

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ CỦA NỘI SOI MỀM DẢI ÁNH SÁNG HẸP TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ THEO DÕI SAU ĐIỀU TRỊ UNG THƯ HẠ HỌNG VÀ UNG THƯ THANH QUẢN

Lê Chí Thông¹, Đặng Thanh², Trần Phương Nam¹

(1) Khoa Tai Mũi Họng – Bệnh viện Trung ương Huế

(2) Bộ môn Tai Mũi Họng – Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá giá trị của nội soi mềm dải ánh sáng hẹp trong chẩn đoán và theo dõi sau điều trị ung thư hạ họng và ung thư thanh quản. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Gồm 75 bệnh nhân bao gồm 36 bệnh nhân ung thư hạ họng và 39 bệnh nhân ung thư thanh quản được nhập viện để điều trị tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Trung ương Huế, từ tháng 5/2017 đến tháng 5/2018. Nghiên cứu quan sát, mô tả, tiến cứu, có theo dõi dọc. **Kết quả:** Nhóm tuổi 51 – 60 tuổi chiếm nhiều nhất (33,3%), tuổi trung bình mắc bệnh $62,1 \pm 13,4$. Bệnh nhân đến khám ở giai đoạn III là 65,3%. Hình ảnh nội soi mềm dải ánh sáng hẹp khối u thể sùi (89,4%), tổn thương viêm kế cận u (41,3%), u xâm lấn (58,7%). Phần lớn tổn thương type V, trong đó type V – n chiếm 46,7%. Có sự tăng dần tỷ lệ biến đổi hình thái cuộn mao mạch trong nhú (Intrapapillary capillary loops: IPCL) type V – n theo giai đoạn u. Khối u có IPCL type V – n trên nội soi mềm dải ánh sáng hẹp ngấm thuốc cản quang mức độ mạnh (51,3%), trung bình (44,4%). Nội soi mềm dải ánh sáng hẹp sau kết thúc điều trị 01 tháng: không có tổn thương mới 33,3%, viêm phù nề 53,7%, u giảm kích thước 13%. **Kết luận:** Nội soi mềm dải ánh sáng hẹp là xét nghiệm cận lâm sàng hữu ích trong chẩn đoán và theo dõi sau điều trị ung thư hạ họng và ung thư thanh quản.

Từ khóa: nội soi mềm dải ánh sáng hẹp, ung thư hạ họng, ung thư thanh quản

Abstract

THE VALUE OF NARROW BAND IMAGING ENDOSCOPY IN DIAGNOSIS OF HYPOPHARYNGEAL AND LARYNGEAL CANCER AND FOLLOWING - UP POST TREATMENT

Le Chi Thong¹, Dang Thanh², Tran Phuong Nam¹

(1) Department of Otolaryngology – Hue Central Hospital

(2) Hue University of Medicine and Pharmacy

Background: To evaluate the value of narrow band imaging (NBI) endoscopy in diagnosis of hypopharyngeal and laryngeal cancer and following – up post treatment. **Material and methods:** A total of 75 patients included 36 patients with hypopharyngeal cancer and 39 patients with laryngeal cancer who had diagnosed at Department of Otolaryngology – Hue Central Hospital from 5/2017 to 5/2018. A prospective cohort study was conducted. **Results:** The age group 51 - 60 years occurred most often, 33.3%, the mean age was 62.1 ± 13.4 . The UICC stage III was 65.3%. Tumor was in ulcerative and infiltrate form (89.4%), edema and inflammation of margin tumor (41.3%), invasive (58.7%). Intrapapillary capillary loops – IPCL - type V was predominant, type V-n was 46.7%. The tumor with IPCL type V-n had strong enhancement (51.3%) and moderate enhancement (44.4%) after contrast medium injection on CT scan. One month after treatment, there were 33.3% of tumor – free, 53.7% of mucosal edema and 13% tumor size-decreasing on NBI image. **Conclusion:** NBI endoscopy is an useful tool for diagnosing of hypopharyngeal and laryngeal cancer and following – up post treatment.

Keywords: narrow band imaging endoscopy, hypopharyngeal cancer, laryngeal cancer

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư hạ họng và ung thư thanh quản là bệnh lý ác tính tại hạ họng – thanh quản, chủ yếu ở lớp niêm mạc [4]. Đây là nhóm bệnh ung thư phổ biến hàng thứ 3 của ung thư đầu cổ. Bệnh hay gặp ở nam giới, có liên quan đến môi trường sống, thói quen sinh hoạt. Theo Globocan, năm 2012, có 142.000 trường hợp mới mắc ung thư họng miệng và hạ họng, chiếm 1% số bệnh nhân mắc mới ung thư; ung thư thanh quản có 157.000 trường hợp mắc mới, chiếm tỷ lệ 1,1% trường hợp mới mắc ung thư. Thống kê tại Việt Nam, ở Hà Nội, theo Trần Văn Thuấn, giai đoạn 2001 – 2005, ung thư hạ họng chiếm 1% và ung thư thanh quản là 0,8% [5].

Nội soi tai mũi họng ống mềm dải ánh sáng hẹp (DASH) là xét nghiệm hình ảnh hỗ trợ chẩn đoán tổn thương ác tính vùng hạ họng – thanh quản dựa vào đặc tính tán xạ và hấp thu các bước sóng ánh sáng khác nhau đối với mỗi loại mô trong cơ thể để tạo ảnh, giúp phân biệt những khối u ác tính với những tổn thương không tăng sản ung thư qua sự biến đổi hình thái của cuộn mao mạch trong nhú - IPCL [6], [7]. Hệ thống nội soi dải ánh sáng hẹp rất có giá trị trong sàng lọc, chẩn đoán, định hướng sinh thiết các tổn thương nghi ngờ ác tính tại vùng hạ họng và thanh quản [9]. Hiện nay, nội soi mềm dải ánh sáng hẹp trong tai mũi họng chưa được sử dụng nhiều tại Việt Nam nên việc nghiên cứu giá trị ứng dụng của nó còn rất ít. Do đó chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: đánh giá giá trị của nội soi mềm dải ánh sáng hẹp trong chẩn đoán và theo dõi sau điều trị ung thư hạ họng và ung thư thanh quản.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 75 bệnh nhân bao gồm 36 bệnh nhân ung thư hạ họng và 39 bệnh nhân ung thư thanh quản

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh nội soi mềm DASH trong chẩn đoán ung thư hạ họng và ung thư thanh quản

3.1.1. Tuổi, giới và yếu tố nguy cơ

Bảng 1. Phân bố tuổi bệnh nhân (n = 75)

Nhóm tuổi	Ung thư hạ họng		Ung thư thanh quản		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
≤ 40 tuổi	2	5,6	0	0	2	2,7
41 – 50 tuổi	8	22,2	4	10,3	12	16,0
51 – 60 tuổi	12	33,3	13	33,3	25	33,3
61 – 70 tuổi	5	13,9	11	28,2	16	21,3

được nhập viện để điều trị tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Trung ương Huế, từ tháng 5/2017 đến tháng 5/2018.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng nghi ngờ UTHH và UTTQ.
- Bệnh nhân được thực hiện nội soi mềm dải ánh sáng hẹp hạ họng - thanh quản đánh giá khối u và phân loại tổn thương IPCL.
- Có chụp CLVT có thuốc cản quang khối u, có kết quả mô bệnh học khối u là ung thư biểu mô vảy.
- Bệnh nhân có tái khám sau kết thúc điều trị 01 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Các khối u ác tính hạ họng, thanh quản đã được điều trị trước đó bằng phẫu thuật, xạ trị, hóa trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

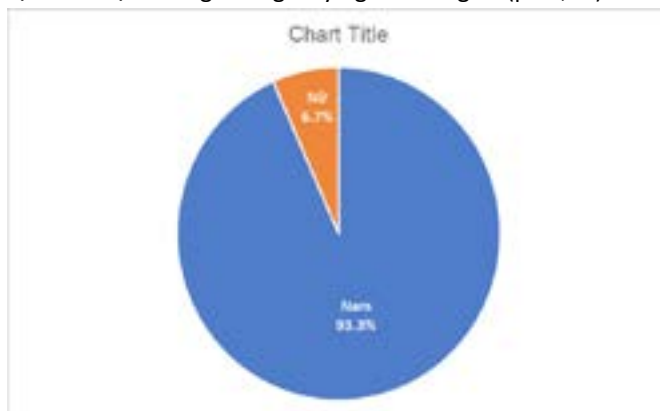
Phương pháp nghiên cứu quan sát, mô tả, tiền cứu, có theo dõi dọc, có can thiệp lâm sàng. Chọn mẫu thuận tiện ngẫu nhiên, không xác suất.

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Một số đặc điểm chung: tuổi, giới, yếu tố nguy cơ
 - Các đặc điểm lâm sàng, phân loại TNM, giai đoạn bệnh theo UICC
 - Hình ảnh nội soi mềm dải ánh sáng hẹp u hạ họng, u thanh quản, phân loại biến đổi type IPCL theo Inoue (2006) [7].
 - Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính hạ họng – thanh quản có thuốc cản quang
 - Mối liên quan giữa đặc điểm hình ảnh nội soi mềm DASH với phân độ giai đoạn u, hình ảnh CLVT, mô bệnh học.
 - Hình ảnh nội soi mềm hạ họng - thanh quản sau kết thúc điều trị 01 tháng
- ## 2.4. Thu thập và xử lý số liệu
- Xử lý số liệu bằng phần mềm IBM SPSS 20.0, EpiData 3.1

> 70 tuổi	9	25,0	11	28,2	20	27,7
Tổng	36	100,0	39	100,0	75	100,0
Tuổi trung bình	60,3 ± 14,5		63,7 ± 12,2		62,1 ± 13,4	

Tính chung, nhóm tuổi 51 – 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 33% (25/75), cao hơn các nhóm tuổi khác rất có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Tuổi trung bình là 62,1 ± 13,4. Tính theo nhóm, sự phân bố các nhóm tuổi của UTHH và của UTTQ có sự khác biệt nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).



Biểu đồ 1. Phân bố theo giới (n = 75)

Bệnh nhân nam giới chiếm phần lớn, tỷ lệ 93,9% (70/75). Tỷ suất nam/nữ: 14/1. Sự khác biệt tỷ lệ nam, nữ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 2. Yếu tố nguy cơ (n = 75)

Yếu tố nguy cơ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Hút thuốc lá	62	82,7
Uống rượu	41	54,7
Hút thuốc lá và uống rượu	39	52,0

Bệnh nhân có hút thuốc lá chiếm tỷ lệ 82,7%, uống rượu chiếm tỷ lệ 54,7%. Có 52% số bệnh nhân có cả hút thuốc lá và uống rượu.

3.1.2. Triệu chứng cơ năng

Bảng 3. Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng cơ năng	UTHH		UTTQ		Tổng	
	n = 36	%	n = 39	%	n = 75	%
Rối loạn nuốt						
Nuốt đau	16	44,4	3	7,7	19	25,3
Nuốt vướng	17	47,2	7	17,9	24	32,0
Nuốt nghẹn	2	5,6	1	2,6	3	4,0
Không rối loạn nuốt	1	2,8	28	71,8	29	38,7
Rối loạn hô hấp						
Không khó thở	32	88,9	35	89,7	67	89,3
Khó thở thanh quản	4	11,1	4	10,3	8	10,7
Khàn tiếng						
Khàn tiếng	25	69,4	30	76,9	55	73,3
Không khàn tiếng	11	30,6	9	23,1	20	26,7

UTHH rối loạn về nuốt bao gồm nuốt vướng (47,2%), khàn tiếng (69,4%). UTTQ có triệu chứng khàn tiếng (76,9%)

3.1.3. Vị trí ung thư hạ họng, ung thư thanh quản**Bảng 4.** Vị trí UTHH và UTTQ

Vị trí khối ung thư		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	p
Hạ họng (n = 36)	Xoang lê	28	77,8	p < 0,01
	Thành sau hạ họng	5	13,9	
	Vùng sau nhẫn	3	8,3	
Thanh quản (n = 39)	Thượng thanh môn	9	23,1	p < 0,01
	Thanh môn	30	76,9	

Trong ung thư hạ họng thì ung thư xoang lê chiếm tỷ lệ cao nhất, 77,8%. Ung thư thanh quản tăng thanh môn gặp nhiều nhất, tỷ lệ 76,9%.

3.1.4. Giai đoạn bệnh theo UICC**Bảng 5.** Phân độ giai đoạn bệnh theo UICC

Giai đoạn bệnh	UTHH		UTTQ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Giai đoạn I	0	0	4	10,3	4	5,3
Giai đoạn II	3	8,3	12	30,8	15	20,0
Giai đoạn III	26	72,3	23	59,0	49	65,3
Giai đoạn IV	7	19,4	0	0	7	9,3
Tổng	36	100,0	39	100,0	75	100,0

Có 49/75 số bệnh nhân ở giai đoạn III chiếm tỷ lệ 65,3%. UTHH giai đoạn III chiếm tỷ lệ 72,3%, không có giai đoạn I. UTTQ giai đoạn III chiếm tỷ lệ 59,0%, không có giai đoạn IV (p < 0,01)

3.1.5. Nội soi mềm DASH**Bảng 6.** Hình ảnh nội soi mềm DASH

Đặc điểm nội soi mềm DASH	UTHH		UTTQ		Tổng	
	n = 36	%	n = 39	%	n = 75	%
Hình thái tổn thương						
Sùi	33	91,7	34	87,1	67	89,4
Thâm nhiễm	3	8,3	4	10,3	7	9,3
Trơn láng	0	0	1	2,6	1	1,3
Tổn thương kế cận u						
Viêm	16	44,4	15	38,5	31	41,3
Phù nề niêm mạc	12	33,4	3	7,7	15	20,0
Thâm nhiễm, co rút	4	11,1	4	10,3	8	10,7
Không có tổn thương	4	11,1	17	43,5	21	28,0
Giới hạn u						
Khu trú	4	11,1	27	69,2	31	41,3
Xâm lấn	32	88,9	12	30,8	44	58,7

Khối u thể sùi chiếm tỷ lệ 89,4%. UTHH có tổn thương viêm kế cận u chiếm tỷ lệ 44,4%, phù nề niêm mạc chiếm 33,4%, xâm lấn chiếm 88,9%. UTTQ không có tổn thương kế cận u chiếm 43,5%, khối u khu trú chiếm 69,2%

Bảng 7. Phân loại type IPCL tổn thương ung thư

Type IPCL	UTHH		UTTQ		Tổng	
	n = 36	%	n = 39	%	n = 75	%
Type I - III	0	0	0	0	0	0

Type IV	3	8,3	5	12,8	8	10,7
Type V - 1	6	16,7	11	25,6	17	22,6
Type V - 2	2	5,6	1	2,6	3	4,0
Type V - 3	6	16,7	6	17,9	12	16,0
Type V - n	19	52,7	16	41,1	35	46,7

Tổn thương ung thư có type IPCL là type V – n, chiếm tỷ lệ 46,7%, type IV chiếm tỷ lệ 10,7%. Không có trường hợp nào tổn thương ung thư có type I, II, III..

3.1.6. Chụp cắt lớp vi tính

Bảng 8. Đặc điểm hình ảnh CLVT

Đặc điểm hình ảnh CLVT	UTHH		UTTQ		Tổng	
	n = 36	%	n = 39	%	n = 75	%
Mức độ ngấm thuốc						
Mạnh	23	63,9	16	41,0	39	52,0
Trung bình	9	25,0	18	46,2	27	36,0
Kém	3	8,3	3	7,7	6	8,0
Không ngấm thuốc	1	2,8	2	5,1	3	4,0
Hình thái ngấm thuốc						
Đồng nhất	14	40,0	19	51,4	33	45,8
Không đồng nhất	21	60,0	18	48,6	39	54,2

Khối u UTHH ngấm thuốc mạnh chiếm tỷ lệ 63,9%, ngấm thuốc không đồng nhất (60%). Khối UTTQ ngấm thuốc mạnh chiếm 41%, ngấm thuốc trung bình chiếm 46,2%, hình thái ngấm thuốc đồng nhất chiếm 51,4%.

3.2. Mối liên quan giữa lâm sàng, cận lâm sàng với hình ảnh nội soi mềm dải ánh sáng hẹp trong chẩn đoán và theo dõi sau điều trị

3.2.1. Các phương pháp điều trị ung thư hạ họng, ung thư thanh quản

Bảng 9. Các phương pháp điều trị UTHH và UTTQ (n = 75)

Giai đoạn bệnh Phương pháp điều trị	UTHH				UTTQ				Tổng	
	Giai đoạn sớm		Giai đoạn muộn		Giai đoạn sớm		Giai đoạn muộn			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Phẫu thuật đơn thuần	0	0	0	0	2	12,5	0	0	2	2,7
Xạ trị đơn thuần	1	33,3	3	9,2	5	31,2	2	8,7	11	14,6
Phẫu thuật và xạ trị	0	0	3	9,1	6	37,5	8	34,8	17	22,7
Xạ trị và hóa trị	1	33,3	17	51,5	1	6,3	5	21,7	24	32,0
Điều trị triệu chứng	1	33,3	10	30,2	2	12,5	8	34,8	21	28,0
Tổng	3	100,0	33	100,0	16	100,0	23	100,0	75	100,0

UTHH ở giai đoạn muộn, điều trị xạ - hóa đồng thời chiếm phần lớn, tỷ lệ 51,5%, điều trị triệu chứng chiếm tỷ lệ 30,2%. UTTQ giai đoạn sớm điều trị xạ trị đơn thuần chiếm tỷ lệ 31,2%, phẫu thuật kết hợp xạ trị chiếm tỷ lệ 37,5%. Giai đoạn muộn, điều trị phẫu thuật kết hợp xạ trị chiếm tỷ lệ 34,8%.

3.2.2. Mối liên quan giữa type IPCL với phân độ giai đoạn u

Bảng 10. Mối liên quan giữa type IPCL với phân độ giai đoạn u

Giai đoạn u	Type IV		Type V - 1		Type V - 2		Type V - 3		Type V - n		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
T1	0	0	3	17,6	0	0	0	0	1	2,9	4	5,3
T2	5	62,5	10	58,9	1	33,3	5	41,7	8	22,9	29	38,7

T3	3	37,5	4	23,5	2	66,7	7	58,3	24	68,6	40	53,3
T4	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5,6	2	2,7
Tổng	8	100,0	17	100,0	3	100,0	12	100,0	35	100,0	75	100,0

Phân độ giai đoạn u càng lớn có tỷ lệ type IPCL V – n càng tăng, u giai đoạn T1 (2,9%), T2 (22,9%), T3 (68,6%) và T4 là 2/2 số trường hợp.

3.2.3. Mối liên quan giữa type IPCL trên nội soi mềm DASH với mức độ ngấm thuốc cản quang trên CLVT

Bảng 11. Mối liên quan giữa type IPCL với mức độ ngấm thuốc trên CLVT

Mức độ ngấm thuốc	Type IV		Type V – 1		Type V – 2		Type V – 3		Type V – n		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mạnh	3	37,5	8	47,1	1	33,3	7	58,4	20	57,1	39	52,0
Trung bình	3	37,5	6	35,2	2	66,7	4	33,3	12	34,3	27	36,0
Kém	1	12,5	1	5,9	0	0	1	8,3	3	8,6	6	8,0
Không ngấm thuốc	1	12,5	2	11,8	0	0	0	0	0	0	3	4,0
Tổng	8	100,0	17	100,0	3	100,0	12	100,0	35	100,0	75	100,0

Mức độ ngấm thuốc mạng tăng dần theo độ nặng của type IPCL, type IV - Vn (37,5% - 57,1%), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$)

3.2.4. Mối liên quan type IPCL với kết quả mô bệnh học khối u

Bảng 12. Mối liên quan type IPCL với kết quả mô bệnh học khối u

UTTBV	Type IV		Type V – 1		Type V – 2		Type V – 3		Type V – n		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Biệt hóa tốt	3	37,5	11	64,7	2	66,7	4	33,3	18	51,4	38	50,7
Biệt hóa vừa	5	62,5	4	23,5	0	0	5	41,7	12	34,3	26	34,7
Biệt hóa kém	0	0	2	11,8	1	33,3	3	25,0	5	14,3	11	14,6
Tổng	8	100,0	17	100,0	3	100,0	12	100,0	35	100,0	75	100,0

IPCL type IV có tỷ lệ UTTBV biệt hóa trung bình là 62,5%, tỷ lệ UTTBV biệt hóa tốt là 37,5%. IPCL type V – n có tỷ lệ UTTBV biệt hóa trung tốt và trung bình lần lượt là 51,4% và 34,3%.

3.2.5. Hình ảnh nội soi mềm DASH sau kết thúc điều trị 1 tháng

Bảng 13. Hình ảnh nội soi mềm DASH sau kết thúc điều trị 1 tháng (n = 54)

Kết quả nội soi mềm DASH	n	Tỷ lệ %
Không có tổn thương mới, kế cận	18	33,3
Viêm, phù nề, bội nhiễm	29	53,7
U giảm kích thước	7	13,0
Tổng	54	100,0

Nội soi mềm DASH sau kết thúc điều trị 1 tháng, không có tổn thương mới, kế cận chiếm 33,3%, khối ung thư giảm kích thước 13%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh nội soi mềm DASH trong chẩn đoán ung thư hạ họng và ung thư thanh quản

4.1.1. Tuổi, giới và yếu tố nguy cơ

Theo bảng 1, nhóm tuổi 51 – 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 33%, cao hơn các nhóm tuổi khác rất có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Tuổi trung bình mắc bệnh là $62,1 \pm 13,4$. Nghiên cứu của Phạm Hữu Nhân, tuổi trung bình mắc bệnh UTHH là $54,8 \pm 11,4$ tuổi, nhóm

tuổi 51 - 60 tuổi chiếm tỷ lệ 32,4% [3]. Võ Nguyễn Hoàng Khôi, tuổi trung bình mắc bệnh UTTQ là 60,5 $\pm$ 9,5 [2].

Về phân bố theo giới, nam giới chiếm đa số, tỷ lệ 93,3%, biểu đồ 1. tỷ suất nam/nữ là 14/1. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước, bệnh gặp chủ yếu ở nam giới.

Theo bảng 2, có 82,7% số bệnh nhân có hành vi hút thuốc lá, 54,7% số bệnh nhân có thói quen uống rượu và 52% số bệnh nhân hút thuốc lá và uống rượu. Thuốc lá và uống rượu đã được chứng minh là yếu tố nguy cơ hàng đầu gây UTHH và UTTQ thông qua cơ chế trực tiếp tổn thương mạn tính niêm mạc. Nguy cơ này tăng cao khi kết hợp cả hút thuốc và uống rượu.

4.1.2. Triệu chứng cơ năng

Theo bảng 3, triệu chứng cơ năng của UTHH là nuốt vướng (47,2%), UTTQ có 71,8%, của UTTQ là khàn tiếng 76,9%. Nghiên cứu Ngô Thanh Tùng, các triệu chứng lâm sàng chung cho UTHH và UTTQ gồm nuốt vướng (63,3%), nuốt đau (60%), khàn tiếng (46,7%). Tỷ lệ xuất hiện các triệu chứng cơ năng phù hợp với sinh lý của hạ họng, thanh quản.

4.1.3. Vị trí và giai đoạn của UTHH và UTTQ

Theo bảng 4, ung thư xoang lê chiếm đa số, tỷ lệ 77,8%. Ung thư thanh môn gặp phổ biến nhất, tỷ lệ 76,9 %. Nghiên cứu của Phạm Hữu Nhân, ung thư xoang lê chiếm tỷ lệ 73,5% [3]. Võ Nguyễn Hoàng Khôi ung thư thanh môn chiếm tỷ lệ 71,1%, đa số bệnh nhân ở giai đoạn III (65,3%, 49/75), UTHH không có gặp giai đoạn I và UTTQ không gặp ở giai đoạn IV.

Bệnh nhân UTHH đến ở giai đoạn muộn nhiều hơn do tính chất lan tràn nhanh khối ung thư vùng hạ họng và bệnh nhân hay tự điều trị nhầm lẫn với bệnh lý viêm họng thông thường ở giai đoạn sớm.

4.1.4. Nội soi mềm dải ánh sáng hẹp

Theo bảng 6, hình thái khối u dạng sùi chiếm đa số, 67/75 số trường hợp, tỷ lệ 89,7%, tổn thương viêm kế cận u chiếm tỷ lệ 41,3% (31/75) chung cho UTHH và UTTQ. UTHH có khối ung thư xâm lấn chiếm 88,9%; UTTQ khối ung thư khu trú chiếm tỷ lệ 69,2%.

Hình thái đại thể khối ung thư dạng sùi phần lớn, là dạng tổn thương đặc trưng của ung thư lớp niêm mạc. Với các ưu điểm ống soi mềm, kích thước nhỏ, có thể tiếp cận áp sát bề mặt tổn thương, khả năng nhuộm màu quang học của DASH, bệnh nhân ít bị kích thích, chúng tôi đánh giá được tổn thương u, vùng kế cận u và giới hạn u thuận lợi.

Chúng tôi đánh giá giới hạn u là khu trú khi dưới chế độ DASH không thấy biến đổi hình thái mạch máu ở mốc giải phẫu khác lân cận. Và u xâm lấn khi

ở một mốc giải phẫu khác kế cận khối u có biến đổi hình thái mạch máu ở bề mặt niêm mạc. Sự đánh giá này đặc biệt có ý nghĩa trong chẩn đoán giai đoạn u, lựa chọn vị trí sinh thiết khối u, định hướng phương án điều trị phẫu thuật thích hợp để đảm bảo lấy bệnh tích được tối đa mà diện tổn thương tối thiểu

Theo bảng 7, không ghi nhận trường hợp nào có type IPCL I – III. Đa phần type V, chiếm tỷ lệ 89,3% (67/75), trong đó type V – 1 (22,6%), type V – n (46,7%). Đa phần bệnh nhân đến khám ở giai đoạn muộn, hình ảnh đặc trưng khối u sùi, xâm lấn, lan rộng và tân sinh mạch máu. Dấu hiệu tân sinh mạch máu của khối ung thư được bộc lộ rất rõ dưới nhuộm màu quang học của DASH. Do vậy mà type V – n chiếm tỷ lệ cao nhất và đặc hiệu cao cho tổn thương ác tính.

4.1.5. Chụp cắt lớp vi tính

Theo bảng 8, khối u ngấm thuốc mức độ mạnh chiếm 52%, trung bình (36%), kém (8%). Hình thái ngấm thuốc không đồng nhất (54,2%). Nghiên cứu của Nguyễn Quốc Dũng và cs khối u hạ họng ngấm thuốc cản quang độ mạnh chiếm tỷ lệ 85,5% [1]. Vùng hạ họng có hệ thống mạch máu phong phú, khối u phát triển nhanh, mạch tân tạo nhiều nên bắt thuốc cản quang mạnh.

4.2. Mối liên quan giữa lâm sàng, cận lâm sàng với hình ảnh nội soi mềm dải ánh sáng hẹp trong chẩn đoán và theo dõi sau điều trị

4.2.1. Các phương pháp điều trị UTHH và UTTQ

Theo bảng 10, UTHH giai đoạn muộn, điều trị xạ - hóa đồng thời chiếm tỷ lệ cao nhất, 51,5%, điều trị triệu chứng chiếm 30,2%. UTTQ giai đoạn sớm, tỷ lệ điều trị xạ trị đơn thuần (31,2%) và phẫu thuật kết hợp xạ trị (37,5%) gần tương đương nhau. Ở giai đoạn muộn, 34,8% số trường hợp điều trị phẫu thuật kết hợp xạ trị, 21,7% điều trị xạ - hóa đồng thời, 34,8% điều trị triệu chứng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân UTHH đến khám ở giai đoạn muộn (26/36 trường hợp, 72,2%) nên lựa chọn điều trị xạ - hóa đồng thời là phù hợp. UTTQ ở giai đoạn sớm, tỷ lệ điều trị phẫu thuật và xạ trị tương đương nhau. Theo Cheng Zhan và cộng sự xạ trị mang lại kết quả kém hơn phẫu thuật ở bệnh nhân $\leq$ 60 tuổi, ung thư thanh môn ở giai đoạn T1, thể mô bệnh học biệt hóa tốt [10]. Khả năng kiểm soát khối ung thư bằng phẫu thuật từ 75 – 90% và bằng phương pháp xạ trị là 72 – 92%.

4.2.2. Mối liên quan type IPCL với phân độ giai đoạn u

Theo bảng 10, khối u ở giai đoạn T2 có type IPCL V – 1 chiếm tỷ lệ 58,9%, giai đoạn T3 có type IPCL V – n chiếm tỷ lệ 68,6%, giai đoạn u T4 chỉ có type

IPCL V – n. Nghiên cứu của Ni và cộng sự trong ung thư thanh quản tổn thương IPCL type V ở giai đoạn xâm nhập chiếm tỷ lệ 84,1%, giai đoạn loạn sản và ung thư tại chỗ chiếm tỷ lệ 15,9%, IPCL type IV gặp trong 68,5% số trường hợp giai đoạn loạn sản [8]. Tác giả ghi nhận nếu có sự hiện diện mô hoại tử, tổn thương dạng mảng - giả mạc trắng hoặc hiện tượng sừng hóa quá mức sẽ che đậy các biểu hiện biến đổi IPCL tại niêm mạc, dẫn đến âm tính giả. Với những tình huống này, nên đánh giá ở bờ rìa khối u, những vị trí giả mạc mỏng. Với tổn thương IPCL type V – n, chúng tôi nhận thấy có sự tăng dần tỷ lệ biểu hiện với giai đoạn u (T1 là 2,9%, T2 là 22,9%, T3 là 68,6%). Riêng với giai đoạn u T4 chỉ có 2 trường hợp thì đều có IPCL type V- n. Ở các giai đoạn u càng muộn thì sự lan tràn, tăng sinh và tân sinh mạch biểu hiện càng rõ.

4.2.3. Mối liên quan type IPCL với mức độ ngấm thuốc cản quang trên CLVT

Bảng 11, IPCL của khối ung thư type V – n ngấm thuốc cản quang mức độ mạnh (51,3%), trung bình (44,4%). Kết quả này cho thấy sự tương hợp của hiện tượng tân sinh mạch được biểu hiện trực tiếp trên nội soi DASH quan sát được và biểu hiện gián tiếp trên chụp CLVT bằng mức độ ngấm thuốc cản quang mạnh và trung bình.

4.2.4. Mối liên quan type IPCL với kết quả mô bệnh học khối u

Bảng 12, tổn thương IPCL type IV gặp trong UTTBV biệt hóa vừa chiếm tỷ lệ 19,2%, UTTBV biệt hóa tốt chiếm tỷ lệ 7,9%, không có trường hợp nào biệt hóa kém. Tổn thương IPCL type V – n không có sự khác biệt theo các mức độ biệt hóa của khối u. Chúng tôi không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê tổn thương IPCL với độ biệt hóa của tế bào vảy.

4.2.5. Hình ảnh nội soi mềm DASH sau kết thúc điều trị 1 tháng

Sau 1 tháng kết thúc điều trị trên nội soi mềm DASH không có tổn thương mới 93% (47/54), trong

đó 53,7% (29/54) số trường hợp có hình ảnh viêm phù nề họng – thanh quản. Trong quá trình thực hiện nội soi mềm DASH để theo dõi sau điều trị chúng tôi nhận thấy nội soi mềm DASH đem lại nhiều hiệu quả. Với đặc điểm ống soi mềm, nhỏ và linh hoạt trong điều hướng, nội soi mềm dễ dàng khảo sát tình trạng khối ung thư và niêm mạc tại họng – thanh quản. Đối với những bệnh nhân đã được phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ khối hạ họng – thanh quản, nội soi mềm đem lại nhiều thuận lợi trong theo dõi sau điều trị.

5. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh nội soi mềm dải ánh sáng hẹp trong chẩn đoán ung thư hạ họng và ung thư thanh quản

- Nhóm tuổi 51 – 60 tuổi chiếm nhiều nhất (33,3%), tuổi trung bình mắc bệnh $62,1 \pm 13,4$. Nam giới chiếm đa số, phần lớn bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ là hút thuốc lá, uống rượu.

- Vị trí khối u: ung thư xoang lê (77,8%), ung thư thanh môn (76,9%). Bệnh nhân đến khám ở giai đoạn muộn, ung thư hạ họng giai đoạn III (72,3%), ung thư thanh quản giai đoạn III (59%).

- Hình ảnh nội soi mềm dải ánh sáng hẹp khối u thể sùi (89,4%), tổn thương viêm kế cận u (41,3%), u xâm lấn (58,7%). Phần lớn tổn thương type V, trong đó type V – n chiếm 46,7%. Không có tổn thương type I, II, III.

2. Mối liên quan giữa lâm sàng, cận lâm sàng với hình ảnh nội soi mềm dải ánh sáng hẹp trong chẩn đoán và theo dõi sau điều trị

- Có sự tăng dần biến đổi hình thái IPCL type V – n theo giai đoạn u.

- Khối u có IPCL type V – n trên nội soi mềm dải ánh sáng hẹp ngấm thuốc cản quang mức độ mạnh (51,3%), trung bình (44,4%).

- Nội soi mềm dải ánh sáng hẹp sau kết thúc điều trị 01 tháng: không có tổn thương mới 33,3%, viêm phù nề 53,7%, u giảm kích thước (13%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quốc Dũng, Bùi Diệu, Nguyễn Đình Phúc (2013), “Đánh giá tổn thương của u trên chụp cắt lớp vi tính và đối chiếu lâm sàng của ung thư hạ họng”, Y học thực hành, 893, tr. 97 - 99.

2. Võ Nguyễn Hoàng Khôi (2017), Đặc điểm hậu phẫu của bệnh nhân cắt thanh quản toàn phần tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Chợ Rẫy, từ 4/2016 – 7/2017, Luận án

Chuyên khoa II, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

3. Phạm Hữu Nhân (2013), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ung thư hạ họng bằng hóa - xạ trị đồng thời tại Bệnh viện Trung ương Huế, Luận án chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Huế.

4. Võ Tấn (2003), “Ung thư họng thanh quản hay ung thư hạ họng”, Tai Mũi Họng thực hành - quyển 1, tr. 339

- 345.

5. Trần Văn Thuận (2009), "Một số đặc điểm dịch tế học qua ghi nhận ung thư tại Hà Nội", Tạp chí Nghiên cứu Y học, 62(3), tr. 41 - 47.

6. Cohen Jonathan (2007), "Part 1: The Basics of NBI", Comprehensive atlas of high resolution endoscopy and narrowband imaging, Blackwell Publishing, Oxford, UK, pp. 3 - 22.

7. Muto Manabu, Kenshi Yao, Yasushi Sano (2015), "Part II: Atlas of NBI: Pharynx to Esophagus", Atlas of Endoscopy with Narrow Band Imaging, Springer Japan, Tokyo, pp. 32 - 129.

8. NI XG et al. (2011), "Endoscopic diagnosis of laryngeal cancer and precancerous lesions by narrow band imaging", The Journal of Laryngology & Otology, 125, pp. 288 - 296.

9. Yang Y. et al. (2017), "The clinical diagnostic value of target biopsy using narrow-band imaging endoscopy and accurate laryngeal carcinoma pathologic specimen acquisition", Clin Otolaryngol, 42(1), pp. 38-45.

10. Zhan C. et al. (2018), "Radiotherapy vs surgery for T1-2N0M0 laryngeal squamous cell carcinoma: A population-based and propensity score matching study", Cancer Med 2018, pp. 1 - 11.