U LÀNH TÍNH VÙNG CẠNH HỌNG

1. ĐỊNH NGHĨA

Vùng cạnh họng là một vùng có hình tháp ngược, chia làm hai khoang: khoang trước trâm và khoang sau trâm. Khoang trước trâm gồm có thuỳ sâu tuyến mang tai, các hạch bạch huyết. Khoang sau trâm có các dây thần kinh IX, X, XI, XII, và bó mạch cảnh.

- U vùng cạnh họng, đa số lành tính (chiếm 70-80%).
- Là loại u hiếm gặp, chiếm <1% các loại u vùng đầu mặt cổ.

2. NGUYÊN NHÂN: không rõ ràng.

3. GIẢI PHẪU BỆNH

U khoang trước trâm: chủ yếu là u tuyến nước bọt, 80% u lành tính bao gồm: u đa dạng tuyến nước bọt, u warthin, oncocytoma, 20% ác tính bao gồm: ademnocystic carcinoma, adenocarcinoma, acinic cell carcinoma.

U khoang sau trâm: chủ yếu là u thần kinh, lành tính bao gồm: schwannoma, paraganglioma, neurofibroma… ác tính gồm paraganglioma ác tính, neurofibrosarcoma…

U hệ bạch huyết: nguyên phát hoặc do di căn.

U hiếm gặp: phình mạch, dị dạng động tĩnh mạch, u sụn, u mỡ, u quái…

4. CHẨN ĐOÁN

4.1. Triệu chứng lâm sàng

4.1.1. Toàn thân: không có triệu chứng toàn thân nào rõ rệt, ngoại trừ trường hợp u bị nhiễm trùng hay áp-xe sẽ có biểu hiện toàn thân như sốt, người lừ đừ, mệt mỏi.

4.1.2. Triệu chứng cơ năng

- Khối u vùng cạnh cổ hoặc thành bên họng.
- Khó nuốt hay cảm giác đầy trong họng.

- Khó thở hay ngưng thở lúc ngủ.
- Rối loạn chức năng vòi nhĩ một bên.

4.1.3. Triệu chứng thực thể

- Sờ thấy khối u vùng cạnh họng.
- Khám họng qua nội soi có thể thấy khối u đẩy lồi vào trong họng.
- Hội chứng Horner: u chèn ép chuỗi hạch giao cảm cổ.
- Khít hàm: khi u lớn xâm lấn vào cơ chân bướm và mỏm vẹt.

4.2. Cận lâm sàng

Về hình ảnh học cần xác định:

- U trước trâm hay sau trâm.
- Liên quan của u với các mạch máu lớn ra sao.
- Bản chất mô học qua hình ảnh học.

CT-Scan: xác định u trước trâm hay sau trâm, có thể xác định u xuất phát từ tuyến mang tai.

MRI: đánh giá bản chất mô mềm khối u, phân biệt rõ u và cơ. Cho hình ảnh mạch máu rõ hơn. Tuy nhiên giá thành còn cao.

Mạch máu đồ (Angiography): chỉ định cho các u mạch máu, có thể kết hợp tắc mạch đối với các u có nguy cơ chảy máu nhiều trong lúc mổ.

Sinh thiết FNA nếu nghi ngờ u ác tính nhưng cũng ít khi thực hiện.

5. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng, tuy nhiên hình ảnh học là một phương tiện quan trọng trong chẩn đoán và có hướng điều trị phù hợp cho bệnh nhân.

Một số u lành tính thường gặp:

a. U tuyến nước bọt lành tính:

- U đa dạng tuyến nước bọt (80-90% u tuyến nước bọt khoang cạnh họng).
- U đơn dạng tuyến nước bọt.
- Oncocytoma..

- U Warthin.

b. U thần kinh lành tính:

- Neurilemoma (Schwannoma) thường gặp nhất.
- Paraganglioma.
- Neurofibroma.

c. Các dạng khác như: phình mạch, dị dạng động tĩnh mạch, nang khe mang, hemangioma,…

6. ĐIỀU TRỊ

Tất cả những trường hợp u cạnh họng đều phải phẫu thuật, trừ những trường hợp u bị nhiễm trùng, u được phát hiện tình cờ khi chụp CTscan hay MRI có kích thước nhỏ, u trên những bệnh nhân có chống chỉ định phẫu thuật.

6.1. Nội khoa

Khi u vùng cạnh họng bị nhiễm trùng.

❖ Kháng sinh: dùng kháng sinh phổ rộng (Beta-lactams; Cephalosporins thế hệ II, III, IV), Aminoglycosides, Macrolides hay Quinolones kết hợp thêm Metronidazole nếu nghi ngờ có vi trùng kỵ khí. Trường hợp nặng phải dùng nhóm các Penem (ví dụ: Imipenem, Ertapenem, Meropenem,…)

- Nhóm Betalactam

  Amoxcillin + Acid Clavulanic

  + Trẻ em: 30mg/kg x 2 - 4 lần/ngày (TMC).
  + Người lớn: 1g x 2 - 4 lần/ngày (TMC).

- Nhóm Cephalosporine

  Cefuroxime 0,75g

  + Trẻ em: 30 – 100mg/kg/ngày (TMC).
  + Người lớn: 0,75g x 2 - 3 lần/ngày (TMC).

  Cefotaxime 1g

  + Trẻ em: 50 - 150mg/kg/ngày (TMC).
  + Người lớn: 1 g x 2 - 3 lần/ngày (TMC).

  Ceftazidime 1g hoặc Ceftriaxone 1g

  + Trẻ em: 25 - 150mg/kg/ngày (TMC).

+ Người lớn: 1g - 2g x 2 - 3 lần/ngày (TMC).

Cefepime:

+ Người lớn và trẻ >12 tuổi: 1 - 2g/lần x 2 lần/ngày (TM).
+ Trẻ em 50mg/kg/lần x 2 lần/ngày (TM).

- Nhóm Carbapenem (cũng thuộc nhóm beta lactam phổ rộng)

Imipenem 0,5g: 20mg/kg x 2 - 4 lần/ngày (TTM).

Meropenem 1g: 20mg/kg x 2 - 3 lần/ngày (TTM),...

- Kháng sinh nhóm Quinolone

Ciprofloxacin 0,5g x 2 (uống) hoặc 0,2g x 2 lần/ngày (TTM).

Levofloxacin 0,5g x 1 lần/ngày (uống).

Moxifloxacin 0,4g x 1 lần/ngày (uống).

Ofloxacin 0,2g x 2 lần/ngày (TTM).

- Nhóm Glycopeptid

Vancomycin:

+ Người lớn: 500mg x 4 lần/ngày (TTM).
+ Trẻ em: 11mg/kg/lần x 4 lần/ngày (TTM).

Teicoplamin

+ Người lớn: 6mg/kg (TB, TTM) trong ngày đầu, giảm nửa liều các ngày tiếp theo.
+ Trẻ em: 10mg/kg/ngày trong 3 ngày, sau đó 6mg/kg/ngày.

- Nhóm Macrolid

Clarithromycin:

+ Người lớn 250 - 500mg x 2 lần/ngày (uống), hoặc 500mg x 2 lần/ngày (TTM).
+ Trẻ em: liều 7,5mg/kg x 2 lần/ngày (uống), không khuyến cáo dùng đường tiêm truyền.

Spiramycin:

+ Người lớn: 1,5 - 3 triệu UI x 3 lần/ngày (uống) hoặc 1,5 triệu UI x 3 lần/ngày (TTM).
+ Trẻ em: 50000 UI/lần x 3 lần/ngày, không dùng dạng tiêm truyền.

Azithromycin

+ Người lớn: 500mg/lần/ngày (uống).
+ Trẻ em: 10mg/kg/lần/ngày (uống).

- Nhóm Lincomycin:
  Clindamycine (Dalacin C):
  + Người lớn: 300mg/1viên x 3 lần/ngày (uống).
  + Trẻ em liều 8 - 16mg/kg/ngày chia 3 lần/ngày (uống).
- Nhóm Metronidazole:
  + Người lớn: 0,5g x 2 - 3 lần/ngày (Uống, TTM).
  + Trẻ em: 20-30mg/kg/ngày chia 2 - 3 lần (Uống, TTM).

❖ Kháng viêm:
- Steroid: có thể sử dụng dạng tiêm Methylprednisolone (Solumedrol 40mg) liều 0,5 - 1mg/Kg/ngày trong 3 - 5 ngày đầu sau đó chuyển sang dạng uống và giảm liều dần.
- Hoặc kháng viêm NSAIDs: Etodolac 200mg liều 1 viên x 3 lần/ngày,…
- Hoặc kháng viêm dạng men:
  Alphachymotripsine 4,2mg (Alpha Choay) 2 viên x 3 - 4 lần/ngày.
  Aescin 20mg liều 2 viên x 2 - 3 lần/ngày.

❖ Giảm đau: khi bệnh nhân đau, hoặc nhức đầu, hoặc sốt.
Người lớn: tùy mức độ đau
- Paracetamol 1g/100ml TTM C g/p 1chai * 2 - 3 lần/ngày.
- Hoặc uống paracetamol 0,5g hoặc 0,65g 1v * 2 - 4 lần/ngày.

Trẻ em: paracetamol 10 - 15mg/kg * 3 - 4 lần/ngày.
Trường hợp dị ứng paracetamol, hoặc đau nhiều sau mổ, có thể dùng một trong các loại kháng viêm sau:
- Diclofenac: TB 75mg/2ml * 2 lần/ngày.
  Hoặc 50mg 1v * 2 - 3 lần/ngày.
- Ibuprofen 200mg: 1v * 2 - 3 lần/ngày.

(TE >6 tháng, và > 7kg dùng dạng siro liều: 5 - 10mg/kg * 2 - 3 lần/ngày)

6.2. Ngoại khoa

6.2.1. Sơ lược kĩ thuật phẫu thuật

Là điều trị chủ yếu của UCH, chọn đường mổ phụ thuộc vào vị trí, kích thước, sự liên quan đến mạch máu lớn và sự nghi ngờ ác tính.

- Đường vào trong họng: u nhỏ, lành tính nằm trong họng miệng.
- Đường vào ở cổ: đối với các u sau trâm.
- Đường vào xuyên tuyến mang tai (Sébileau Carrega): đối với u trước trâm, u xuất phát từ thùy sâu tuyến mang tai.

6.3.2. Quy trình điều trị - chăm sóc

Chăm sóc sau mổ tùy vào kỹ thuật mổ. Nếu phẫu thuật trong họng có thể nội khoa 5 ngày xuất viện sau đó tái khám 1 tuần – 1 tháng – 3 tháng. Nếu phẫu thuật đường ngoài cần chăm sóc vết mổ, theo dõi dẫn lưu mỗi ngày, rút dẫn lưu khi hố mổ khô, cắt chỉ và tái khám 1 tuần – 1 tháng - 3 tháng.

7. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

- Chảy máu sau phẫu thuật: băng ép vết mổ, đảm bảo dẫn lưu hoạt động tốt. Nếu chảy máu nhiều mà băng ép không hiệu quả thì phải mở hố mổ cầm máu lại.
- Nhiễm trùng: Sử dụng kháng sinh tĩnh mạch, theo dõi và thay băng vết thương hàng ngày.
- Liệt dây thần kinh sọ.

8. PHÒNG NGỪA

Nguyên nhân những khối u cạnh họng chưa được biết rõ nên không có biện pháp nào phòng tránh rõ rệt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Võ Hiếu Bình (2008), Khối u cạnh họng, TAI MŨI HỌNG, Nhà Xuất bản Y học, Trang 252 - 265.

2. Võ Tấn (1994), Tai Mũi Họng Thực Hành – tập 1, Nhà xuất bản Y học, trang 346 – 351.
3. Bailey B. J., Karen H. Calhoun (1998), *Head and Neck Surgery - Otolaryngology*. Vol. 1. Lippinciott – Raven.
4. Cummings C. W., John M. Fredrickson, Lee A. Harker (1986), *Otolaryngology - Head and Neck Surgery*. Vol. 1. CV Mosby.