

CÁC YẾU TỐ TIÊN ĐOÁN KHẢ NĂNG DI CĂN HẠCH RÓN PHỔI VÀ TRUNG THẤT TRONG UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ

Trần Minh Bảo Luân*, Vũ Trí Thanh*

TÓM TẮT

Từ 01/01/2012 đến 31/12/2016 có 109 trường hợp ung thư phổi nguyên phát không tế bào nhỏ được điều trị bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt thùy phổi kèm hạch, 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 khả năng di căn các chặng hạch ($p < 0,05$), khả năng di căn các chặng hạch và loại mô bệnh học ($p > 0,05$), độ biệt hóa ($p < 0,05$). 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 chặng hạch trong ung thư phổi không tế bào nhỏ.

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

SUMMARY

THE PREDICTORS OF HILAR AND MEDIASTINAL LYMPHO NODE METASTASIS IN NON-SMALL CELL LUNG CANCER

From 01/01/2012 to 31/12/2016 there were 109 cases of primary non-small cell lung cancer treated by VATS lobectomy and lymphadenectomy with 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 were examined, and surgery showed that 309 positive lympho node stations, 110 negative lympho node stations. The location of lympho node and the potential of metastasis ($p = 0.112$), the number of lymph nodes removed at each lympho node station and the probability of metastasis ($p < 0.001$), lympho node size and the potential of metastasis ($p < 0.001$). The location of the lung tumors and metastasis of the lymph nodes ($p > 0.05$), 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 factors related to lymph node metastasis include: number of lymph nodes at each station, tumor size, histopathology and tumor differentiation. However, only the location of tumor is not related to the ability to lymph node metastasis in non-small cell lung cancer.

Keywords: *Video-Assited Thoracoscopic Surgery (VATS), Lympho node metastasis, Lung cancer.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay ung thư phổi là 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. Tại Việt Nam, theo báo cáo của Ủy ban phòng chống ung thư quốc gia, tỷ lệ ung thư phổi ở nam là 30,7/100.000 dân và ở nữ là 6,7/100.000 dân. Tỷ lệ này không đổi trong vòng nhiều năm. Theo số liệu của Mỹ (2008) có 169.400 trường hợp mới mắc được chẩn đoán và

* Bộ môn phẫu thuật Lồng Ngực – Tim Mạch, Đại học Y Dược TPHCM.
 Người chịu trách nhiệm khoa học: Ths.Bs.Trần Minh Bảo Luân
 Ngày nhận bài: 01/05/2018 - Ngày Cho Phép Đăng: 20/05/2018
 Phản Biện Khoa học: PGS.TS. Đặng Ngọc Hùng
 GS.TS. Lê Ngọc Thành

154.000 trường hợp tử vong. Ung thư phổi chiếm tỷ lệ 13% trong tất cả các loại ung thư, nhưng chiếm đến 28% tử vong. 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.

Mục tiêu nghiên cứu: xác định các yếu tố liên quan đến di căn hạch rốn phổi và trung thất trên bệnh nhân ung thư phổi nguyên phát không tế bào nhỏ được điều trị bằng PT NSLN cắt thùy phổi và nạo hạch.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu

3.1.1. Tuổi và giới

Trung bình $59,18 \pm 10,08$ (31 – 80); trong đó 59 Nam (54,1%), 50 Nữ (45,9%)

3.1.2. 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
Tổng	43	39,4

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

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: tiền cứu mô tả dọc, không nhóm chứng.

Đối tượng nghiên cứu: tất cả 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 nạo hạch tại BV Đại học Y Dược TPHCM và BV Phạm Ngọc Thạch từ 01/01/2012 đến 31/12/2016.

Chỉ định áp dụng cắt thùy phổi 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 5m nằm ở ngoại biên, không xâm lấn mạch máu, thành ngực, rãnh liên thùy, cơ hoành và màng ngoài tim; bệnh nhân không xạ trị vùng ngực trước đó.

3.1.3. Đặc điểm của khối u phổi trên chụp 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	<i>Trung bình</i> 3,23 ± 0,91 (1,2 – 5cm)	
≤ 2cm	7	6,4
>2 – 3cm	24	22
>3 – 5cm	78	71,6

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

Đặc điểm hạch rỗn 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.

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

*: bên trái chỉ có nhóm 4

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

3.2. Khả năng di căn các nhóm hạch

3.2.1. 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			
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			0,112*
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.

3.2.2. 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 nhóm hạch thì khả năng di căn hạch càng cao ($P < 0,001$).

3.2.3. 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	
<1 cm	210 (86,1)	34 (13,9)	<0,001*
≥1 cm	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 ($P < 0,001$).

3.2.4. 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	GPB hạch		Giá trị P
	Không di căn	Có di căn	
Thùy trên phải			
Hạch 2R, 4R	12 (31,6)	4 (22,2)	P = 0.520 ^b
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)	P = 0.656 ^b
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)	P = 0.607 ^b
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)	P = 0.127 ^b
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)	P = 0.035 ^b
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)	

Nhận xét: liên qua n 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.

3.2.5. 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	P = 0.003^a
	> 3cm	43	39	
<i>Tổng số = 109</i>		66	43	
		GPB chặng hạch N2		Giá trị P
		Không di căn	Có di căn	
Kích thước u phổi	≤ 3cm	23	4	P = 0.044^b
	> 3cm	53	29	
<i>Tổng số = 109</i>		76	33	
		GPB chặng hạch N1 hoặc N2		Giá trị P
		Không di căn	Có di căn	
Kích thước u phổi	≤ 3cm	22 (81,5)	5 (18,5)	P = 0.001^b
	> 3cm	38 (46,3)	44 (53,7)	
<i>Tổng số = 109</i>		60	49	

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

3.2.6. 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 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	P = 0.559 ^a
	Các loại khác	10	4	
Độ biệt hóa	Cao	30	6	P = 0.002 ^b
	Trung bình	16	13	
	Kém	20	24	
		GPB chặng hạch N2		P value
		Không di căn	Có di căn	
Giải phẫu bệnh	Carcinoma tuyến	65	30	P = 0.545 ^a
	Các loại khác	11	3	
Độ biệt hóa	Cao	31	5	P = 0.009 ^b
	Trung bình	21	8	
	Kém	24	20	
		GPB chặng hạch N1 hoặc N2		P value
		Không di căn	Có di căn	
Giải phẫu bệnh	Carcinoma tuyến	50 (52,6)	45 (47,4)	P = 0.187 ^a
	Các loại khác	10 (71,4)	4 (28,6)	
Độ biệt hóa	Cao	28 (77,8)	8 (22,2)	P = 0.003 ^b
	Trung bình	14 (48,3)	15 (51,7)	
	Kém	18 (40,9)	26 (59,1)	

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

IV. 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 mô 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 nghiên 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%).

Tác giả Kaiser L.R. và cs (2004) thực hiện nghiên cứu với 753 trường hợp, tác giả phân loại di căn vào 1 nhóm hạch, 2 nhóm hạch và hơn 3 nhóm hạch, không phân biệt là hạch chặng N1 hay N2 thì thời gian sống thêm 5 năm tỷ lệ nghịch với số nhóm hạch bị di căn. Đặc biệt nếu di căn từ 3 nhóm hạch trở lên, không có BN nào sống quá 5 năm.

Theo tác giả Takayuki (2006), trong số các bệnh nhân có di căn chặng N2, nhóm có 1-3 hạch di căn có tỷ lệ sống còn tốt hơn so với nhóm có 4-6 và nhóm có 7 hạch di căn. Tác giả kết luận, số lượng hạch bạch huyết di căn là một yếu tố tiên lượng độc lập trong ung thư phổi và có thể thêm dữ liệu này vào bảng phân loại TNM hiện tại.

Tác giả Lee và cs, trong nghiên cứu của mình cũng cố gắng để xác định xem số lượng hạch di căn, tổng số hạch được phẫu thuật lấy ra và tỷ suất di căn của hạch là yếu tố tiên lượng sự sống còn tốt hơn vị trí giải phẫu của hạch (chặng N1, N2). Tuy nhiên, theo tác giả Valerie (2015), 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.

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

Theo Koutolas và cs (2004) có 557 trường hợp ung thư phổi được phẫu thuật nhận thấy: khối u thùy trên phổi phải hay di căn hạch nhóm 4 và 7, khối u thùy dưới phải hay di căn hạch nhóm 7, khối u thùy trên trái hay di căn hạch nhóm 5, khối u thùy dưới phổi trái hay di căn hạch nhóm 7 và 8, 9.

Theo Cerfolio và cs (2006), phân tích 954 trường hợp ung thư phổi thấy: 27% u thùy trên phổi phải di căn vào hạch nhóm 4R; 15% u thùy giữa và 30% u thùy dưới phổi phải di căn hạch nhóm 4R và 7; 20% u thùy trên phổi trái di căn hạch nhóm 6; 22% u thùy dưới phổi trái di căn hạch nhóm 7.

Tác giả Harvey I.P. và cs (2010) 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) cũng cho thấy tỷ lệ di căn vào các nhóm hạch của khối u ở các thùy phổi tương tự như các tác giả trên. Chúng tôi cũng không tìm thấy có sự liên quan có ý nghĩa thống kê về sự di căn giữa các nhóm hạch cho từng vị trí của thùy phổi có khối u.

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 ≤ 3 cm thì tỷ lệ di căn hạch chỉ 18,5%, trong khi đó khối u có kích thước $> 3 - 5$ cm thì tỷ lệ di căn hạch là 53,7%. ($P = 0,001$)

Theo Bùi Chí Việt (2011) phẫu thuật 104 BN cũng có nhận xét tương tự khối u ≤ 30 mm tỷ lệ di căn hạch là 23,1%; u $\geq 31 - 50$ mm di căn hạch là 40,9%.

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

Luketich J.D. và cs (1996) ghi nhận khối u kích thước ≤ 10 mm thì tỷ lệ di căn hạch vùng là

0%; khối u kích thước từ 11- 20 mm và > 20 mm di căn hạch vùng tương ứng là 17% và 38%.

Tác giả Pei Ying Lin và cs (2010) thực hiện hồi cứu trên 932 trường hợp ung thư phổi cho thấy: khi kích thước khối u > 25 mm 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 > 40 mm mới tăng khả năng di căn hạch ($p=0,001$).

Asamura H và cs (2010) cho rằng với những khối u ở giai đoạn sớm kích thước ≤ 20 mm không cần thiết phải nạo vét hạch chặng N2 vì không cải thiện được thời gian sống thêm. Tuy nhiên những trường hợp khối u kích thước từ 21-30 mm tỷ lệ di căn hạch trung thất N2 là 16% cần phải nạo vét hạch hệ thống.

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 Bùi Chí Việt (2011) với 104 trường hợp ung thư phổi thấy tỷ lệ di căn hạch theo mô bệnh học: ung thư tế bào tuyến di căn hạch là 41,5%; ung thư tế bào gai di căn hạch là 34,6%; ung thư tế bào lớn 25%; ung thư tế bào các loại khác 40%.

Tác giả Cung Văn Công (2015) nghiên cứu 102 trường hợp ung thư phổi, thấy rằng ung thư loại biểu mô tuyến thường di căn hạch nhóm 4R với 51 trường hợp (50,0%), kế đến là hạch nhóm 2R với 39 trường hợp (38,2%).

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%.

Tác giả Fujimura S và cs (2007) qua 2058 trường hợp nhận thấy ung thư tế bào tuyến có tỷ lệ di căn hạch cao là 43%; ung thư tế bào gai là 30% và ung thư tế bào lớn có tỷ lệ di căn hạch thấp 19% nhưng thường di căn xa.

Shimosato Y (2010) nghiên cứu phẫu thuật trên 120 trường hợp ung thư phổi thấy ung thư tế bào tuyến hạch di căn (N1, N2) có tỷ lệ là 30,3%; ung thư tế bào gai di căn hạch là 20,7%; ung thư tế bào lớn di căn hạch thấp là 13,4%.

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%.

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.

V. 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 rỗng 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 hạch trong ung thư phổi không tế bào nhỏ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Quý Châu (2011). Ung thư phổi tiên phát. *Bệnh hô hấp*. Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, pp. 223-268.
2. Cung Văn Công (2015), *Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính đa dãy đầu thu ngực trong chẩn đoán ung thư phổi nguyên phát ở người lớn*, Luận án tiến sỹ Y học, Viện nghiên cứu khoa học y dược học lâm sàng 108, Hà Nội.
3. 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 sỹ Y học, Đại học Y Hà nội, Hà Nội.
4. Bùi Chí Việt (2011), *Phẫu trị Ung thư phổi nguyên phát không tế bào nhỏ*, Luận án Tiến sỹ Y học, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh.
5. Asamura H., Suzuki K., Kondo H., Tsuchiya R. (2010). Where is the boundary between N1 and N2 stations in lung cancer?. *Annals of Thoracic Surgery*, 70, pp. 1829-45.
6. Cerfolio, R. J. and Bryant, A. S. (2006), "Distribution and likelihood of lymph node metastasis based on the lobar location of nonsmall-cell lung cancer", *Ann Thorac Surg*. 81(6), pp. 1969-73.
7. 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. DOI 10.1186/s12885-017-3273-x.
8. Ferlay J, et al. (2010). Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer*. 127(12), pp. 2893-917.

9. Fujimura S., Saito Y., Sagawa M., et al (2007). The assessment for the surgical treatment of lung cancer evaluated from 2058 operated cases. *Lung Cancer Surgery*, pp. 152-425.
10. Harvey I. Pass, David P.C, David H.J, John D.M (2010). *Lung Cancer principles and practice*, 4rd edition, Lippincott William and Wilkins a Wolters Kluwer Company.
11. Kaiser L.R., Shrager J.B. (2004). *Text book of surgery, The biological basis of modern surgical practice*. Thoracoscopy Surg, 15th edition, pp. 1806-1814.
12. Kotoulas, C. S., et al. (2004), "Involvement of lymphatic metastatic spread in non-small cell lung cancer accordingly to the primary cancer location", *Lung Cancer*. 44(2), pp. 183-91.
13. Lee S , Lee HY , Lee KS , et al (2015). "Change of the junctions between stations 10 and 4 in the new International Association for the Study of Lung Cancer lymph node map: a validation study from a single tertiary referral hospital experience". *Chest*. 147(5): 1299 - 1306.
14. Lin P. Y., Chang Y. C., Chen H. Y., et al (2010). Tumor size matters differently in pulmonary adenocarcinoma and squamous cell carcinoma. *Lung Cancer*, 67, pp. 296-300.
15. Luketich J.D., Ginsberg R.J. (1996). Limited resection versus lobectomy for stage I non small cell lung cancer. *Lung cancer: principles and practice*, Lippincott - Paven Publishers, Philadelphia, pp. 561-6.
16. Nwogu C. E. et al. (2012). Number of Lymph Nodes and Metastatic Lymph Node Ratio Are Associated With Survival in Lung Cancer. *Ann Thorac Surg* 2012;93:1614 –20.
17. Shimosato Y. (2010). Pulmonary Neoplasms. *Diagnostic surgical pathology*, Lippincott William & Wilkins, Philadelphia, pp. 1069-15.
18. Takayuki F., et al (2006). "Significance of the Number of Positive Lymph Nodes in Resected Non-small Cell Lung Cancer". *J Thorac Oncol*;1: 120–125.
19. Valerie W. R. (2015). Lymph nodes in lung cancer. journal.publications.chestnet.org. DOI: 10.1378/chest.14-2767.