

KHẢO SÁT TƯƠNG QUAN GIỮA ĐỘ SÂU XÂM NHẬP TRÊN GIẢI PHẪU BỆNH VÀ DI CĂN HẠCH CỔ CỦA UNG THƯ XOANG LÊ

Trần Anh Bích¹, Trần Nguyễn Xuân An²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư hạ họng là một loại ung thư hiếm gặp, với khoảng 85.000 ca mắc mới và hơn 38.000 ca tử vong trên toàn cầu, chiếm khoảng 0,4% tổng số ca mắc và tử vong do ung thư [1]. Trong đó, ung thư xoang lê chiếm 80% tỷ lệ ung thư hạ họng [2]. Tiên lượng của ung thư xoang lê tương đối kém do thường được chẩn đoán ở giai đoạn muộn. Tình trạng di căn hạch nhìn chung đáp ứng kém hơn với điều trị so với khối u nguyên phát. Hơn nữa, di căn hạch cổ được xem là một yếu tố tiên lượng mạnh mẽ, có liên quan đến nguy cơ tái phát vùng và di căn xa cao hơn, đồng thời làm giảm rõ rệt khả năng sống còn ở bệnh nhân ung thư xoang lê [3]. Cắt bỏ khối u nguyên phát kết hợp với nạo vét hạch cổ vẫn là phương pháp chủ yếu đối với những bệnh nhân có tình trạng di căn hạch cổ lâm sàng dương tính. Tuy nhiên, việc xử trí bệnh nhân không có bằng chứng di căn hạch cổ trên lâm sàng còn gây nhiều tranh cãi [4], do hiện tượng di căn ẩn thường được phát hiện. Việc xác định các yếu tố tiên lượng khách quan đối với di căn hạch cổ có ý nghĩa quan trọng nhằm đưa ra quyết định điều trị cá thể hóa tốt hơn. **Mục tiêu:** Khảo sát tương quan giữa độ sâu xâm nhập trên giải phẫu bệnh và di căn hạch cổ của ung thư xoang lê. **Đối tượng và Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca trên 31 bệnh nhân ung thư xoang lê tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ năm 2024 đến năm 2025. Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án, hình ảnh học (CT/MRI) và kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật. Phân tích số liệu sử dụng phần mềm SPSS. **Kết quả:** 31 bệnh nhân ung thư xoang lê đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu. Tỷ lệ di căn hạch cổ trên giải phẫu bệnh là 80,6%. Tỷ lệ di căn tiềm ẩn chiếm 40%. Tỷ lệ di căn hạch cổ 2 bên chiếm 32% trên tổng số di căn hạch. Độ sâu xâm nhập (DOI) trung bình ở nhóm có di căn hạch là $16,57 \pm 5,2$ mm, cao hơn đáng kể so với nhóm không di căn hạch ($7,3 \pm 2,3$ mm) ($p < 0,05$). Ngưỡng DOI tối ưu dự báo di căn hạch cổ là 10,5 mm (độ nhạy 85,7%, độ đặc hiệu 100%). **Kết luận:** Ung thư xoang lê thường được phát hiện ở giai đoạn muộn và có tỷ lệ di căn hạch cổ rất cao. Độ sâu xâm nhập và giai đoạn T là yếu tố dự báo mạnh mẽ tình trạng di căn hạch cổ. Những trường hợp có độ sâu xâm nhập từ 10,5 mm nên được tiến hành nạo vét hạch cổ. **Từ khóa:** Ung thư xoang lê, di căn hạch cổ, độ sâu xâm nhập.

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE CORRELATION

¹ Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Chợ Rẫy

² Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Anh Bích

Email: trananhbich2015@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 13.3.2026

Ngày duyệt bài: 10.4.2026

BETWEEN PATHOLOGICAL DEPTH OF INVASION AND CERVICAL LYMPH NODE METASTASIS IN PYRIFORM SINUS CARCINOMA

Background: Hypopharyngeal carcinoma is a rare malignancy, with approximately 85,000 new cases and over 38,000 deaths globally, accounting for roughly 0.4% of total cancer incidence and mortality [1]. Notably, pyriform sinus carcinoma accounts for 80% of hypopharyngeal cancers [2]. The prognosis for pyriform sinus carcinoma is relatively poor, as it is frequently diagnosed at an advanced stage. Generally, lymph node metastasis responds less favorably to treatment compared to the primary tumor. Furthermore, cervical lymph node metastasis is considered a potent prognostic factor; it is associated with a higher risk of regional recurrence and distant metastasis, while significantly reducing survival rates in patients with pyriform sinus carcinoma [3]. Primary tumor resection combined with neck dissection remains the mainstay of treatment for patients with clinically positive cervical lymph nodes. However, the management of patients with no clinical evidence of cervical lymph node metastasis remains controversial [4] due to the frequent detection of occult metastasis. Identifying objective prognostic factors for cervical lymph node metastasis is crucial for facilitating better personalized treatment decisions. **Objectives:** To evaluate the association between pathological depth of invasion and cervical lymph node metastasis in pyriform sinus cancer. **Materials and Methods:** A descriptive study was conducted on a case series of 31 patients with pyriform sinus cancer at Cho Ray Hospital from 2024 to 2025. Data were collected from medical records, imaging studies (CT/MRI), and post-operative histopathological reports. Statistical analysis was performed using SPSS software. **Results:** Thirty-one patients with PSC met the inclusion criteria. All patients (100%) were male, with a mean age of 61.4 years. The rate of pathologically confirmed cervical lymph node metastasis was 80.6%. The rate of occult metastasis was 40%. Bilateral cervical node metastasis accounted for 32% of all metastatic cases. The mean Depth of Invasion (DOI) in the node-positive group was $16,57 \pm 5,2$ mm, which was significantly higher than in the node-negative group ($7,3 \pm 2,3$ mm) ($p < 0,05$). The optimal DOI cut off value for predicting cervical lymph node metastasis was 10,5 mm (sensitivity: 85.7%, specificity: 100%). **Conclusion:** Pyriform sinus cancer is commonly detected at an advanced stage and has a very high rate of cervical lymph node metastasis. Depth of Invasion (DOI) and T stage are strong predictors of cervical lymph node metastatic status. Cases with a depth of invasion ≥ 10.5 mm should be considered for cervical lymph node dissection. **Keywords:** Pyriform sinus cancer, cervical lymph node metastasis, depth of invasion

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư hạ họng là một loại ung thư có tỷ lệ mắc thấp, theo GLOBOCAN ghi nhận khoảng 85.000 ca mắc mới và hơn 38.000 ca tử vong trên toàn cầu, tương đương khoảng 0,4% tổng số ca mắc và tử vong do ung thư [1]. Trong đó ung thư xoang lê chiếm trên 80% tỷ lệ ung thư hạ họng [2].

Ung thư xoang lê có tiên lượng xấu hơn các ung thư đầu cổ khác do thường được chẩn đoán ở giai đoạn muộn. Triệu chứng ban đầu thường không đặc hiệu. Bệnh nhân có thể cảm thấy đau họng nhẹ hoặc khó chịu khi nuốt. Các triệu chứng khác bao gồm: khàn tiếng, hạch cổ, đau tai và khó thở. Cảm giác nuốt vướng có thể là than phiền duy nhất. Đặc biệt, tỷ lệ di căn hạch cổ ở ung thư xoang lê rất cao, lên tới 70%. Tình trạng di căn hạch nhìn chung đáp ứng kém hơn với điều trị so với khối u nguyên phát. Hơn nữa, di căn hạch cổ được xem là một yếu tố tiên lượng mạnh mẽ, có liên quan đến nguy cơ tái phát vùng và di căn xa cao hơn, đồng thời làm giảm rõ rệt khả năng sống còn ở bệnh nhân ung thư xoang lê [3]. Cắt bỏ khối u nguyên phát kết hợp với nạo vét hạch cổ vẫn là phương pháp chủ yếu đối với những bệnh nhân có tình trạng di căn hạch cổ lâm sàng dương tính. Tuy nhiên, việc xử trí bệnh nhân không có bằng chứng di căn hạch cổ trên lâm sàng còn gây nhiều tranh cãi [4], do hiện tượng di căn ẩn thường được phát hiện. Việc xác định các yếu tố tiên lượng khách quan đối với di căn hạch cổ có ý nghĩa quan trọng nhằm đưa ra quyết định điều trị cá thể hóa tốt hơn. Nhiều nghiên cứu ở các loại ung thư khác nhau đã chứng minh mối liên quan chặt chẽ giữa độ sâu xâm nhập của khối u và khả năng di căn hạch vùng. Trong lĩnh vực ung thư đầu cổ, độ sâu xâm nhập đã được công nhận là yếu tố tiên lượng quan trọng đối với di căn hạch trong ung thư khoang miệng, và hiện đã được đưa vào hướng dẫn điều trị của Mạng lưới Ung thư Quốc gia Hoa Kỳ (NCCN) [1]. Đối với ung thư vùng hạ họng, nhiều nghiên cứu gần đây cũng cho thấy độ sâu xâm nhập là yếu tố dự báo đáng tin cậy cho di căn hạch cổ. Vì vậy nghiên cứu của chúng tôi thực hiện khảo sát mối tương quan giữa độ sâu xâm nhập trên giải phẫu bệnh và di căn hạch cổ của ung thư xoang lê.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca.

2.2 Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 31 bệnh

nhân từ đủ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán ung thư xoang lê bằng giải phẫu bệnh (GPB), có chụp CT scan hoặc MRI trước phẫu thuật, và được điều trị phẫu thuật tại Khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện Chợ Rẫy từ năm 2024 đến năm 2025.

Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm bệnh nhân ung thư xoang lê quá chỉ định phẫu thuật hoặc ung thư xoang lê tái phát.

2.3. Quy trình nghiên cứu

Chúng tôi thu thập các thông tin từ hồ sơ bệnh án bao gồm:

- Đặc điểm dịch tễ: tuổi, giới tính, tiền căn hút thuốc/uống rượu.

- Các biến số được ghi nhận từ hình ảnh học và nội soi: kích thước khối u, hình thái đại thể (sùi, loét, thâm nhiễm, hỗn hợp), đặc điểm xâm lấn, di căn hạch trên hình ảnh học (vị trí, phân nhóm, kích thước) và phân giai đoạn TNM theo AJCC 8th.

- Ghi nhận thông tin trên giải phẫu bệnh: Bệnh nhân sau khi được phẫu thuật cắt họng thanh quản toàn phần hoặc bán phần họng thanh quản và nạo vét hạch cổ sẽ gửi khối u và hạch cổ đã được phân nhóm để tiến hành làm giải phẫu bệnh, sau khi có kết quả giải phẫu bệnh sẽ ghi nhận các thông tin sau:

- Kích thước khối u, kết quả giải phẫu bệnh khối u, độ mô học.

- Độ sâu xâm nhập: ghi nhận chiều dài độ sâu xâm nhập.

- Tình trạng di căn hạch cổ trên giải phẫu bệnh: Số lượng hạch di căn, vị trí di căn hạch cùng bên hay hai bên, nhóm hạch di căn, tình trạng xâm lấn vỏ bao.

- Để tiến hành đọc giải phẫu bệnh, bệnh phẩm sẽ được cắt theo chiều ngang, từ nhiều lát cắt liên tiếp, chọn một lát có sự xâm nhập khối u sâu nhất để ghi nhận độ sâu xâm nhập và kích thước khối u. Độ sâu xâm nhập được xác định bằng kẻ một đường thẳng vuông góc với mặt phẳng của màng đáy tại niêm mạc bình thường gần nhất tới điểm sâu nhất mà khối u xâm nhập

2.4. Phương pháp phân tích số liệu

Số liệu nghiên cứu được xử lý theo phương pháp xác suất thống kê y sinh học, được mã hóa và nhập vào máy tính bằng phần mềm Epidata 3.1, sau đó phân tích bằng phần mềm SPSS 20.

2.5 Vấn đề Y đức

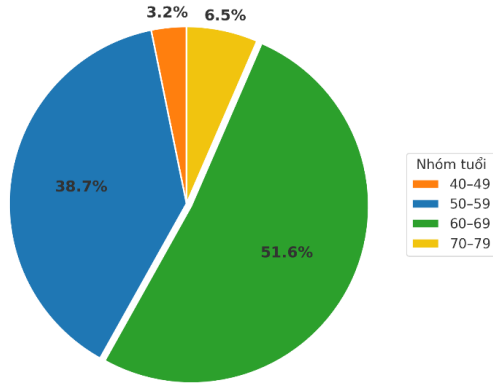
Nghiên cứu được chấp nhận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh và Hội đồng Y đức của Bệnh viện Chợ Rẫy. Các thông tin về đối tượng nghiên cứu được đảm bảo bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu khoa học

III. KẾT QUẢ:

Chúng tôi ghi nhận 31 bệnh nhân ung thư xoang lê đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

3.1 Đặc điểm dịch tễ

Bệnh nhân nam chiếm 100%, tuổi trung bình là 61,4 tuổi.



Biểu đồ 1: Tỷ lệ giữa các nhóm tuổi.

3.2 Đặc điểm di căn hạch

Bảng 1. Đặc điểm di căn hạch cổ trên mô bệnh học

| Đặc điểm | Tần số (n = 25) | Tỷ lệ % |
|-------------------------|-----------------|---------|
| Vị trí | | |
| Cùng bên | 17 | 68 |
| Hai bên | 8 | 32 |
| Nhóm hạch | | |
| Nhóm II | 21 | 84 |
| Nhóm III | 15 | 60 |
| Nhóm IV | 5 | 60 |
| Kích thước, n(%) | | |
| ≤ 3 cm | 23 | 92 |
| 3 – 6 cm | 2 | 8 |

Trong nghiên cứu trên hình ảnh học ghi nhận 21/31 (67,7%) trường hợp di căn hạch. Tỷ lệ di căn hạch cổ trên mẫu GPB là 25/31 (80,6%), tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn là 40%. Tỷ lệ các nhóm hạch di căn lần lượt là nhóm II 84%, nhóm III 60% và nhóm IV 20%, 44% trường hợp di căn hạch có xâm lấn vỏ bao. Kích thước hạch ≤ 3 cm chiếm tỷ lệ 92%. Giai đoạn pN3 chiếm tỷ lệ cao nhất với 35,5%

Bảng 2. Giai đoạn N

| Giai đoạn N | Tần số (n=25) | Tỷ lệ |
|-------------|---------------|--------|
| pN0 | 6 | 19,4%) |
| pN1 | 4 | 13%) |
| pN2 | 10 | 32,1%) |
| pN3 | 11 | 35,5%) |

1.3 Môi trường quan giữa giai đoạn T, DOI và di căn hạch cổ

Bảng 3. Phân tích đơn biến các yếu tố nguy cơ lâm sàng - giải phẫu bệnh đối với di căn hạch cổ

| Đặc điểm | pN(+) | pN(-) | Giá trị p |
|------------------------|-----------|-----------|--------------------|
| Giai đoạn T | | | |
| T1 | 0 (0%) | 3 (50%) | 0,004 ^a |
| T2 | 4 (16%) | 2 (33,3%) | |
| T3 | 16 (64%) | 1 (16,7%) | |
| T4 | 5 (20%) | 0 (0%) | |
| Độ sâu xâm nhập | 16,57±5,2 | 7,3 ± 2,3 | 0,003 ^b |

a: Kiểm định Fisher Exact, b: Kiểm định Mann-Whitney U

Bảng 4. Môi trường quan giữa giai đoạn T, DOI và tình trạng di căn hạch cổ

| Đặc điểm | OR | Giá trị p |
|------------------------------|-------|--------------------|
| Giai đoạn T (T3+T4 và T1+T2) | 26,25 | 0,004 ^a |
| Độ sâu xâm nhập | 1,6 | 0,031 ^c |

a: Kiểm định Fisher Exact, c: Hồi quy logistic

Nghiên cứu chỉ ra tỷ lệ di căn hạch nhóm T3 + T4 là 84%, nhóm T1 + T2 là 16%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). Giai đoạn T3+T4 có khả năng di căn hạch cổ cao gấp 26,25 lần so với nhóm T1 + T2.

Nhóm có di căn hạch có DOI trung bình cao hơn đáng kể (16,57 ± 5,2 mm) so với nhóm không di căn hạch (7,3 ± 2,3 mm), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Khi DOI tăng thêm 1 mm, nguy cơ di căn hạch cổ tăng OR = 1,6 lần. Phân tích đường cong ROC xác định ngưỡng DOI tối ưu là 11 mm để dự báo di căn hạch cổ (AUC = 0,929; độ nhạy 85,7%, độ đặc hiệu 100%).

Bảng 5. Tương quan DOI và di căn hạch tiềm ẩn

| DOI | cN(-) | | Giá trị p |
|-----------|-------|-------|-------------------|
| | pN(+) | pN(-) | |
| < 10,5mm | 1 | 6 | 0,03 ^a |
| ≥ 10,5 mm | 3 | 0 | |

a: Kiểm định Fisher Exact, c: Hồi quy logistic

Khi phân tầng theo điểm cắt 10,5 mm, tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn ở nhóm DOI < 10,5 mm là 14,3% so với 100% ở nhóm DOI ≥ 10,5 mm; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (P < 0,05).

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ di căn hạch cổ trên giải phẫu bệnh là 80,6%, nằm ở mức cao so với dữ liệu chung (70%). Các nhóm hạch bị ảnh hưởng chủ yếu là II (84%) và III (60%) và nhóm IV (20%). Nghiên cứu của Xinglong Chen[5] cũng chỉ ra di

cần chủ yếu ở các nhóm hạch II, III, IV và 1 tỉ lệ nhỏ di căn hạch nhóm V, tỷ lệ di căn hạch nhóm II cao nhất với 62,02%. Tỷ lệ di căn hạch hai bên là 32%, điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc xem xét nạo hạch cổ hai bên, đặc biệt khi có di căn hạch lâm sàng.

Nghiên cứu khẳng định mối tương quan mạnh mẽ giữa giai đoạn T và di căn hạch cổ; khối u T3+T4 có nguy cơ di căn hạch cao gấp 26 lần T1+T2. Điều này tương đồng với nghiên cứu của Xingdong Wu và cộng sự [6] cũng chỉ ra giai đoạn T là 1 yếu tố tiên lượng mạnh mẽ cho di căn hạch cổ. Điều này đặt ra cần phải có chiến lược quản lý hạch cổ phù hợp cho những trường hợp u ở giai đoạn muộn T3, T4

Nhiều nghiên cứu ở các loại ung thư khác nhau đã chứng minh mối liên quan chặt chẽ giữa độ sâu xâm nhập của khối u và khả năng di căn hạch vùng. Trong lĩnh vực ung thư đầu cổ, độ sâu xâm nhập đã được công nhận là yếu tố tiên lượng quan trọng đối với di căn hạch trong ung thư khoang miệng, và hiện đã được đưa vào hướng dẫn điều trị của Mạng lưới Ung thư Quốc gia Hoa Kỳ (NCCN) [1]. Đối với ung thư vùng hạ họng, nhiều nghiên cứu gần đây cũng cho thấy độ sâu xâm nhập là yếu tố dự báo đáng tin cậy cho di căn hạch cổ. Nghiên cứu của Lu-lu Ye và cộng sự [7] ghi nhận độ sâu xâm nhập trung bình ở nhóm có di căn hạch cổ là $7,4 \pm 3,0$ mm so với nhóm không có di căn hạch $2,0 \pm 1,3$ mm, và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Trong nghiên cứu của chúng tôi độ sâu xâm nhập (DOI) được xác định là một yếu tố tiên lượng độc lập cho di căn hạch. DOI trung bình của nhóm pN+ ($16,57 \pm 5,2$ mm) cao hơn nhiều so với nhóm pN- ($7,3 \pm 2,3$ mm) ($p = 0,003$). Ngưỡng 10,5 mm được xác định là điểm cắt tối ưu cho mẫu nghiên cứu này, mặc dù cao hơn ngưỡng 4,5 mm được đề xuất bởi Lu-lu Ye, sự khác biệt này có thể do mẫu nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là khối u giai đoạn muộn (T3–T4 chiếm 71%). Nên tiến hành nạo hạch cổ ở những trường hợp có độ sâu xâm nhập đạt tới 10,5 mm.

Di căn hạch tiềm ẩn (40%) ở nhóm cN0 là một tỷ lệ đáng kể. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lu-lu Ye [7] tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn 35,3%. Điều này đặt ra thách thức về việc xử trí hạch cổ ở bệnh nhân không có bằng

chứng di căn lâm sàng. Nghiên cứu của tác giả Lu-lu Ye và cộng sự [7] đã đề nghị ở những trường hợp không phát hiện di căn hạch trên lâm sàng, nên tiến hành nạo hạch cổ dự phòng đối với các bệnh nhân có độ sâu khối u đạt $\geq 4,5$ mm. Trong nghiên cứu của chúng tôi khi phân tầng theo điểm cắt 10,5 mm, tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn ở nhóm DOI $< 10,5$ mm là 14,3% so với 100% ở nhóm DOI $\geq 10,5$ mm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$). Vai trò của DOI là cung cấp một thước đo khách quan về tính xâm lấn theo chiều dọc của khối u, giúp hỗ trợ quyết định có nên nạo hạch cổ dự phòng hay không, ngay cả khi lâm sàng không phát hiện hạch di căn.

V. KẾT LUẬN

Di căn hạch cổ tại thời điểm chẩn đoán tương đối cao. Giai đoạn T và độ sâu xâm nhập là yếu tố tiên lượng di căn hạch cổ. Những trường hợp có độ sâu xâm nhập từ 10,5mm nên được tiến hành nạo hạch cổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Network NCC.** NCCN clinical practice guidelines in oncology (NCCN guidelines): head and neck cancers. Fort Washington, PA: National Comprehensive Cancer Network. 2024.
2. **Pala M, Novakova P, Tesar A, et al.** Prognostic Factors and Long-Term Outcome Prediction in Patients with Hypopharyngeal Carcinoma Treated with (Chemo) radiotherapy: Development of a Prognostic Model. *Biomedicines*. 2025;13(2):417.
3. **Donnadieu J, Klopp-Dutote N, Biet-Hornstein A, et al.** Therapeutic management of pyriform sinus cancer: results of a single-center study of 122 patients. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*. 2017;156(3):498-503.
4. **Coskun HH, Medina JE, Robbins KT, et al.** Current philosophy in the surgical management of neck metastases for head and neck squamous cell carcinoma. *Head & neck*. 2015;37(6):915-926.
5. **Chen X, Xu J.** Clinical analysis of cervical lymph node metastasis of hypopharyngeal carcinoma. *Lin Chuang er bi yan hou tou Jing wai ke za zhi= Journal of Clinical Otorhinolaryngology, Head, and Neck Surgery*. 2011;25(19):891-894.
6. **Wu X, Xie Y, Zeng W, et al.** Development and validation of a diagnostic model for predicting cervical lymph node metastasis in laryngeal and hypopharyngeal carcinoma. *Frontiers in Oncology*. 2024;14:1330276.
7. **Ye LL, Rao J, Fan XW, et al.** The prognostic value of tumor depth for cervical lymph node metastasis in hypopharyngeal and supraglottic carcinomas. *Head & Neck*. 2019;41(7):2116-2122.