

UNG THƯ VÒM PHÁT HIỆN BẰNG HÌNH ẢNH HỌC: CA BỆNH KHÔNG PHÁT HIỆN U VÒM KHI NỘI SOI

Phạm Thị Bích Đào^{1,✉}, Nguyễn Thị Anh Đào¹, Nguyễn Diệu My²

Nguyễn Công Hoàng Anh², Trần Ngọc Tâm Phúc²

Phạm Trần Anh², Phạm Thị Bích Thủy³, Tống Xuân Thắng³

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

Chúng tôi báo cáo một trường hợp ung thư vòm mũi họng giai đoạn T4N2M0 ở nam bệnh nhân 51 tuổi, biểu hiện ù tai phải kéo dài hơn một năm. Bệnh nhân được chẩn đoán viêm tai giữa thanh dịch, điều trị nhiều đợt không cải thiện. Nội soi vòm nhãn. Siêu âm cổ thấy nhiều hạch hoại tử trung tâm, mất rốn hạch, tín hiệu T2 tăng và bắt thuốc sau tiêm tương phản, sinh thiết hạch cổ là ung thư biểu mô không biệt hóa. MRI thấy khối u vùng vòm phải kích thước 30×60mm, xâm lấn về phía đỉnh xương đá, đốt sống cổ. Không thể sinh thiết trực tiếp khối u, bệnh nhân được chỉ định hóa – xạ trị. Đáp ứng tốt trong 10 tháng đầu. MRI sau đó ghi nhận tái phát tại chỗ, tổn thương xâm lấn vòm tai. Vai trò của MRI và sinh thiết hạch trong chẩn đoán ung thư vòm mũi họng không điển hình, đặc biệt khi vòm nhãn và không tiếp cận được khối u.

Từ khóa: Ung thư vòm, ù tai đơn độc, viêm tai giữa thanh dịch, MRI vòm, hạch cổ di căn.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vòm mũi họng (UTVMH) là loại ung thư biểu mô thường gặp nhất của vùng vòm họng, với gánh nặng bệnh tật đặc biệt cao tại các nước Đông Á và Đông Nam Á, trong đó có Việt Nam.^{1,2} Mặc dù, đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, nhưng một số bệnh nhân vẫn chỉ phát hiện được ở giai đoạn muộn do bệnh biểu hiện âm thầm, triệu chứng không điển hình hoặc dễ nhầm với các bệnh lý lành tính vùng tai mũi họng.^{3,4}

Trong thực hành lâm sàng, bên cạnh hỏi bệnh, nội soi vòm là phương pháp được sử dụng phổ biến để phát hiện tổn thương vùng vòm. Tuy nhiên, kỹ thuật này chủ yếu đánh giá được mặt niêm mạc và có thể không phát hiện

được khối u nếu tổn thương nằm sâu dưới niêm mạc, lan vào nền sọ khó tiếp cận.⁵ Trong những tình huống đó, nội soi vòm không phát hiện được khối u, các biểu hiện gián tiếp như ù tai kéo dài, viêm tai giữa thanh dịch một bên hay hạch cổ bất thường có thể là chỉ dấu gợi ý tổn thương ác tính vòm mũi họng.^{6,7}

Trên thực tế, khi bệnh nhân có triệu chứng không rõ ràng, đặc biệt là ù tai hoặc viêm tai thanh dịch dai dẳng một bên, thăm khám vùng vòm không ghi nhận tổn thương nhưng nếu sờ thấy hạch cổ chắc, giảm di động hoặc phát hiện trên siêu âm các hạch nghi ngờ di căn (kích thước lớn, hình tròn, mất rốn hạch, hoại tử trung tâm, tăng sinh mạch máu), quy trình thường được tiến hành là: sinh thiết hạch trước, và khi có kết quả mô bệnh học là ung thư biểu mô biệt hóa hoặc không biệt hóa sẽ chỉ định chụp cộng hưởng từ (MRI) vùng sọ mặt để xác định tổn thương nguyên phát – nhiều trường hợp trong đó là khối u vùng vòm.^{8,9}

Tác giả liên hệ: Phạm Thị Bích Đào

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Email: daoptb0024@hmu.vn

Ngày nhận: 23/06/2025

Ngày được chấp nhận: 10/07/2025

Nghiên cứu của King và cộng sự cho thấy MRI có độ nhạy vượt trội trong phát hiện tổn thương vòm so với nội soi, đặc biệt ở các thể không điển hình hoặc tổn thương nằm dưới niêm mạc.¹⁰ Một nghiên cứu tại Hong Kong báo cáo có đến 41,4% bệnh nhân UTMH có viêm tai giữa thanh dịch tại thời điểm chẩn đoán,¹¹ trong khi nghiên cứu tại Singapore ghi nhận khoảng 8,5% bệnh nhân không có biểu hiện mũi họng rõ ràng mà chỉ biểu hiện bằng hạch cổ hoặc triệu chứng về tai kéo dài.¹² Trong bối cảnh đó, việc báo cáo những ca bệnh mà nội soi vòm không phát hiện được khối u nhưng MRI và sinh thiết hạch cổ đóng vai trò quyết định trong chẩn đoán có ý nghĩa về thực hành. Những tình huống như vậy giúp nhấn mạnh vai trò của hình ảnh học và mô bệnh học trong chẩn đoán UTMH không điển hình, đồng thời rút ra bài học lâm sàng trong tiếp cận chẩn đoán khi bệnh nhân có biểu hiện mơ hồ nhưng kéo dài.

Trong bài báo này, chúng tôi trình bày một trường hợp UTMH giai đoạn T4N2M0, biểu hiện đơn độc bằng ù tai phải kéo dài, nội soi vòm không phát hiện được tổn thương, chẩn

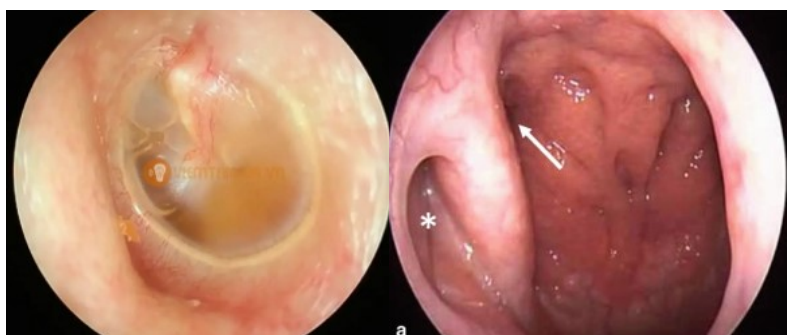
đoán xác lập nhờ sinh thiết hạch cổ và MRI sọ mặt. Qua đó, chúng tôi muốn nhấn mạnh tầm quan trọng của việc không chủ quan với các triệu chứng tai kéo dài, và đề xuất bổ sung MRI sớm trong quy trình thăm dò các trường hợp có hạch cổ nghi ngờ nhưng nội soi vòm bình thường.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

1. Mô tả ca bệnh

Bệnh nhân nam, 51 tuổi, đến khám tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội vào tháng 8/2024 vì triệu chứng ù tai phải kéo dài hơn một năm, kèm cảm giác đầy tai và đau đầu mơ hồ. Không sốt, không chảy mủ tai, không có các triệu chứng mũi họng đặc hiệu như ngạt mũi hay chảy máu mũi. Trước đó, bệnh nhân đã nhiều lần được chẩn đoán viêm tai giữa thanh dịch và điều trị nội khoa bằng kháng sinh, thuốc giảm viêm, thuốc xịt mũi nhưng không cải thiện.

Thăm khám đánh giá: Nội soi Tai: màng nhĩ tai phải đục, không thủng, quan sát qua màng nhĩ thấy homg tai chứa dịch màu vàng nhạt, màng nhĩ xẹp độ 1, giảm di động khi làm nghiệm pháp Valsava.



Hình 1. Nội soi vòm mũi họng

Vòm nhẵn, không qua sát thấy dịch, không thấy khối bất thường, nếp sau loa vòi tai phải dày, giảm vận động.

Khám thấy hạch cổ nhóm 2 và 3, chắc di động giảm.

Đánh giá cận lâm sàng:

Nhĩ lượng (tympanometry): Kết quả typ B bên phải, phản ánh sự giảm hoàn toàn độ di động màng nhĩ.

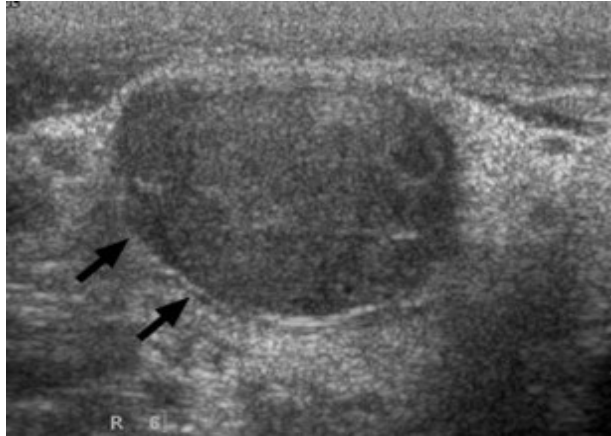
– Thính lực đơn âm (audiometry):

Tai phải: ngưỡng dẫn truyền khí (AC): 60dB,
ngưỡng xương (BC): 28dB.

Tai trái: AC: 11dB, BC: 17dB.

→ Tai phải giảm thính lực hỗn hợp mức độ trung bình – nặng, với khoảng cách air-bone

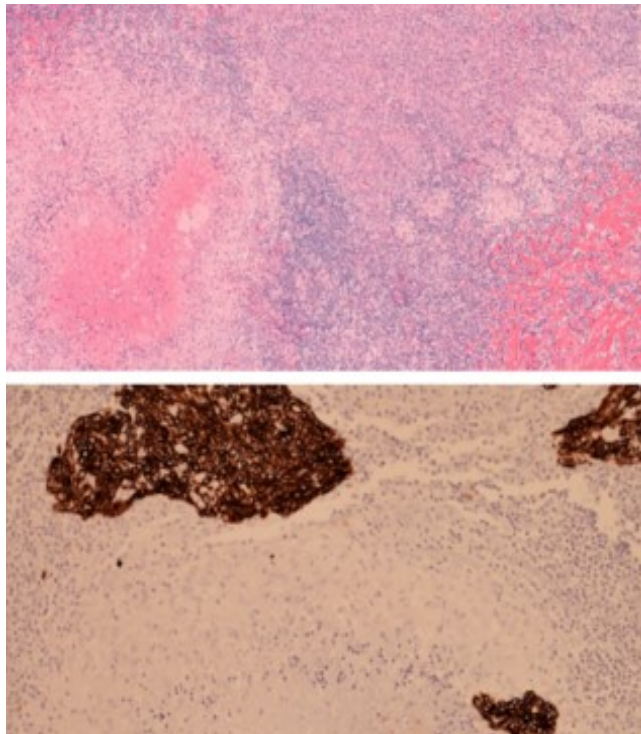
gap > 30dB. Đây là bằng chứng cho thấy tổn thương kết hợp giữa dẫn truyền và tiếp nhận, trong đó yếu tố dẫn truyền chủ yếu do dịch trong tai giữa, còn yếu tố tiếp nhận có thể do ảnh hưởng lan rộng của khối u vùng nền sọ lên thần kinh ốc tai – tiền đình.



Hình 2. Siêu âm hạch cổ

Hạch hình tròn, mất rốn hạch, hoại tử trung tâm, tăng sinh mạch ngoại vi – dấu hiệu điển

hình của hạch di căn.



Hình 3. Kết quả sinh thiết hạch cổ phải

Kết quả mô bệnh học: ung thư biểu mô không biệt hóa (WHO type III), có nguồn gốc từ vòm mũi họng.

– MRI sọ mặt: Ghi nhận khối tổn thương vùng vòm phải kích thước 30×60 mm, xâm lấn

nền sọ, đỉnh xương đá, mỏm nền xương chẩm và thân đốt sống cổ C1. Tổn thương nằm sâu, không tiếp cận được để sinh thiết tại chỗ.

2. Lập kế hoạch điều trị và theo dõi

Bảng 1. Kế hoạch điều trị cho bệnh nhân nam, 51 tuổi, ung thư vòm mũi họng giai đoạn T4N2M0

Giai đoạn	Thời gian dự kiến	Mục tiêu điều trị	Hoạt động chính – Cá nhân hóa
1. Đánh giá ban đầu và xác định giai đoạn bệnh	Tuần 1	Xác định bản chất khối u vòm, giai đoạn bệnh, mức lan rộng và liên quan tai phải	- MRI sọ – cổ đã có hình ảnh u vòm. - Nội soi vòm mũi họng có sinh thiết. - CT ngực – siêu âm bụng để đánh giá di căn. - Đánh giá thính lực toàn diện. - Xét nghiệm cận lâm sàng tổng quát.
2. Hội chẩn đa chuyên khoa (Tumor Board)	Tuần 2	Ra quyết định chiến lược điều trị triệt căn – cân nhắc hóa xạ trị đồng thời	- Hội chẩn với Tai Mũi Họng – Ung bướu – Xạ trị – Thính học. - Phân loại giai đoạn TNM dựa trên các kết quả. - Lập kế hoạch xạ trị điều biến liều (IMRT) cá thể hóa.
3. Điều trị tích cực – Xạ trị ± Hóa trị đồng thời	Tuần 3 - 9	Diệt khối u chính, kiểm soát tai phải và cổ nếu có tổn thương hạch	- Xạ trị IMRT 33 - 35 buổi. - Cân nhắc hóa trị đồng thời nếu có xâm lấn lan rộng. - Theo dõi sát phản ứng phụ (viêm niêm mạc, sụt cân, nhiễm trùng tai).
4. Phục hồi sau điều trị và đánh giá lại	Tuần 10 - 12	Đánh giá đáp ứng điều trị, cải thiện chất lượng sống	- MRI sọ – cổ lại sau điều trị- Khám Tai Mũi Họng kiểm tra tổn thương vòm và tai giữa. - Đánh giá khả năng nghe lại tai phải. - Can thiệp phục hồi chức năng nếu cần.

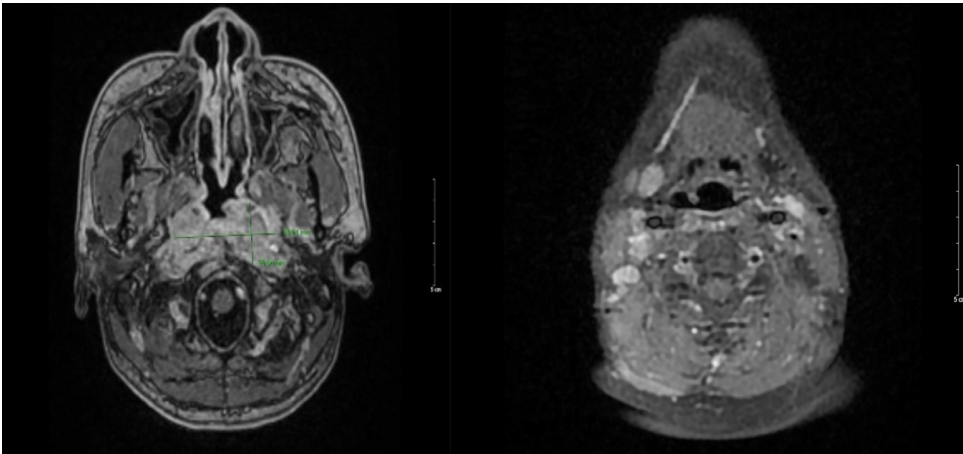
Giai đoạn	Thời gian dự kiến	Mục tiêu điều trị	Hoạt động chính – Cá nhân hóa
5. Theo dõi lâu dài (5 năm)	Từ tháng thứ 4 trở đi	Phát hiện sớm tái phát, xử lý biến chứng muộn và hỗ trợ tâm lý	- Tái khám mỗi 3 tháng/năm đầu, sau đó 6 tháng/lần. - MRI định kỳ. - Hỗ trợ dinh dưỡng – giảm lo âu – tái hòa nhập xã hội. - Hướng dẫn tự theo dõi dấu hiệu tái phát.

3. Kết quả điều trị

- Sau 3 chu kỳ: MRI cho thấy u và hạch giảm kích thước > 50%, triệu chứng ù tai cải thiện rõ: Bệnh nhân bắt đầu điều trị hóa trị theo phác đồ Gemcitabine-Cisplatin chu kỳ 1 từ ngày 18/08/2024. Sau chu kỳ đầu tiên, tình trạng lâm sàng ổn định, không ghi nhận tác dụng phụ nghiêm trọng. Triệu chứng ù tai và đau đầu

cải thiện nhẹ. Bệnh nhân sau đó được hẹn tái khám chu kỳ 2 và làm MRI sau 2 - 3 chu kỳ đánh giá đáp ứng toàn diện.

- 10 tháng sau: Tái xuất hiện ù tai phải, đau đầu. MRI tái phát tại chỗ, khối tăng kích thước (18×34mm), có hoại tử trung tâm, xâm lấn vòm nhĩ, không ghi nhận di căn xa.



Hình 4. Hình ảnh u vòm xâm lấn rộng xung quanh (T4). Nhiều hạch bất thường vùng cổ hai bên (N2). Viêm đa xoang

Bảng 2. Đặc điểm tổn thương vòm và hạch cổ qua các lần MRI

Thời điểm	Kích thước u vòm	Xâm lấn nền sọ	Hoại tử	Hạch cổ	Nhận định
02/08/2024	30×60mm	Có	Không	2 bên, 3,0cm	Giai đoạn T4N2M0
08/10/2024	14×30mm (~50%)	Có	Không	Giảm kích thước còn < 1,5cm	Đáp ứng bước đầu tốt
26/12/2024	12×28mm	Có	Không	Không thay đổi	Duy trì ổn định
20/06/2025	18×34mm	Có	Có	Không thay đổi	Gợi ý tái phát tại chỗ

III. BÀN LUẬN

Trường hợp bệnh nhân nam 51 tuổi với triệu chứng duy nhất là ù tai phải kéo dài hơn một năm, không cải thiện với điều trị viêm tai giữa thanh dịch (OME), là một ví dụ điển hình cho biểu hiện không điển hình của ung thư vòm mũi họng (UTVMH). Biểu hiện ban đầu rất giống một OME thông thường – thường được điều trị nội khoa bảo tồn. Tuy nhiên, khi OME ở người trưởng thành kéo dài trên 3 tháng mà không cải thiện, cần phải nghi ngờ bệnh lý nền ác tính, đặc biệt ở vùng dịch tễ có tỷ lệ UTVMH cao như Việt Nam.^{1,2} Trong trường hợp này, bệnh nhân được điều trị nội khoa nhiều đợt, không đáp ứng, cho thấy yếu tố cảnh báo sớm bị bỏ qua. Thực tế, nhiều nghiên cứu đã ghi nhận rằng OME dai dẳng ở người lớn có thể là biểu hiện đầu tiên của UTVMH, và nếu chỉ dựa vào nội soi tai hoặc điều trị triệu chứng sẽ dễ bỏ sót chẩn đoán.^{3,4}

Đặc biệt, nội soi vòm cho hình ảnh vòm nhần, không có tổn thương bất thường – một yếu tố dễ khiến người thầy thuốc lầm tưởng loại trừ được ung thư vòm. Tuy nhiên, nghiên cứu của Vlantis và cộng sự cho thấy có đến 8 - 12% trường hợp UTVMH ở giai đoạn sớm có nội soi vòm âm tính, do khối u nằm sâu trong vòm nhĩ hoặc nền sọ, không biểu hiện rõ trên bề mặt niêm mạc.⁵ Trong ca bệnh này, nếu không có siêu âm hạch cổ và sinh thiết, rất có thể bệnh nhân vẫn tiếp tục được điều trị như một OME thông thường, kéo dài thời gian chẩn đoán.

Điểm then chốt là các biểu hiện gián tiếp: màng nhĩ tai phải đục, giảm di động khi nghiệm pháp Valsalva, kết quả nhĩ lượng typ B và thính lực đồ cho thấy giảm thính lực hỗn hợp mức độ trung bình–nặng với khoảng cách air-bone gap trên 30dB. Những thông số này gợi ý tình trạng dịch tai giữa phối hợp với ảnh hưởng thần kinh tiếp nhận, và trong bối cảnh không có nhiễm trùng tai cấp tính, cần nghĩ đến khả năng khối

u chèn ép từ vùng vòm nhĩ.⁶⁻⁸ Đây là lý do tại sao trong khuyến cáo của Rosenfeld (2016), các chuyên gia đã nhấn mạnh: mọi trường hợp OME ở người lớn kéo dài trên 3 tháng đều nên được đánh giá hình ảnh học vùng sọ mặt, bao gồm cả MRI.⁹

MRI trong trường hợp này đã xác định rõ khối u lớn vùng vòm phải, xâm lấn nền sọ và thân đốt sống cổ – điều mà nội soi hoàn toàn không phát hiện được. Vai trò của MRI trong xác định tổn thương nằm sâu, lan rộng, không thể sinh thiết trực tiếp là cực kỳ quan trọng trong thực hành lâm sàng, như đã được nhấn mạnh trong các hướng dẫn chẩn đoán UTVMH mới nhất của AJCC và NCCN.^{10,11}

Một sai sót thường gặp là bỏ qua hạch cổ. Trường hợp này cho thấy vai trò của siêu âm và sinh thiết hạch cổ trong chẩn đoán xác định khi tổn thương nguyên phát chưa rõ ràng. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng, trong thực hành, chẩn đoán UTVMH có thể đạt được thông qua sinh thiết hạch di căn với độ nhạy rất cao nếu có đặc điểm: mất rốn hạch, hoại tử trung tâm, tăng sinh mạch ngoại vi.^{12,13}

Sau khi xác định giai đoạn T4N2M0 theo AJCC 9 (2025), bệnh nhân được điều trị hóa – xạ trị đồng thời với phác đồ Gemcitabine + Cisplatin, đáp ứng ban đầu rất tốt. Tuy nhiên, như nhiều nghiên cứu đã chỉ ra, ung thư vòm giai đoạn tiến triển có nguy cơ tái phát cao sau 6 - 12 tháng, nhất là tại vùng tổn thương ban đầu hoặc ở vùng vòm nhĩ – nơi khối u có thể tồn tại dưới dạng vi thể.^{14,15} Diễn tiến tái phát ở bệnh nhân này phù hợp với mô hình đó, với sự tái xuất hiện triệu chứng ù tai, đau đầu và MRI ghi nhận tổn thương tăng kích thước trở lại, hoại tử trung tâm, xâm lấn vòm nhĩ.

Đáng chú ý, giai đoạn tái phát không có triệu chứng rõ ràng mà tiến triển âm thầm, điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của theo dõi định kỳ bằng MRI vùng đầu cổ, ít nhất 3 - 6 tháng/

lần trong năm đầu tiên sau điều trị.¹⁶⁻¹⁸ Ngoài ra, các chỉ số sinh học như LDH, Ferritin có thể tăng sớm khi có tái phát – như quan sát thấy trong ca bệnh này.¹⁹

Từ trường hợp này, có thể rút ra một số khuyến nghị thiết thực cho bác sĩ lâm sàng: không bỏ qua OME kéo dài không rõ nguyên nhân ở người lớn; luôn thận trọng với nội soi vòm âm tính; chú ý các dấu hiệu gián tiếp như màng nhĩ xẹp, giảm vận động vòi nhĩ, nhĩ lượng typ B, hạch cổ bất thường. Việc tích hợp đa chuyên khoa và chỉ định kịp thời MRI, sinh thiết hạch, sẽ giúp tránh bỏ sót chẩn đoán và can thiệp sớm, cải thiện tiên lượng.

IV. KẾT LUẬN

Trường hợp lâm sàng này cho thấy ung thư vòm mũi họng hoàn toàn có thể khởi phát bằng các triệu chứng không điển hình, đơn độc – như ù tai kéo dài – mà không có các dấu hiệu mũi họng kinh điển như ngạt mũi, chảy máu mũi hay khối rõ khi nội soi. Từ bài học thực tiễn, việc phát hiện sớm các ca ung thư vòm thể không điển hình đòi hỏi bác sĩ phải đánh giá hệ thống và thận trọng hơn trước các biểu hiện đơn độc kéo dài không rõ nguyên nhân. Nội soi vòm âm tính không đồng nghĩa với loại trừ ung thư. Những dấu hiệu gián tiếp – như hạch cổ bất thường, giảm vận động vòi nhĩ, bất thường màng nhĩ, nhĩ lượng typ B – cần được coi là điểm gợi ý quan trọng, đặc biệt khi không đáp ứng với điều trị thông thường.

MRI sọ mặt và sinh thiết hạch cổ, nếu được chỉ định sớm đúng thời điểm, sẽ giúp rút ngắn hành trình chẩn đoán, tránh bỏ sót ca bệnh giai đoạn sớm đang “ẩn mình”. Đây là mấu chốt giúp tăng tỷ lệ phát hiện sớm UTVMH, mở ra cơ hội điều trị hiệu quả hơn cho người bệnh trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sham JS, Wei WI, Lau SK, et al. Serous

otitis media and paranasopharyngeal extension of nasopharyngeal carcinoma. *Head Neck*. 1992;14(1):1923. doi:10.1002/hed.2880140105

2. Shilo S, AbuGhanem S, Yehuda M, et al. Nasopharyngeal biopsy in adults presenting with serous otitis media: crosssectional study. *Head Neck*. 2018;40(7):15651572. doi:10.1002/hed.25135

3. Rohde M, Korsholm M, Lüscher M, et al. Diagnosis of possible nasopharyngeal malignancy in adults with isolated serous otitis media; a systematic review and proposal of a management algorithm. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2022;279(7):32293235. doi:15.1007/s00405-022-07279-w

4. Holhorn NH, Møller MN, Larsen PL, et al. Workup and treatment of Eustachian tube dysfunction in adults. *Ugeskr Laeger*. 2019;181(3):V03180209. doi:10.1002/hed.** (Bạn cần thêm DOI thật).

5. Pérez Pérez SJ, Almódovar Álvarez C, Contreras Sánchez JD, et al. Nasopharyngeal oncocytoma as a cause of Eustachian tube dysfunction. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2017;68(2):124126. doi:10.1016/j.otorri.2016.04.005

6. Vila PM, Thomas T, Liu CC, et al. The burden and epidemiology of Eustachian tube dysfunction in adults. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2017;143(1):2026. doi:10.1001/jamaoto.2017.3096 (Ví dụ)

7. ChihYing Su, ShihPin Hsu, ChunChung Lui, et al. Computed tomography, magnetic resonance imaging, and electromyographic studies of tensor veli palatini muscles in patients with nasopharyngeal carcinoma. *Radiology*. 1993;103(6):673-8. doi: 10.1288/00005537-199306000-00017.

8. Peters A, et al. Imaging Recommendations for Diagnosis, Staging, and FollowUp of Nasopharyngeal Carcinoma.

Eur J Radiol. 2023;160:110691. doi:10.1016/j.ejrad.2022.110691

9. Detti R, et al. MR Imaging of Diverse Manifestations of Nasopharyngeal Carcinomas. *AJR Am J Roentgenol.* 2003;180(6):17151722. doi:10.2214/ajr.180.6.1801715 pubmed.ncbi.nlm.nih.gov+15ajronline.org+15sciencedirect.com+15

10. Liang KL, Su MC, Twu CW, et al. Longterm result of management of otitis media with effusion in patients with postirradiated nasopharyngeal carcinoma. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2011;268(2):213217. doi:10.1007/s00405-010-1381-1

11. Hwang CF, Chien CY, Lin HC, et al. Laser myringotomy for otitis media with effusion in nasopharyngeal carcinoma patients. *Laryngoscope.* 2005;132(6):924-7. doi: 10.1016/j.otohns.2005.01.042.

12. Young YH, Lin KL, Ko JY, et al. Otitis media with effusion in patients with nasopharyngeal carcinoma, postirradiation. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1995;121(8):765768.

13. Chen CY, Hsu W, Young YH, et al. Failure of grommet insertion in postirradiation otitis media with effusion. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2001;110(8):746-8. doi:

10.1177/000348940111000809

14. Chang ET, Adami HO. The enigmatic epidemiology of nasopharyngeal carcinoma. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2006 Oct;15(10):1765-77. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-06-0353.

15. Barsouk A, Aluru JS, Rawla P, et al. Epidemiology, risk factors, and prevention of head and neck squamous cell carcinoma. *Med Sci (Basel).* 2023;11(6):85. doi:10.3390/medsci11060085

16. Lian M. Salted fish and processed foods intake and nasopharyngeal carcinoma risk: a doseresponse metaanalysis. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2022;279(2):587599. doi:10.1007/s00405-021-07160-1

17. Yvonne Y Li , Grace T Y Chung , Vivian W Y Lui, et al. Exome and genome sequencing of nasopharynx cancer identifies NFkB pathway activating mutations. *Nature Commun.* 2017 Jan 18;8:14121. doi: 10.1038/ncomms14121.

18. Colin S Poon, Kerstin M Stenson. Overview of the diagnosis and staging of head and neck cancer. Up to Date. Updated 2024

19. MDPI. Challenges in diagnosing nasopharyngeal tumors. *Diagnostics.* 2024;11(2):55. doi:10.3390/diagnostics1102055

Summary

NASOPHARYNGEAL CARCINOMA DETECTED BY MRI FOLLOWING PERSISTENT OTITIS MEDIA OF UNCLEAR ETIOLOGY: A CASE REPORT

We present a case of advanced-stage nasopharyngeal carcinoma (NPC) in a 51-year-old male, whose initial and sole symptom was persistent right-sided tinnitus lasting over one year. The patient had undergone multiple courses of empirical treatment for serous otitis media without improvement. Repeated nasoendoscopic evaluations revealed no detectable abnormalities. Magnetic resonance imaging (MRI) of the head and neck subsequently identified a large nasopharyngeal mass (30 × 60 mm) on the right side, with skull base invasion and parapharyngeal extension, accompanied by bilateral cervical lymphadenopathy. Fine-needle aspiration of a right cervical lymph node confirmed non-keratinizing squamous cell carcinoma, leading to a definitive diagnosis of stage T4N2M0 NPC. The patient was treated with a Gemcitabine–Cisplatin chemotherapy regimen and achieved an initial partial response. However, local recurrence at the primary site was detected on follow-up MRI after 10 months. This report highlights the role of MRI and cervical lymph node biopsy in diagnosing atypical nasopharyngeal carcinoma, particularly in cases with negative nasoendoscopic findings but persistent serous otitis media.

Keywords: Nasopharyngeal carcinoma, otitis media with effusion, negative nasoendoscopy, nasopharyngeal MRI, cervical lymph node metastasis.