

UNG THƯ THANH QUẢN

Nguyễn Hữu Phúc

MỤC TIÊU BÀI GIẢNG

1. Kể được các yếu tố dịch tễ và nguyên nhân của ung thư thanh quản
2. Hiểu được quá trình diễn tiến và bệnh học của ung thư thanh quản
3. Trình bày các phương tiện chẩn đoán ung thư thanh quản
4. Nắm được các nguyên tắc điều trị ung thư thanh quản

1. MỞ ĐẦU

Ung thư thanh quản là một trong các ung thư thường gặp trong ung thư đường hô hấp, tiêu hóa trên. Các phương pháp điều trị thường có ảnh hưởng đến chức năng của thanh quản và chất lượng sống của bệnh nhân. Nên chẩn đoán sớm là vấn đề quan trọng để có cơ hội bảo tồn chức năng thanh quản và các phối hợp điều trị cũng được nghiên cứu với mục đích bảo tồn cơ quan trong các trường hợp ở giai đoạn trễ.

2. DỊCH TỄ HỌC-NGUYÊN NHÂN

Ung thư thanh quản là ung thư đứng hàng thứ 11 trong các ung thư thường gặp trên toàn cầu. Năm 1985 có khoảng 121.000 ca mới.

Đây là một trong các ung thư thường gặp ở Châu Âu với 52.000 ca mới/năm và ở Mỹ khoảng 9.500-11.000 ca mới/năm. Xuất độ ở Bắc Châu Âu: 6/100.000/năm và Nam Châu Âu 18/100.000/năm đối với nam giới, ở nữ giới không quá 1,5/100.000 /năm

Theo Globocan 2002, ở Việt Nam ung thư thanh quản đứng hàng thứ 10 ở nam giới với tỉ lệ 2,2% và xuất độ 3,2/100.000/năm so với nữ giới ung thư thanh quản chiếm 0,2% và xuất độ 0,3/100.000 /năm.

Các yếu tố nguy cơ:

- Hút thuốc là yếu tố nguy cơ trội nhất.
- Rượu là yếu tố nguy cơ đứng hàng thứ hai. Trên 95% bệnh nhân ung thư thanh quản có hút thuốc và uống rượu.
- Các yếu tố khác:
 - Tiếp xúc môi trường: chất Abestos, Nicken, hơi Mustard
 - Bệnh trào ngược thực quản - bao tử
 - Nhiễm Virút gây bướu nhú ở người (HPV) loại 6, 11,16,18,33 (hiện diện 15% ung thư thanh quản)
 - Ăn uống nhiều rau củ, trái cây có caroten, vitamin C có thể làm giảm nguy cơ

3. BỆNH HỌC VÀ DIỄN TIẾN

95% ung thư thanh quản là carcinom tế bào gai, các loại khác hiếm hơn

Carcinom tế bào gai dạng mụn cóc chiếm khoảng 1-2% có diễn tiến tại chỗ mạnh nhưng thường không di căn

3.1. BUỚU NGUYÊN PHÁT

Trên thanh môn

Sụn nắp

Phần trên xương móng bướu thường dạng chồi, to, xâm lấn hủy đầu sụn nắp ăn lan cấu trúc lân cận (thung lũng và khoang trước sụn nắp). Bướu phần dưới xương móng thường xâm

lần qua các lỗ sụn nắp đến khoảng trước sụn nắp, có thể xâm lấn dây thanh giáp, rìa thanh quản và đến xoang lê; ở giai đoạn trễ, bướu xâm lấn mép trước đến dưới thanh môn.

Dây thanh giáp

Thường xuất hiện dưới dạng tổn thương dưới niêm mạc ăn lan về phía trước đến sụn giáp, phía trong đến xoang lê; có thể xâm lấn đến sụn nắp phần dưới xương móng. Đầu tiên bướu có thể xâm lấn dây thanh thật theo đường dưới niêm mạc gây khó khăn trong chẩn đoán. Bướu xâm lấn dưới thanh môn thường ở giai đoạn trễ.

Nếp phễu nắp và sụn phễu

Khó xác định nguyên uỷ của bướu từ vách trong của xoang lê hoặc nếp phễu nắp. Khi bướu tiến triển xâm lấn vào cơ nhẫn phễu làm bất động thanh quản. Bướu có thể xâm lấn đáy lưỡi, vách hầu và vùng hầu sau sụn nhẫn.

Bướu ở thanh môn

Bướu thường xuất phát từ 2/3 trước bờ tự do của dây thanh lan đến mép trước, buồng thanh thất, máu thanh và dưới thanh môn. Bướu cũng có thể xâm lấn dây chằng thanh đến cơ giáp phễu và khoang cạnh thanh môn. Nón đòn hồi là hàng rào cản bướu xâm lấn đến dưới thanh môn. Bướu tiến triển có thể đến sụn giáp và tuyến giáp

Bướu dưới thanh môn

Ít gặp, có thể bướu xuất phát từ mặt dưới của dây thanh hoặc niêm mạc dưới thanh môn. Bướu xâm lấn sụn nhẫn rất sớm vì không có cơ dưới niêm mạc

3.2. Hạch vùng

Trên thanh môn: tỉ lệ di căn hạch từ 25 đến 75% cho tất cả các giai đoạn và thường di căn hạch hai bên

Thanh môn :

- T1,T2: tỉ lệ di căn hạch thấp: 0-10%
- T3,T4: tỉ lệ di căn hạch thay đổi từ :10-35%
- Nhóm hạch nguy cơ di căn (T3,T4): nhóm II, III, IV, VI.

Dưới thanh môn: đầu tiên di căn hạch cạnh và trước khí quản,hạch Delphian, dọc thần kinh hồi thanh quản sau đó đến hạch nhóm thấp dọc tĩnh mạch hầu trong.

3.3. Di căn xa

Hiếm gặp

Theo Spector nghiên cứu 1667 ca có 4,4 % di căn xa. Di căn hạch là yếu tố nguy cơ liên hệ đến di căn xa. Các vị trí di căn xa thường gặp là phổi, xương và gan

4. CHẨN ĐOÁN

4.1. Lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng

Các triệu chứng liên hệ đến chức năng của thanh quản tùy thuộc vào vị trí, kích thước và độ xâm lấn của bướu:

- Ung thư trên thanh môn: đau họng, nuốt đau lan lên tai, thay đổi giọng nói và hạch cổ to
- Ung thư thanh môn: khàn tiếng, bướu tiến triển gây khó thở
- Ung thư dưới thanh môn: hiếm gặp, thường gặp triệu chứng tắc nghẽn đường thở

Các bệnh nhân có khàn tiếng trên 3 tuần hoặc đau họng, khó nuốt, nuốt đau kéo dài trên 6 tuần nên được khám chuyên khoa

Khám lâm sàng

Đánh giá màng giáp-móng, màng giáp-nhẫn, sụn giáp, mát dấu lụp cụp (click) thanh quản, tiên đoán có xâm lấn vùng sau nhẫn

Đánh giá hạch cổ: tỉ lệ âm giả từ 20-51%

Các phương tiện đánh giá

Soi thanh quản:

- Gián tiếp, trực tiếp
- Ống mềm, ống cứng
- Gây mê, gây tê

Soi thực quản, phế quản: đánh giá sự xâm lấn của bướu và tổn thương ác tính khác

CT scan:

- Đánh giá xâm lấn sụn,
- Đánh giá xâm lấn khoảng trước sụn giáp,
- Đánh giá xâm lấn ngoài thanh quản
- Đánh giá di căn hạch, độ chính xác 87-93%

MRI: nhạy hơn CT nhưng có hình ảnh giả nhiều hơn

PET (Positron Emission Tomography): hữu ích trong chẩn đoán phân biệt tái phát tại chỗ và dư chứng sau xạ trị.

Siêu âm: là phương pháp có độ nhạy cao để rà tim di căn hạch cổ nhất là khi có kết hợp hướng dẫn FNA, với độ chính xác từ 89-97%

Các tác giả ủng hộ dùng chẩn đoán hình ảnh để đánh giá xếp hạng lâm sàng.

Rà tim di căn xa bằng X quang phổi, siêu âm gan, phosphatase kiềm. Chẩn đoán hình ảnh nên dùng đặc biệt cho các trường hợp tiến triển. De Bree đề nghị rà soát di căn xa ở các bệnh nhân có từ 3 hạch cổ di căn trở lên, hạch cổ di căn 2 bên, hoặc hạch cổ di căn trên 6 cm, hạch dọc tĩnh mạch hầu trong nhóm thấp, bướu tái phát tại vùng và khi có ung thư thứ hai (Fluorine 18 Fluorodeoxy Glucose Positron Emission tomography FDG-PET, Thallium 201, Single Photon Emission tomography hoặc xạ hình xạ miễn dịch)

Chẩn đoán phân biệt với u nhú, polyp, hạt dây thanh, u hạt và lao thanh quản

5. XẾP HẠNG LÂM SÀNG

Theo UICC và AJCC 2002

Bướu nguyên phát

Tx: Bướu nguyên phát không thể đánh giá được

T0: Không rõ bướu nguyên phát

Tis: Carcinôm tại chỗ

Trên thanh môn

T1: Bướu giới hạn ở một phần vùng của trên thanh môn với dây thanh cử động bình thường

T2: Bướu xâm lấn niêm mạc hơn một phần vùng lân cận của trên thanh môn hay ngoài vùng trên thanh môn (thí dụ: niêm mạc đáy lưỡi, thung lũng, vách trong của xoang lỗ), không gây cố định thanh quản.

T3: Bướu khu trú ở thanh quản, có bất động dây thanh và/hoặc xâm lấn bất cứ cấu trúc nào sau đây: vùng sau nhẫn, mô trước sụn nắp, khoảng cạnh thanh môn và/hoặc xâm lấn sụn giáp ít (thí dụ: mặt trong sụn giáp)

T4a: Bướu xâm lấn sụn giáp và/hoặc xâm lấn khỏi thanh quản (thí dụ: khí quản, mô mềm vùng cổ kẽ cả cơ sâu của lưỡi, cơ trước tuyến giáp, tuyến giáp hoặc thực quản)

T4b: Bướu xâm lấn khoảng trước cột sống, bao lấy động mạch cảnh hoặc xâm lấn các cấu trúc trung thất.

Thanh môn

T1: Bướu khu trú ở một (T1a) hoặc cả hai (T1b) dây thanh (có thể xâm lấn mép trước hoặc sau) với cử động dây thanh bình thường

T2: Bướu ăn lan đến vùng trên thanh môn hoặc dưới thanh môn hoặc có giới hạn cử động của dây thanh

T3: Bướu khu trú ở thanh quản, có bất động dây thanh hoặc xâm lấn khoảng cạnh thanh môn và/hoặc xâm lấn sụn giáp ít (mặt trong sụn giáp)

T4: Bướu xâm lấn sụn giáp và/hoặc xâm lấn khỏi thanh quản (thí dụ: khí quản, mô mềm vùng cổ kẽ cả cơ sâu bên ngoài của lưỡi, cơ trước tuyến giáp, tuyến giáp hoặc thực quản)

Dưới thanh môn

T1 : Bướu khu trú dưới thanh môn

T2 : Bướu lan rộng đến dây thanh, có cử động dây thanh bình thường hoặc kém

T3 : Bướu khu trú trong thanh quản, có bất động dây thanh

T4a: Bướu xâm lấn sụn nhẵn và/hoặc ra ngoài thanh quản (thí dụ: khí quản, mô mềm vùng cổ kẽ cả cơ sâu bên ngoài lưỡi, cơ trước tuyến giáp, tuyến giáp hoặc thực quản)

T4b: Bướu xâm lấn khoảng trước cột sống, bao lấy động mạch cảnh hoặc xâm lấn các cấu trúc trung thất.

Hạch vùng

Nx : Các hạch vùng không thể đánh giá được

N0: Hạch vùng không di căn

N1: Di căn một hạch cùng bên, kích thước lớn nhất 3cm hoặc nhỏ hơn

N2: Di căn một hạch cùng bên, kích thước lớn hơn 3cm nhưng kích thước lớn nhất không quá 6cm; hoặc di căn nhiều hạch cùng bên mà không có hạch nào lớn hơn 6cm; hoặc di căn hạch 2 bên hoặc hạch trung tâm, không hạch nào lớn hơn 6cm.

N2a: Di căn một hạch cùng bên, kích thước lớn hơn 3cm nhưng không quá 6cm

N2b: Di căn nhiều hạch cùng bên mà không có hạch nào lớn hơn 6cm

N2c: Di căn hạch 2 bên hoặc hạch trung tâm, không hạch nào lớn hơn 6cm.

N3: di căn hạch có kích thước lớn nhất hơn 6cm

Di căn xa

Mx: Di căn xa không thể đánh giá được

M0: Không có di căn xa

M1: Di căn xa

Xếp giai đoạn

Giai đoạn 0: Tis N0 M0

Giai đoạn 1: T1 N0 M0

Giai đoạn 2: T2 N0 M0

Giai đoạn 3: T3 N0 M0

T1 N1 M0

T2 N1 M0

	T3 N1 M0
Giai đoạn 4A:	T4 N0 M0
	T4 N1 M0
	Bất kỳ T N2 M0
Giai đoạn 4B:	Bất kỳ T N3 M0
Giai đoạn 4C:	Bất kỳ T, bất kỳ N, M1

6. ĐIỀU TRỊ

Bướu nguyễn phát

Khả năng điều trị ung thư thanh quản tính chung từ 80-90% đối với Tis, T1, T2 và 60% đối với T3, T4

Các chỉ định điều trị ung thư thanh quản còn bàn cãi vì có ít nghiên cứu so sánh các phương pháp điều trị

Phẫu trị và xạ trị là 2 phương pháp được áp dụng rộng rãi

Trong thập niên vừa qua, việc điều trị bảo tồn chức năng được chú trọng nhiều. Ngày nay có nhiều kỹ thuật mổ bảo tồn hóa trị thanh quản, hóa trị cũng là phương pháp điều trị quan trọng phối hợp với xạ trị theo hướng điều trị bảo tồn cơ quan và cắt thanh quản toàn phần ngày càng ít chỉ định như là sự lựa chọn ban đầu.

Ung thư trên thanh môn

T1, T2 N0 điều trị thành công bằng xạ trị hay phẫu trị đơn thuần (kết ca cắt qua ngã nội soi bằng laser)

T2, T3 tiến triển còn bàn cãi. T2, T3 không xâm lấn thanh môn và sụn phèu có chỉ định cắt thanh quản trên thanh môn theo chiều ngang (Horizontal Supraglottic Laryngectomy). Kết quả về chức năng tốt. Phẫu thuật này còn chỉ định cho các thương tổn xâm lấn thung lũng, đáy lưỡi, xoang lê và sụn phèu – Cắt thanh quản trên thanh môn cho kết quả tốt hơn xạ trị.

T3 xâm lấn thanh môn, xâm lấn màng trong sụn giáp hoặc khoảng cạnh thanh môn – không xâm lấn dưới thanh môn và có thể bảo tồn một sụn phèu, có chỉ định cắt thanh quản một phần trên sụn nhẵn (Supracricord Partial laryngectomy SCPL), tái tạo thanh quản theo kiểu CHP (Cricohyoidopexy) hoặc CHEP (Cricohyoidoepiglottopexy). Phẫu thuật này bảo tồn được sự liên tục đường hô hấp, không mở khí quản ra da, ăn uống bình thường và cho kết quả tốt về mặt ung thư. Biến chứng sau mổ là khó nuốt và khàn giọng

T3, T4 tiến triển bệnh nhân có tổng trạng kém hoặc chức năng hô hấp kém, có chỉ định cắt thanh quản toàn phần, xạ trị hoặc hóa-xạ trị

Ung thư thanh môn

Tis, T1, T2 N0: xạ trị, phẫu trị và phẫu thuật qua ngã nội soi bằng dao thường hoặc laser là các phương pháp điều trị được lựa chọn. Các nghiên cứu so sánh hiệu quả giữa các phương pháp này chưa đủ bằng chứng kết luận phương pháp nào tốt nhất. Ngày nay, mổ qua ngã nội soi bằng laser được sử dụng nhiều vì lợi điểm bảo tồn sụn giáp và ít tổn kém. Cần cân nhắc chỉ định khi bướu xâm lấn mép trước.

T1b, T2 chỉ định cắt thanh quản một phần trên sụn nhẵn (Supracricord Partial laryngectomy) với rìa diện cắt 5mm cho kết quả tốt về mặt ung thư và bảo tồn chức năng, kết quả sống còn 5 năm 98% theo Laccourreye và cs. Có nhiều kỹ thuật cắt thanh quản một phần theo chiều dọc được mô tả. Tuy nhiên phẫu thuật cắt thanh quản một phần trên sụn nhẵn cho phép cắt rộng hơn khoảng cạnh thanh môn. Nhiều tác giả cũng

cho thấy kết quả về mặt kiểm soát ung thư tốt hơn sau cắt thanh quản trên sụn nhẵn so với cắt thanh quản một phần theo chiều dọc đối với bướu T2, T3 ở thanh môn

T3 điều trị cổ điển là cắt thanh quản toàn phần và nạo hạch cổ, có thể xạ trị sau mổ. Trong nhóm bệnh nhân T3 không xâm lấn dưới thanh môn, ít nhất còn một sụn phễu có thể bảo tồn có chỉ định cắt thanh quản trên sụn nhẵn và tái tạo thanh quản theo kiểu CHEP hay CHP. Theo Chevalier, kết quả sống còn 5 năm là 95,4% trong nghiên cứu 22 bệnh nhân T3 điều trị theo phương pháp này và đường như cắt thanh quản trên sụn nhẵn tăng tỉ lệ kiểm soát tại chỗ (85-90%) và sống còn hơn khi so với xạ trị đơn thuần và các phương pháp điều trị bị bảo tồn khác. Các tác giả khác cũng báo cáo kết quả tốt về điều trị cắt qua ngã nội soi bằng Laser đối với T3. Gần đây các kết quả điều trị phối hợp hóa – xạ chỉ định cho các bướu T3 không thích hợp cho cắt thanh quản một phần cũng cho thấy nhiều hứa hẹn.

Dưới thanh môn

T1, T2 điều trị thành công bằng xạ trị đơn thuần. Phẫu thuật dùng cho các trường hợp xạ trị thất bại.

T3, T4 cắt thanh quản toàn phần, cắt thùy giáp cùng bên, nạo hạch cổ nhóm VI và xạ trị sau mổ

Hạch vùng

Hạch cổ di căn sờ thấy trên lâm sàng

Tỉ lệ di căn hạch gia tăng theo bướu nguyên phát

pT1: 10%

pT2: 29%

pT3: 38%

pT4: 57%

Hạch cổ di căn là yếu tố dự hậu quan trọng nhất. Các trường hợp có di căn hạch lâm sàng thường có chỉ định nạo hạch cổ tận gốc hoặc tận gốc biến đổi.

Hạch cổ không sờ thấy trên lâm sàng

Nạo hạch cổ N0 khi có nguy cơ di căn hạch trên 20%. Nạo hạch cổ chọn lọc thường được chỉ định

Đối với bướu T1,T2, dây thanh còn cử động bình thường không có chỉ định nạo hạch cổ phòng ngừa

T3,T4 ở dưới thanh môn thường có liên hệ đến tuyến giáp nên cắt giáp

Xạ trị phòng ngừa liều 50Gy làm giảm nguy cơ tái phát. Sự lựa chọn xạ trị cho N0 tùy thuộc vào sự lựa chọn phương pháp điều trị bướu nguyên phát

Xạ trị sau mổ

Chỉ định xạ trị sau mổ và có thể hoá trị khi:

- Phẫu thuật không đủ an toàn
- pT4
- Hạch có xâm lấn thần kinh , mạch máu
- Nhiều hạch di căn
- N3
- Ung thư xâm lấn dưới thanh môn

Tái phát

Bướu tái phát có kích thước nhỏ, nông không gây bất động thanh quản có thể điều trị thành công bằng xạ hay phẫu đơn thuần kể cả cắt bằng laser

80% các ca tái phát ở rT3 hoặc rT4. Cắt thanh quản toàn phần là lựa chọn cho đa số trường hợp

Một số bệnh nhân xạ trị thất bại có thể cắt thanh quản một phần

Hóa trị tạm bợ đáp ứng 30%, sống còn trung bình 6 tháng với Cisplatin ở pha II. Methotrexate, Carboplatin, 5FU và Ifosfamide cũng có tác dụng, đáng ứng pha II <30%. Các thuốc mới như Taxanes cũng có tác dụng đáng kể

7. CÁC VẤN ĐỀ ĐẶC BIỆT

Ung thư thanh quản tiến triển: điều trị mổ

Cắt thanh quản toàn phần chỉ định cho các trường hợp tiến triển khỏi thanh quản hay sau biện pháp bảo tồn cơ quan thất bại hay các bệnh nhân không có chỉ định trong kế hoạch bảo tồn cơ quan.

Dư chứng của cắt thanh quản toàn phần:

- Mất giọng nói
- Có lỗ mờ khí quản
- Phân cách vĩnh viễn đường hô hấp và tiêu hóa
- Phục hồi chức năng tiếng nói là một phần của điều trị:
 - o Máy nói điện (Electrolaryngeal speech)
 - o Nói giọng thực quản (Esophageal speech)
 - o Tạo thông nối khí – thực quản (Tracheoesophageal puncture)

Ung thư thanh quản tiến triển: không điều trị mổ

Năm 1991, nghiên cứu VA Cooperative Laryngeal Cancer Study là công trình đầu tiên thử nghiệm của hoá trị và xạ trị trong xử trí ung thư thanh quản giai đoạn III và IV. Các bệnh nhân được lựa chọn ngẫu nhiên thành hai nhóm

- Cắt thanh quản toàn phần và xạ trị sau mổ
- Hoá trị tân hổ trợ (Cisplatin +5 FU) + xạ trị sau đó chỉ định cho các ca có đáp ứng tốt với hóa trị và cắt thanh quản toàn phần dành cho các ca không đáp ứng với hóa trị

Kết quả

Kết quả sống còn 2 năm không khác nhau giữa hai nhóm mổ và hoá trị +xạ trị.

2/3 số ca hóa xạ bảo tồn được thanh quản

Nhóm hoá xạ có tỉ lệ tái phát tại chỗ cao, giảm xuất độ di căn xa và ung thư thứ hai so với nhóm mổ đầu tiên

Tái phát tại chỗ nhóm hóa + xạ trong đó 56% là T4. Nên T4 có bướu lớn không thích hợp cho liệu pháp bảo tồn cơ quan

Năm 2003, nghiên cứu RTOG 91-11 547 bệnh nhân cho thấy

- Sau 2 năm cho thấy kết quả sống còn tương đương nhau
- Có cải thiện kết quả kiểm soát tại chỗ tại vùng và tỉ lệ bảo tồn cơ quan bằng liệu pháp hóa –xạ đồng thời

Kết quả

Phương pháp điều trị	Kiểm soát tại chỗ, tại vùng	Tỉ lệ bảo tồn cơ quan
Hoá trị dẫn đầu + xạ trị	61%	75%
Hoá xạ đồng thời	78%	88%
Xạ trị đơn thuần	56%	70%

Hướng dẫn lâm sàng kế hoạch bảo tồn thanh quản

Các lựa chọn bảo tồn thanh quản đối với T1, T2

- Tất cả các trường hợp T1,T2 được điều trị bảo tồn thanh quản
- Xạ trị và phẫu thuật bảo tồn thanh quản có kết quả sống còn ngang nhau
- Không nên phối hợp phẫu thuật bảo tồn và xạ trị vì làm giảm đi kết quả chức năng
- Phẫu thuật bảo tồn phải đảm bảo bờ cắt an toàn
- Tái phát tại chỗ sau xạ trị có thể phẫu thuật bảo tồn cơ quan
- Tái phát tại chỗ sau xạ trị có thể phẫu thuật bảo tồn cơ quan hoặc cắt thanh quản toàn phần cho một số ca T2
- Hoá xạ đồng thời có thể chỉ định cho các ca T2N(+) khi không thích hợp cho phẫu thuật bao tồn

Các lựa chọn bảo tồn thanh quản đối với T3, T4

- Các lựa chọn điều trị : phẫu thuật bảo tồn, hoá xạ đồng thời và xạ trị đơn thuần
- Sự lựa chọn phương pháp bảo tồn thanh quản cần cân nhắc các yếu tố về bệnh nhân, bác sĩ chuyên khoa và chuyên khoa phục hồi chức năng sau điều trị
- Hoá trị dẫn đầu trước phẫu thuật bảo tồn cơ quan không còn áp dụng
- Hoá xạ đồng thời có cơ hội cao bảo tồn thanh quản hơn xạ trị đơn thuần hay hoá trị dẫn đầu và xạ trị sau đó. Cần cân nhắc về chi phí và độc tính tại vùng
- Cisplatin là thuốc được lựa chọn
- Không có chứng cứ cho thấy kết quả sống còn và bảo tồn thanh quản cải thiện do hoá trị dẫn đầu trước khi điều trị đồng thời hoặc dùng hoá xạ đồng thời có thay đổi phân liều xạ
- Bệnh nhân muốn bảo tồn thanh quản nhưng không có chỉ định của mổ hoặc hoá xạ đồng thời thì xạ trị đơn thuần là chỉ định phù hợp

Điều trị hạch vùng trong kế hoạch bảo tồn cơ quan

- T1,T2 N0 thanh môn không có chỉ định nạo hạch cổ phòng ngừa
- Bướu tiến triển ở thanh môn và tất cả các bướu trên thanh môn, N0 nên nạo hạch cổ phòng ngừa
- N1: Xạ trị hay hoá trị có đáp ứng hoàn toàn:không nạo hạch cổ phòng ngừa
Xạ trị hay hoá xạ không có đáp ứng hoàn:nạo hạch cổ
- N2,N3: Nạo hạch cổ với bệnh nhân xạ trị hay hoá xạ (bắt kể đáp ứng) vì khi tái phát phẫu thuật khó thành công và hiện tại không có phương pháp hình ảnh nào chẩn đoán chính xác. Nên bàn cách theo dõi với bệnh nhân có đáp ứng hoàn toàn
Các bệnh nhân có hạch di căn lâm sàng. Nếu T được mổ thì nên nạo hạch cổ. Nếu bệnh nhân có nguy cơ về phẫu thuật thì nên hoá xạ đồng thời

Phương pháp lựa chọn bệnh nhân

Không có dấu hiệu có giá trị tiên đoán ổn định kết quả liệu pháp bảo tồn thanh quản. Tuy nhiên các bệnh nhân có bướu xâm lấn sụn, mô mềm thì nên cắt thanh quản toàn phần

Sự lựa chọn cần có ê kíp điều trị đa mô thức cũng như đánh giá yếu tố nguy cơ, tình trạng tâm lý và sự lựa chọn của bệnh nhân.

Hút thuốc có liên hệ đến kết quả xấu sau xạ trị. Nên khuyên bệnh nhân bỏ hút thuốc sau khi chẩn đoán và điều trị .

8. THEO DÕI

Mục đích theo dõi sau điều trị là

- Theo dõi tái phát tại vùng và phát hiện ung thư thứ hai qua khám tai mũi họng và chỉ định CT, MRI tùy theo tình huống lâm sàng. X quang phổi, chức năng gan, chức năng

tuyến giáp được làm mỗi năm, PET có vai trò quan trọng trong chẩn đoán phân biệt bướu tái phát với dữ chứng xạ trị.

- Theo dõi dữ chứng sau điều trị. Vấn đề nuốt, nói, hỗ trợ về tâm lý và các dữ chứng liên quan đến hút thuốc, uống rượu
- Bệnh nhân được khám định kỳ bởi ê kíp điều trị : phẫu thuật viên, nhà xạ trị và ung bướu nội khoa, nha sĩ và chuyên viên phục hồi chức năng

Năm thứ 1	1-3 tháng/lần
Năm thứ 2	2-4 tháng/lần
Năm thứ 3	3-6 tháng/lần
Năm thứ 4	4-6 tháng/lần
Năm thứ 5	mỗi 12 tháng/lần

9. KẾT LUẬN

Hiện nay các phương pháp điều trị phẫu thuật bảo tồn thanh quản, hóa xạ đồng thời và xạ trị có nhiều thay đổi đã mang lại cải thiện lâm sàng. Phòng ngừa và chẩn đoán vẫn là biện pháp hữu hiệu nhất để bệnh nhân có cơ hội điều trị khỏi bệnh và bảo tồn chức năng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. David.G.Pfister et al. Clinical practice guideline for the use of laryngeal preservation strategies in treatment of laryngeal cancer. American Society of Clinical Oncology (2006) 24-22, pp 3693-3074
2. Gino-Marioni et al. Current opinion in diagnosis and treatment of laryngeal carcinoma. Cancer treatment reviews (2006) (Article in press)
3. Lisa-Licitra et al. Cancer of the larynx. Critical review on Hematology/Oncology.(2003) 47, pp 65-80
4. Ridge A. J et al. Cancer of the larynx. Cancer Management: A Multidisciplinary Approach 7th edition 2005. Chapter 4, pp 82-86.
5. Sidransky D. Cancer of the larynx. Cancer: Principles and Practice of Oncology (CD - ROM), 2005, 7th edition, Chapter 26