nội soi ổ bụng, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
3. **Trần Thị Kiệm, Nguyễn Thụ (2007),** Nghiên cứu vai trò của phương pháp gây mê bằng Propofol kết hợp đặt mask thanh quản ProSeal trong phẫu thuật tai – xương chũm, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
4. **Brimacombe J (2004),** LMA-Proseal an analysis of current knowledge and a complete practical guide, The Laryngeal Mask Company Limited, pp2-104.
5. **Lương Hồng Thanh (2018),** Đánh giá kết quả tán sỏi thận qua da bằng phương pháp đường hầm nhỏ - tư thế nằm nghiêng tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, Luận văn chuyên khóa cấp II, Đại học Y Hà Nội.
6. **Tahereh Parsa, Shideh Dabir, Badiolzaman Radpay (2006),** Ventilation with ProSeal Laryngeal Mask Airway during Short – Term Elective Gynecologic Surgery, Tanaffos 5(3), 19 -23.
7. **A. M. Lopez, R. Valero , P. Hurtado , P. Gambu , M. Pons and T. Anglada (2011),** Comparison of the LMA Supreme with the LMA Proseal for airway management in patients anaesthetized in prone position, British Journal of Anaesthesia, 107(2):265–71.
8. **Nguyễn Thanh Tú và Cs,** So sánh biến đổi về tuần hoàn và hô hấp khi gây mê bằng mask thanh quản Proseal với nội khí quản trong gây mê phẫu thuật cắt gần hoàn toàn tuyến giáp, Tạp chí Y học-Quân sự, Số 4, 2012.

# ĐÁNH GIÁ DI CĂN HẠCH NÁCH TRONG UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN I-II ($cT_{1-3}N_0M_0$) TẠI ĐƠN VỊ TUYẾN VÚ BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

**Huỳnh Quang Khánh[1], Phan Vũ Hồng Hải[2], Nguyễn Văn Khôi[1]**

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Ung thư vú là ung thư phổ biến hàng đầu ở phụ nữ tại Việt Nam cũng như toàn thế giới, gây tử vong đứng thứ hai sau ung thư phổi. Đánh giá di căn hạch nách trong ung thư vú rất thiết yếu trong việc phân giai đoạn ung thư vú và quyết định phương pháp điều trị. Nạo hạch nách là điều trị tại chỗ tiêu chẩn ở bệnh nhân ung thư vú nhằm xác định giai đoạn chính xác của bệnh nhân. Tuy nhiên, ở giai đoạn sớm, nạo hạch nách không cải thiện tỉ lệ sống còn và làm tăng biến chứng. **Mục tiêu:** Nghiên cứu này so sánh giai đoạn hạch nách trước phẫu thuật trên lâm sàng, cận lâm sàng với mô bệnh học sau phẫu thuật và xác định độ chính xác của các phương thức phân giai đoạn khác nhau. Đồng thời, đưa ra đặc điểm cụ thể ở nhóm bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I, II chưa di căn hạch. **Đối tượng – Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả loạt ca hồi cứu bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vú giai đoạn I, II chưa di căn hạch nách trên lâm sàng (cN0), điều trị bằng phương pháp đoạn nhũ hoặc bảo tồn kèm nạo hạch nách nhóm I, nhóm II tại Đơn vị Tuyến Vú BV Chợ Rẫy năm 2021. **Kết quả:** 46 bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I, II ($cT_{1-3}N_0M_0$) được phẫu thuật đoạn nhũ hoặc bảo tồn kèm nạo hạch. Đa số bệnh nhân trong nhóm (41-50 tuổi) chiếm 42,5%. Liên quan đến kích thước khối u, đa số thuộc giai đoạn T1 (1,1-2cm) chiếm 54,3%; khối u T2 chiếm 43,5% và khối u T3 là 2,2%. Mô học trong 95,7% khối u là ung thư biểu mô ống tuyến xâm nhập và 69,5% khối u có grad cao (II, III). Số lượng trung bình các hạch được bóc tách là 12,2 hạch (từ 7-30). Tỉ lệ di căn hạch nách trên nhóm bệnh nhân này là 21,7%. **Kết luận:** Nghiên cứu chỉ ra rằng: Siêu âm hạch nách là phương tiện ít xâm lấn và mang lại nhiều lợi ích đối với việc phân giai đoạn hạch trước mổ. Tỉ lệ di căn hạch nách trong ung thư vú giai đoạn sớm $cT_{1-3}N_0M_0$ là 21,7%.

***Từ khóa:*** Di căn hạch nách, $cT_{1-3}N_0M_0$, ung thư vú, đoạn nhũ, bảo tồn, nạo hạch

## SUMMARY

### ASSESSMENT OF AXILLARY LYMPH NODE METASTASIS IN STAGE I-II BREAST CANCER ($cT_{1-3}N_0M_0$) AT BREAST UNIT CHO RAY HOSPITAL

**Background** Breast cancer is the most common cancer in women in Vietnam as well as worldwide, the second leading cause of death after lung cancer. Evaluation of axillary lymph node metastases in breast cancer is essential in staging breast cancer and deciding on treatment. Axillary lymph node dissection is the standard local treatment of breast cancer in order to determine the exact stage of the patient. However, in the early stages, axillary lymph node dissection does not improve survival and increases complications. **Objectives:** This study compares the clinical and paraclinical preoperative axillary lymph node staging with postoperative histopathology and determines the accuracy of different staging methods. At the same time, give specific characteristics in the group of breast cancer patients stage I, II without lymph node metastasis. **Method:** Description of a retrospective series of patients diagnosed with stage I, II breast cancer with no axillary lymph node metastasis ($cN_0$), treated with mastectomy or conservatively with lymph node dissection. armpit group I, group II at the Breast Unit of Cho Ray Hospital in 2021. **Results:** 46 patients with stage I, II ($cN_0$) breast cancer underwent mastectomy or conservation with lymph node dissection. The majority of patients in the fifth decade of life (41-50 years of

*[1]Đơn vị Tuyến Vú – Bệnh viện Chợ Rẫy*
*[2]Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh*
Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Quang Khánh
Email: huynhquangkhanhbvcr@gmail.com
Ngày nhận bài: 18.2.2022
Ngày phản biện khoa học: 5.4.2022
Ngày duyệt bài: 15.4.2022

age) accounted for 42.5% of the study group. Regarding tumor size, the majority of T1 stage (1.1-2cm) accounted for 54.3%, 43.5% had T2 tumor and 2.2% had T3 tumor. Histology in 95.7% of tumors was invasive ductal carcinoma and 69.5% of tumors had high grade (II, III). The average number of dissected lymph nodes was 12.2 (from 7-30). The rate of axillary lymph node metastasis in this group of patients is about 21.7%. **Conclusions:** The study shows that: Axillary lymph node ultrasound is a minimally invasive and beneficial tool for preoperative lymph node staging and the rate of axillary lymph node metastasis in early breast cancer $cT_{1-3}N_0M_0$ is 21.7%.

***Key word:*** Axillary lymph node metastasis, $cN_0$, breast cancer, mastectomy, preservation, lymph node dissection

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú ở nữ hiện đã vượt qua ung thư phổi là bệnh ung thư phổ biến hàng đầu trên thế giới vào năm 2020, với ước tính khoảng 2,3 triệu ca mắc mới, chiếm 11,7% tổng số ca ung thư. Theo báo cáo mới nhất GLOBOCAN 2020 ước tính tại Việt Nam, ung thư vú vẫn đứng đầu các bệnh ung thư ở nữ giới với 21.555 ca mới mắc, với tỉ suất mắc chuẩn hóa theo tuổi là 34,2/100.000 dân và tỷ lệ tử vong đứng hàng thứ 3 ở cả hai giới sau ung thư phổi và ung thư gan [1].

Sự hiện diện di căn hạch nách, số lượng, vị trí của các hạch nách dương tính xác định giai đoạn bệnh của ung thư vú. Di căn hạch nách là yếu tố dự báo quan trọng nhất về khả năng tái phát và tỉ lệ sống còn. Trong khi tỷ lệ sống còn sau 5 năm của bệnh nhân ung thư vú khu trú là 98,8%, con số này giảm xuống 85,8% đối với bệnh nhân có di căn hạch nách [3]. Vì vậy, đánh giá chính xác di căn hạch nách là một thành phần thiết yếu trong việc phân giai đoạn ung thư vú và quyết định phương pháp điều trị thích hợp. Tình trạng hạch thường xác định nhu cầu điều trị toàn thân, mức độ phẫu thuật, các lựa chọn tái tạo và nhu cầu xạ trị sau phẫu thuật điều trị ung thư vú. Qua nhiều thập kỷ, việc định giai đoạn và phẫu thuật điều trị hạch nách trong ung thư vú giai đoạn I-II đã phát triển, trở nên ít xâm lấn hơn từ nạo hạch nách đến sinh thiết hạch lính gác để tránh nguy cơ biến chứng như tụ dịch, đau, hạn chế vận động cánh tay, phù bạch huyết và nguy cơ viêm mô tế bào [4], [5].

Tuy nhiên tại Việt Nam, nhiều trung tâm vẫn chưa triển khai kĩ thuật sinh thiết hạch lính gác vì nhiều yếu tố. Vì vậy, nạo hạch nách vẫn là phương pháp thường áp dụng trong ung thư vú giai đoạn I-II. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá khả năng di căn hạch nách ở bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I, II đồng thời so sánh đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư vú giai đoạn I, II với di căn hạch nách được xác định bằng mô bệnh học sau phẫu thuật để làm tiền đề cho triển khai sinh thiết hạch lính gác sau này.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng:** Bệnh nhân ung thư vú giai đoạn sớm I, II

**Phương pháp:** tiến cứu mô tả loạt ca.

**Thời gian và địa điểm**: 6 tháng từ tháng 05/2021 đến hết tháng 12/2021. Tại Đơn vị Tuyến Vú -Bệnh viện Chợ Rẫy.

***Tiêu chuẩn chọn bệnh:***

- Bệnh nhân Nữ, được chẩn đoán ung thư vú giai đoạn I-II ($cT_{1-3}N_0M_0$) theo phân loại TNM lần thứ 8 của UICC (Union International Contre le Cancer) và AJCC (American Joint Committee on Cancer) 2017.
- Điều trị bằng phẫu thuật bảo tồn hay đoạn nhũ có nạo hạch nách nhóm I, II. Chẩn đoán ung thư vú trước mổ bằng bộ ba kinh điển (bao gồm khám lâm sàng, siêu âm, chụp nhũ ảnh và xét nghiệm mô học khối u vú hoặc tế bào hạch nách nếu có), kết quả giải phẫu bệnh khối u khẳng định là ung thư vú qua sinh thiết lõi kim hoặc sinh thiết mở. Kết quả FNA hạch nách (nếu có) là không có tế bào ác tính.

***Tiêu chuẩn loại trừ:***

- Bệnh nhân ung thư vú tái phát
- Bệnh nhân đã được hóa trị tiền phẫu
- Bệnh nhân có xạ trị vùng nách, ngực trước đó.

**Đánh giá hạch nách trên lâm sàng.** Định nghĩa về các hạch nách nghi ngờ trên lâm sàng được xác định khi có một trong các tiêu chuẩn sau: sờ thấy khi khám; hình ảnh học nghi ngờ ác tính; hoặc kết quả ác tính đã được chứng minh khi sinh thiết kim nhỏ, sinh thiết kim lõi, hoặc SLNB.

Vì khám lâm sàng không nhạy và không đặc hiệu để dự đoán khả năng di căn hạch, siêu âm vùng nách là một phương pháp hỗ trợ không xâm lấn hiệu quả cung cấp nhiều thông tin để đánh giá hạch nách. Các hạch nghi ngờ thường được lấy mẫu bằng phương pháp chọc hút kim nhỏ có hướng dẫn siêu âm (US-FNA) để xác nhận sự hiện diện của di căn.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi trung bình của bệnh nhân khi được chẩn đoán là 51 tuổi, lớn nhất 78 tuổi, nhỏ nhất 27 tuổi.

Kích thước khối u vú trung bình là 17 mm $\pm$ 5,4. Trong đó 54,3% có khối u T1, 43,5% có khối u T2 và 2,2% có khối u T3. Đa số bệnh nhân (95,7%) có ung thư biểu mô ống xâm lấn và 69,5% khối u có grad cao (II, III). Ung thư vú

ở bệnh nhân được phân loại thành (76,8%) ER dương tính/HER2 âm tính, (13%) HER2-positive, và (10,9%) phân nhóm tam âm. Đặc điểm bệnh nhân và khối u được trình bày trong Bảng 1.

Di căn nách được tìm thấy ở 10/46 (21,7%) bệnh nhân. Trong số 10 bệnh nhân, 8 bệnh nhân có một đến ba hạch dương tính, và 2 bệnh nhân có từ bốn hạch dương tính trở lên. Liên quan đến kích thước khối u, đa số bệnh nhân thuộc giai đoạn T1 (1,1-2cm) có 25 trong số 46 bệnh nhân chiếm 54,3% nhóm nghiên cứu. Số lượng hạch nạo được nhiều nhất 30 hạch, ít nhất 7 hạch, trung bình 12,2 hạch. Đặc điểm bệnh nhân và khối u, hạch, liên quan di căn hạch nách với lâm sàng, cận lâm sàng được trình bày trong bảng 1, bảng 2.

***Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng nhóm nghiên cứu***

| Đặc điểm | | Số bệnh nhân (n=46) | Tỉ lệ % |
|---|---|---|---|
| Kích thước u | T1 | 25 | 54,3 |
| | T2 | 20 | 43,5 |
| | T3 | 1 | 2,2 |
| Giai đoạn bệnh (cTNM) | IA | 25 | 54,3 |
| | IIA | 20 | 43,5 |
| | IIB | 1 | 2,2 |
| Độ mô học (grad) | I | 8 | 17.3 |
| | II | 28 | 60.9 |
| | III | 10 | 21,7 |
| Hóa mô miễn dịch<br>Thụ thể ER<br>Thụ thể PR<br>HER-2<br>Thể bệnh học | Âm tính | 8 | 17.3 |
| | Dương tính | 38 | 83.3 |
| | Âm tính | 12 | 26.1 |
| | Dương tính | 34 | 73.9 |
| | Âm tính | 40 | 87.0 |
| | Dương tính | 6 | 13.0 |
| | ER (+)/HER (-) | 35 | 76.8 |
| | HER2 (+) | 6 | 13.0 |
| | Tam âm | 5 | 10.9 |
| Số hạch vét được | Trung bình | 12,2 (khoảng 7-30 hạch) | 100 |
| Di căn hạch (pN1) | 1-3 hạch (+) | 8 | 17,4 |
| | >3 hạch (+) | 2 | 4,3 |
| | Tổng n (+) | 10 | 21,7 |

***Nhận xét:*** giai đoạn IA, IIA chiếm đa số. Các trường hợp đều nạo được hạch nhóm 1 và 2, nhưng tỉ lệ di căn hạch chỉ 21,7%.

***Bảng 2: Liên quan di căn hạch với lâm sàng, cận lâm sàng***

| | | Kết quả | | | | Tổng | | P |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Ác tính | | Lành tính | | | | |
| | | n | % | n | % | n | % | |
| Tuổi | <40 | 2 | 28.6 | 5 | 71.4 | 7 | 15.2 | 0.05 |
| | 40-49 | 9 | 56.3 | 7 | 43.7 | 16 | 34.8 | |
| | >=50 | 8 | 34.8 | 65.2 | 15 | 23 | 50.0 | |
| Vị trí khối u | ¼ trên ngoài | 12 | 57.1 | 9 | 42.9 | 21 | 45.7 | 0.375 |
| | ¼ dưới ngoài | 2 | 50.0 | 2 | 50.0 | 4 | 8.7 | |
| | ¼ trên trong | 8 | 66.7 | 4 | 33.3 | 12 | 26.1 | |
| | ¼ dưới trong | 1 | 20.0 | 4 | 80.0 | 5 | 10.9 | |
| | Trung tâm | 3 | 75.0 | 1 | 25.0 | 4 | 8.7 | |
| T | T1 | 10 | 40.0 | 15 | 60.0 | 25 | 54.3 | 0.01 |
| | T2 | 13 | 65.0 | 7 | 35.0 | 20 | 43.5 | |
| | T3 | 1 | 100 | 0 | 0 | 1 | 2.2 | |
| Độ mô học | Độ I | 4 | 28.6 | 10 | 71.4 | 14 | 30.4 | 0.01 |
| | Độ II | 11 | 44.0 | 14 | 56.0 | 25 | 54.3 | |
| | Độ III | 6 | 85.7 | 1 | 14.3 | 7 | 15.2 | |
| Mô bệnh học | Ống tuyến xâm lấn | 24 | 54.5 | 20 | 45.5 | 44 | 95.7 | 0.05 |
| | Khác | 1 | 50.0 | 1 | 50.0 | 2 | 4.3 | |

***Nhận xét:*** Có sự liên quan giữa kích thước khối u cũng như độ mô học đến di căn hạch nách có ý nghĩa thông kê.

## IV. BÀN LUẬN

Di căn hạch là con đường di căn chính của ung thư vú. Có hay không di căn hạch nách là một trong các yếu tố tiên lượng quan trọng trong ung thư vú. Tìm hiểu đặc điểm di căn hạch trong ung thư vú là cần thiết, để hiểu rõ hơn quy luật di căn hạch bạch huyết trong ung thư vú sẽ giúp đưa ra hướng điều trị hiệu quả. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, tuổi trung bình là 50, tuổi nhỏ nhất là 26, tuổi lớn nhất là 71, nhóm tuổi từ 44-54 chiếm tỷ lệ cao nhất (38.8%). Lê Hồng Quang (2012) nghiên cứu 170 bệnh nhân cũng cho thấy tuổi trung bình 51,53 và nhóm tuổi mắc cao nhất là từ 45-54. Theo nghiên cứu một nhóm

tác giả về đặc điểm ung thư vú thể tiểu thuỳ xâm nhập ghi nhận nhóm tuổi ≤ 40 chiếm 5.3% và tăng dần theo tuổi nhóm tuổi mắc ung thư vú cao nhất là từ 50-59 (31.9%) duy trì đến 69 tuổi và giảm dần sau 70 tuổi (11.9%). Một số nghiên cứu cho thấy mắc ung thư vú ở tuổi càng trẻ thì tiên lượng bệnh càng xấu, tuổi trẻ thì tỷ lệ di căn hạch nhiều hơn. Theo nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ di căn hạch giữa các nhóm tuổi không có sự khác biệt. Theo Vũ Hồng Thăng (1999) nghiên cứu về mối liên quan giữa tuổi và tình trạng di căn hạch cho thấy. Tỷ lệ di căn hạch giảm dần theo tuổi với nhóm tuổi < 40 có tỷ lệ di căn là 66.7%, và giảm dần xuống 48.5% ở nhóm tuổi > 50, tuy nhiên sự khác nhau về di căn hạch theo các nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê (p> 0.05).

U ở vị trí 1/4 trên ngoài thường gặp nhất chiếm (36.2%), 1/4 trên trong (23.8%), 1/4 dưới ngoài (6.2%), 1/4 dưới trong (7.5%), u ở vị trí trung tâm (10%). Dù u ở vị trí nào thì đều di căn hạch nách tuy nhiên có thể nhận thấy u ở vị trí 1/4 trên ngoài có tỷ lệ di căn hạch nhiều hơn. Theo Tạ Văn Tờ (2004) nghiên cứu về mối tương quan giữa vị trí u và tổn thương hạch nách ghi nhận u ở vị trí 1/4 trên ngoài có tỷ lệ di căn hạch nách cao hơn so với các vị trí còn lại tuy nhiên sự khác biệt là không có ý nghĩa (p > 0.05).

Tình trạng di căn hạch nách phụ thuộc vào tình trạng khối u với T1 di căn hạch (41.7%), T2 tỷ lệ di căn hạch là (61.5%), T3 di căn hạch là (100%). Mức độ tổn thương hạch cũng phụ thuộc vào tình trạng khối u. Theo Vũ Hồng Thăng (1999) nghiên cứu trên 92 bệnh nhân thấy với T1 thi có 28.6% di căn hạch, T2 di căn hạch 92%, và T3, T4 thì 100% là di căn hạch. Theo Veronesi và cs (1987) nghiên cứu 539 bệnh nhân ghi nhân với số lượng hạch di căn trên 10 hạch thấy, với T1 thì có 11.3% trường hợp, với T2 có 28.3% với T3 có 42.8% trường hợp. Các nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước đều nhận định rằng giai đoạn lâm sàng càng cao thì tỷ lệ hạch nách di căn càng nhiều.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, độ mô học càng cao thì số lượng di căn hạch nách càng nhiều, giữa độ mô học và di căn hạch có mối liên quan với nhau xét nhóm di căn ≥ 4 hạch, với độ I, II, III lần lượt là (28.6%, 44%, 85.7%) (p<0.01). Theo Tạ Văn Tờ (2004) số trường hợp di căn > 3 hạch tăng dần theo độ mô học là 8.5% ở độ I, 26% với độ mô học II và 50.3% ở độ mô học III. Theo kết quả nghiên cứu độ mô học và di căn, Ivo A. Olivoto (1998) nhận thấy tỷ lệ di căn như sau, biệt hoá cao di căn hạch 20%, biệt hoá vừa di căn hạch 31.8%, kém biệt hoá di căn 45%. Các nghiên cứu trên chứng tỏ độ mô học của khối u có ảnh hưởng rõ rệt đến di căn hạch vùng, độ mô học càng cao thì mức độ di căn hạch nách càng nhiều. Độ mô học là một trong các yếu tố tiên lượng quan trọng mặc dù nó không được sử dụng như một thông số đánh giá giai đoạn ung thư [8].

Mỗi loại mô bệnh học có tiên lượng khác nhau. Để tìm hiểu về mối liên quan giữa loại mô bệnh học có ảnh hưởng đến di căn hạch nách chúng tôi tiến hành so sánh tình trạng di căn hạch nách theo hai nhóm: nhóm ung thư biểu mô thể ống xâm nhập và loại ung thư biểu mô khác. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi với ung thư thể ống xâm nhập có tỷ lệ di căn hạch nhiều hơn so với nhóm mô học còn lại, tình trạng hạch nách và loại giải phẫu bệnh có liên quan với nhau (p<0.05). có nghĩa là hạch nách chịu ảnh hưởng của loại giải phẫu bệnh lý. Theo Nguyễn Duy Thăng (2005) nghiên cứu 128 trường hợp ghi nhận. Với ung thư biểu mô thể ống xâm nhập thì có 83.2% trường hợp di căn hạch nách, trong khi ở nhóm mô học còn lại là 53.4%. Theo Phạm Vinh Quang cho thấy với ung thư thể ống xâm nhập có 56% di căn hạch trong khi nhóm mô học còn lại là 12%. Theo Yasushi Iwasaki và CS (1998) nghiên cứu 823 bệnh nhân giai đoạn T1N0M0 cho thấy với loại ung thư biểu mô thể ống xâm nhập thì có 27% di căn hạch so nhóm mô học còn lại < 20% di căn hạch (p<0.01). Dù cho là loại mô học nào thì cũng đều di căn hạch, qua các nghiên cứu, các tác giả đều nhận định loại ung thư thể ống xâm nhập có tỷ lệ hạch di căn nhiều hơn các loại mô học khác.

Số hạch phẫu tích nhiều nhất là 30, ít nhất là 7 hạch, số hạch phẫu tích trung bình 12.2 hạch. Theo Vũ Hồng Thăng (1999) số hạch phẫu tích ít nhất là 9 nhiều nhất phẫu tích được 45 hạch. Nghiên cứu của Nguyễn Đình Tùng (2005) số hạch phẫu tích ít nhất là 7 nhiều nhất là 21. Theo Axelsson và CS (1992) nghiên cứu 13.851 bệnh nhân cho rằng số hạch cần thiết ít nhất là 10 hạch.

Số hạch di căn 1-3 hạch chiếm 36.3%, 4-9 hạch chiếm 21.3%, không có trường hợp di căn ≥10 hạch. Tình trạng hạch nách được coi là yếu tố tiên lượng quan trọng nhất liên quan đến tỷ lệ tái phát và sống thêm. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng số lượng hạch nách di căn càng nhiều thì tiên lượng bệnh càng xấu [6]. Theo Nguyễn Đình Tùng (2005) ghi nhân đối với trường hợp có di căn hạch nách thì có tới 30% xuất hiện tái phát và di căn sau 5 năm trong khí ở nhóm không di căn hạch tỷ lệ này là 8.9%. Theo Fisher B và CS ghi nhận vơi hạch nách âm tính tỷ lệ tái phát sau

5 năm là 21% với trường hợp có hạch nách di căn tỷ lệ này là 66%.

Theo nghiên cứu của chúng tôi không phát hiện hạch chặng III trong trường hợp cN0. Số lượng di căn trung bình chặng I là 6%, chặng II là 33.75%. Theo Veronesi và CS (1987) nghiên cứu trên 539 trường hợp cho thấy tỷ lệ hạch di căn chặng I là 58.2%, di căn cả chặng I+II là 21.7%, di căn cả 3 chặng I+II+III là 16.3%. Theo Barth RJ và CS khi nghiên cứu về thời gian sống thêm của bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I,II thấy không có sự khác nhau về thời gian sống thêm giữa nhóm nạo vét hạch chặng I và nhóm vét cả hai chặng I và II. Do vậy vấn đề đặt ra là có nhất thiết tất cả các trường hợp đều vét hạch chặng I, II không. Tác giả kết luận chặng hạch di căn không phải là yếu tố tiên lượng độc lập, khi có di căn hạch chặng cao thì tổng số hạch cũng tăng lên [7].

Đánh giá tình trạng hạch trên lâm sàng chủ yếu dựa vào kích thước, mật độ và khả năng di động của hạch để kết luận nghi ngờ hay không di căn. Khám lâm sàng có độ chính xác thấp trong việc định giai đoạn ung thư vú. Khả năng di căn hạch nách khi chỉ xác định bằng khám lâm sàng rất khó dự đoán và có một tỷ lệ lớn các kết quả dương tính giả và âm tính giả được báo cáo độ nhạy là 30%, độ đặc hiệu là 93%, giá trị tiên đoán dương tính (PPV) là 76%, và giá trị dự đoán âm (NPV) là 67%. Hơn nữa, Lanng và cộng sự, trong một nghiên cứu trên 301 bệnh nhân bị ung thư vú trải qua phẫu thuật nạo hạch nách hoặc sinh thiết hạch lính gác, đã chứng minh rằng PE của các hạch bạch huyết ở nách như một tiêu chí để đưa ra quy trình nút trọng điểm là rất ít giá trị. So sánh giữa phân đoạn hạch nách trước phẫu thuật được thực hiện bằng khám lâm sàng và chụp siêu âm với phân đoạn mô bệnh học sau mổ cho thấy siêu âm có khả năng phát hiện di căn hạch nách vượt trội hơn. Siêu âm vùng nách là phương thức hình ảnh không xâm lấn được sử dụng phổ biến nhất để đánh giá vùng nách trong ung thư vú. Siêu âm vùng nách có giá trị tiên đoán dương là 56–90% và giá trị tiên đoán âm là 76–84%. Giống như tất cả các phương tiện siêu âm, tuy nhiên, nó bị giới hạn bởi sự phụ thuộc của người siêu âm. Ngoài thông tin hình thái học, siêu âm đóng một vai trò quan trọng trong việc hướng dẫn sinh thiết các hạch nghi ngờ. Sinh thiết chọc hút bằng kim nhỏ là một thủ thuật chi phí thấp và xâm lấn tối thiểu với độ đặc hiệu cao, nhưng có nguy cơ phát hiện âm tính giả vì khả năng lấy mẫu hạn chế. Một phân tích tổng hợp của sinh thiết chọc hút kim nhỏ có hướng dẫn siêu âm trước phẫu thuật của các hạch nách trong ung thư vú xâm lấn cho thấy độ nhạy là 80% (khoảng tin cậy 95%: 74%, 84%), độ đặc hiệu là 98 % (KTC 95%: 97%, 99%), và giá trị tiên đoán dương tính là 97% (KTC 95%: 95%, 98%) [9].

## V. KẾT LUẬN

Với những tiến bộ trong chẩn đoán hình ảnh học ở vú như siêu âm, nhũ ảnh, cộng hưởng từ giúp cho việc chẩn đoán sớm ung thư vú. Bên cạnh đó siêu âm vùng nách là phương thức hình ảnh không xâm lấn được sử dụng phổ biến nhất để đánh giá vùng nách trong ung thư vú kết hợp với khám lâm sàng và chọc hút tế bào học dưới hướng dẫn siêu âm tạo thành bộ ba chẩn đoán trong ung thư vú cũng như di căn hạch vùng.

Qua nghiên cứu cho thấy tỉ lệ di căn hạch nách trong ung thư vú giai đoạn sớm cT1-3N0M0 chỉ 21,7% và các yếu tố như: kích thước khối u cũng như grad mô học bướu có liên quan đến di căn hạch nách. Đây là cơ sở để giúp so sánh tỉ lệ di căn hạch nách khi triển khai sinh thiết hạch lính gác cho các trường hợp ung thư vú giai đoạn sớm tại cơ sở.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO


1. **Burstein HJ, Curigliano G, Loibl S, et al**. Estimating the benefits of therapy for early-stage breast cancer: the St. Gallen International Consensus Guidelines for the primary therapy of early breast cancer 2019. Ann Oncol. 2019; 30(10):1541–1557.
2. **Caudle AS, Cupp JA, Kuerer HM**. Management of axillary disease. Surg Oncol Clin N Am 2014; 23(3):473–486
3. **Ecanow, J. S., Abe, H., Newstead, G. M., Ecanow, D. B., & Jeske, J. M. (2013**). Axillary staging of breast cancer: what the radiologist should know. Radiographics, 33(6), 1589-1612.
4. **Enrico Orvieto, M., Eugenio Maiorano, MD và CS**, Clinicopathologic characteristis of invasive Lobular Carcinoma of the breast. Americal cancer society 2008. **113**: p. 1151-1519.
5. **Giuliano AE, McCall L, Beitsch P, et al.** Locoregional recurrence after sentinel lymph node dissection with or without axillary dissection in patients with sentinel lymph node metastases: the American College of Surgeons Oncology Group Z0011 randomized trial. Ann Surg. 2010;252(3):426–432; discussion 432–423.
6. **Giuliano AE, Hunt KK, Ballman KV, et al.** Axillary dissection vs no axillary dissection in women with invasive breast cancer and sentinel node metastasis: a randomized clinical trial. JAMA. 2011;305(6):569–575.
7. **Houssami N, Ciatto S, Turner RM, Cody HS 3rd, Macaskill P.** Preoperative ultrasound-guided needle biopsy of axillary nodes in invasive breast cancer: meta-analysis of its accuracy and utility in staging the axilla. Ann Surg. 2011;254(2):243–251.

8. **Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021**). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians, 71(3), 209-249.
9. **Whitman GJ, Lu TJ, Adejolu M,** Krishnamurthy S, Sheppard D. Lymph Node Sonography. Ultrasound Clin 2011;6(3):369–380.

# CHỈ SỐ TORG-PAVLOV TRÊN X-QUANG VÀ CỘNG HƯỞNG TỪ Ở BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT BỆNH LÝ TỦY CỔ ĐA TẦNG DO THOÁI HÓA TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

**Nguyễn Văn Trung[1,2], Đào Xuân Thành[1,2], Hoàng Gia Du[2], Nguyễn Lê Bảo Tiến[3]**

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu đánh giá chỉ số Torg-Pavlov ở bệnh nhân phẫu thuật bệnh lý tủy cổ đa tầng do thoái hóa và mối liên quan với hội chứng tủy cổ trước và sau mổ. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang bao gồm 30 bệnh nhân phẫu thuật bệnh lý tủy cổ đa tầng do thoái hóa từ tháng 6 năm 2019 đến tháng 8 năm 2021 tại Khoa chấn thương chỉnh hình và cột sống, Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Tuổi trung bình 63,10 ± 9,82 tuổi, (39 - 79 tuổi), 19 bệnh nhân nam (63,3%), 11 bệnh nhân nữ (36,7%). Tỷ lệ Nam/Nữ ≈ 2/1. Chỉ số Torg-Pavlov trung bình đoạn C3-C6 và C3-C7 trên Xquang lần lượt là 0,74 ± 0,09, 0,74 ± 0,09 và trên MRI lần lượt là 0,76 ± 0,07, 0,77 ± 0,07. Chỉ số Torg-Pavlov trung ở bệnh nhân < 60 tuổi, nữ giới có xu hướng cao hơn so với bệnh nhân ≥60 tuổi, nam giới. Bệnh nhân có chỉ số Torg-Pavlov đo trên Xquang ≥0,8 đều có các giá trị trung bình của mJOA trước mổ, mJOA sau mổ, RR sau mổ và khám lại lớn hơn so với nhóm <0,8, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05. **Kết luận:** Chỉ số Torg-Pavlov ở bệnh nhân phẫu thuật bệnh lý tủy cổ đa tầng do thoái hóa thấp hơn so với người Việt Nam bình thường. Chỉ số Torg-Pavlov ở bệnh nhân < 60 tuổi, nữ giới có xu hướng cao hơn bệnh nhân ≥60 tuổi, nam giới. ***Từ khóa:*** Chỉ số Torg-Pavlov, bệnh lý tủy cổ đa tầng do thoái hóa, thoái hóa cột sống cổ.

## SUMMARY

### TORG-PAVLOV INDEX ON RADIOGRAPH AND MAGNETIC RESONANCE IMAGING OF PATIENTS UNDERGOING SURGERY FOF MULTILEVEL CERVICAL SPONDYLOTIC MYELOPATHY AT BACH MAI HOSPITAL

**Objective**: Study to evaluate Torg-Pavlov index in patients undergoing surgery for multilever cervical spondylotic myelopathy and its relationship with cervical myelopathy preoperation and postoperation. **Methods**: A cross-sectional descriptive study included 30 consecutive patients who underwent surgical treatment for M-CSM from June, 2019 to Aug, 2021 at Orthopedic and Spine department, Bach Mai hospital. **Results**: Mean age 63.10 ± 9.82 years old, (from 39 - 79 years old), 19 male patients (63.3%), 11 female patients (36.7%). Male/Female ratio ≈ 2/1. The mean Torg-Pavlov index of C3-C6 and C3-C7 segments on radiographs was 0.74 ± 0.09, 0.74 ± 0.09 and on MRI respectively 0.76 ± 0.07, 0.77 ± 0.07. The average Torg-Pavlov index in patients < 60 years old, female tends to be higher than patients ≥ 60 years old, male. Patients with Torg-Pavlov index measured on X-ray ≥0.8 all had the mean values of mJOA preoperation, mJOA postoperation, recovery rate (RR) postoperation and follow-up greater than the group <0.8, however, the difference was not statistically significant with p>0.05. **Conclusion**: Torg-Pavlov index in patients undergoing surgery for multilevel cervical spondylotic myelopathy was lower than in normal Vietnamese. Torg-Pavlov index in patients < 60 years old, female tends to be higher than patients ≥60 years old, male.

***Keywords:*** Torg-Pavlov index, multilevel cervical spondylotic myelopathy, cervical degeneration

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý tủy cổ do thoái hóa (Cervical spondylotic myelopathy-CSM) là một tình trạng bệnh lý rối loạn chức năng thần kinh tiến triển theo thời gian gây ra bởi sự thoái hóa cột sống cổ dẫn đến hẹp ống sống chèn ép tủy và các cấu trúc xung quanh, đây là nguyên nhân thường gặp nhất gây tổn thương tủy sống ở người trưởng thành, và thường được chẩn đoán muộn [1]. Có nhiều yếu tố tham gia vào cơ chế bệnh sinh trong bệnh lý CSM, trong đó tình trạng hẹp ống sống cổ bẩm sinh (Congenital spinal stenosis, CSS) đã được chứng minh là một trong những yếu tố dẫn đến bệnh [2], [3], [4]. Chỉ số Torg-Pavlov là một yếu tố xác định hẹp ống sống cổ bẩm sinh, cũng là một yếu tố tiên lượng khả năng tiến triển CSM ở người bệnh [3]. Chỉ số Torg-Pavlov không trực tiếp đánh giá đường kính trước sau của ống sống, tủy sống và các cấu trúc

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[2]*Bệnh Viện Bạch Mai*
[3]*Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Trung
Email: trung32ptcs@gmail.com
Ngày nhận bài: 14.2.2022
Ngày phản biện khoa học: 4.4.2022
Ngày duyệt bài: 13.4.2022