

## **BÁO CÁO CA LÂM SÀNG: SARCOM CƠ VÂN VÙNG ĐẦU CỔ Ở TRẺ EM – MỘT TRƯỜNG HỢP ĐIỀU TRỊ ĐA MÔ THỨC**

Nguyễn Mạnh Duy<sup>1</sup>, Nguyễn Phương Nguyễn<sup>2</sup>, Lương Hoàng Tiên<sup>3</sup>, Mã Nghi Hải<sup>4</sup>

1.2.3.Bệnh viện ung bướu thành phố Hồ Chí Minh

4. Bệnh viện Vinmec Central Park

<https://doi.org/10.60137/tmhvn.v71i75.269>

### **TÓM TẮT**

Giới thiệu ca bệnh: Sarcom cơ vân (Rhabdomyosarcoma – RMS) là loại bướu ác tính phần mềm thường gặp nhất ở trẻ em, trong đó khoảng 35% xuất hiện tại vùng đầu cổ. Việc điều trị bướu tại vị trí này là một thách thức lớn do đặc điểm giải phẫu phức tạp và nguy cơ ảnh hưởng đến chức năng. Thêm vào đó, nhóm bệnh nhân thuộc phân nhóm nguy cơ cao có tiên lượng xấu hơn. Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhi 11 tuổi, RMS vùng khẩu cái – hốc mũi trái, nguy cơ cao. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt u, sau đó tiến triển tại chỗ trong quá trình hóa trị phác đồ IVADo. Sau khi hội chẩn liên chuyên khoa, bệnh được điều trị xạ trị triệt để và hóa trị phác đồ VDC/IE. Sau 23 tháng theo dõi, bệnh không tái phát và chưa phát hiện biến chứng do điều trị. Kết luận: Tiếp cận đa mô thức, cá nhân hóa đóng vai trò quan trọng trong điều trị sarcom cơ vân vùng đầu cổ nguy cơ cao ở trẻ em, giúp kiểm soát bệnh và bảo tồn chức năng cơ quan.

**Từ khóa:** Sarcom cơ vân, đầu cổ, trẻ em, điều trị đa mô thức

---

\* Tác giả liên hệ: Nguyễn Mạnh Duy

ĐT: 0392537308

Email: [mdnguyenmanhduy@gmail.com](mailto:mdnguyenmanhduy@gmail.com)

Nhận bài: 23/9/2025

Ngày nhận phản biện: 7/11/2025

Ngày nhận phản hồi: 15/11/2025

Ngày duyệt đăng: 28/11/2025

### **CASE REPORT: HEAD AND NECK RHABDOMYOSARCOMA IN A PEDIATRIC PATIENT – A MULTIMODALITY TREATMENT APPROACH**

#### **ABSTRACT**

Case introduction: Rhabdomyosarcoma (RMS) is the most common soft tissue sarcoma in children and adolescents, with approximately 35% arising in the head and neck region. Treatment is particularly challenging due to the risk of damage to the complex anatomy and functional impairment within the head and neck

area. Moreover, high-risk RMS pediatric patients have a poor prognosis. We present a case of an 11-year-old female patient diagnosed with high-risk RMS of the left nasal cavity. The patient underwent a primary surgical procedure. Unfortunately, the patient had early progression of localized disease during treatment with IVADo chemotherapy regimen. After multidisciplinary tumor board discussion, the patient received multimodality therapy with definitive radiotherapy and chemotherapy. Recently, the child has remained disease-free, without complications of treatment at 23 months of follow-up. Conclusion: The management of high-risk head and neck RMS in children emphasizes the importance of individualized, multimodality approaches to optimize disease control and preserve organ function.

**Keywords:** Rhabdomyosarcoma, head and neck, children, multimodal treatment

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sarcom cơ vân (RMS) thường gặp ở trẻ dưới 10 tuổi, với tỷ lệ nam cao hơn nữ. Bệnh có nguồn gốc từ tế bào trung mô, mô bệnh học gồm ba thể chính: thể phôi, thể nang (2 thể này thường gặp ở trẻ em) và thể đa hình (thường gặp ở người lớn) [1]. Nhờ các tiến bộ trong điều trị đa mô thức (phẫu thuật, hóa trị và xạ trị), tỷ lệ sống còn toàn bộ đã cải thiện đáng kể đặc biệt là nhóm nguy cơ cao lên đến 87,3% sống còn sau 3 năm [2]

Nguyên nhân bệnh sinh chưa rõ ràng, có thể liên quan đến yếu tố di truyền (như

bệnh nhân u xơ thần kinh, hội chứng Li-Fraumeni, hội chứng Noonan) hoặc yếu tố môi trường (mẹ sử dụng cần sa, cocaine, phơi nhiễm tia xạ khi mang thai) [3]. RMS có thể gặp ở nhiều vị trí: vùng đầu cổ (35%), đường tiết niệu – sinh dục (25%), chi (20%), và các vị trí khác (20%). Khoảng 15–25% bệnh nhân có di căn ngay khi chẩn đoán, thường là phổi, xương, tủy xương và hạch [4]

Tiên lượng RMS phụ thuộc vào vị trí khối u nguyên phát, tuổi (xấu hơn nếu <1 tuổi hoặc >10 tuổi), mức độ cắt bỏ, tình trạng di căn, và mô bệnh học (thể phôi tiên lượng tốt hơn thể nang). Chiến lược điều trị dựa trên phân tầng nguy cơ, giai đoạn trước điều trị, phân nhóm sau phẫu thuật, mô bệnh học và vị trí khối u. [5]

Phác đồ điều trị hiện nay chủ yếu dựa trên hướng dẫn của The European paediatric Soft Tissue Sarcoma Study Group-EpSSG, Nhóm nghiên cứu về sarcom phần mềm nhi khoa châu Âu và Nhóm Ung thư Nhi khoa (Children's Oncology Group – COG).

Nhân một trường hợp RMS vùng khẩu cái – hốc mũi tồn lưu sau phẫu thuật, nhưng được kiểm soát nhờ điều trị đa mô thức và hội chẩn đa chuyên khoa, chúng tôi xin báo cáo ca bệnh này và điếm qua y văn liên quan.

## 2. CA BỆNH

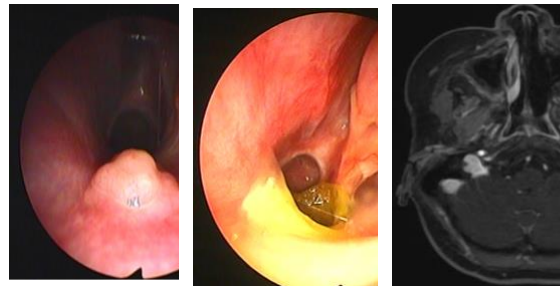
Bệnh nhi nữ, 11 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, phát triển thể chất và tâm thần bình thường. Gia đình có bà ngoại mắc ung thư vú.

Tháng 3/2023, bệnh nhân bắt đầu nghẹt mũi trái tăng dần kèm nhức đầu. Tại Bệnh viện Tai Mũi Họng và Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM: CT-scan và nội soi cho thấy khối ở vùng khẩu cái trái lan lên hốc mũi trái, chiếm toàn bộ hốc mũi và cửa mũi sau. Sinh thiết ban đầu chỉ ghi nhận mô viêm mạn tính, sau đó bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt bướu (có cắt lạnh). Ghi nhận khối sùi ở hốc mũi có chân bám từ khẩu cái mềm lan đến cơ chân bướm trong, kích thước 2,5–4 cm. Kết quả mô bệnh học: sarcom cơ vân thể nang, Desmin (+), Actin (SMA) (+), Myogenin (+), CK (-), LCA (-), CD31 (-). Rìa diện cắt không được ghi nhận.

Sau mổ, bệnh nhân được chuyển đến Bệnh viện Ung Bướu. Khám: hở lỗ khẩu cái cứng bên trái 1 cm. CT kiểm tra sau 1 tháng: dày nhẹ thành dưới và thành ngoài hốc mũi trái, chưa phát hiện di căn. Chẩn đoán sau mổ: RMS hốc mũi trái giai đoạn T2N0M0, IRS III, nhóm nguy cơ cao (Group G). Bệnh nhân bắt đầu hóa trị phác đồ EpSSG RMS nguy cơ cao (IVADo: Ifosfamide, Vincristine, Doxorubicin, Dactinomycin). Đến tháng 8/2023, trong quá trình hóa trị tuần thứ 4, phát hiện tổn thương tiến triển tại chỗ: chồi hốc mũi trái 12 mm, nốt thành ngoài 10×5 mm. Phẫu thuật nội soi cắt trọn sang thương sàn mũi, GPB: sarcom cơ vân thể phôi, Desmin (+), Myogenin (+), MYOD1 (-).

Hội chẩn liên chuyên khoa (ung bướu nhi, ngoại khoa, xạ trị, chẩn đoán hình ảnh, GPB): phẫu thuật cắt rộng triệt để dự kiến tàn phá lớn → quyết định xạ trị triệt để 66 Gy/30 phân liều (hoàn tất 11/2023), sau đó hóa trị duy trì VDC/IE (Vincristine, Doxorubicin, Cyclophosphamide /

Ifosfamide, Etoposide). Sau 23 tháng theo dõi, bệnh nhân không tái phát, phát triển thể chất và nhận thức bình thường.



Hình 1. Nội soi tổn thương chồi kích thước #12mm vùng sàn mũi trái phát hiện khi đang hóa trị (9/2023)

Hình 2. Nội soi chưa thấy tổn thương nghi ngờ hốc mũi trái (7/2025)

Hình 3. MRI không thấy tổn thương nghi ngờ ác tính hốc mũi trái (7/2025)

### 3. BÀN LUẬN

RMS ở trẻ em gồm hai thể chính: thể phôi (60–70%) – thường gặp vùng đầu cổ và tiết niệu – sinh dục; thể nang (20%) – thường gặp ở chi, thân mình, tầng sinh môn [6]. Trường hợp của chúng tôi đặc biệt vì ban đầu chẩn đoán mô học là thể nang (tiên lượng xấu), rìa diện cắt không rõ ràng, có thể còn tồn lưu bướu. Do đó, tiến triển tại chỗ trong khi đang hóa trị. Tuy nhiên, thể mô học bướu tiến triển tại chỗ cho kết quả thể phôi (tiên lượng tốt hơn), thể bệnh đáp ứng tốt với xạ trị và hóa trị.

Phẫu thuật đóng vai trò quan trọng cả trong chẩn đoán, phân tầng nguy cơ và điều trị triệt để. Nếu đạt được cắt trọn khối u với diện cắt an toàn  $\geq 0,5$  cm, tiên lượng sống không bệnh sau 5 năm có thể đạt 80% (IRS I–II). Tuy nhiên, ca bệnh của chúng tôi ở nhóm IRS III – nguy cơ cao, có tiên lượng xấu hơn. Y vẫn ghi nhận sống còn 5 năm dưới 50% ở phân nhóm nguy cơ cao [6]. Trong nghiên cứu của tác giả Nghiêm Ngọc Linh, từ 2013-2018, trên 54 bệnh nhi (với 7% em trên 10 tuổi, 20% RMS vùng đầu cổ) được chẩn đoán và điều trị RMS tại Bệnh viện nhi Trung ương, cho thấy có 77,8% bệnh nhi IRS III, 73% em thuộc nhóm nguy cơ cao, OS 5 năm nhóm nguy cơ cao là 40% [7].

Hóa trị đóng vai trò phòng ngừa di căn xa. Phác đồ IVADO được lựa chọn theo khuyến cáo EpSSG nhằm đạt hiệu quả và giảm một số độc tính [8]. Tuy nhiên sự tiến triển bệnh tại chỗ khi đang hóa trị, cùng với sự tàn phá của phẫu thuật ban đầu, phẫu thuật triệt để có nguy cơ làm tổn thương các dây thần kinh sọ và xương hàm mặt, và khó lấy hết tổn thương bướu. Xạ trị là lựa chọn trong trường hợp rìa diện cắt không an toàn sau phẫu thuật hoặc tái phát tại chỗ mà không thể phẫu thuật. Theo ghi nhận từ nghiên cứu EpSSG RMS-2005 (NCT00379457) 165 bệnh nhi RMS vùng đầu cổ, bướu không cạnh màng não, điều trị tại chỗ được lựa chọn là 58% phẫu thuật và/ hoặc 72% xạ trị, hóa trị hỗ trợ theo phân nhóm nguy cơ [9]. Sau xạ trị, bệnh nhi tiếp tục hóa trị VDC/IE (Vincristine, Doxorubicin, Cyclophosphamide / Ifosfamide, Etoposide. Kết quả từ hai nghiên cứu của COG về RMS nguy cơ cao (ARST0431 và ARST08P1) cho thấy tỉ lệ EFS 3 năm bệnh giai đoạn IV ở trẻ trên 10 tuổi RMS

thể phôi là 32-48%, RMS thể nang có kết cục xấu hơn trong khoảng 6-16% [10].

Điều trị RMS vùng đầu cổ còn đối mặt với nguy cơ biến chứng lâu dài của xạ trị – hóa trị như là đục thủy tinh thể (34%), suy giảm hormone tăng trưởng (37%), bất thường răng miệng (33%), và nguy cơ ung thư thứ phát [11]. Do đó, việc theo dõi lâu dài là rất cần thiết.

---

#### 4. KẾT LUẬN

Điều trị sarcom cơ vân vùng đầu cổ ở trẻ em là thách thức do đặc điểm vị trí bướu, nguy cơ ảnh hưởng chức năng và thẩm mỹ. Tuy nhiên, với chiến lược điều trị đa mô thức và hội chẩn đa chuyên khoa, thì kiểm soát bệnh, kể cả ở nhóm nguy cơ cao, bệnh tiến triển/ tái phát vẫn có thể đạt được.

Trường hợp của chúng tôi minh chứng cho hiệu quả của điều trị RMS nguy cơ cao bằng phối hợp phẫu thuật, xạ trị và hóa trị, đem lại kết quả sống không bệnh gần 2 năm. Tuy nhiên, cần tiếp tục theo dõi để phát hiện tái phát và biến chứng muộn do điều trị.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Parham DM, Ellison DA. Rhabdomyosarcomas in adults and children: an update. Arch Pathol Lab Med 2006; 130:1454-1465.
2. Bisogno G, De Salvo GL, Bergeron C, et al. Maintenance low-dose chemotherapy in patients with high-risk (HR) rhabdomyosarcoma (RMS): A

- report from the European Paediatric Soft Tissue Sarcoma Study Group (EpSSG). *Journal of Clinical Oncology*. 2018;36(18\_suppl).
3. Yang P, Grufferman S, Khoury MJ, et al. Association of childhood rhabdomyosarcoma with neurofibromatosis type I and birth defects. *Genet Epidemiol*. 1995;12(5):467-74
  4. Linardic CM, Wexler LH: Rhabdomyosarcoma: Epidemiology and Genetic Susceptibility. Pizzo and Poplack's Pediatric Oncology, tái bản lần thứ 8, 2021, trang 693
  5. PDQ® Pediatric Treatment Editorial Board. PDQ Childhood Rhabdomyosarcoma Treatment. Bethesda, MD: National Cancer Institute. Updated: 04/11/2025. Available at: <https://www.cancer.gov/types/soft-tissue-sarcoma/hp/rhabdomyosarcoma-treatment-pdq>. Accessed: 08/18/2025.
  6. Rodeberg D, Paidas C. Childhood rhabdomyosarcoma. *Semin Pediatr Surg*. 2006;15(1):57-62.
  7. Nghiêm Ngọc Linh. Nhận xét kết quả điều trị sarcom cơ vân trẻ em. Đại học y Hà Nội (2018)
  8. Merks JHM, Brack E, Ebinger M, et al. European standard clinical practice recommendations for children and adolescents with Rhabdomyosarcoma a joint EpSSG, CWS and ERN PaedCan project. *EJC Paediatric Oncology*. 2025; 5.
  9. Glosli H, Bisogno G, Kelsey A, et al. Non-parameningeal head and neck rhabdomyosarcoma in children, adolescents, and young adults: Experience of the European paediatric Soft tissue sarcoma Study Group (EpSSG) - RMS2005 study. *Eur J Cancer*. 2021;151:84-93
  10. Haduong JH, Heske CM, Allen-Rhoades W, et al. An update on rhabdomyosarcoma risk stratification and the rationale for current and future Children's Oncology Group clinical trials. *Pediatr Blood Cancer*. 2022; 69(4):e29511.
  11. Lockney NA, Friedman DN, Wexler LH, et al. Late Toxicities of Intensity-Modulated Radiation Therapy for Head and Neck Rhabdomyosarcoma. *Pediatr Blood Cancer*. 2016; 63(9):1608-14.