

Ung thư nguyên phát thính giác hai bên ở bệnh nhân ung thư vùng đầu cổ

Viết bởi Biên tập viên

Thứ hai, 13 Tháng 6 2022 19:17 - Lần cập nhật cuối Thứ hai, 13 Tháng 6 2022 19:23

Bs Nguyễn Hoàng Phúc –

Bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gai vùng đầu cổ có nguy cơ cao phát triển ung thư nguyên phát thính giác. Ung thư nguyên phát thính giác được phát hiện đáng ngờ khi ung thư nguyên phát được tìm ra hoặc trong vòng 6 tháng đầu sau khi chẩn đoán, trong khi một khi ác tính nguyên phát thính giác được coi là không đáng ngờ khi phát hiện sau 6 tháng đầu kể từ khi phát hiện khối u. Các khối ác tính nguyên phát thính giác cũng cần được chẩn đoán phân biệt với khối u tái phát từ chỗ hoặc khối u nguyên phát di căn từ vị trí khác.

Các khối ác tính nguyên phát thính giác là nguyên nhân thính giác đầu tiên trong bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gai vùng đầu cổ. Khoảng 25%-35% nguyên nhân thính giác bệnh nhân này là do khối u ác tính nguyên phát thính giác, đầu tiên nêu bật tầm quan trọng trong việc đi đầu trong có hiểu rõ về bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gai vùng đầu cổ.

Việc phân loại, dịch chuyển học, nguyên nhân, chẩn đoán và điều trị khối u ác tính nguyên phát thính giác sau khi điều trị ung thư đáng ngờ tiêu hóa trên sẽ được đề cập ở đây. Sự giám sát khối u ác tính thính giác hay khối u tái phát từ chỗ và việc quản lý bệnh nhân ung thư đầu cổ, bệnh nhân đã được điều trị một lần sẽ được thảo luận riêng biệt.



KHÁI NIỆM VÙNG UNG THƯ HÓA

Khái niệm vùng ung thư hóa được dùng để chỉ sự thích sự xuất hiện của bệnh ung thư nguyên phát thính giác, được biết là khối u ở khoang miệng. Khái niệm này đã được giới thiệu bởi Slaughter – người đã tìm ra ung thư khoang miệng, biểu mô ngoài ranh giới của khối u đã bị biến đổi

Ung thư nguyên phát th hai trên b nh nhân ung thư vùng đ u c

Vi t b i Biên t p viên

Th hai, 13 Tháng 6 2022 19:17 - L n c p nh t cu i Th hai, 13 Tháng 6 2022 19:23

mô h c.

Quan đ m c đ n c a thu t ng vùng ung thư hóa gi thuy t r ng vùng niêm m c l n vùng đ u c b nh h ng do t p xúc v i ch t gây ung thư, k t qu là m t vùng l n t bào t n ác tính phát sinh đ c l p t o nên nhi u kh i u nguyên phát. M t s nghiên c u th y r ng các kh i u ác tính th phát có chung mô hình di truy n v i các kh i u nguyên phát, c hai kh i u có ngu n g c t dòng vô tính bình th ng.

Trong m t nguyên c u phân tích nhân v tinh v vi th cho th y r ng 3 trong 5 b nh nhân b ung thư khoang mi ng cùng b m t t t c đ u hi u đ h p t , đ u hi u g i ý v ngu n g c vô tính chung trong m t nhóm b nh nhân.

Trong m t nghiên c u khác, phân tích nhi m s c th và kĩ thu t hu nh quang lai t i ch (FISH) đã ch ng minh v m i quan h dòng t bào b m t b nh nhân phát hi n đ ng th i kh i ác tính nguyên phát th hai b s n mi ng và h h ng.

Ng c i, trong m t nghiên c u g m 17 b nh nhân b kh i ác tính nguyên phát th hai trong ng tiêu hóa trên, ki u gen p53 cho th y s khác nhau hoàn toàn gi a các kh i u nguyên phát và các kh i ác tính nguyên phát th hai.

TIÊU CHU N PHÂN LO I UNG TH NGUYÊN PHÁT TH HAI

Theo phân lo i theo Warren và Gates

Các tiêu chí c đ n đ xác đ nh kh i u ác tính nguyên phát th hai đã đ c đ xu t b i Warren và Gates. Bao g m tiêu chu n sau:

- Xác nh n mô h c c a kh i ác tính trong c kh i u th nh t và kh i u nguyên phát th hai.
- Hai kh i u ác tính ph i đ c phân tách nhau b i vùng niêm m c bình th ng v ph ng di n gi i ph u.

Ung th₁ nguyên phát th₂ hai trên b₁ nh nhân ung th₁ vùng đ₁ u c₁

Viết bởi Biên tập viên

Thứ hai, 13 Tháng 6 2022 19:17 - Lần cập nhật cuối Thứ hai, 13 Tháng 6 2022 19:23

- Phân loại trẻ kh₁ năng kh₁ ác tính nguyên phát th₂ hai là một di căn c₁ a kh₁ i ung th₁.

Hầu hết các nhà nghiên cứu sử dụng cả ba tiêu chí trên để xác định một kh₁ ác tính nguyên phát th₂ hai. Tuy nhiên bất đồng tồn tại liên quan đến việc áp dụng các tiêu chí th₂ hai và th₃ ba. Ví dụ, khi cả hai kh₁ i u xuất hiện cùng một vị trí giải phẫu, không có sự đồng thuận về phương pháp tồn tại giữa các kh₁ i u, với một số nhà nghiên cứu đưa ra là 1,5cm và nh₁ ng ng₁ i khác đòi hỏi 2 cm. Hơn nữa, khi xảy ra cùng vị trí giải phẫu, một số nhà nghiên cứu thêm rằng kh₁ ác tính nguyên phát th₂ hai phải có một ít nhất là ba năm sau khi chẩn đoán kh₁ i u, trong khi nh₁ ng ng₁ i khác đòi hỏi rằng kh₁ ác tính nguyên phát th₂ hai phải tồn tại ít nhất là năm năm sau khi phát hiện kh₁ i u ban đầu. Nhờ nhà nghiên cứu khác lập kế hoạch phân tích về một phân tử và kh₁ i u như một kh₁ ác tính nguyên phát th₂ hai.

Tiêu chuẩn đưa ra trên phân tử

Một hệ thống phân loại phân tử được đề xuất cho các kh₁ ác tính nguyên phát th₂ hai. Khi giải quyết hai tồn tại đồng thời cùng một vị trí giải phẫu, kỹ thuật sao chép phân tử có thể được sử dụng để xác định mối quan hệ giữa các tồn tại đồng thời, chứ không phải dựa trên phương pháp giữa các tồn tại đồng thời hay phương pháp tìm ra các kh₁ i u.

Nếu loại hình phân tử của các kh₁ i u đầu tiên và th₂ hai là giống hệt nhau, các kh₁ i u th₂ hai nên được phân loại là tái phát tại chỗ hay di căn.

Khi một số đầu mút gen giống nhau và các đầu mút khác là khác nhau, được phân loại như là một “kh₁ i u nguyên phát th₂ hai”. Kh₁ i u nguyên phát th₂ hai được cho là phát sinh khi trong một vùng lân cận các tế bào liên quan đến tế bào tiền ung thư, cả hai quá trình này được lặp lại nhau đến đến hai kh₁ i u trong vùng tế bào tiền ung thư.

Nếu kết quả về phân tử của các kh₁ i u là hoàn toàn khác nhau, kh₁ i u th₂ hai được phân loại như là một ung thư nguyên phát th₂ hai.

Phân biệt kh₁ ác tính phải nguyên phát th₂ hai hay do di căn xa. Các nốt phải đến đến một bệnh nhân ung thư tế bào gai vùng đầu cổ khó có thể chẩn đoán một cách chắc chắn, vì việc phân

Ung th_o nguyên phát th_o hai trên b_onh nhân ung th_o vùng đ_ou c_o

Vi_ot b_oi Biên t_op viên

Th_o hai, 13 Tháng 6 2022 19:17 - L_on c_op nh_ot cu_oi Th_o hai, 13 Tháng 6 2022 19:23

bi_ot m_ot ung th_o bi_ou mô t_o bào gai nguyên phát th_o hai _o ph_oi v_oi di căn t_o ung th_o t_o bào v_oy vùng đ_ou c_o có _o nh_o h_ong l_on đ_on chi_on l_oc đ_ou tr_o và tiên l_ong b_onh. Ph_oi th_ong là v_o trí di căn xa ph_o bi_on nh_ot _o nh_ong b_onh nhân ung th_o t_o bào gai vùng đ_ou c_o và nguy c_o cao h_on _o nh_ong b_onh nhân nhi_om HPV đ_oc bi_ot. Ngoài ra, b_onh nhân ung th_o t_o bào gai vùng đ_ou c_o có nguy c_o gia tăng ung th_o ph_oi nguyên phát th_o hai.

So sánh s_o thay đ_oi v_o di truy_on là m_ot ph_ong pháp quan tr_ong đ_o nghiên c_ou m_oi quan h_o dòng t_o bào gi_oa ung th_o t_o bào gai vùng đ_ou c_o và ung th_o bi_ou mô t_o bào gai đ_on đ_oc _o ph_oi. M_ot s_o nhà nghiên c_ou đã s_o d_ong phân tích đ_ot bi_on đ_o phân bi_ot gi_oa di căn ph_oi v_oi ung th_o nguyên phát th_o hai _o ph_oi khi các t_on th_ong ph_oi có ngu_on g_oc gai.

Đ_oCH T_o H_oC, Y_oU T_o NGUY C_o VÀ PHÒNG B_oNH

T_o l_o m_oc

Các nguy c_o có ung th_o nguyên phát th_o hai _o nh_ong b_onh nhân ung th_o bi_ou mô t_o bào gai vùng đ_ou c_o tăng lên đáng k_o so v_oi dân s_o chung cùng tu_oi. H_on n_oa, nguy c_o gia tăng này ch_o y_ou gi_oi h_on trong các b_onh ung th_o đ_ong tiêu hóa trên và không đ_oi theo th_oi gian sau ch_on đoán ban đ_ou. T_o l_o ung th_o nguyên phát th_o hai kho_ong 2%-7% m_oi năm, và nguy c_o này v_on không đ_oi t_o th_oi đ_om ch_on đoán ban đ_ou xuyên su_ot th_oi gian s_ong c_oa b_onh nhân.

Hai trung tâm l_on hi_on đ_oi nghiên c_ou ung th_o cung c_op cái nhìn c_o th_o h_on v_o t_om quan tr_ong và chi ti_ot các nguy c_o gia tăng:

M_ot phân tích c_oa 13 trung tâm ghi nh_on ung th_o _o châu Âu, châu Á, Úc và Canada cung c_op đ_o li_ou v_o h_on 99000 b_onh nhân, theo dõi kho_ong 490000 ng_oi trong m_ot năm. Trong c_o s_o đ_o li_ou ph_oi h_op này, 10826 ung th_o nguyên phát th_o hai đ_oc xác đ_onh:

- Nguy c_o tích lũy trong 20 năm c_oa m_ot ung th_o th_o hai là 36% và t_o su_ot nguy c_o chu_on so v_oi dân s_o nói chung là 1,86.
- Các b_onh ác tính th_o hai th_ong g_op nh_ot là ung th_o ph_oi (nguy c_o tích lũy 20 năm tích lũy là 13%, t_o su_ot chênh là 3.3).
- B_onh ung th_o đ_ou c_o th_o hai có nguy c_o t_ong đ_oi tăng cao nh_ot.

Ung th₀ nguyên phát th₀ hai trên b₀ nh nhân ung th₀ vùng đ₀ u c₀

Vị t b₀ i Biên t₀ p viên

Th₀ hai, 13 Tháng 6 2022 19:17 - L₀ n c₀ p nh₀ t cu₀ i Th₀ hai, 13 Tháng 6 2022 19:23

- Các nguy c₀ c₀ a m₀ t kh₀ i ác tính nguyên phát th₀ hai gi₀ m khi tu₀ i tăng lên t₀ i th₀ i đ₀ i m ch₀ n đoán ung th₀ đ₀ u tiên. Ví d₀ nh₀ , đ₀ i v₀ i nh₀ ng b₀ nh nhân có ung th₀ nguyên phát th₀ hai vùng đ₀ u c₀ , t₀ su₀ t m₀ c chu₀ n hóa gi₀ m d₀ n t₀ 14,9 (đ₀ i v₀ i nh₀ ng b₀ nh nhân đ₀ i i 56 tu₀ i vào lúc ch₀ n đoán ban đ₀ u) t₀ i 8,4 (đ₀ i v₀ i nh₀ ng b₀ nh nhân t₀ 75 tu₀ i tr₀ i lên). Nguy c₀ gi₀ m nhanh chóng x₀ y ra t₀ i ng t₀ i b₀ nh nhân có ung th₀ nguyên phát th₀ hai i ph₀ i. Cho dù đ₀ i u này ph₀ n i nh cao h₀ n n₀ n t₀ i ung th₀ khi tu₀ i tăng lên trong dân s₀ chung ho₀ c i nh h₀ i ng của các y₀ u t₀ không xác đ₀ nh khác (thu₀ c lá, r₀ i u, di truy₀ n) là không rõ ràng.

M₀ t nghiên c₀ u th₀ hai phân tích v₀ t₀ n su₀ t c₀ a kh₀ i ác tính th₀ hai trong 75087 b₀ nh nhân đ₀ i c xác đ₀ nh gi₀ a năm 1975 và năm 2006 t₀ i v₀ i c s₀ i i u giám sát, đ₀ ch t₀ h₀ c và k₀ t qu₀ cu₀ i cùng (SEER):

- T₀ su₀ t chênh m₀ c b₀ nh chu₀ n cho m₀ t kh₀ i u m₀ t đ₀ ch₀ c nguyên phát th₀ hai. Đ₀ i u này t₀ i ng i ng v₀ i nguy c₀ tuy₀ t đ₀ i tăng c₀ a 168 lo₀ i ung th₀ trên 10000 nguy c₀ b₀ nh nhân/năm.

- Gia tăng nguy c₀ t₀ i ng đ₀ i i l₀ n nh₀ t là b₀ nh nhân ung th₀ nguyên phát th₀ hai vùng đ₀ u c₀ , đ₀ i u này đóng góp m₀ t nguy c₀ tuy₀ t đ₀ i v₀ i t quán 60/10000 b₀ nh nhân/năm.

- Các nguy c₀ c₀ a kh₀ i ác tính nguyên phát th₀ hai khác bi₀ t đáng k₀ b₀ i v₀ trí c₀ a ung th₀ bi₀ u mô t₀ bào gai nguyên phát th₀ 2 vùng đ₀ u c₀ . Nguy c₀ c₀ a m₀ t kh₀ i ác tính nguyên phát th₀ 2 là cao nh₀ t đ₀ i v₀ i b₀ nh nhân ung th₀ bi₀ u mô t₀ bào gai vùng h₀ h₀ ng, ti₀ p theo là vùng h₀ u h₀ ng, khoang mi₀ ng và thanh qu₀ n.

- Xu h₀ i ng đ₀ c hi₀ u v₀ trí đã thay đ₀ i trong k₀ nguyên nhi₀ m vi rút gây u nhú i ng₀ i (HPV). Ng₀ c i v₀ i ba v₀ trí khác, đã có s₀ suy gi₀ m đáng k₀ nguy c₀ c₀ a kh₀ i ác tính nguyên phát vùng h₀ ng mi₀ ng. Tr₀ i c năm 1990, kh₀ i u ác tính nguyên phát vùng h₀ ng mi₀ ng mang gánh n₀ ng quá m₀ c cao th₀ hai c₀ a ung th₀ ác tính nguyên phát th₀ hai, trong khi hi₀ n t₀ i ch₀ s₀ ung th₀ h₀ ng mi₀ ng i mang nguy c₀ th₀ p nh₀ t.

- T₀ i m₀ c b₀ nh ung th₀ ph₀ i cũng đã tăng lên đáng i . T₀ n s₀ m₀ c b₀ nh ung th₀ ph₀ i cao đóng góp i n nh₀ t vào s₀ gia tăng tuy₀ t đ₀ i trong t₀ i m₀ c b₀ nh ung th₀ (nguy c₀ hàng năm v₀ i t quá 75/10000 b₀ nh nhân/năm).

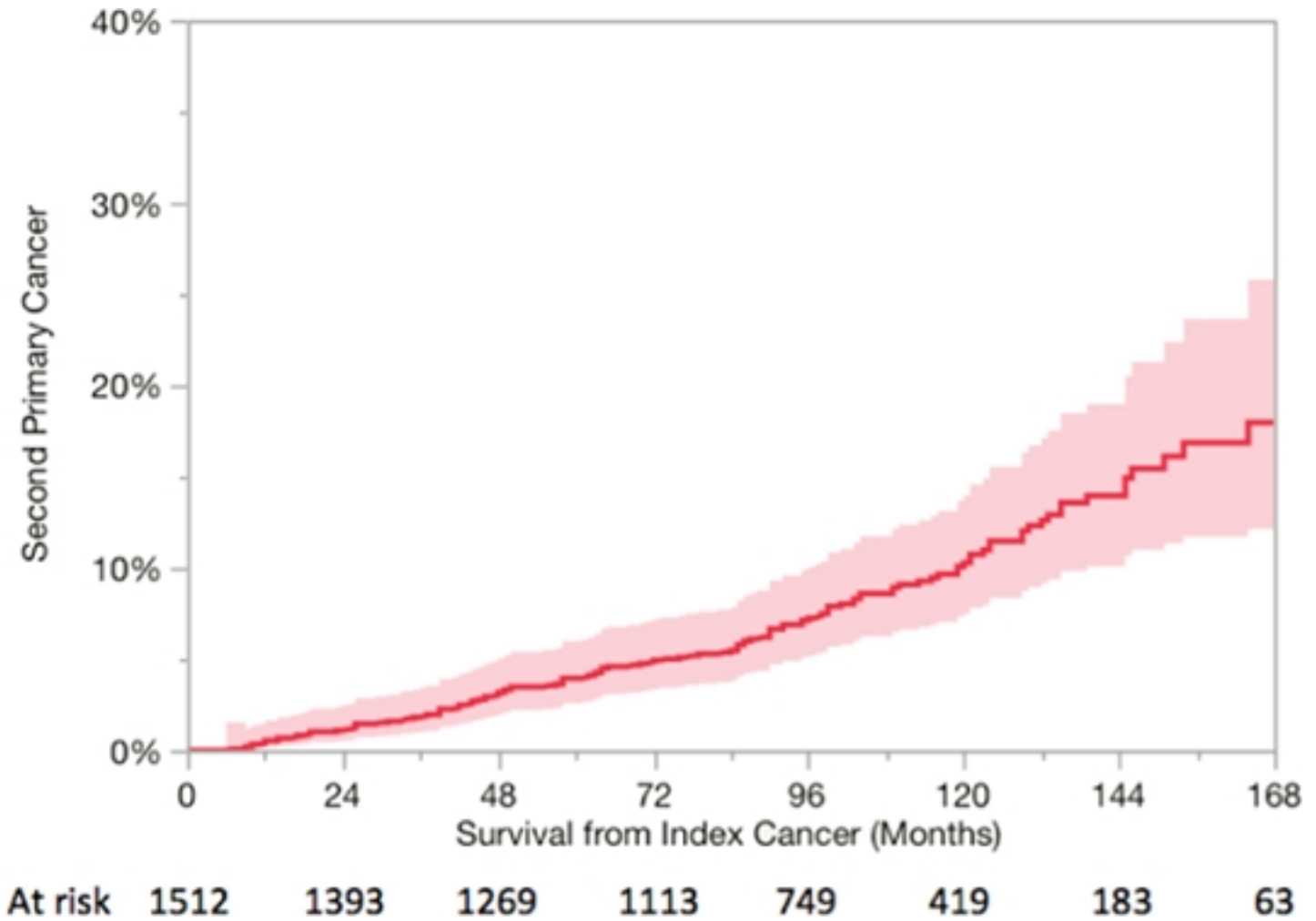
- T₀ i m₀ c ung th₀ th₀ c qu₀ n cũng tăng lên đáng k₀ và đóng góp có ý nghĩa vào s₀ tăng tr₀ i ng chung trong t₀ n s₀ ung th₀ i nh₀ ng b₀ nh nhân i n đ₀ u m₀ c ung th₀ vùng đ₀ u c₀ (nguy c₀ hàng năm v₀ i t quá 14,2/10000 b₀ nh nhân/năm).

- Có m₀ c tăng t₀ i thi₀ u nguy c₀ c₀ a các kh₀ i u ch₀ c khác h₀ n so v₀ i đ₀ u và c₀ , ph₀ i, th₀ c qu₀ n. V₀ trí c₀ a các ung th₀ i nh h₀ i ng đ₀ n h₀ u h₀ t v₀ trí c₀ a m₀ t kh₀ i ác tính nguyên phát th₀ hai. Ví d₀ nh₀ , trong 1257 b₀ nh nhân ung th₀ t₀ bào v₀ y vùng đ₀ u c₀ , b₀ nh nhân m₀ c m₀ t kh₀ i u ác tính ch₀ s₀ phát sinh trong thanh qu₀ n có nhi₀ u kh₀ năng phát tri₀ n thành m₀ t ung th₀ nguyên phát th₀ hai trong ph₀ i, trong khi nh₀ ng phát sinh trong khoang mi₀ ng đ₀ i ng nh₀ có nhi₀ u kha năng phát tri₀ n thành m₀ t ung th₀ nguyên phát th₀ hai trong ph₀ i, trong khi nh₀ ng phát sinh trong khoang mi₀ ng đ₀ i ng nh₀ có nhi₀ u kh₀ năng phát tri₀ n thành m₀ t ung th₀ nguyên phát th₀ hai vùng đ₀ u c₀ ho₀ c th₀ c qu₀ n. M₀ i quan h₀ này đã đ₀ i c quan sát trong các nghiên c₀ u khác. Ung th₀ vòm h₀ ng ph₀ bi₀ n h₀ n i các n₀ c châu Á và đ₀ i c k₀ t h₀ p v₀ i vi rút Epstein – Barr (EBV). S₀ gia tăng kh₀ i u ác tính th₀ hai trong c₀ ng đ₀ ng đ₀ i c gi₀ i h₀ n v₀ i vùng đ₀ u c₀ và không có s₀ gia tăng đáng k₀ trong ung th₀ ph₀ i ho₀ c ung th₀ th₀ c qu₀ n.

Ung thư nguyên phát thứ hai trên bệnh nhân ung thư vùng đầu cổ

Viết bởi Biên tập viên

Thứ hai, 13 Tháng 6 2022 19:17 - Lần cập nhật cuối Thứ hai, 13 Tháng 6 2022 19:23



Các yếu tố nguy cơ

Một số yếu tố ảnh hưởng đến khả năng phát triển một hay nhiều loại ung thư, hoặc là ở vùng đầu cổ hoặc là ở nơi khác:

- Tiếp xúc với thuốc lá và rượu là yếu tố nguy cơ phổ biến nhất đối với sự phát triển của bệnh ung thư vùng đầu cổ và là yếu tố chính liên quan đến việc tăng tần suất ung thư nguyên phát thứ hai. Các tác nhân góp phần làm thay đổi biểu mô, và việc tiếp tục sử dụng chúng có liên quan với sự tăng nguy cơ. Ngay khi hút thuốc xem ra là để làm giảm nguy cơ của một khi ác tính nguyên phát thứ 2 sau chẩn đoán ung thư vùng đầu cổ, và thậm chí nên cai nghiện thuốc lá hết sức quan trọng.

Ung th₀ nguyên phát th₀ hai trên b₀nh nhân ung th₀ vùng đ₀u c₀

Vị t b₀i Biên t₀p viên

Th₀ hai, 13 Tháng 6 2022 19:17 - L₀n c₀p nh₀t cu₀i Th₀ hai, 13 Tháng 6 2022 19:23

- Nhi₀u nghiên c₀u l₀n đã quan sát th₀y r₀ng nguy c₀ c₀a m₀t kh₀i ung th₀ nguyên phát th₀ 2 tăng lên ₀ b₀nh nhân ung th₀ đ₀u c₀ đ₀ng c₀ ch₀n đoán ₀ đ₀ tu₀i t₀ng đ₀i s₀m và s₀ gia tăng nguy c₀ này gi₀m d₀n khi tu₀i tăng lên. Cho dù đ₀u này ph₀n ₀nh t₀ l₀n n₀b₀ ung th₀ cao h₀n khi tu₀i tăng lên trong dân s₀ nói chung ho₀c ₀nh h₀ng c₀a ác y₀u t₀ không xác đ₀nh khác (thu₀c lá, r₀u, di truy₀n) không rõ ràng.

- Vai trò c₀a li₀u pháp tr₀ng x₀ tr₀ là ph₀c t₀p. Đ₀u tr₀ tr₀c đây cho ung th₀ vùng đ₀u c₀ s₀ đ₀ng x₀ tr₀ ngoài có liên quan v₀i s₀ gi₀m t₀ l₀c₀a b₀nh ung th₀ nguyên phát th₀ hai trong vùng x₀ tr₀. Quan sát này đã đóng góp cho đ₀u tr₀ t₀n ung th₀ và các kh₀i u nguyên phát th₀ hai t₀m ₀n. Trong m₀t nghiên c₀u c₀ s₀ đ₀ li₀u trên 27985 b₀nh nhân, t₀ l₀ m₀c ung th₀ vùng đ₀u c₀ nguyên phát th₀ hai gi₀m đáng k₀ ₀nh₀ng b₀nh nhân đ₀u tr₀ b₀ng x₀ tr₀ so v₀i nh₀ng ng₀i có b₀nh ung th₀ nguyên phát đ₀ng c₀ đ₀u tr₀ b₀ng ph₀u thu₀t (7,7% so v₀i 10,5%). Tuy nhiên, ti₀p xúc v₀i x₀ tr₀ có th₀ liên quan t₀i nhi₀u lo₀i ung th₀, ch₀ng h₀n nh₀ ung th₀ tuy₀n giáp ho₀c sarcoma. Các y₀u t₀ khác có liên quan v₀i tăng nguy c₀ c₀a b₀nh ung th₀ nguyên phát th₀ hai có th₀ bao g₀m v₀ sinh răng mi₀ng kém, các y₀u t₀ mi₀n d₀ch và các y₀u t₀ di truy₀n.

Phòng b₀nh

Các ph₀ng pháp gi₀m nguy c₀ ung th₀ nguyên phát th₀ hai là ng₀ng hút thu₀c lá. Nhi₀u tác nhân hóa h₀c đã đ₀ng nghiên c₀u nh₀ các tác nhân t₀m năng ng₀a ung th₀, v₀i m₀t m₀c tiêu gi₀m tái phát c₀a ung th₀ thì đ₀ng nghĩa v₀i c₀ng ch₀n chuy₀n đ₀i sang ác tính c₀a các t₀n th₀ng t₀n ung th₀.

Th₀t không may, không ch₀t nào trong s₀ các h₀p ch₀t này cho th₀y l₀i ích đáng k₀ tìm th₀y t₀ các nghiên c₀u ng₀u nhiên t₀n c₀u, và không có tác nhân nào đóng vai trò ₀nh₀ng b₀nh nhân đã m₀c ung th₀ bi₀u mô t₀ bào gai vùng đ₀u c₀.

CH₀N ĐOÁN

Các đánh giá ban đ₀u c₀a m₀t b₀nh nhân ung th₀ bi₀u mô t₀ bào gai vùng đ₀u c₀ nên bao g₀m: n₀i soi thanh qu₀n, n₀i soi mũi h₀ng, n₀i soi th₀c qu₀n đ₀ lo₀i tr₀ b₀nh ác tính nguyên phát th₀ hai x₀y ra đ₀ng th₀i ₀ đ₀ng tiêu hóa trên. M₀t s₀ tác gi₀i đ₀t câu h₀i v₀ hi₀u qu₀ chi phí c₀a n₀i soi th₀c qu₀n, v₀i t₀ l₀ th₀p c₀a v₀i c₀ cùng lúc phát hi₀n các kh₀i ác tính nguyên phát th₀ hai, trong khi nh₀ng ng₀i khác nh₀n th₀y n₀i soi th₀c qu₀n có ích, đ₀c bi₀t là ₀nh₀ng ng₀i hút thu₀c, v₀i m₀t kh₀i ác tính nguyên phát th₀ hai x₀y ra đ₀ng th₀i, quan sát trong 12% b₀nh nhân hút thu₀c. M₀t nghiên c₀u khác báo cáo ung th₀ th₀ hai phát hi₀n đ₀ng th₀i ₀ đ₀ng

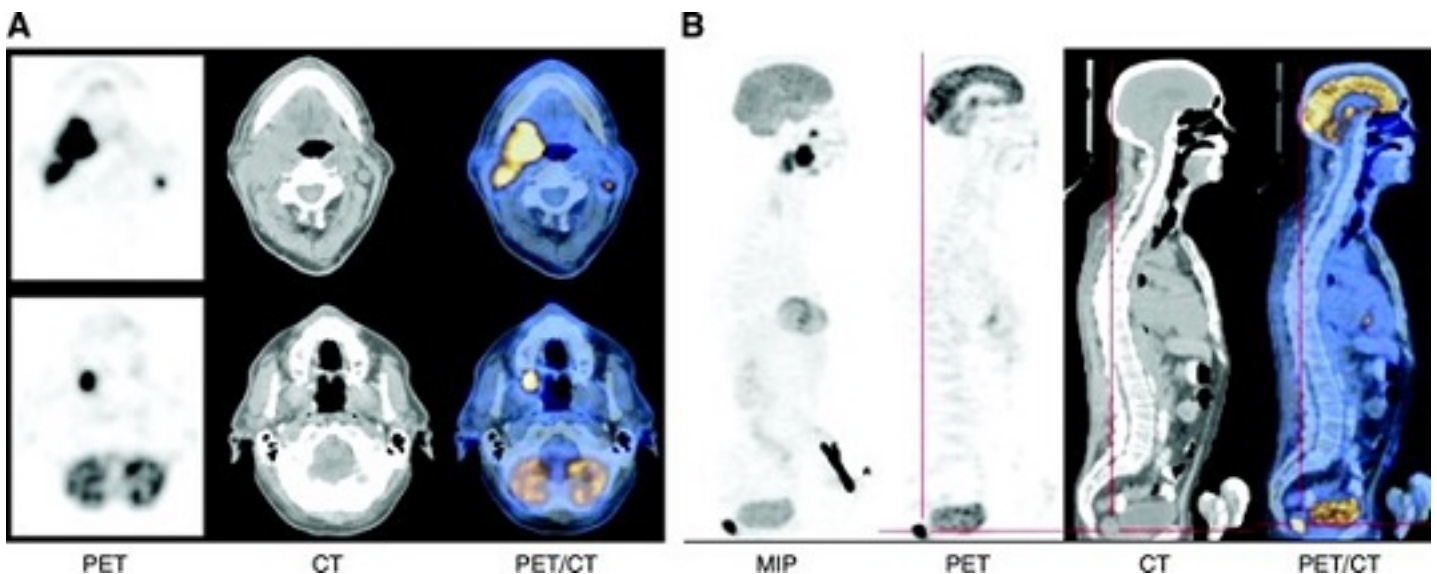
Ung thư nguyên phát thính giác trên bề mặt nhân ung thư vùng đầu cổ

Vị trí bài Biên tập viên

Thứ hai, 13 Tháng 6 2022 19:17 - Lần cập nhật cuối Thứ hai, 13 Tháng 6 2022 19:23

tiêu hóa trên trong 3,9% bệnh nhân đầu cổ phát hiện bệnh nội soi thực quản trong việc đánh giá ban đầu khi ác tính vùng đầu cổ và chỉ trình bày quan trọng của nội soi thực quản trong việc phát hiện một bệnh không có triệu chứng hay còn được gọi là ung thư nguyên phát thính giác im lặng. Đây là giai đoạn khi năng điểu trị khi cao nhất. Mặc dù tầm soát thực quản, sẽ có một số bệnh khi ác tính nguyên phát thính giác phát hiện đầu tiên thì tác động có ý nghĩa đến kết quả điều trị với bệnh nhân. Chính vì vậy, cần để thực hiện một đánh giá nội soi kết hợp nội soi gây mê trước khi điểu trị bằng phẫu thuật ung thư biểu mô tế bào gai vùng đầu cổ.

Chỉ số kết hợp bằng phóng xạ positron và chỉ số kết hợp vị tính (PET/CT) có thể bổ sung hoặc thay thế nội soi thực quản trong phát hiện đầu tiên ung thư nguyên phát thính giác. Một loạt các nghiên cứu lớn về lợi ích của PET/CT trong việc phát hiện các ung thư ác tính nguyên phát thính giác, đã công bố về tầm soát phát hiện đầu tiên khi ác tính nguyên phát thính giác là 4%. Số lượng PET/CT trong chẩn đoán ban đầu, độ nhạy để phát hiện ung thư nguyên phát thính giác là 97,5%, với giá trị độ báo âm tính là 99,7%. Tuy nhiên, độ đặc hiệu là 92,6% và giá trị độ báo dương tính chỉ 62,9%. Nhưng dữ liệu này cho thấy PET/CT là một kỹ thuật nhạy để phát hiện các khi ác tính nguyên phát thính giác mặc dù một số xét nghiệm có thể được tính giá.



Nội soi thực quản thông thường xuyên được thực hiện cho một số bệnh nhân cũng như để đánh giá một bệnh nhân có khi ác tính nguyên phát thính giác và qua phẫu thuật điểu trị ung thư biểu mô tế bào gai vùng đầu cổ. Đối với bệnh nhân đang được điểu trị bằng xạ trị là chính hoặc hóa xạ trị đầu tiên, khám sức khỏe toàn diện kết hợp với PET/CT là để, nội soi thực quản là không cần thiết trừ khi bệnh nhân yêu cầu sinh thiết mô để gây mê toàn thân.

Ung thư nguyên phát thứ hai trên bề mặt nhàn ung thư vùng đầu cổ

Viết bởi Biên tập viên

Thứ hai, 13 Tháng 6 2022 19:17 - Lần cập nhật cuối Thứ hai, 13 Tháng 6 2022 19:23

Theo dõi định kỳ sau điều trị bề mặt nhàn ung thư đầu cổ và bất biến để xác định bề mặt tái phát và/hoặc mô tả tính nguyên phát thứ hai tiềm năng và tìm kiếm bằng chứng tái phát căn bản nhàn ung thư. Hội ung thư quốc gia Mỹ khuyến cáo như sau: Năm thứ nhất khám lại sau 1-3 tháng. Trong năm thứ 2, khám lại 2-6 tháng. Từ năm thứ 3 đến năm thứ 5 thì khám lại 4-8 tháng. Sau năm thứ 5 thì khám lại 12 tháng 1 lần.

Mức độ nguy cơ tái phát tại chỗ tại khu vực u ban đầu giảm dần theo thời gian, tiếp tục theo dõi là cần thiết vì nguy cơ của mô tả khu vực nguyên phát thứ hai có thể tăng lên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bề mặt vi mô K (2015), Hóa trị mô tả bề mặt nhàn ung thư đầu cổ, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. Sturgis EM, Miller RH. Second primary malignancies in the head and neck cancer patient. *Ann OtolRhinoLaryngol* 1995; 104:946
3. Baakhuis BJ, Tabor MP, Leemans CR, et al. Second primary tumors and field cancerization in oral and oropharyngeal cancer, molecular techniques provide new insights and definitions. *Head Neck* 2002; 24:198.