

Xác định các yếu tố liên quan khả năng di căn hạch và kết quả vét hạch qua nội soi lồng ngực trong phẫu thuật điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ

Determination of factors related to ability of lymph node metastasis and results of vats lymphadenectomy in surgical treatment of non-small cell lung cancer

Trần Minh Bảo Luân, Vũ Trí Thanh

Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Tóm tắt

Mục tiêu: Xác định các yếu tố liên quan di căn hạch và khả năng phẫu thuật lấy hết hạch qua nội soi lồng ngực trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu mô tả dọc, 109 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ được điều trị bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt thùy phổi kèm vét hạch tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh và Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch từ ngày 01/01/2012 đến ngày 31/12/2016. **Kết quả:** Tuổi trung bình $59,18 \pm 10,08$ (31 - 80), trong đó 59 nam (54,1%), 50 nữ (45,9%). Kích thước khối u phổi trung bình $3,23 \pm 0,91$ (1,2 - 5cm). Tổng cộng có 419 vị trí hạch được khảo sát, phẫu thuật cho thấy 309 vị trí có hạch, 110 vị trí không có hạch. Vị trí các nhóm hạch và khả năng di căn ($p=0,112$), số lượng hạch lấy ra tại từng vị trí hạch và khả năng di căn ($p<0,001$), kích thước hạch và khả năng di căn ($p<0,001$). Vị trí khối u phổi và di căn các nhóm hạch ($p>0,05$), kích thước khối u phổi và di căn các hạch ($p<0,05$), khả năng di căn các hạch và loại mô bệnh học ($p>0,05$), độ biệt hóa ($p<0,05$). Khả năng phẫu thuật lấy hết các nhóm hạch thấy trên CT scan và trong mổ cao nhất tại hạch nhóm 8, 9 cho cả hai bên (100%), thấp nhất tại vị trí 4 bên trái (60%) ($p<0,05$). Kích thước hạch đo được trên CT scan ngực hay trong mổ càng lớn thì khả năng phẫu thuật lấy được hết hạch càng thấp ($p<0,001$). **Kết luận:** Các yếu tố liên quan đến khả năng di căn hạch gồm: Số lượng hạch được tìm thấy tại một vị trí của hạch, kích thước khối u, mô bệnh học và độ biệt hóa của khối u phổi. Tuy nhiên, chỉ có vị trí của khối u phổi là không liên quan đến khả năng di căn các hạch. Vị trí các nhóm hạch và kích thước của hạch là những yếu tố ảnh hưởng đến khả năng phẫu thuật lấy hết hạch qua nội soi lồng ngực.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi lồng ngực, di căn hạch, ung thư phổi.

Summary

Objective: To identify factors related to ability of lymph node metastasis and VATS lymphadenectomy in the treatment of non-small cell lung cancer. **Subject and method:** Prospective, longitudinal description, 109 cases of non-small cell lung cancer were treated by VATS lobectomy and lymphadenectomy at University Medical Center Ho Chi Minh city and Pham Ngoc Thach

Ngày nhận bài: 28/02/2018, ngày chấp nhận đăng: 26/04/2018

Người phản hồi: Trần Minh Bảo Luân, Email: tranminhbaoluan@yahoo.com - Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Hospital from January 1st 2012 to December 31st 2016. *Result:* An average age of 59.18 ± 10.08 (31 - 80), of which 59 males (54.1%), 50 females (45.9%). The average lung tumor size was 3.23 ± 0.91 (1.2 - 5cm). A total of 419 nodal stations examined by surgery show that there were 309 positive lymph node stations and 110 negative lymph node stations. The locations of lymph nodule and the potential of metastasis ($p=0.112$), the number of lymph nodule removed at each lymph node station and the probability of metastasis ($p<0.001$), lymph node size and the potential of metastasis ($p<0.001$). The locations of the lung tumors and metastasis of the lymph nodule ($p>0.05$), lung tumor size and lymph node metastasis ($p<0.05$), metastasis of lymph nodes and histopathology ($p>0.05$), tumor differentiation ($p<0.05$). The rate of ability of VATS lymphadenectomy to lymph nodule found on CT scan and intraoperation is highest at bilateral 8,9 lymph node stations and lowest at 4L station. The larger lymph node size (measured on CT scan & intraoperation), the lower ability of VATS lymphadenectomy. *Conclusion:* The factors related to lymph node metastasis include: Number of lymph nodule at each station, tumor size, histopathology and tumor differentiation. However, only the location of tumor is not related. The locations and size of lymph nodule are factors related to the ability of VATS lymphadenectomy.

Keywords: Video-Assited Thoracoscopic Surgery (VATS), lymph node metastasis, lung cancer.

1. Đặt vấn đề

Hiện nay ung thư phổi là loại ung thư thường gặp nhất và có tỷ lệ tử vong cao nhất cho cả nam lẫn nữ. Tần suất ung thư phổi đang có khuynh hướng giảm nhẹ ở các nước phát triển nhưng lại gia tăng đáng kể ở các nước đang phát triển. Đa số các trường hợp ung thư phổi được phát hiện ở giai đoạn muộn không còn khả năng điều trị triệt để, chỉ khoảng 10 - 20% các trường hợp ung thư phổi được phát hiện ở giai đoạn còn có khả năng phẫu thuật triệt để. Thời gian sống còn sau phẫu thuật cũng thay đổi rất nhiều, trong đó, giai đoạn ung thư phổi hay có di căn hạch là một trong những yếu tố tiên lượng thời gian sống còn. Vì vậy, xác định khả năng di căn hạch rốn phổi và trung thất là một trong những yếu tố quan trọng trong chọn lựa phương án và xây dựng phác đồ điều trị cho bệnh nhân ung thư phổi.

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

109 bệnh nhân ung thư phổi nguyên phát không tế bào nhỏ được điều trị bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt thùy phổi kèm vét hạch tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh và Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch từ ngày 01/01/2012 đến ngày 31/12/2016.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu tiền cứu mô tả dọc, bệnh nhân được xác định ung thư phổi không tế bào nhỏ bằng giải phẫu bệnh khi sinh thiết qua nội soi phế quản hoặc sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của CT scan hoặc sinh thiết tức thì trong mổ và sau đó tiến hành phẫu thuật cắt thùy phổi + vét hạch qua nội soi lồng ngực.

Chỉ định áp dụng cắt thùy phổi và vét hạch qua nội soi lồng ngực:

Ung thư phổi giai đoạn I, IIA, IIIA (T2a, N2) (Định giai đoạn ung thư phổi: Phân loại TMN 7th Edition theo UICC hay AJCC 2009); kích thước u nhỏ hơn 5cm nằm ở ngoại biên, không xâm lấn mạch máu, thành ngực, rãnh liên thùy, cơ hoành và màng ngoài tim; hạch rốn phổi và trung thất có

kích thước nhỏ hơn 2cm; bệnh nhân không xạ trị vùng ngực trước đó.

Bệnh nhân được xác định lấy hết hạch qua quan sát đại thể trong lúc phẫu thuật và CT scan ngực cản quang kiểm tra 1 tháng sau phẫu thuật.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu

Tuổi và giới: 109 bệnh nhân với tuổi trung bình $59,1 \pm 10,08$ (31-80); 59 nam (54,1%), 50 nữ (45,9%).

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Vị trí u phổi

Bảng 1. Vị trí khối u phổi

Vị trí u phổi	Số bệnh nhân (n = 109)	Tỷ lệ %
Phổi phải		
Thùy trên	22	20,2
Thùy giữa	14	12,8
Thùy dưới	30	27,5
Tổng	66	60,6
Phổi trái		
Thùy trên	25	22,9
Thùy dưới	18	16,5

Vị trí hạch trên CLVT có cản quang

Bảng 3. Vị trí các nhóm hạch trên hình ảnh CLVT lồng ngực cản quang

Vị trí nhóm hạch	U phổi phải (n = 65)		U phổi trái (n = 44)	
	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Nhóm 2, 4*	30	46,2	5	11,4
Nhóm 5, 6	-	-	23	52,3
Nhóm 7	50	76,9	19	43,2
Nhóm 8, 9	9	13,8	5	11,4
Nhóm 10	47	72,3	37	84,1

Tổng	43	39,4
-------------	-----------	-------------

Nhận xét: Tỷ lệ u phổi bên phải cao hơn bên trái và chủ yếu thùy trên hai bên.

Đặc điểm của khối u phổi trên chụp cắt lớp vi tính (CLVT) có cản quang.

Bảng 2. Đặc điểm của khối u phổi trên chụp CLVT có cản quang

Đặc điểm của u phổi	Số bệnh nhân (n = 109)	Tỷ lệ %
Kích thước	Trung bình $3,23 \pm 0,91$ (1,2 - 5cm)	
≤ 2 cm	7	6,4
$> 2 - 3$ cm	24	22
$> 3 - 5$ cm	78	71,6

Nhận xét: Đa số khối u phổi có kích thước ≥ 3 cm, tỷ lệ nhỏ kích thước ≤ 2 cm.

Đặc điểm hạch rốn phổi và trung thất trên CLVT

Trong 109 bệnh nhân, có 419 vị trí hạch được khảo sát CLVT cho thấy 225 (53,7%) vị trí phát hiện có hạch và 194 vị trí không phát hiện hạch trên CLVT.

*: Bên trái chỉ có nhóm 4.

Nhận xét: Hạch phát hiện trên CLVT nhiều nhất là nhóm 10, kế đến là nhóm 7 và ít nhất là nhóm 4 bên trái.

3.3. Khả năng di căn các nhóm hạch

Liên quan vị trí các nhóm hạch tìm thấy trong mổ và khả năng di căn.

Bảng 4. Khả năng di căn các nhóm hạch theo vị trí

Vị trí hạch	Di căn hạch		Giá trị p
	Không	Có	
Bên phải			0,112*
Nhóm 2, 4	31 (79,5)	8 (20,5)	
Nhóm 5, 6	-	-	
Nhóm 7	42 (73,7)	15 (26,3)	
Nhóm 8, 9	17 (73,9)	6 (26,1)	
Nhóm 10	42 (65,6)	22 (34,4)	
Bên trái			
Nhóm 4	9 (90,0)	1 (10,0)	
Nhóm 5, 6	21 (67,7)	10 (32,3)	
Nhóm 7	24 (85,7)	4 (14,3)	
Nhóm 8, 9	11 (84,6)	2 (15,4)	
Nhóm 10	25 (56,8)	19 (43,2)	
Tổng cộng	222 (71,8)	87 (28,2)	
*Phép kiểm Chi bình phương			

Nhận xét: Vị trí các nhóm hạch không liên quan với khả năng di căn hạch.

Liên quan số lượng hạch lấy ra tại từng vị trí hạch và khả năng di căn.

Bảng 5. Khả năng di căn hạch theo số lượng hạch được lấy ra tại từng vị trí

Số lượng hạch	Di căn hạch		Giá trị p
	Không	Có	
1 hạch	140 (80,5)	34 (19,5)	<0,001*
2 hạch	75 (62,0)	46 (38,0)	
3 hạch	7 (58,3)	5 (41,7)	
4 hạch	0 (0,0)	2 (100,0)	
*Phép kiểm chính xác Fisher			

Nhận xét: Càng nhiều hạch được lấy ra tại 1 vị trí của hạch thì khả năng di căn hạch càng cao ($p < 0,001$).

Liên quan kích thước hạch và khả năng di căn.

Bảng 6. Khả năng hạch di căn theo kích thước hạch

Kích thước hạch	Di căn hạch	Giá trị p
-----------------	-------------	-----------

	Không	Có	
< 1cm	210 (86,1)	34 (13,9)	<0,001*
≥ 1cm	12 (18,5)	53 (81,5)	
*Phép kiểm Chi bình phương			

Nhận xét: Kích thước hạch càng lớn thì khả năng di căn hạch càng cao ($p < 0,001$).

Liên quan vị trí khối u phổi và di căn hạch các nhóm hạch liên quan.

Bảng 7. Vị trí khối u phổi và khả năng di căn của các nhóm hạch liên quan

Vị trí u phổi	Giải phẫu bệnh hạch		Giá trị p
	Không di căn	Có di căn	
Thùy trên phải			
Hạch 2R, 4R	12 (31,6)	4 (22,2)	0,520*
Hạch 7R	13 (34,2)	5 (27,8)	
Hạch 10R	13 (34,2)	9 (50,0)	
Thùy giữa			
Hạch 2R, 4R	6 (28,6)	2 (16,7)	0,656*
Hạch 7R	6 (28,6)	5 (41,7)	
Hạch 10R	9 (42,9)	5 (41,7)	
Thùy dưới phải			
Hạch 2R, 4R	13 (17,8)	2 (9,5)	0,607*
Hạch 7R	23 (31,5)	5 (23,8)	
Hạch 8R, 9R	17 (23,3)	6 (28,6)	
Hạch 10R	20 (27,4)	8 (31,8)	
Thùy trên trái			
Hạch 4L	7 (14,3)	1 (5,6)	0,127*
Hạch 5L, 6L	12 (24,5)	8 (44,4)	
Hạch 7L	13 (26,5)	1 (5,6)	
Hạch 10L	17 (34,7)	8 (44,4)	
Thùy dưới trái			
Hạch 4L	2 (4,9)	0 (0,0)	0,035*
Hạch 5L, 6L	9 (22,0)	2 (11,1)	
Hạch 7L	11 (26,8)	3 (16,7)	
Hạch 8L, 9L	11 (26,8)	2 (11,1)	

Hạch 10L	8 (19,5)	11 (61,1)	
Tổng cộng	222 (71,8)	87 (28,2)	

*Phép kiểm Chi bình phương

Nhận xét: Liên quan không có ý nghĩa thống kê giữa vị trí khối u phổi và di căn các nhóm hạch liên quan, trừ khối u ở thùy dưới phổi trái di căn hạch nhóm 10 nhiều hơn các nhóm hạch khác.

Liên quan khả năng di căn các chặng hạch và kích thước khối u.

Bảng 8. Di căn các chặng hạch N1 và N2 theo kích thước khối u phổi

		GPB chặng hạch N1		Giá trị p
		Không di căn	Có di căn	
Kích thước u phổi	≤ 3cm	23	4	0,003 ^a
	> 3cm	43	39	
Tổng số = 109		66	43	
		GPB chặng hạch N2		0,044 ^b
		Không di căn	Có di căn	
Kích thước u phổi	≤ 3cm	23	4	
	> 3cm	53	29	
Tổng số = 109		76	33	
		GPB chặng hạch N1 hoặc N2		0,001 ^b
		Không di căn	Có di căn	
Kích thước u phổi	≤ 3cm	22 (81,5)	5 (18,5)	
	> 3cm	38 (46,3)	44 (53,7)	
Tổng số = 109		60	49	

Nhận xét: U phổi có kích thước càng lớn thì khả năng di căn các chặng hạch N1 và N2 càng cao ($p < 0,05$).

Liên quan khả năng di căn các chặng hạch và loại mô bệnh học, độ biệt hóa.

Bảng 9. Di căn các chặng hạch theo phân loại mô bệnh học và độ biệt hóa của khối u phổi

		GPB chặng hạch N1		p value
		Không di căn	Có di căn	
Giải phẫu bệnh	Carcinoma tuyến	56	39	0,559 ^a
	Các loại khác	10	4	
Độ biệt hóa	Cao	30	6	0,002 ^b
	Trung bình	16	13	
	Kém	20	24	
		GPB chặng hạch N2		
		Không di căn	Có di căn	

Giải phẫu bệnh	Carcinoma tuyến	65	30	0,545 ^a
	Các loại khác	11	3	
Độ biệt hóa	Cao	31	5	0,009 ^b
	Trung bình	21	8	
	Kém	24	20	

Bảng 9. Di căn các chặng hạch theo phân loại mô bệnh học và độ biệt hóa của khối u phổi (tiếp)

		GPB chặng hạch N1 hoặc N2		
		Không di căn	Có di căn	
Giải phẫu bệnh	Carcinoma tuyến	50 (52,6)	45 (47,4)	0,187 ^a
	Các loại khác	10 (71,4)	4 (28,6)	
Độ biệt hóa	Cao	28 (77,8)	8 (22,2)	0,003 ^b
	Trung bình	14 (48,3)	15 (51,7)	
	Kém	18 (40,9)	26 (59,1)	

^a: Phép kiểm chính xác Fisher

^b: Phép kiểm Chi bình phương

Nhận xét: Độ biệt hóa của u phổi càng kém thì khả năng di căn các chặng hạch N1, N2 càng cao ($p < 0,05$).

3.4. Khả năng phẫu thuật lấy hết hạch

Trong 109 trường hợp được phẫu thuật, có tổng cộng 419 nhóm hạch về phương diện phẫu thuật được khảo sát: 110 vị trí không có hạch trong mổ, 279/309 vị trí lấy được hết hạch (90,3%), 30/309 không lấy được hết hạch (9,7%).

Bảng 10. Khả năng phẫu thuật lấy hết các nhóm hạch trên CT scan và trong mổ

Vị trí hạch	Hạch thấy trên CT scan (n = 225)		Hạch thấy trong mổ (n = 309)	
	Phẫu thuật lấy hết		Phẫu thuật lấy hết	
	Không	Có	Không	Có
Bên phải				
Nhóm 2, 4	2 (6,7)	28 (93,3)	2 (5,1)	37 (94,9)
Nhóm 7	5 (10,0)	45 (90,0)	5 (8,8)	52 (91,2)

Nhóm 8, 9	0 (0,0)	9 (100,0)	0 (0,0)	23 (100,0)
Nhóm 10	10 (21,3)	37 (78,7)	10 (15,6)	54 (84,4)
Bên trái				
Nhóm 4	4 (80,0)	1 (20,0)	4 (40,0)	6 (60,0)
Nhóm 5, 6	2 (8,7)	21 (91,3)	2 (6,5)	29 (93,5)
Nhóm 7	2 (10,5)	17 (89,5)	2 (7,1)	26 (92,9)
Nhóm 8, 9	0 (0,0)	5 (100,0)	0 (0,0)	13 (100,0)
Nhóm 10	5 (13,5)	32 (86,5)	5 (11,4)	39 (88,6)
Tổng số	30 (13,3)	175 (77,7)	30 (9,7)	279 (90,3)
<i>*Phép kiểm chính xác Fisher</i>	p = 0,017*		p = 0,049*	

Nhận xét: Trong 109 trường hợp, có 419 nhóm hạch được phẫu thuật nạo vét, khả năng phẫu thuật lấy hết hạch cao nhất tại hạch nhóm 8, 9 cho cả hai bên (100%), kể đến là hạch nhóm 2, 4 bên phải (94,9%) và hạch nhóm 7 hai bên (91,2% và 92,9%); khả năng phẫu thuật lấy hết hạch thấp nhất tại vị trí 4 bên trái (60%) và hạch nhóm 10 cả hai bên (84,4% và 88,6%) (p=0,049).

Bảng 11. Khả năng phẫu thuật lấy hết hạch theo kích thước hạch trên CT scan và trong mổ

Kích thước hạch	Phẫu thuật lấy hết		Giá trị p
	Không	Có	
Phẫu thuật			<0,001*
< 1cm	8 (3,3)	236 (96,7)	
≥ 1cm	22 (33,9)	43 (66,2)	
CT scan ngực			<0,001*
< 1cm	15 (8,0)	172 (92,0)	
≥ 1cm	15 (39,5)	23 (60,5)	
*Phép kiểm Chi bình phương			

Nhận xét: Kích thước hạch đo được trên CT scan ngực hay trong mổ càng lớn thì khả năng phẫu thuật lấy được hết hạch càng thấp (p=0,001).

4. Bàn luận

4.1. Các yếu tố liên quan di căn hạch

Số lượng hạch, kích thước hạch và khả năng di căn

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy số lượng hạch tìm thấy trong mổ tại một vị trí hạch tỷ lệ thuận với khả năng di căn trên mô bệnh học: 19,5% di căn cho 1 hạch, 38% và 41,7% đối với 2 và 3 hạch, 100% di căn khi có 4 hạch tại một vị

trí. Ngoài ra, kích thước hạch đo được trong mổ cũng có liên hệ mật thiết với khả năng di căn, hạch trong mổ với kích thước > 1cm có khả năng di căn cao (p<0,001).

Hiện tại, chúng tôi chưa tìm thấy nghiên cứu nào báo cáo về số lượng hạch tại một vị trí hạch được phẫu thuật lấy ra càng nhiều thì khả năng di căn của nhóm hạch tại vị trí đó càng cao như nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên, có một số

ngiên cứu đề cập đến số lượng hạch và di căn như sau:

Nghiên cứu của tác giả Nwogu, cho thấy đối với những bệnh nhân không có di căn hạch, tổng số lượng hạch được phẫu thuật lấy ra có giá trị tiên lượng tốt hơn so với vị trí giải phẫu của hạch được tìm thấy. Đối với những trường hợp có di căn hạch, tác giả cũng cho thấy tỷ lệ hạch bị di căn/tổng số hạch lấy ra (tỷ suất di căn hạch) là yếu tố tiên lượng có giá trị hơn là vị trí giải phẫu của hạch. Bệnh nhân có tỷ suất di căn hạch (dưới 25%) hoặc trung bình (25 - 49%) có tiên lượng tốt hơn những người có tỷ suất di căn hạch cao (hơn 50%) [8].

Tuy nhiên, theo tác giả Valerie, cho đến nay các nghiên cứu phân tích đều thất bại trong việc chỉ ra rằng số lượng hạch thay thế vị trí giải phẫu của hạch (chặng N1, N2) như là một yếu tố tiên lượng và khẳng định vị trí các chặng hạch (N1, N2) sẽ vẫn là phương pháp đánh giá phân độ N trong phiên bản thứ 8 sắp tới của hệ thống phân loại ung thư quốc tế [9].

Trong các nghiên cứu ở Việt Nam và trên thế giới đều ghi nhận kích thước của các hạch tỷ lệ thuận với khả năng di căn: Tác giả Nguyễn Khắc Kiểm cho thấy nhóm hạch có kích thước $\leq 10\text{mm}$ tỷ lệ di căn rất thấp 23,7%; nhóm hạch có kích thước

$> 10 - 15\text{mm}$ và $> 15 - 20\text{mm}$ tỷ lệ di căn tương ứng là 41,4% và 72,4%; đặc biệt nhóm hạch có đường kính $> 20\text{mm}$ tỷ lệ di căn cao 100% ($p=0,0001$) [1]. Tác giả Agzarian J cho rằng hạch trung thất bình thường có thể có đường kính từ 13 đến 15mm và hầu hết hạch trung thất bình thường có kích thước trực ngắn đo được dưới CT scan đều dưới 10mm. Trên bệnh nhân với khối u phổi và hạch lớn hơn 10mm có nhiều khả năng là hạch di căn. Hạch có trực ngắn dưới 10mm khả năng di căn dưới 13%. Hạch với trực ngắn từ 10 - 15mm có xác suất 50% di căn và các hạch trên 15mm có xác suất di căn hơn 67% [2].

4.2. Vị trí u và di căn các nhóm hạch liên quan

Tác giả Harvey IP và cộng sự (2010) [5] đã phân tích số liệu từ 390 trường hợp ung thư phổi cho thấy:

U thùy trên phổi phải tỷ lệ di căn hạch nhóm 2 là 21%; di căn hạch nhóm 4 rất cao là 64%; di căn hạch nhóm 7 là 22%; di căn hạch nhóm 10 là 31%. U thùy giữa di căn hạch nhóm 4 cao 67%; di căn hạch nhóm 7 là 50%; di căn hạch nhóm 10 là 43%. U thùy dưới phổi phải di căn hạch nhóm 3, 4 là 25%; nhóm 8 - 9 rất thấp chỉ 3%; đặc biệt di căn hạch nhóm 7 rất cao là 86%; di căn hạch nhóm 10, 12 là 48%.

U thùy trên phổi trái di căn hạch nhóm 2 rất thấp chỉ 2%; di căn hạch nhóm 4 là 16%; di căn hạch nhóm 7 là 21%; đặc biệt di căn hạch nhóm 5 - 6 rất cao 90%; di căn hạch nhóm 10 là 36%. U thùy dưới phổi trái di căn hạch nhóm 3, 4 là 15%; di căn hạch nhóm 5 - 6 là 39%; di căn hạch nhóm 8 - 9 rất thấp chỉ 2%; di căn hạch nhóm 7 cao là 55%; di căn hạch nhóm 10 là 52%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 7) cho thấy tỷ lệ di căn vào các nhóm hạch của khối u ở các thùy phổi tương tự như tác giả trên. Tuy nhiên, chúng tôi không tìm thấy sự liên quan có ý nghĩa thống kê về di căn giữa các nhóm hạch cho từng vị trí của thùy phổi chứa khối u. Điều này có thể giải thích do vấn đề lựa chọn bệnh nhân phù hợp để áp dụng phẫu thuật nội soi, nên trong mẫu nghiên cứu không chọn những trường hợp hạch trung thất có kích thước quá lớn, đưa đến tỷ lệ di căn các nhóm hạch không nhiều. Bên cạnh đó, cỡ mẫu của từng thùy phổi có khối u còn ít, nên di căn giữa các nhóm hạch trong từng vị trí của thùy phổi có khối u khác biệt không đủ mạnh về mặt thống kê.

4.3. Kích thước u và di căn các chặng hạch

Kết quả của chúng tôi (Bảng 8) cho thấy kích thước khối u liên quan mật thiết với mức độ di căn hạch, khối u với kích thước $\leq 3\text{cm}$ thì tỷ lệ di căn hạch chỉ 18,5%, trong khi đó khối u có kích

thước > 3 - 5cm thì tỷ lệ di căn hạch là 53,7% ($p=0,001$).

Tác giả Nguyễn Khắc Kiểm (2016) cho thấy khối u kích thước $\leq 30\text{mm}$ có tỷ lệ di căn hạch thấp 31,5%; khối u có kích thước > 30 - 50mm có tỷ lệ di căn hạch vùng cao nhất 43,2% [1].

Tác giả Pei Ying Lin và cộng sự (2010) thực hiện hồi cứu trên 932 trường hợp ung thư phổi cho thấy: Khi kích thước khối u > 25mm ở loại ung thư tế bào tuyến thì khả năng di căn hạch cao 80%, trong khi nhóm ung thư tế bào gai thì kích thước khối u > 40mm mới tăng khả năng di căn hạch ($p=0,001$) [7].

Nhìn chung, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng như các tác giả khác đều cho thấy kích thước khối u có liên quan mật thiết với di căn hạch.

4.4. Mô bệnh học, độ biệt hóa khối u liên quan di căn hạch

Kết quả Bảng 9 cho thấy ung thư tế bào tuyến có tỷ lệ di căn hạch 47,4%, so với các loại khác thì tỷ lệ di căn hạch chỉ có 28,6%. Những trường hợp biệt hóa cao thì tỷ lệ di căn hạch thấp 22,2%, biệt hóa trung bình và kém có tỷ lệ di căn hạch cao 51,7% và 51,9% ($p=0,003$).

Tác giả Nguyễn Khắc Kiểm (2016) thấy ung thư tế bào tuyến có tỷ lệ di căn hạch cao nhất 42%; ung thư tế bào gai ít thấy di căn hạch 32,9%; hai nhóm còn lại là ung thư tế bào lớn, ung thư tế bào các loại khác có tỷ lệ di căn hạch 35% [1].

Tác giả Fei Zhao (2017) nghiên cứu 284 trường hợp ung thư phổi, cho thấy tỷ lệ di căn hạch của ung thư tế bào tuyến 23% so với 33% có di căn hạch của ung thư tế bào gai. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0,176$). Ngoài ra, nghiên cứu của tác giả còn cho thấy độ biệt hóa của khối u càng cao thì tỷ lệ di căn các nhóm hạch thấp và ngược lại ($p=0,001$); khối u có độ biệt hóa cao di căn hạch 6,9%, biệt hóa trung bình và biệt hóa kém di căn hạch 32,4% và 27,3% [4].

Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như các tác giả khác đều cho thấy tỷ lệ di căn hạch của ung thư tế bào tuyến cao hơn tế bào gai và các loại khác. Ngoài ra, độ biệt hóa của khối u cũng liên quan đến tỷ lệ di căn hạch, khối u biệt hóa cao có tỷ lệ di căn hạch thấp hơn biệt hóa trung bình và kém.

4.5. Khả năng phẫu thuật lấy các nhóm hạch

Khả năng phẫu thuật lấy các nhóm hạch theo vị trí hạch.

Trong 109 trường hợp, có 419 nhóm hạch được phẫu thuật nạo vét, chúng tôi nhận thấy: Khả năng phẫu thuật lấy hết hạch (thấy được trên CT scan ngực và trong mổ) cao nhất tại hạch nhóm 8, 9 cho cả hai bên (100%), kể đến là hạch nhóm 2, 4 bên phải (94,9%) và hạch nhóm 7 hai bên (91,2% và 92,9%); khả năng phẫu thuật lấy hết hạch thấp nhất tại vị trí 4 bên trái (60%) và hạch nhóm 10 cả hai bên (84,4% và 88,6%) ($p=0,049$) (Bảng 10). Theo tác giả Zongren G, với 403 trường hợp, ghi nhận phẫu thuật vét hạch đạt triệt để 93,1%; không triệt để là 6,9%; tỷ lệ tai biến ở mức chấp nhận được 5% và khả năng vét hạch triệt để phụ thuộc vào vị trí của từng nhóm hạch [10]. Các vị trí 2R, 4R, 8 và 9 là các vị trí dễ tiếp cận và xung quanh là khí quản, thực quản có thành dày, cứng chắc hơn so với các vị trí hạch nằm cạnh mạch máu nên khả năng lấy hết được hạch cao hơn so với các vị trí khác nằm sâu hơn như hạch nhóm 7; hay dễ tổn thương mạch máu lớn khi bóc tách như hạch nhóm 10; khó khăn nhất là hạch nhóm 4 bên trái, để tiếp cận được nhóm hạch này cần phải cắt dây chằng động mạch ngay cửa sổ phế - chủ, nên khả năng phẫu thuật hạn chế nhất. Tuy nhiên, theo một số tác giả thì không nhất thiết phải tiếp cận và vét triệt căn hạch nhóm này vì chỉ có 2 - 4% tìm thấy hạch di căn tại vị trí này khi khối u nằm thùy trên phổi trái, tỷ lệ này còn ít hơn nữa khi khối u nằm ở thùy dưới [3].

4.6. Khả năng phẫu thuật lấy các nhóm hạch theo kích thước hạch

Kết quả của chúng tôi (Bảng 11) cho thấy, trong 109 bệnh nhân, có 225 vị trí hạch thấy được trên CT scan, 187 vị trí có hạch $\leq 1\text{cm}$, phẫu thuật lấy hết đạt 92%, và 38 vị trí có hạch $\geq 1\text{cm}$, khả năng phẫu thuật lấy hết chỉ 60,5%. So với hạch được tìm thấy trong mổ, có 309 vị trí có hạch được phẫu thuật nạo vét, 244 vị trí có hạch $\leq 1\text{cm}$, tỷ lệ phẫu thuật lấy hết 96,7%, và 65 vị trí có hạch $\geq 1\text{cm}$, tỷ lệ lấy hết chỉ 66,2%. Qua đó, chúng tôi nhận thấy kích thước hạch trên CT scan hay trong mổ càng lớn thì khả năng phẫu thuật lấy được hết hạch càng thấp ($p=0,001$). Tác giả Nguyễn Khắc Kiểm với 282 BN, khả năng vét hạch triệt để giảm dần theo kích thước, kích thước hạch càng lớn khả năng xâm lấn nhiều nên vét triệt để càng khó, đặc biệt những hạch xâm lấn mạch máu. Khả năng vét triệt để cao đạt 97,9% ở nhóm hạch có kích thước $\leq 10\text{mm}$; hạch $> 10 - 20\text{mm}$ tỷ lệ này giảm còn 91,4% và khi hạch lớn $> 20\text{mm}$ thì chỉ còn 80,0% được nạo vét triệt để ($p=0,001$) [1].

Hiện tại, chúng tôi không tìm thấy nhiều thông tin của các tác giả nước ngoài báo cáo về vấn đề này, đa số các tác giả xoay quanh vấn đề có nên phẫu thuật vét hạch triệt để theo bản đồ hạch hay chỉ cần lấy bỏ từng hạch và dựa vào tỷ lệ sống còn làm thước đo cho hiệu quả của hai phương án trên, mà không thấy đề cập đến khả năng phẫu thuật lấy được hết và không hết hạch có liên quan đến các tính chất của hạch hay không. Ngoài ra, có tác giả còn cho rằng chỉ cần lấy bỏ những hạch (+), còn những hạch nhỏ được coi là (-) thì không cần phải nạo vét để tránh nguy cơ tai biến. Tuy nhiên, các tác giả Nhật Bản với quan điểm tích cực, chủ động vét hạch dự phòng một cách hệ thống tại tất cả các vị trí hạch theo bản đồ, đã chứng minh trên thực tế những hạch có kích thước 5 - 10mm được cho là (-) sau khi được phẫu thuật vẫn thấy 12 - 20% là những hạch (+) [6].

5. Kết luận

Qua nghiên cứu của chúng tôi và phân tích nghiên cứu của các tác giả khác, chúng tôi nhận thấy các yếu tố liên quan đến khả năng di căn hạch rốn phổi và hạch trung thất trong ung thư phổi không tế bào nhỏ bao gồm: Số lượng hạch được tìm thấy tại một vị trí của hạch, kích thước hạch và khối u, mô bệnh học và độ biệt hóa của khối u phổi. Tuy nhiên, chỉ có vị trí của khối u phổi là không liên quan đến khả năng di căn các chằng hạch. Vị trí các nhóm hạch và kích thước của hạch là những yếu tố ảnh hưởng đến khả năng phẫu thuật lấy hết hạch qua nội soi lồng ngực.

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Khắc Kiểm (2016) *Nghiên cứu nạo vét hạch theo bản đồ trong phẫu thuật điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I - II - IIIA*. Luận án tiến sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội.
2. Agzarian J, Fahim C, Shargall Y et al (2016) *The use of robotic-assisted thoracic surgery for lung resection: A comprehensive systematic review*. Semin Thorac Cardiovasc Surg 28: 182.
3. Alper T (2016) *Lymph node dissection in surgery for lung cancer: Comparison of open vs. Video-assisted vs. aobotic-assisted approaches*. Ann Thorac Cardiovasc Surg 22: 284-290.
4. Fei Zhao et al (2017) *A prediction model for lymph node metastases using pathologic features in patients intraoperatively diagnosed as stage I non-small cell lung cancer*. BMC Cancer 17: 267.
5. Harvey IP, David PC, David H.J, John DM (2010) *Lung cancer principles and practice*. 4rd edition, Lippincott William and Wilkins a Wolters Kluwer Company.
6. Kohno T, Sakamaki Y, Kido T, Yasukawa M (2012) *Lobectomy with extended lymph node dissection by video assisted thoracic surgery for lung cancer*. Surg. Endosc 11: 354-358.
7. Lin PY, Chang YC, Chen HY et al (2010) *Tumor size matters differently in pulmonary adenocarcinoma and squamous cell carcinoma*. Lung Cancer 67: 296-300.

8. Nwogu CE et al (2012) *Number of lymph nodes and metastatic lymph node ratio are associated with survival in lung cancer*. Ann Thorac Surg 93: 1614-1620.
9. Valerie WR (2015) *Lymph nodes in lung cancer*. journal.publications.chestnet.org. DOI: 10.1378/chest 14-2767.
10. Zongren G, Mingyao C, Shen W (2009) *Surgical treatment of lung cancer for elderly patients*. Lung cancer: Journal of the international association for the study of lung cancer 9th world conference on lung cancer, Tokyo, Japan 145.