

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHẨN ĐOÁN DI CĂN HẠCH Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ ĐƯỢC PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Vũ Anh Hải*, Lê Việt Anh*, Nguyễn Văn Nam*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả vét hạch ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ bằng phẫu thuật nội soi và đánh giá vai trò chụp cắt lớp vi tính lồng ngực và PET/CT trong chẩn đoán hạch di căn. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả trên 80 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ được cắt thùy phổi vét hạch bằng phẫu thuật nội soi. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ là 4,7/1, tuổi trung bình là 55,9 ± 8,9. Típ mô bệnh chiếm chủ yếu là biểu mô tuyến (95%), tế bào vảy 5%. Giai đoạn TNM trước mổ lần lượt là: IA (40%), IB (15%), IIA (17,5%), IIB (17,5%) và IIIA (10%). Thùy phổi được cắt chủ yếu là thùy trên (31,2% bên phải và 23,8% bên trái). Số trạm hạch N1 và N2 trung bình vét được trong mổ lần lượt là 1,8±0,8 và 1,8±0,7. Độ nhạy, độ đặc hiệu của CT trong chẩn đoán di căn hạch N1 là 50,0%, 83,8%; N2 là 62,5%, 86,1%. Kết quả tương ứng của PET/CT với hạch N1 là 97,7; 83,3 và N2 là 97,5% và 83,3%. **Kết luận:** Vét hạch bằng phẫu thuật nội soi khả thi, hiệu quả. Áp dụng PET/CT trong chẩn đoán di căn hạch trước mổ đạt hiệu quả cao.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi lồng ngực, ung thư phổi, vét hạch.

SUMMARY

COMMENT ON THE LYMPHO NODE METASTASIS DIAGNOSIS IN NON-SMALL CELL LUNG CANCER PATIENTS WHO HAD TREATED BY VIDEO-ASISTED-THORACOSCOPIC SURGERY AT MILITARY HOSPITAL 103

Objectives: Evaluate the results of lymph node harvest for N stage determination on non-small cell lung cancer (NSCLC) patients by video-assisted-thoracoscopic surgery (VATS). Calculate the sensitivity, specificity of computed tomography (CT) and PET/CT for lymph node metastasis diagnosis. **Subjects and methods:** A descriptive study on 80 non-small cell lung cancer patients who had been lobectomy and lymph node harvest by VATS. **Results:** The male/female ratio was 4.7/1, the average of age was 55.9 ± 8.9. The type of histology consists mainly of adenocarcinoma (95%), squamous cell was 5%. The preoperative TNM stage consist of IA (40%), IB (15%), IIA (17.5%), IIB (17.5%) and IIIA (10%). Distribution of lobectomy was mainly the upper lobe (31.2% on the right and 23.8% on the

left). The average station number of N1 and N2 lymph nodes removed was 1.8±0.8 and 1.8±0.7, respectively. The sensitivity (Se) and specificity (Sp) of CT in the diagnosis of N1 lymph node metastasis were 50.0% and 83.8%, N2 were 62.5% and 86.1%. The results was better by PET/CT: Se=97.7%, Sp=83.3% for N1 and Se=97.5%, Sp=83.3% for N2. **Conclusion:** Lympho node harvest by VATS was feasible and effective. Application of CT and PET/CT in diagnosis of lymph node metastasis had good results.

Keywords: Video-Assisted-Thoracoscopic surgery, non-small cell lung cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi (PTNS) lồng ngực điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) lần đầu tiên được thực hiện bởi Rovario G vào năm 1991. Hiện nay, phương pháp phẫu thuật này được ứng dụng ngày càng rộng rãi, với nhiều ưu điểm so với phẫu thuật mở ngực truyền thống như giảm đau, giảm tỷ lệ biến chứng sau mổ, rút ngắn thời gian nằm viện...

Chẩn đoán di căn hạch có ý nghĩa quan trọng trong chẩn đoán giai đoạn UTPKTBN, làm cơ sở để chỉ định các phương pháp điều trị và tiên lượng cho bệnh nhân UTPKTBN. Hiện nay, chụp cắt lớp vi tính (CLVT) và PET/CT được áp dụng phổ biến để chẩn đoán di căn hạch trước mổ, trong khi, kết quả mô học các hạch vét được trong mổ đóng vai trò là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán di căn hạch. Nhiều nghiên cứu cho thấy, vét hạch bằng PTNS hiệu quả, kết quả tương đương mổ mở [2].

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm nhận xét kết quả vét hạch ở BN UTPKTBN bằng PTNS và đánh giá vai trò chụp cắt CLVT lồng ngực và PET/CT trong chẩn đoán hạch di căn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. Nghiên cứu mô tả, hồi và tiến cứu trên 80 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán UTPKTBN được phẫu thuật tại Khoa phẫu thuật lồng ngực bệnh viện Quân Y 103, giai đoạn 05/2015 - 6/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- BN được chẩn đoán xác định là UTPKTBN (theo kết quả giải phẫu bệnh sau mổ).
- Được PTNS cắt thùy phổi và vét hạch.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ các chỉ số cần cho nghiên cứu.

*Bệnh viện 103, Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Anh Hải

Email: vuanhhai.ncs@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/12/2021

Ngày phản biện khoa học: 26/1/2021

Ngày duyệt bài: 25/2/2021

2.2. Phương pháp. Nghiên cứu mô tả, tiến cứu.

Số liệu được thu thập theo mẫu hồ sơ nghiên cứu thống nhất và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

2.3. Quy trình phẫu thuật cắt thùy phổi, vét hạch

- Chúng tôi thực hiện PTNS lồng ngực cắt thùy phổi với 3 đường vào: 2 troca (KLS VII/VIII đường nách trước/giữa và KLS V/VI đường nách sau/ dưới móm xương bả) và 1 đường mở ngực nhỏ (4 - 6cm tại KLS IV/V đường trước bên/ giữa tùy theo vị trí thùy phổi)

- Vét hạch: Thăm dò các trạm hạch ở mỗi bên lồng ngực theo hướng dẫn của Hội phẫu thuật ung thư Hoa Kỳ (bên phải gồm các vị trí 2,4; bên trái 5,6; Các vị trí 7,8,9,10,11,12 được thăm dò như nhau ở cả 2 bên phổi) [5]. Tại các vị trí thấy hạch, thực hiện vét triệt để.

2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Chỉ tiêu về đặc điểm nhóm nghiên cứu: Tuổi; giới tính; vị trí u; kích thước u; giai đoạn TNM

- Chỉ tiêu vét hạch gồm: vị trí vét được hạch, vị trí hạch có di căn (theo kết quả mô bệnh sau phẫu thuật).

- Đánh giá kết quả CLVT, PET/CT trong chẩn đoán di căn hạch:

+ Lấy điểm cắt kích thước hạch là 10mm trên CLVT, nếu lớn hơn 10mm được chẩn đoán di căn hạch.

+ Chẩn đoán di căn hạch trên PET/CT: lấy giá trị SUV max là 2.5 làm điểm cắt. (lớn hơn 2.5 chẩn đoán là di căn).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân trước mổ

Chỉ số	Giá trị
Tuổi	55,9 ± 8,9 (38 - 77)
Giới(nam/nữ)	66/14 = 4,7
Vị trí u trên CT	
Thùy trên phải	25 (31,2%)
Thùy giữa phải	07(8,7%)
Thùy dưới phải	15(18,8%)
Thùy trên trái	19(23,8%)
Thùy dưới trái	14(17,5%)
Kích thước u	
≤ 1cm	06(7,5%)
> 1 - 2cm	22 (27,5%)
> 2 - 3cm	20 (25,0%)
> 3 - 5cm	22 (27,5%)
> 5cm	10 (2,5%)
Trung bình(cm)	3,0 ± 1,6 (1 - 6,5)
Giai đoạn TNM trước mổ	

IA / IB	32 (40,0%)/12 (15,0%)
IIA/IIB	14 (17,5%)/14 (17,5%)
IIIA	08 (10,0%)

3.2. Kết quả vét hạch bằng phẫu thuật nội soi và xác định di căn hạch sau mổ

Bảng 2. Số trạm hạch được vét trong mổ trên một bệnh nhân

Số trạm hạch	Trung bình	NN – LN
N1	1,8 ± 0,8	1 – 4
N2	1,8 ± 0,7	1 – 3

Bảng 3. Di căn ung thư vào trạm hạch N1

Số trạm hạch N1 được vét trong mổ (vị trí)	Số bệnh nhân	Số trạm hạch N1 có di căn (vị trí)		
		0	1	2
1	36	36	0	0
2	28	26	2	0
3	14	10	0	4
4	2	2	0	0
Tổng	80	74	2	4

Bảng 4. Di căn ung thư vào trạm hạch N2

Số trạm hạch N2 được vét trong mổ (vị trí)	Số bệnh nhân	Số trạm hạch N1 có di căn (vị trí)		
		0	1	2
1	30	30	0	0
2	36	31	5	0
3	14	11	2	1
Tổng	80	72	7	1

3.3. So sánh kết quả chẩn đoán di căn hạch trước mổ bằng CT và PET/CT với kết quả mô bệnh

Bảng 5. So sánh kết quả chẩn đoán di căn hạch bằng CT với mô bệnh học

Chẩn đoán di căn hạch bằng CT	Kết quả mô bệnh hạch	Se; Sp PPV; NPV		
		Không di căn	Di căn	
Hạch N1	Không di căn	62	3	50,0%; 83,8% 20,0%; 95,4%
	Di căn	12	3	
Hạch N2	Không di căn	64	3	62,5%; 86,1% 33,3%; 95,4%
	Di căn	8	5	

Bảng 6. So sánh kết quả chẩn đoán di căn hạch bằng PET/CT với mô bệnh học

Chẩn đoán di căn hạch bằng PET/CT (n=49)	Kết quả mô bệnh hạch	Se; Sp PPV; NPV		
		Không di căn	Di căn	
Hạch N1	Không di căn	42	1	97,7%; 83,3% 97,7%; 83,3%
	Di căn	1	5	
Hạch N2	Không di căn	39	2	97,5%; 83,3% 97,5%; 83,3%
	Di căn	2	6	

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

- Tuổi: Theo Nguyễn Khắc Kiếm (2016): tuổi trung bình của bệnh nhân UTPKTBN được điều trị phẫu thuật là $56,2 \pm 8,59$, độ tuổi từ 51 đến 70 chiếm chủ yếu (75,9%), nhóm tuổi từ 51 đến 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (48,6%) [6].

- Giới: Hầu hết các báo cáo cho thấy, nam giới mắc UTPKTBN cao hơn nữ giới. Theo Cù Xuân Thanh (2002), tỷ lệ nam/nữ là 9/1; Nguyễn Khắc Kiếm (2016) là 3,9/1 [6].

Như vậy, kết quả của chúng tôi là tương tự các tác giả trên.

- Kích thước u và giai đoạn TNM

Trong giai đoạn đầu ứng dụng PTNSLN điều trị UTPKTBN, chỉ định thường giới hạn ở những BN có u kích thước nhỏ (dưới 5cm), giai đoạn TNM sớm. Begum S và cs (2014), Scott W. J và cs (2010) phẫu thuật với 100% giai đoạn I và II [4]. Tuy vậy, nhờ sự thuần thục về kỹ thuật, chỉ định của kỹ thuật ngày càng được mở rộng. Mc Kennna (2006), tiến hành PTNSLN điều trị cho BN UTPKTBN giai đoạn IIIA. Tác giả phẫu thuật cho 1015 BN, giai đoạn I chiếm 87,9%, IIA tỷ lệ 1,3%, IIB tỷ lệ 0,9% và IIIA tỷ lệ 2,2% [3].

Chúng tôi thực hiện PTNSLN điều trị cho những BN có kích thước u lớn nhất đến 6,5cm, u chưa xâm lấn thành ngực (giai đoạn T1-2b). Xếp giai đoạn TNM lâm sàng từ I đến IIIA, trong đó giai đoạn IIIA là 10%.

4.2. Về kết quả vét hạch bằng phẫu thuật nội soi. Kết quả lấy mẫu hạch hay vét hạch thường dựa trên số lượng hạch lấy được hoặc số vị trí vét được hạch (theo sơ đồ hạch) trong phẫu thuật. Vét hạch trên nhóm BN UTP không TBN giai đoạn trước mổ từ I đến III, tác giả Lee P. C và cs (2013) cho biết, số trạm hạch N1 được vét là $1,4 \pm 0,5$, hạch N2 là $1,9 \pm 0,7$ [2]. Theo Scott W. J và cs (2010), tổng số trạm hạch được vét trong mổ là 4,3 [4].

Chúng tôi, đã thực hiện vét hạch được trung bình $1,8 \pm 0,8$ trạm hạch N1 và $1,8 \pm 0,7$ trạm hạch N2 bằng PTNS. Như vậy số vị trí vét hạch của chúng tôi tương đương các tác giả trên.

4.3. Về kết quả chẩn đoán di căn hạch trước mổ

- Chẩn đoán di căn hạch bằng CLVT lồng ngực

Tổng kết của Amstrong P (2001) cho thấy, CLVT lồng ngực có độ nhạy từ 60% đến 65% và độ đặc hiệu từ 60% đến 70% trong chẩn đoán di căn hạch [1]. Yang Xia và cs (2015) cũng đưa ra số liệu tương tự, với độ nhạy đạt 57%, độ đặc hiệu 82%, giá trị tiên đoán dương 56% và giá trị tiên đoán âm là 83% [7].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, với các giá trị tương tự trong chẩn đoán di căn hạch N1 lần lượt là: 50,0%, 83,8%, 20,0% và 95,4%; N2 lần lượt là 62,5%, 86,1%, 33,3% và 95,4%.

- Chẩn đoán di căn hạch bằng PET/CT

Theo Yang Xia và cs (2015), PET/CT có độ nhạy 68% và độ đặc hiệu khoảng 80% trong chẩn đoán di căn hạch [7]. Nhìn chung, độ nhạy và độ đặc hiệu của PET/CT trong chẩn đoán hạch rốn phổi và trung thất vào khoảng 83% (77 - 87%) và 92% (89 - 95%).

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tương tự, thể hiện ở bảng 6. Kết quả này một lần nữa khẳng định, PET/CT là xét nghiệm rất có giá trị trong chẩn đoán di căn hạch. Chỉ định PET/CT để xác định giai đoạn trước mổ là cần thiết và cần được thực hiện thường quy.

V. KẾT LUẬN

Vét hạch bằng phẫu thuật nội soi điều trị UTPKTBN khả thi, hiệu quả. Áp dụng PET/CT trong chẩn đoán di căn hạch trước mổ đạt hiệu quả cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Armstrong P., Congleton J., Fountain S. W., et al.** (2001), "Guidelines on the selection of patients with lung cancer for surgery", *Thorax*, 56, 89 - 108.
2. **Lee P. C., Nasar A., Port J. L., et al.** (2013), "Long - Term Survival After Lobectomy for Non - Small Cell Lung Cancer by Video - Assisted Thoracic Surgery Versus Thoracotomy", *Ann Thorac Surg*, 96, 951 - 961.
3. **McKenna R. J., Houck W., Fuller C. B.** (2006), "Video - Assisted Thoracic Surgery Lobectomy: Experience With 1,100 Cases", *Ann Thorac Surg*, 81, 421 - 426.
4. **Scott W. J., Matteotti R. S., Egleston B. L., et al.** (2010), "A comparison of perioperative outcomes of Video - Assisted Thoracic Surgical (VATS) Lobectomy with open thoracotomy and lobectomy: Results of an analysis using propensity score based weighting", *Annals of Surgical Innovation and Research*, 4(1), 1 - 6.
5. **Darling D. E., Allen M. S., Decker P. A., et al.** (2011), "Randomized trial of mediastinal lymph node sampling versus complete lymphadenectomy during pulmonary resection in the patient with N0 or N1 (less than hilar) non - small cell carcinoma: Results of the American College of Surgery Oncology Group Z0030 Trial", *J Thorac Cardiovasc Surg*, 141(3), 662 - 670.
6. **Kiểm Nguyễn Khắc** (2016), Nghiên cứu nạo vét hạch theo bản đồ trong phẫu thuật điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I - II - IIIA, Đại học Y Hà nội, Hà nội.
7. **Yang Xia., Bin Zhang., Hao Zhang., et al.** (2015), "Evaluation of lymph node metastasis in lung cancer: who is the chief justice?", *Journal of Thoracic Disease*, 7(S4), S231 - S237.