát từ thành trong và đáy 52/57 (91,2%). Trong đó thành trong là vị trí gặp nhiều nhất 37/57 (64,9%).

### Hình thái của u qua khám nội soi. Bảng 8.

Hình thái u	Sùi	Loét	Thâm nhiễm	Hỗn hợp (sùi,loét,thâm nhiễm)	N

n	42	01	09	10	62
%	67,7	1,6	14,5	16,1	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, thể sùi gặp nhiều nhất 42/62 (7,7%), rồi đến thể hỗn hợp và thâm nhiễm 19/2 (30,6). Thể loét gặp ít nhất 1/62 (1,6%).

## Bàn luận

### 1. Đặc điểm lâm sàng

#### Lý do vào viện

Trong ung thư hạ họng, đa số bệnh nhân đến khám là do rối loạn nuốt (61,3%), hạch cổ to (17,7%). Khàn tiếng, khó thở cũng là lý do khiến bệnh nhân phải đi khám ngay, các triệu chứng này khi xuất hiện thường bệnh nhân ở giai đoạn T3, T4, do u xâm lấn, đè đẩy. Đau tai, gây sút ít khi là lý do đưa bệnh nhân tới khám, do bệnh nhân không có đầy đủ thông tin về bệnh.

#### Thời gian xuất hiện bệnh

Bệnh nhân đến khám, đa phần là trong thời gian 01 - 06 tháng, kể từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên(79%). Duwowis01 tháng có 05 trường hợp(8,1%). Theo Trần Hữu Tuần 60% người bệnh khi đến khám đã hơn 06 tháng, kể từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên.

#### Các triệu chứng cơ năng khi vào điều trị

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân có rối loạn nuốt ở các mức độ khác nhau, đây là triệu chứng có sớm, tiến triển tăng dần, luôn xuất hiện, giai đoạn đầu thường nhẹ và không liên tục, bệnh nhân dễ bỏ qua. Hạch cổ to (43,4%), khàn tiếng (35,5%), đau tai (17,7%). Khó thở là triệu chứng ít gặp nhất (14,5%). Đau tai liên quan dây thần kinh tai lớn (dây Arnold). Trong rối loạn nuốt, của chúng tôi 100%, Ravindra 100%, Paul 99%. Khàn tiếng, kết quả chúng tôi 35,5% cao hơn của Paul 30%, tương đương kết quả của Ravindra 35,6%. Hạch cổ, kết quả của chúng tôi 27/62 (43,4%) gần giống kết quả của Ravindra 45,1%. Khó thở thanh quản, chúng tôi 9/62(14,5%) tương tự kết quả của Paul 14%, Ravindra 11,8% [4,6]. Đau tai 5/6 (8,1%) tương đương kết quả của Paul 9%, thấp hơn của Ravindra 17,5% [4,6,9].

### 2. Hình thái tổn thương dưới nội soi.

#### Vị trí khối u nguyên phát qua khám nội soi

Trong nghiên cứu của chúng tôi. U nguyên phát xuất phát từ xoang lê 57/62 (91,1%), Trần Hữu Tuần 80% [2], Kirchner 86%, Carpenter 72% [4]. Các vùng khác ít gặp có 05 trường hợp (8,1%), thành sau hạ họng có 01 trường hợp(1,6%), vùng sau sụn nhĩ 4/62 (6,5%). Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với các tác giả Pháp, Canada, Brazil, Bỉ nhưng khác với các tác giả Mỹ, Anh, Phần Lan [6,7,8]. Tại xoang lê Mỹ (59%), Anh (60%), Phần Lan (52%) [6,7,8]. Vùng sau sụn kết quả của chúng tôi tương tự của các tác giả khác: Canada (7%), Mỹ (6%), khác với các tác giả Pháp (3%), Bỉ (2%), Anh (35%), Phần Lan (30%), Brazil (0%) [6,7,8]. Thành sau hạ họng, kết quả của chúng tôi 1/62 (1,6%), thấp hơn của các tác giả khác: Pháp (7%), Canada (8%), Bỉ (9%), Mỹ (35%), Phần Lan (18%), Anh (5%), gần với kết quả của Brazil(3%) [6,7,8]. Có sự khác nhau về vị trí xuất phát của khối u:

ở bắc âu và Mỹ ung thư vùng sau hạ họng chiếm tỷ lệ cao hơn ở các quốc gia khác, trong khi đó ở Anh, Phần Lan u vùng sau sụn nhân lại có tỷ lệ cao hơn ở các quốc gia khác. U xuất phát từ vùng sau sụn nhân, thường xâm lấn vào phần sau của thanh quản (sụn phễu, khớp nhân phễu) gây liệt dây thanh, khàn tiếng. ở vị trí này, u thường xâm lấn về phía sau bên của xoang lê, xuống dưới liên quan với miệng thực quản, khí quản.

#### **Vị trí xuất phát của u ở xoang lê**

Thành trong xoang lê 52/57 (91,2%), thành trong xoang lê gặp nhiều nhất 37/57 (64,9%), Tani (65%) [4]. Vị trí thành bên, khối u thường xâm lấn vào sụn giáp, tuyến giáp, phần mềm của cổ. Vị trí thành trong, khối u thường xâm lấn vào thanh quản, khoảng cách thanh môn. Vị trí đáy xoang lê (ở trên cao), khối u hay xâm lấn vào thanh thiệt, nếp họng thanh thiệt, khoảng trước thanh thiệt, đáy lưỡi. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Seungwon Kim[5]. Việc xác định nơi xuất phát của u ở xoang lê rất quan trọng, bởi hầu hết các khối u của hạ họng đều xuất phát ở đây, nơi chúng ta có thể thực hiện phẫu thuật cắt

thanh quản – hạ họng bán phần, khi còn nhỏ[1,7,9].

#### **Hình thái của u qua khám nội soi**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thể sùi gặp nhiều nhất 42/62 (67,7%), hỗn hợp và thâm nhiễm 19/62 (30,6%), thể loét ít gặp nhất 1/62 (1,6%). Kết quả của chúng tôi tương tự của các tác nghiên cứu khác[1, 5,10].

#### **Kết luận**

1. Thời gian xuất hiện bệnh 01 – 06 tháng 42/62(79%), dưới 01 tháng 5/62(8,1%), trên 06 tháng 8/62(12,9%).

2. Triệu chứng cơ năng chính: Rối loạn nuốt 62/62(100%), hạch cổ 27/62(43,5), khàn tiếng 22/62(35,5%), đau tai 11/62(17,7%), khó thở thanh quản 9/62(14,5%).

3. U hạ họng chủ yếu xuất phát từ xoang lê 57/62(91,9%).

4. Hình thái của u: Thể sùi gặp nhiều nhất 42/62(7,7%).

5. Mô bệnh học: 100% ung thư biểu mô tế bào vảy (SCC), độ mô học II, III.