

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DÂY ĐẦU THU TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ VÒM HỌNG

Ngô Hữu Thuận¹, Hoàng Minh Lợi², Nguyễn Văn Đình³, Nguyễn Đình Duyên³

(1) Học viên CKII chuyên ngành Chẩn đoán hình ảnh, khóa 2012- 2014

(2) Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế

(3) Khoa Chẩn đoán hình ảnh - Bệnh viện Ung thư Đà Nẵng

Tóm tắt

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính đa dây đầu thu trong chẩn đoán ung thư vòm họng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang ở 51 bệnh nhân ung thư vòm họng được chụp cắt lớp vi tính đa dây đầu thu tại Bệnh viện Ung thư Đà Nẵng. Trong thời gian từ tháng 01/2013 đến 07/2014. **Kết quả:** Khối u ở vị trí thành bên (66,7%), kích thước trên 2cm (64,7%), cấu trúc giảm tỉ trọng (98%), ngấm thuốc mức độ mạnh (62,7%). Khối u lan rộng và xâm lấn: biến dạng hố Rosenmuller (96,1%), xâm lấn đến khoang cạnh họng (62,7%), tiêu mòm chân bướm hàm (19,6%), xâm lấn xương nền sọ (17,6%), phá hủy thân xương bướm/ bản dốc xương chẩm (9,8%). Hạch cổ di căn là 96,1%, kích thước hạch (> 1- 3cm) là 58,8%. Khối u ở giai đoạn T1 (35,3%), T2 (37,3%), T3 (17,6%) và T4 (9,8%). Giai đoạn hạch cổ N2 là 66,7%, giai đoạn N3a- N3b là 19,6%. Ung thư vòm họng ở giai đoạn II- III chiếm tỷ lệ cao nhất là 60,8%, giai đoạn IVA- IVB là 23,5% và giai đoạn IVC là 11,8%. **Kết luận:** CLVT đa dây đầu thu với lát cắt mỏng và độ phân giải cao có khả năng phát hiện các hạch di căn nhỏ, hạch nằm vùng cổ sâu và đánh giá toàn diện mức độ xâm lấn của khối u.

Từ khóa: Ung thư vòm họng, cắt lớp vi tính

Abstract

IMAGING CHARACTERISTICS OF MDCT IN NASOPHARYNGEAL CARCINOMA

Ngo Huu Thuan¹, Hoang Minh Loi², Nguyen Van Dinh³, Nguyen Dinh Duyen³

(1) Post-graduate Students of Hue University of Medicine and Pharmacy - Hue University

(2) Hue University Hospital

(3) Danang Cancer Hospital

Objectives: Imaging characteristics of MDCT in nasopharyngeal carcinoma. **Subject and methods:** Cross- sectional study in 51 patients with nasopharyngeal carcinoma by MDCT at Danang Cancer Hospital from January 2013 to July 2014. **Results:** The findings reveal that the tumor in lateral wall (66.7%), diameter > 2cm (64.7%), hypodensity (98%), contrast- enhanced CT (62.7%). Blunting of fossa of Rosenmuller (96.1%), invasion of parapharyngeal space (62.7%), destruction of pterygoid bone (19.6%), invasion of skull base (17.6%), destruction of sphenoid bone (9.8%). Lymph nodes metastasis (96.1%), diameter (> 1- 3cm) is 58.8%. T-staging by CT showed T1 (35.3%), T2 (37.3%), T3 (17.6%) and T4 (9.8%). N- staging by CT showed N2 (66.7%), N3a- N3b (19.6%). Staging of Nasopharyngeal carcinoma: stage II-III (60.8%), stage IVA-IVB (23.5%) and stage IVC (11.8%). **Conclusions:** MDCT with a thinner slice thickness and high quality images is able to detect lymph nodes metastasis with small size and those in deep neck area and assess comprehensively the invasion of the tumor.

Key words: Nasopharyngeal carcinoma, MDCT

DOI: 10.34071/jmp.2014.4+5.22

- Địa chỉ liên hệ: Ngô Hữu Thuận, * Email: thuanxq@gmail.com

- Ngày nhận bài: 20/9/2014 * Ngày đồng ý đăng: 3/11/2014 * Ngày xuất bản: 16/11/2014

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vòm họng đứng hàng thứ 5 trong 10 loại ung thư phổ biến ở nước ta và đứng hàng đầu trong các bệnh lý u ác tính vùng đầu cổ [1], [2].

Triệu chứng ung thư vòm họng thường không đặc hiệu. Giải phẫu bệnh là tiêu chuẩn vàng và có ý nghĩa quan trọng. Tuy nhiên, không phải lúc nào cũng thực hiện được và thường thực hiện ở giai đoạn muộn. Khoảng 6-10% ung thư vòm họng với niêm mạc họng mũi bình thường khi nội soi [4],[6],[16].

Đánh giá giai đoạn ung thư vòm họng trước điều trị là cần thiết nhằm chọn lựa phương pháp điều trị thích hợp. Chẩn đoán và điều trị sớm sẽ nâng cao kết quả điều trị và tăng tỷ lệ sống trên 5 năm [1],[6].

Cắt lớp vi tính đa dãy đầu thu với tái tạo lát cắt mỏng và hình ảnh đa mặt phẳng có thể phát hiện tổn thương gây mòn xương, thâm nhiễm xương nền sọ hoặc xâm lấn các lỗ nền sọ. Do đó, cắt lớp vi tính có ý nghĩa quan trọng và được sử dụng để đánh giá giai đoạn và lập kế hoạch điều trị ung thư vòm họng [1],[2],[16].

Ở Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về ung thư vòm họng ở nhiều khía cạnh khác nhau. Nhưng còn ít đề tài nghiên cứu về đặc điểm hình ảnh của ung thư vòm họng. Hiện nay có nhiều cơ sở y tế đã trang bị máy cắt lớp vi tính đa dãy đầu thu là điều kiện thuận lợi trong chẩn đoán ung thư vòm họng.

Mục tiêu nghiên cứu: *Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính đa dãy đầu thu trong chẩn đoán ung thư vòm họng.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Có 51 bệnh nhân được chẩn đoán UTVH bằng khám lâm sàng, nội soi vòm họng, siêu âm đánh giá hạch cổ, có chụp CLVT đa dãy đầu thu theo quy trình kỹ thuật đã thống nhất và có kết quả mô bệnh học là UTVH được điều trị và lưu trữ hồ sơ bệnh án tại Bệnh viện Ung thư Đà Nẵng từ tháng 01/2013 đến 07/2014.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- Phương tiện nghiên cứu hình ảnh: Các bệnh nhân được chụp CLVT 16 và 128 dãy đầu thu, của hãng GE của Nhật Bản tại Bệnh viện Ung thư Đà Nẵng. Chụp CLVT với thì không tiêm thuốc và thì tiêm thuốc (40- 50 giây). Thuốc cản quang tĩnh mạch Ultravist 300mgI/ml lọ 50ml với liều lượng 1- 1,5ml/kg cân nặng. Bơm máy với tốc độ 2ml/s. Cắt xoắn ốc với pitch= 1 với độ dày lát cắt 0,625 mm, tái cấu trúc hình ảnh với độ dày lát cắt 1,25mm và 2,5 mm và tái tạo theo các mặt phẳng Axial, Coronal và Sagittal.

- Xử lý số liệu: theo phương pháp thống kê y học và SPSS 19.0

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 51 bệnh nhân UTVH được khám lâm sàng, siêu âm hạch vùng cổ, nội soi vòm họng và chụp CLVT đa dãy đầu thu tại Bệnh viện Ung thư Đà Nẵng từ 01/2013 đến 07/2014. Trong đó, nhóm tuổi (41-60) mắc bệnh UTVH cao nhất với tỷ lệ là 52,9%, nam nhiều hơn nữ, bệnh nhân nhỏ nhất là 22 tuổi và lớn nhất là 82 tuổi, không phát hiện khối u trên nội soi là 5,9%, không phát hiện hạch cổ trên khám lâm sàng và siêu âm hạch vùng cổ đều có tỷ lệ là 15,7%.

3.1. Hình ảnh đặc điểm ung thư vòm họng trên cắt lớp vi tính

Bảng 3.1. Phân bố tỷ lệ đặc điểm khối u trên CLVT (n= 51)

Đặc điểm hình ảnh khối u trên CLVT		Số bệnh nhân	%
Vị trí	Thành bên	34	66,7
	Thành sau trên	17	33,3
	Khác	0	0
	Tổng	51	100
Kích thước	≤ 1 cm	2	3,9
	> 1- 2 cm	16	31,4
	> 2- 3cm	13	25,5
	> 3cm	20	39,2
	Tổng	51	100

Cấu trúc	Tăng tỉ trọng	0	0
	Đồng tỉ trọng	0	0
	Giảm tỉ trọng	50	98,0
	Giảm tỉ trọng + Hoại tử	1	2,0
	Tổng	51	100
Tính chất ngấm thuốc	Mạnh	32	62,7
	Vừa	19	37,3
	Kém	0	0
	Tổng	51	100
Kiểu ngấm thuốc	Không đồng nhất	29	56,9
	Đồng nhất	22	43,1
	Tổng	51	100

Nhận xét: Khối u ở vị trí thành bên là 66,7%. 98%. Các khối u đều ngấm thuốc cân quang, trong Kích thước khối u trên 2cm chiếm tỷ lệ cao nhất là 64,7%. Cấu trúc khối u chủ yếu là giảm tỉ trọng là 50%, đồng tỉ trọng là 0%, tăng tỉ trọng là 4,3%. Không thấy hình ảnh tăng sinh mạch máu trong khối u.

3.2. Sự lan rộng và xâm lấn của khối u trên cắt lớp vi tính

Bảng 3.2. Phân bố tỷ lệ hình ảnh lan rộng và xâm lấn của khối u trên CLVT (n= 51)

Lan rộng của khối u	Số bệnh nhân	%
Biến dạng hố Rosenmuller	49	96,1
Hẹp, xóa vòi Eustache	42	82,4
Xâm lấn đến khoang cạnh họng	32	62,7
Xâm lấn hốc mũi	21	41,2
Xâm lấn hầu miệng	20	39,2
Tiêu mồm chân bướm hàm	10	19,6
Xâm lấn xương nền sọ	9	17,6
Xâm lấn hố chân bướm hàm	8	15,7
Di căn mô mềm/ cơ vùng cổ	8	15,7
Xâm lấn xoang hàm	7	13,7
Xâm lấn xoang sàng	6	11,8
Phá hủy thân xương bướm/ bản dốc xương chẩm	5	9,8
Xâm lấn đốt sống C1-C2	1	2,0
Xâm lấn ổ mắt	1	2,0

Nhận xét: Đa số khối u gây biến dạng hố Rosenmuller là 96,1%, xóa vòi Eustache là 82,4%, xâm lấn đến khoang cạnh họng là 62,7%, tiêu mồm chân bướm hàm là 19,6%, xâm lấn xương nền sọ là 17,6%, phá hủy thân xương bướm/ bản dốc xương chẩm là 9,8%, xâm lấn đốt sống C1-C2 là 2,0%.

3.3. Hạch cổ trên cắt lớp vi tính

Bảng 3.3. Phân bố hạch cổ theo vị trí, số lượng và kích thước trên CLVT (n= 51)

Đặc điểm hạch cổ trên CLVT		Số bệnh nhân	%
Vị trí	Hai bên	42	82,4
	Cùng bên với khối u	7	13,7
	Đối bên với khối u	0	0
	Không có hạch	2	3,9
	Tổng	51	100
Số lượng	0 hạch	2	3,9
	1 hạch	0	0
	2 hạch	1	2,0
	3 hạch	0	0
	≥ 4 hạch	48	94,1
	Tổng	51	100
Kích thước	Không có hạch	2	3,9
	≤ 1 cm	5	9,8
	> 1- 3 cm	30	58,8
	> 3- 6 cm	7	13,7
	> 6 cm	7	13,7
	Tổng	51	100
Cấu trúc	Lan tràn ra ngoài vỏ	26	51,0
	Hoại tử	3	5,9
	Vôi hóa	0	0
	Lan tràn ra ngoài vỏ + hoại tử	20	39,2
	Không thấy hạch	2	3,9
	Tổng	51	100

Nhận xét: Hạch cổ di căn là 96,1% (trong đó hạch cổ hai bên là 82,4%). Số lượng hạch (≥ 4 hạch) là 94,1%, kích thước hạch (> 1- 3 cm) là 58,8%. Cấu trúc hạch lan tràn ra ngoài vỏ là 51%.

3.4. Hình ảnh tụ dịch xoang chũm

Bảng 3.4. Phân bố tỷ lệ tụ dịch xoang chũm trên CLVT (n= 51)

Hình ảnh tụ dịch xoang chũm	Số bệnh nhân	%
Hai bên	14	27,5
Bên phải	8	15,7
Bên trái	9	17,6
Không có	20	39,2
Tổng	51	100

Nhận xét: Tụ dịch xoang chũm hai bên chiếm tỷ lệ 27,5%, bên phải chiếm tỷ lệ 15,7%, bên trái chiếm tỷ lệ 17,6% và không thấy tụ dịch xoang chũm chiếm tỷ lệ 39,2%.

3.5. Giai đoạn khối u (T) trên cắt lớp vi tính

Bảng 3.5. Phân bố tỷ lệ giai đoạn khối u (T) trên CLVT (n= 51)

Giai đoạn trên CLVT		Số bệnh nhân	%	p <0,05
	T1	18	35,3	
	T2	19	37,3	
	T3	9	17,6	
	T4	5	9,8	
Tổng		51	100	

Nhận xét: Khối u ở giai đoạn T1- T2 là 72,6%, giai đoạn T3 là 17,6% và giai đoạn T4 là 9,8%.

3.6. Giai đoạn hạch cổ (N) trên cắt lớp vi tính

Bảng 3.6. Phân bố tỷ lệ giai đoạn hạch cổ (N) trên CLVT (n= 51)

Giai đoạn trên CLVT		Số bệnh nhân	%	p <0,01
Hạch cổ (N)	N0	2	3,9	
	N1	5	9,8	
	N2	34	66,7	
	N3a	5	9,8	
	N3b	5	9,8	
Tổng		51	100	

Nhận xét: Giai đoạn hạch cổ N2 chiếm tỷ lệ cao nhất là 66,7%. giai đoạn hạch cổ N3a- N3b chiếm tỷ lệ là 19,6% và không có hạch cổ là 3,9%.

3.7. Giai đoạn ung thư vòm họng

Bảng 3.7. Phân bố giai đoạn UTVH (n= 51)

Giai đoạn UTVH	Số bệnh nhân	%	p < 0,01
Giai đoạn I	2	3,9	
Giai đoạn II	5	9,8	
Giai đoạn III	26	51,0	
Giai đoạn IVA	3	5,9	
Giai đoạn IVB	9	17,6	
Giai đoạn IVC	6	11,8	
Tổng	51	100	

Nhận xét: Sự kết hợp giữa phân giai đoạn khối u (T), phân giai đoạn hạch cổ (N) và phân giai đoạn di căn xa (M) dựa trên siêu âm bụng, X quang phổi và CLVT các cơ quan, có kết quả như sau: UTVH giai đoạn III chiếm tỷ lệ cao nhất 51,0%, giai đoạn IVA- IVB là 23,5% và giai đoạn IVC là 11,8%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm hình ảnh khối u trên cắt lớp vi tính

- Về vị trí: khối u ở vị trí thành bên là 66,7%.

Theo Phùng Hưng, khối u ở vị trí thành bên (79,03%) [3]. Theo Hoe J là 65- 80% và theo Sham JS là 70- 80% [12]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đối phù hợp với các tác giả trên.

- Về kích thước: Xác định vị trí và kích thước khối u trên CLVT có vai trò quan trọng trong lập kế hoạch điều trị (định liều lượng và phân bố tia xạ một cách chính xác). Theo kết quả ở bảng 3.1, kích thước khối u trên 2cm chiếm tỷ lệ cao là 64,7% phù hợp với kết quả đa số bệnh nhân nhập viện

muộn (thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đến lúc vào viện trên 12 tháng chiếm tỷ lệ 43,1%) và khối u được phát hiện khi có kích thước lớn và xâm lấn lan rộng. Theo Phùng Hưng thì khối u có kích thước trên 2cm là 67,74% [3]. Theo Hoe JH, kích thước thường gặp 2- 3cm với tỷ lệ là 45% [12].

- Cấu trúc khối u chủ yếu là giảm tỉ trọng là 98%. Các khối u đều ngấm thuốc cản quang (mức độ mạnh là 62,7% và mức độ vừa là 37,3%). Theo Phùng Hưng là đa số khối u đều ngấm thuốc cản quang tiềm tĩnh mạch [3].

4.2. Hình ảnh sự lan rộng và xâm lấn của khối u trên cắt lớp vi tính

UTVH thường phát triển âm thầm, kín đáo, khi phát hiện thì khối u đã lan rộng và xâm lấn xung quanh. CLVT có vai trò quan trọng đánh giá sự xâm lấn khối u [1]. Theo kết quả ở bảng 3.2 về sự lan rộng và xâm lấn của khối u:

- Biến dạng hồ Rosenmuller là 96,1%. Theo Phùng Hưng là 70,97% [3]. Theo Hoe JH thì là 100% [12]. UTVH thường gây biến dạng hồ Rosenmuller.

- Hình ảnh hẹp hoặc xóa vôi Eustache là 82,4%. Vôi Eustache là cấu trúc ở thành bên vòm họng nên khối u vòm họng thường gây hẹp hoặc xóa vôi Eustache. Theo Phùng Hưng thì tỷ lệ này là 64,51% [3]. Theo Ng SH thì hẹp hoặc xóa vôi Eustache có tỷ lệ là 68,7% [15].

- Khối u vòm họng lan rộng ra phía trước thường có hình ảnh xâm lấn hốc mũi. Theo nghiên cứu của chúng tôi thì hình ảnh xâm lấn hốc mũi là 41,2%. Theo Phùng Hưng thì xâm lấn vào hốc mũi là 33,87% [3], theo Ng SH thì tỷ lệ này là 11,9% [15].

- Xâm lấn xoang hàm có tỷ lệ là 11,8%. Theo Phùng Hưng thì tỷ lệ này là 12,9%, theo Ng SH là 4,5% và theo Chong VFH là 9% [3], [10], [15]. Tuy nhiên, khi đánh giá hình ảnh khối u xâm lấn xoang cần phân biệt với hình ảnh viêm xoang.

- CLVT có vai trò quan trọng trong khảo sát hình ảnh xâm lấn xương, đặc biệt là vỏ xương. Mòm chân bướm hàm là cấu trúc xương nằm cạnh vòm họng. Theo kết quả bảng 3.2 thì tiêu mòm chân bướm hàm là 19,6%. Theo Phùng Hưng là

11,29% [3]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với tác giả trên, có thể do chúng tôi khảo sát trên CLVT đa dãy đầu với lát cắt mỏng, độ phân giải cao nên có khả năng đánh giá các tổn thương nhỏ.

- Giải phẫu vòm họng thì thành trên và thành sau liên tiếp với nhau gọi là nóc vòm. Nóc vòm được tạo thành từ khối xương nền sọ, bao gồm: xương bướm- xoang bướm, bản dốc xương chẩm [5]. Khối u ở vị trí nóc vòm lan tràn và xâm lấn lên phía trên gây tổn thương xương bướm. Khối u ở vị trí nóc vòm lan tràn và xâm lấn ra phía sau gây tổn thương bản dốc xương chẩm. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì phá hủy thân xương bướm/ bản dốc xương chẩm là 9,8%.

- Hình ảnh xâm lấn xương nền sọ là 17,6%. Theo Phùng Hưng thì tỷ lệ này là 14,52%, theo Chong VFH là 20% và theo Li YZ là 25% [3], [11], [14].

- Theo kết quả bảng 3.2 thì di căn mô mềm/ cơ vùng cổ là 15,7%, theo Razek A và King A tỷ lệ này là 19,7% [16]. Xâm lấn ổ mắt trong nghiên cứu của chúng tôi là 2,0%, theo Ng SH là 4,5% [15].

4.3. Đặc điểm hạch cổ di căn trên cắt lớp vi tính

Theo kết quả ở bảng 3.3 thì hạch cổ di căn là 96,1%. Theo Phùng Hưng là 88,71% [3], theo Chan YW là 85% [9], theo Chan M là 90% [8]. Theo tác giả Razek A và King A thì hạch cổ di căn hai bên khoảng 75- 90% [16]. Kết quả của chúng tôi tương đối phù hợp với các tác giả trên.

Theo kết quả ở bảng 3.3 thì kích thước hạch cổ dưới 1cm chiếm tỷ lệ là 9,8%. Theo Lin và cộng sự nghiên cứu 68 bệnh nhân UTVH có di căn hạch cổ, thì PET/CT phát hiện 28% hạch cổ di căn kích thước dưới 1cm mà không xác định được hạch cổ di căn trên CHT [17]. Các hạch di căn kích thước nhỏ thì PET/CT nhạy hơn so với CHT và CLVT. Tuy nhiên PET/CT không phải cơ sở y tế nào cũng được trang bị nên CLVT thường được sử dụng phổ biến để đánh giá hạch cổ.

Theo kết quả ở bảng 3.3 thì đa số phát hiện số lượng hạch cổ là trên 4 hạch chiếm tỷ lệ là 94,1%, kích thước hạch cổ từ 1- 3 cm chiếm tỷ lệ cao nhất là 58,8%, cấu trúc hạch lan tràn ra

ngoài vỏ là 51% và không thấy hình ảnh hạch cổ di căn là 3,9%.

4.4. Hình ảnh tự dịch xoang chũm

Theo kết quả bảng 3.4, hình ảnh tự dịch xoang

chũm hai bên là 27,5%, bên phải là (15,7%) và bên trái (17,6%). Khối u ở vị trí thành bên (66,7%) liên quan đến vòi Eustache, thường gây hẹp hoặc xóa vòi Eustache và tự dịch xoang chũm.

4.5. Phân loại giai đoạn ung thư vòm họng trên cắt lớp vi tính theo tiêu chuẩn của UICC/ AJCC lần thứ 7 năm 2009

4.5.1. Phân giai đoạn xâm lấn khối u (T)

Bảng 4.1. So sánh phân giai đoạn khối u (T) trên CLVT

Giai đoạn trên CLVT		Chúng tôi (%)	Phùng Hưng [3]	Kim JH và Lee JK [13]	Hoe J [12]
Khối u (T)	T0	0	0	0	0
	T1	35,3	0	23	28
	T2	37,3	29,03	35	20
	T3	17,6	41,94	17	5
	T4	9,8	29,03	25	47
Tổng		100	100	100	100

Theo so sánh ở bảng 4.1, thì nghiên cứu của chúng tôi khối u giai đoạn T1-T2 chiếm tỷ lệ cao. Trong khi đó kết quả nghiên cứu các tác giả trên thì khối u chủ yếu là giai đoạn T3 và giai đoạn T4. Điều này có thể các tác giả trên nghiên cứu trên CLVT 1

và dãy đầu thu với lát cắt dày và độ phân dải không cao nên khi phát hiện thì khối u kích thước lớn và xâm lấn. Nghiên cứu chúng tôi thực hiện trên CLVT đa dãy đầu thu với lát cắt mỏng, độ phân dải cao nên đánh giá được các khối u kích thước nhỏ.

4.5.2. Phân giai đoạn hạch cổ (N)

Bảng 4.2. So sánh phân giai đoạn hạch cổ (N) trên CLVT

Giai đoạn trên CLVT		Chúng tôi (%)	Phùng Hưng [3]	Kim JH và Lee JK [13]
Hạch cổ (N)	N0	3,9	11,29	23
	N1	9,8	24,19	35
	N2	66,7	48,39	35
	N3a	9,8	11,29	7
	N3b	9,8	4,84	
Tổng		100	100	100

Theo bảng 4.2 so sánh giai đoạn hạch cổ di căn (N) trên CLVT, nghiên cứu của chúng tôi giai đoạn hạch cổ N0 và N1 thấp hơn so với các tác giả trên. Trong khi đó giai đoạn N2 của chúng tôi cao hơn so với các tác giả trên. Có thể chúng tôi nghiên cứu trên CLVT đa dãy đầu thu với lát cắt mỏng và độ phân dải cao nên đánh giá được các hạch cổ kích thước nhỏ và vùng cổ sâu ở hai bên (82,4%).

4.5.3. Giai đoạn ung thư vòm họng theo UICC/ AJCC lần thứ 7 năm 2009

Kết hợp giữa giai đoạn khối u (T), giai đoạn

hạch cổ di căn (N) và giai đoạn di căn xa (M) dựa trên siêu âm bụng, X quang phổi và CLVT các cơ quan. Theo kết quả bảng 3.7 thì giai đoạn I và II là 13,7%, giai đoạn III là 51%, giai đoạn IVA-IVB là 23,5% và giai đoạn IVC là 11,8%. Theo Phạm Nguyên Tường thì giai đoạn I là 1,6%, giai đoạn II là 12,4%, giai đoạn III là 33,9% và giai đoạn IV là 52,1% [7]. Theo tác giả Phùng Hưng thì giai đoạn II là 1,61%, giai đoạn III là 12,9%, giai đoạn IV là 85,49% và không thấy UTVH ở giai đoạn I [3].

Qua kết quả trên cho thấy đa số bệnh nhân UTVH vào viện ở giai đoạn muộn. Điều này có thể do bệnh UTVH vòm họng có triệu chứng lâm sàng kín đáo, phát triển âm thầm. Ngoài ra, do trình độ dân trí, hệ thống trang thiết bị y tế phát triển không đồng đều. Nên phát hiện bệnh UTVH trong giai đoạn sớm còn khó khăn.

5. KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính đa dãy đầu thu của 51 bệnh nhân ung thư vòm họng, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

Khối u ở vị trí thành bên là 66,7%, kích thước khối u trên 2 cm là 64,7%, cấu trúc khối u chủ yếu là giảm tỉ trọng là 98%, ngấm thuốc mức độ mạnh là 62,7% và không đồng nhất là 56,9%. Không thấy hình ảnh tăng sinh mạch máu trong khối u.

Đa số các khối u gây biến dạng hồ Rosenmuller (96,1%), hẹp vòi Eustache (82,4%), xâm lấn đến khoang cạnh họng (62,7%), tiêu mồm chân

bướm hàm (19,6%), xâm lấn xương nền sọ (17,6%), phá hủy thân xương bướm/ bản dốc xương chẩm (9,8%). Hình ảnh tụ dịch xoang chũm là 60,8%.

Hạch cổ di căn là 96,1% (trong đó hạch cổ di căn hai bên là 82,4%), kích thước hạch (> 1- 3cm) là 58,8%. Cấu trúc hạch lan tràn ra ngoài vỏ là 51%. Hạch cổ di căn chủ yếu là nhóm hạch cảnh (trong đó: nhóm cảnh trên là 54,9%, nhóm cảnh giữa là 62,7% và nhóm cảnh dưới là 60,8%).

CLVT đa dãy đầu thu với lát cắt mỏng có khả năng phát hiện các hạch di căn nhỏ và hạch nằm vùng sâu và đánh giá toàn diện mức độ xâm lấn của khối u. Khối u ở giai đoạn T1 và T2 là 72,6%. Khối u ở giai đoạn T3 là 17,6% và giai đoạn T4 là 9,8%. Giai đoạn hạch cổ N2 chiếm tỷ lệ cao nhất là 66,7%. Giai đoạn hạch cổ N3a và N3b là 19,6%. Ung thư vòm họng ở giai đoạn II- III chiếm tỷ lệ cao nhất là 60,8%, giai đoạn IVA- IVB là 23,5% và giai đoạn IVC là 11,8%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Tai Mũi Họng, Trường Đại học Y Dược Huế (2013), “Ung thư vòm mũi họng”, *Giáo trình Tai Mũi Họng*, Nhà xuất bản Đại học Huế, tr. 114-120.
2. Nguyễn Bá Đức và cộng sự (2007), “Ung thư biểu mô mũi họng”, *Chẩn đoán và điều trị bệnh ung thư*, Nhà xuất bản Y học, tr. 100- 112.
3. Phùng Hưng (2010), *Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính bệnh ung thư vòm họng*, Luận văn Thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Dược Huế.
4. Nguyễn Trọng Minh và Nguyễn Lam Giang (2004), “Ung thư vòm mũi họng”, *Chuyên đề Tổng quan*, *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, tập 8, số 1, tr.7- 12.
5. Nguyễn Quang Quyền (1997), “Hầu”, *Bài giảng Giải phẫu học*, tập 1, Nhà xuất bản Y học, tr. 361-371.
6. Đặng Thanh (2000), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ung thư vòm họng tại Bệnh viện Trung ương Huế*, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Dược Huế, Đại học Huế.
7. Phạm Nguyên Tường, Nguyễn Hữu Thới (2003), “Đánh giá kết quả điều trị ung thư vòm họng tái phát tại chỗ- tại vùng”, *Chuyên đề Ung bướu*, *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, tập 7, phụ bản số 4, tr. 88-93.
8. Chan M. , Sahgal A., Fatterpekar G., Yu E. (2014), Imaging of Nasopharyngeal Carcinoma, *Journal of Nasopharyngeal Carcinoma*, 1(1): e11.
9. Chan Y. W., Wong T. S., Wei W. I. (2014), The role of elective neck dissection during surgical salvage for recurrent nasopharyngeal carcinoma, *Journal of Nasopharyngeal Carcinoma*, 1(1), e4.
10. Chong V.F.H., Khoo J.B.K., Fan Y.F. (1998), Computed Tomographic and Magnetic Resonance Imaging Findings in Paranasal Sinus Involvement in Nasopharyngeal Carcinoma, *Annals Academy of Medicine Singapore*, 27, pp. 800- 804.
11. Chong V.F.H., Khoo J.B.K., Fan Y.F. (2004), Imaging of the nasopharynx and skull base, *Neuroimaging Clinics of North America*, Elsevier Saunders, pp. 695- 719.
12. Hoe J. (1989), CT of Nasopharyngeal Carcinoma: Significance of Widening of the Preoccipital Soft

- Tissue on Axial Scans, *AJR*, 153, pp. 867-872.
13. Kim J.H., Lee J.K. (2005), Prognostic Value of Tumor Volume in Nasopharyngeal Carcinoma, *Yonsei Medical Journal*, 46(2), pp. 211-227.
 14. Li Y.Z., Wu P.H., Xie C.M. (2014), Skull- base Invasion of Nasopharyngeal Carcinoma, *Journal of Nasopharyngeal Carcinoma*, 1(3):e4.
 15. Ng S. H. et al (1997), Nasopharyngeal carcinoma: MRI and CT assessment, *Head and Neck Radiology, Neuroradiology*, 39, pp. 741-746.
 16. Razek A., King A. (2012), MRI and CT of Nasopharyngeal Carcinoma, *AJR*, 198, pp. 11-18.
 17. Zeng F.W., Cheng M.H. (2014), Clinical application value and progress of PET/CT in nasopharyngeal carcinoma, *Journal of Nasopharyngeal Carcinoma*, 1(1), e2.