

túi tuyến và carcinôm tuyến đa dạng grad thấp là hai phân nhóm có biểu hiện Ki-67 thấp nhất.

Nghiên cứu của chúng tôi còn một số hạn chế: Cỡ mẫu nghiên cứu cho từng nhóm mô bệnh học ung thư TNB tương đối nhỏ nên khó đánh giá được sự khác biệt biểu hiện của Ki-67 trên từng nhóm. Thiết kế của nghiên cứu là hồi cứu cắt ngang nên không giúp xác định Ki-67 có phải là một yếu tố độc lập giúp tiên lượng ung thư TNB hay không.

V. KẾT LUẬN

Biểu hiện Ki-67 là yếu tố giúp đánh giá mức độ ác tính, tiến triển và tiên lượng trong ung thư TNB. Ki-67 biểu hiện mạnh trên các bướu T4. Vì vậy, với những trường hợp bướu có kích thước nhỏ chưa đánh giá được mức độ xâm lấn trên vi thể, Ki-67 có thể được dùng để khảo sát mức độ ác tính của bướu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ben-Izhak O., Akrish S., Nagler R. M. (2008), "Ki-67 and salivary cancer", *Cancer Invest*, Vol.26(10), pp.1015-23.
2. Bussari S., et al. (2018), "Immunohistochemical Detection of Proliferative Marker Ki-67 in Benign and Malignant Salivary Gland Tumors", *J Contemp Dent Pract*, Vol.19(4), pp.375-383.
3. John K. C. C. (2017), WHO Classification of Head and Neck Tumours, International Agency for Research on Cancer, 4th Edition, pp.347.
4. Kaza Suma, et al. (2016), "Ki-67 Index in Salivary Gland Neoplasms", Vol.66, pp.1-71.
5. Larsen S. R., et al. (2012), "Prognostic significance of Ki-67 in salivary gland carcinomas", *J Oral Pathol Med*, Vol.41(8), pp.598-602.
6. Park S., et al. (2016), "VEGF and Ki-67 Overexpression in Predicting Poor Overall Survival in Adenoid Cystic Carcinoma", *Cancer Res Treat*, Vol.48(2), pp.518-26.
7. Parkin D. M., et al. (2002), *Cancer Incidence in Five Continents*, International Agency for Research on Cancer, France, pp.781.
8. To V. S., et al. (2012), "Review of salivary gland neoplasms", *ISRN Otolaryngol*, Vol.2012, pp.872982.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, GIẢI PHẪU BỆNH VÀ DI CĂN HẠCH GIẢI PHẪU BỆNH CỦA UNG THƯ TẾ BÀO GAI HỐC MIỆNG

Trương Hải Ninh¹, Nguyễn Thị Hồng², Đặng Huy Quốc Thịnh³, Thái Thanh Trúc¹

TÓM TẮT

Mục tiêu. Xác định các đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh của ung thư tế bào gai hốc miệng (UTHM) và phân tích mối liên quan giữa tình trạng di căn hạch giải phẫu bệnh với các đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh của UTHM. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả và phân tích trên 157 trường hợp UTHM về các đặc điểm lâm sàng và giải phẫu bệnh trước và sau phẫu thuật. **Kết quả:** UTHM gặp ở nam nhiều hơn nữ. Mặc dù lưỡi vẫn là vị trí phổ biến nhất nhưng vị trí xảy ra ung thư khác nhau giữa nam và nữ ($p < 0,001$). Đa số (73,9%) phát hiện ở giai đoạn trễ. Tỷ lệ di căn hạch giải phẫu bệnh là 56,3%, cao hơn tỷ lệ di căn hạch lâm sàng (38,9%) và có liên quan nhau ($p < 0,001$). Di căn hạch giải phẫu bệnh liên quan với grade mô học ($p < 0,001$), độ sừng hóa ($p = 0,013$), dị dạng nhân ($p = 0,019$), chỉ số phân bào ($p = 0,017$), kiểu xâm lấn ($p = 0,006$) và độ xâm lấn ($p = 0,043$). Bướu grad 2-3 và kiểu xâm lấn nhóm nhỏ dưới 15 tế bào cho nguy cơ di căn hạch cao nhất, gặp

3,4 đến 3,8 lần. **Kết luận:** Ngoài di căn hạch lâm sàng, các yếu tố giải phẫu bệnh bao gồm grade mô học, độ sừng hóa, dị dạng nhân, phân bào, kiểu xâm lấn và độ xâm lấn có thể là những yếu tố gợi ý cho tình trạng di căn hạch giải phẫu bệnh của UTHM. **Từ khóa:** Ung thư tế bào gai hốc miệng, đặc điểm lâm sàng giải phẫu bệnh, di căn hạch giải phẫu bệnh.

SUMMARY

CLINICOPATHOLOGICAL FEATURES AND METASTATIC LYMPH NODE INVOLVEMENT IN ORAL SQUAMOUS CELL CARCINOMA

Objective: To identify the clinicopathological features of oral cavity squamous cell carcinomas (OSCCs) and investigate association between lymph node metastasis and clinicopathological parameters in oral cavity squamous cell carcinoma (OSCC). **Methods:** A cross-sectional descriptive and analytical study was conducted. A sample of 157 patients with primary OSCC was examined, recording their clinical characteristics and histopathological features before and after surgery. **Results:** OSCC was more prevalent in males with a male-to-female ratio of 3,6:1. The distribution of cancer locations differed between males and females ($p < 0,001$), with the tongue being the most common site in both genders. Most patients (73,9%) suffered diagnosis at late stages (III-IV). The rate of histopathological lymph node metastases was higher (56,3%) compared to the rate of clinical lymph

¹Trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

³Bệnh viện Ung Bướu TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trương Hải Ninh

Email: thninh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2024

Ngày duyệt bài: 5.3.2024

node metastases (38.9%). Histopathological lymph node metastasis is significantly associated with clinical lymph node metastases ($p < 0,001$), histological grade ($p < 0,001$), degree of keratinization ($p = 0,013$), nuclear polymorphism ($p = 0,019$), number of mitosis ($p = 0,017$), pattern of invasion ($p = 0,006$) and stage of invasion ($p = 0,043$). **Conclusion:** Current preoperative diagnostic methods for lymph node metastasis cannot entirely detect all cases with microscopic involvement. Histological grade, nuclear polymorphism, pattern and stage of invasion may indicate the presence of histopathological lymph node involvement in OSCC.

Keywords: Oral cavity squamous cell carcinoma, histopathological lymph node metastasis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư hốc miệng là loại bướu ác tính phổ biến thứ 16 trên toàn thế giới, với 377.713 trường hợp mới mắc vào năm 2020, chiếm tỉ lệ 2,1% tổng số ca ung thư¹. Tại Việt Nam, năm 2020, UTHM xếp thứ 17, có khoảng 2.152 trường hợp mới mắc chiếm tỉ lệ 1,2%; 1.099 ca tử vong mới chiếm 0,9% tổng số ca tử vong do ung thư¹. Đa số UTHM (hơn 90%) là ung thư biểu mô (carcinôm) tế bào gai. Di căn hạch cổ chiếm tỉ lệ khoảng 45% và là một yếu tố tiên lượng độc lập trong UTHM^{6,8}. Tuy nhiên, cơ chế của di căn hạch trong UTHM vẫn chưa rõ ràng. Phẫu thuật nạo hạch cổ tận gốc được thực hiện cùng với phẫu thuật bướu nguyên phát ở đa số bệnh nhân UTHM và xạ trị bổ túc nếu đã có di căn⁸. Việc đánh giá chính xác di căn hạch là rất quan trọng để điều trị ung thư thành công. Để xem xét các yếu tố gợi ý chẩn đoán tình trạng di căn hạch ở mức độ vi thể và tìm hiểu bản chất của quá trình này, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm các mục tiêu sau: (1) Xác định các đặc điểm lâm sàng và giải phẫu bệnh của UTHM; (2) phân tích mối liên quan giữa tình trạng di căn hạch giải phẫu bệnh với các đặc điểm lâm sàng của UTHM; (3) phân tích mối liên quan giữa tình trạng di căn hạch giải phẫu bệnh với các đặc điểm giải phẫu bệnh của UTHM.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Mẫu nghiên cứu gồm 157 bệnh nhân UTHM đến khám và điều trị tại Bệnh viện Ung Bướu thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 01/2016 đến 31/12/2017.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: khi có đủ các yếu tố sau:

- Có hồ sơ bệnh án đầy đủ với chẩn đoán lâm sàng và giải phẫu bệnh là carcinôm tế bào gai nguyên phát ở hốc miệng.
- Mẫu mô bệnh phẩm sinh thiết hoặc bệnh phẩm mổ đã vùi nắn có đủ thành phần khảo sát.

Tiêu chí loại trừ:

- Ung thư nơi khác lan đến hay di căn đến hốc miệng.
- Ung thư đã phẫu thuật, xạ trị hoặc hóa trị trước đó.

Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu cắt ngang, mô tả và phân tích.

Quy trình nghiên cứu:

- Thu thập mẫu nghiên cứu, ghi nhận các dữ liệu lâm sàng trong hồ sơ bệnh án. Giai đoạn TNM được ghi nhận theo phiên bản AJCC 7.

- Cắt lát mẫu mô bệnh phẩm đã vùi nắn, nhuộm HE, khảo sát mô bệnh học đánh giá grade (độ ác tính) mô học theo phân loại của Anneroth 1987⁷. Kết quả dựa trên sự đồng thuận của 2 bác sĩ giải phẫu bệnh không biết các yếu tố lâm sàng của mẫu nghiên cứu.

- Nhập và phân tích dữ liệu bằng phần mềm Excel và SPSS 25.0. Liên quan có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm lâm sàng của UTHM và mối liên quan với di căn hạch giải phẫu bệnh (GPB). Nghiên cứu thu thập được 157 trường hợp UTHM; trong số đó có 128 trường hợp (81,5%) được điều trị phẫu thuật, đơn thuần hay kết hợp xạ trị sau mổ, cho kết quả giải phẫu bệnh về bướu nguyên phát và hạch cổ.

UTHM gặp ở nam (78,3%) nhiều hơn nữ (21,7%), với tỉ số nam:nữ là 3,6:1. Đa số ung thư ở người từ 40 tuổi trở lên, chiếm tỉ lệ 86,6%, sớm nhất 21 tuổi và lớn nhất 82 tuổi. Trong nhóm dưới 40 tuổi, tỉ số nam:nữ là 1,6:1; trong khi nhóm trên 40 tuổi là 4,2:1. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,082$).

Vị trí ung thư khác nhau giữa nam và nữ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) (Bảng 1). Mặc dù lưỡi là vị trí phổ biến nhất ở cả hai giới (nam 56,1%; nữ 61,8%) nhưng vị trí phổ biến kế tiếp đối với nam lần lượt là sàn miệng (25,2%), nướu răng (13,8%), niêm mạc má (2,4%) và hậu hàm (2,4%); trong khi đó ở nữ là nướu răng (23,5%) và niêm mạc má (14,7%), không gặp ung thư sàn miệng.

Nhìn chung, đa số UTHM được phát hiện ở giai đoạn trễ (III và IV) chiếm 73,9%; giai đoạn sớm (I và II) chỉ chiếm 26,1%. Tỉ lệ ung thư giai đoạn trễ ở nhóm trên 40 tuổi (77,2%) cao hơn ở nhóm dưới 40 tuổi (52,4%) có ý nghĩa thống kê ($p = 0,020$). Xét về từng vị trí, tỉ lệ giai đoạn trễ cao hơn giai đoạn sớm ở tất cả các vị trí của UTHM ($p = 0,002$).

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của UTH

	Tổng n (%)	Giới tính		p	Giai đoạn lâm sàng		p
		Nam	Nữ		I + II	III + IV	
Tuổi				0,083 ^b			0,020^a
< 40	21 (13,4)	13 (10,6)	8 (23,5)		10 (47,6)	111 (52,4)	
≥ 40	136 (86,6)	110 (89,4)	26 (76,5)		31 (22,8)	105 (77,2)	
Vị trí				<0,001^b			0,002^b
Lưỡi	90 (57,3)	69 (56,1)	21 (61,8)		29 (32,2)	61 (67,8)	
Sàn miệng	31 (19,7)	31 (25,2)	0 (0,0)		10 (32,3)	21 (67,7)	
Nướu răng	25 (15,9)	17 (13,8)	8 (23,5)		0 (0)	25 (100,0)	
N. mạc má	8 (5,1)	3 (2,4)	5 (14,7)		1 (12,5)	7 (87,5)	
Hậu hàm	3 (1,9)	3 (2,4)	0 (0,0)		1 (33,3)	2 (66,7)	
Tổng	157 (100)	123 (78,3)	34 (21,7)		41 (26,1)	116 (73,9)	

^a: Kiểm định Chi bình phương;

^b: Kiểm định chính xác Fisher

Tỉ lệ di căn hạch phát hiện trên lâm sàng và các phương tiện chẩn đoán hình ảnh trước khi điều trị là 38,9%, có liên quan với kích thước bướu nguyên phát (p=0,019). Tỉ lệ di căn hạch lâm sàng (cN1,2,3) tăng dần từ 14,3% đến 58,5% khi kích thước bướu nguyên phát tăng dần từ cT1 đến cT4 (Bảng 2).

Trong tổng số 128 ca UTHM phẫu thuật có giải phẫu bệnh hạch cổ, có 92 ca (72,9%) trùng khớp chẩn đoán lâm sàng và vi thể hạch cổ bao gồm 53 ca chẩn đoán không di căn hạch và 39 ca chẩn đoán có di căn hạch cho kết quả độ

tương hợp chẩn đoán lâm sàng và giải phẫu bệnh hạch cổ trong UTHM là 72,9%. Tuy nhiên, trong số 86 ca chẩn đoán lâm sàng không di căn hạch có tới 33 ca (38,4%) di căn hạch GPB. Chỉ có 3 ca chẩn đoán lâm sàng di căn hạch nhưng không có bằng chứng di căn hạch trên vi thể. Sự khác biệt trong chẩn đoán giữa di căn hạch lâm sàng và di căn hạch GPB có ý nghĩa thống kê (p<0,001).

Tỉ lệ di căn hạch GPB dựa trên chẩn đoán giải phẫu bệnh của bệnh phẩm mổ là 56,3%, cao hơn so với tỉ lệ di căn hạch lâm sàng (38,9%) và không liên quan với kích thước bướu (p=0,201).

Bảng 2: Liên quan giữa di căn hạch cổ với các đặc điểm lâm sàng của UTHM

UTHM	Tổng n (%)	Di căn hạch lâm sàng		p	Tổng n (%)	Di căn hạch GPB		p
		cN1,2,3	cN0			pN1,2,3	pN0	
Tuổi				0,055 ^a				0,804 ^a
< 40	21 (13,4)	4 (19,0)	17 (81,0)		19 (14,8)	10 (52,6)	9 (47,4)	
≥ 40	136 (86,6)	57 (41,9)	79 (58,1)		109 (85,2)	62 (56,9)	47 (43,1)	
Giới tính				0,094 ^a				0,058 ^a
Nam	123 (78,3)	52 (42,3)	71 (57,7)		98 (76,6)	60 (61,2)	38 (38,8)	
Nữ	34 (21,7)	9 (26,5)	26 (73,5)		30 (23,4)	12 (40,0)	18 (60,0)	
Vị trí				0,355 ^b				0,882 ^b
Lưỡi	90 (57,3)	31 (34,4)	59 (65,6)		75 (58,6)	44 (58,7)	31 (41,3)	
Sàn miệng	31 (19,6)	13 (41,9)	18 (58,1)		24 (18,8)	14 (58,3)	10 (41,7)	
Nướu răng	25 (15,9)	13 (52,0)	12 (48,0)		20 (15,6)	10 (50,0)	10 (50,0)	
N. mạc má	8 (5,1)	2 (25,0)	6 (75,0)		7 (5,5)	3 (42,9)	4 (57,1)	
Hậu hàm	3 (1,9)	2 (66,7)	1 (33,3)		2 (1,6)	1 (50,0)	1 (50,0)	
Bướu nguyên phát (cT)								0,201 ^b
cT1	7 (4,5)	1 (14,3)	6 (85,7)		7 (5,5)	3 (42,9)	4 (57,1)	
cT2	57 (36,3)	18 (31,6)	39 (68,4)		52 (40,6)	35 (67,3)	17 (32,7)	
cT3	52 (33,1)	18 (34,6)	34 (65,4)		43 (33,6)	21 (48,8)	22 (51,2)	
cT4	41 (26,1)	24 (58,5)	17 (41,5)		26 (20,3)	13 (50,0)	13 (50,0)	
Di căn hạch lâm sàng (cN)								<0,001^a
cN0					86 (67,2)	33 (38,4)	53 (61,6)	
cN1,2,3					42 (32,8)	39 (92,9)	3 (7,1)	
Giai đoạn lâm sàng								
I + II	41 (26,1)	0 (43,8)	41 (56,3)		38 (29,7)	19 (50,0)	19 (50,0)	
III + IV	116 (73,9)	65 (25,7)	57 (74,3)		90 (70,3)	53 (58,9)	37 (41,1)	
Tổng	157 (100)	61 (38,9)	96 (61,1)		128 (100)	72 (56,3)	56 (43,8)	

^a: Kiểm định Chi bình phương; ^b: Kiểm định chính xác Fisher

Liên quan giữa di căn hạch giải phẫu bệnh với các yếu tố giải phẫu bệnh của UTHM

Di căn hạch GPB liên quan có ý nghĩa thống kê với grad mô học ($p < 0,001$), mức độ sừng hóa ($p = 0,013$), dị dạng nhân ($p = 0,019$), chỉ số phân bào ($p = 0,017$) và kiểu xâm lấn ($p = 0,006$) và độ xâm lấn ung thư ($p = 0,043$) (Bảng 3).

Bảng 3: Liên quan giữa di căn hạch GPB với các yếu tố GPB của UTHM

UTHM	Tổng n (%)	Di căn hạch GPB		p	OR (KTC 95%)
		pN1,2,3	pN0		
Bướu nguyên phát (pT)					
pT1	4 (3,1)	1 (25,0)	3 (75,0)		1
pT2	40 (31,3)	27 (67,5)	13 (32,5)	0,128 ^b	6,23 (0,59-65,85)
pT3	39 (30,5)	21 (53,8)	18 (46,2)	0,296	3,50 (0,33 - 36,68)
pT4	45 (35,2)	23 (51,1)	22 (48,9)	0,338	3,14 (0,30 - 32,48)
Grad mô học					
Grad 1	66 (51,6)	27 (40,9)	39 (59,1)		1
Grad 2-3	62 (48,4)	45 (72,6)	17 (27,4)	<0,001 ^a	3,82 (1,82 - 8,04)
Độ sừng hóa					
Cao	78 (60,9)	37 (47,4)	41 (52,6)		1
Trung bình/ít	50 (39,1)	35 (70,0)	15 (30,0)	0,013 ^a	2,59 (1,22 - 5,48)
Dị dạng nhân					
Ít	59 (46,1)	26 (44,1)	33 (55,9)		1
Trung bình	56 (43,8)	37 (66,1)	19 (33,9)	0,019 ^a	2,47 (1,16 - 5,26)
Nhiều	13 (10,2)	9 (69,2)	4 (30,8)	0,109	2,87 (0,79 - 10,32)
Phân bào					
0-1	86 (67,2)	43 (50,0)	43 (50,0)		1
2-3	35 (27,3)	26 (74,3)	9 (25,7)	0,017 ^b	2,89 (1,21 - 6,88)
≥ 4	7 (5,5)	3 (42,9)	4 (57,1)	0,717	0,75 (0,16 - 3,55)
Kiểu xâm lấn					
Bè, dây, dải	36 (28,1)	14 (38,9)	22 (61,1)		1
Nhóm ≥15 tế bào	35 (27,3)	19 (54,3)	16 (45,7)	0,195 ^a	1,87 (0,73 - 4,80)
Nhóm <15 tế bào	57 (44,5)	39 (68,4)	18 (31,6)	0,006	3,41 (1,42 - 8,15)
Độ xâm lấn					
Mô đệm niêm	22 (17,2)	8 (36,4)	14 (63,6)		1
Tuyến nước bọt/ cơ/xương	106 (82,8)	64 (60,4)	42 (39,6)	0,043 ^a	2,67 (1,03 - 6,91)
Xâm nhập limphô bào					
Rõ	61 (47,7)	32 (52,5)	29 (47,5)		1
Vừa	46 (35,9)	29 (54,3)	21 (45,7)	0,846 ^a	1,08 (0,50 - 2,32)
Ít/không	21 (16,4)	15 (71,4)	6 (28,6)	0,135	2,27 (0,78 - 6,62)
Tổng	128 (100)	72 (56,3)	56 (43,8)		

^a: Kiểm định Chi bình phương; ^b: Kiểm định chính xác Fisher

IV. BÀN LUẬN

Theo Globocan 2020, UTHM xảy ra ở nam nhiều hơn ở nữ, với tỉ số nam:nữ trên toàn thế giới là 2,33:1, ở Việt Nam là 3,25:1¹. Tỉ số nam:nữ trong nghiên cứu này là 3,6:1, cho thấy nam giới mắc UTHM nhiều hơn nữ giới rõ rệt.

Nhiều nghiên cứu cho thấy xu hướng trẻ hóa về độ tuổi chẩn đoán UTHM. Tuy nhiên, một nghiên cứu đa trung tâm mới đây theo dõi trong 20 năm không thấy xu hướng tăng tần suất mắc UTHM dưới 40 tuổi⁴. Trong nghiên cứu của chúng tôi, UTHM ở người dưới 40 tuổi chiếm 13,4%, so với nghiên cứu ở trên là 5,8%⁴ và

9,9% trên toàn thế giới¹. Nhóm bệnh nhân trẻ dưới 40 tuổi vẫn xảy ra ở nam nhiều hơn ở nữ, với tỉ số nam:nữ là 1,6:1 mặc dù cách biệt không rõ ràng như trong nhóm trên 40 tuổi có tỉ số 4,2:1. Kết quả này tương tự tỉ số 1,3:1 trong nghiên cứu của Ferreira và c.s. (2022)⁴.

Các vị trí thường gặp của UTHM khác nhau ở nam và nữ, có thể do nam và nữ có tiếp xúc với yếu tố nguy cơ khác nhau tác động lên các vùng khác nhau của niêm mạc miệng. Lưỡi là vị trí thường gặp nhất (57,3%), tương đồng với kết quả của các nghiên cứu từ trước đến nay (khoảng 40%)⁴. Đa số UTHM được phát hiện ở giai đoạn

trở (giai đoạn III và IV), chiếm tỉ lệ 73,9%. Nhận định này nhất quán với các nghiên cứu trước đây thường cho kết quả 52,9 - 80,8%⁸.

Theo hướng dẫn điều trị của Mạng lưới Ung thư Toàn diện Quốc gia Hoa Kỳ (NCCN), phẫu thuật được ưu tiên lựa chọn đối với bệnh tiến triển tại chỗ. Đánh giá chính xác về tình trạng hạch cổ trước phẫu thuật là điều kiện tiên quyết cho việc lựa chọn phác đồ điều trị ung thư phù hợp. Điều quan trọng khi chẩn đoán trước điều trị là không được bỏ sót hạch đã di căn. Tuy nhiên, nếu trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các phương tiện chẩn đoán di căn hạch lâm sàng có thể đã bỏ sót 38,4% thì trong một nghiên cứu khác trên 148 bệnh nhân UTHM con số này là 25%⁵.

Di căn hạch GPB chiếm tỉ lệ 56,3%, cao hơn tỉ lệ di căn hạch lâm sàng 38,9%. Điều này có thể do ngoài di căn hạch rõ trên lâm sàng còn có những trường hợp di căn hạch âm thầm (trên lâm sàng không thấy hạch nhưng đã có di căn về vi thể). Tỉ lệ di căn hạch âm thầm trong UTHM nói chung là 17,4%. Phân tích cho thấy di căn hạch lâm sàng (cN), chứ không phải di căn hạch GPB, liên quan có ý nghĩa với kích thước bướu nguyên phát lâm sàng (cT) ($p < 0,05$) và với giai đoạn lâm sàng ($p < 0,001$).

Tuy nhiên, di căn hạch GPB có liên quan rõ với di căn hạch lâm sàng ($p < 0,001$). Khi cN0 thì đa số pN0 (61,6%), khi cN1,2,3 thì hầu hết pN1,2,3 (92,9%). Trong tất cả các yếu tố lâm sàng khảo sát trong nghiên cứu này thì chỉ có di căn hạch lâm sàng (cN) là yếu tố lâm sàng duy nhất gợi ý di căn hạch GPB (pN).

Xác định yếu tố dự đoán khả năng di căn hạch GPB của bướu nguyên phát có ý nghĩa quan trọng. Phân tích tìm thấy nhiều yếu tố giải phẫu bệnh có liên quan với di căn hạch giải phẫu bệnh; bao gồm grade mô học ($p < 0,001$), mức độ sừng hóa, dị dạng nhân, chỉ số phân bào ($p < 0,05$), kiểu xâm lấn ($p < 0,01$) và độ xâm lấn ($p < 0,05$) của ung thư. Trong nghiên cứu này, grad mô học 2-3 và kiểu xâm lấn nhóm nhỏ dưới 15 tế bào là những yếu tố mô bệnh học quan trọng nhất, có nguy cơ di căn hạch giải phẫu bệnh cao nhất (gấp 3,4 - 3,8 lần). Nhân định này cũng tương tự trong nghiên cứu của Cariati và c.s. (2022) ghi nhận UTHM grade 1 có tỉ lệ di căn hạch là 35,8%, trong khi của grad 2-3 là 57,9%². Trong nghiên cứu của Okada và c.s., tỉ lệ di căn hạch GPB là 44,7%, không liên quan với kích thước bướu nguyên phát (cT) nhưng liên quan có ý nghĩa với grade mô học ($p < 0,01$), độ sừng hóa và kiểu xâm lấn ($p < 0,05$)⁷. Trong các yếu tố mô học, kiểu xâm lấn phản ánh cơ chế

sinh học của ung thư. Xu hướng di căn hạch cao hơn của kiểu xâm lấn nhóm nhỏ tế bào đã được chứng minh trong các nghiên cứu trước đây⁶.

Bên cạnh những kết quả trên, nghiên cứu này còn có hạn chế là mẫu bệnh nhân năm 2016 và 2017 nên được xếp giai đoạn theo Ủy ban Liên hợp Mỹ về Ung thư AJCC 7; trong khi phiên bản AJCC 8 được áp dụng từ 01/01/2018, có bổ sung độ xâm lấn (DOI) khi xác định giai đoạn T và yếu tố xâm lấn vỏ bao hạch (ENE) khi xác định giai đoạn N. Mặc dù vậy, y văn cho thấy hai phiên bản này đều có giá trị tiên lượng sống còn toàn bộ của UTHM^{5, 8}.

V. KẾT LUẬN

Đa số UTHM phát hiện ở giai đoạn trễ, nhất là ở người trên 40 tuổi. Chỉ có di căn hạch lâm sàng là yếu tố lâm sàng duy nhất gợi ý di căn hạch giải phẫu bệnh. Tuy nhiên, các phương tiện chẩn đoán di căn hạch lâm sàng hiện nay vẫn chưa thể phát hiện hoàn toàn các hạch thực sự đã có di căn vi thể. Các yếu tố giải phẫu bệnh bao gồm grade mô học, độ sừng hóa, dị dạng nhân, phân bào, kiểu xâm lấn và độ xâm lấn có thể là những yếu tố gợi ý cho tình trạng di căn hạch giải phẫu bệnh của UTHM, cung cấp thêm thông tin để chọn phác đồ điều trị phù hợp với từng người bệnh. Cần tiếp tục nghiên cứu về cơ chế, các yếu tố dự đoán và giá trị tiên lượng của di căn hạch giải phẫu bệnh trong UTHM.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cancer, I. A. F. R. O. (2020).** Cancer Today: Estimated number of new cases in 2020, worldwide, both sexes, all ages (excl. NMSC). <https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-table?v=2020&mode=cancer&mode...>
2. **Cariati P, Martinez Sahuquillo Rico A, Ferrari L, et al.** Impact of histological tumor grade on the behavior and prognosis of squamous cell carcinoma of the oral cavity. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg.* 2022;123(6):e808-e813.
3. **Caudell JJ, Gillison ML, Maqhami E, et al.** NCCN Guidelines® Insights: Head and Neck Cancers, Version 1.2022. *J Natl Compr Canc Netw.* 2022;20(3):224-234.
4. **Ferreira E Costa R, Leão MLB, Sant'Ana MSP, et al.** Oral Squamous Cell Carcinoma Frequency in Young Patients from Referral Centers Around the World. *Head Neck Pathol.* 2022;16(3):755-762.
5. **Kähling C, Lanquath T, Roller F, et al.** A retrospective analysis of preoperative staging modalities for oral squamous cell carcinoma. *J Craniomaxillofac Surg.* 2016;44(12):1952-1956.
6. **Mishra A, Das A, Dhal I, et al.** Worst pattern of invasion in oral squamous cell carcinoma is an independent prognostic factor. *J Oral Biol Craniofac Res.* 2022;12(6):771-776.
7. **Okada Y, Mataga I, Katagiri M, Ishii K.** An

analysis of cervical lymph nodes metastasis in oral squamous cell carcinoma. Relationship between grade of histopathological malignancy and lymph nodes metastasis. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2003;32(3):284-288.

8. **Tomo S, de Castro TF, Araújo WAF, et al.** Influence of different methods for classification of lymph node metastases on the survival of patients with oral squamous cell carcinoma. *J Stomatol Oral Maxillofac Surg.* 2023;124(2):101311.

ỨNG DỤNG KỸ THUẬT MỔ 4 TAY TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI LẤY U SỢI MẠCH VÒM MŨI HỌNG

Nguyễn Minh Hào Hón¹, Trần Việt Luân²,
Trần Việt Hồng², Nguyễn Thanh Hải¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Báo cáo tiên cứu và phân tích về phân loại giai đoạn u, kết quả điều trị phẫu thuật lấy u sợi mạch vòm mũi họng qua nội soi. Ứng dụng của kỹ thuật mổ 4 tay và biện pháp tắc mạch trước mổ được bàn luận. **Phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi thực hiện nghiên cứu tiên cứu 34 trường hợp u sợi mạch vòm mũi họng tại Bệnh viện Tai mũi họng TP. HCM từ tháng 07 năm 2019 đến tháng 07 năm 2023. Trong đó có 30 trường hợp được thực hiện tắc mạch trước phẫu thuật từ 24 – 48 giờ (88,2%), 4 trường hợp không tắc mạch (11,8%). **Kết quả:** Theo phân độ của Andrews, có 6 trường hợp giai đoạn I, 22 trường hợp giai đoạn II, giai đoạn IIIA và giai đoạn IIIB đều có 3 trường hợp. Trong lúc phẫu thuật có 21 trường hợp có lượng máu mất ít hơn 500 ml, 7 trường hợp lượng máu mất từ 500-1000ml và 6 trường hợp có lượng máu mất hơn 1000ml. Có 7 trường hợp cần truyền máu. Trong đó 3 trường hợp truyền máu trong lúc phẫu thuật và 4 trường hợp truyền máu bổ trợ thêm sau phẫu thuật. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi mũi xoang lấy u sợi mạch vòm mũi họng với ưu điểm là tránh được đường sẹo ngoài, những biến dạng sọ mặt ở những bệnh nhân trẻ mà còn kiểm soát được các phần lan rộng, lan xa của khối u mà còn kiểm soát lượng máu mất tốt, rút ngắn thời gian phẫu thuật, hậu phẫu nhẹ nhàng. Kỹ thuật mổ 4 tay rất phù hợp cho phẫu thuật nội soi lấy u sợi mạch vòm mũi họng mang lại hiệu quả tốt và an toàn cho người bệnh.

SUMMARY

APPLICATION OF 4-HAND TECHNIQUE IN ENDOSCOPIC ENDONASAL APPROACH TO REMOVE JUVENILE NASOPHARYNGEAL ANGIOFIBROMA

Background: Surgical removal of Juvenile Nasopharyngeal Angiofibroma (JNA) is challenging because of the tumor's intricate blood supply and the complex anatomy of the surrounding structures, such as the pterygopalatine fossa, infratemporal fossa, and

skull base. Endoscopic surgery offers a minimally invasive approach that improves visualization, preserves bone integrity, and lowers the risks of complications and recurrence. **Objective:** The article review staging of the tumor and outcomes of surgical approach to remove JNA. The application of the four-arm surgery technique and preoperative embolization measures are discussed. **Method:** We conducted a prospective study of 34 cases of JNA at the ENT Hospital of HCM city from July 2019 to July 2023. 30 cases were embolized 24 - 48 hours before surgery. **Result:** According to Andrews' classification, there were 6 cases of stage I, 22 cases of stage II, 3 cases of stage IIIA and stage IIIB. During surgery, there were 21 cases with blood loss less than 500 ml, 7 cases with blood loss from 500-1000 ml and 6 cases with blood loss more than 1000 ml, 7 cases requiring blood transfusion. **Conclusion:** Endoscopic surgery to remove JNA has the advantage of avoiding external scars and craniofacial deformities in young patients but also controlling the spreading and distant parts of the tumor but also controls blood loss well, shortens surgery time, and has a gentle postoperative period. The 4-hand surgery technique is suitable for endoscopic surgery to remove JNA.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U sợi mạch vòm mũi họng là khối u lành tính, hiếm gặp, tăng sinh mạch máu dữ dội, chỉ xảy ra ở nam giới, thường gặp ở lứa tuổi từ 8-25, chiếm từ 0,05-0,5% các khối u vùng đầu cổ¹. Phát hiện sớm và phẫu thuật lấy sạch u giúp giảm tỷ lệ tái phát và tỷ lệ mắc bệnh². Điều trị phẫu thuật u sợi mạch vòm mũi họng thường gặp nhiều thách thức như: nguy cơ tổn thương các mạch máu nuôi u, sự phức tạp về giải phẫu của hố chân bướm khẩu cái, hố dưới thái dương, sàn sọ và độ tuổi bệnh nhân trẻ³. Mặc dù bản chất là u lành tính, nhưng u sợi mạch vòm mũi họng có khả năng xâm lấn tại chỗ dữ dội và lan nhanh vào các cấu trúc lân cận như hố dưới thái dương, ổ mắt, nội sọ¹. Trước đây, đa phần phẫu thuật lấy u sợi mạch vòm mũi họng chủ yếu qua đường cạnh mũi, đường lột găng, đường dưới môi, trước tai, v.v. gây sẹo ngoài mặt thẩm mỹ, ngoài ra còn ảnh hưởng đến sự phát triển của khuôn mặt ở những bệnh nhân trẻ tuổi do khoan

¹Bệnh viện Tai Mũi Họng TP. Hồ Chí Minh

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Hào Hón

Email: drhaohon@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 6.3.2024