

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ PET/CT Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ HẠ HỌNG THANH QUẢN

*TS. Vũ Hữu Khiêm, TS. Phạm Văn Thái, GS.TS. Mai Trọng Khoa, PGS.TS.
Trần Đình Hà, Phạm Duy Tùng*

Tóm tắt:

Mục tiêu: nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hình ảnh PET/CT ở bệnh nhân (BN) ung thư hạ họng thanh quản tại trung tâm y học hạt nhân và ung bướu bệnh viện Bạch mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả hồi cứu 52 BN ung thư hạ họng thanh quản (UTHHTQ) được chụp PET/CT từ tháng 12/2015 đến tháng 7/2018. **Kết quả nghiên cứu:** Bệnh hay gặp ở nam giới trên 50 tuổi, đa số BN đi khám trong thời gian 1-3 tháng từ khi có triệu chứng đầu tiên (59,6%). Tùy vào vị trí khối u mà triệu chứng lâm sàng biểu hiện khởi phát khác nhau. Với UTTQ thường gặp khàn tiếng (65,2%), với UTHH, nuốt vướng là triệu chứng thường gặp (55,2%). 100% BN có kết quả mô bệnh học là UTBM vảy, trong đó 75% là loại UTBM vảy biệt hóa. PET/CT giúp phát hiện 100% khối u nguyên phát ở hạ họng thanh quản, trong đó có 2/52 bệnh nhân đã được chụp CT và nội soi thanh quản hạ họng không tìm thấy tổn thương nguyên phát. Kích thước trung bình của u nguyên phát là $3,7 \pm 1,6$ cm (max = 8,1 cm, min = 0,8 cm). Tất cả các khối u đều tăng hấp thu FDG trên PET/CT, với giá trị trung bình là: $11,5 \pm 6,3$ (max = 27,9, min = 3,5). Có 75,0% BN di căn hạch trên hình ảnh PET/CT. Trong đó thường gặp nhất là nhóm hạch cảnh (28/39). Kích thước trung bình hạch di căn là $2,2 \pm 1,5$ cm (max = 12,7 cm, min = 0,5 cm). PET/CT phát hiện 12/52 bệnh nhân di căn hạch cổ mà lâm sàng, CT chưa phát hiện được. Giá trị max SUV trung bình là $12,7 \pm 4,6$ (max = 19,9; min = 2,4). Ngoài di căn hạch, có 32,7% BN di căn xa trên hình ảnh PET/CT. Vị trí di căn gặp nhiều nhất là phổi (70,6), xương (52,9%), trung thất (23,5%) tổng số BN di căn xa. Sau chụp PET/CT có 16/52 (30,8%) BN thay đổi chẩn đoán giai đoạn so với trước khi chụp. Giá trị max SUV tương quan tuyến tính với kích thước tổn thương kể cả u và hạch. **Kết luận:** PET/CT có giá trị trong chẩn đoán ung nguyên phát, phát hiện hạch vùng, di căn xa ở BN UTHHTQ

Từ khóa: ung thư hạ họng thanh quản, PET/CT.

Abstract

STUDY CLINICAL CHARACTERISTICS AND PET/CT OF PATIENTS WITH LARYNGOPHARYNGEAL CANCER

Objectives: Study the clinical characteristics and PET/CT in Laryngopharyngeal cancer patients at the Nuclear Medicine and Oncology Center, Bach Mai Hospital. **Patients and methods:** a retrospective description of 52 patients with Laryngopharyngeal cancer was taken from December 2015 to July 2018. **Results:** The male patients were common, over 50 years of age, most of the patients had first symptoms in 1-3 months (59.6%). Depending on the location of the tumor, the clinical symptoms showed different onset. With Laryngeal cancer, often got hoarse (65.2%), with Hypopharyngeal cancer, swallowing problems were common symptoms (55.2%). 100% of patients had histopathological resulted as squamous cell carcinoma, of which 75% were differentiated squamous cell carcinoma. PET/CT were able to detect 100% of primary tumors in the lower throat of the larynx, in which 2/52 patients have been taken CT and Laryngopharyngeal Scopy without finding primary damage. The average size of the primary tumor was 3.7 ± 1.6 cm (max = 8.1 cm, min = 0.8 cm). All tumors increased FDG uptake on PET/CT, with an average value of 11.5 ± 6.3 (max = 27.9, min = 3.5). There were 75.0% of patients with lymph node metastasis on PET / CT images. The most common of these were the gang group (28/39). The average size of metastatic lymph nodes was 2.2 ± 1.5 cm (max = 12.7 cm, min = 0.5 cm). PET/CT detected 12/52 patient's metastatic lymph nodes that were not clinically detected. The average maximum SUV value was 12.7 ± 4.6 (max = 19.9; min = 2.4). In addition to lymph node metastasis, 32.7% of patients have distant metastasis on PET/CT images. The most metastatic location was lung (70.6), bone (52.9%), mediastinum (23.5%) of patients with distant metastases. After the

PET/CT scan, there were 16/52 (30.8%) patients changed the stage diagnosis compared to before taking the scan. The max SUV value is linearly correlated with the size of the injury, including tumors and lymph nodes. Conclusion: PET/CT is valuable in diagnosing primary cancer, detecting regional lymph nodes, distant metastasis in patients with Laryngopharyngeal cancer

Keywords:Laryngopharyngeal cancer, PET/CT.

1. Đặt vấn đề.

Ung thư thanh quản hạ họng là 2 loại chính trong nhóm ung thư vùng đầu cổ. Mặc dù cả 2 là những loại ung thư khác nhau nhưng cách xử trí và triệu chứng tương tự nhau và trong giai đoạn muộn chúng thường xâm lấn lẫn nhau khó có thể phát hiện được vị trí nguyên phát do vậy chúng đều được gọi chung là ung thư thanh quản hạ họng. Phần lớn các trường hợp UTHHTQ (95%) xuất phát từ biểu mô tế bào vảy, là loại ung thư tương đối phổ biến trong tai mũi họng, chiếm khoảng 1,4%[10] trong tổng số các loại ung thư. Theo GLOBOCAN năm 2018, thế giới có gần 18,1 triệu ca phát hiện ung thư. Trong đó họ đã phát hiện có 177.422 ca mắc ung thư thanh quản; 80.608 ca mắc ung thư hạ họng. Tại Việt Nam, bệnh đứng thứ hai trong các ung thư vùng đầu cổ, sau ung thư vòm họng. Bệnh hay gặp ở lứa tuổi 50-70, nam giới (tỷ lệ nam/nữ là 4-8/1)[4],[12]. Chẩn đoán sớm UTHHTQ cũng như xác định đúng giai đoạn bệnh có ý nghĩa quan trọng trong việc cải thiện chất lượng sống cho BN. Theo nhiều nghiên cứu, PET/CT đem lại hình ảnh có giá trị cao trong chẩn đoán, phát hiện giai đoạn sớm của bệnh, mức độ xâm lấn, di căn trong giai đoạn muộn và theo dõi được hiệu quả của quá trình điều trị cũng như sự tái phát của khối u của nhiều loại ung thư. Tuy nhiên, tại Việt Nam cho tới nay còn rất ít các nghiên cứu về giá trị của PET/CT trong ung thư hạ họng thanh quản, chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu:

- Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng ở BN ung thư hạ họng thanh quản
- Mô tả đặc điểm hình ảnh ^{18}F -FDG PET/CT ở BN ung thư hạ họng thanh quản.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1 Đối tượng nghiên cứu

52 BN được chẩn đoán xác định UTHHTQ tại Trung tâm y học hạt nhân và ung bướu, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 12 năm 2015 đến tháng 7 năm 2018. Tiêu chuẩn loại trừ: BN không có kết quả mô bệnh học, chưa chụp PET/CT và hồ sơ không đầy đủ thông tin.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả hồi cứu.
- Đánh giá giai đoạn theo AJCC 2017
- Phương pháp thu thập thông tin: Khai thác thông tin qua hồ sơ bệnh án tại phòng lưu trữ hồ sơ và phòng chụp PET/CT theo bệnh án mẫu
- Phương pháp xử lý số liệu: qua phần mềm SPSS 20.0.
- Các chỉ số biến số: nghiên cứu tuổi, giới, lý do vào viện, tình trạng toàn thân, triệu chứng cơ năng, thực thể, kết quả mô bệnh học, kết quả PET/CT.

3. Kết quả nghiên cứu

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi và giới

Bảng 3.1: phân bố BN theo tuổi

Tuổi	40-49		50-59		≥ 60		Tổng	
	n	%	N	%	n	%	N	%
Ung thư thanh quản	1	4,3	10	43,5	12	52,2	23	100,0
Ung thư hạ họng	7	24,2	11	37,9	11	37,9	29	100,0

Nhận xét: Ung thư thanh quản: lứa tuổi hay gặp nhất là ≥ 50 chiếm 95,7%. Ung thư hạ họng: lứa tuổi hay gặp nhất là ≥ 50 chiếm 75,8%

Bảng 3.2: Phân bố BN theo giới

Giới	Nam		Nữ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Ung thư thanh quản	23	100,0	0	0,0	23	100,0
Ung thư hạ họng	28	96,6	1	3,4	29	100,0

Nhận xét: Ung thư thanh quản: BN nam chiếm 100,0%. Ung thư hạ họng: BN nam gấp chiếm 96,6%, BN nữ chiếm 3,4%.

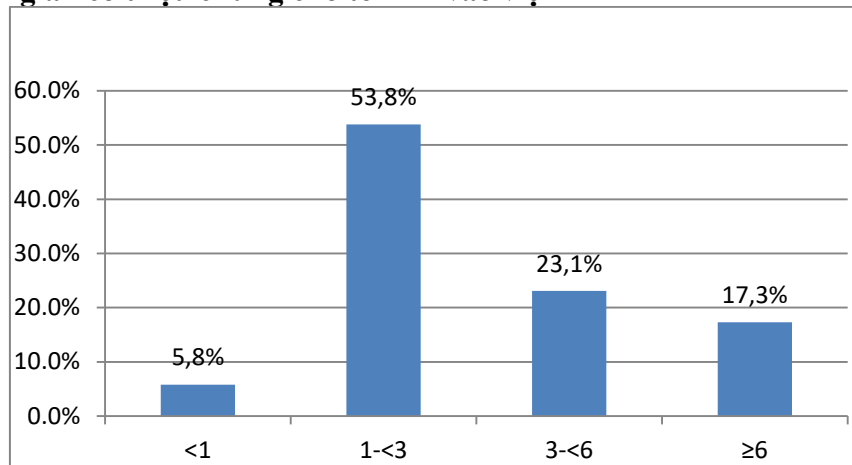
3.1.2. Lý do vào viện

Bảng 3.3: Lý do vào viện

Lý do vào viện	Ung thư thanh quản		Ung thư hạ họng	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Khàn tiếng	15	65,2	2	6,9
Nuốt vướng	1	4,3	16	55,2
Nuốt đau, đau họng	1	4,3	7	24,1
Khó thở	1	4,3	1	3,4
Sờ thấy hạch	1	4,3	2	6,9
Ho, khạc ra máu	1	4,3	1	3,4
Lý do khác	3	13,1	0	0,0
Tổng	23	100,0	29	100,0

Nhận xét: BN ung thư thanh quản, triệu chứng hay gặp nhất là khàn tiếng (65,2%). Với BN ung thư hạ họng, nuốt vướng, nuốt nghẹn là triệu chứng thường gặp nhất (55,2%), đứng sau đó là nuốt đau, đau họng chiếm 24,1%.

3.1.3. Thời gian có triệu chứng cho tới khi vào viện

**Biểu đồ 1: Phân bố thời gian từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi đi khám**

Nhận xét: Phần lớn các BN đều đi khám khi phát hiện triệu chứng trước 6 tháng chiếm 82,7%. Trong đó BN đi khám khi phát hiện triệu chứng dưới 3 tháng chiếm nhiều nhất 59,6%.

3.1.4. Phân bố BN theo mô bệnh học

Bảng 3.5: Phân bố BN theo mô bệnh học

Loại mô bệnh học	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
UTBM vảy biệt hóa	39	75,0
UTBM vảy không biệt hóa	6	11,5
UTBM vảy xâm nhập	7	13,5
Tổng	52	100,0

Nhận xét: Phần lớn BN đều có kết quả mô bệnh học là ung thư biểu mô vảy biệt hóa (75,0%).

3.2. Đặc điểm hình ảnh trên PET/CT

3.2.1. U nguyên phát

Bảng 3.6: Kích thước và giá trị maxSUV khối u

Khối u	trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Kích thước	3,7±1,6	0,8	8,1
maxSUV	11,5±6,3	3,5	27,9

Nhận xét:

Kích thước trung bình của khối u là 3,7 cm. Trong đó kích thước lớn nhất PET/CT thấy là 8,1 cm, kích thước nhỏ nhất là 0,8 cm.

Tất cả các khối u đều tăng hấp thu FDG trên PET/CT. Trong đó khối u có giá trị maxSUV lớn nhất là 27,9; nhỏ nhất là 3,5.

3.2.2. Hạch di căn

Bảng 3.7: Tỷ lệ phát hiện hạch di căn vùng

Hạch di căn vùng	Hình ảnh trên CT		Hình ảnh trên PET/CT		p
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Dương tính	27	51,9	39	75,0	0,01
Âm tính	25	48,1	13	25,0	
Tổng	52	100,0	52	100,0	

Nhận xét: Khả năng phát hiện hạch di căn trên CT chiếm 51,9% BN. Trên PET/CT phát hiện được 75,0% BN nghiên cứu.

Bảng 3.8: Vị trí hạch tại vùng cổ

Vị trí hạch di căn vùng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Hạch góc hàm	9	23,1
Nhóm hạch cảnh	28	71,8
Hạch dưới hàm	0	0,0
Hạch thượng đòn	9	23,1

Nhận xét: Nhóm hạch cổ có tỷ lệ di căn nhiều nhất là nhóm hạch cảnh (71,8%). Nhóm hạch góc hàm và thượng đòn có tỷ lệ thấp và đều ngang nhau trong số BN nghiên cứu chiếm 23,1%.

Bảng 3.9: Kích thước và giá trị maxSUV hạch di căn vùng

Hạch cổ	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Kích thước	2,2±1,5	0,5	7,4
max SUV	12,7±4,6	2,4	19,9

Nhận xét:

Kích thước trung bình của hạch di căn vùng là 2,2 cm. Kích thước hạch nhỏ nhất là 0,5 cm và lớn nhất là 7,4 cm.

Giá trị trung bình maxSUV của các BN là 12,7. Trong đó FDG hấp thu nhiều nhất là 19,9 và nhỏ nhất là 2,4.

3.2.3. Di căn xa

Bảng 3.10: Tỷ lệ di căn xa trên PET/CT

Di căn xa	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có	17	32,7
Không	35	67,3
Tổng	52	100,0

Bảng 3.11: Phân bố vị trí di căn xa

Vị trí	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Xương	9	52,9
Trung thất	4	23,5
Phổi	12	70,6
Gan	1	5,9

Nhận xét:Trên PET/CT phát hiện có 17 BN có di căn xa, chiếm 32,7% số BN nghiên cứu. Tỷ lệ di căn gặp nhiều nhất tại phổi chiếm 70,6%, tiếp theo 2 là di căn xương chiếm 52,9%, di căn trung thất chiếm 23,5%.

3.3. Giá trị của PET/CT trong chẩn đoán, phân loại giai đoạn ung thư hạ họng thanh quản

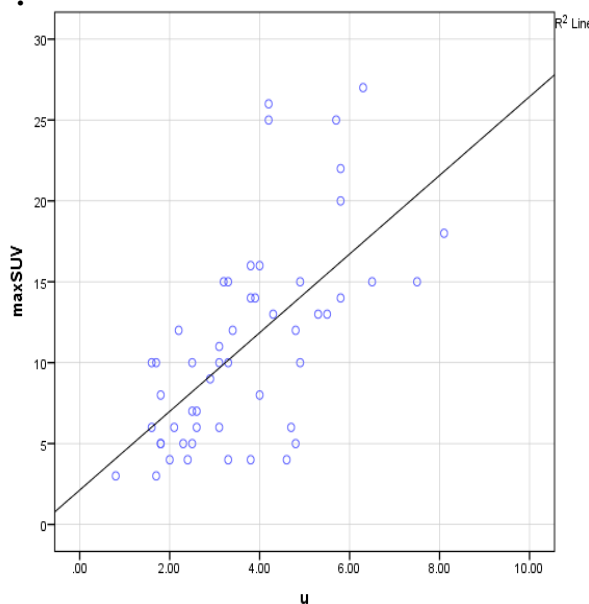
3.3.1. Đánh giá giai đoạn bệnh khi chụp PET/CT

Bảng 3.12: Đánh giá giai đoạn bệnh trước và sau khi chụp PET/CT

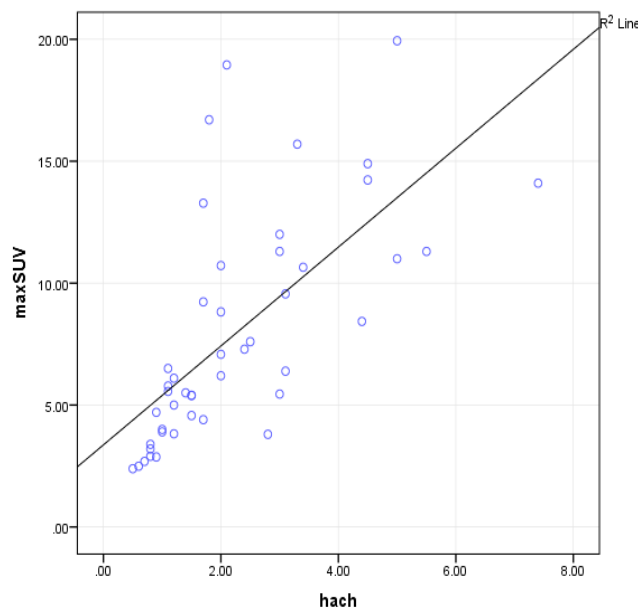
Giai đoạn	Trước chụp PET/CT		Sau chụp PET/CT		p
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
I	2	3,8	2	3,8	<0,01
II	4	7,7	2	3,8	
III	24	46,2	16	30,8	
IVA	9	17,3	15	28,8	
IVB	2	3,8	0	0,0	
IVC	11	21,2	17	32,7	
Tổng	52	100,0	52	100,0	

Nhận xét:Trước khi chụp PET/CT có 24 BN chẩn đoán giai đoạn III, 22 BN được chẩn đoán giai đoạn IV và 4 BN chẩn đoán giai đoạn II. Sau khi chụp PET/CT có 16 BN chẩn đoán giai đoạn III, 32 BN ở giai đoạn IV và 2 BN ở giai đoạn II. Có 16 BN thay đổi chẩn đoán.

3.3.2. Mối quan hệ tương quan giữa trị số maxSUV với kích thước khối u, kích thước hạch.



Biểu đồ 2: mối quan hệ tương quan giữa kích thước u và giá trị maxSUV



Biểu đồ 3: Mối quan hệ tương quan giữa kích thước hạch và maxSUV

Bảng 3.13: Hệ số tương quan maxSUV với kích thước u và hạch

Hệ số tương quan	maxSUV	p
Kích thước u	0,63	0,01
Kích thước hạch	0,67	0,01

Nhận xét:Hệ số tương quan giữa maxSUV với kích thước u và kích thước hạch thu được kết quả lần lượt là 0,63; 0,67. Kết hợp với biểu đồ trên có thể thấy mối quan hệ tỉ lệ thuận tương đối cao.

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm lâm sàng của BN ung thư hạ họng thanh quản

4.1.1. Về tuổi và giới

a) Ung thư thanh quản:

Qua nghiên cứu chúng tôi thu được số lượng BN ung thư thanh quản gặp chủ yếu ở lứa tuổi trên 50 trong đó, nhóm có độ tuổi ≥ 60 cao nhất chiếm 52,2%. Còn nhóm tuổi từ 40-50 chỉ chiếm 4,3%. Kết quả này hoàn toàn phù hợp so với tác giả Nguyễn Văn Hiếu(2015)[4]: nhóm tuổi hay gặp từ 50-70 tuổi, cao nhất ở tuổi 60; Phạm Thị Mai Anh[1]: nhóm tuổi trên 50 thường gặp nhất. Trong đó BN cao tuổi nhất là 83, BN nhỏ tuổi nhất là 45. Với 52 BN nghiên cứu không có BN nào dưới 40 tuổi. Theo các tài liệu và các nghiên cứu trước tỷ lệ mắc của nam giới luôn hơn nhiều lần so với nữ giới. Theo GLOBOCAN[10], Nguyễn Văn Hiếu [4] tỉ lệ nam/nữ là 4-10/1. Trong nghiên cứu này toàn bộ các BN ung thư thanh quản đều là nam, có thể do cỡ mẫu chưa đủ lớn để nhìn được con số tổng quan ngoài ra nam giới hay chịu tác động của các yếu tố nguy cơ như hút thuốc, rượu.....và môi trường nguy cơ ô nhiễm, kèm theo công việc tiếp xúc chất độc hại nhiều hơn so với nữ giới.

b) Ung thư hạ họng:

Trong nghiên cứu này, đa số BN UTHH gặp ở lứa tuổi ≥ 50 chiếm tỷ lệ 75,8%. Mặc dù nhóm tuổi 40-50 chiếm tỷ lệ thấp nhất nhưng cũng lên tới 24,2%. Người thấp tuổi nhất là 40, cao nhất là 74. Tỷ lệ này so với Trần Hữu Tuấn[6] hoàn toàn phù hợp (50-60 tuổi). BN nam chiếm gần như toàn bộ BN nghiên cứu. Tỷ lệ nam/nữ là 28/1. Nghiên cứu của chúng tôi so với nghiên cứu của Vũ Quang Huy[3] tỷ lệ BN nam là 96%. Tỷ lệ này có thể do các yếu tố nguy cơ mà nam giới tiếp xúc như trình bày ở trên.

4.1.2. Triệu chứng lâm sàng

a) Ung thư thanh quản:

Theo kết quả nghiên cứu này phần lớn các BN triệu chứng đầu tiên là khàn tiếng, có 15 BN (65,2%) trên 23 BN ung thư thanh quản. Tỷ lệ này phù hợp với lý thuyết của các tài liệu đều cho rằng triệu chứng khàn tiếng thường gặp trong u thanh quản. Ngoài ra còn có các triệu chứng khác như nuốt đau, ho máu, khó thở chỉ chiếm một phần nhỏ 4,3%. Qua đó ta thấy rằng giai đoạn đầu triệu chứng khàn tiếng gặp với tỷ lệ cao 65,2%, do đó BN nên để ý tới khi diễn ra kéo dài dai dẳng, tránh trường hợp để lâu dẫn tới giai đoạn muộn.

b) Ung thư hạ họng:

Trong 29 BN nghiên cứu mắc ung thư hạ họng có 16 người đi khám vì triệu chứng nuốt vướng. Tỷ lệ này cũng phù hợp theo nghiên cứu của Nguyễn Quốc Dũng, Nguyễn Đình Phúc[2] và các tài liệu giáo trình. Ngoài ra BN cũng vào khám vì các lý do khác như khó thở, ho máu.

4.1.3. Thời gian xuất hiện triệu chứng:

Trong nghiên cứu này, thời gian phát hiện ung thư thanh quản hạ họng trước tháng 6 là 82,7% trong đó khoảng thời gian từ tháng 1 đến tháng 3 là nhiều nhất chiếm 53,8%, . BN đi khám sớm nhất là 1 ngày, muộn nhất là 2 năm. Phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Quốc Dũng, Nguyễn Đình Phúc[2] người bệnh đi khám 1-6 tháng là 79%. Vì xuất hiện các triệu chứng sớm trong tai mũi họng như khàn tiếng, nuốt vướng, nuốt đau khá là điển hình, dễ phát hiện nên BN thường đi khám sớm. Tuy nhiên, trong 52 BN nghiên cứu 88,5% BN trước chụp PET/CT đã được chẩn đoán giai đoạn muộn III-IV, điều đó cho ta thấy mức độ tiến triển nhanh của bệnh nếu không được phát hiện sớm.

4.1.4. Mô bệnh học

Theo Nguyễn Quốc Dũng, Nguyễn Đình Phúc[2] UTBM vảy chiếm 100%. Kết quả nghiên cứu Bùi Việt Linh[5]: UTBM vảy chiếm 93,7%. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ UTBM vảy chiếm 100%, kết quả này phù hợp với nghiên cứu ở trên do biểu mô của vùng thanh quản hạ họng bình thường là biểu mô vảy lát tầng không sừng hóa nên biểu mô vảy là dạng mô bệnh học hay gặp.

4.2. Đặc điểm hình ảnh PET/CT

4.2.1. Vị trí nguyên phát khối u

Trong 52 BN nghiên cứu có 23 (44,2%) BN có khối u ở vùng thanh quản và 29 (55,8%) BN có khối u hạ họng. Kích thước trung bình của khối u là 3,7 cm. Theo nghiên cứu của Phạm Thị Mai Anh[1] kích thước khối u trung bình là 3,4 cm.

4.2.2. Di căn hạch vùng cổ

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 39 BN phát hiện có di căn hạch vùng cổ (chiếm 75%). Trong đó phần lớn là nhóm hạch cảnh chiếm 71,8%, còn lại là nhóm hạch thượng đòn (9/39) và hạch góc hàm (9/39). Theo nghiên cứu của David L.Schwartz M.D[8] FDG-PET/CT phát hiện được 26/27 BN có hạch cổ với độ nhạy và độ đặc hiệu là 96,0% và 98,5%. Nghiên cứu của Phạm Thị Mai Anh[1] trong 33 BN phát hiện 18 BN có hạch cổ, nhóm hạch cảnh chiếm 100%.

4.2.3. Di căn xa

Theo nghiên cứu, tỷ lệ di căn xa chiếm 32,7%(17/52). Trong đó thường gặp nhất là di căn phổi 70,6%(12/17 BN), rồi đến di căn xương 52,9%(9/17). Theo nghiên cứu của Phạm Thị Mai Anh[1] tỷ lệ di căn chiếm 33,3% gần tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi, di căn phổi gặp nhiều nhất chiếm 54,5%.

4.2.4. Hấp thu FDG ở khối u nguyên phát và di căn hạch cổ

Theo nghiên cứu của chúng tôi trong 52 bệnh án nghiên cứu 100,0% BN đều có tăng hấp thu 18F-FDG tại vị trí khối u nguyên phát và ở vị trí hạch di căn cũng đều tăng hấp thu. Trong đó giá trị hấp thu maxSUV trung bình tại khối u và hạch lần lượt là 11,5 và 8,2. So với nghiên cứu của David L.Schwartz M.D[8] 2 giá trị này là 8,3 và 4,9; nghiên cứu của Phạm Thị Mai Anh[1] 2 giá trị này là 9,4 và 6,3. Sự khác nhau này có thể do kích thước khối u trung bình của BN trong các nghiên cứu này thấp hơn kích thước khối u trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi.

Hệ số tương quan giữa maxSUV với kích thước khối u, kích thước hạch chúng tôi tính toán được trong nghiên cứu này lần lượt là 0,63; 0,67. Giá trị này cho thấy mức độ liên quan cao của các giá trị này. Giá trị càng gần 1 thì mức độ tương quan đồng biến càng cao. Điều đó có thể đưa tới giả thuyết rằng kích thước tổn thương càng lớn thì khả năng hấp thu FDG càng cao.

4.2.5. Giá trị PET/CT với chẩn đoán

Cho đến nay để chẩn đoán khối u nguyên phát phương pháp chẩn đoán hình ảnh phổ biến là CT. Tuy nhiên, độ nhạy và độ đặc hiệu của phương pháp này còn chưa cao. Do đó cần có một phương pháp chẩn đoán khác chính xác, độ nhạy và đặc hiệu tốt hơn, đó là PET/CT. Theo nghiên cứu của V. Ambrosini, C. Nanni và các đồng nghiệp[7] tỷ lệ phát hiện u nguyên phát của CT là 20-27%, của PET 24-40% còn PET/CT lên tới 53%. Nghiên cứu của Freudenberg LS, Fischer M và các đồng nghiệp[9] khả năng phát hiện u nguyên phát CT chỉ chiếm 23% trong khi đó PET/CT chẩn đoán được tới 57% các ca bệnh nghiên cứu. Theo Hanal.A và cộng sự[11] họ đã tính được độ nhạy và độ đặc hiệu của PET/CT trong phát hiện di căn hạch cổ lần lượt là 83% và 82%. Từ đó đã cho ta thấy được giá trị cao của PET/CT trong chẩn đoán. Nghiên cứu của chúng tôi trên 52 BN thấy rằng PET/CT còn phát hiện 12 trường hợp BN có di căn ở vùng cổ mà khi thăm khám lâm sàng và CT không phát hiện được.

4.2.6. Giá trị PET/CT với đánh giá TMN

Sau khi chụp PET/CT có 16 BN đã thay đổi chẩn đoán giai đoạn, trong đó có 6 BN phát hiện ra di căn xa, 10 BN phát hiện thêm di căn hạch trên kết quả của PET/CT. Tỷ lệ BN ở giai đoạn III, IV sau chụp PET/CT là 92,3%, giai đoạn I,II chiếm 7,7%. Từ đó cho ta thấy giá trị của PET/CT trong việc chẩn đoán chính xác giai đoạn của BN ung thư hạ họng thanh quản, góp phần cho việc tiên lượng và lựa chọn phác đồ điều trị tối ưu cho người bệnh.

5. Kết luận

5.1. Đặc điểm lâm sàng

- Bệnh hay gặp ở nam giới trên 50 tuổi, đa số BN đi khám trong thời gian 1-3 tháng từ khi có triệu chứng đầu tiên (59,6%)
- Tùy vào vị trí khối u mà triệu chứng lâm sàng biểu hiện khởi phát khác nhau. Với UTTQ thường gặp khàn tiếng (65,2%), với UTHH, nuốt vướng là triệu chứng thường gặp (55,2%).
- 100% BN có kết quả mô bệnh học là UTBM vảy, trong đó 75% là loại UTBM vảy biệt hóa.

5.2. Đặc điểm hình ảnh trên PET/CT

- PET/CT giúp phát hiện 100% khối u nguyên phát ở hạ họng thanh quản, trong đó có 2/52 bệnh nhân đã được chụp CT và nội soi thanh quản hạ họng không tìm thấy tổn thương nguyên phát. Kích thước trung bình của u nguyên phát là $3,7 \pm 1,6$ cm (max = 8,1 cm, min = 0,8 cm) Tất cả các khối u đều tăng hấp thu FDG trên PET/CT, với giá trị trung bình là: $11,5 \pm 6,3$ (max = 27,9, min = 3,5)
- Có 75,0% BN di căn hạch trên hình ảnh PET/CT. Trong đó thường gặp nhất là nhóm hạch cảnh (28/39). Kích thước trung bình hạch di căn là $2,2 \pm 1,5$ cm (max = 12,7 cm, min = 0,5 cm). PET/CT phát hiện 12/52 bệnh nhân di căn hạch cổ mà lâm sàng, CT chưa phát hiện được. Giá trị max SUV trung bình là $12,7 \pm 4,6$ (max = 19,9; min = 2,4).
- Ngoài di căn hạch, có 32,7% BN di căn xa trên hình ảnh PET/CT. Vị trí di căn gặp nhiều nhất là phổi (70,6%), xương (52,9%), trung thất (23,5%) tổng số BN di căn xa
- Sau chụp PET/CT có 16/52 (30,8%) bệnh nhân thay đổi chẩn đoán giai đoạn so với trước khi chụp. Giá trị max SUV tương quan tuyến tính với kích thước tổn thương kể cả u và hạch

Tài liệu tham khảo

1. Phạm Thị Mai Anh (2015). *Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh PET/CT trên BN ung thư hạ họng thanh quản*. Khóa luận tốt nghiệp, trường Đại học Y Hà Nội.
2. Nguyễn Quốc Dũng, Nguyễn Đình Phúc (2013). *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của ung thư hạ họng*, Y học thực hành (881).
3. Vũ Quang Huy (2013). *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi, cắt lớp vi tính, mô bệnh học ung thư biểu mô hạ họng và đánh giá kết quả sau phẫu thuật*, luận văn thạc sỹ y học, trường Đại học y Hà Nội. Tr 57-60.
4. Nguyễn Văn Hiếu (2015). *Ung thư học*, Nhà xuất bản Y học, 121.
5. Bùi Viết Linh (2002). *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị ung thư thanh quản bằng phẫu thuật và xạ trị*, Luận văn thạc sỹ y học, trường Đại học Y Hà Nội. 15; 46-50.
6. Trần Hữu Tuân (2000). *Ung thư hạ họng thanh quản*, Bách Khoa thư bệnh học, NXB Từ điển Bách Khoa, 472-784..
7. Ambrosini V1, Nanni C, Rubello D, Moretti A, Battista G, Castellucci P, Farsad M, Rampin L, Fiorentini G, Franchi R, Canini R, Fanti S. *18F-FDG PET/CT in the assessment of carcinoma of unknown primary origin*. Radiol Med. 2006 Dec;111(8):1146-55. Epub 2006 Dec 20.
8. David L. Schwartz, M.D và CS (2003). *FDG-PET/CT imaging for preradiotherapy staging of head-and-neck squamous cell carcinoma*, International Journal of Radiation Oncology Biology Physics. Volume 61, Issue 1, January 2005, Pages 129-136.
9. Freudenberg LS, Fischer M, Antoch G, Jentzen W, Gutzeit A, Rosenbaum SJ, Bockisch A, Egelhof T. *Dual Modality of 18 F-FDG PET/CT in Patients with Cervical Carcinoma of Unknown Primary*, Med Princ Pract. 2005;14:155–160.
10. Freddie Bray, BSc, MSc, PhD và CS (2018). *Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries*, from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.3322/caac.21492>
11. Hanal A, et al. (2002). *Evaluation of 18 – FDG fluorodeoxyglucose positron emission tomography and computed tomography with histopathologic correlation in initial staging of head and neck cancer*. Ann surg, 23, 208 – 217.
12. Vandenbrouck C, Eschwege F, De La Rochefordiere A, et al (1987). Squamous cell carcinoma of the pyriform sinus: Retrospective study of 351 cases treated at the institute Gustave - Roussy. *Head and neck surg*: 10, 4-13.