

Đánh giá tỷ lệ di căn hạch cổ trong ung thư amidan tại Bệnh viện Chợ Rẫy (2019-2024)

Trần Anh Bích^{1*}, Hà Công Chánh²

¹Bệnh viện Chợ Rẫy, 201B Nguyễn Chí Thanh, phường Chợ Lớn, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Bệnh viện Quân Dân Y miền Đông, 50 Lê Văn Việt, phường Tăng Nhơn Phú, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài 14/4/2025; ngày chuyển phân biện 16/4/2025; ngày nhận phân biện 28/4/2025; ngày chấp nhận đăng 2/5/2025

Tóm tắt:

Mục tiêu: Đánh giá tỷ lệ di căn hạch cổ trong ung thư amidan từ năm 2019 đến 2024 tại Bệnh viện Chợ Rẫy. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định ung thư amidan bằng giải phẫu bệnh lý và được điều trị tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 6/2019 đến tháng 6/2024. **Kết quả và bàn luận:** Bệnh nhân tập trung chủ yếu trong độ tuổi từ 40 đến 60 (chiếm 70,8%). Tỷ lệ nam/nữ là 3,8/1. Triệu chứng đau tại u là triệu chứng cơ năng gặp nhiều nhất, chiếm 66,7%; tiếp theo là nuốt vướng và nổi hạch vùng cổ, chiếm lần lượt 50,0 và 33,3%. Vị trí khối u bên phải chiếm 54,2%, còn lại bên trái. Bệnh có liên quan đến các yếu tố nguy cơ như rượu, thuốc lá, nhai trầu. Kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tế bào gai amidan, thường khu trú ở một bên. Về hạch di căn, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có hạch di căn là 70,8%, bệnh nhân không có hạch là 29,2%. **Kết luận:** U gặp chủ yếu ở T1 và T2 (chiếm 87,5%). Giai đoạn T1 có di căn hạch 40%, T2 là 75%, T3 là 100%; từ đó cho thấy, khi giai đoạn càng trễ thì tỷ lệ di căn hạch càng cao.

Từ khóa: di căn hạch cổ, nạo vét hạch cổ, ung thư amidan.

Chỉ số phân loại: 3.1, 3.2

Evaluation of cervical lymph node metastasis in tonsil cancer at Cho Ray Hospital (2019-2024)

Anh Bích Tran^{1*}, Cong Chanh Ha²

¹Cho Ray Hospital, 201B Nguyen Chi Thanh Street, Cho Lon Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

²Eastern People Military Hospital, 50 Le Van Viet Street, Tang Nhon Phu Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received 14 April 2025; revised 28 April 2025; accepted 2 May 2025

Abstract:

Objective: To evaluate the rate of cervical lymph node metastasis in tonsil cancer at Cho Ray Hospital from 2019 to 2024. **Subjects and methods:** Patients who were diagnosed with tonsil cancer through pathological examination and treated at the Department of Otorhinolaryngology, Cho Ray Hospital, from June 2019 to June 2024 were included in the study. **Results and discussion:** The majority of patients were aged between 40 and 60 years (70.8%). The male-to-female ratio was 3.8/1. The most common functional symptom was pain at the tumour site (66.7%), followed by dysphagia and cervical lymphadenopathy, which accounted for 50.0 and 33.3%, respectively. Tumours were located on the right side in 54.2% of cases and on the left side in the remaining patients. The disease was associated with risk factors including alcohol consumption, smoking, and betel chewing. Pathological results indicated that squamous cell carcinoma of the tonsil was typically localised to one side. Regarding lymph node metastasis, our study showed that 70.8% of patients presented with cervical lymph node metastasis, whereas 29.2% had no metastatic lymph nodes. **Conclusion:** Tumours were predominantly staged as T1 and T2 (87.5%). The rate of lymph node metastasis was 40% in T1, 75% in T2, and 100% in T3, suggesting a greater incidence of metastasis in advanced stages.

Keywords: cervical lymph node metastasis, neck dissection, tonsil cancer.

Classification numbers: 3.1, 3.2

*Tác giả liên hệ: Email: trananhbich2015@gmail.com

1. Đặt vấn đề

Ung thư amidan là bệnh phát sinh do sự biến đổi ác tính của tế bào biểu mô phủ amidan hoặc các mô liên kết trong cấu trúc amidan.

Vấn đề phẫu thuật cắt u và nạo vét hạch cổ trước xạ trị hoặc hóa trị kèm theo sau phẫu thuật được đặt ra làm giảm tỷ lệ tái phát, ngăn ngừa di căn xa. Về hạch di căn, trong nghiên cứu của V.T.T. Uyen (2014) [1], tỷ lệ bệnh nhân có hạch di căn chiếm 52%, bệnh nhân không có hạch 48% [1]. Ung thư amidan có diễn tiến lâm sàng nhanh chóng với tái phát tại chỗ và xâm lấn ở giai đoạn sớm, kết quả là 60-80% bệnh nhân ung thư amidan được tìm thấy có di căn hạch cổ ngay từ chẩn đoán ban đầu [2].

Di căn hạch vùng là một yếu tố tiên lượng quan trọng trong ung thư amidan. Vấn đề nạo hạch cổ phòng ngừa là một trong những vấn đề còn đang bàn cãi, nhất là các trường hợp ung thư amidan giai đoạn sớm (T1, T2). Tỷ lệ di căn hạch cổ trong giai đoạn sớm còn đang được nghiên cứu và vấn đề hóa xạ trị sau khi có kết quả của hạch cổ di căn. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Đánh giá tỷ lệ di căn hạch cổ trong ung thư amidan từ năm 2019 đến năm 2024 tại Bệnh viện Chợ Rẫy”.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng

Bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định ung thư amidan bằng giải phẫu bệnh lý và điều trị tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 6/2019 đến tháng 6/2024.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- Ung thư nguyên phát tại amidan.
- Được chẩn đoán xác định bằng giải phẫu bệnh lý.
- Có chỉ định phẫu thuật cắt u và nạo vét hạch cổ.
- Được khai thác bệnh sử, thăm khám lâm sàng và có kết quả cận lâm sàng (nội soi Tai Mũi Họng, siêu âm vùng cổ, CT scan đầu - cổ có cản quang...).

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Không có giải phẫu bệnh lý xác định ung thư trước phẫu thuật.
- Tổn thương ung thư từ vị trí khác lan đến amidan.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu mô tả hàng loạt ca.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu tiện lợi.

Các biến số nghiên cứu:

- Tuổi: là biến định lượng và liên tục, được mã hóa thành biến định tính gồm 3 giá trị: <40 tuổi, 41-60 tuổi, >60 tuổi.

- Giới: là biến định tính gồm 2 giá trị nam và nữ.

- Nghề nghiệp: là biến định tính.

- Thói quen uống rượu, bia: là biến định tính gồm 2 giá trị “có” và “không”. Ghi nhận là “có” khi có uống rượu, bia ít nhất 4 ly chuẩn/ ngày hoặc 14 ly chuẩn/tuần. Một ly chuẩn được tính khi đồ uống có cồn chứa 14 g ethanol.

- Thói quen hút thuốc lá: là biến định tính gồm 2 giá trị “có” và “không”. Ghi nhận là “có” khi bệnh nhân hiện tại đang hút hoặc đã từng hút thuốc lá ≥ 10 gói/năm.

- Đặc điểm lâm sàng u nguyên phát (thời gian phát hiện u, triệu chứng khởi phát, vị trí u, hình thái u): là biến định tính.

- Đặc điểm hạch cổ di căn trên lâm sàng (thời gian phát hiện hạch, vị trí hạch, số lượng, kích thước): là biến định tính.

- Xếp loại giai đoạn bệnh: là biến định tính gồm 5 giá trị: T1, T2, T3, T4a, T4b theo phân loại UICC-2024 [3].

- Giải phẫu bệnh của u: là biến định tính gồm các giá trị: Carcinom tế bào gai, Sarcoma, Lymphoma, khác.

- Mức độ biệt hóa của u: là biến định tính gồm các giá trị rõ, trung bình, kém.

- Đặc điểm hạch trên giải phẫu bệnh: gồm các biến: đặc điểm của hạch di căn, tình trạng xâm lấn vỏ bao hạch là biến định tính.

- Di căn hạch cổ âm thầm: là biến định tính gồm 2 giá trị “có” và “không”.

2.3. Cách tiến hành nghiên cứu

Các bước tiến hành:

Bước 1: Lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu theo tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

Bước 2: Sau khi bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ được phỏng vấn trực tiếp, thu thập dữ liệu trong bệnh án theo như phiếu thu thập số liệu (đính kèm).

+ Ghi nhận triệu chứng lâm sàng: khối u, đau tại u, nuốt vướng, hạch cổ, khác (khít hàm, khạc đàm máu...).

+ Ghi nhận yếu tố liên quan: rượu, bia, hút thuốc lá.

+ Khám và ghi nhận thời gian phát hiện bệnh được phân thành: dưới 3 tháng, 3-6 tháng, 6-12 tháng, trên 12 tháng; các đặc điểm của u amidan: vị trí, hình thái, kích thước, mức độ xâm lấn tại chỗ.

+ Khám và ghi nhận các đặc điểm của hạch cổ di căn (nếu có): số lượng hạch, kích thước, tính chất hạch (mật độ, độ di động, phân bố, tính chất đau) vị trí cùng bên/đối bên/ hai bên so với vị trí u, phân nhóm hạch cổ theo Hội Phẫu thuật đầu - cổ và ung thư tai mũi họng Hoa Kỳ [4].

+ Ghi nhận kết quả cận lâm sàng (CT scan): ghi nhận đặc điểm u: vị trí, kích thước; đặc điểm hạch di căn (nếu có): số lượng hạch, vị trí, kích thước, đặc điểm hạch nghi ngờ di căn trên CT scan: hạch ≥ 1 cm, mất rốn hạch, ranh giới rõ hay không, bờ đều hay không đều.

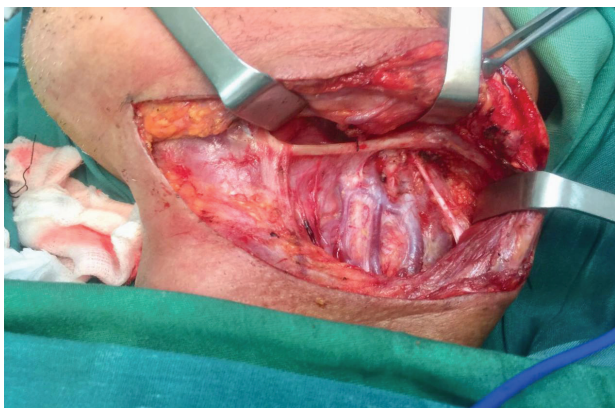
+ Kết quả giải phẫu bệnh sinh thiết u amidan trước phẫu thuật.

+ Ghi nhận tình hình phẫu thuật, đặc điểm của u amidan và hạch cổ trong mổ.

Quy trình phẫu thuật: Nạo vét hạch cổ được tiến hành trước khi phẫu thuật cắt u amidan.

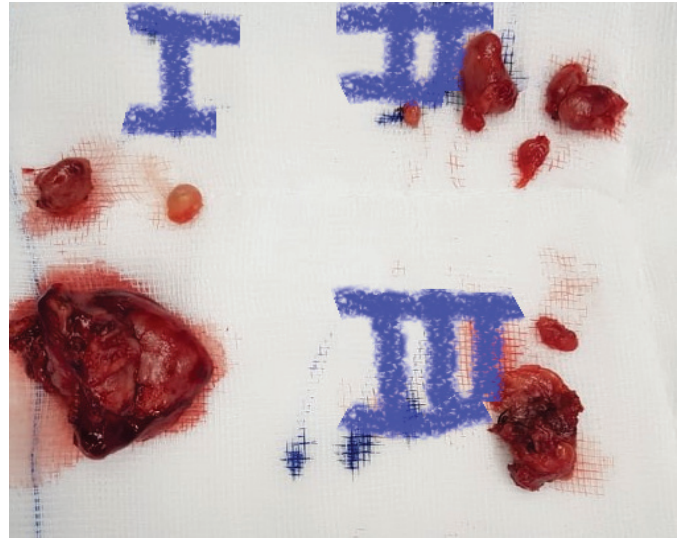
Nạo vét hạch cổ: Tất cả bệnh nhân được xếp loại giai đoạn lâm sàng N0 sẽ được tiến hành nạo hạch cổ trên cơ vai móng nhóm I, II, III. Đối với bệnh nhân N (+), thực hiện nạo vét hạch cổ tiết căn chọn lọc tùy theo nhóm hạch.

+ Đường rạch da tùy theo phương pháp nạo hạch, đối với nạo hạch cổ trên cơ vai móng nhóm I, II, III thực hiện rạch da theo đường Apron cải tiến cách bờ hàm dưới 2 khoảng ngón tay (hình 1).



Hình 1. Phẫu trường nạo hạch cổ trên cơ vai móng nhóm I, II, III. Bệnh nhân Trần Ngọc B. 69 tuổi.

+ Đối với nạo vét hạch cổ tiết căn chọn lọc rạch da theo đường Hockey Stick.



Hình 2. Phân chia nhóm hạch sau nạo vét. Bệnh nhân Trần Ngọc B. 69 tuổi.



Hình 3. Hồ mổ sau cắt u amidan trái. Bệnh nhân Trần Ngọc B. 69 tuổi.

- Hạch cổ sau khi được nạo vét sẽ được chia thành các nhóm riêng biệt theo đúng giải phẫu phân nhóm, đựng vào các lọ bệnh phẩm riêng biệt, cố định bằng dung dịch formol 10%, gửi Khoa Giải phẫu bệnh của Bệnh viện Chợ Rẫy thực hiện phẫu thuật (hình 2).

Cắt u amidan: Các phương pháp cắt u amidan tuy có khác nhau nhưng nhìn chung đều dựa vào một số cơ sở giải phẫu học như: hố amidan, khoang quanh amidan, chân cuống amidan và động mạch amidan, đặc biệt là khoang kế cận amidan và các mối liên hệ mạch máu, thần kinh vùng cổ.

Sau khi cắt u amidan, sinh thiết tức thì (cắt lạnh) các biên phẫu thuật: biên trước, biên sau, biên trên, biên dưới, giường u, gửi 5 lọ riêng biệt, đợi kết quả sinh thiết tức thì (hình 3). Nếu kết quả biên phẫu thuật còn tế bào ung thư thì tiếp tục cắt biên gửi sinh thiết tức thì lần 2.

Ghi nhận kết quả giải phẫu bệnh (GPB) trong và sau mổ: đặc điểm của u (kích thước u, xâm lấn của u) và hạch cổ (có di căn không, kích thước hạch).

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi bệnh nhân mắc ung thư amidan có nạo vét hạch cổ thấp nhất là 33, cao nhất là 91. Tập trung chủ yếu trong độ tuổi từ 40 đến 60 (chiếm 70,8%). Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 56,3±9,3. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 30 bệnh nhân là nam giới (chiếm 79,2%), 5 bệnh nhân là nữ giới (chiếm 20,8%). Tỷ lệ nam/nữ là 3,8/1.

Qua bảng yếu tố nguy cơ nhận thấy số lượng bệnh nhân ung thư amidan tăng lên khi có tiếp xúc với các yếu tố như rượu và thuốc lá.

Có 5 bệnh nhân ung thư amidan không sử dụng rượu, thuốc lá.

Có 6 bệnh nhân chỉ uống rượu, không hút thuốc lá.

Có 5 bệnh nhân chỉ hút thuốc lá, không uống rượu.

Có 19 bệnh nhân vừa có uống rượu, vừa có hút thuốc hàng ngày.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Lý do vào viện: Qua thăm khám 35 bệnh nhân cho thấy, các bệnh nhân khi đến khám thường có nhiều hơn một triệu chứng cơ năng, trong đó đau tại u là triệu chứng cơ năng gặp nhiều nhất chiếm 66,7%. Tiếp theo là nuốt vướng và nổi hạch vùng cổ chiếm 50,0 và 33,3%, tự phát hiện u chỉ có 2 trường hợp chiếm 8,3%, các triệu chứng khác như khít hàm, khạc đàm máu không ghi nhận.

Vị trí khối u: Trong 35 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, chúng tôi thấy có 19 bệnh nhân có u ở bên phải (chiếm 54,2%), 16 bệnh nhân có u ở bên trái (chiếm 45,8%). Chúng tôi chưa ghi nhận trường hợp nào mắc ung thư amidan hai bên.

Giai đoạn u trên lâm sàng: khối u chủ yếu ở giai đoạn T2 chiếm 66,7%, giai đoạn T1 chiếm 20,8%, giai đoạn T3 chiếm 12,5%, hầu như không gặp giai đoạn T4.

3.3. Đặc điểm hạch cổ trên lâm sàng

Các hạch phát hiện trên lâm sàng đều có mật độ cứng chiếm 100%, không gặp trường hợp nào hạch có mật độ mềm.

Gặp 5/14 hạch trên lâm sàng còn di động (chiếm 35,7%) và 9/14 hạch cố định trên lâm sàng (chiếm 64,3%).

Có 5 bệnh nhân có hạch phân bố chòm chiếm 35,7% tổng số hạch. Còn lại 9 hạch đều phân bố dạng đơn lẻ chiếm 64,3%.

Tất cả hạch cổ (100%) khi khám lâm sàng có biểu hiện không đau.

3.4. Đặc điểm hạch cổ trên CT scan

Trong số 17 bệnh nhân phát hiện hạch cổ trên CT scan, có 9/17 bệnh nhân có hạch hoại tử (chiếm 52,9%), 8/17 bệnh nhân có hạch không hoại tử (chiếm 47,1%).

Có 15/17 bệnh nhân có bờ hạch đều (chiếm 88,2%), 2/17 bệnh nhân có bờ hạch không đều (chiếm 11,8%).

Có 15/17 bệnh nhân có ranh giới rõ (chiếm 88,2%), 2/17 bệnh nhân có ranh giới không rõ (chiếm 11,8%).

Có 5/17 bệnh nhân còn rốn hạch trên CT scan (chiếm 29,4%), 12/17 bệnh nhân mất rốn hạch (70,6%).

3.5. Mối liên quan giữa CT scan và giải phẫu bệnh của hạch cổ

Trong số 35 bệnh nhân, có 17 bệnh nhân thấy hạch trên CT scan, trong đó có 15 bệnh nhân có hạch có đặc điểm di căn (bảng 1).

Bảng 1. Chẩn đoán có hạch giữa CT scan với giải phẫu bệnh.

CT scan	GPB(+)	GPB(-)	Tổng	Tỷ lệ di căn (%)
Có hạch nghi di căn	14	3	17	82,3
Không có hạch nghi di căn	10	8	18	55,6
Tổng	24	11	35	70,8
Tỷ lệ % CT scan có hạch nghi ngờ di căn	82,4			

Kết quả bảng 1 cho thấy, độ nhạy (Sn) là 58,3%, độ đặc hiệu (Sp) là 72,7%, giá trị ĐĐ dương tính (PPV) là 82,4%, giá trị ĐĐ âm tính (NPV) là 44,4%. CT scan nghi ngờ có 17 bệnh nhân có hạch di căn, giải phẫu bệnh khẳng định có đến 14 bệnh nhân có di căn, với tỷ lệ 82,4%. Có 2 bệnh nhân trên CT scan phát hiện có hạch nhưng không nghi ngờ di căn, trong đó có 1 bệnh nhân có GPB(+). Qua đó cho thấy, CT scan đã không phát hiện được bệnh nhân có hạch di căn này.

Ngoài ra, trong nghiên cứu của chúng tôi có 7 bệnh nhân trên CT scan không thấy hạch nhưng kết quả GPB khẳng định có 3 trường hợp có hạch di căn (42,8%). CT scan đã bỏ sót không phát hiện được hạch di căn trong 3 trường hợp này.

Sự khác biệt giữa hạch di căn trên CT scan và GPB không có ý nghĩa thống kê (phương pháp kiểm định Fisher Exact Test $p=0,06$).

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Các nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy, ung thư biểu mô amidan gặp ở nhiều lứa tuổi có thể trải dài từ 20 đến 85 [5] nhưng gặp chủ yếu ở lứa tuổi trên 50. Mặc dù nhiều nghiên cứu cho thấy có sự khác nhau về tuổi trung bình mắc bệnh, như tuổi 59 [6] và 60 [7].

Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của T.B. Ngọc (2001) [5] trên 141 bệnh nhân, tuổi dưới 40 chiếm tỷ lệ thấp 12,1%, khoảng tuổi mắc cao nhất là 50-69 (chiếm 53,9%), tỷ lệ nam/nữ là 2,3/1. Kết quả này có sự phù hợp với một số nghiên cứu của nước ngoài như nghiên cứu của G. Calais và cs (1990) [8] với tuổi trung bình là 54,3, trong đó đỉnh cao mắc bệnh ở nhóm tuổi 50-69 là 53,9%. Nghiên cứu của N.Q. Hung (2012) [9] cho thấy, ung thư amidan nhiều ở khoảng tuổi 50-59 (chiếm 40,8%) và bệnh gặp nhiều ở khoảng 40-69 (88,3%). Nghiên cứu của V.T.T. Uyen (2014) [1] cho thấy, ung thư amidan có tỷ lệ cao nhất là 50-59 tuổi (chiếm 40%).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ung thư amidan gặp ở nhiều lứa tuổi khác nhau, đỉnh cao ở khoảng tuổi 40-60 (chiếm 70,8%) trong đó người thấp tuổi nhất là 33, cao nhất 91 tuổi và bệnh gặp nhiều ở khoảng 40-60 (70,8%).

Như vậy, số liệu về tuổi mắc bệnh của chúng tôi thu được tương tự kết quả của một số nghiên cứu trong nước và quốc tế đã công bố [1, 5, 8, 9].

Nghiên cứu trong nước của T.B. Ngọc (2001) [5] cho thấy, có 61,7% bệnh nhân đã có di căn hạch. Kết quả của chúng tôi cho thấy, có 29,2% bệnh nhân không có di căn hạch và có 70,8% trường hợp đã có di căn. Trong đó, có 33,4% đã ở giai đoạn muộn (N2, N3). Điều này một lần nữa khẳng định lại các nghiên cứu trong và ngoài nước về tỷ lệ di căn sớm của ung thư amidan. Phù hợp với giả thuyết ung thư amidan cũng như các ung thư ở vòng Waldeyer thường hay cho di căn hạch sớm [9]. Nghiên cứu của R. Maltz và cs (1974) [10] cũng cho thấy, tỷ lệ di căn hạch vùng trong ung thư amidan rất cao, khoảng 63%.

Hạch là cơ quan bạch huyết nhỏ nằm trên đường đi của các mạch bạch huyết. Các tế bào của hệ thống miễn dịch này có thể nhận biết được kháng nguyên của cơ thể và kháng nguyên ngoại lai, trung hòa hoặc bất hoạt những phân tử ngoại lai và tiêu diệt vi sinh vật hoặc tế bào khác (tế bào nhiễm vi rút, tế bào của cơ quan ghép, tế bào ung thư), hạch thường đứng thành từng nhóm, có hình tròn, hình hạt đậu, kích thước 3-5 mm, có một nơi hơi lõm vào gọi là rốn hạch. Rốn hạch là nơi động mạch đi vào, tĩnh mạch và mạch bạch huyết đi ra. Các mạch này đều có van một chiều, bờ tự do của các lá van hướng về phía hạch đảm bảo dòng bạch huyết chỉ chảy theo một chiều.

Chức năng: Những chất lạ và tế bào có hại (tế bào u) của cơ thể cũng như các thành phần khác trong bạch huyết sẽ bị giữ lại khi qua hạch. Vì vậy, bạch huyết sau khi qua hạch đã được làm sạch trước khi đổ vào tuần hoàn máu. Vai trò lọc do đại thực bào và tế bào võng của xoang bạch huyết thực hiện. Tuy nhiên, nó ít có hiệu lực với tế bào ung thư. Tế bào từ u nguyên phát theo dòng bạch mạch tới hạch và tích lại ở đó. Từ đó, nó theo bạch mạch đi khắp cơ thể. Vì vậy, khi cắt bỏ khối u cần nạo vét hạch vùng.

Hạch được chẩn đoán là di căn khi thấy hình thái các tế bào bất thường trong lòng hạch: tế bào đa điện, nhân ở trung tâm, to nhỏ không đều nhau, nhân quái - nhân chia, hoại tử trong lòng hạch.

- Giai đoạn sớm: Thấy tế bào u trong xoang bạch huyết.

- Giai đoạn muộn: Tế bào u lan tràn, xâm nhập, phá vỡ cấu trúc mô hạch.

Về giới tính, những thống kê trong số liệu nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, nam giới mắc nhiều hơn nữ giới, điều này là phù hợp với các nghiên cứu từ trước tới nay.

Bên cạnh đó, tỷ lệ nam/nữ rất cao 3,8/1 (30/5 bệnh nhân). Như vậy, kết quả này tương tự, nhưng khác biệt không lớn với một số nghiên cứu đã công bố của G. Calais và cs (1990) [8] với tỷ lệ 7/1, 5/1 của R. Maltz và cs (1974) [10], 4/1 của R. Amornmarn và cs (2024) [6].

Chúng tôi cho rằng, sự khác biệt về tỷ lệ này có thể do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi nhỏ hơn nghiên cứu của các tác giả nêu trên. Như vậy, qua số liệu trên, chúng tôi nhận định, trong ung thư amidan có sự khác nhau về phân bố giữa nam và nữ. Mặc dù có sự chênh lệch về tỷ lệ trong các nghiên cứu khác nhau, nhưng tỷ lệ mắc bệnh của nam là cao hơn nữ.

Giải thích cho hiện tượng này nhiều tác giả cho rằng, nam giới chịu ảnh hưởng của các yếu tố thuận lợi sinh ung thư như hút thuốc, uống rượu... Nghiên cứu của S.M. Kregar (1995) [11] có tới 70% bệnh nhân liên quan đến

thuốc lá và 61% liên quan tới rượu, mà những trường hợp có mối liên hệ với thuốc lá có tiên lượng xấu hơn khi được đánh giá kết quả điều trị.

4.2. Đặc điểm lâm sàng

Lý do vào viện: Lý do khiến bệnh nhân đến khám bệnh hầu hết là đau tại vị trí u (66,7%) và nuốt vướng (50,0%). Kết quả này tương tự như các nghiên cứu khác ở trong và ngoài nước như T.B. Ngoc (2001) [5] là 63,2%, N.Q. Hung (2012) [9] là 68,3%, V.T.T. Uyen (2014) [1] là 76% [3], R. Maltz và cs (1974) [10] là 83%. Chứng tỏ, triệu chứng đầu tiên của bệnh thường là những khó chịu ở vùng họng. Đây là những dấu hiệu không đặc hiệu trong ung thư amidan, điều này dẫn đến tình trạng chủ quan của người bệnh, cũng như nhân viên y tế trong vấn đề sàng lọc và phát hiện bệnh sớm. Nó cũng lý giải tại sao đa số bệnh nhân ung thư amidan đến viện ở giai đoạn muộn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 33,3% bệnh nhân đến viện đã có hạch cổ. Điều này có thể lý giải là do sự tiến triển nhanh của bệnh, đặc biệt bệnh cho di căn hạch vùng nhanh và nhiều.

Vị trí khối u: Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ thấy xuất hiện u ở một bên, tỷ lệ gặp u bên phải là 54,2%, bên trái là 45,8%, tỷ lệ bên phải và trái tương đương nhau. Tỷ lệ này cũng tương tự như nghiên cứu của các tác giả V.T.T. Uyen (2014) [1], N.Q. Hung (2012) [9] và T.B. Ngoc (2001) [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có bệnh nhân nào có u cả hai bên, theo nghiên cứu của T.B. Ngoc (2001) [5], tỷ lệ gặp u cả hai bên cũng rất thấp, chiếm 2,1%.

Như vậy, ung thư biểu mô tế bào gai amidan thường khu trú ở một bên. Vị trí u nguyên phát không có ý nghĩa trong tiên lượng bệnh.

Giai đoạn u trên lâm sàng: Tỷ lệ giai đoạn khối u T1, T2 chiếm tỷ lệ (87,5%), cao hơn ở giai đoạn u T3, T4 (12,5%) (bảng 2). Tỷ lệ này có khác so với một số tác giả.

Bảng 2. Tỷ lệ giai đoạn u của các nghiên cứu.

Tác giả	T1, T2 (%)	T3, T4 (%)
R. Maltz và cs (1974) [10]	14,0	86
G. Calais và cs (1990) [8]	37,0	63
T.B. Ngoc (2001) [5]	24,1	75,9
N.Q. Hung (2012) [9]	43,3	56,7
V.T.T. Uyen (2014) [1]	78,0	22,0
Nghiên cứu của chúng tôi	87,5	12,5

Sự khác biệt này, có thể trong nghiên cứu của chúng tôi hầu hết các bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật, vậy nên tỷ lệ bệnh nhân có khối u giai đoạn T1, T2 trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm phần lớn. Hơn nữa, ngày nay với phương tiện thăm khám hiện đại bằng nội soi tai mũi họng, việc phát hiện các tổn thương ở giai đoạn sớm không khó.

Về hạch di căn, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có hạch di căn chiếm 70,8%, bệnh nhân không có hạch 29,2%. Trong các nghiên cứu trong nước, tỷ lệ hạch di căn cũng chiếm tỷ lệ cao: nghiên cứu của T.B. Ngoc (2001) [5], N.Q. Hung (2012) [9] là 61,7%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không gặp bệnh nhân nào hạch N3. Qua phân tích trên cho thấy, ung thư amidan cũng như các ung thư vùng Waldayer có tỷ lệ di căn hạch cao, tổn thương dù bé nhưng di căn hạch tương đối lớn.

4.3. Đặc điểm hạch cổ trên lâm sàng

Các hạch được phát hiện trên nền của bệnh nhân ung thư nên mang nhiều đặc điểm của hạch di căn.

Về mật độ: 100% các hạch đều có mật độ cứng chắc, không gặp trường hợp nào có hạch mềm (là đặc điểm của hạch viêm, hoặc áp-xe hóa) [12].

Độ di động: Chúng tôi nhận thấy, có 64,3% hạch được phát hiện cố định, khi đó hạch đã có xâm lấn với các tổ chức lân cận như mô cơ, mạch máu, mô liên kết, 35,7% hạch còn di động. Hạch ung thư dính là một yếu tố tiên lượng xấu, và là một căn cứ trong việc chỉ định nạo vét hạch cổ khi phẫu thuật.

Về phân bố: Chúng tôi chỉ gặp 5 bệnh nhân có hạch phân bố thành chùm, còn lại với 9 bệnh nhân khác, hạch đều phân bố độc lập, rải rác dọc theo bó cảnh ở các nhóm.

Về tính chất đau: 100% các bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều trả lời không đau, các hạch đều to lên một cách từ từ, trong một thời gian và không có dấu hiệu sưng, nóng, đỏ hay đau.

Hạch đóng vai trò quan trọng trong chỉ định phương pháp điều trị, cũng như tiên lượng bệnh. Khi xuất hiện hạch di căn sẽ tiên lượng xấu đi rất nhiều. Việc đánh giá có hay không có hạch trên lâm sàng, vị trí, số lượng, tính chất, độ di động của hạch phụ thuộc vào kỹ năng, kinh nghiệm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi trên lâm sàng sờ thấy, 14 hạch ở 35 bệnh nhân, trong đó chủ yếu ở các nhóm II (nhóm hạch cảnh trên) có 11/14 hạch (chiếm 78,6%); nhóm III (nhóm hạch cảnh giữa) có 3/14 hạch (chiếm 21,4%), nhóm I, IV, V không sờ thấy hạch trên lâm sàng.

Thường do nhóm hạch II, III dễ thăm khám trên lâm sàng, nhóm IV (nhóm hạch cánh dưới), nhóm V (nhóm hạch cổ sau) bị che khuất bởi nhiều cấu trúc nên khó thăm khám lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phát hiện ung thư amidan giai đoạn T1, T2, nên chưa đi căn làm tăng kích thước hạch trên lâm sàng. Tương tự như kết quả nghiên cứu của F. Zanetti và cs (2009) [13] về kiểu di căn hạch trong ung thư biểu mô tế bào gai amidan để đánh giá tính hiệu quả trong nạo vét hạch cổ chọn lọc, trong 22/58 bệnh nhân chưa phát hiện hạch cổ trên lâm sàng có 4 bệnh nhân (18,2%) đã đi căn hạch cổ trên kết quả GPB. Hạch di căn thâm lặng chủ yếu một bên và thuộc hạch nhóm II. Chưa tìm thấy hạch di căn thâm lặng ở nhóm I và V. Trong 36 bệnh nhân với hạch cổ phát hiện trên lâm sàng, có 3 bệnh nhân (8,3%) có kết quả đi căn hạch cổ trên GPB ở hạch nhóm V cùng bên. Chưa ghi nhận hạch di căn ở nhóm I. Đối với những bệnh nhân đánh giá giai đoạn lâm sàng >N2a (p=0,003), hạch di căn nhóm III (p=0,026) và IV (p=0,009) có liên quan đáng kể đối với sự di căn ở hạch nhóm V.

4.4. Đặc điểm hạch cổ trên CT scan

Hoại tử hạch: Trên CT scan phát hiện được 9/17 bệnh nhân có hạch hoại tử (chiếm 52,9%), có 8/17 bệnh nhân (chiếm 42,9%) có hạch nhưng không thấy hoại tử hạch.

Cát trúc bờ hạch: Chúng tôi nhận thấy, có 15/17 bệnh nhân có bờ hạch đều chiếm 88,2%, 2/17 bệnh nhân có bờ hạch không đều hạch chiếm 11,8%.

Ranh giới hạch: Hạch phát hiện trên CT scan ở 17 bệnh nhân trong nghiên cứu thấy có 15/17 bệnh nhân (chiếm 88,2%) có ranh giới rõ, 2/17 bệnh nhân (chiếm 11,8%) có ranh giới hạch không rõ.

Có 5/17 bệnh nhân còn rốn hạch trên CT scan (chiếm 29,4%), 12/17 bệnh nhân mất cấu trúc rốn hạch (chiếm 70,6%).

Đặc điểm hạch trên giải phẫu bệnh: Đối tượng bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là các bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng ung thư amidan, được phẫu thuật cắt u amidan kèm theo nạo vét hạch cổ một bên hoặc hai bên. Hạch được lấy ngay sau khi nạo vét xong, được chia nhỏ thành các nhóm riêng biệt, được cố định bằng formol 10% sau đó được gửi sang Khoa Giải phẫu bệnh. Trong 35 bệnh nhân tham gia có 34/35 bệnh nhân được nạo vét hạch cổ một bên, và một bệnh nhân được nạo vét hạch cổ hai bên.

Về kết quả hạch di căn: Qua mô bệnh học phát hiện có 45 hạch được xác định là hạch di căn. Có 11 bệnh nhân phát hiện có hạch trên lâm sàng, 17 bệnh nhân phát hiện hạch

có đặc điểm di căn bằng CT scan, mô bệnh học phát hiện được 17 bệnh nhân có hạch di căn. Có những ca ở lâm sàng hoặc CT scan phát hiện hạch nhưng mô bệnh học âm tính và ngược lại. Như vậy có thể thấy, các phương pháp thăm dò không xâm lấn trước mổ có thể bỏ sót bệnh nhân có di căn hạch. Điều này ảnh hưởng trong việc đưa ra phương pháp điều trị và có thể thất bại trong điều trị.

4.5. Di căn hạch trên giải phẫu bệnh với thời gian đến khám lâm sàng

Trong nghiên cứu này, chúng tôi phát hiện 66,7% bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng dưới 3 tháng có di căn hạch trên giải phẫu bệnh. Con số này ở nhóm bệnh nhân có triệu chứng trong vòng 3-6 tháng là 77,8%. Tuy nhiên, ở nhóm bệnh nhân có biểu hiện kéo dài hơn (từ 6 tháng trở lên), thì phát hiện 66,7% số bệnh nhân có hạch di căn. Các tỷ lệ di căn hạch cổ theo thời gian đến khám lâm sàng cũng gần như nhau. Điều này có thể lý giải do biểu hiện ban đầu của ung thư amidan đa dạng và không đặc hiệu, dễ nhầm lẫn với những bệnh lý khác như viêm họng cấp, viêm amidan... nên bệnh nhân có thể đến khám lâm sàng sớm, nhưng chúng ta có thể không phát hiện ra được dẫn đến điều trị trễ hơn.

4.6. Mối liên quan giữa CT scan và giải phẫu bệnh của hạch cổ

Di căn hạch trên giải phẫu bệnh với phát hiện hạch trên CT scan: Trong nghiên cứu này, chúng tôi phát hiện có 17 trường hợp có đặc điểm hạch nghi ngờ di căn trên CT scan, trong đó 14 ca có giải phẫu bệnh dương tính. CT scan đã bỏ sót 10 bệnh nhân di căn hạch so với giải phẫu bệnh, do những trường hợp này không phát hiện được hạch trên CT scan hoặc có hạch nhưng có những đặc điểm gợi ý di căn. Điều này có thể do quá trình di căn âm thầm, chưa làm biến đổi về mặt đại thể của hạch để phát hiện trên CT scan, do đó dễ bỏ sót hạch di căn trên nhóm bệnh nhân này.

Kết quả phát hiện hạch trên CT scan và giải phẫu bệnh theo giai đoạn u: Tỷ lệ phát hiện bệnh nhân có hạch di căn cao nhất ở giai đoạn T3, với 100% các trường hợp bệnh nhân có nghi ngờ hạch di căn trên CT scan thì đều có giải phẫu bệnh dương tính. Ở giai đoạn T2, có 4 ca không có hình ảnh nghi ngờ hạch ác tính trên CT scan, nhưng kết quả giải phẫu bệnh dương tính. Một trường hợp bệnh nhân có kết quả mô bệnh học âm tính nhưng hình ảnh trên CT scan gợi ý hạch di căn ở giai đoạn T1.

Điều này có thể giải thích do giai đoạn càng muộn, hình ảnh di căn hạch trên CT scan càng rõ ràng, khả năng chẩn đoán chính xác càng cao. Ngược lại, ở những giai đoạn sớm hơn, CT scan có thể bỏ sót. Việc đánh giá hạch gặp nhiều

khó khăn do hạch có kích thước nhỏ nằm sâu, nhất là các hạch nhóm IIb nằm phía sau thùy đuôi tuyến mang tai, nên rất dễ bỏ sót các hạch thuộc nhóm cảnh cao trong trường hợp bệnh nhân có di căn hạch ở nhóm này.

Kết quả phát hiện hạch trên CT scan và giải phẫu bệnh theo giai đoạn hạch: Ở giai đoạn N0 và N2b đã bỏ sót 3 trường hợp bệnh nhân không có yếu tố nghi ngờ di căn trên CT scan nhưng kết quả giải phẫu bệnh (+). Khả năng phát hiện chính xác hạch di căn cao nhất của CT scan là ở giai đoạn N2c. Điều này có thể do giai đoạn càng trễ thì càng có nhiều hạch và kích thước hạch càng to, có nhiều đặc điểm gợi ý ác tính trên hình ảnh học. Tuy nhiên, do cỡ mẫu còn hạn chế, cần có nhiều nghiên cứu sâu hơn về vấn đề này.

5. Kết luận

Qua nghiên cứu 35 trường hợp ung thư amidan được phẫu thuật có nạo vét hạch cổ từ 2019 đến 2024, chúng tôi rút ra một số kết luận như sau: tuổi trung bình của bệnh nhân là 56,3±9,3 tuổi, chủ yếu nằm trong độ tuổi 40-60. Phần lớn gặp ở nam giới, có liên quan với rượu và thuốc lá. U gặp chủ yếu ở T1 và T2 (chiếm 87,5%). Giai đoạn T1 di căn hạch 40%, T2 có 75%, T3 có 100%, khi giai đoạn càng trễ thì tỷ lệ di căn hạch càng cao.

Tỷ lệ di căn hạch cổ trong amidan còn cao nên cần hóa xạ trị hỗ trợ sau khi phẫu thuật đối với những trường hợp có hạch cổ di căn. Nhưng trường hợp ung thư giai đoạn sớm T1-T2 vẫn nên nạo hạch cổ chọn lọc do tỷ lệ hạch cổ di căn âm thầm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] V.T.T. Uyen (2014), *Study of Clinical and Paraclinical Characteristics of Some Risk Factors of Tonsillar Carcinoma*, Master's Thesis, Hanoi Medical University (in Vietnamese).

[2] S.Y. Lee, S.Y. Park, S.H. Kim, et al. (2011), "Expression of matrix metalloproteinases and their inhibitors in squamous cell carcinoma of the tonsil and their clinical significance", *Clin. Exp. Otorhinolaryngol.*, **4(2)**, pp.88-94, DOI: 10.3342/ceo.2011.4.2.88.

[3] Union For International Cancer Control (2024), *TNM Classification of Malignant Tumours*, Wiley Blackwell, 272pp.

[4] K.T. Robbins, A.R. Shaha, J.E. Medina, et al. (2008), "Consensus statement on the classification and terminology of neck dissection", *Archives of Otolaryngology - Head & Neck Surgery*, **134(5)**, pp.536-538, DOI: 10.1001/archotol.134.5.536.

[5] T.B. Ngoc (2001), *Study of Clinical and Histopathological Characteristics of Radiotherapy Alone in Tonsil Cancer*, Master's Thesis, Hanoi Medical University (in Vietnamese).

[6] R. Amornmarn, T. Prempee, J. Jaiwatana, et al. (2024), "Radiation management of carcinoma of the tonsillar region", *Cancer*, **54(7)**, pp.1293-1299, DOI: 10.1002/1097-0142(19841001)54:7<1293::aid-cnrcr2820540711>3.0.co;2-4.

[7] W.M. Mendenhall, R.J. Amdur, S.P. Stringer, et al. (2000), "Radiation therapy for squamous cell carcinoma of the tonsillar region: A preferred alternative to surgery?", *J. Clin. Oncol.*, **18(11)**, pp.2219-2225, DOI: 10.1200/JCO.2000.18.11.2219.

[8] G. Calais, D. Goga, O. LeFloch, et al. (1990), "Results of radiotherapy of carcinomas of the tonsillar area: Study of 137 cases", *Revue De Stomatologie Et De Chirurgie Maxillo-Faciale*, **91(1)**, pp.60-64.

[9] N.Q. Hung (2012), *Study of Clinical and Histopathological Characteristics and Treatment Results of Tonsillar Carcinoma at K Hospital*, Master's Thesis, Hanoi Medical University.

[10] R. Maltz, D.A. Shumrick, B.S. Aron, et al. (1974), "Carcinoma of the tonsil: Results of combined therapy", *Laryngoscope*, **84(12)**, pp.2172-2180, DOI: 10.1288/00005537-197412000-00008.

[11] S.M. Kregar, F.J. Hilgers, P.C. Levendag, et al. (1995), "A nationwide study of the epidemiology, treatment and survival of oropharyngeal carcinoma in the Netherlands", *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, **252(3)**, pp.133-138, DOI: 10.1007/BF00178098.

[12] D.T. Xuan (2003), *Study of Clinical and Ultrasound Imaging Characteristics, Histopathology of The Neck Region*, Specialist Doctor II Thesis, Hanoi Medical University (in Vietnamese).

[13] F. Zanetti, D. Mosto, P.B. Rizzo (2009), "Pattern of lymph node metastases in squamous cell carcinoma of the tonsil: Implication for selective neck dissection", *Oral. Oncol.*, **45(3)**, pp.212-217, DOI: 10.1016/j.oraloncology.2008.05.004.