

UNG THƯ BIỂU MÔ Vòm HỌNG - MỘT CHẨN ĐOÁN HIỂM GẶP DỄ BỊ BỎ QUA Ở TRẺ EM

LÊ THỊ THU, NGÔ LÊ LÂM

GIỚI THIỆU

Ung thư biểu mô vòm họng (Nasopharyngeal carcinoma - NPC) là một khối u ác tính của vùng vòm họng có nguồn gốc từ tế bào vảy. Ở trẻ em, đa số tổn thương ở vùng vòm là các bệnh lý lành tính như quá phát khẩu cái và u xơ mạch. Trong khi đó u ác tính được ghi nhận ở vùng vòm họng trẻ em chủ yếu là lymphoma và sarcoma cơ vân.

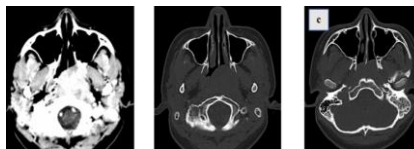
Ung thư biểu mô vòm họng ở trẻ em (Childhood nasopharyngeal cancer - CNPC) rất hiếm gặp, chỉ chiếm khoảng 1% trong tổng số các khối u ác tính ở trẻ em, do đó thường bị bỏ qua trong danh sách chẩn đoán phân biệt. Sau đây chúng tôi xin trình bày một ca lâm sàng CNPC điển hình ở Bệnh viện K- cơ sở Tân Triều.

CA LÂM SÀNG

Trẻ nam 15 tuổi tiền sử khỏe mạnh, vào viện vì đau tai trái tăng dần, chảy nước mũi từng đợt và nghẹt mũi cách 6 tháng. Kết quả nội soi tai mũi họng kết luận có khối vùng vòm giàu mạch kèm viêm tai giữa thanh dịch.

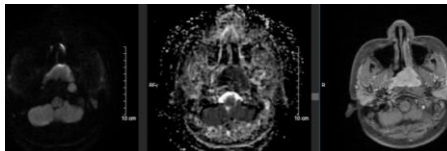


Hình 1: Hình ảnh khối vùng vòm giàu mạch trên nội soi tai mũi họng. BN được chỉ định chụp CLVT xoang hàm mặt có tiêm thuốc cản quang cho thấy có khối vùng vòm lệch trái ngấm thuốc mạnh sau tiêm, không thấy dấu hiệu xâm lấn hay ăn mòn xương lân cận.

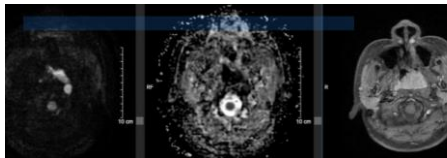


Hình 2 (a, b): Hình ảnh khối vùng vòm lệch trái ngấm thuốc mạnh sau tiêm (hình a), chưa ăn mòn các xương lân cận (hình b, c)

Trên MRI có tiêm thuốc có hình ảnh khối vị trí trần - thành sau - thành bên vòm - hầu mũi có khối kích thước khoảng 49x36x38mm, tăng tín hiệu trên T2W, giảm tín hiệu trên T1W, hạn chế khuếch tán trên DWI/ADC, ngấm thuốc mạnh sau tiêm. Khối có bờ khá rõ, lan vào hố Rosenmuller và lỗ vòi tai hai bên, nhiều hơn ở bên trái, gây tụ dịch xoang chũm bên trái. Khối còn đẩy lùi ra phía trước gây hẹp lỗ mũi sau hai bên, chủ yếu ở bên trái. Ngoài ra khoang sau hầu lệch trái có hạch kích thước 14x16mm, hình tròn, hạn chế khuếch tán trên DWI/ADC, ngấm thuốc không đồng nhất. Các xét nghiệm máu bình thường. Hình ảnh X-quang ngực bình thường.

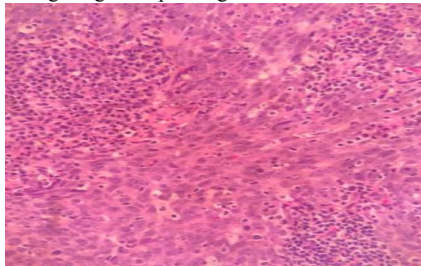


Hình 3 (a,b,c): Khối vị trí trần - thành sau - bên vòm - hầu mũi ưu thế bên trái, hạn chế khuếch tán trên DWI/ADC (mũi tên đỏ hình a,b), ngấm thuốc mạnh và khá đồng nhất sau tiêm. Khối lan vào rãnh Rosenmuller (mũi tên vàng) và lỗ vòi tai hai bên, nhiều hơn ở bên trái (mũi tên xanh).

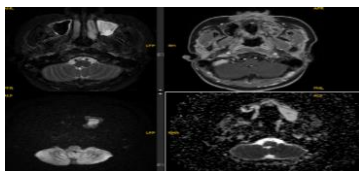


Hình 4 (a,b,c): Hạch khoang sau hầu lệch trái có hình thái tròn, hạn chế khuếch tán trên DWI/ADC (a,b) và ngấm thuốc không đồng nhất sau tiêm (c)

Bệnh nhân sau đó được chỉ định nội soi sinh thiết. Kết quả vi thể cho thấy, u gồm các tế bào biểu mô tăng sinh xếp thành từng đám, dây, hoặc rải rác trong mô đệm giàu lympho bào. Các tế bào u nhân tròn hoặc hình trứng, không đều, chất nhiễm sắc thô nhiều nhân chia. Kết luận hình ảnh: Carcinoma vảy không sừng hoá tít không biệt hoá.



Hình 5: Tiêu bản nhuộm mô sinh thiết u vùng vòm cho thấy các tế bào biểu mô tăng sinh thành từng đám, dải trong mô đệm giàu lympho bào. Bệnh nhân sau đó được chỉ định điều trị xạ trị và hoá trị bổ trợ, sau điều trị 1 năm kết quả hình ảnh cho thấy có đáp ứng tốt và không tái phát. Trên hình ảnh CHT hàm mặt không thấy vùng hạn chế khuếch tán bất thường trên DWI/ADC, không thấy dày thành hay ngấm thuốc bất thường niêm mạc vòm. Hạch khoang sau hầu lệch trái giảm kích thước đáng kể.



Hình 6: Sau điều trị một năm hiện không thấy dày thành hay ngấm thuốc bất thường niêm mạc vòm, không thấy vùng hạn chế khuếch tán bất thường trên DWI/ADC.

BÀN LUẬN

Ung thư biểu mô vòm họng là u ác tính nguyên phát hay gặp nhất ở người từ 40 - 60 tuổi ưu thế hơn ở nam giới. Trong khi đó, đối với các tổn thương ở vùng vòm của trẻ em, đa số tổn thương là lành tính như quá phát khẩu cái hay u xơ mạch. Vì vậy CNPC là một thách thức chẩn đoán. Yếu tố môi trường và di truyền góp phần phát triển ung thư biểu mô vòm họng, nó có liên quan đến các kháng nguyên bệnh bạch cầu người. Theo WHO (2005), bệnh được chia làm ba loại dựa trên đặc điểm giải phẫu bệnh được trình bày trong bảng sau:

Loại I	Ung thư biểu mô tế bào vảy sừng hoá
Loại II	Ung thư biểu mô tế bào không sừng hoá - Tít biệt hoá - Tít không biệt hoá
Loại III	Ung thư biểu mô tế bào vảy dạng dây

Bảng 1: Phân loại NPC theo WHO

MRI có vai trò đánh giá tính chất u lan theo các dây thần kinh, xâm lấn nền sọ, các hạch di căn vùng lân cận hay thâm nhiễm vào tủy sống. DWI rất quan trọng để phát hiện các tổn thương còn sót lại và theo dõi sau hóa xạ trị. Khối thường đồng tín hiệu với cơ trên T1W, tăng tín hiệu so với cơ nhưng giảm so với chất xám tiêu não trên T2W, sau tiêm thường ngấm thuốc không đồng nhất. Trong khi đó, CLVT có giá trị cao trong việc đánh giá sự phá hủy xương do khối u gây ra. X-quang ngực và xạ hình xương cũng được thực hiện để loại trừ các tổn thương di căn xa. Từ đó đưa ra kết luận giai đoạn dựa trên hệ thống phân loại AJCC 7, bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được phân loại giai đoạn T1N1M0.

Về chẩn đoán phân biệt, các bệnh lý như quá phát khẩu cái và u xơ mạch ở trẻ vị thành niên cần được loại trừ đầu tiên, tiếp đó các khối u ác tính ở đầu cổ ở trẻ em như lymphoma và sarcoma cơ vân nên được cân nhắc. Sarcoma cơ vân cạnh màng não thường liên quan đến vòm họng và khoang mũi và thường xuyên có xâm lấn nền sọ, tuy nhiên thường ngấm thuốc không đồng nhất hơn NPC. Lymphoma thường xuất hiện cùng với nhiều hạch và hạch to ở vùng cổ, đặc biệt là hạch thượng đòn, hạch vùng tam giác cổ sau và hạch vùng Waldeyer.

Điều trị NPC ở người lớn bao gồm hóa xạ đồng thời. Tuy nhiên, ở trẻ em và thanh thiếu niên, hóa trị liệu tân bổ trợ và xạ trị bổ trợ đạt kết quả điều trị tốt, đặc biệt là IFN-β. Về tiên lượng, 20-50% bệnh nhân bị bệnh tái phát hoặc di căn, thường trong vòng 1-2 năm sau khi chẩn đoán, tuy nhiên, tiên lượng đã được cải thiện, như tiên lượng sống không bệnh nhân, dẫn đến tỷ lệ sống sót không có biến chứng là 92,4% và tỷ lệ sống sót chung là 97,1% với thời gian theo dõi trung bình là 30 tháng.

KẾT LUẬN

Ung thư vòm họng ở trẻ em thường được chẩn đoán ở giai đoạn muộn vì các triệu chứng lâm sàng và đặc điểm hình ảnh không đặc hiệu. Khối tổn thương không đối xứng ở vòm họng, lan rộng và xâm lấn nền sọ kèm theo sự phát triển của các hạch vùng lân cận cần được loại trừ chẩn đoán ung thư vòm họng để chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời cho bệnh nhân. Cần kết hợp các phương pháp chẩn đoán hình ảnh để xác định chính xác giai đoạn bệnh từ đó đưa ra phác đồ điều trị phù hợp cho người bệnh.

Tài liệu tham khảo

- Magnetic Resonance Imaging Findings in Childhood Period Nasopharyngeal Cancer - PMC. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4694707/>.
- Youssef, A. A. & Raafat, T. A. Nasopharyngeal carcinoma: Imaging features of unusual cancer in children. Egypt. J. Radiol. Nucl. Med. 46, 943-947 (2015).