

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN UNG THƯ VÒM MŨI HỌNG Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN K GIAI ĐOẠN 2019 - 2024

Nguyễn Văn Đăng^{1,2,✉}, Nguyễn Thị Lan²

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Ung thư vòm mũi họng (UTVMH) ở trẻ em là bệnh lý ác tính hiếm gặp, chiếm dưới 1% tổng số các loại ung thư. Việc xác định các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân (BN) này có ý nghĩa quan trọng trong chẩn đoán sớm và lựa chọn chiến lược điều trị. Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 38 BN UTVMH ở trẻ em < 18 tuổi tại Bệnh viện K từ 1/2019 đến 12/2024. Kết quả cho thấy tỷ lệ nam/nữ là 2,8/1; 100% thuộc thể ung thư biểu mô không biệt hóa; 57,9% có nồng độ EBV-DNA huyết tương ≥ 300 copies/ml tại thời điểm chẩn đoán. Triệu chứng thường gặp nhất là nổi hạch cổ (78,9%). Về hình thái, khối u thường biểu hiện dạng sùi (94,8%) và thường đã lan rộng toàn bộ vòm tại thời điểm chẩn đoán (55,3%). Tất cả các bệnh nhân đều đến viện ở giai đoạn tiến triển, giai đoạn III chiếm 57,9%, giai đoạn IVA chiếm 42,1%.

Từ khóa: Ung thư vòm mũi họng, ung thư trẻ em, lâm sàng, cận lâm sàng.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở trẻ em < 18 tuổi, UTVMH là khối u hiếm gặp, chiếm ít hơn 1% các khối u ác tính, tuy nhiên chiếm tới 20 – 50% các khối u ác tính vùng vòm họng ở đối tượng này, chỉ xếp sau sarcoma cơ vân và u lympho không Hodgkin.^{1,2}

UTVMH ở trẻ em thường tiến triển thầm lặng với các triệu chứng ban đầu nghèo nàn như ngạt mũi, ù tai thoáng qua, đau đầu, dễ bị chẩn đoán nhầm với các bệnh lý tai mũi họng thường gặp ở trẻ nhỏ như viêm mũi, viêm xoang, viêm tai giữa. Phần lớn bệnh nhân thường đến viện ở giai đoạn bệnh tiến triển tại chỗ và di căn hạch vùng (giai đoạn III-IVA). Các trường hợp di căn xa thường hiếm gặp và chiếm ít hơn 10% UTVMH mới chẩn đoán ở trẻ em.³⁻⁵

Phân loại của Tổ chức y tế thế giới chia mô bệnh học UTVMH ra làm 3 thể chính: ung thư

biểu mô dạng tế bào vảy (WHO I), ung thư biểu mô không sừng hóa (WHO II) và ung thư biểu mô không biệt hóa (WHO III – UCNT). Ở trẻ em hầu hết các UTVMH thuộc type III.⁶

Nhìn chung tiên lượng sống thêm của bệnh UTVMH ở đối tượng trẻ em thường tốt, các đặc điểm về lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân có ý nghĩa rất lớn trong việc chẩn đoán sớm cũng như chiến lược điều trị phù hợp. Ở Việt Nam, chưa có thống kê đầy đủ các đặc điểm ở nhóm đối tượng này. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng UTVMH ở trẻ em tại Bệnh viện K giai đoạn 2019 - 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Gồm 38 bệnh nhân < 18 tuổi được chẩn đoán UTVMH tại bệnh viện K từ tháng 1/2019 – tháng 12/2024 thỏa mãn các tiêu chuẩn nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tuổi tại thời điểm được chẩn đoán < 18.

Tác giả liên hệ: Nguyễn Văn Đăng

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: nguyenvandang@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 14/12/2025

Ngày được chấp nhận: 14/01/2026

- Được chẩn đoán xác định UTMH (bằng mô bệnh học tại khối u hoặc tại hạch cổ có kèm kết quả hóa mô miễn xác định nguồn gốc từ vòm mũi họng).

- Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có ung thư thứ 2 kèm theo tại thời điểm chẩn đoán.

- Bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn tái phát.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu.

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Cỡ mẫu thuận tiện (Các bệnh nhân < 18 tuổi được chẩn đoán, nhập viện Bệnh viện K Tân Triều giai đoạn tháng 1/2019 – tháng 12/2024, đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ).

Các biến số nghiên cứu: Tuổi (tuổi trung bình), giới tính (nam/nữ), triệu chứng cơ năng (tự sờ thấy hạch cổ; đau đầu; ù tai; ngạt mũi; chảy máu mũi; triệu chứng thần kinh; triệu

chứng khác), chỉ số toàn trạng (ECOG 0; 1), nồng độ EBV – DNA huyết thanh tại thời điểm chẩn đoán (< 300 Copies/ml; ≥ 300 Copies/ml; không định lượng), đặc điểm u vòm qua nội soi và hình ảnh (hình ảnh đại thể; vị trí khối u; mức độ lan tràn trên hình ảnh học), đặc điểm về di căn hạch cổ (nhóm hạch di căn; kích thước; tương quan), thể mô bệnh học (UTBM vảy sừng hóa; UTBM không sừng hóa, biệt hóa; UTBM không sừng hóa, không biệt hóa), giai đoạn bệnh (giai đoạn khối u nguyên phát; giai đoạn hạch; giai đoạn bệnh).

Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 20.0

3. Đạo đức nghiên cứu

Đây là nghiên cứu mô tả, không có tính chất can thiệp điều trị. Nghiên cứu nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị bệnh, không phục vụ mục đích nào khác. Mọi thông tin của bệnh nhân được đảm bảo giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm lâm sàng

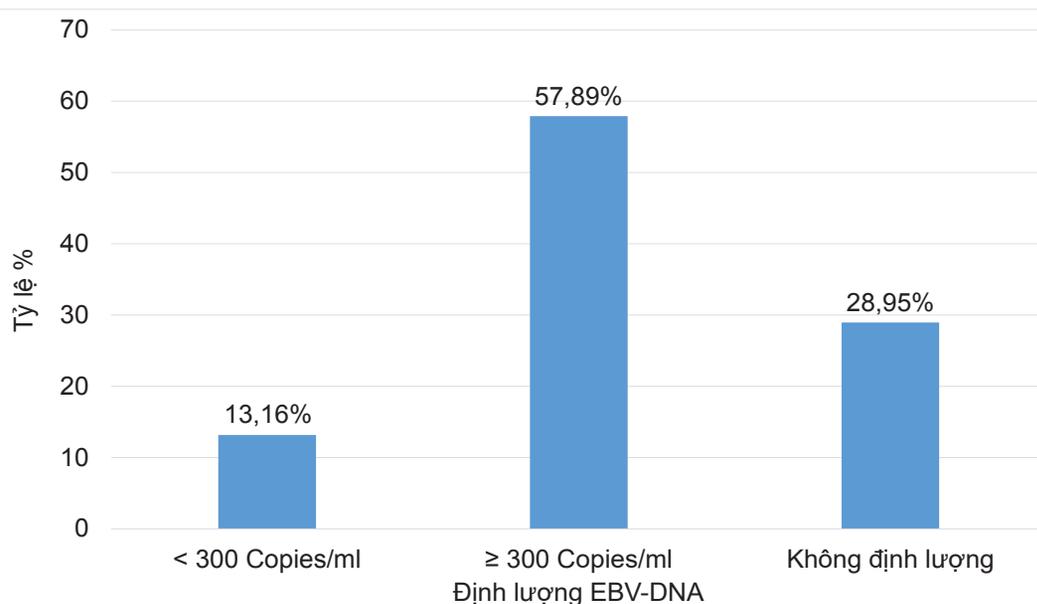
Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm	Số lượng BN	Tỉ lệ (%)
<i>Giới</i>		
Nam	28	73,7
Nữ	10	26,3
Tuổi trung bình	13,39 ± 2,746 (7 – 17 năm)	
<i>Chỉ số toàn trạng trước điều trị</i>		
ECOG 0	16	42,1
ECOG 1	22	57,9
<i>Triệu chứng cơ năng</i>		
Tự sờ thấy hạch cổ	30	78,9
Đau đầu	14	36,8
Ù tai	12	31,6
Ngạt mũi	9	23,7
Chảy máu mũi	10	26,3
Triệu chứng thần kinh	11	2,6
Khác	3	7,9

Độ tuổi trung bình của các BN trong nghiên cứu là $13,39 \pm 2,746$ (7 – 17 năm). Tỷ lệ nam/nữ là 2,8/1. Các BN đều có thể trạng tốt với ECOG 0 – 1 là 100%. Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là tự sờ thấy hạch cổ

(78,9%). Các triệu chứng khác xuất hiện đa dạng với tỷ lệ thấp hơn như đau đầu (36,8%), ù tai (31,6%), ngạt mũi (23,7%), chảy máu mũi (26,3%).

2. Đặc điểm cận lâm sàng



Biểu đồ 1. EBV – DNA huyết thanh tại thời điểm chẩn đoán

27 bệnh nhân được xét nghiệm EBV – DNA tại thời điểm chẩn đoán (71,1%). Trong đó,

EBV – DNA cao ≥ 300 copies/ml ở 22 bệnh nhân (57,9%).

Bảng 2. Đặc điểm khối u vòm mũi họng qua nội soi và hình ảnh

	Đặc điểm u	Số lượng BN	Tỷ lệ %
<i>Hình ảnh đại thể</i>	Sùi	36	94,8
	Loét	0	0
	Sùi loét	0	0
	Không rõ	2	5,2
<i>Vị trí u</i>	Chỉ tại trần vòm	9	23,7
	Chỉ tại thành sau	1	2,6
	Chỉ tại thành bên, hố Rossenmuler	5	13,2
	Toàn bộ	21	55,3
	Không rõ	2	5,2

	Đặc điểm u	Số lượng BN	Tỉ lệ %
<i>Mức độ lan tràn trên hình ảnh học</i>	Tại chỗ	3	7,9
	Khoang cạnh hầu, phần mềm quanh vòm	15	39,5
	Xương nền sọ, xoang cạnh mũi	13	34,2
	Thần kinh	3	7,9
	Não, màng não	4	10,5

Trên hình ảnh đại thể, u thường gặp ở thể sùi (94,8%). U có thể gặp ở mọi vị trí của vòm mũi họng: trần vòm (23,7%), thành bên và hố Russenmuler (13,2%), thành sau (2,6%). U chiếm toàn bộ vòm gặp ở 21 bệnh nhân

(55,3%). Trên hình ảnh học, phần lớn bệnh nhân được đánh giá u đã lan đến khoang cạnh hầu và phần mềm quanh họng (39,5%). U lan đến xương nền sọ, xoang cạnh mũi gặp với tỉ lệ ít hơn (34,2%).

Bảng 3. Đặc điểm về di căn hạch cổ

Đặc điểm	Số lượng BN	Tỉ lệ %
Tỉ lệ di căn hạch cổ	37	97,4
<i>Nhóm hạch di căn</i>		
Hạch sau hầu	24	63,2
Nhóm 1	5	13,2
Nhóm 2	37	97,4
Nhóm 3	22	57,9
Nhóm 4	5	13,2
Nhóm 5	4	10,5
<i>Kích thước</i>		
Trung bình (mm)	26,16 ± 11,197	
Nhỏ-lớn nhất (mm)	8 – 57	
<i>Vị trí tương quan</i>		
1 bên cổ	2	5,4
2 bên cổ	35	94,6

Ở nhóm bệnh nhân ung thư vòm giai đoạn III – IVA, hầu hết các bệnh nhân đều có di căn hạch cổ trên lâm sàng (97,4%) và thường di căn hạch cổ 2 bên tại thời điểm chẩn đoán

(94,6%). Vị trí hạch cổ thường gặp nhất là nhóm 2 (97,4%). Kích thước hạch trung bình là 26,16 ± 11,197 (8 – 57mm).

Bảng 4. Đặc điểm về mô bệnh học và giai đoạn bệnh

Đặc điểm	Số lượng BN	Tỉ lệ %
<i>Mô bệnh học</i>		
UTBM tế bào vảy sừng hóa	0	0
UTBM không sừng hóa, biệt hóa	0	0
UTBM không sừng hóa, không biệt hóa	38	100
<i>Giai đoạn khối u nguyên phát</i>		
Tis	0	0
T1	3	7,9
T2	11	28,9
T3	14	36,8
T4	10	26,3
<i>Giai đoạn hạch</i>		
N0	1	2,6
N1	2	5,3
N2	29	76,3
N3	6	15,8
<i>Giai đoạn bệnh</i>		
III	22	57,9
IVA	16	42,1

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, 100% đều có mô bệnh học là UTBM không sừng hóa, không biệt hóa. Về giai đoạn bệnh, các BN thuộc giai đoạn III có tỉ lệ lớn hơn (57,9%), giai đoạn IVA (42,1%).

IV. BÀN LUẬN

Theo các nghiên cứu, UTMH có thể gặp ở mọi lứa tuổi. Tuy nhiên, có sự khác biệt về tuổi mắc bệnh giữa các vùng địa lý khác nhau. Khi nghiên cứu dữ liệu thu thập được từ 23 trung tâm ung thư trên khắp thế giới trong giai đoạn 1983 – 1997, Freddy và cộng sự quan sát thấy có sự phân bố theo tuổi thành 2 đỉnh ở các khu vực có nguy cơ mắc bệnh thấp, với đỉnh đầu tiên rơi vào 15 – 24 tuổi, và đỉnh thứ 2 vào

khoảng 65 – 79 tuổi. Trái lại, tại các khu vực có nguy cơ mắc bệnh cao, tỉ lệ mắc bệnh tăng liên tục theo tuổi và đạt đỉnh ở lứa tuổi 45 – 49 sau đó giảm dần.⁷ Trong báo cáo của Feng và cộng sự, ở Việt Nam và các nước có nguy cơ mắc bệnh trung bình cao như Thái Lan, Malaysia, có 2 đỉnh mắc bệnh hay gặp, một là ở tuổi thanh thiếu niên (14 – 15 tuổi), hai là độ tuổi trung niên 45 – 60 tuổi.⁸ Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình là $13,39 \pm 2,746$ (7 – 17 năm). Độ tuổi có tỉ lệ mắc bệnh cao nhất là 13 – 16 tuổi, tương đương với đỉnh phân bố theo tuổi thứ nhất là tuổi thanh thiếu niên trong các nghiên cứu trong và ngoài nước.

Về giới, trong 38 bệnh nhân nghiên cứu có 28 nam chiếm 73,68% và 10 nữ chiếm 26,32%,

tỉ lệ nam/nữ là 2,8/1. Tỉ lệ mắc bệnh theo giới (nam/ nữ) duy trì trong khoảng 2 – 3 không kể khu vực dịch tế nguy cơ cao hay thấp hay độ tuổi bệnh nhân.⁷ Kết quả tương tự cũng được ghi nhận trong các nghiên cứu khác, không có sự khác biệt giữa độ tuổi trưởng thành và độ tuổi trẻ hơn.^{2,8,9} Lý do nào cho việc bệnh có tỉ lệ mắc cao hơn ở nam giới vẫn chưa được biết rõ. Việc sử dụng rượu bia, thuốc lá hay tá động của hormon giới tính được cho là có liên quan. Tuy nhiên, ở độ tuổi trẻ em, sự phơi nhiễm với rượu, khói thuốc, hormon là không đáng kể, nên những yếu tố này khó có thể giải thích cho ưu thế mắc bệnh ở giới nam.

Tất cả 38 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu đều có PS 0 – 1, trong đó 42,1% có PS = 0 và 57,9% có PS = 1. Các bệnh nhân có thể trạng tốt và không có bệnh nhân mắc bệnh phối hợp có khả năng dung nạp với hóa chất tốt hơn. Các triệu chứng cơ năng có thể gặp đầu tiên ở bệnh nhân UTMH bao gồm ngạt mũi, ù tai, chảy máu mũi, đau đầu, đau mặt... tuy nhiên, triệu chứng thường gặp nhất là nổi hạch vùng cổ. Trong nghiên cứu của Yan và cộng sự thực hiện trên 185 bệnh nhân UTMH dưới 21 tuổi tại Trung Quốc, các triệu chứng thường gặp của bệnh nhân khi vào viện bao gồm hạch cổ (44,9%), ù tai/ giảm thính lực (36,2%), chảy máu mũi (22,7%), đau đầu (22,2%) và ngạt mũi (20%).⁹ Tại nghiên cứu của chúng tôi, hạch vùng cổ cũng là triệu chứng gặp nhiều nhất tại thời điểm vào viện (78,9%), phù hợp với các kết quả trong y văn. Các triệu chứng về mũi và tai cũng là các triệu chứng thường gặp: ù tai (31,6%), ngạt mũi (23,7%), chảy máu mũi (26,3%). Những dấu hiệu này là biểu hiện của sự biến đổi giải phẫu gây ra do khối u vòm phát triển. Những khối u vòm phát triển bí tắc cửa mũi sau gây ngạt mũi, xâm lấn loa vòi gây ù tai, viêm nhiễm và hoại tử tại chỗ gây chảy máu kèm nhiều chất nhầy xuất tiết. Những triệu chứng này có thể khiến bác sĩ chẩn đoán nghĩ

tới các bệnh lý viêm nhiễm đường hô hấp trên rất thường gặp ở trẻ em mà bỏ qua bệnh lý ác tính phía dưới. Khi BN trẻ tuổi vào viện với các triệu chứng trên, cần chẩn đoán phân biệt với nhiễm khuẩn đường hô hấp trên, u lympho không Hodgkin, u lympho Hodgkin, sarcoma cơ vòm vùng vòm mũi họng, u xơ mạch và u máu.⁶

Về vị trí khởi phát, trong nghiên cứu của Zhu và cộng sự trên các bệnh nhân ung thư vòm mũi họng dưới 30 tuổi cho thấy: 75,5% bệnh nhân có u chiếm toàn bộ vòm, không xác định được vị trí ban đầu. Trên những bệnh nhân còn lại, khối u có thể phát triển từ thành sau (13,2%), thành bên (5,2%) và kết hợp nhiều vị trí (4,7%).¹¹ Trong nghiên cứu này, khi quan sát vị trí u nguyên phát trên nội soi vòm mũi họng, chúng tôi cũng thu được kết quả tương tự: phần lớn bệnh nhân có u chiếm toàn bộ vòm (55,3%). Các vị trí còn lại gặp với tỉ lệ thấp hơn trần vòm (23,7%), thành bên và hố Russenmuler (13,2%), thành sau (2,6%). Niêm mạc vùng vòm mũi họng ở trẻ em mỏng, giàu mạch máu và mô lympho, cấu trúc vòm họng có hình phễu, tương đối hẹp và ngắn, nên khi quan sát trên hình ảnh nội soi tai mũi họng, phần lớn trường hợp thấy u chiếm toàn bộ vòm. Về hình thái đại thể của tổn thương, khối u vùng vòm mũi họng có thể xuất phát dưới nhiều hình thái, trong đó khối u vòm dạng sùi chiếm đa số.⁹ Trong nghiên cứu của chúng tôi, u thể sùi chiếm 94,8%.

Vòm mũi họng có một mạng dẫn lưu bạch huyết phong phú, nên trong UTMH, di căn hạch vùng thường xảy ra rất sớm. Trong nghiên cứu của Sultan và cộng sự, ở nhóm đối tượng trẻ em và thanh thiếu niên, tỉ lệ di căn hạch tại thời điểm chẩn đoán là 87,6%.¹² Trong nghiên cứu của chúng tôi, tại thời điểm chẩn đoán ban đầu, qua thăm khám lâm sàng phát hiện 37/38 bệnh nhân có xuất hiện hạch cổ, chiếm 97,4%. Đa số bệnh nhân có hạch cổ 2 bên, chiếm 94,6%. Nhóm hạch thường gặp nhất nhóm 2

(97,4%). Các hạch di căn thường có tính chất chắc, cố định, không đau. Kích thước hạch trung bình là $26,16 \pm 11,197$ mm.

Về mô bệnh học của ung thư vòm mũi họng ở đối tượng trẻ em, thể UTBM vảy không sừng hóa, dưới typ không biệt hóa chiếm đa số, đây là thể bệnh nhạy cảm với hóa chất và xạ trị. Trong nghiên cứu của Sultan và cộng sự, thể mô bệnh học này ở đối tượng trẻ em và thanh thiếu niên chiếm 62%, các thể mô bệnh học khác gặp với tỉ lệ thấp hơn.¹² Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân đều có nhóm mô bệnh học là UTBM vảy không sừng hóa, dưới typ không biệt hóa.

Nồng độ EBV – DNA trong huyết tương trước điều trị có ý nghĩa quan trọng, là một yếu tố của quá trình chẩn đoán và đánh giá giai đoạn bệnh theo hệ thống phân giai đoạn TNM của AJCC. Nồng độ EBV DNA huyết tương trước điều trị cũng có giá trị tiên lượng và được chứng minh có liên quan đến kết quả sống thêm trong nhiều nghiên cứu trước đây. Trong nghiên cứu của Jin Ching Lin và cộng sự trên 99 BN UTMH cho thấy các BN tái phát có nồng độ EBV DNA huyết tương trước điều trị cao hơn đáng kể so với nhóm BN không tái phát (trung vị 3035 bản sao/ml so với 1202 bản sao/ml; $p = 0,02$), thời gian sống thêm toàn bộ ($p < 0,001$) và sống thêm không bệnh tiến triển ($p = 0,02$) cũng thấp hơn đáng kể ở nhóm BN có nồng độ EBV – DNA huyết tương trước điều trị ≥ 1500 bản sao/ml so với nhóm < 1500 bản sao/ml.¹³ UTMH typ không biệt hóa ở đối tượng trẻ em luôn có sự liên hệ chặt chẽ với bằng chứng nhiễm EBV. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 27 bệnh nhân (71,1%) được xét nghiệm EBV DNA tại thời điểm chẩn đoán. Trong đó 22/27 bệnh nhân có nồng độ EBV – DNA trong huyết tương ≥ 300 copies/ml.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 38 BN UTMH < 18 tuổi tại

Bệnh viện K từ tháng 1/2019 đến tháng 12/2024 cho thấy: bệnh thường gặp ở nam giới, độ tuổi trung bình là 13,39 tuổi. Thể mô bệnh học UTBM không biệt hóa chiếm 100% và 57,9% BN có EBV – DNA cao ≥ 300 copies/ml tại thời điểm chẩn đoán. Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là tự sờ thấy hạch cổ. Tất cả các bệnh nhân đều đến viện ở giai đoạn tiến triển.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024;74(3):229-263. doi:10.3322/caac.21834
2. Dourthe ME, Bolle S, Temam S, et al. Childhood Nasopharyngeal Carcinoma: State-of-the-Art, and Questions for the Future. *J Pediatr Hematol Oncol.* 2018;40(2):85-92. doi:10.1097/mp.0000000000001054
3. Claude L, Jouglar E, Duverge L, et al. Update in pediatric nasopharyngeal undifferentiated carcinoma. *Br J Radiol.* 2019;92(1102):20190107. doi:10.1259/bjr.20190107
4. Sultan I, Casanova M, Ferrari A, et al. Differential features of nasopharyngeal carcinoma in children and adults: A SEER study. *Pediatr Blood Cancer.* 2010;55(2):279-284. doi:10.1002/pbc.22521
5. Ben-Ami T, Kontny U, Surun A, et al. Nasopharyngeal carcinoma in children and adolescents: The EXPeRT/PARTNER diagnostic and therapeutic recommendations. *Pediatr Blood Cancer.* 2021;68 Suppl 4:e29018. doi:10.1002/pbc.29018
6. Skálová A, Bradová M, Michal M Jr, et al. Molecular pathology in diagnosis and prognostication of head and neck tumors. *Virchows Arch.* 2024 Feb;484(2):215-231. doi:10.1007/s00428-023-03731-2

7. Bray F, Haugen M, Moger TA, et al. Age-Incidence Curves of Nasopharyngeal Carcinoma Worldwide: Bimodality in Low-Risk Populations and Aetiologic Implications. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2008;17(9):2356-2365. doi:10.1158/1055-9965.EPI-08-0461
8. Feng BJ. Descriptive, Environmental and Genetic Epidemiology of Nasopharyngeal Carcinoma. In: Busson P, ed. *Nasopharyngeal Carcinoma: Keys for Translational Medicine and Biology.* Springer;2013:23-41. doi:10.1007/978-1-4614-5947-7_3
9. Yan Z, Xia L, Huang Y, et al. Nasopharyngeal carcinoma in children and adolescents in an endemic area: a report of 185 cases. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2013; 77(9): 1454-1460. doi:10.1016/j.ijporl.2013.06.005
10. Cannon T, Zanation AM, Lai V, et al. Nasopharyngeal carcinoma in young patients: a systematic review of racial demographics. *The Laryngoscope.* 2006;116(6):1021-1026. doi:10.1097/01.mlg.0000217243.08756.0c
11. Zhu Y, Song X, Li R, et al. Assessment of Nasopharyngeal Cancer in Young Patients Aged ≤ 30 Years. *Front Oncol.* 2019;9:1179. doi:10.3389/fonc.2019.01179
12. Sultan I, Casanova M, Ferrari A, et al. Differential features of nasopharyngeal carcinoma in children and adults: A SEER study. *Pediatr Blood Cancer.* 2010;55(2):279-284. doi:10.1002/pbc.22521
13. Lin JC, Wang WY, Chen KY, et al. Quantification of plasma Epstein-Barr virus DNA in patients with advanced nasopharyngeal carcinoma. *N Engl J Med.* 2004;350(24):2461-2470. doi:10.1056/NEJMoa032260

Summary

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PEDIATRIC NASOPHARYNGEAL CANCER PATIENTS AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL DURING THE PERIOD 2019-2024

Pediatric nasopharyngeal carcinoma (NPC) is a rare malignancy, accounting for less than 1% of all cancers. Characterizing the clinical and paraclinical features of this patient population is crucial for early diagnosis and for guiding appropriate therapeutic strategies. This retrospective descriptive study examined 38 pediatric NPC patients under 18 years of age at Vietnam National Cancer Hospital from January 2019 to December 2024. The results showed that the male-to-female ratio was 2.8/1; all cases were undifferentiated carcinoma and 57.9% had elevated plasma EBV-DNA levels (≥ 300 copies/ml) at diagnosis. The most common presenting symptom was cervical lymphadenopathy (78.9%). Morphologically, the exophytic form predominated (94.8%), and tumors had often involved the entire nasopharynx at diagnosis (55.3%). All patients presented at an advanced stage, with stage III accounting for 57,9% and stage IVA accounting for 42,1%.

Keywords: Nasopharyngeal carcinoma, pediatric cancer, clinical characteristics, paraclinical characteristics.