

sinh. Nếu kháng sinh bị ngưng sử dụng trong giai đoạn này hoặc giảm liều đột ngột thì chủng vi khuẩn kháng thuốc sẽ tiếp tục phát triển [7].

## V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ đáp ứng điều trị thành công của cả 2 nhóm phác đồ khá cao, nhóm EAL chiếm 85%, còn nhóm EBTM chiếm 91,7%. Tỷ lệ BN tuân thủ điều trị của 2 nhóm phác đồ là 92,5% trên tổng số và có liên quan mang ý nghĩa thống kê đến kết quả điều trị ( $p < 0,001$ ). Ngoài ra, tỷ lệ tác dụng phụ xuất hiện sau điều trị với 2 phác đồ cũng chiếm tỷ lệ khá cao 84,2% vì vậy việc tư vấn BN về tầm quan trọng của việc tuân thủ điều trị; giải thích và hướng dẫn bệnh nhân cách sử dụng thuốc, các tác dụng phụ để BN yên tâm điều trị; ưu tiên lựa chọn phác đồ EBTM nên được thực hiện ở những BN đã thất bại điều trị trước đó.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đình Cao Minh. (2013)**, Đánh giá đề kháng kháng sinh của *Helicobacter pylori* trên bệnh nhân viêm loét dạ dày - tá tràng đã tiệt trừ thất bại,

Luận án chuyên khoa cấp II, Đại học Y Dược TP.HCM.

2. **Đào Hữu Ngòi (2009)**, Hiệu quả của phác đồ Omeprazole+Amoxicillin +Levofloxacin so với Omeprazole+Amoxicillin+Clarithromycin trong điều trị tiệt trừ *Helicobacter pylori* ở bệnh nhân viêm loét dạ dày-tá tràng, Luận văn Thạc sĩ Y học., Đại học Y Dược.
3. **Trần Thiện Trung, et al. (2009)**, Hiệu quả của phác đồ đầu tay EAC và EAL trong tiệt trừ *Helicobacter pylori*. Y học thành phố Hồ Chí Minh;13: tr. 5-10.
4. **Nguyễn Thuý Vinh (2011)**, Nghiên cứu hiệu quả điều trị diệt *Helicobacter pylori* lần hai của phác đồ EAC và EBTM. Tạp chí Y học thực hành; 4(760): p. 23-25.
5. **Bago J, Pevec B, Tomić M, Marusić M, Bakula V, Bago P. (2009)**, Second-line treatment for *Helicobacter pylori* infection based on moxifloxacin triple therapy: a randomized controlled trial. Wien Klin Wochenschr;121(1-2):47-52.
6. **Jimmy, B. and J. Jose (2011)**, Patient medication adherence: measures in daily practice. Oman Med J; 26(3): p. 155-9.
7. **Namiot, D., et al. (2008)**, Smoking and drinking habits are important predictors of *Helicobacter pylori* eradication. Advances in medical sciences; 53(2): p. 310.

## CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN SINH THIẾT HẠCH LÍNH GÁC TRONG UNG THƯ DƯƠNG VẬT cN0 NGUY CƠ CAO

Phạm Đức Nhật Minh\*, Ngô Xuân Thái\*\*, Bùi Chí Việt\*\*\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** khảo sát các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ phát hiện HLG và tỷ lệ di căn HLG trên BN ung thư dương vật (UTDV) cN0 nguy cơ cao. **Đối tượng, phương pháp:** mô tả loạt ca 50 trường hợp carcinôm tế bào gai dương vật T2-4 cN0 hay Grad 3 được sinh thiết hạch lymphatic (STHLG) dưới hướng dẫn của Tc-99m và so sánh với tình trạng hạch bẹn sau khi nạo. **Kết quả:** Tỷ lệ nhận diện HLG là 94% theo vùng bẹn (100% theo bệnh nhân) và không liên quan đến tuổi, BMI, kiểu ăn lan của bướu, kích thước bướu, cT, hạch vùng sờ chạm trên lâm sàng, trình trạng nghi di căn hạch vùng trên lâm sàng hay siêu âm. Tỷ lệ di căn HLG là 10% số BN. Tình trạng di căn HLG liên quan có ý nghĩa thống kê với tuổi  $\leq 40$ , bướu ăn lan kiểu thẳng đứng, kích thước bướu  $\geq 5$ cm, xếp hạng lâm sàng yếu tố bướu cT3, hạch vùng nghi di căn trên lâm sàng hay trên siêu âm.

\*Bệnh viện Ung bướu

\*\*Đại học Y dược TP.HCM

\*\*\*Bệnh viện Xuyên Á

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Đức Nhật Minh

Email: pdnminh@yahoo.fr

Ngày nhận bài: 15.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023

Ngày duyệt bài: 23.5.2023

### SUMMARY

#### FACTORS AFFECTING SENTINAL LYMPH NODE BIOPSY IN HIGH RISK cN0 PENILE CANCER PATIENTS

**Objective:** To investigate the factors influencing the detection rate of sentinel lymph nodes (SLN) and the SLN metastasis rate in high-risk cN0 penile cancer patients. **Subjects and methods:** A series of 50 cases of T2-4 cN0 or Grade 3 penile squamous cell carcinoma were subjected to sentinel lymph node biopsy (SLNB) by Tc-99m. Results: The SLN detection rate was 94% by the groin area (100% by patient) and was not related to age, BMI, the growth pattern of the tumor, tumor size, cT, palpable lymph nodes on clinical examination, suspicion of lymph node metastasis on clinical examination, or ultrasound. The SLN metastasis rate was 10% of the total number of patients. The SLN metastasis was statistically significant with age  $\leq 40$ , vertical growth pattern of the tumor, tumor size  $\geq 5$  cm, cT3, suspicion of lymph node metastasis on clinical examination, or ultrasound.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong ung thư dương vật, việc xếp hạng lâm sàng hạch vùng thường khó khăn do độ chính xác không cao của các phương tiện chẩn đoán, nhất là lúc bệnh ở giai đoạn sớm<sup>1</sup>. Nếu nạo hạch

vùng thường quy thì dẫn tới việc điều trị quá tay do một số lượng đáng kể bệnh nhân không có hạch hay hạch chỉ bị phì đại. Trong khi đó, phẫu thuật này có nhiều biến chứng và di chứng mà bệnh nhân vẫn không được hưởng lợi ích sống còn.

Ngược lại, một tỷ lệ không nhỏ bệnh nhân dù không có hạch trên lâm sàng hay chẩn đoán hình ảnh vẫn bị di căn âm thầm nên nếu theo chiến lược "chờ và xem" thì lại bỏ sót hạch vùng bị di căn âm thầm, không điều trị và dẫn tới tiên lượng xấu. Chưa kể trong tình hình thực tế Việt Nam, nhiều bệnh nhân quay lại với tình trạng tái phát hạch dính khắn, vỡ loét ra da không thể phẫu thuật triệt để, ảnh hưởng trực tiếp đến tính mạng bệnh nhân.

Trong khi đó, sinh thiết hạch lách gác (STHLG) là kỹ thuật tương đối mới trong thực hành lâm sàng y khoa và đang trở thành tiêu chuẩn trong xử trí hạch vùng của căn bệnh này tại các trung tâm chuyên sâu<sup>2</sup>. Kỹ thuật này dựa trên giả thuyết tế bào bướu lan tràn tuần tự trong hệ thống bạch huyết. Không có tế bào bướu trong những hạch đầu tiên của đường dẫn lưu bạch huyết có nghĩa là không có gieo rắc tế bào bướu trong các hạch vùng. Hạch đầu tiên dẫn lưu bạch huyết từ bướu nguyên phát là hạch lách gác của vùng.

Có nhiều cách để phát hiện hạch lách gác và có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến độ chính xác của kỹ thuật, nên chúng tôi thực hiện nghiên cứu này và tham khảo y văn nhằm khảo sát các yếu tố liên quan đến kết quả sinh thiết hạch lách gác trong ung thư dương vật với các mục tiêu sau đây:

(1) Khảo sát mối liên quan giữa các yếu tố LS, CLS, bệnh học với tỷ lệ nhận diện HLG dưới hướng dẫn của Tc-99m trên BN UTDV cN0 nguy cơ cao.

(2) Khảo sát mối liên quan giữa các yếu tố LS, CLS, bệnh học với tỷ lệ di căn HLG dưới hướng dẫn của Tc-99m trên BN UTDV cN0 nguy cơ cao.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng:

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** BN UTDV chưa điều trị đặc hiệu, được xác định bằng giải phẫu bệnh là Carcinôm tế bào gai xâm lấn, có giai đoạn cN0 nguy cơ cao (T2-4 hay Grad 3), đồng ý tham gia nghiên cứu nhập viện tại bệnh viện Ung bướu từ 01/01/2018 cho đến khi đủ mẫu.

Định nghĩa cN0:

- Khám lâm sàng và siêu âm không có hạch bẹn.
- Hoặc khám lâm sàng có hạch bẹn kết hợp siêu âm không nghi ngờ di căn.

- Hoặc lâm sàng hay/và siêu âm nghi ngờ di căn hạch bẹn nhưng FNA dưới hướng dẫn siêu âm không có bằng chứng di căn.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** - BN có bằng chứng giải phẫu bệnh di căn hạch vùng trước phẫu thuật.

- BN có di căn xa.
- BN đã được điều trị bệnh lý ung thư bất kỳ trước đó.

- BN có phẫu thuật hay xạ trị trước ở bẹn.
- BN có tiền căn dị ứng với thuốc Tc-99m nanocolloid.

- BN có chống chỉ định phẫu thuật.

### 2. Phương pháp nghiên cứu:

- Tiền cứu, báo cáo loạt ca.
- Cỡ mẫu: được tính theo công thức

$$n \geq \frac{C^2 \cdot f(1-f)}{\epsilon^2}$$

- Theo tác giả Leijte<sup>3</sup>, tỷ lệ phát nhận diện HLG là 97% (f = 0,97).

- Sai số cho phép là 5% (ε = 0,05).

- n ≥ 44,7. Chúng tôi chọn 50 BN

### 3. Quy trình lựa chọn bệnh:

- BN thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh, được giải thích tình trạng bệnh lý và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- BN được khám lâm sàng đánh giá tình trạng hạch vùng, làm các xét nghiệm tiền phẫu thường quy kèm siêu âm hạch bẹn hai bên bởi chuyên gia siêu âm.

- Nếu có hạch bẹn nghi ngờ di căn trên lâm sàng hay siêu âm thì thực hiện FNA dưới hướng dẫn siêu âm.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán nghi ngờ di căn hạch vùng trên lâm sàng khi có 1 hay nhiều yếu tố: kích thước ≥ 3cm, tròn, sưng, kém di động.

- Tiêu chuẩn siêu âm nghi ngờ hạch bẹn di căn: FNA có chỉ định khi có 1 hay nhiều yếu tố sau đây: tròn (trục ngắn/trục dài < 2), mất rốn hạch, hoại tử, bất thường tưới máu khi dùng Doppler.

- Nếu FNA (+) sẽ được NHB tận gốc và loại trừ khỏi nghiên cứu.

- Vẽ bản đồ bạch huyết với xạ hình mạch lymphô kết hợp đầu dò phóng xạ cầm tay, thực hiện vào buổi chiều trước ngày phẫu thuật tại khoa Y học hạt nhân.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán hạch nóng: phát tín hiệu âm thanh, vùng tăng hấp thu được chất phóng xạ cách rời chỗ tiêm, có số đếm ít nhất là 25 trong tối thiểu 10 giây, tỷ lệ số đếm HLG với số đếm hạch khác là trên 10.

- Kỹ thuật phẫu thuật STHLG kết hợp sử dụng đầu dò phóng xạ cầm tay được tiến hành trước khi điều trị bướu nguyên phát, qua đường mổ

nhỏ vùng ben, cắt lạnh khảo sát vi di căn và do 2 phẫu thuật viên có kinh nghiệm thực hiện, đánh giá tiêu chuẩn kỹ thuật từng ca.

• Sau đó phẫu thuật NHB 2 bên. Tất cả hạch vùng 2 bên được phẫu thuật viên cắt lọc, gởi giải phẫu bệnh khảo sát vi di căn ± hóa mô miễn dịch để làm đối chứng.

**5. Tiêu chuẩn đánh giá:**

5.1. Tỷ lệ nhận diện HLG: (tỷ lệ thành công lập bản đồ bạch huyết)

- Thất bại kỹ thuật: không ghi nhận được hạch nóng trên xạ hình mạch lymphô sau 120 phút tiêm chất phóng xạ và không phát hiện được hạch nhiễm phóng xạ bằng đầu dò cầm tay trong phẫu thuật.

- Tỷ lệ nhận diện HLG theo BN là số bệnh nhân phát hiện được hạch lymphô (1 bên ben hay 2 bên ben) trên số BN áp dụng.

- Tỷ lệ nhận diện HLG theo vùng ben là số vùng ben phát hiện được HLG trên số vùng ben của bệnh nhân áp dụng (một bệnh nhân có 2 vùng ben).

5.2. Tỷ lệ di căn hạch lymphô (sau cắt lạnh hoặc sau nhuộm HE ± hóa mô miễn dịch) tính theo bệnh nhân: số BN có ít nhất 1 HLG di căn ở một bên ben hay hai bên ben trên số BN áp dụng.

5.3. Thống kê phân tích: phép kiểm Fisher exact Test để so sánh các đặc điểm định tính giữa hai nhóm với p = 0,05 được chọn là có ý nghĩa thống kê, độ tin cậy 95%

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Trong khoảng thời gian nghiên cứu, có 50 trường hợp thỏa mãn điều kiện được nhận vào nghiên cứu

**1. Đặc điểm nhóm BN khảo sát**

- Độ tuổi trung bình 54,1 ± 12,9 tuổi, nhỏ nhất 29 tuổi, lớn nhất 88 tuổi. 12% BN trẻ ≤40 tuổi, 74% có hẹp da quy đầu, 20% thừa cân.

- Kích thước bướu trung bình: 3,9 ± 1,2cm (nhỏ nhất 2cm, lớn nhất 6 cm), 36% có bướu ≥ 5cm, 32% bướu có kiểu ăn lan thẳng đứng.

- 70% BN có hạch ben sờ chạm trên lâm sàng với kích thước trung bình: 1,3 ± 0.4cm (nhỏ nhất 1cm, lớn nhất 2,5cm). Không trường hợp nào sờ chạm hạch chấu.

- 98% BN có hạch ben 2 bên trên siêu âm.

**Bảng 1: Hạch ben trên lâm sàng và trên siêu âm**

Hạch ben	Số ben (Tỷ lệ)	Số BN (Tỷ lệ)
<b>Hạch ben / lâm sàng</b>		
Nghi di căn	17 (17%)	12 (24%)
Không nghi di căn	83 (83%)	38 (76%)

<b>Hạch ben/ siêu âm</b>		
Nghi di căn	30 (30%)	20 (40%)
Không nghi di căn	57 (57%)	21 (42%)
Không điển hình	13 (13%)	9 (18%)
<b>Yếu tố bướu</b>		
T1		0 (0%)
T2		32 (64%)
T3		18 (36%)
T4		0 (0%)
<b>Grad bướu</b>		
G1		45 (90%)
G2		5 (10%)
G3		0 (0%)
<b>Tổng</b>	<b>100 (100%)</b>	<b>50 (100%)</b>

**2. Đặc điểm HLG**

-100% BN đều phát hiện được hạch nóng trên xạ hình mạch lymphô với 88% có hạch nóng ở cả 2 bên ben, 12% có hạch nóng 1 bên ben. Do đó, tỷ lệ nhận diện hạch nóng theo BN là 100%, theo vùng ben là 94%.

-Trung bình mỗi vùng ben có 1,25 hạch nóng phát hiện được trên SPECT nhưng có 1,55 HLG sinh thiết được ngày PT

-Kích thước HLG trung bình: 12,6 ± 3,5 mm (nhỏ nhất: 5 mm, lớn nhất: 25 mm)

**Bảng 2: Kết quả giải phẫu bệnh HLG sau nhuộm HE**

Nhuộm HE	HLG (Tỷ lệ %)	Vùng ben (Tỷ lệ %)	BN (Tỷ lệ %)
Hạch viêm	148 (95,5%)	94 ben (94%)	45 BN (90%)
Di căn hạch	6 (3,9%)	6 ben (6%)	5 BN * (10%)
Hạch viêm hoại tử do lao	1 (0,7%)	0 ben * (0%)	0 BN * (0%)
<b>Tổng</b>	<b>155 (100%)</b>	<b>100 ben (100%)</b>	<b>50 BN (100%)</b>

**Ghi chú \*:** có 01 BN có di căn HLG 2 bên ben, 01 HLG là hạch viêm hoại tử do lao trên BN có di căn HLG.

**Bảng 3: Các yếu tố liên quan đến phát hiện hạch lymphô**

Yếu tố	Giá trị p*
Nhóm tuổi (≤ 40 tuổi, > 40 tuổi)	0,46
Thừa cân – béo phì (Không, Có)	0,66
Kích thước bướu (< 5 cm, ≥ 5 cm)	0,37
Kiểu ăn lan bướu (Lan bề mặt, Lan thẳng đứng)	0,63
Grad mô học (Grad 1, Grad 2)	0,48
Xếp hạng lâm sàng T (cT2, cT3)	0,59
Hạch sờ chạm LS (Có, Không)	0,59
Hạch LS nghi di căn (Có, Không)	0,32

Hạch SA nghi di căn/ không điển hình (Có, Không)	0,52
--	------

**Bảng 4: Các yếu tố liên quan đến di căn hạch lymphatic**

Yếu tố	Giá trị p *
Nhóm tuổi ( $\leq 40$ tuổi, $> 40$ tuổi)	0,022
Thừa cân – béo phì (Có, Không)	0,25
Kích thước ( $< 5$ cm, $\geq 5$ cm)	0,022
Kiểu ăn lan bướu (Lan bề mặt, Lan thẳng đứng)	0,012
Grad mô học (Grad 1, Grad 2)	0,109
Xếp hạng lâm sàng T (cT2, cT3)	0,002
Hạch LS sờ chạm (Có, Không)	0,11
Hạch LS nghi di căn (Có, Không)	0,001
Hạch SA nghi di căn/ không điển hình (Có, Không)	0,005

(\*): Fisher's Exact Test

#### IV. BÀN LUẬN

**1. Tỷ lệ phát hiện HLG.** Trong NC này, tỷ lệ phát hiện HLG là 100% theo BN và 94% theo vùng ben, tương tự như các nghiên cứu khác trên thế giới như Lee<sup>4</sup> 100%, Leijte<sup>3</sup> 89,7%.

Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi, tình trạng thừa cân, kích thước bướu, kiểu ăn lan, grad mô học, xếp hạng lâm sàng bướu và hạch, hạch sờ chạm trên lâm sàng, tình trạng nghi di căn hạch trên lâm sàng hay siêu âm với tỷ lệ phát hiện HLG.

Trên BN béo phì, hồ ben nhiều mỡ, có thể khó khăn trong việc tìm hạch gác trong mỡ, tuy nhiên đầu dò phóng xạ cầm tay sử dụng trong lúc phẫu thuật rất nhạy, dù vùng ben có nhiều mỡ cũng không gặp khó khăn trong việc xác định HLG. Qua bảng 3,4, tình trạng thừa cân không liên quan đến tỷ lệ phát hiện HLG ( $p=0,66$ ), lẫn tình trạng di căn HLG ( $p=0,25$ ).

Theo y văn, tỷ lệ nhận diện hạch nóng phụ thuộc vào đặc điểm chất đồng vị phóng xạ như kích thước, thể tích, liều phóng xạ.

**\*Về kích thước:** chất đồng vị lý tưởng là chất đủ nhỏ để đi vào đường bạch huyết dễ dàng nhưng đồng thời cũng phải đủ lớn để hạch bạch huyết bắt lấy, nhận diện được trong lúc phẫu thuật. Nhiều dược chất phóng xạ được dùng để tiêm như Tc-99m Colloidal Albumin nhưng Tc-99m Sulfur Colloid thường được ưa chuộng tại Mỹ trong đó loại chưa lọc (phân tử Colloid kích thước lớn 10 – 200 micromet) tốt hơn Tc-99m Sulfur Colloid đã lọc. NC này sử dụng Tc-99m cùng chất gắn kết là Senti-scint (Sulfur nano sized Colloid, kích thước phân tử khoảng 100nm) nên phù hợp với các NC trên thế giới.

**\*Về thể tích:** Theo Linehan, tiêm dược chất phóng xạ thể tích lớn (3 – 8 ml) có liên quan đến tăng tỷ lệ phát hiện HLG trong ung thư vú, tuy nhiên chúng tôi không tìm thấy báo cáo nào về mối liên quan này trong UTDV. Nghiên cứu của chúng tôi dùng 1ml dung dịch dược chất phóng xạ, phù hợp với hầu hết các tác giả khác.

**\*Về liều phóng xạ:** liều tiêm Tc-99m Sulfur Colloid là 0,5 mCi nếu thực hiện cùng ngày phẫu thuật và là 2-2,5 mCi nếu trước phẫu thuật 01 ngày. Trong NC này, dược chất phóng xạ được tiêm 1 ngày trước phẫu thuật với liều 2mCi, tương tự các tác giả khác.

Ngoài ra, theo y văn, tỷ lệ nhận diện HLG còn tùy thuộc vào đặc điểm chất nhận diện

**\*Chất nhuộm xanh:** tùy thuộc nhiều vào kinh nghiệm phẫu thuật viên để nhận biết, định vị, và sinh thiết. Thường dùng Xanh Methylen (Tetramethylthionine Chloride, thải qua nước tiểu, có nguy cơ gây hoại tử da, chưa được FDA công nhận) hay Isosulphan Blue (Patent Blue, an toàn hơn nhưng chi phí cao). Nhận diện HLG 59,6%.

**\*Chất đồng vị phóng xạ:** Thường dùng Tc-99m, thời gian bán hủy khoảng 6h. Cần công cụ để phát hiện tia gamma (SPECT, đầu dò phóng xạ cầm tay, có độ xuyên thấu cao, cho phép sử dụng ở các mô có độ sâu, đậm độ, màu sắc khác nhau). Nhận diện HLG 96,2%.

**\*Indocyanine green (ICG):** Cần sử dụng đầu dò hình ảnh cận hồng ngoại. Nhận diện HLG 88,5%.

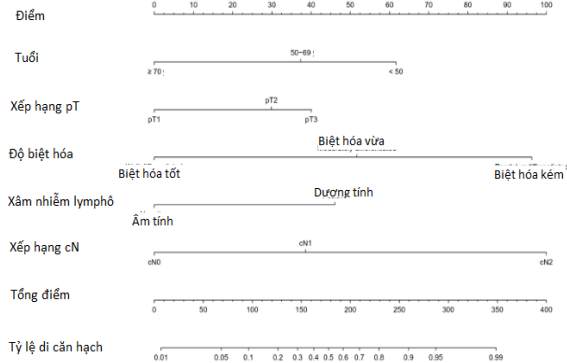
Thời gian gần đây, một số tác giả đề xuất kết hợp tiêm chất nhuộm xanh trong lúc phẫu thuật cùng lúc dùng đầu dò phóng xạ cầm tay giúp tăng tỷ lệ nhận diện HLG.

**2. Tỷ lệ di căn HLG.** Theo Elversang, độ nhạy cao (âm tính giả thấp) của STHLG là yếu tố rất quan trọng quyết định sự thành công của kỹ thuật. Độ nhạy tùy thuộc không chỉ vào kinh nghiệm tiêm, phẫu thuật sinh thiết... được tích lũy nhiều năm của các trung tâm chuyên sâu mà còn vào việc xử trí mô bệnh học. Cần thiết phải khảo sát vi di căn với các lát cắt 200 – 250 micromet kèm hóa mô miễn dịch khi cần giúp phát hiện vi di căn trong 10 – 30% các hạch không di căn qua nhuộm mô bệnh học thường quy.

Trong NC này, 10% BN có di căn HLG. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Schubert<sup>5</sup> là 15,6% hay của Lam<sup>6</sup> là 22,3%. Điều này là do nghiên cứu của Schubert, không thực hiện siêu âm ben và FNA dưới hướng dẫn siêu âm thường quy khi có hạch nghi ngờ. Còn nghiên cứu của Lam thì những trường hợp FNA HLG (+) được tính chung trong tỷ lệ di căn HLG, trong khi NC

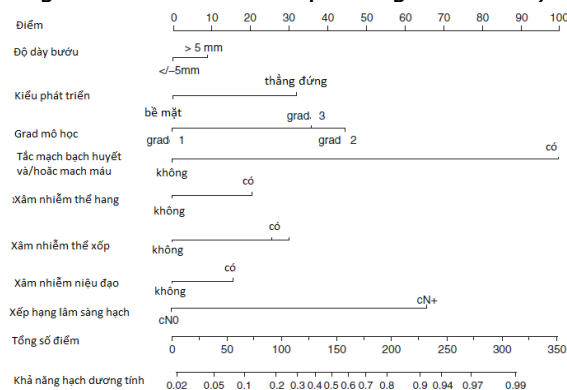
của chúng tôi đã loại bỏ ngay từ đầu những trường hợp có bằng chứng di căn hạch trên giải phẫu bệnh.

Qua bảng 4, tình trạng di căn HLG liên quan có ý nghĩa thống kê với tuổi  $\leq 40$  tuổi, kích thước bướu  $\geq 5$  cm, kiểu ăn lan thẳng đứng, bướu xếp hạng T3, hạch nghi di căn trên lâm sàng và hạch nghi di căn trên siêu âm. Điều này tương tự như toán đồ về nguy cơ di căn hạch bệnh từ dữ liệu SEER của Shao <sup>7</sup> và toán đồ của Ficarra - Kattan <sup>8</sup>. Tuy nhiên, chúng tôi không tìm thấy mối liên quan của độ biệt hóa bướu với tình trạng di căn HLG như trong toán đồ của Shao. Có thể do mẫu NC của chúng tôi không gặp trường hợp nào grad 3 biệt hóa kém, tương tự, cũng không có BN nào xâm nhiễm/ tắc mạch máu, lymphô.



**Hình 1:** Toán đồ tiên lượng di căn hạch trên BN cN0-2 carcinôm DV của Shao <sup>7</sup>

Ngược lại, chúng tôi tìm thấy mối liên quan giữa tình trạng nghi di căn hạch trên siêu âm đến di căn HLG, yếu tố không có trong toán đồ. Siêu âm có thể giúp phát hiện thay đổi cấu trúc của hạch (tỷ lệ đường kính dọc/ngang  $< 2$ , mất rõ hạch, vỏ hạch dày, lệch tâm, hạch hoại tử, tăng tưới máu trước khi hạch tăng kích thước).



**Hình 2:** Toán đồ Ficarra và Kattan - Tiên lượng di căn hạch trong UTDV <sup>8</sup>

**V. KẾT LUẬN**

1/Tỷ lệ nhận diện HLG là 100% số BN và 94% số ben.

Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi, tình trạng thừa cân, kích thước bướu, kiểu ăn lan, grad mô học, xếp hạng lâm sàng bướu và hạch, hạch sờ chạm trên lâm sàng, tình trạng nghi di căn hạch trên lâm sàng hay siêu âm với tỷ lệ nhận diện HLG.

2/Tỷ lệ di căn HLG là 10% số BN.

Tình trạng di căn HLG liên quan có ý nghĩa thống kê với tuổi  $\leq 40$  tuổi, kích thước bướu  $\geq 5$  cm, kiểu ăn lan thẳng đứng, bướu xếp hạng T3, hạch nghi di căn trên lâm sàng và hạch nghi di căn trên siêu âm

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- Azizi M, Chipollini J, Peyton CC, Cheriyan SK, Spiess PE.** Current controversies and developments on the role of lymphadenectomy for penile cancer. Urologic oncology. Mar 2019;37(3):201-208.
- Hakenberg. OW CE, Minhas. S., EAU Guidelines on Penile Cancer.** European Association of Urology. 2022. Updated 2022. 2023. <https://uroweb.org/guidelines/penile-cancer>
- Leijte JA, Kroon BK, Valdes Olmos RA, Nieweg OE, Horenblas S.** Reliability and safety of current dynamic sentinel node biopsy for penile carcinoma. Eur Urol. Jul 2007;52(1):170-7. doi:10.1016/j.eururo.2007.01.107
- Lee EWC, Issa A, Oliveira P, et al.** High diagnostic accuracy of inguinal ultrasonography and fine-needle aspiration followed by dynamic sentinel lymph node biopsy in men with impalpable and palpable inguinal lymph nodes. BJU international. Sep 2022;130(3):331-336. doi:10.1111/bju.15700
- Schubert T, Uphoff J, Henke RP, Wawroschek F, Winter A.** Reliability of radioisotope-guided sentinel lymph node biopsy in penile cancer: verification in consideration of the European guidelines. BMC urology. Sep 28 2015;15:98. doi:10.1186/s12894-015-0093-7
- Lam W, Alnajjar HM, La-Touche S, et al.** Dynamic sentinel lymph node biopsy in patients with invasive squamous cell carcinoma of the penis: a prospective study of the long-term outcome of 500 inguinal basins assessed at a single institution. Eur Urol. Apr 2013;63(4):657-63. doi:10.1016/j.eururo.2012.10.035
- Ren S, Shao Y, Bao Y, Li X.** Prediction of survival in patients with penile cancer after lymph node dissection. Asian journal of surgery. Sep 2022;45(9):1700-1702. doi:10.1016/j.asjsur.2022.01.025
- Kattan MW, Ficarra V, Artibani W.** GUONE Penile Cancer Project Members. Nomogram predictive of cancer specific survival in patients undergoing partial or total amputation for squamous cell carcinoma of the penis. The Journal of urology. 2006;175(6):2103-8.