

# Kết quả bước đầu phẫu thuật điều trị ung thư hạ họng giai đoạn sớm

## Early results of surgery for early stage hypopharyngeal cancer

Kim Thị Tiên\*, Nguyễn Tiên Hùng\*,  
Quản Thành Nam\*\*, Vũ Duy Minh\*\*\*

\**Bệnh viện K Tân Triều,*  
\*\**Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y,*  
\*\*\**Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*

### Tóm tắt

**Mục tiêu:** Đánh giá đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật của ung thư hạ họng giai đoạn sớm. **Đối tượng và phương pháp:** 30 bệnh nhân ung thư hạ họng giai đoạn sớm được phẫu thuật tại khoa Ngoại Tai Mũi Họng, Bệnh viện K từ tháng 10/2020 đến tháng 6/2022. Nghiên cứu từng trường hợp có can thiệp. **Kết quả:** Các bệnh nhân trong độ tuổi từ 42 đến 74 tuổi, 100% là nam. 100% bệnh nhân có tiền sử hút thuốc và uống rượu, 70% gặp u ở xoang lê. Sau phẫu thuật có 2/30 trường hợp có nhiễm trùng vết mổ, 8/30 trường hợp có trào ngược dịch hoặc thức ăn và 3/30 trường hợp có chậm liền vết mổ. Đánh giá sau 3 tháng không phát hiện biến chứng phẫu thuật. **Kết luận:** Kết quả phẫu thuật ung thư hạ họng giai đoạn sớm cho kết quả tốt, ít biến chứng, không phát hiện tái phát sau 3 tháng.

**Từ khóa:** Ung thư hạ họng, cắt hạ họng thanh quản bán phần

### Summary

**Objective:** Evaluation of clinical characteristics and initial surgical outcomes of early stage hypopharyngeal cancer treatment. **Subject and method:** 30 patients on early stage hypopharyngeal cancer had operated at ENT Surgery Department, Vietnam National Cancer Hospital from October 2020 to June 2022. Descriptive study with intervention. **Result:** The age ranged from 42 to 74, male 100%. 100% of patients had tobacco and alcohol history, 70% of tumors in pyriform sinus. 2/30 had wound infection, 8/30 had regurgitation of food or sour liquid, 3/30 had delayed wound healing postoperative. Evaluation after 3 months did not detect surgical complications. **Conclusion:** Results of surgery for early stage hypopharyngeal cancer gave good results, few complications; no recurrence was detected after 3 months.

**Keywords:** Hypopharyngeal cancer, hemipharyngolaryngectomy.

### 1. Đặt vấn đề

Ung thư hạ họng (UTHH) là khối u ác tính xuất phát từ lớp biểu mô Malpighi của niêm mạc bao phủ hạ họng, chủ yếu là ung thư biểu mô vảy [1]. Theo Globocan năm 2018, số lượng bệnh nhân mắc mới ung thư hạ họng trên thế giới là 80.608 trường hợp, số trường hợp tử vong do ung thư hạ họng là 34.984 trường hợp [2]. Ở Việt Nam, ung thư hạ họng gặp ở

nam nhiều hơn nữ, tỷ lệ nam/nữ là 5/1. Nhóm tuổi hay gặp nhất là khoảng 45-70 tuổi. Các yếu tố nguy cơ bao gồm lạm dụng rượu, thuốc lá, các viêm nhiễm mạn tính vùng hạ họng [3].

Bệnh nhân (BN) thường có những triệu chứng chủ yếu là rối loạn nuốt, thường được phát hiện ở giai đoạn muộn. Việc điều trị bằng một phương pháp đơn thuần đem lại hiệu quả không cao và tỉ lệ sống sau 5 năm còn thấp, tiên lượng của UTHH kém. Vì thế, điều trị ung thư hạ họng phải phối hợp nhiều phương pháp, trong đó phẫu thuật đóng vai trò quan trọng trong điều trị UTHH giai đoạn sớm [4].

*Ngày nhận bài: 13/9/2022, ngày chấp nhận đăng: 29/9/2022*

*Người phản hồi: Quản Thành Nam*

*Email: dr.namb6@gmail.com - Bệnh viện QY 103*

Phẫu thuật sớm giúp tăng hiệu quả của quá trình điều trị, cũng như giúp bệnh nhân giảm thiểu các nguy cơ lan tràn, di căn của khối u, bảo tồn tối đa các giải phẫu, chức năng vùng hạ họng cho bệnh nhân và kéo dài khả năng sống cho người bệnh. Vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài với những mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư hạ họng giai đoạn sớm. Đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư hạ họng giai đoạn sớm.*

**2. Đối tượng và phương pháp**

**2.1. Đối tượng**

Gồm 30 bệnh nhân UTHH giai đoạn sớm được phẫu thuật tại Khoa Ngoại Tai Mũi Họng-Bệnh viện K từ tháng 10/2020 đến tháng 6/2022.

*Tiêu chuẩn lựa chọn:* Các bệnh nhân lựa chọn vào nghiên cứu được chẩn đoán xác định là UTHH bằng mô bệnh học theo tiêu chuẩn chẩn đoán của AJCC 2017, được đánh giá giai đoạn 0, I, II (TisNoMo, T1NoMo, T2NoMo).

**3. Kết quả**

**3.1. Đặc điểm bệnh nhân**

*Phân bố về tuổi và giới*

**Bảng 1. Phân bố về tuổi và giới**

		<b>41-50</b>	<b>51-60</b>	<b>61-70</b>	<b>&gt; 70</b>	<b>Tổng</b>
Số lượng BN	Nam	9	13	6	2	30
	Nữ	0	0	0	0	0
	Tổng	9	13	6	2	30
<b>Tỷ lệ %</b>		<b>30,0</b>	<b>43,3</b>	<b>20,0</b>	<b>6,7</b>	<b>100</b>

*Nhận xét:* Tuổi mắc bệnh UTHH trong nghiên cứu gặp từ 42-74 tuổi, trong đó gặp nhiều nhất là giai đoạn 51-60 tuổi, độ tuổi trung bình là 56,3 ± 8. Nghiên cứu gặp 100% ở nam giới.

*Phân bố theo yếu tố nguy cơ*

**Bảng 2. Phân bố theo yếu tố nguy cơ**

<b>Các yếu tố nguy cơ</b>	<b>Số lượng (n)</b>	<b>Tỷ lệ %</b>
Chỉ hút thuốc	4	13,3
Chỉ uống rượu	3	10,0
Hút thuốc và uống rượu	23	76,7

*Nhận xét:* Trong các BN gặp 100% có các yếu tố nguy cơ là tiền sử hút thuốc và / hoặc uống rượu

*Tiêu chuẩn loại trừ:* Các bệnh nhân UTHH muộn, UTHH tái phát.

**2.2. Phương pháp**

Nghiên cứu mô tả từng trường hợp có can thiệp.

*Quy trình nghiên cứu*

Bước 1: Tiếp nhận bệnh nhân có khối u hạ họng.

Bước 2: Sinh thiết u có kết quả chẩn đoán xác định UTHH.

Bước 3: Đánh giá lâm sàng và cận lâm sàng chẩn đoán giai đoạn bệnh là 0, I, II và đủ điều kiện phẫu thuật.

Bước 4: Bệnh nhân đồng ý phẫu thuật và tham gia nghiên cứu, đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ, lập bệnh án nghiên cứu theo mẫu.

Bước 5: Tiến hành phẫu thuật, đánh giá trong mổ.

Bước 6: Theo dõi, đánh giá sau mổ 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng theo mẫu nghiên cứu.

Bước 7: Tổng hợp và xử lý số liệu nghiên cứu.

thường xuyên. Trong đó có 4 BN chỉ hút thuốc lá/lào (chiếm 13,3%), 3 BN chỉ uống rượu (chiếm 10%), còn lại 23 BN có cả 2 yếu tố (chiếm 76,7%).

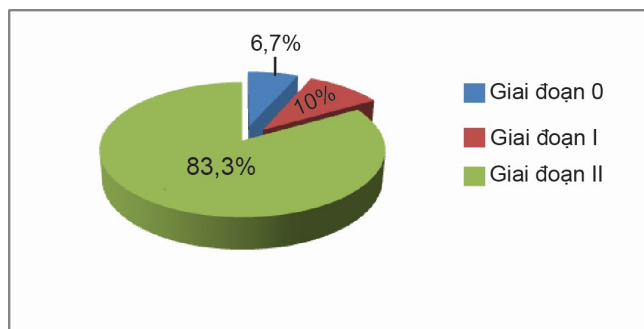
*Phân bố theo vị trí khối u*

**Bảng 3. Phân bố theo vị trí khối u**

<b>Vị trí u</b>	<b>Số lượng (BN)</b>	<b>Tỷ lệ %</b>
Xoang lê	21	70,0
Thành sau họng	4	13,3
Mặt sau nhãn phễu	1	3,3
Xoang lê+thành sau họng	1	3,3
Xoang lê+mặt sau nhãn phễu	3	10,0

**Nhận xét:** Vị trí khối u của UTHH chủ yếu gặp ở xoang lê, chiếm 70%, ngoài ra gặp u xoang lê lan sang vị trí khác ít hơn. U thành sau họng thường ít gặp chiếm 13,3%. U ở mặt sau nhãn phễu gặp 3,3%.

*Phân bố theo giai đoạn khối u*



**Biểu đồ 1.** Phân bố theo giai đoạn khối u

**Nhận xét:** Có 6,7% u ở giai đoạn 0, giai đoạn I chiếm 10%, nhiều nhất BN gặp ở giai đoạn II chiếm 83,3%.

### 3.2. Kết quả phẫu thuật

*Đánh giá sau 1 tuần*

**Bảng 4. Biến chứng sau phẫu thuật 1 tuần**

Biến chứng	Cắt u Laser đường miệng (n = 3 BN)		Cắt hạ họng bán phần (n = 12 BN)		Cắt thanh quản-hạ họng bán phần (n = 15 BN)	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Nhiễm trùng	0	0	0	0	2	13,3
Chảy máu	0	0	0	0	0	0
Viêm phổi	0	0	0	0	0	0
Trào ngược	0	0	6	50,0	2	13,3

**Nhận xét:** Trong số 3 BN cắt u hạ họng bằng laser không có BN nào gặp biến chứng sau mổ, các BN hồi phục nhanh chóng. Trong số 15 BN cắt u hạ họng thanh quản bán phần, có 2 BN chiếm 13,3% có biến chứng nhiễm trùng, 2 BN chiếm 13,3% có biến chứng trào ngược. Trong số 12 BN cắt u hạ họng bán phần có 6 BN chiếm 50% cũng gặp biến chứng trào ngược như trên.

*Đánh giá sau 1 tháng*

**Bảng 5. Biến chứng sau phẫu thuật 1 tháng**

Biến chứng	Cắt u Laser đường miệng (n = 3 BN)		Cắt hạ họng bán phần (n = 12 BN)		Cắt thanh quản-hạ họng bán phần (n = 15 BN)	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Nhiễm trùng	0	0	0	0	0	0
Chảy máu	0	0	0	0	0	0
Rò ống họng	0	0	0	0	0	0
Chậm liền vết mổ	0	0	1	8,3	2	13,3

**Nhận xét:** Trong số 3 BN cắt u hạ họng bằng laser không có BN nào gặp biến chứng sau mổ. Trong số 12 BN cắt hạ họng bán phần có 1 BN chiếm 8,3% gặp biến chứng chậm liền vết mổ so với các BN khác. Trong số 15 BN cắt u hạ họng thanh quản bán phần cũng có 2 BN chiếm 13,3% gặp biến chứng chậm liền vết mổ.

Đánh giá sau 3 tháng

**Bảng 6. Đánh giá sau phẫu thuật 3 tháng**

	Cắt u laser đường miệng		Cắt hạ họng bán phần		Cắt thanh quản-hạ họng bán phần	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Biến chứng	0	0	0	0	0	0
U tiến triển	0	0	0	0	0	0
Di căn hạch	0	0	0	0	0	0

Nhận xét: Sau phẫu thuật 3 tháng, tất cả các BN không gặp các biến chứng muộn.

Yếu tố liên quan

**Bảng 7. Các yếu tố ảnh hưởng kết quả phẫu thuật**

Yếu tố	Số lượng BN	
	Có yếu tố nguy cơ	Mắc biến chứng
Xạ trị tiền phẫu	2	1
Hóa xạ trị hậu phẫu	17	0
Ống thông dạ dày	30	8
Bệnh lý toàn thân	4	2

Nhận xét: Trong 2 BN đã hóa xạ trị tiền phẫu, 1 trường hợp cắt hạ họng bán phần gặp biến chứng chậm liền vết mổ. Tất cả các BN đều được dinh dưỡng qua ống thông dạ dày trong đó tỷ lệ trào ngược dịch dạ dày là 8 BN. Trong số 4 BN có bệnh lý toàn thân có 2 BN gặp biến chứng nhiễm trùng.

#### 4. Bàn luận

##### 4.1. Đặc điểm bệnh nhân

Tuổi

Các bệnh nhân UTHH thường gặp ở độ tuổi trung niên, trong khoảng nhiều nhất từ 51 đến 60 tuổi, chủ yếu ở nam giới. Điều này phù hợp với các nghiên cứu của Mura F và cộng sự về UTHH và được lý giải thường liên quan đến các thói quen là yếu tố nguy cơ của bệnh [5].

Yếu tố nguy cơ

Hút thuốc và uống rượu được chỉ ra là các yếu tố nguy cơ thường gặp trong các bệnh nhân ung thư đầu cổ nói chung và UTHH nói riêng. Do đó cũng dễ hiểu khi trong nghiên cứu của chúng tôi, theo kết quả ở bảng 2 có 100% các BN gặp một hoặc

cả hai yếu tố trên. Trong các nghiên cứu khác như tại Ấn Độ, người ta cũng chỉ ra rằng bệnh lý UTHH chủ yếu liên quan đến 2 yếu tố nguy cơ thường gặp là hút thuốc và uống rượu, cao hơn do hút thuốc lá và đặc biệt cao nếu có phối hợp cả 2 yếu tố này [6].

Vị trí khối u

Vị trí của khối u thường gặp là xoang lê, nơi có diện tích niêm mạc đủ rộng, hình thái như lòng máng của xoang lê dễ lưu trữ, tiếp xúc các chất độc hại lâu hơn vị trí khác. Hơn nữa, u ở vị trí này dễ quan sát và đánh giá hơn khi thực hiện các thăm khám thông thường, nên dễ phát hiện hơn. Kết quả nghiên cứu tương tự các nghiên cứu khác cho thấy xoang lê là vị trí thường gặp nhất của UTHH [5].

Phân chia theo giai đoạn

UTHH thường được phát hiện muộn do dễ bị nhầm các triệu chứng ban đầu như nuốt vướng, đau họng với các bệnh lý viêm nhiễm họng thông thường, do đó tỷ lệ bệnh nhân ở giai đoạn sau thường cao hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ đánh giá kết quả phẫu thuật UTHH giai đoạn sớm nên chỉ gặp BN UTHH giai đoạn 0, I, II trong đó giai

đoạn II chiếm chủ yếu (83,3%). Nghiên cứu của Szabó D và cộng sự về UTHH giai đoạn sớm cũng cho thấy tỷ lệ T2 (65,9%) cao hơn T1 (34,1%) [7].

#### 4.2. Kết quả phẫu thuật

Phẫu thuật laser qua đường miệng thường được chúng tôi áp dụng trên bệnh nhân giai đoạn 0, I với khối u nhỏ (thường đường kính khối u dưới 1cm), khu trú, dễ bộc lộ dưới nội soi. Việc sử dụng Laser giúp kiểm soát cầm máu tại chỗ tốt, ít tổn thương lan rộng mô lành, hạn chế việc phải mở khí quản (với 2/3 trường hợp không cần mở khí quản), rút ngắn thời gian dinh dưỡng qua ống thông dạ dày (các bệnh nhân lưu ống thông dạ dày dưới 2 tuần), đồng thời việc mổ nội soi giúp cho hốc mổ bên trong họng không thông thương với hốc mổ bên ngoài vùng cổ, do đó làm giảm thiểu tối đa các biến chứng nghiêm trọng sau mổ của phẫu thuật mổ mở. Nghiên cứu của Durel J và cộng sự cũng rất hiếm các biến chứng xảy ra sau mổ laser, thường gặp là chảy máu [1]. Các bệnh nhân này sau mổ cũng không điều trị bổ trợ, theo dõi sau 3 tháng chưa thấy có tổn thương u hay hạch xuất hiện. Như Garg R và cộng sự, phẫu thuật laser cho bệnh nhân ung thư hạ họng với 55 BN cắt u bằng laser đơn thuần, 4 BN có cắt u kèm theo phẫu thuật nạo vét hạch cổ và 22 BN cắt u, nạo vét hạch cổ cùng hoá (xạ) trị bổ trợ sau mổ, kết quả điều trị cho thấy tỷ lệ kiểm soát u tại chỗ 63 đến 89% sau 2 năm theo dõi, sau mổ bệnh nhân hồi phục tốt, không cần mở khí quản, chỉ vài bệnh nhân cho ăn qua ống thông 2-3 ngày [8].

Phẫu thuật mổ mở trong giai đoạn sớm như cắt hạ họng bán phần và cắt thanh quản-hạ họng bán phần bước đầu cũng mang lại những kết quả khả quan, hầu như ít có biến chứng xảy ra khi theo dõi sau mổ. Trong đó, cắt hạ họng bán phần trong trường hợp khối u giới hạn thành sau hay thành bên xoang lê, u thành sau họng; cắt thanh quản-hạ họng bán phần với khối u thành trong xoang lê hay u lan đến nếp phễu thanh thiệt, hố lưỡi thanh thiệt hay u vùng sau hầu. Với các phẫu thuật này, tất cả bệnh nhân đều được mở khí quản, đều dinh dưỡng qua ống thông dạ dày và được phẫu thuật nạo vét hạch cổ hai bên, thường là nhóm II, III, IV. Bệnh nhân được cắt thanh quản bán phần-hạ họng bán phần có ảnh hưởng một phần đến chức năng thanh quản về cả

hô hấp và phát âm, sau mổ bệnh nhân vẫn có thể được bật ống sớm, tạo điều kiện phát âm và thở qua đường mũi miệng được, việc duy trì ống thở thường để tránh nguy cơ phù nề sau xạ gây hẹp đường thở nên đặt ống kéo dài hơn so với các nghiên cứu khác, thời gian lưu ống thở thông thường khoảng 3 tháng; trong khi phẫu thuật hạ họng bán phần thì được rút ngắn hơn nhiều (1-2 tháng). Các BN có xuất hiện biến chứng nhiễm trùng thường liên quan đến bệnh lý kèm theo là đái tháo đường kiểm soát chưa ổn định, tuy nhiên điều trị phối hợp kiểm soát đường huyết và chăm sóc hậu phẫu đạt hiệu quả, không cần can thiệp gì đặc biệt [9]; các BN có triệu chứng trào ngược dạ dày liên quan đến tình trạng đặt ống thông dạ dày, cải thiện bằng việc thay đổi chiều dài ống, chia nhỏ bữa ăn và kèm theo thuốc hỗ trợ, biến chứng này không gây ảnh hưởng nhiều đến kết quả điều trị và có thể can thiệp. Nghiên cứu của Szabó D. cũng cho thấy các biến chứng có thể gặp sau mổ cắt hạ họng thanh quản bán phần có chảy máu, rò ống họng và nhiễm trùng vết mổ [7]. Đặc biệt, tình trạng nhiễm trùng và BN có tiền sử xạ trị có thể ảnh hưởng đến tình trạng liền thương của vết mổ, do đó, các BN gặp tiền sử này có thể có thời gian liền vết mổ chậm hơn so với bệnh nhân khác [10].

Điều trị bổ trợ giai đoạn sớm được chúng tôi tiến hành với những khối u mà rìa diện cắt khi đánh giá trong mổ có vị trí nhỏ nhất dưới 1cm hoặc có đồng thời hai ung thư trở lên. Các BN sau mổ hầu hết được lưu ống sonde dạ dày và ống thở kéo dài, đặc biệt ở BN có cắt thanh quản và có điều trị bổ trợ hóa/xạ trị hoặc hóa xạ trị đồng thời cho đến khi kết thúc xạ trị hậu phẫu để tránh gây co kéo, giúp đảm bảo dinh dưỡng và hô hấp (do BN thường nuốt đau nhiều, phù nề các cấu trúc còn lại của hạ họng-thanh quản khi xạ, lỗ thở thường co kéo gây hẹp một phần). Nghiên cứu của Szabó D cũng không có các biến chứng sau mổ kéo dài, thường chỉ có những khó chịu về xạ trị hậu phẫu, cũng như tỷ lệ tái phát, di căn cao do thời gian nghiên cứu kéo dài hơn so với nghiên cứu của chúng tôi [7].

#### 5. Kết luận

Các bệnh nhân trong nghiên cứu từ 42 đến 74 tuổi, gặp 100% nam giới. Các khối u hầu hết ở xoang lê, ít gặp ở thành sau họng và sụn phễu. Hút thuốc

và uống rượu thường xuyên là yếu tố nguy cơ chính làm tăng tỷ lệ mắc bệnh. Phẫu thuật hạ họng bằng Laser có kết quả tốt, không gặp biến chứng. Các trường hợp mổ hạ họng bán phần và thanh quản hạ họng bán phần gặp biến chứng với tỷ lệ thấp, chủ yếu do các yếu tố liên quan như xạ trị tiền phẫu, bệnh lý toàn thân hay dinh dưỡng qua ống thông dạ dày. Đánh giá sau 3 tháng kết quả tốt, không phát hiện biến chứng, tái phát tại chỗ cũng như xuất hiện hạch di căn sau phẫu thuật.

### Tài liệu tham khảo

1. Durel J, Gaudet J, Kunduk M et al (2010) *Transoral laser microsurgery for malignancies of the upper aerodigestive tract*. Otorhinolaryngology Clinics: An International Journal 2(1): 95-105.
2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I et al (2018) *Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries*. Cancer J Clin 68: 394-424.
3. Trần Thị Hợp (2001) *Ung thư thanh quản và hạ họng*. Bài giảng ung thư học, Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
2. Yasumatsu R, Manako T, Jiromarur et al (2021) *Clinical management of early-stage hypopharyngeal squamous cell carcinoma: A single-institution clinical analysis*. Clinical Study: Ear, nose and throat journal: 1-6.
3. Mura F, Bertino G, Occhini A et al (2013) *Surgical treatment of hypopharyngeal cancer: A review of the literature and proposal for a decisional flow-chart*. Acta Otorhinolaryngol Ital 33: 299-306.
4. Ayalekshmi PA, Nandakumar A, Akiba S et al (2013) *Associations of tobacco use and alcohol drinking with laryngeal and hypopharyngeal cancer risks among men in Karunagappally, Kerala, India - Karunagappally Cohort Study*. Plos One 8(8): 1-8.
5. Szabó D, Csanády M and Rovó L (2019) *Hemipharyngo-Laryngectomy for treatment of T1-2 hypopharyngeal tumours*. American Journal of Otolaryngology and Head and Neck Surgery 2(5): 1-5.
6. Garg R, Aggarwal K and Sandhu S (2019) *Transoral laser microsurgery for supraglottic and hypopharyngeal squamous cancers*. Garg R et al. Int J Otorhinolaryngol Head Neck Surg 5: 352-357.
7. Casqueiro J, Casqueiro J and Alves C (2012) *Infections in patients with diabetes mellitus: A review of pathogenesis*. Indian Journal of Endocrinology and Metabolism 16: 27-36.
8. Gieringer M, Gosepath J and Naim R (2011) *Radiotherapy and wound healing: Principles, management and prospects (Review)*. Oncology reports 26: 299-307.