

UNG THƯ MŨI XOANG

1. ĐẠI CƯƠNG

- Ung thư vùng xoang cạnh mũi tương đối hiếm gặp. Tần suất khoảng 1/200.000 dân/năm.
- Chiếm khoảng 1% ung thư toàn thân và 3% ung thư đường hô hấp trên. Tỷ lệ nam/nữ là 2/1. Tuổi trung bình 50-70.
- Nhiều yếu tố môi trường gây ung thư hàm sàng:
 - + Ung thư tế bào gai: aflatoxin trong thức ăn, bụi kỹ nghệ. Chrom, nickel, polycyclic hydrocarbon, chất cản quang Thorotrast. Người làm việc tiếp xúc với Nickel bị u 250 lần hơn quần thể chung trong thời gian từ 18-36 năm.
 - + Ung thư tế bào tuyến: bụi gỗ, chất thuộc da gây u ở xoang sàng. Các chất dùng trong kỹ nghệ khác cũng gây u như: dầu khoáng chất, dầu isopropyl, màu dùng trong sơn dầu.
- Ung thư tế bào gai chiếm đa số (80%), ung thư tế bào tuyến dạng nang và ung thư tế bào tuyến chiếm 10%. Còn lại là các loại khác.
- U cho những triệu chứng muộn nên thường chỉ chẩn đoán được khi u đã tiến triển khá xa, vì thế, dự hậu của ung thư hàm sàng xấu.
- Bạch huyết:
 - + Theo Ohngren, điều kiện tiên quyết của việc điều trị là nắm chính xác đường dẫn lưu bạch mạch.
 - + Ít cho di căn hạch cổ.
 - + Bạch mạch xoang và hốc mũi đều đổ về thành bên của mũi sau, chia hai nhánh trên và dưới loa vòi, tại đây nhận thêm các nhánh từ vòm mũi họng trước khi đổ vào vùng bên của khoang sau họng. Từ đây, bạch mạch to hơn và đổ vào hệ cảnh sâu chủ yếu vào vùng chia hai của động mạch cảnh. Phải xem kỹ vùng này trước khi kết luận là có di căn hạch hay không. Điều nguy hiểm là vị trí đầu

tiên của hạch di căn là ở thành sau họng thường bị bỏ qua.

- Về vị trí u:
 - + Xoang hàm: 70%.
 - + Xoang sàng: 20%.
 - + Xoang bướm: 3%.
 - + Xoang trán: 1%.
- Phân loại theo vị trí u: có hai phân loại về vị trí u kinh điển rất có giá trị để đánh giá dự hậu của khối u:
 - + **Sébileau** chia xương hàm trên và các xoang làm 3 vùng:
 - Hạ tầng: gồm mầm răng và sàn xoang hàm.
 - Trung tầng: từ sàn xoang hàm đến sàn ổ mắt.
 - Thượng tầng: từ sàn ổ mắt đến sàn sọ.
 - + **Mặt phẳng Ohngren's**: mặt phẳng chéo từ trước ra sau và từ trên xuống dưới, đi ngang qua giữa khoé mắt và góc hàm.

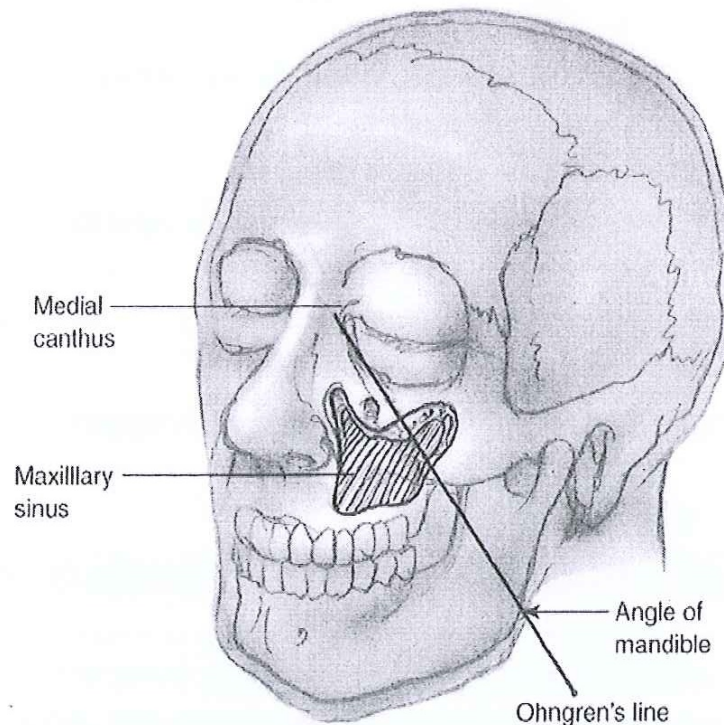


FIG. 103-1. Ohngren's line extends from the medial canthus to the angle of the mandible.

Đường Ohngren

- Dự hậu xấu dần từ u hạ tầng đến thượng tầng. Tương tự, u ở phía dưới mặt phẳng Oehngren's có dự hậu tốt hơn (70% sống thêm quá 3 năm) là u phía trên (30% sống thêm quá 3 năm).

2. LÂM SÀNG

- Đa số là triệu chứng mượn (biểu hiện của một khối choáng chỗ, hoại tử, có thể nhiễm trùng trong hốc mũi hay xoang):
 - + Đau vùng mặt, đau răng.
 - + Nghẹt mũi, thường một bên.
 - + Chảy máu mũi.
 - + Hơi thở hôi.
- U xâm lấn dần, cho thêm các triệu chứng sau:
 - + Song thị, giảm thị: u trong ổ mắt, đỉnh hốc mắt, xoang hang chèn dây II, các dây vận nhãn.
 - + Chảy nước mắt: tổn thương ống lệ ty, mặt trước xương hàm trên.
 - + Sưng biến dạng vùng mặt, lệch khớp cắn: u hủy xương, chèn ép, đẩy phồng.
 - + Khít hàm: tổn thương cơ nhai, cơ chân bướm, vùng tam giác liên hàm.
 - + Hạch vùng bên cổ (adenopathy in the jugular chain).
 - + ù tai, giảm thính: tổn thương loa vòi, viêm tai giữa thanh dịch. Dấu hiệu này quan trọng vì không có chỉ định mổ các u đã xâm lấn vòm mũi họng.
 - + Tê vùng mặt: dây V, hạch Gasser.
- U lớn dần và xâm lấn một cách thầm lặng cho đến khi hủy xương mặt, chèn dây thần kinh hay bít tắc các lỗ thông xoang. Vì vậy rất hiếm khi phát hiện được một u còn nhỏ, không triệu chứng, thường chỉ là tình cờ.
- Các dấu hiệu thông thường nhất gồm:
 - + Khối u trong mũi, mặt, trong miệng
 - U trong mũi thường hoại tử, hay bị che lấp bởi polyp.

- Mặt biến dạng do u phá thành trước xương hàm, đẩy phòng mô mềm.
 - Nướu răng sưng, nở rộng, răng lung lay, răng rụng, răng chết.
 - Khối u khẩu cái cứng, có thể sùi hay không.
- + Sụp mí, lồi mắt (cột mặc ổ mắt có thể bị xâm lấn hay không), nếu có: dự hậu xấu.
- + Liệt các dây thần kinh sọ II, III, IV, V: bệnh tiến triển xa, dự hậu xấu.

3. CHẨN ĐOÁN

- Cần khám kỹ và toàn diện vùng đầu cổ và toàn thân để không bỏ sót u di căn.
- Chẩn đoán dựa trên bệnh sử, dấu hiệu lâm sàng.
- Hình ảnh học có giá trị lớn.
- Cần có chẩn đoán tế bào học và thu thập đủ dữ kiện để phân loại u.

+ **Hình ảnh học:**

- CT Scan: là công cụ hữu hiệu, chính xác, không thể thiếu được trong việc xác định chẩn đoán và lập kế hoạch phẫu thuật. Xquang qui ước không còn giá trị. Nên chụp CT có cản quang ngay.
- Chụp mạch máu (DSA)
 - Khi u tăng quang nhiều trên CT.
 - Vùng tăng quang gần hệ động mạch cảnh.
 - U xâm lấn vùng xoang bướm, nền sọ.
 - U mạch máu: định vị u, tìm cuống mạch, làm tắc mạch.
- Siêu âm: không chính xác bằng CT về độ lan rộng và biên giới của u.
- Cộng hưởng từ:
 - Cho hình ảnh các loại mô mềm với độ phân giải cao.

Phân biệt được u với chất xuất tiết ứ đọng trong xoang.

Đánh giá được độ xâm lấn của u qua màng não cứng.

MRI mạch máu giúp khảo sát hệ thống máu nuôi khối u.

- + **Sinh thiết:** là chẩn đoán quyết định. Coi chừng u máu hay sa màng não (nên cho bệnh nhân làm valsalva, khối u sẽ phồng lên nếu là u máu có thông thương với hệ thống tĩnh mạch hay u là sa màng não).
 - **Chọc hút tế bào (Fine Needle Aspiration):** Cần chuyên gia đọc kết quả. Độ tin cậy ngày càng tăng theo kinh nghiệm, kết hợp với phương pháp miễn dịch huỳnh quang.
 - **Sinh thiết trực tiếp vào các cấu trúc sâu: (Direct approaches):** Khoan vào xoang trán (Frontal trephination), vào xoang bướm qua vách ngăn (transseptal sphenoidotomy), vào xoang hàm qua đường mũi (intranasal antrostomy), mở xoang sàng theo đường ngoài (external ethmoidectomy). Tránh làm vỡ không cần thiết các biên giới của khối u (sẽ mổ en bloc sau này)

Bảng 1: U của mũi xoang

<u>U BIỂU MÔ</u>	<u>U KHÔNG LÀ BIỂU MÔ</u>
LÀNH TÍNH	LÀNH TÍNH
Keratotic papilloma	Fibroma
Fungiform papilloma	Chondroma
Cylindrical papilloma	Osteoma
Adenoma	Neurilemmoma
Inverted papilloma	Neurofibroma
	Hemangioma
ÁC TÍNH	ÁC TÍNH
Squamous cell carcinoma	Soft-tissue sarcoma
Transitional cell carcinoma	Rhabdomyosarcoma
Adenocarcinoma	Leiomyosarcoma
Adenoid cystic carcinoma	Fibrosarcoma
Melanoma	Liposarcoma
Olfactory neuroblastoma	Angiosarcoma
Undifferentiated carcinoma	Myxosarcoma
	Hemangiopericytoma
	Connective tissue sarcoma
	Chondrosarcoma
	Osteosarcoma
	Lymphoreticular tumors
	Lymphoma
	Plasmacytoma
	Giant cell tumor
	Metastatic carcinoma

+ **Phân loại (staging)**

Quan trọng trong chẩn đoán, định kế hoạch điều trị và nghiên cứu.

Tuy vậy thống nhất một bảng phân loại rất khó vì tính đa dạng của loại ung thư này.

Bảng phân loại của AJCC (American Joint Committee on Cancer) thường được chấp nhận:

Bảng 2: Phân loại T

T0

Không có bằng chứng về sự hiện diện của u.

TIS

Carcinoma in situ.

T1

U còn nằm trong niêm mạc của xoang hàm của hạ tầng kiến trúc, không ăn mòn xương hay hủy xương.

T2

U niêm mạc của thượng tầng kiến trúc, chưa hủy xương, hay u ở hạ tầng kiến trúc chỉ có hủy xương ở thành trong và thành dưới.

T3

U xâm lấn rộng hơn đến da vùng má, vào ổ mắt, xoang sàng trước, hay các cơ chân bướm.

T4

U lớn xâm lấn vào mảnh sàng, xoang sàng sau, xoang bướm, vòm mũi họng, xương chân bướm hay nền sọ.

4. ĐIỀU TRỊ UNG THƯ SÀN HÀM

Có 3 phương pháp: phẫu thuật, xạ trị và hóa trị. Có thể dùng phối hợp cả 3 phương pháp này.

Vì u của xương hàm trên có xương bao bọc và rất gần những cấu trúc sinh tồn như mắt, não... xạ trị không phải là phương pháp ưu tiên.

Phẫu thuật là phương pháp chọn lựa dành cho tất cả khối u lành tính và hầu hết u ác tính vùng này.

Phẫu thuật đơn thuần dùng cho những khối u nhỏ T1, T2.

Với u lớn, nhất là những u đã xâm lấn nền sọ, hố dưới thái dương, ổ mắt thì cần phối hợp phẫu thuật và xạ trị.

Xạ trị và hóa trị được dành cho những u quá giai đoạn phẫu thuật.

4.1. Phương thức phẫu thuật

Các loại đường vào:

1. Đường cạnh mũi: Moure, Weber- Ferguson, Labayle.
2. Đường giữa mặt: Đường xuyên mặt giữa, De Fries, Bebear.
3. Đường mỏ ần: Rouge- Denker, Đường mỏ lột găng- Degloving (Extended Sub-labial).
4. Đường bên mặt.
5. Đường bên mặt - thái dương - trán.

Các kiểu cắt xương hàm trên:

1. Cắt phần dưới xương hàm trên (*Inferior medial maxillectomy*)

Dành cho u hạ tầng kiến trúc. Cắt khối u cùng với mầm răng, sàn hốc mũi.

2. Cắt phần trong xương hàm trên (*Medial maxillectomy*)

Dùng cho những khối u chiếm hết thành bên hốc mũi (chưa lan vào mắt, sàn sọ trước, phần ngoài xoang hàm hay mầm răng).

Bệnh phẩm gồm thành bên hốc mũi (tất cả các cuốn mũi) xoang sàng, xoang hàm.

Đường vào: cạnh mũi, lột găng.

Lợi điểm: lấy trọn u, ít di chứng thẩm mỹ.

Hạn chế: ở phía trên và dưới. Cần lấy mẫu thử tế bào học ở các bờ vết cắt. Hốc mũi quá rộng có thể đóng vảy thường trực.

3. Cắt toàn bộ xương hàm trên (*Radical maxillectomy*)

Là phẫu thuật chuẩn dùng cho u ác tính xương hàm trên.

Có thể cắt nguyên khối xương hàm trên cùng ổ mắt.

Bệnh phẩm: toàn bộ xương hàm trên + xương chính mũi, xoang sàng, chân bướm, phần trước xoang bướm.

Đường vào: Weber-Fergusson.

Tái tạo xương hàm trên:

- Lót da bên trong và dùng trụ tác.

- Dùng vật cơ thái dương.

4. *Cắt xoang sàng trán qua đường sọ mặt (Craniofacial frontoethmoidectomy)*

- Chỉ định: U sàng trán tiếp cận hay xâm lấn nền sọ.
- Cắt nguyên khối xoang sàng-trán cùng với nền sọ (cùng màng não và phần não bị xâm lấn nếu cần) + tái tạo màng não cứng và nền sọ.
- Kíp mổ: Tai Mũi Họng + Ngoại thần kinh.
- Đường mổ: Chanh mũi kết hợp với xuyên sọ trán.

5. *Cắt sọ mặt mở rộng (extended craniofacial resection)*

Cắt toàn bộ xương hàm trên cùng với nền sọ. Giới hạn của từng phẫu thuật được xác định tùy theo độ xâm lấn của khối u.

4.2. Vai trò: Chọn phương thức điều trị dựa trên: vị trí, kích thước, tình trạng hạch, tổng trạng của bệnh nhân.

U nhỏ, có thể xạ hay phẫu. U lớn, phối hợp xạ-phẫu thuật.

Nói chung, phẫu thuật để cứu vớt những khối u tái phát sau xạ trị thì hiệu quả hơn là dùng xạ trị để cứu vớt cho phẫu thuật. Vì u tái phát sau xạ sẽ khu trú ở trung tâm của vị trí khối u, phẫu thuật sẽ thuận lợi. Còn u tái phát sau phẫu thuật thì sẽ ở vùng rìa của vị trí u. Ở vùng rìa, sự nuôi dưỡng kém và các tế bào sẽ không nhạy tia.

Xạ trị trước mổ:

Lợi:

- Biến tổn thương không mổ được thành mổ được.
- Vùng phải cắt bỏ nhỏ lại.
- Vùng xạ trước mổ nhỏ hơn vùng sau mổ.
- Khối u vi thể nhạy tia hơn vì được tưới máu tốt hơn sau mổ.
- Hạn chế sự vung vãi các tế bào K trong quá trình phẫu thuật, do đó hạn chế được sự di căn xa.

Hại:

- Vết thương khó lành hơn nếu phẫu sau xạ trị.

- Liệu xạ dùng trước mổ nhỏ hơn là dùng sau mổ. 4500 Gy trong 4-5 tuần. Liệu này đủ để diệt u dưới lâm sàng trong 90% bệnh nhân.

Nhưng nếu u tái phát sau mổ thì khó tính liệu xạ thích hợp kế tiếp sau mổ.

Xạ trị sau mổ:

Lợi:

- Độ lớn và vị trí của u đã xác định trong phẫu thuật, dễ tính hướng và vị trí chùm tia.
- Có thể cho liều lớn.
- Cắt u dễ hơn và vết thương dễ lành hơn.

Hại:

- Tế bào u phát tán trong khi phẫu thuật.
- Xạ trị bị trễ nếu vết thương chậm lành, để cho tế bào u tiếp tục phát triển.

Liệu xạ sau mổ khoảng 600 đến 6500 cGy, chiếu trong 6-7 tuần. Nếu u còn sót đại thể, có thể tăng liều. Margin + xem như sót u đại thể vì ít nhất 10⁶-10⁷ tế bào u hiện diện để có thể bị phát hiện dưới kính hiển vi.

Xạ trị sau mổ làm giảm rõ rệt tỉ lệ tái phát trong trường mổ.

Tác dụng sẽ kém hơn nhiều nếu xạ trị sau 6 tuần sau mổ.

Biến chứng do xạ trị:

Có biến chứng sớm và trễ. Biến chứng trễ quan trọng hơn: khô miệng; sâu răng, rụng răng; hoại tử mô mềm (niêm mạc, da...), hoại tử xương, sụn; xơ hó; đục thủy tinh thể, tổn thương thần kinh thị; điếc thần kinh, rối loạn tiền đình; viêm tai giữa; tổn thương tủy sống, não.

4.3. Hóa trị: 5-fluorouracil, cisplatin, methotrexate

Cho đến nay thì hóa trị chưa chứng minh được hiệu quả chữa lành u. Chỉ dùng cho những u lớn hay u tái phát, di căn như là một trị liệu cứu vớt.

5. CHĂM SÓC VÀ THEO DÕI HẬU PHẪU

K mũi xoang được điều trị chủ yếu bằng phẫu thuật rộng lấy bỏ toàn bộ khối u có phối hợp hay không phối hợp với xạ trị ngoài.

Đường cạnh mũi là đường thường được chọn để lấy trọn khối u. Trong thời gian hậu phẫu phải theo dõi sát tình trạng chảy máu, mạch huyết áp, nếu Hct<25% phải truyền máu bồi hoàn.

Phải theo dõi các dấu hiệu của rách màng não (chảy dịch não tủy qua mũi, dấu hiệu viêm màng não) để có thể chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời (bằng nội khoa hoặc bằng phẫu thuật).

Ngày thứ 1 đến ngày thứ 7 sau mổ lấy u:

- Kháng sinh, thuốc chống phù nề, thuốc giảm đau bằng đường tiêm chích.

Điều trị	Thuốc
Kháng sinh (dùng một trong các loại sau)	<ul style="list-style-type: none"> - Aminoglycoside (Amikaye 500mg) 15mg/kg (TB) 1 liều trong ngày duy nhất. - Cefotaxim (Opetaxim, Shintaxime): 1g x 2 -3 lần (TM)/ngày. - Amox+A.Clavu (Augmentin, Curam, Moxiclav) 1g x 2 - 4 lần/ngày (TB). - Cefuroxim (Zinacef, Axetine): 0,75g x 2 - 3 lần/ngày (TB, TM). - Ceftriaxone (Opeceftri)1g: 1-3 lần/ngày (TM). - Clindamycine (Dalacin C) 600mg: x 2 - 3 lần/ngày (TB, Truyền tĩnh mạch).
Kháng viêm (Chọn một khi không chống chỉ định) dùng trong 3 - 5 ngày	<ul style="list-style-type: none"> - MaziPredone (Depersolone) 30mg 1-2 ồng/ngày (sáng) - Methyl Prednisolone (Solumedrol) 40mg 1-2 lợ/ngày (sáng) <p>Sau đó dùng kháng viêm dạng men: Alphachymotrypsine (21µK), 2v x2 lần/ngày</p>
Kháng Histamine	<p>Pheramine 4mg (Allerfar) 1v x 2 lần/ngày hay Cetirizine 10mg (Zyrtec, Cetrin) 1v/ngày hoặc Loratadine10mg (Clarityne, Alertin). Hoặc Fexofenadine (Telfast, Alerfast) 60mg 1v x 2 lần/ngày</p>

Giảm đau (chích)	Paracetamol (Perfalgan) 1g/chai, 01chai PIV Cgiọt/phút+ Paracetamol (Panadol, Efferalgan) 0,5g 1v x 1-2 lần/ngày trong ngày đầu. Hai ngày sau: Paracetamol (Panadol, Efferalgan) 0,5g 1v x 2 - 3 lần/ngày.
Thuốc cầm máu	Vitamin K1 10mg 2 - 4 ống/ngày.

- Nâng tổng trạng bằng truyền dịch nếu cần thiết.
- Nhỏ nước muối sinh lý vào mèche mũi.

Ngày thứ 4: rút mèche mũi (tại phòng mổ nếu cần), trong khi rút phải nhỏ nước muối thường xuyên vào mèche và rút mèche thận trọng, tỉ mỉ.

Thay băng vết mổ hằng ngày và cắt chỉ vết khâu ngoài da vào ngày thứ 7.

Sau khi rút hết mèche cho bệnh nhân nội soi mũi xoang để được đánh giá phẫu thuật. Tiếp tục cho bệnh nhân nhỏ nước muối để tránh sẹo xơ dính.

Bệnh nhân cần được theo dõi và thăm khám thường xuyên 2 tuần/1 lần trong tháng đầu tiên và mỗi 2 tháng/1 lần trong 2 năm đầu để có thể sớm phát hiện u tái phát. Các vảy mũi được thường xuyên làm sạch trong 1 năm đầu nếu không có xạ trị và trong suốt đời nếu có xạ trị phối hợp với phẫu thuật.

Lưu ý: kiểm tra chức năng gan, thận trước khi cho thuốc.

5. TIÊN LƯỢNG

Ung thư hàm sàng có dự hậu xấu. Đa số u đã tiến triển xa khi được chẩn đoán và điều trị.

Dự hậu tùy thuộc vào vị trí, kích thước và vào bản chất của u.

<u>Vị trí u</u>	<u>Tỉ lệ sống thêm hơn 5 năm</u>
- Ung thư trong hốc mũi	62%
- Ung thư xoang hàm	42%
- Ung thư xoang sàng	13%

Ung thư thượng tầng kiến trúc có dự hậu xấu hơn u hạ tầng kiến trúc.

Dự hậu u xoang sàng tăng rõ rệt khi được mổ phối hợp cắt sọ mặt và có biện pháp tái tạo thích hợp (Combined approach, monobloc tridimensional resection).

Ung thư biểu mô xoang hàm:

<u>Giai đoạn</u>	<u>Tỉ lệ sống thêm hơn 5 năm</u>
GĐ 1	95%
GĐ 2	86%
GĐ 3	39%
GĐ 4	25%

Thất bại trong trị liệu

- chung 62%
- tái phát tại chỗ: 72%
- tái phát vùng 3-20%
- di căn xa 17-25%

6. BIẾN CHỨNG

U xâm lấn dần, các triệu chứng sau:

- Song thị, giảm thị: u trong ổ mắt, đỉnh hốc mắt, xoang hang chèn dây II, các dây vận nhãn.
- Chảy nước mắt: tổn thương ống lệ ty, mặt trước xương hàm trên.
- Sung biến dạng vùng mặt, lệch khớp cắn: u hủy xương, chèn ép, đẩy phòng.
- Khít hàm: tổn thương cơ nhai, cơ chân bướm, vùng tam giác liên hàm.
- Tê vùng mặt: dây V, hạch Gasser.

- Hủy xương mặt, chèn dây thần kinh hay bít tắc các lỗ thông xoang.
- Mặt biến dạng do u phá thành trước xương hàm, đẩy phòng mô mềm.
- Nướu răng sưng, nở rộng, răng lung lay, răng rụng, răng chết.
- Sụp mi, lồi mắt (cột mạch ở mắt có thể bị xâm lấn hay không), nếu có: dự hậu xấu.
- Liệt các dây thần kinh sọ II, III, IV, V: bệnh tiến triển xa, dự hậu xấu.

7. HƯỚNG XỬ TRÍ CHUNG

Với những dữ liệu nêu trên, có thể đưa ra các kết luận sau về cách xử trí những u lớn:

1. Đa số u đều đã tiến triển xa lúc được chẩn đoán và cần một chiến lược điều trị tấn công và đa dạng (aggressive multimodality treatment.)
2. Tỷ lệ sống sót cao hơn và ngăn chặn được u tái phát tại chỗ tốt hơn nếu xử trí u vùng ổ mắt đúng mức (exenteration or irradiation).
3. Khả năng di căn hạch vào nhóm trước (ở họng) và nhóm sau (ở cổ) là có, vấn đề điều trị hạch phải được đặt ra.
4. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chọn lựa. Thường kết hợp với xạ trị.
5. Phẫu thuật hay xạ trị ban đầu cho u nhỏ đều tốt. Dùng xạ trị thì bảo tồn được thẩm mỹ, chức năng tốt hơn phẫu thuật. Tuy nhiên phải đề phòng những biến chứng của xạ trị.
6. Phương thức tốt nhất cho các u quá lớn có lẽ là: hóa – xạ – và phẫu thuật hạn chế (limited surgical debridement). Cần trang thiết bị phức tạp và một nhóm đa chuyên khoa sâu.
7. Mô nội soi: dùng rất hữu ích cho những trường hợp u nhỏ, có cuống. Cắt u kèm với đốt rộng chân bám của ung thư. Sau đó theo dõi sát.

8. TÓM LƯỢC NHỮNG ĐIỂM CHÍNH YẾU

1. U ác tính mũi xoang chiếm ít hơn 1% của các loại ung thư toàn thân.
2. Triệu chứng giống triệu chứng của viêm mũi xoang: nghẹt mũi, đau nhức, chảy máu mũi. Mất cảm giác dây V là một triệu chứng gợi ý có giá trị.
3. CT và MRI có vị trí chủ đạo trong chẩn đoán, xác định độ xâm lấn của ung thư, sự liên quan của ung thư với các cấu trúc sinh tồn chung quanh. Là nền tảng cho sự phân loại khối u.
4. Cần nắm rõ những dạng tế bào học khác nhau của ung thư để tư vấn cho bệnh nhân và đặt kế hoạch điều trị. Ung thư tế bào gai chiếm 80%.
5. Có thể tái tạo bằng trợ tác hay vật mô của bệnh nhân.
6. Độ đáp ứng với xạ trị tùy theo bản chất mô học và giai đoạn tiến triển của ung thư. Xạ trị là phương pháp hỗ trợ thông dụng nhất đối với ung thư tế bào gai.
7. Dầu hủy xương của thành ổ mắt không phải là một chỉ định khoét mắt.
8. Có chỉ định cắt sọ mặt khi ung thư xâm lấn nền sọ ở hố dưới thái dương hay mảnh sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cummings Charles W., Fredrickson John M., Harker Lee A, Krause Charles J., Richardson Mark A, Neoplasm of paranasal sinus. *Otolaryngology—Head & Neck Surgery*. Mosby 1999.
2. Krespi P. Yosef. Tumors of Nose and Paranasal Sinuses. *Otolaryngology – Paparella*. W.B. Saunders Co. 1991
3. Lê Hành, *Dùng vật cơ thái dương để tái tạo khẩu cái cứng và sàn ổ mắt trong phẫu thuật ung thư hàm sàng*. Luận án Tiến Sĩ Chuyên Ngành, Đại học Y Dược, 1996

4. Lê Hành, *U ác tính vùng hàm sàng*, Bài giảng Chuyên Khoa 1 (chuyên ngành Tai Mũi Họng).
5. Mayer E.N., Ricardo L., Neoplasm of the Nose and Paranasal Sinuses. *Head and Neck Surgery- Otolaryngology* – Bailey. J.B. Lippincott Co. 1997.
6. Ohngren LG: Malignant tumours of the maxillo-ethmoid region, *Acta Otolaryngol Suppl* 19:1, 1933.
7. Trần Minh Trường. *Ung thư hàm sàng*, Bài giảng Chuyên Khoa 1 và 2 (chuyên ngành Tai Mũi Họng) – 2015.