

## Bài 18

### UNG THƯ THANH QUẢN - HẠ HỌNG

Trong bài này, đầu tiên chúng tôi đề cập đến những vấn đề chung của ung thư thanh quản và hạ họng như giải phẫu, sinh lý, dịch tễ, bệnh sinh, khám lâm sàng, khám cận lâm sàng, chẩn đoán, các nguyên tắc điều trị chung. Sau đó chúng tôi đề cập riêng từng loại ung thư với những đặc điểm của chúng.

#### 1. Đại cương

Ung thư thanh quản và ung thư hạ họng là những loại ung thư rất phổ biến trong TMH, bệnh không những ảnh hưởng trầm trọng đến các chức năng thở, nuốt và nói mà còn có thể nguy hại đến tính mạng. Nếu được phát hiện sớm và điều trị kịp thời có thể hạ thấp tỉ lệ tử vong một cách đáng kể.

#### 1.1. Giải phẫu vùng hạ họng - thanh quản - cổ

##### 1.1.1. Hạ họng

Hạ họng là ngã tư giữa đường ăn và đường thở, gồm có 3 phần: họng mũi, họng miệng và hạ họng.

Hạ họng có ranh giới như sau: Phía trên là đỉnh của thanh thiệt, thông với họng miệng. Phía dưới thông với thực quản. Thành trước liên quan với thanh thiệt và thanh quản. Thành sau tương ứng với đốt sừng cổ C4, C5, C6. Hai bên liên quan với các phần mềm ở cổ: cơ, mạch máu, thần kinh.

Cấu tạo của hạ họng từ trong ra ngoài, gồm 4 lớp:

- Lớp niêm mạc và lớp dưới niêm mạc ở trong cùng, có chứa một số lượng lớn tuyến nhầy và nang lympho.
- Lớp cân hầu trong.
- Lớp cơ khí hầu.
- Lớp cân hầu ngoài ở ngoài cùng.

##### 1.1.2. Thanh quản

Thanh quản là một phần của đường hô hấp và là bộ phận chủ yếu của sự phát âm.

Thanh quản nằm ở giữa và phía trước của vùng cổ, dưới xương móng, trên khí quản. Ở người lớn, bờ dưới thanh quản tương ứng với bờ dưới đốt sừng cổ thứ 6.

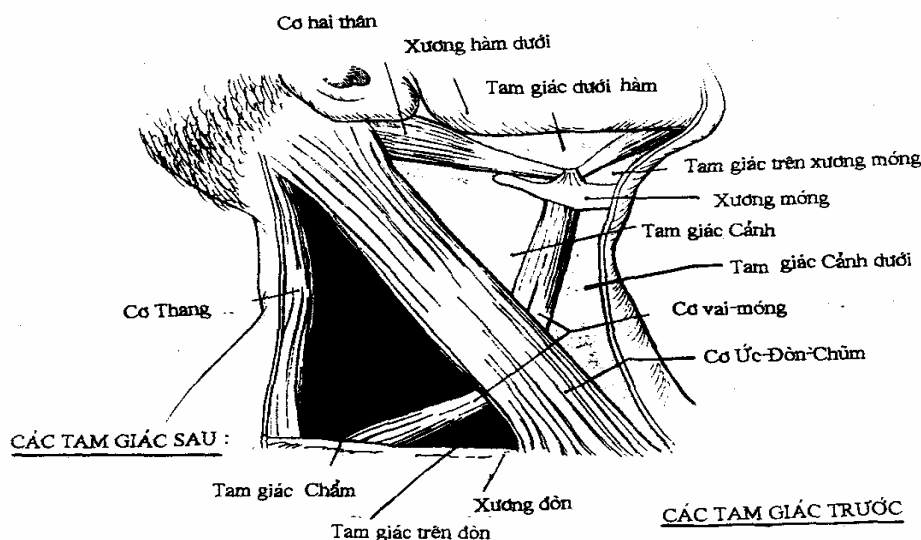
Cấu tạo của thanh quản gồm có:

- Khung sụn.
- Các khớp và dây chằng.
- Các cơ của thanh quản.
- Niêm mạc.

##### 1.1.3. Cổ

Cổ được phân chia khái quát thành 2 phần: phần cổ trước và phần cổ sau.

Phần cổ sau còn gọi là gáy, gồm các đốt sừng cổ và các cơ liên quan.



**Hình 48: Các tam giác vùng cổ**

Theo Nguyễn Đình Bảng. “Ung thư vòm”.

Phần cổ trước còn gọi là khoang cổ, chính phần này mới liên quan đến TMH.

Phần cổ trước được phân chia thành 2 tam giác cổ bởi các cơ vùng cổ, xương hàm dưới và xương đòn: tam giác cổ trước và tam giác cổ sau.

- Tam giác cổ trước: gồm tam giác dưới hàm, tam giác cánh và tam giác cơ.
- Tam giác cổ sau: gồm tam giác chẩm và tam giác vai đòn.

## 1.2. Sinh lý vùng hạ họng - thanh quản

1.2.1. Hạ họng: có các chức năng nuốt, thở, phát âm.

1.2.2. Thanh quản: có các chức năng thở, phát âm và bảo vệ.

## 1.3. Giải phẫu bệnh học

- Trên 95% là ung thư biểu mô dạng biểu bì (carcinome épidermoïde).
- Khoảng 5% còn lại bao gồm: u lympho ác tính không Hodgkin, ung thư biểu mô tuyến.

## 2. Dịch tễ học

### 2.1. Ở Việt Nam

Cũng như ở các nước Âu Mỹ, ở Việt Nam ung thư thanh quản gặp nhiều hơn ung thư hạ họng với tỷ lệ xấp xỉ 3/1. Ung thư thanh quản - hạ họng đứng hàng thứ 2 sau ung thư vòm và chiếm tỉ lệ khoảng 20% trong các ung thư đường tiêu hóa-hô hấp trên. Riêng ung thư thanh quản chiếm 4% trong các loại ung thư. Tuổi hay gặp nhất từ 45 - 65 tuổi. Nam gặp nhiều hơn nữ với tỉ suất là 5/1. Nghề nghiệp làm ruộng bị mắc bệnh cao, chiếm tỉ lệ đến 95%. Nông thôn gặp nhiều hơn ở thành thị.

### 2.2. Ở Pháp

Ung thư thanh quản: Chiếm 25% ung thư đường tiêu hóa-hô hấp trên, chiếm 2% tất cả các loại ung thư, chiếm 5% ở nam giới. Nam giới chiếm 93% K thanh quản.

Ung thư hạ họng: Chiếm 12% ung thư tiêu hóa-hô hấp trên.

## 3. Các yếu tố nguy cơ

Ngoài các giả thuyết chung về ung thư, K thanh quản và hạ họng có các yếu tố nguy cơ sau:

- Thuốc lá.
- Rượu.
- Loạn sản niêm mạc.

- Có tiền sử tia xạ vùng cổ.
- Các yếu tố khác: vệ sinh răng miệng kém, dinh dưỡng kém, virus, di truyền, nghề nghiệp có tiếp xúc với các chất độc hại.

#### 4. Chẩn đoán

##### 4.1. Tình huống phát hiện

Các dấu hiệu chung giúp phát hiện ung thư thanh quản, hạ họng tùy thuộc vào vị trí và sự lan tràn của khối u, bao gồm:

- Đối với ung thư thanh quản: Khàn tiếng kéo dài là dấu hiệu quan trọng nhất. Khó thở khi khối u đã to. Nếu khối u lan vào hạ họng sẽ có thêm các triệu chứng của ung thư hạ họng và được gọi là ung thư thanh quản - hạ họng.
- Đối với ung thư hạ họng: nuốt khó, nuốt đau, đau tai phản xạ. Nếu khối u lan vào thanh quản sẽ có thêm các triệu chứng của ung thư thanh quản và được gọi là ung thư hạ họng - thanh quản.
- Chung cho 2 loại ung thư: hạch cổ, thể trạng gầy sút.

Nhất là khi các dấu hiệu trên xuất hiện ở người lớn tuổi (nhất là nam giới), nghiện thuốc lá-rượu, không đáp ứng với các điều trị thông thường.

##### 4.2. Khám lâm sàng

Trước hết cần khám tổng quát, khám mũi, khám tai, khám vòm mũi họng, khám răng; sau đó khám hạch cổ và khám họng-thanh quản.

##### 4.2.1. Khám hạch cổ

Mô tả chi tiết vị trí, kích thước, mật độ, tính nhạy cảm, tính chất di động của hạch cổ. Các dãy hạch cổ cần khám kỹ gồm: dãy cảnh, dãy dưới hàm và dưới cằm, dãy gai, dãy cổ ngang, các hạch giữa trước thanh-khí quản. Sau đó phân loại hạch cổ theo TNM.

Thanh quản, nhất là tầng thanh môn, có mạng lưới bạch huyết nghèo nàn. Do đó, trong ung thư thanh quản, hạch cổ thường bị di căn muộn, tiên lượng khá hơn.

Hạ họng có mạng lưới bạch huyết phong phú. Khi ung thư, hạch cổ thường bị di căn sớm nên tiên lượng xấu.

Chú ý:

- + Một hạch > 3 cm luôn luôn vỡ bao về mặt mô học.
- + Cần khám tuyến giáp khi khám cổ.

##### 4.2.2. Khám họng-thanh quản

- Soi thanh quản-hạ họng gián tiếp.
- Một số trường hợp đặc biệt, cần dùng đến ống soi mềm đặt qua mũi.

Khi soi cần quan sát kỹ mọi bất thường của niêm mạc để phát hiện khối u, sự di động của đáy lưỡi, sự di động của dây thanh và sụn phễu.

- Chú ý khám ngăn giáp-móng-thanh thiệt và đánh giá tình trạng răng miệng.

##### 4.3. Khám cận lâm sàng

##### 4.3.1. Nội soi toàn bộ

Dùng ống soi cứng với gây mê để nội soi toàn bộ gồm: hạ họng, thanh quản, thực quản, phế quản, vòm mũi họng; qua đó tiến hành sinh thiết u.

Chú ý phát hiện khối ung thư thứ hai, nhất là ở thực quản và phế quản.

##### 4.3.2. Sinh thiết

Chẩn đoán xác định ung thư phải dựa vào sinh thiết để xét nghiệm giải phẫu bệnh.

#### 4.3.3. Chọc hạch cổ

Chọc hạch cổ xét nghiệm tế bào để xác định sự di căn của khối u vào hạch.

#### 4.3.4. Chẩn đoán hình ảnh

- Chụp CT scan vùng cổ là xét nghiệm rất có giá trị để đánh giá khối u và sự xâm lấn đến các tổ chức ở sâu (sụn giáp, khoang giáp-móng-thanh thiệt), đồng thời có thể phát hiện được các hạch nhỏ ở vùng cổ.

- Chụp phim phổi để phát hiện di căn phổi.

- Chụp phim răng toàn cảnh để đánh giá tình trạng răng.

- Phim X quang vùng cổ ít có giá trị.

#### 4.4. Chẩn đoán phân biệt

Cần phân biệt ung thư thanh quản với u nhú, lao hoặc giang mai ở thanh quản và hạ họng.

#### 5. Nguyên tắc điều trị

Có sự phối hợp của 4 phương pháp điều trị: phẫu thuật, tia xạ, hóa chất và miễn dịch.

##### 5.1. Phẫu thuật

- Đối với khối u: Ưu tiên hàng đầu là cắt bỏ rộng khối u cả khối, tôn trọng ranh giới an toàn, kể đến là bảo tồn hoặc phục hồi tái tạo chức năng của vùng họng-thanh quản.

Trường hợp đặc biệt: ung thư 1/3 giữa ở một dây thanh còn di động tốt, không có hạch cổ.

Điều trị: Cắt dây thanh đơn thuần hoặc xạ trị với 70 Gy, kết quả khoảng 90% sống trên 5 năm.

- Đối với hạch cổ: Phẫu thuật nạo vét hạch cổ cùng một thì với cắt bỏ khối u.

##### 5.2. Tia xạ

Xạ trị từ xa với 70 Gy ở liều điều trị và 50 Gy ở liều bổ sung.

##### 5.3. Hóa chất

Hiệu quả của hóa chất trong điều trị ung thư thanh quản - hạ họng vẫn còn đang tranh cãi. Hai hóa chất thường được dùng là Cisplatine và 5 Fluoro-uracyl, chuyển TM, liều lượng 4-6 ngày / tuần / 3 tuần.

##### 5.4. Miễn dịch trị liệu

Hiện nay chưa có phương pháp điều trị miễn dịch đặc hiệu đối với 2 loại ung thư này.

Điều trị miễn dịch không đặc hiệu nhằm làm tăng sức đề kháng chung của bệnh nhân.

#### 6. Một số đặc điểm của ung thư thanh quản

##### 6.1. Yếu tố nguy cơ

Ngoài thuốc lá và rượu, cũng như các yếu tố nguy cơ đã nêu ở phần chung, cần chú ý các thương tổn sau: các bệnh lý thanh quản mạn tính, bạch sản hoặc sừng hóa thanh quản, u nhú thanh quản, polype dây thanh ở người già.

##### 6.2. Triệu chứng cơ năng

Khàn tiếng kéo dài là dấu hiệu quan trọng nhất. Khó thở thanh quản chỉ xuất hiện khi u đã to. Khó nuốt chỉ xuất hiện khi khối u đã lan ra hạ họng.

##### 6.3. Triệu chứng thực thể

- Soi TQ gián tiếp, nội soi TQ bằng ống soi mềm hoặc cứng: nhằm đánh giá sự lan rộng của khối u, sự di động của 2 dây thanh và 2 sụn phễu.

- Hạch cổ chỉ thấy ở giai đoạn muộn, thường ở dây cảnh giữa cùng bên với tổn thương.

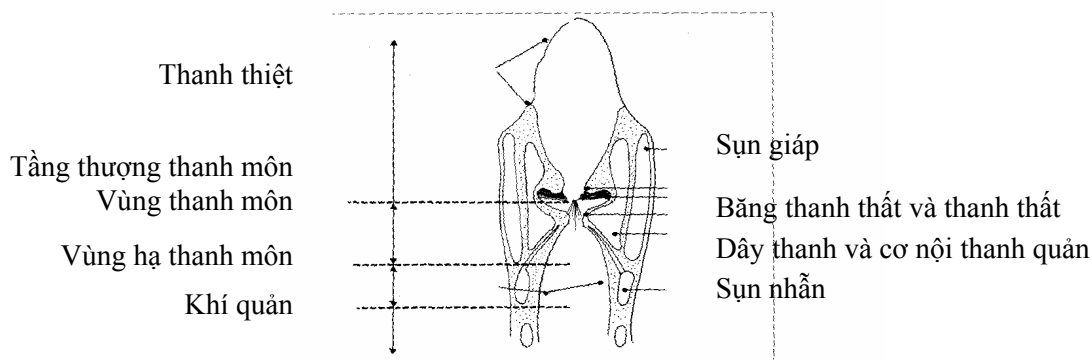
##### 6.4. Triệu chứng toàn thân

Khó thở tăng dần làm bệnh nhân gầy sút, thiếu oxy, nhiễm độc.

### 6.5. Các thể lâm sàng theo vị trí

Thanh quản được chia thành 3 tầng: Trên thanh môn, thanh môn và hạ thanh môn.

Sự phân bố của ung thư theo vị trí: Trên thanh môn 45%, thanh môn 45%, hạ thanh môn 5%, phối hợp nhiều tầng 5%.



**Hình 49: Sự phân chia các tầng của thanh quản**

Theo Gallas D. Tumeurs malignes de l'oropharynx, de l'hypopharynx, et du larynx: épidémiologie, diagnostic, principe du traitement.

### 7. Một số đặc điểm của ung thư hạ họng

#### 7.1. Triệu chứng cơ năng

Bệnh bắt đầu bằng nuốt khó, nuốt đau. Khàn tiếng và khó thở khi khối u lan rộng vào thanh quản.

#### 7.2. Triệu chứng thực thể

- Soi TQ gián tiếp, trực tiếp: giai đoạn đầu thấy xoang lê ú đọng nước bọt và có tổ chức K. Giai đoạn muộn u lan rộng ra toàn bộ xoang lê, hạ họng và lan vào thanh quản.

- Khối u cũng có thể lan rộng, ngoài thâm nhiễm vào cánh sụn giáp và da vùng cổ.

- Hạch cổ thường xuất hiện sớm ngay từ giai đoạn đầu của bệnh, thường ở vị trí dây cảnh giữa ngang tầm xương móng.

#### 7.3. Triệu chứng toàn thân

Thể trạng suy kiệt dần do ăn uống kém, do thiếu oxy, do nhiễm độc bởi ung thư.

#### 7.4. Các thể lâm sàng theo vị trí

Hạ họng được chia thành 3 vùng: Xoang lê, vùng sau nhẫn-phễu, thành sau.

Sự phân bố của ung thư theo vị trí: Xoang lê 85%, vùng sau nhẫn-phễu 1-2% (thường xâm lấn đến miệng thực quản), thành sau 5-10%.

### 8. Tiên lượng

Nếu ung thư còn khu trú thì tiên lượng tốt. Ung thư thanh quản có tỉ lệ sống > 5 năm từ 60-85%. Ung thư hạ họng có tiên lượng xấu hơn ung thư thanh quản 3-4 lần.

### 9. Phòng bệnh

Ngoài các biện pháp dự phòng nói chung như đối với ung thư vòm, cần chú ý đối với những người trên 40 tuổi bị khàn tiếng, nuốt vướng và nuốt đau kéo dài trên 3 tuần, không có triệu chứng viêm nhiễm hoặc đã điều trị 1 đợt kháng sinh không đỡ thì phải cảnh giác một ung thư thanh quản hoặc ung thư hạ họng. Ngoài ra, cần hạn chế thuốc lá và rượu.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn TMH - ĐHYK Hà Nội (1996). Bài giảng Tai Mũi Họng, NXB Y học Hà Nội.
2. Bộ môn TMH, Đại Học Y Dược TP.HCM (1998). Bài giảng Tai Mũi Họng, NXB Y học Chi nhánh TP. HCM.
3. Phạm Khánh Hoà (2002). Cấp cứu trong Tai Mũi Họng, NXB Y Học Hà Nội.
4. Đỗ Xuân Hợp (1971). Giải phẫu đại cương, giải phẫu đầu mặt cổ, NXB Y Học Hà Nội
5. Ngô Ngọc Liên (2001). Giải phẫu Tai Mũi Họng Tập I, II, III, NXB Y học Hà Nội.
6. Nguyễn Quang Quyền (1995): Giải phẫu học, NXB Y học Chi nhánh TP. HCM.
7. Võ Tấn (1998). Tai Mũi Họng Thực hành tập I, II, III, NXB Y học Chi nhánh TP. HCM.
8. Becker W., Hans Heinz Naumann, Carl Rudolf Plaltz (1994). Ear,Nose,and Throat Diseases. Georg Thieme Verlag Stuttgart New York.
9. Legent F., Fleury P., Narcy et al. (1996). ORL Pathologie Cervico-faciale. Masson. Paris.
10. Narcy P., Ployer M-J., Andrieu-Guitrancourt et al (1991). Les angines. ORL Pédiatrique. Doin éditeurs-Paris.
11. Naumann H. H. (1993). Differential Diagnosis in Otorhino-laryngology Georg Thieme Verlag Stuttgart New York.
12. Netter F. H. (1997). Atlas giải phẫu người, NXB Y học Hà Nội.
13. Tran Ba Huy P. (1996). ORL. Ellipses. Paris.