

TÌNH HÌNH U KHOANG CẠNH HỌNG TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY TỪ NĂM 2018 – 2021

Huỳnh Thiên Kim¹, Ngô Thúc Luân², Trần Anh Bích²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: U khoang cạnh họng là bệnh lý hiếm gặp và đa dạng về mô bệnh học nên việc đánh giá, khảo sát tổng thể là phù hợp. Bệnh được phẫu thuật nhiều tại bệnh viện Chợ Rẫy.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị u khoang cạnh họng tại bệnh viện Chợ Rẫy.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu và hồi cứu mô tả được thực hiện dựa trên 39 ca u khoang cạnh họng được điều trị tại bệnh viện Chợ Rẫy từ 2018 đến 6/2021.

Kết quả: Khối u trong họng chiếm tỷ lệ cao (87,2%). Giải phẫu bệnh: 8 u đa dạng tuyến nước bọt, 5 u tế bào tuyến, 7 u bao thần kinh, 4 u sợi thần kinh, 4 u cận hạch, 11 u ác tính. Phẫu thuật: 18 ca phẫu thuật đường trong miệng, 16 ca qua đường cổ, 5 ca qua đường kết hợp; 1 ca tái phát; 13 ca có biến chứng.

Kết luận: U khoang cạnh họng có biểu hiện lâm sàng đa dạng, phẫu thuật là phương pháp điều trị chủ yếu. Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật cao.

Từ khóa: u khoang cạnh họng, lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị

ABSTRACT

SITUATION OF PARAPHARYNGEAL SPACE TUMORS AT CHO RAY HOSPITAL FROM 2018 TO 2021

Huynh Thien Kim, Ngo Thuc Luan, Tran Anh Bich

* Ho Chi Minh City Journal of Medicine * Vol. 26 - No 1 - 2022: 303-307

Background: Tumors of the parapharyngeal space are rare and diverse in histopathology, so the overall assessment and investigation is appropriate. The patient received a lot of surgery at Cho Ray hospital.

Objective: Investigation the clinical, laboratory features and treatment results of parapharyngeal space tumors at Cho Ray hospital.

Methods: A prospective and retrospective descriptive study was carried out based on 39 parapharyngeal space tumors treated at Cho Ray hospital from 2018 to 6/2021.

Results: Tumors in the throat accounted for a high rate (87.2%). Histopathology: 8 pleomorphic adenomas, 5 adenomas, 7 schwannomas, 4 neurofibromas, 4 paragangliomas and 11 malignant tumors. Surgery: the transoral approach was used in 18 cases, the transcervical approach was used in 16 cases and 5 cases were operated by combined approach; 1 case of recurrence; 13 cases had complications.

Conclusions: Tumors parapharyngeal space have diverse clinical manifestations, surgery is the main treatment method. The rate of complications after surgery is high.

Keywords: parapharyngeal space tumor, clinical, laboratory features, treatment results

ĐẶT VẤN ĐỀ

U khoang cạnh họng là bệnh lý khá hiếm, u xuất phát từ cấu trúc trong khoang này hay từ vị trí khác xâm lấn đến. Hầu hết u khoang cạnh

họng có nguồn gốc từ mô tuyến nước bọt hoặc thần kinh⁽¹⁾.

Triệu chứng u khoang cạnh họng thường tiến triển chậm, biểu hiện khi u đã phát triển lớn

¹Bộ môn Tai Mũi Họng, Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
Tác giả liên lạc: TS.BS. Trần Anh Bích ĐT: 0913954972

²Khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện Chợ Rẫy
Email: anhbich2005@yahoo.com

gây chèn ép, xâm lấn các cấu trúc quan trọng trong khoang; Động mạch cảnh trong, tĩnh mạch cảnh trong, dây thần kinh IX, X, XI, XII, chuỗi giao cảm cổ⁽²⁾.

Việc tìm hiểu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học của khối u khoang cạnh họng giúp bác sĩ đưa ra chẩn đoán, hướng điều trị thích hợp cũng như tiên lượng các biến chứng cho bệnh nhân. Hình ảnh học giúp phát hiện sớm các khối u khoang cạnh họng chưa có triệu chứng⁽¹⁾.

Bệnh u khoang cạnh họng được gặp và phẫu thuật nhiều ở bệnh viện Chợ Rẫy.

Vì những vấn đề trên nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Tình hình u khoang cạnh họng tại bệnh viện Chợ Rẫy từ năm 2018-2021”. Với các mục tiêu:

Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của u khoang cạnh họng.

Khảo sát kết quả điều trị u khoang cạnh họng.

ĐỐI TƯỢNG-PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân (BN) đến khám và phẫu thuật điều trị u khoang cạnh họng tại khoa Tai Mũi Họng bệnh viện Chợ Rẫy từ năm 2018 đến tháng 06/2021.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

BN được chẩn đoán u khoang cạnh họng.

Có chụp phim cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ hoặc chụp mạch.

Được phẫu thuật điều trị.

Có kết quả giải phẫu bệnh rõ ràng.

Bệnh nhân có hồ sơ bệnh án, dữ liệu đầy đủ trong trường hợp hồi cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

BN có chống chỉ định phẫu thuật do bệnh lý nội khoa và ngoại khoa.

BN có hồ sơ bệnh án không đầy đủ.

BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu và hồi cứu mô tả hàng

loạt ca lâm sàng.

Các bước tiến hành

Đối với trường hợp hồi cứu: Lựa chọn các hồ sơ bệnh án đáp ứng yêu cầu lựa chọn, ghi nhận số liệu theo bộ câu hỏi có sẵn, đọc lại phim cùng với người hướng dẫn. Các ca bệnh ghi nhận từ 2018 đến 08/2020.

Đối với trường hợp tiến cứu: Những bệnh nhân đến khám và điều trị từ 09/2020 đến 06/2021, được tiến hành theo quy trình dưới đây:

Chọn bệnh nhân u khoang cạnh họng

- Lựa chọn bệnh nhân theo tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

- Sau khi bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ được hỏi để ghi nhận dữ liệu trong bệnh án theo như bộ câu hỏi thu thập số liệu: Hỏi tiền sử, bệnh sử, ghi nhận các triệu chứng lâm sàng. Ghi nhận kết quả CT/MRI/Chụp mạch... kết quả giải phẫu bệnh (nếu có).

Trong lúc phẫu thuật

Đường tiếp cận khối u, cách lấy khối u, ghi nhận các tổn thương trong lúc phẫu thuật: thần kinh, mạch máu; kết quả giải phẫu bệnh trong và sau mổ.

Biến chứng

Các biến chứng ghi nhận trong thời gian nằm viện.

Thu thập và xử lý số liệu

Xử lý số liệu bằng phần mềm epidata và stata 14. Dùng thống kê mô tả và thống kê phân tích bằng phép kiểm T-test và chi bình phương hoặc Fisher's exact. Nhận định sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Y đức

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, số: 497/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 25/08/2020.

KẾT QUẢ

Bệnh nhân u khoang cạnh họng gặp ở nhiều lứa tuổi, trung bình 50,76 tuổi. Tỷ lệ mắc bệnh ở 2

giới là như nhau nam: nữ = 1,05:1; phần lớn bệnh nhân sống chủ yếu ở nông thôn, chiếm 74,36%.

Triệu chứng lâm sàng thường gặp

Các triệu chứng thường gặp nhất là u trong họng miệng (87,2%), nuốt vướng/khó (64,1%), khối sưng vùng cổ - mang tai (35,9%) (Bảng 1).

Bảng 1: Triệu chứng lâm sàng thường gặp

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
U trong họng miệng	34	87,2
Nuốt vướng/khó	25	64,1
Khối sưng vùng cổ- mang tai	14	35,9

Đặc điểm hình ảnh học và giải phẫu bệnh

8 ca u đa dạng tuyến nước bọt, 5 ca u tế bào tuyến, 7 ca u bao dây thần kinh, 4 ca u sợi thần kinh, 4 ca u cận hạch, 11 ca u ác tính.

Có 22 ca u nằm ở trước trâm, 17 ca nằm sau trâm; các ca u đa dạng tuyến nước bọt, u tế bào tuyến đều nằm ở trước trâm; các ca u có nguồn gốc thần kinh đều nằm sau trâm.

Các loại u thường gặp: U đa dạng tuyến nước bọt và u bao dây thần kinh có hình ảnh giống nhau trên MRI: Bờ đều, giới hạn rõ, tín hiệu thấp trên T1W, cao trên T2W, bắt thuốc cản từ không đồng nhất, thường có hoại tử trong lòng khối u. Khối u cận hạch có bờ đều, giới hạn rõ, trên MRI có cản từ cho hình ảnh muối tiêu điển hình. Các khối u ác tính có giới hạn không rõ, bờ không đều, xâm lấn mô xung quanh.

Kết quả điều trị

Phẫu thuật

Qua đường họng miệng 18 ca, đường cổ 16 ca, đường kết hợp 5 ca. Trong đó phẫu thuật lấy trọn nguyên khối u 25 ca (64,1%), lấy trọn bằng cách lấy từng phần 10 ca (25,64%), lấy một phần 1 ca (2,56%), không lấy u 3 ca (7,69%).

Biến chứng

Tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật là 33,3% (13/39 ca), biến chứng hay gặp là tổn thương dây thần kinh sọ và hội chứng miếng cắn đầu tiên (12,82%), có 2 trường hợp liệt mặt sau mổ.

Tái phát

Có 1 ca, chiếm 2,56%.

Các mối tương quan trong nghiên cứu

Khối u ác tính có tỉ lệ cao ở bệnh nhân là nam và nằm chủ yếu ở khoang trước trâm. Sự khác nhau này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Các khối u có kích thước càng lớn càng khó lấy nguyên khối, phẫu thuật bằng đường mổ kết hợp nhiều hơn, tỉ lệ xảy ra biến chứng cũng cao hơn ($p < 0,05$).

Các khối u ác tính có tỉ lệ phẫu thuật bằng đường kết hợp nhiều hơn khối u lành tính ($p = 0,017$).

BÀN LUẬN

Đặc điểm chung

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân mắc u khoang cạnh họng tập trung chủ yếu ở độ tuổi trung niên và lớn tuổi, tỉ lệ giới tính thay đổi khác nhau trong nhiều nghiên cứu.

Đặc điểm lâm sàng

Cũng giống nhiều nghiên cứu trước đây, triệu chứng lâm sàng thường gặp ở bệnh nhân u khoang cạnh họng: sưng trong họng, nuốt vướng, khối sưng ở cổ- mang tai. Đặc biệt chú ý các triệu chứng có khả năng gợi ý khối u ác tính như khít hàm⁽¹⁾, tê-mất cảm giác ở cổ, mặt một bên⁽³⁾, ù tai, triệu chứng của mũi. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3 trường hợp khít hàm và cả 3 trường hợp đều là khối u ác tính.

Đặc điểm cận lâm sàng

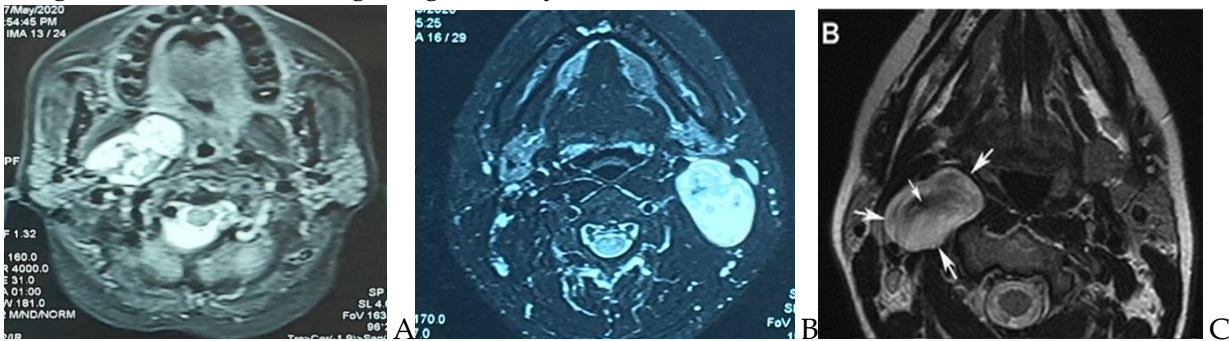
Khối u ác tính có tỉ lệ cao hơn ở bệnh nhân nam, tập trung chủ yếu ở khoang trước trâm ($p < 0,05$). Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào nói về sự khác nhau trong tỉ lệ u ác tính ở bệnh nhân nam và nữ.

U đa dạng tuyến nước bọt (u ở trước trâm) và u bao dây thần kinh (u ở sau trâm) trên phim MRI đều cho hình ảnh: Bờ đều, giới hạn rõ, bắt tín hiệu thấp trên T1W, cao trên T2W, có hình ảnh hoại tử lòng, kết quả này giống với nghiên cứu của Paz D⁽⁴⁾. Ở u sau trâm u bao dây thần kinh dễ nhầm với u sợi thần kinh, điểm chú ý ở u sợi thần kinh là hình ảnh khối u có tín hiệu thấp ở trung tâm được bao quanh bởi vùng tín

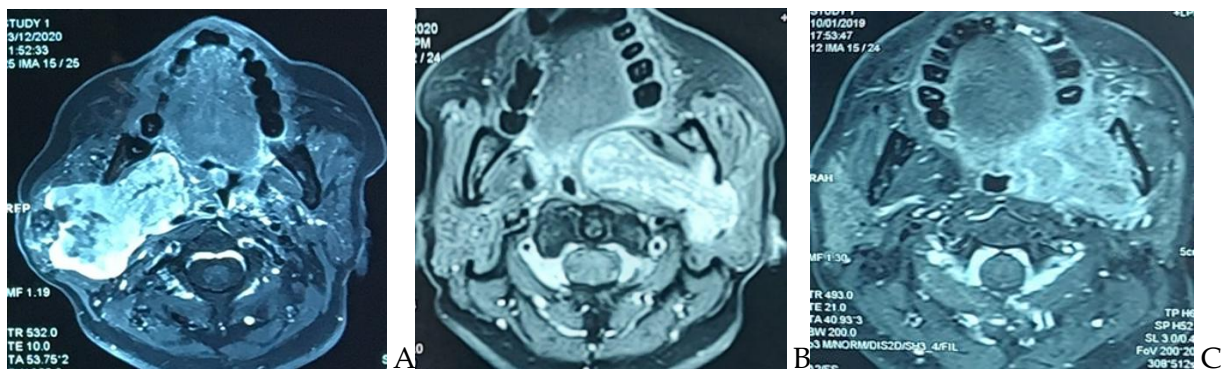
hiệu cao trên T2W⁽⁵⁾. Khối u cận hạch cho hình ảnh muối tiêu đặc trưng trên phim MRI (Hình 1).

Dựa vào mối tương quan giữa vị trí khối u với động mạch và tĩnh mạch cảnh trong có thể tìm được nguồn gốc của một vài khối u ở khoang sau trâm. Khối u có nguồn gốc từ dây X

sẽ đẩy động mạch cảnh trong ra trước và tách nó ra khỏi tĩnh mạch cảnh trong^(2,3,4). Schwannoma của chuỗi giao cảm có thể đẩy cả động mạch và tĩnh mạch cảnh ra sau hoặc ngoài⁽²⁾. Khối u có nguồn gốc từ thùy sâu tuyến mang tai thường có dạng quả tạ (dumbbell) (Hình 2).

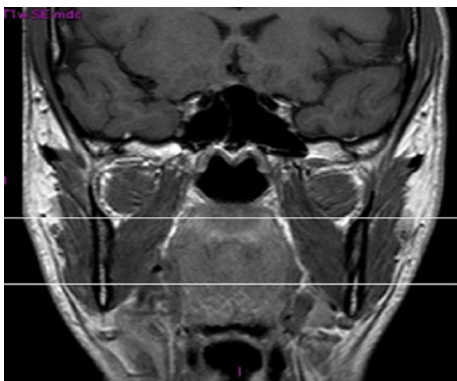


Hình 1: Hình ảnh trên phim MRI, A: U đa dạng tuyến nước bọt, B: U bao dây thần kinh dây X, C: U sợi thần kinh



Hình 2: Mối tương quan giữa vị trí khối u với động mạch và tĩnh mạch cảnh trong, A: U thùy sâu tuyến mang tai, B: U cận hạch, C: U ác tính

Phẫu thuật điều trị



Line A

Line B

Hình 3: Phân chia khoang cạnh họng theo Prasad SC

Khoang cạnh họng có thể chia thành 3 phần dựa theo phim coronal⁽⁶⁾: Phần trên, phần giữa, phần dưới. Phương pháp tiếp cận qua đường cổ sử dụng cho khối u nằm phần dưới hay khối u

lớn kéo dài từ phần dưới lên phần giữa của khoang. Khối u bắt nguồn từ thùy sâu tuyến mang tai sử dụng đường cổ-mang tai để xác định, bảo tồn dây thần kinh mặt nếu có thể. Đối với các khối u nằm phần trên khoang cạnh họng, sát hay xâm lấn nền sọ sử dụng đường mổ cổ-xương chũm hoặc đường qua hố dưới thái dương hoặc đường cổ kết hợp cắt xương hàm dưới tùy vào đặc điểm khối u và phẫu thuật viên (Hình 3).

Phương pháp tiếp cận qua đường miệng ít được sử dụng trong phẫu thuật khối u khoang cạnh họng do diện tích phẫu trường hẹp, dễ gây tổn thương mạch máu, thần kinh và vỡ khối u, không loại bỏ hoàn toàn khối u tăng khả năng tái phát. Tuy nhiên phương pháp này ít xâm lấn,

mang tính thẩm mỹ cao; được sử dụng nhiều nhất trong nghiên cứu của chúng tôi (18/39 ca), đặc điểm khối u: Khối sưng thành bên họng, không sưng ở vùng góc hàm hay vùng tuyến mang tai, trên hình ảnh CT/MRI có bờ, giới hạn rõ, không xâm lấn cấu trúc xung quanh, nằm chủ yếu phần giữa khoang cạnh họng và phía trong so với xương hàm dưới, bó cảnh. Chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng, vỡ bao khối u, tái phát ở khối u có kích thước nhỏ hơn 5 cm.

Những khối u có kích thước lớn có tỉ lệ sử dụng đường kết hợp để tiếp cận khối u nhiều hơn⁽⁷⁾, khả năng lấy nguyên khối khó hơn, dễ xảy ra biến chứng hơn so với khối u có kích thước nhỏ ($p < 0,05$).

Các khối u ác tính cần cắt bỏ rộng, lấy sạch khối u, tránh tái phát sau này nên tỉ lệ phẫu thuật bằng đường kết hợp cao hơn khối u lành tính ($p < 0,05$).

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu của chúng tôi với 39 bệnh nhân u khoang cạnh họng từ 2018 - 06/2021:

Khối u khoang cạnh họng chủ yếu lành tính 71,8%, u có nguồn gốc chủ yếu là u tuyến nước bọt và u thần kinh; trong đó u đa dạng tuyến nước bọt (20,5%), u bao dây thần kinh (17,9%) là 2 loại thường gặp nhất. Khối u ác tính thường gặp là carcinoma tế bào gai (15,4%).

Triệu chứng lâm sàng chủ yếu: Khối sưng trong họng, nuốt vướng, khối sưng ở cổ-mang tai. Triệu chứng khít hàm gợi ý một khối u ác tính.

MRI đóng vai trò quan trọng trong việc chẩn đoán khối u trước phẫu thuật (30/39 ca). Qua kết quả MRI, có thể xác định được bản chất khối u trong vài trường hợp giúp đưa ra hướng điều trị thích hợp: U đa dạng tuyến nước bọt, u bao dây thần kinh, u sợi thần kinh, u lành tính hay ác tính, nguồn gốc của u bao dây thần kinh.

Phẫu thuật là phương pháp điều trị chủ yếu. Tiếp cận qua đường miệng sử dụng cho các khối u lành tính, kích thước nhỏ <5 cm, nằm ở phần giữa khoang cạnh họng, phía trong xương hàm dưới và phía trong so với bó cảnh. Tuy nhiên phải cẩn thận trong phương pháp này. Tiếp cận qua đường cổ bộ lộ phẫu trường tốt thích hợp những khối u nằm phần dưới hay lan rộng từ phần dưới lên phần giữa của khoang cạnh họng. Phương pháp mổ kết hợp dùng cho các khối u nghi ngờ ác tính, xâm lấn xung quanh, có kích thước lớn, khó kiểm soát mạch máu, thần kinh.

Tỉ lệ biến chứng là 33,3%, tổn thương dây thần kinh sọ và hội chứng miếng cắn đầu tiên là 2 biến chứng thường gặp nhất. Biến chứng dễ xảy ra ở khối u có kích thước lớn, chèn ép, xâm lấn bó cảnh.

Tỉ lệ tái phát là 2,56% (1 ca) trong điều trị u khoang cạnh họng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Iglesias-Moreno MC, Lospez-Salcedo MA, Gosmez-Serrano M, et al (2016). Parapharyngeal space tumors: Fifty-one cases managed in a single tertiary care center. *Acta Otolaryngologica*, 136:298-303.
2. Strohl MP, El-Sayed IH (2019). Contemporary Management of Parapharyngeal Tumors. *Current Oncology Reports*, 21(11):103.
3. Lombardi D, Ferrari, M, Paderno A, et al (2020). Selection of the surgical approach for lesions with parapharyngeal space involvement: A single-center experience on 153 case. *Oral Oncology*, 109:104872.
4. Paz D, Eran A (2014). Imaging of the parapharyngeal space. *Operative Techniques in Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, 25(3):220-226.
5. Varoquaux A, Fakhry N, Gabriel S, et al (2013). Retrostyloid parapharyngeal space tumors: A clinician and imaging perspective. *European Journal of Radiology*, 82(5):773-782.
6. Prasad SC, Piccirillo E, Chovanec M, et al (2015). Lateral skull base approaches in the management of benign parapharyngeal space tumors. *Auris Nasus Larynx*, 42(3):189-98.
7. Riffat F, Raghav CD, Carsten P, et al (2014). A systematic review of 1143 parapharyngeal space tumors reported over 20 years. *Oral Oncology*, 50(5):421-30.

Ngày nhận bài báo: 08/12/2021

Ngày nhận phản biện nhận xét bài báo: 10/02/2022

Ngày bài báo được đăng: 15/03/2022