

# ĐÁNH GIÁ TỒN THƯƠNG CỦA U TRÊN CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH VÀ ĐỐI CHIẾU LÂM SÀNG CỦA UNG THƯ HẠ HỌNG

NGUYỄN QUỐC DŨNG, BÙI DIỆU, NGUYỄN ĐÌNH PHÚC

## TÓM TẮT

Ung thư hạ họng xuất phát từ lớp biểu mô Malpighi bao phủ vùng hạ họng. Ung thư hạ họng chiếm khoảng 5 – 6% so với ung thư của toàn cơ thể, triệu chứng thầm lặng. CT có giá trị trong chẩn đoán, đặc biệt là ở giai đoạn muộn. Mục tiêu: 1) Mô tả đặc điểm tổn thương ung thư hạ họng trên phim chụp cắt lớp vi tính. 2) Đối chiếu lâm sàng với CT để rút kinh nghiệm cho chỉ định phẫu thuật. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Gồm 62 bệnh nhân gặp tại viện Tai – Mũi – Họng Trung Ương, mô tả từng ca, can thiệp, tiến cứu. Kết quả và bàn luận: Trên CT: 100% u tăng tỷ trọng. 100% ngấm thuốc, 85% ngấm mạch. Xoang lê là vị trí thường gặp nhất trên lâm sàng và CT, đa số khối u xuất phát từ thành trong. Không có sự khác biệt về nơi xuất phát của u trên lâm sàng và cắt lớp vi tính, với  $p > 0,05$ . Có sự khác biệt về phân độ T trên lâm sàng và CT ( $p < 0,05$ ). Kết luận: 100% u tăng tỷ trọng. 100% ngấm thuốc, 85% ngấm mạch. Có sự khác biệt về phân độ T trên lâm sàng và cắt lớp vi tính.

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

## SUMMARY

Hypopharyngeal cancer 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 diagnosed of hypopharyngeal cancers are operated. Result and discussion: The hypesignal is 100% on the CT scan (85,5% + + +). There is not diferent of the diagnosis of the site in the CT scan and clinical ( $p > 0,05$ ). There is diferent of the diagnosis of the tumor (T) in the CT scan and clinical ( $p < 0,05$ ). The pyriform sinus is the initial site of the tumor. Conclusion: The signal is 100%. The hypesignal is 100% on the CT scan (85,5% + + +). There is diferent of the diagnosis of the tumor (T) in the CT scan and clinical ( $p < 0,05$ ).

**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 nói 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 [3,4, 6,7, 9]. Ở Anh, số ca mắc mới là 1/100.000 nam giới [6,7]. CT scan cho thấy chính xác vị trí, kích thước, sự lan rộng của u, nhất là khi đánh giá sự lan rộng của u vào các cấu trúc ở sâu, dưới niêm mạc. Việc đánh giá sự liên quan hình ảnh tổn thương trên CT và lâm sàng được thực hiện trên 62 bệnh nhân gặp tại Bệnh viện Tai – Mũi – Họng Trung Ương, nhằm mục tiêu sau: 1) Mô tả đặc điểm tổn thương ung thư hạ họng trên phim chụp cắt lớp vi tính. 2) Đối chiếu lâm sàng với CT để rút kinh nghiệm cho chỉ định phẫu thuật.

## 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:**

**Đánh giá tổn thương trên CT:** Vị trí u, vị trí u tại xoang lê, phân độ T (xâm lấn của u), mật độ, độ ngấm thuốc.

**Đối chiếu lâm sàng với CT scan.**

## KẾT QUẢ

### 1. Tổn thương trên cắt lớp vi tính

#### 1.1. Đánh giá vị trí tổn thương của khối u trên cắt lớp vi tính

Bảng 1. Vị trí của u nguyên phát trên CLVT

	n	%
Xoang lê	57	91,9
Mặt sau sụn nhân	04	6,5
Thành sau hạ họng	01	1,6
N	62	100

Trên CLVT hầu hết tổn thương xuất phát từ xoang lê 57/62 (91,9%). Các vùng khác ít gặp, có 05 ca (8,1%).

#### 1.2. Đánh giá tỷ trọng tổn thương của khối u trên CLVT

Bảng 2. Đánh giá tỷ trọng tổn thương của khối u trên CLVT

Tỷ trọng	số bệnh nhân	n	%
Tăng tỷ trọng	62	62	100
N	62	62	100

Trên CLVT 100% tổn thương tăng tỷ trọng. Không có trường hợp nào đồng và cùng tỷ trọng.

#### 1.3. Đánh giá độ ngấm thuốc cản quang của u

Bảng 3. Đánh giá độ ngấm thuốc cản quang của u

Số bệnh nhân	n	%
--------------	---	---

Độ ngấm thuốc		
Ngấm thuốc mạnh	53	85,5
Ngấm thuốc ít	09	14,5
N	62	100

Trên CLVT 100% tổn thương ngấm thuốc, ngấm thuốc mạnh chiếm 85,5%.

## 2. Đối chiếu lâm sàng và cắt lớp vi tính (CLVT)

### 2.1 Đối chiếu vị trí xuất phát của u hạ họng

Bảng 4. So sánh vị trí của khối u nguyên phát trên lâm sàng và CLVT

	Xoang lê		Mặt sau sụn nhắn		Thành sau hạ họng	
	n	%	n	%	n	%
Lâm sàng	57	91,9	04	6,5	01	1,6
CLVT	57	91,9	04	6,5	01	1,6

Xoang lê là vị trí thường gặp nhất trên lâm sàng và CLVT. Không có sự khác biệt về nơi xuất phát của u trên lâm sàng và CLVT, với  $p > 0,05$ .

### 2.2. Đối chiếu vị trí xuất phát của u trên lâm sàng và CLVT ở xoang lê

Bảng 5. Đối chiếu vị trí xuất phát của u trên lâm sàng và CLVT ở xoang lê

Vị trí u	Lâm sàng	CLVT
Thành trong	37	31
Thành ngoài	5	4
Đỉnh	0	1
Đáy	15	21
N	57	57

Ở xoang lê, đa số khối u xuất phát từ thành trong. Có sự khác nhau về vị trí xuất phát của u trên lâm sàng và CLVT, với  $p < 0,05$ .

### 2.3. Đối chiếu giai đoạn T trên lâm sàng và CLVT

Bảng 6. So sánh phân độ T trên lâm sàng và CLVT

Phân độ khối u	Phân độ trên CLVT				
	T1	T2	T3	T4	
Phân độ trên lâm sàng	T1	03	02	00	00
	T2	00	06	03	07
	T3	00	00	13	20
	T4	00	00	04	04

Có sự khác biệt về phân độ T trên lâm sàng và CLVT, với  $p < 0,05$ .

## BÀN LUẬN

### 1. Đánh giá tổn thương của u trên CLVT

#### 1.1. Đánh giá vị trí tổn thương của khối u trên CLVT

Tổn thương của u trên CLVT xuất phát từ xoang lê 57/62 (91,9%), Trần Hữu Tuấn (80%), Kirchner (86%) [9]. Các vùng khác 8,1%, trong đó thành sau hạ họng chỉ có 01 trường hợp (1,6%).

#### 1.2. Đánh giá tỷ trọng tổn thương của khối u trên CLVT

Trên CLVT 100% trường hợp có tăng tỷ trọng. Trong ung thư hạ họng khối u rất giàu mạch máu, u phát triển nhanh, mạnh, mạch máu tăng sinh, tân tạo nhiều, bởi vậy ít khi có hoại tử u, đôi khi có hiện tượng vôi hóa. Tổ chức xung quanh chủ yếu là niêm mạc, dễ phù nề, nhiều khối u có hiện tượng xơ hóa, bởi vậy, đa phần khối u có tăng tỷ trọng [9, 10].

#### 1.3. Đánh giá độ ngấm thuốc cân quang của

## khối u

Trên CLVT 100% tổn thương là ngấm thuốc, ngấm thuốc mạnh chiếm 85,5%. Các khối u hạ họng được cung cấp bởi hệ mạch rất phong phú. Đánh giá tình trạng ngấm thuốc ngoài việc giúp phân định ranh giới khối u tốt hơn, nó còn giúp ta phân biệt u lành, u ác, bản chất của khối u [7, 8].

### 2. Đối chiếu lâm sàng với CLVT

#### 2.1. Đánh giá vị trí xuất phát của khối u

Xoang lê là vị trí thường gặp nhất trên lâm sàng và CLVT, rồi đến vùng sau sụn nhẵn và thành sau hạ họng. Kết quả trên lâm sàng và CLVT không có sự khác biệt về nơi xuất phát của khối u ( $p > 0,005$ ). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của Manual và cộng sự [5], Paul Q Montgomery [7]. Việc xác định vị trí tổn thương nguyên phát của u, giúp chúng ta đánh giá được mức độ xâm lấn, hướng lan tràn để đưa ra phác đồ điều trị hợp lý, cũng như tiên lượng bệnh.

#### 2.2. Đối chiếu vị trí xuất phát của u trên lâm sàng và CLVT ở xoang lê

Ở xoang lê đa số khối u xuất phát từ thành trong, tiếp đến là đáy, thành ngoài cả trên lâm sàng và CLVT. Đỉnh xoang lê, trên lâm sàng không phát hiện được trường hợp nào, nhưng CLVT phát hiện được một trường hợp. Đánh giá có sự khác nhau về vị trí xuất phát của u trên lâm sàng và CLVT có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Lý giải cho sự khác nhau này là bởi xoang lê là một khoang ảo, không cố định như thanh quản. Niêm mạc xoang lê lỏng lẻo, dễ di chuyển, thay đổi, phù nề, nhiều góc khuất khó đánh giá, quan sát được trên lâm sàng. Đặc biệt khi khối u to T3, T4 chiếm toàn bộ xoang lê, dịch ứ đọng ở xoang lê khi bệnh nhân không nuốt được. Theo Ravindra Uppaluri [4] thì lâm sàng đánh giá chính xác được 62 – 85%, trong khi đó CLVT là từ 84 – 100%. Trong nghiên cứu của chúng tôi kết quả trên CLVT là 100% (khi đối chiếu với phẫu thuật).

#### 2.3. Đánh giá mối liên quan giữa giai đoạn T trên lâm sàng và CLVT

Ở T1, lâm sàng đánh giá có 5 trường hợp, CLVT xác nhận có 3. Ở T2, lâm sàng có 16 bệnh nhân, CLVT xác nhận có 8. Ở T3 lâm sàng có 33 trường hợp, CLVT ghi nhận có 20 trường hợp. Đặc biệt ở T4, lâm sàng ghi nhận có 8 trường hợp, nhưng CLVT ghi nhận tới 31 ca. Các trường hợp mà lâm sàng không phát hiện được đa phần là khối u xâm lấn vào sụn giáp, sụn nhẵn, sụn phễu, thanh thiệt, miệng thực quản, khoang cạnh thanh môn, dây thanh, băng thanh thất. Nhất là khi khối u to, che lấp một phần hoặc toàn bộ cấu trúc ở xung quanh. Sự khác biệt về phân độ T trên lâm sàng với CLVT có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Nhận xét này cũng phù hợp với kết luận của Malnuel và cộng sự, Paul Q Montgomery [6, 7]. CLVT đánh giá chính xác hơn lâm sàng. Đặc biệt là trong phẫu thuật khi u ở giai đoạn T1, T2, chúng ta có chỉ định cắt hạ họng – thanh quản bán phần. Trong khi đó nếu u ở T3, T4 chúng ta phải cắt thanh quản – hạ họng toàn phần, có thể còn phải tạo hình nối dạ dày, ruột lên thay thế thực quản. Nhiều trường hợp T chuyển giai đoạn T4b, bệnh nhân không còn chỉ định phẫu thuật nữa. Hơn nữa đánh giá đúng giai

đoạn T còn giúp chúng ta tiên lượng kết quả điều trị, các biến chứng sau mổ có thể xảy ra, cũng như thời gian sống của bệnh nhân [4,5,9,10].

#### KẾT LUẬN

1. Trong ung thư hạ họng, u chủ yếu xuất phát từ xoang lê 57/62 (91,9%).
2. 100% u tăng tỷ trọng.
3. 100% u có ngấm thuốc, 85,5% ngấm thuốc mạnh.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đình Phúc(2009): *Ung thư thanh quản và hạ họng. Tổng kết 1030 bệnh nhân của 54 năm 1955 - 2008 tại Bệnh viện Tai – Mũi – Họng Trung ương*. Tạp chí y học Việt Nam. Tập 359, số 2, tháng 07 năm 2009.
2. Trần Hữu Tuấn(2003): *Ung thư hạ họng*. *Bách khoa thư bệnh học*. Tập III. Nhà xuất bản y học Hà Nội. Tr 465 – 471.
3. Trần Hữu Tước(1984): *Ung thư hạ họng – thanh quản*. Nhà xuất bản y học Hà Nội.
4. Bailey Byron J, Randal S Weber(2006): *Hypopharyngeal cancer*. Head and neck surgery – Otolaryngology. Volum two. 2nd ED. Lippincott company, Philadelphia, USA, pags 1286 – 1303.
5. Brasnu D (199): *Cancer du hypopharynx*. Dan Tran Ba Huy P. Otorhinolaryngologie. Ellipse. Paris,

France, pags 81 – 91.

6. Ilona M Schmalfuss(2006): *Neoplasms of the hypopharynx and proximal esphagus*. Principles and practice of head and neck oncology. MD Martin Dnitz, London and New York. Pags 81– 102.

7. Paul Q Montgomery et al (2006): *Tumours of the hypopharynx*. Principles and practice of head and neck oncology. MD Martin Dnitz, London and New York. Pags 438 – 482.

8. Carmel Ann Daly and Micheal King(2006): *Imaging in head and neck*. Principle and practice of head and neck oncology. MD Martin Dunitz, London and New York, pages 60 – 118.

9. Ranvidra Uppaluri, John B. Sunwoo(2007): *Neoplasms of the hypopharynx and cervical esophagus*. Cumming. Otolaryngology. Head and neck surgery. Chapter 82. Mosby.

10. Seungwon Kim et al (2006): *Hypopharyngeal cancer*. Head and neck segery – Otolaryngology. 4 nd Edition. Lippincott Williams and Wilkins company, Philadelphia. USA. Pags 1692 – 1712.

11. Thabet HM, Session DS et al(1999): *Comparision of clinical evaluation and computed tomographic diagnostic accuracy for tumors of the larynx and hypopharynx*. Laryngoscope 10. pages 589 – 594.