

## **XÁC ĐỊNH SỐ HẠCH TỐI THIỂU CẦN XÉT NGHIỆM CHO PHÉP CHẨN ĐOÁN ĐÚNG GIAI ĐOẠN HẠCH TRONG BỆNH LÝ UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG**

**NGUYỄN THANH TÂM**  
*Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*

### **TÓM TẮT**

**MỤC ĐÍCH:** xác định số hạch tối thiểu cần xét nghiệm cho phép đủ tin cậy chẩn đoán đúng giai đoạn hạch trong bệnh lý ung thư đại trực tràng. **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP:** nghiên cứu được tiến hành tiến cứu trên 89 bệnh nhân ung thư đại trực tràng, chưa di căn xa, được phẫu thuật triệt căn với mức nạo vét hạch D3 tại Bệnh viện Trung ương Quân

đội 108 từ 08/2002 - 08/2007. **KẾT QUẢ:** số bệnh nhân nam và nữ tương ứng là 53 (59,6%) và 36 (40,4%). Tỷ lệ nam/nữ là 1,47. Tuổi trung bình là  $55,3 \pm 13,7$  (23 - 83 tuổi). Số hạch vét được trung bình/ 1 bệnh nhân là  $21,9 \pm 12,7$  (7 - 96 hạch). Số hạch vét được của 89 bệnh nhân là 1953 hạch, trong đó số hạch di căn là 225 (11,5%). Tỷ lệ bệnh nhân di căn hạch được phát hiện cao nhất (60,8%) ở nhóm bệnh

nhân được xét nghiệm ngẫu nhiên 14 - 17 hạch/ 1 bệnh nhân. Giai đoạn hạch được chẩn đoán chính xác 93,8% khi xét nghiệm 7 hạch có kích thước lớn nhất. **KẾT LUẬN:** trong bệnh lý ung thư đại trực tràng, xét nghiệm tối thiểu 14 hạch bất kỳ hoặc 7 hạch có kích thước lớn nhất trên một bệnh nhân cho phép đủ tin cậy chẩn đoán đúng giai đoạn hạch.

**TỪ KHÓA:** Ung thư đại trực tràng, số hạch tối thiểu, di căn hạch, kích thước hạch, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

#### **SUMMARY:**

**OBJECTIVE:** To determine the minimum number of lymph nodes for examination to be reliable for proper diagnosis of the lymph node stage of colorectal cancer. **PATIENTS AND METHODS:** In this prospective study, 89 patients of colorectal cancer who underwent radical resection and D3 lymphadenectomy at 108 Central Military Hospital from August 2002 to August 2007 were analyzed. **RESULTS:** The number of male and female patients was 53 (59.6%) and 36 (40.4%), respectively. The male/female ratio was 1.47. The mean age was 55.3 ± 13.7 (from 23 to 83 years old). The mean number of lymph node harvest per patient was 21.9 ± 12.7 (from 7 to 96 lymph nodes). The number of lymph node harvest of 89 patients was 1953 nodes, 225 (11.5%) of which were positive. The rate of patients with positive nodes was the highest (60.8%) in the group of patients who had 14- 17 lymph nodes randomly examined per patient. Diagnosis of the lymph node stage was accurate up to 93.8% when 7 largest lymph nodes were examined. **CONCLUSIONS:** In colorectal cancer, investigating minimum number of any 14 lymph nodes or 7 largest lymph nodes per patient will be sufficient for proper diagnosis of the lymph node stage.

**KEY WORDS:** colorectal cancer, lymph node minimum number, lymph node metastasis, lymph node size, 108 Central Military Hospital.

#### **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Ung thư đại trực tràng là một bệnh lý khá phổ biến ở Việt nam cũng như trên thế giới đặc biệt là ở các nước phát triển, bệnh có xu hướng tăng dần. Trong điều trị người ta sử dụng nhiều phương pháp khác nhau như phẫu thuật, hóa chất, tia xạ, miễn dịch... Tuy nhiên cho đến nay phẫu thuật triệt căn vẫn được coi là phương pháp điều trị tích cực, hiệu quả nhất và được lựa chọn đầu tiên. Để có được những quyết định điều trị phù hợp trong và sau phẫu thuật cũng như tiên lượng đúng cho người bệnh thì phải xác định chính xác giai đoạn bệnh, đây là một việc hết sức quan trọng và cũng rất khó khăn. Thực tế cho thấy việc chẩn đoán độ xâm lấn của khối u và tình trạng di căn xa thường ít sai lệch. Ngược lại chẩn đoán đúng giai đoạn hạch thường khó khăn và hay bị nhầm lẫn dẫn đến những quyết định sai trong điều trị và tiên lượng. Theo Cserni [4] và Ota [8] có khoảng 20- 40% bệnh nhân được xếp ở giai đoạn II (giai đoạn không có di căn hạch) nhưng thực chất là ở giai

đoạn III (giai đoạn có di căn hạch). Caplin lại thấy kết quả điều trị ở giai đoạn II giữa các nghiên cứu là rất khác nhau và không có sự khác biệt về thời gian sống giữa những bệnh nhân ở giai đoạn III và những bệnh nhân ở giai đoạn II mà chỉ dựa trên xét nghiệm ≤ 6 hạch [1]. Nguyên nhân của các hiện tượng trên được cho là: do số lượng hạch được xét nghiệm không đủ khiến nhiều bệnh nhân thực chất ở giai đoạn III nhưng bị chẩn đoán nhầm thành giai đoạn II. Vì vậy phải xét nghiệm tất cả các hạch thu được để có chẩn đoán giai đoạn hạch chính xác nhất. Thực tế cho thấy đây là một công việc khó khả thi vì lý do thời gian và kinh phí, đặc biệt là trong những trường hợp bệnh nhân có rất nhiều hạch. Vậy cần phải xét nghiệm tối thiểu bao nhiêu hạch trên một bệnh nhân mà vẫn đủ tin cậy chẩn đoán chính xác giai đoạn hạch? Nhiều ý kiến đã được đưa ra nhưng chưa thống nhất với số hạch đề nghị xét nghiệm rất khác nhau từ 6- 20 [1], [3], [5]. Ở Việt nam vấn đề này cũng chưa được đề cập đến chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục đích: xác định số hạch tối thiểu cần xét nghiệm cho phép đủ tin cậy chẩn đoán chính xác giai đoạn hạch.

#### **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

##### **1. Đối tượng nghiên cứu**

Gồm 89 bệnh nhân ung thư đại trực tràng được phẫu thuật triệt căn với nạo vét hạch mức D3 tại Bệnh viện Trung ương quân đội 108 từ 08/2002- 08/2007.

– **Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:** bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư đại tràng hoặc trực tràng bằng xét nghiệm mô bệnh học, chưa di căn xa, khối u và tất cả các hạch thu được từ bệnh phẩm phải được xét nghiệm mô học đầy đủ.

– **Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân:** bệnh nhân bị ung thư đại trực tràng tái phát hoặc ung thư từ các cơ quan khác di căn đến đại trực tràng.

##### **2. Phương pháp nghiên cứu**

Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp tiến cứu mô tả với các chỉ tiêu nghiên cứu sau:

– **Đặc điểm bệnh nhân gồm:** tuổi, giới, bệnh nhân di căn hạch (xác định khi có ít nhất 1 hạch di căn), bệnh nhân không di căn hạch (xác định khi không có bất kỳ một hạch nào bị di căn).

– **Đặc điểm về hạch gồm:** số hạch vét được của mỗi bệnh nhân, kích thước của hạch (xác định là đường kính lớn nhất của hạch, đơn vị tính là mm).

– **Xác định số hạch tối thiểu cần xét nghiệm cho phép đủ tin cậy chẩn đoán chính xác giai đoạn hạch theo 2 phương pháp sau:**

##### **❖ Phương pháp của Hermanek**

Cơ sở của phương pháp là dựa trên quan sát thống kê thấy tỷ lệ bệnh nhân di căn hạch được phát hiện tăng lên theo số hạch được xét nghiệm. Hermanek chia bệnh nhân thành các nhóm nhỏ dựa theo số lượng hạch được xét nghiệm tăng dần. Xác định tỷ lệ bệnh nhân di căn hạch ở mỗi nhóm. Tỷ lệ này có xu hướng tăng dần đến một mức nào đó thì dừng lại (biểu hiện là tỷ lệ này không có sự khác biệt

có ý nghĩa so với nhóm tiếp theo) và số hạch ít nhất của nhóm này được chấp nhận là số hạch tối thiểu cần xét nghiệm cho phép đủ tin cậy chẩn đoán đúng giai đoạn hạch [5], [6].

### ❖ Phương pháp của Cserni [3]

Cơ sở của phương pháp là tỷ lệ hạch di căn ở những hạch lớn thì cao hơn ở những hạch nhỏ. Điều này cũng đồng nghĩa với việc tập trung vào xét nghiệm những hạch lớn thì xác suất tìm thấy hạch di căn sẽ cao hơn khi xét nghiệm những hạch nhỏ hơn. Trên cơ sở này Cserni xác định số hạch tối thiểu cần xét nghiệm theo các bước sau:

- Xếp xếp các hạch thu được của mỗi bệnh nhân theo thứ tự kích thước nhỏ dần (hạch số 1 có kích thước lớn nhất, tiếp theo là các hạch nhỏ hơn).

- Xác định tỷ lệ bệnh nhân di căn hạch khi xét nghiệm tất cả các hạch thu được của mỗi bệnh nhân, tỷ lệ này được chấp nhận là kết quả phản ánh chính xác giai đoạn hạch của nhóm nghiên cứu.

- Xác định tỷ lệ bệnh nhân di căn hạch khi số hạch được xét nghiệm tăng dần (số bệnh nhân di căn hạch của lần xét nghiệm sau sẽ gồm cả những bệnh nhân di căn hạch của những lần xét nghiệm trước - phương pháp cộng dồn).

- So sánh tỷ lệ bệnh nhân di căn hạch cũng như tỷ lệ bệnh nhân được chẩn đoán đúng giai đoạn hạch (tương ứng với số hạch xét nghiệm) với kết quả khi làm xét nghiệm tất cả các hạch thu được của mỗi bệnh nhân (kết quả phản ánh chính xác giai đoạn hạch của nhóm nghiên cứu). Khi tỷ lệ này đạt đủ độ chính xác cần thiết thì số hạch xét nghiệm tương ứng cho kết quả này được chấp nhận là số hạch tối thiểu cần xét nghiệm.

Dựa theo phương pháp của Cserni chúng tôi thực hiện đo kích thước hạch của 16 bệnh nhân sau đó xếp xếp các hạch của mỗi bệnh nhân theo thứ tự kích thước nhỏ dần. Tiến hành xét nghiệm lần lượt từ hạch số 1 cho đến hạch cuối cùng của mỗi bệnh nhân để xác định chính xác tình trạng hạch của 16 bệnh nhân này. Sau đó tiếp tục thực hiện các bước như Cserni đã nêu ở trên để tìm ra số hạch tối thiểu cần xét nghiệm cho phép đủ tin cậy chẩn đoán chính xác giai đoạn hạch.

### 3. Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý theo chương trình thống kê y học SPSS 16.0 và Epiinfo 6.0. Sự khác biệt giữa các đối tượng so sánh được coi là có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

### KẾT QUẢ

#### 1. Đặc điểm bệnh nhân

- Gồm 89 bệnh nhân trong đó nam là 53 chiếm 59,6%, nữ là 36 chiếm 40,4%

- Tỷ lệ nam/nữ là 1,47; tuổi trung bình là  $55,3 \pm 13,7$  (23 - 83 tuổi)

- Nhóm tuổi < 40 có 07 bệnh nhân (7,9%), nhóm tuổi  $\geq 40$  có 82 bệnh nhân (92,1%)

#### 2. Đặc điểm của hạch vét được

- Số hạch vét được trung bình của 1 bệnh nhân là:  $21,9 \pm 12,7$  (7 - 96 hạch)

- Tổng số hạch vét được của 89 bệnh nhân là: 1953 hạch

- Số hạch di căn trên tổng số hạch vét được là: 225 (11,5%)

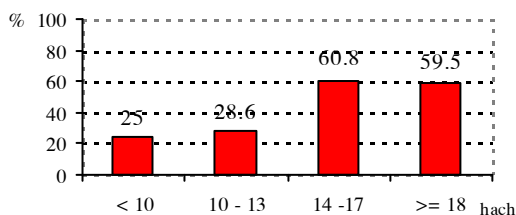
### 3. Xác định số hạch tối thiểu cần xét nghiệm cho phép chẩn đoán đúng giai đoạn hạch

#### ❖ Xác định số hạch tối thiểu theo phương pháp của Hermanek

Bảng 1. Liên quan giữa số hạch xét nghiệm và tỷ lệ BN di căn hạch

Số hạch XN	Số BN	Số BN di căn hạch	Tỷ lệ %
< 10	08	2	25,0
10 - 13	21	6	28,6
14 - 17	23	14	60,8
$\geq 18$	37	22	59,5

Nhận xét: tỷ lệ BN di căn hạch tăng lên rõ rệt khi số hạch xét nghiệm tăng lên. Tỷ lệ này là 25% ở nhóm XN < 10 hạch/ BN, tăng lên 28,6% khi XN 10-13 hạch/ BN và đạt cao nhất là 60,8% khi XN 14-17 hạch/ BN ( $p = 0,03$ ). Tuy nhiên không có sự khác biệt ( $p > 0,05$ ) về tỷ lệ BN di căn hạch giữa nhóm XN 14-17 hạch/ BN và nhóm XN  $\geq 18$  hạch/ BN (60,8% so với 59,5%). Kết quả chỉ ra rằng xét nghiệm tối thiểu, ngẫu nhiên 14 hạch/ BN là đủ tin cậy cho phép chẩn đoán đúng giai đoạn hạch.



Biểu đồ: Liên quan giữa số hạch xét nghiệm với tỷ lệ BN di căn hạch

#### ❖ Xác định số hạch tối thiểu theo phương pháp của Cserni

Bảng 2. Liên quan giữa tỷ lệ BN di căn hạch với số hạch có kích thước lớn nhất được xét nghiệm

Số thứ tự của hạch	Số BN được phát hiện di căn hạch (%)*	Số BN được chẩn đoán chính xác giai đoạn hạch (%)#
1	05 (45,5)	10 (62,5)
2	06 (54,5)	11 (68,8)
3	07 (63,6)	12 (75,0)
4	09 (81,8)	14 (87,5)
5	09 (81,8)	14 (87,5)
6	09 (81,8)	14 (87,5)
7	10 (90,9)	15 (93,8)
15	11 (100)	16 (100)

Ghi chú:

\*: số BN và tỷ lệ % BN di căn hạch so với tổng số 11 BN di căn hạch

#: số BN và tỷ lệ % BN được chẩn đoán đúng giai đoạn hạch so với tổng số 16 BN

Nhận xét:

- Tổng số 16 BN trong nhóm nghiên cứu thì có 11 BN di căn hạch, 5 BN không di căn hạch
- Phần lớn BN di căn hạch (10/11) được xác định sau khi xét nghiệm 7 hạch lớn nhất và như vậy số BN được chẩn đoán đúng giai đoạn hạch cũng đạt gần tối đa (15/16). BN cuối cùng được xác định đúng giai đoạn khi xét nghiệm đến hạch thứ 15 (BN này cũng chỉ có duy nhất 1 hạch di căn trong tổng số 15 hạch xét được)

## BÀN LUẬN

### 1. Xác định số hạch tối thiểu cần XN cho phép đủ tin cậy chẩn đoán đúng giai đoạn hạch theo phương pháp của Hermanek

Chẩn đoán đúng giai đoạn bệnh trong bệnh lý ung thư đại trực tràng là một công việc có ý nghĩa vô cùng quan trọng vì nó là yếu tố tiên lượng quan trọng nhất đồng thời cũng là căn cứ để quyết định các phương pháp điều trị hỗ trợ sau mổ. Giai đoạn bệnh được xác định dựa trên 3 yếu tố là độ xâm lấn của u, di căn xa và tình trạng hạch. Hai yếu tố đầu thường ít bị nhầm lẫn, ngược lại chẩn đoán đúng giai đoạn hạch luôn là vấn đề khó khăn và dễ bị nhầm lẫn mà nguyên nhân chính là số hạch được xét nghiệm không đủ khiến nhiều bệnh nhân ở giai đoạn III bị hạ xuống thành giai đoạn II (down- stage/ understaging). Theo Caplin bệnh nhân không có di căn hạch là một tiên lượng tốt, tuy nhiên kết quả điều trị của giai đoạn II (Dukes B) vẫn còn rất khác nhau có lẽ một phần là do nhầm giai đoạn [1]. Theo Cserni [4] và Ota [8] thì có khoảng 20- 40% bệnh nhân được xếp ở giai đoạn II nhưng thực chất là ở giai đoạn III. Kết quả nghiên cứu của nhiều tác giả khác [1], [4] cũng nhận thấy thời gian sống 5 năm ở những bệnh nhân chưa di căn hạch phụ thuộc chặt chẽ vào số hạch được xét nghiệm. Bệnh nhân được xét nghiệm nhiều hạch hơn có tỷ lệ sống cao hơn, hiện tượng này được giải thích là giai đoạn hạch được chẩn đoán chính xác hơn khi số lượng hạch được xét nghiệm tăng lên. Vậy cần xét nghiệm bao nhiêu hạch là đủ? Câu trả lời lý tưởng nhất là xét nghiệm tất cả các hạch thu được [4], [11]. Tuy nhiên điều này nhiều khi là khó khả thi vì lý do kinh phí và thời gian... vì vậy xác định số hạch tối thiểu cần xét nghiệm mà vẫn đủ tin cậy chẩn đoán đúng giai đoạn hạch là một việc rất quan trọng và có ý nghĩa thực tiễn.

Dựa theo mối liên quan giữa số hạch xét nghiệm và tỷ lệ bệnh nhân được phát hiện trong những bệnh nhân ở giai đoạn Dukes C, Scott thấy rằng 52% bệnh nhân được xác định khi xét nghiệm những mẫu chứa  $\leq 6$  hạch, 94% bệnh nhân được xác định khi xét nghiệm những mẫu chứa  $\leq 13$  hạch. Vì vậy tác giả cho rằng số hạch tối thiểu cần xét nghiệm là 13 [9].

Bằng phương pháp thống kê phân phối nhị thức (Binomial distribution) Hernanz và cộng sự thấy rằng xác suất để tìm được ít nhất 1 hạch di căn (giai đoạn Dukes C) là 95% khi xét nghiệm 6 hạch và là 99% khi xét nghiệm 10 hạch. Tác giả đề nghị số hạch tối thiểu cần xét nghiệm là 6 [7]. Tuy nhiên kết quả này không

được ủng hộ vì theo Goldstein phương pháp thống kê mà Hernanz sử dụng trong nghiên cứu này là không phù hợp [5].

Dựa theo phương pháp của Hermanek [6] chúng tôi chia bệnh nhân thành các nhóm theo số hạch được xét nghiệm tăng dần. Kết quả ở bảng 3.1 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân di căn hạch tăng lên rõ rệt khi số hạch xét nghiệm tăng lên. Tỷ lệ này là 25% khi xét nghiệm  $< 10$  hạch, tăng lên 28,6% khi xét nghiệm 10- 13 hạch và đạt cao nhất là 60,8% khi xét nghiệm 14- 17 hạch, sự khác biệt có ý nghĩa với  $p = 0,03$ . Tuy nhiên không có sự khác biệt về tỷ lệ bệnh nhân di căn hạch giữa nhóm xét nghiệm 14- 17 hạch và nhóm xét nghiệm  $\geq 18$  hạch (60,8% so với 59,5%). Với kết quả này chúng tôi cho rằng cần xét nghiệm tối thiểu 14 hạch/ bệnh nhân là đủ tin cậy chẩn đoán đúng giai đoạn hạch của bệnh nhân.

Cũng theo phương pháp của Hermanek, Goldstein chia bệnh nhân thành các nhóm dựa theo số hạch được xét nghiệm là 1- 4; 5- 8; 9- 12; 13- 16; 17- 20 và  $> 20$  hạch, kết quả cho thấy tỷ lệ bệnh nhân di căn hạch tương ứng với mỗi nhóm là 29%; 31%; 50%, 67%; 87% và 75%. Có sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ bệnh nhân di căn hạch giữa nhóm xét nghiệm 17 - 20 hạch và các nhóm xét nghiệm hạch ít hơn. Ngược lại tỷ lệ bệnh nhân di căn hạch của nhóm xét nghiệm 17 - 20 hạch và nhóm xét nghiệm  $> 20$  hạch là tương tự nhau (87% so với 75%), sự khác biệt không có ý nghĩa. Vì vậy tác giả khuyến cáo trước khi xác định bệnh nhân không có di căn hạch thì phải xét nghiệm ít nhất 17 hạch [5].

Trên cơ sở phân tích thời gian sống thêm Cianchi thấy rằng tỷ lệ sống 5 năm của những bệnh nhân ở giai đoạn Dukes B là 54,9% nếu xét nghiệm  $\leq 8$  hạch và là 79,9% nếu xét nghiệm  $\geq 9$  hạch ( $p < 0,001$ ). Tỷ lệ sống 5 năm ở giai đoạn Dukes B của nhóm xét nghiệm  $\leq 8$  hạch tương tự nhóm Dukes C (54,9% so với 51,8%). Tác giả cho rằng xét nghiệm  $\leq 8$  hạch/ bệnh nhân được xem là yếu tố nguy cơ cao bỏ sót hạch di căn. Vì vậy tác giả đề nghị, cần xét nghiệm ít nhất 9 hạch mới đủ tin cậy chẩn đoán đúng giai đoạn hạch [2]. Tương tự Yoshimatsu cho thấy tỷ lệ sống 5 năm ở nhóm bệnh nhân Dukes B là 66,7% khi xét nghiệm  $< 9$  hạch và là 86,7% khi XN  $\geq 9$  hạch. Thời gian sống của giai đoạn Dukes B mà xét nghiệm  $< 9$  hạch thì tương tự như nhóm Dukes C và tác giả đề nghị số hạch tối thiểu cần xét nghiệm là 9 [11].

Cũng dựa theo thời gian sống thêm, nghiên cứu với 35787 bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn T3N0M0 từ 1985 - 1991 Swanson thấy rằng tỷ lệ sống 5 năm phụ thuộc chặt chẽ vào số lượng hạch khám xét và số hạch tối thiểu cần xét nghiệm được đề nghị là 13 hạch [10].

Dựa theo phương pháp của Hermanek [6] và của Scott [9] Hội nghị tiêu hóa thế giới ở Sydney 1990 khuyến cáo số hạch tối thiểu cần xét nghiệm là 12 hạch. Đây cũng là số hạch tối thiểu được chấp thuận bởi Hiệp hội ung thư Mỹ, Hội các nhà giải phẫu bệnh Mỹ, Hiệp hội quốc tế chống ung thư [5].

Với nhiều nỗ lực và bằng nhiều phương pháp tính khác nhau trên những mẫu bệnh nhân khác nhau các tác giả đã cố gắng đưa ra số lượng hạch tối thiểu cần xét nghiệm cho phép đủ tin cậy chẩn đoán đúng giai đoạn hạch nhưng cho đến nay con số này vẫn còn chưa thống nhất nó dao động từ 6 - 20 hạch [1], [3], [5]. Cuối cùng các tác giả đều khuyên nên xét nghiệm càng nhiều hạch càng tốt [2], [6].

## 2. Xác định số hạch tối thiểu theo phương pháp của Cserni

Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng kích thước trung bình của hạch di căn thì lớn hơn kích thước trung bình của hạch không di căn với sự khác biệt có ý nghĩa và tỷ lệ hạch di căn tăng tỷ lệ thuận với kích thước hạch [3]. Từ đặc điểm này và với mục đích giảm thiểu tối đa số lượng hạch xét nghiệm mà vẫn cho phép chẩn đoán chính xác giai đoạn hạch. Chúng tôi sắp xếp các hạch của mỗi bệnh nhân theo thứ tự kích thước nhỏ dần dựa theo thiết kế của Cserni. Sau đó xác định số bệnh nhân di căn hạch cũng như số bệnh nhân được chẩn đoán đúng giai đoạn hạch tương ứng với số lượng hạch được xét nghiệm tăng dần. So sánh kết quả này với kết quả khi xét nghiệm toàn bộ số hạch vét được của mỗi bệnh nhân (kết quả phản ánh chính xác giai đoạn hạch).

Kết quả ở bảng 3.2 cho thấy trong tổng số 16 bệnh nhân thì 11 bệnh nhân có di căn hạch và 5 bệnh nhân không có di căn hạch, tỷ lệ bệnh nhân di căn hạch tăng lên khi số lượng hạch xét nghiệm tăng dần. Khi xét nghiệm 1 hạch lớn nhất thì chỉ xác định được 5/11 (45,5%) bệnh nhân di căn hạch và chẩn đoán chính xác giai đoạn hạch cho 10/16 (62,5%) bệnh nhân. Khi xét nghiệm 7 hạch lớn nhất thì các chỉ số này đã đạt gần 100%, cụ thể đã xác định được 10/11 (90,9%) bệnh nhân di căn hạch và chẩn đoán chính xác giai đoạn hạch cho 15/16 (93,8%) bệnh nhân. Xét nghiệm từ hạch thứ 8 đến hạch thứ 14 chúng tôi không phát hiện thêm bệnh nhân nào di căn hạch. Khi xét nghiệm đến hạch thứ 15 thì bệnh nhân di căn hạch cuối cùng (tổng số 11 bệnh nhân) mới được phát hiện và như vậy tất cả các chỉ số trên đều đạt 100%. Từ kết quả này chúng tôi cho rằng nếu kích thước các hạch được xác định thì chỉ cần xét nghiệm 7 hạch lớn nhất là có thể chẩn đoán chính xác giai đoạn hạch cho ít nhất 93,8% bệnh nhân.

Nghiên cứu của Cserni cũng cho thấy xét nghiệm 7 hạch lớn nhất cho phép phát hiện 97% bệnh nhân di căn hạch nói riêng và chẩn đoán chính xác giai đoạn hạch cho 98% bệnh nhân nói chung. Tác giả kết luận xác định giai đoạn hạch dựa trên xét nghiệm 7 hạch lớn nhất là đủ tin cậy [3].

Mặc dù đã giảm được đáng kể số hạch cần xét nghiệm so với khi xét nghiệm hạch một cách ngẫu nhiên (7 hạch so với 14 hạch), nhưng theo chúng tôi phương pháp này cũng cho thấy một hạn chế là phải đo kích thước của tất cả các hạch thu được của mỗi bệnh nhân để xác định 7 hạch có kích thước lớn nhất. Trong thực tế công việc này không phải lúc nào cũng

có thể được thực hiện dễ dàng nhất là trong trường hợp bệnh nhân có rất nhiều hạch.

## KẾT LUẬN

Nghiên cứu 89 bệnh nhân ung thư đại trực tràng được phẫu thuật triệt căn với mức nạo vét hạch D3 trong đó có 16 bệnh nhân được đo kích thước hạch tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ 08/2002 - 8/2007 chúng tôi rút ra kết luận sau:

Để chẩn đoán chính xác giai đoạn hạch cần phải xét nghiệm ngẫu nhiên ít nhất 14 hạch hoặc 7 hạch có kích thước lớn nhất.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Caplin S., Cerottini J.P., Bosman F.T., et al, (1998), "For patients with Dukes'B (TNM stage II) colorectal carcinoma, examination of six or fewer lymph nodes is related to poor prognosis" *Cancer*, Aug 15, 83 (4), pp. 666 - 672.
2. Cianchi F., Palomba A., Boddi V., et al, (2002), "Lymph node recovery from colorectal tumor specimens: recommendation for a minimum number of lymph nodes to be examined", *World J Surg*, Mar, 26 (3), pp. 384 - 389.
3. Cserni G., (2002), "The influence of nodal size on the staging of colorectal carcinomas", *J Clin Pathol*, 55, pp. 386 - 390.
4. Cserni G., (2003), "Nodal staging of colorectal carcinomas and sentinel nodes", *J Clin Pathol*, 56, pp. 327 - 335.
5. Goldstein N.S., Sanford W., Coffey M., Layfield L.J., (1996), "Lymph node recovery from colorectal resection specimens removed for adenocarcinoma. Trends over time and a recommendation for a minimum number of lymph nodes to be recovered", *Am J Clin Pathol*, Aug, 106 (2), pp. 209 - 216.
6. Hermanek P., (1996), "Lymphadenektomie aus der sicht der pathologie" *Langenbecks Arch Chir*, Suppl II, pp. 64 - 69.
7. Hernanz F., Revuelta S., Redondo C., et al, (1994), "Colorectal adenocarcinoma: Quality of the assessment of lymph node metastases", *Dis Colon Rectum*, 37, pp. 373 - 377.
8. Ota D.M., Lin K., (2001), "Lymphatic mapping and sentinel node identification for colorectal cancer", *Swiss Surg*, 7 (6), pp. 252 - 255.
9. Scott K.W.M., Grace R.H., (1989), "Detection of lymph node metastases in colorectal carcinoma before and after fat clearance", *Br J Surg*, 76, pp. 1165 - 1167.
10. Swanson R.S., Compton C.C., Stewart A.K., Bland K.I., (2003), "The prognosis of T3N0 colon cancer is dependent on the number of lymph nodes examined", *Annals of Surgical Oncology* 10 (1), pp. 65 - 71.
11. Yoshimatsu K., Ishibashi K., Umehara A., et al, (2005), "How many lymph nodes should be examined in Dukes B colorectal cancer? Determination on the basis of cumulative survival rate", *Hepatogastroenterology*, Nov- Dec, 52 (66), pp. 1703- 1706.