

ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC UNG THƯ TẾ BÀO ĐÁY DA VÙNG ĐẦU MẶT CỔ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN K, DA LIỄU VÀ RĂNG HÀM MẶT TRUNG ƯƠNG

TRƯƠNG MẠNH DŨNG, VƯƠNG QUỐC CƯỜNG

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm mô bệnh học của ung thư tế bào đáy da vùng đầu, mặt, cổ tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội, Bệnh viện K và Bệnh viện Da Liễu Trung ương từ 01/01/2007 đến 31/12/2012. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu được tiến hành trên 248 hồ sơ bệnh án của những bệnh nhân đã điều trị ung thư biểu mô tế bào đáy da vùng đầu, mặt, cổ từ tháng 01/2007 đến tháng 12/2012, trong đó 168 hồ sơ bệnh án tại Bệnh viện K, 75 hồ sơ bệnh án tại Bệnh viện Da liễu Trung ương và có 05 hồ sơ bệnh án tại Bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương. **Kết quả nghiên cứu:** Bệnh nhân có các bệnh lý trên da có sẵn (57 hồ sơ) chiếm tỷ lệ 22,9%, trong đó chủ yếu gặp nốt ruồi (75,4%). Thể cục hay gặp nhất (74,6%); thể xơ (16,1%); thể hỗn hợp (9,3%). Sự tiến triển của bệnh ở giai đoạn I là chủ yếu (57,7%), giai đoạn II (37,9%), giai đoạn III (4,4%). Không có bệnh nhân ở giai đoạn IV. **Kết luận:** Thể bệnh hay gặp là thể cục (74,6%). Không có bệnh nhân di căn hạch và di căn xa.

Từ khóa: Ung thư tế bào đáy, hồ sơ bệnh án, mô bệnh học.

SUMMARY

THE HISTOLOGICAL CHARACTERISTICS OF BASAL-CELL CARCINOMA IN PATIENTS TREATED IN K HOSPITAL, NATIONAL HOSPITAL OF DERMATOLOGY AND VENERELOGY AND HANOI NATIONAL HOSPITAL OF ODONTO – STOMATOLOGY

Objectives: Describe clinical signs of basal-cell carcinoma in patients treated in K hospital, National hospital of Dermatology and Venereology and Hanoi National Hospital of Odonto – Stomatology from 1/2007 to 12/2012. **Methods:** A retrospective, descriptive study in 248 medical records of patients were treated with basal-cell carcinoma from 1/2007 to 12/2012, in which 168 medical records are in K hospital, 75 medical records are in national hospital of dermatology and venereology and 05 medical records are in Hanoi National Hospital of Odonto – Stomatology. **Results:** Patients with skin diseases (57 records) accounting for 22.9%, mainly moles (75.4%). The most common type of basal-cell carcinoma is nodular (74.6%); sclerosing (16.1%); morpheiform (9.3%). The developing basal cell carcinoma is mainly in state I (57.7%), state II (37.9%), state III (4.4%). There is no patient in state IV. **Conclusion:** The most common type of basal-cell carcinoma is nodular (74.6%), there is no patient with metastasis.

Keywords: basal-cell carcinoma, medical records, histological characteristics.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào đáy chiếm khoảng hơn 70% các loại ung thư da không hắc tố với tỷ lệ mắc tăng dần theo tuổi, được ước tính dao động trong khoảng 10-100 trường hợp/100.000 người tùy theo khu vực [1], [2]. Ở Mỹ có khoảng 800.000 người Mỹ mắc bệnh mỗi năm, là một tỷ lệ rất cao trong ung thư [3]. Tuy tỷ lệ tử vong do ung thư tế bào đáy thấp nhưng ảnh hưởng của nó đối với sức khỏe cộng đồng là rất quan trọng khi tính đến sự mất chức năng, biến dạng và các ảnh hưởng về tâm sinh lý của người bệnh. Yếu tố ô nhiễm môi trường là nguyên nhân gây nhiều loại ung thư, người ta đánh giá rằng sự suy giảm 5% của tầng Ozone sẽ làm tăng 10% ung thư tế bào đáy ở người [4].

Trong nghiên cứu lâm sàng và điều trị bệnh, tổng kết của Trần Thanh Cường (2005): 90% ung thư biểu mô tế bào đáy ở vùng đầu, cổ [5], Trần Văn Thiệp (2005) là 93% [2]; Bùi Xuân Trường (1999) thấy ung thư biểu mô tế bào đáy có tỷ lệ tái phát 3,3% [6]; Đỗ Thu Hằng (2004): tỷ lệ sống thêm của ung thư biểu mô tế bào đáy 94,5% [7].

Ở Việt Nam có nhiều nghiên cứu về ung thư da nhưng đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học, tỷ lệ tái phát sau điều trị của ung thư biểu mô tế bào đáy vùng đầu, mặt, cổ còn ít. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Đặc điểm mô bệnh học ung thư tế bào đáy da vùng đầu mặt cổ điều trị tại Bệnh viện K, Da Liễu và Răng Hàm Mặt Trung ương" với mục tiêu: Mô tả đặc điểm mô bệnh học của ung thư tế bào đáy da vùng đầu, mặt, cổ tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội, Bệnh viện K và Bệnh viện Da Liễu Trung ương từ 01/01/2007 đến 31/12/2012.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư tế bào đáy da vùng đầu, mặt, cổ và được điều trị tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương, Bệnh viện K, Bệnh viện Da liễu Trung ương, từ 01/2007 – 12/2012.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu.

Cỡ mẫu: 248 hồ sơ bệnh án của những bệnh nhân đã điều trị ung thư biểu mô tế bào đáy da vùng đầu, mặt, cổ từ tháng 01/2007 đến tháng 12/2012, trong đó 168 hồ sơ bệnh án tại Bệnh viện K, 75 hồ sơ bệnh án tại Bệnh viện Da liễu Trung ương và có 05 hồ sơ bệnh án tại Bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương.

Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu chủ đích.

Biến số nghiên cứu: Tuổi, giới, lâm sàng, phân

loại giai đoạn (TNM), giải phẫu bệnh lý.

Kỹ thuật thu thập thông tin: Sao chép các thông tin cần thiết vào bệnh án nghiên cứu và những thông tin do bệnh nhân cung cấp qua viết thư thăm hỏi hoặc qua điện thoại phỏng vấn bệnh nhân hay thân nhân để theo dõi sau điều trị.

Xử lý số liệu: Tất cả số liệu ghi nhận theo mẫu bệnh án nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Bệnh lý có sẵn trên da

Bệnh lý da có sẵn	Số BN	Tỷ lệ (%)
Sẹo	7	12,3
Nốt ruồi	43	75,4
U da mụn cóc	4	7,01
Bông	2	3,5
Bạch biến	1	1,8
Tổng	57	100%

Trong 57 hồ sơ bệnh án ghi nhận bệnh nhân có sẵn bệnh lý trên da thì nốt ruồi chiếm tỷ lệ cao nhất (75,4%); sẹo (12,3%); u da, mụn cóc (7,01%); bông (3,5%); bạch biến (1,8%).

Bảng 2: Thời gian phát hiện bệnh lý có sẵn

Thời gian (năm)	Số BN	Tỷ lệ (%)
≤ 5	33	57,9
6 – 10	16	28,1
11 - 20	5	8,8
> 20	3	5,2
Tổng	57	100

Trong tổng số 57 bệnh nhân, đa số thời gian từ khi có tổn thương có sẵn trên da đến khi xuất hiện khối u là dưới 5 năm (chiếm 57,9%).

Bảng 3: Thể lâm sàng và bệnh học

Thể lâm sàng và bệnh học	Số BN	Tỷ lệ (%)
Thể cục	185	74,6
Thể xơ	40	16,1
Thể hỗn hợp	23	9,3
Tổng	248	100%

Thể cục hay gặp nhất (74,6%); thể xơ (16,1%); thể hỗn hợp (9,3%). Sự khác nhau này rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 4: Phân loại theo TNM và giai đoạn bệnh

Phân loại T N M	Số BN	Tỷ lệ (%)	
Khối U	T1	143	57,7
	T2	87	35,1
	T3	7	2,8
	T4	11	4,4
Hạch vùng	No	248	100
	N1	0	0
	N2	0	0
	N3	0	0
Di căn xa	Mo	248	100
	M1	0	0

Khối u ở T1 (57,7%); T2 (35,1%); T3 (2,8%); T4 (4,4%). Sự khác nhau này không có ý nghĩa thống kê

với $p > 0,05$.

Không có bệnh nhân di căn hạch và di căn xa.

Bảng 5: Giai đoạn bệnh

Giai đoạn	Số BN	Tỷ lệ (%)
GD I	143	57,7
GD II	94	37,9
GD III	11	4,4
Tổng	248	100

Bệnh nhân đến viện vào giai đoạn I chiếm tỷ lệ 57,7%; Giai đoạn II (37,9%); Giai đoạn III (4,4%), không có bệnh nhân giai đoạn IV. Sự khác nhau về giai đoạn bệnh có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

BÀN LUẬN

Bệnh lý có sẵn trên da

Trong các nghiên cứu trước đây, các tác giả đều đề cập đến một số bệnh lý có sẵn trên da có thể tiến triển thành ung thư như: u hạt, giang mai, lupus, loét do phong, loét mạn tính, dò viêm xương tủy, sẹo bỏng cũ, nốt ruồi, bạch biến... Tuy chưa có một bằng chứng chính xác chứng là nguyên nhân gây nên ung thư da nhưng các kết quả nghiên cứu đều chỉ ra rằng tỷ lệ bệnh nhân mắc ung thư da trên nền da có sẵn bệnh lý là khá cao, Brown và cộng sự nghiên cứu 511 trường hợp ung thư da ở chi thấy rằng ¼ số bệnh nhân xuất phát trên vùng da tổn thương từ trước [8], trong đó tổn thương nốt ruồi (u sắc tố) có khả năng ác tính hóa rất cao, ung thư biểu mô tế bào đáy thể xơ là loại ung thư rất hay gặp trên nền một sẹo cũ. Vai trò sinh ung thư của virus đang được nghiên cứu nhiều, đối với ung thư da, người ta đề cập đến virus sinh u nhú ở người (HPV), HPV5 và 8 được tìm thấy ở hầu hết các trường hợp quá sản biểu mô dạng hạt cơm, một dạng tổn thương tiền ung thư.

Trong tổng số 248 hồ sơ bệnh án thu thập được, ghi nhận 57 trường hợp bệnh nhân có sẵn bệnh lý trên da (22,98%); trong đó nốt ruồi chiếm tỷ lệ cao nhất (75,4%), sẹo (12,3%) u da mụn cóc (7,01%), bông (3,5%), bạch biến (1,8%). Kết quả này thấp hơn của Nguyễn Văn Hùng: ung thư biểu mô tế bào đáy tiền thương có sẵn trên da 39,9% [9], của Đỗ Thu Hằng (76,1%) [7], Phạm Cẩm Phương (52,1%) [10], Bùi Xuân Trường, Trần Văn Thiệp, Phó Đức Mẫn (30,6%) [6], theo một số tác giả nước ngoài Sherman và Douglas E.Brash (56,1%).

Điều này chứng tỏ bệnh lý và tổn thương có sẵn trên da là những yếu tố nguy cơ cần được lưu ý. Vì vậy đối với ung thư da, bệnh dễ phát hiện có khả năng sàng lọc, phát hiện sớm, chúng ta cần tuyên truyền cho mọi người cách phòng và phát hiện bệnh, nhằm tránh điều trị sai lầm ban đầu.

Những tổn thương sẵn có trên da tồn tại trong một thời gian tương đối dài, người bệnh thường không quan tâm, để ý đúng mức để sớm có những

điều trị ngăn ngừa sớm ngay từ khi phát hiện. Theo nghiên cứu của chúng tôi tại bảng 6 thì tỷ lệ phát hiện tổn thương có sẵn dưới 10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (86%), kết quả nghiên cứu của Phạm Cẩm Phương là 83,7% [10]; của Nguyễn Văn Hùng là 81,7% [9]. Điều này chứng tỏ thời gian từ khi có bệnh lý đến khi xuất hiện triệu chứng bệnh là tương đối dài. Nếu chúng ta biết cách phòng ngừa hoặc phát hiện những thay đổi trên da từ sớm thì nguy cơ ung thư hóa sẽ giảm đi.

Thể lâm sàng và bệnh học

Graham Colver chia ung thư biểu mô tế bào đáy làm 4 thể lâm sàng dễ nhận biết là thể cục, thể nông, thể xơ và thể hỗn hợp, tuy nhiên thể nông chỉ xuất hiện ở da thân mình nên trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ còn lại 3 thể lâm sàng là thể cục, thể xơ và thể hỗn hợp.

Thể cục chiếm tỷ lệ cao nhất 74,6%, thấp hơn nghiên cứu của Phạm Cao Khiêm (91,7%) và nghiên cứu của Nguyễn Văn Hùng (85,8%) [9]. Hai thể còn lại là thể nông và thể xơ chiếm tỷ lệ 25,4%. Điều này cho thấy ung thư biểu mô tế bào đáy dễ nhận biết trên lâm sàng. Sự khác nhau về các thể lâm sàng rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Phân loại theo TNM và giai đoạn của bệnh

Được coi là những tổn thương tiến triển chậm, rất hiếm di căn, theo y văn thế giới có đến 300 trường hợp ung thư biểu mô tế bào đáy di căn xa và di căn hạch, tỷ lệ di căn được đánh giá khoảng 0,0028 – 0,5%, sự di căn thường phát hiện tại hạch phổi, xương và một số cơ quan nội tạng. Theo Lo (1991), tỷ lệ di căn hạch của ung thư biểu mô tế bào đáy là 0,03%. Số di căn có khoảng 85% di căn hạch vùng đầu và cổ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 4 trường hợp bệnh nhân khám có sờ thấy hạch cổ một bên, vì tính chất đặc biệt của bệnh ung thư biểu mô tế bào đáy nên việc làm sinh thiết và phẫu thuật lấy hạch không được đặt ra, do vậy không thể xác định được là khối u đã di căn hạch hay chưa. Cũng có thể đây chỉ là biểu hiện của một viêm nhiễm mạn tính của các tổ chức lân cận. Chúng tôi cũng nhận thấy không có trường hợp bệnh nhân có di căn xa. Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của các tác giả trong nước và nước ngoài. Theo Douglas. E. Brash thì tỷ lệ di căn xa là 0,0028 – 0,5%.

Khối u ở giai đoạn T4 u xâm lấn vào kết mạc mi mắt, sụn ống tai hay cánh mũi (4,4%) thấp hơn nghiên cứu của Phạm Cẩm Phương (11,7%) [10], của Đỗ Thu Hằng (7,9%) [9] và tương ứng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Hùng (4,4%). Khối u ở giai đoạn T1, T2 chiếm tỷ lệ cao nhất (92,8%). Sự khác nhau này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Tỷ lệ bệnh nhân ở giai đoạn I là cao nhất (57,7%),

tương ứng với T1 chiếm tỷ lệ cao nhất là 57,7%, cao hơn của Đỗ Thu Hằng (51,6%) [7], của Phạm Cẩm Phương là 41,5% [10] và thấp hơn của Nguyễn Văn Hùng (61,1%) [9], của Trịnh Quang Diện (85,94%). Bệnh nhân ở giai đoạn II là 37,9%, giai đoạn III là 4,4% và không có bệnh nhân ở giai đoạn IV.

KẾT LUẬN

Bệnh nhân có các bệnh lý trên da có sẵn (57 hồ sơ) chiếm tỷ lệ 22,9%, trong đó chủ yếu gặp nốt ruồi (75,4%).

Thể bệnh hay gặp là thể cục (74,6%).

Sự tiến triển của bệnh ở giai đoạn I là chủ yếu (57,7%), giai đoạn II (37,9%), giai đoạn III (4,4%). Không có bệnh nhân ở giai đoạn IV.

Không có bệnh nhân di căn hạch và di căn xa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn phẫu thuật tạo hình Trường Đại học Y Hà Nội (2004). Các u ác tính của da. Phẫu thuật tạo hình, nhà xuất bản Y học, 116 – 120.
2. Trần Văn Thiệp, Phan Triệu Cung, Võ Duy Phi Vũ, Đỗ Tường Huân (2005). Vạt đảo có cuống dưới da trong phẫu trị ung thư da vùng đầu cổ. Chuyên đề Ung thư học, hội thảo phòng chống ung thư TP Hồ Chí Minh, 175 – 183.
3. Wilson de Oliveira and all (2003).Dermatology Online Journal. Volume 9, number 5; www.dermatology.cidlib.org/basal/ribeiro.html
4. Jeffrey L. Melton, M.D.,.Atlas of Dermatology. www.meddean.luc.edu.
5. Trần Thanh Cường, Võ Đăng Hùng, Bùi Xuân Trường, Trần Chí Tiến (2005). Sử dụng vạt tại chỗ trong điều trị ung thư da vùng đầu cổ. Chuyên đề ung thư học, hội thảo phòng chống ung thư Tp Hồ Chí Minh, 163 – 170.
6. Bùi Xuân Trường, Trần Văn Thiệp, Phó Đức Mẫn (1999). Chẩn đoán và phẫu thuật ung thư da vùng đầu cổ. Tạp chí thông tin Y dược, số đặc biệt chuyên đề ung thư, 122 – 128.
7. Đỗ Thu Hằng (2004).Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và kết quả điều trị ung thư biểu mô da tại bệnh viện K từ 1999 - 2004. Luận văn thạc sỹ y học.
8. Friedman R.,J Rigel D.S., Nossa R.et al (1995).Skin cancer: Basal cell and squamous cell carcinoma. *American cancer society textbook of Clinical oncology*: 290 – 295.
9. Nguyễn Văn Hùng (2007). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và kết quả điều trị bằng phẫu thuật của ung thư tế bào đáy tại Bệnh viện K, 2000- 2007. Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II.
10. Phạm Cẩm Phương (2001). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của ung thư biểu mô da. Góp phần chẩn đoán sớm và phòng chống ung thư. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ y khoa, Hà Nội.