

## PRE-AND POST-VATS MEDIASTINAL LYMPH NODES ASSESSMENT OF EARLY STAGE NON-SMALL CELL LUNG CANCER AT THONG NHAT HOSPITAL

Do Kim Que\*, Nguyen Do Nhan

*Thong Nhat Hospital - 1 Ly Thuong Kiet, Ward 14, Tan Binh Dist, Ho Chi Minh City, Vietnam*

Received: 24/09/2024

Revised: 01/10/2024; Accepted: 15/10/2024

### ABSTRACT

**Introduction:** Non-small cell lung cancer (NSCLC) is frequently cancer and the leading cause death of cancer. Surgery is an effective treatment to the early stages. There are factors that help determine the stage, mediastinal lymph nodes play an important role so it is necessary to evaluate the characteristics of mediastinal lymph nodes and surgical results.

**Methods:** Retrospective of Early stage NSCLC cases with mediastinal lymph node evaluation underwent lobectomy (VATS) at Thong Nhat Hospital from January 2020 to January 2024.

**Results:** 51 patients. There are 32 males and 19 females, mean age is 59.1. There are 72.5% of patients had symptomatic disease; 100% had CT scan, 1 case had PET scan. 14 cases of lymph node dissection were seen during surgery. Before surgery: N1 lymph nodes were 11.7%, after surgery N1 lymph nodes were 11.7%, N2 lymph nodes were 11.7%.; Adenocarcinoma is 64.7%. The mean operating time is  $119,2 \pm 33,79$  minutes. Hospitalization is  $10,8 \pm 02,1$  days. 06 cases were converted to thoracotomy. Complications: Pneumonia were 29.4%, prolonged air-leak 09.6%, bleeding 15,7% (01 case at the cut when using 1 stapler to cut 02 arteries at the same time). There is not perioperative mortality.

**Conclusion:** Determining the stage of the disease plays a very important role in the treatment of early-stage NSCLC. The status of metastatic lymph nodes changes during surgical assessment, with 23.4% of metastatic lymph nodes detected during surgery. Video-assisted laparoscopic lobectomy gives good results.

**Keywords:** Non-Small Cell Lung Cancer (NSCLC), early stage, thoracoscopy surgery.

---

\*Corresponding author

**Email:** dokimque@gmail.com **Phone:** (+84) 913977628 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD10.1639**

# ĐÁNH GIÁ TÍNH CHẤT HẠCH BẠCH HUYẾT TRƯỚC VÀ SAU PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN SỚM TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Đỗ Kim Quế\*, Nguyễn Đỗ Nhân

Bệnh viện Thống Nhất - Số 1 Lý Thường Kiệt, P. 14, Q. Tân Bình, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 24/09/2024

Chỉnh sửa ngày: 01/10/2024; Ngày duyệt đăng: 15/10/2024

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) là một ung thư thường gặp, nguyên nhân tử vong hàng đầu trong các bệnh ung thư. Phẫu thuật khi bệnh ở giai đoạn sớm là phương pháp điều trị hiệu quả. Có một số yếu tố giúp xác định giai đoạn, hạch trung thất có vai trò quan trọng nên cần đánh giá đặc điểm hạch trung thất và kết quả phẫu thuật.

**Phương pháp:** Hồi cứu mô tả các trường hợp UTPKTBN giai đoạn sớm; có đánh giá hạch trung thất và phẫu thuật cắt phổi (VATS) tại bệnh viện Thống Nhất từ tháng 01/2020 đến tháng 01/2024.

**Kết quả:** 51 trường hợp, 32 nam, 19 nữ. Tuổi trung bình là 59,1 tuổi. Bệnh có triệu chứng 72,5%; 100% chụp CT, 1 trường hợp chụp PET. 14 trường hợp nạo hạch thấy trong phẫu thuật. Trước phẫu thuật: Hạch N1 là 11,7%, sau phẫu thuật hạch N1 là 11,7%, N2 là 11,7%. Mô bệnh học Adenocarcinoma 64,7%. Thời gian phẫu thuật trung bình:  $119,2 \pm 33,79$  phút. Thời gian nằm viện trung bình:  $10,8 \pm 02,1$  ngày. 06 trường hợp chuyển phẫu thuật mở. Biến chứng viêm phổi 29,4%; rò khí dai dẳng là 09,6%; chảy máu 15,7% (01 trường hợp chảy máu động mạch tại miệng cắt khi dùng 1 stapler cắt 02 động mạch cùng lúc). Không có trường hợp tử vong phẫu thuật.

**Kết luận:** Xác định giai đoạn bệnh có vai trò rất quan trọng trong điều trị UTPKTBN giai đoạn sớm. Hạch di căn thay đổi khi phẫu thuật đánh giá, có 23,4% hạch di căn phát hiện trong phẫu thuật. Cắt thùy phổi nội soi với video hỗ trợ cho kết quả khả quan.

**Từ khóa:** Ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN), giai đoạn sớm, phẫu thuật nội soi.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) là loại ung thư hay gặp và gây tử vong hàng đầu trên thế giới. Điều trị triệt để là thách thức với y học, có nhiều phương pháp được áp dụng: Xạ trị, hóa trị (tân bổ trợ, bổ trợ), điều trị trúng đích, điều trị miễn dịch, nâng đỡ v.v.... Ở giai đoạn sớm, phẫu thuật cắt thùy phổi rất hiệu quả [1], [2]. Xác định chính xác giai đoạn bệnh mang tính quyết định, một số nghiên cứu gần đây nêu ra vấn đề đánh giá lại giai đoạn bệnh trước và sau phẫu thuật bởi tính chất tổn thương hạch bạch huyết (vùng, trung thất) có thể biến đổi bởi những phát hiện chỉ có trong phẫu thuật và giải phẫu bệnh sau đó [2], [3]. Nghiên cứu này nhằm: *Đánh giá hạch bạch huyết ở bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn sớm và kết quả phẫu thuật tại bệnh viện Thống Nhất.*

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Toàn bộ bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn sớm được phẫu thuật tại bệnh viện Thống Nhất từ 01/2020 – 01/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân có mô học là UTPKTBN, giai đoạn I-II, được điều trị phẫu thuật. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả loạt ca.

**2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** Vì là nghiên cứu hồi cứu trường hợp nhóm bệnh ít gặp, chúng tôi thu thập mẫu gồm tất cả trường hợp thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu.

**2.4. Quy trình và đánh giá**

- Chẩn đoán: Chụp cắt lớp điện toán lồng ngực cản

\*Tác giả liên hệ

Email: dokimque@gmail.com Điện thoại: (+84) 913977628 <https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD10.1639>

quang, nội soi phế quản kết hợp sinh thiết, sinh thiết u xuyên thành dưới hướng dẫn chụp cắt lớp điện toán.

- Phân loại mô bệnh học theo WHO-2015 [4]. Đánh giá giai đoạn theo AJCC – 8th [5].

- Khảo sát hạch vùng, hạch trung thất: Trước phẫu thuật: Chụp cắt lớp điện toán (CT), chụp tán xạ positron (PET). Hạch (+) khi to hoặc tăng chuyên hóa. Sau phẫu thuật: Nạo hạch rốn phổi và trung thất thấy trong mổ. Hạch (+) xác định bằng giải phẫu bệnh.

- Phẫu thuật: gây mê nội phế quản chọn lọc, nằm nghiêng. Đặt scope 10 mm liên sườn VII nách giữa, trocar 5 liên sườn VIII và mở ngực nhỏ 3-5 cm qua liên sườn

4,5. Phẫu tích, cắt bằng stapler hoặc khâu cột mạch máu phổi, phế quản; nạo hạch (rốn phổi, trung thất thấy trong mổ).

- Theo dõi: Ngắn hạn đến khi ra viện.

**2.5. Thu thập và xử lý số liệu:** Thu thập các biến số liên quan tuổi, giới, triệu chứng, đặc điểm hạch, phẫu thuật, biến chứng. Số liệu được so sánh và đánh giá theo các phép kiểm thích hợp.

**2.6. Khía cạnh y đức:** Toàn bộ số liệu thu thập qua hồ sơ bệnh án lưu, không tiếp xúc trực tiếp bệnh nhân. Nghiên cứu được Hội đồng y đức bệnh viện Thống Nhất thông qua theo quy trình rút gọn.

### 3. KẾT QUẢ

#### 3.1. Đặc điểm bệnh nhân, hạch bạch huyết

**Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân, hạch bạch huyết**

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Hạch trước phẫu thuật		Hạch sau phẫu thuật		P
			N0	N1	N0	N1/N2	
Giới tính	Nam	32 (62,75%)	28 (54,9%)	4 (7,8%)	23 (45,1%)	16(31,4%)	0,62
	Nữ	19 (37,3%)	17 (33,3%)	2 (3,9%)	9 (17,6%)	3 (5,9%)	
Tuổi trung bình (năm)	< 60	21 (41,2%)	19 (37,3%)	2 (3,9%)	17 (33,3%)	4 (7,8%)	0,31
	≥ 60 đến < 80	28 (54,9%)	25 (49,1%)	3 (5,9%)	21(41,2%)	7(13,7%)	
	≥ 80	2 (3,9%)	1 (1,9%)	1 (1,9%)	1 (1,9%)	1 (1,9%)	
Triệu chứng	Có triệu chứng	37 (72,5%)	33 (64,7%)	4 (7,8%)	30 (58,8%)	7(13,7%)	0,46
	Không triệu chứng	14 (27,5%)	12 (23,5%)	2 (3,9%)	9 (17,6%)	5 (9,8%)	
Xác định hạch	Cắt lớp điện toán	51 (100%)	46 (90,2%)	5 (9,8%)	N/A	N/A	0,64
	Cắt lớp tán xạ positron	1 (1,9%)	N/A	1 (1,9%)	N/A	N/A	
	Sinh thiết trong mổ	14 (21,6%)	N/A	N/A	2(3,9%)	6N1(11,7%) 6N2(11,7%)	
Mô bệnh học	Adenocarcinoma	33 (64,7%)	N/A		N/A		N/A
	Squamous cell	14 (27,5%)					
	Khác	4 (7,8%)					

Giới tính nam là 62,7%, nữ là 37,3%. Tỷ lệ nam/nữ là 1,68/1. Tuổi trung bình là 59,1 ± 08,43. Tuổi cao nhất 83 tuổi. Độ tuổi từ 60 - 80 chiếm 54,9%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nam, nữ (p = 0,62), khoảng tuổi (p = 0,31). 100% bệnh nhân được chụp ngực cắt lớp điện toán có cản quang; có 01 trường hợp kết quả nghi ngờ, chuyển chụp cắt lớp tán xạ positron (PET). Tỷ lệ Hạch N1 trước phẫu thuật là 11,7% (nhóm có triệu chứng là 7,8%, không triệu chứng là 3,9%). 14 trường hợp phát hiện và nạo hạch trong phẫu thuật, xét nghiệm giải phẫu bệnh: Có 02 trường hợp hạch viêm; 12 trường hợp hạch di căn 23,5%, trong đó 06 hạch N1 chiếm 11,7%, và 06 hạch N2 chiếm 11,7%. Khác nhau hạch di căn trước và sau phẫu thuật không có ý nghĩa thống kê (p = 0,64). Mô bệnh học Adenocarcinoma là 64,7%.

### 3.2. Kết quả phẫu thuật

51 trường hợp đều được phẫu thuật cắt thùy phổi với video hỗ trợ, có 06 trường hợp phát hiện hạch trung thất, u vị trí không thuận lợi chuyên phẫu thuật mở, cắt thùy phổi và nạo hạch trung thất. Thời gian phẫu thuật trung bình là 119,2 ± 33,79 phút. Thời gian nằm viện trung bình: 10,8 ± 02,1 ngày. Lượng máu mất trung bình ghi nhận qua bình hút là 149,1 ± 51,8 ml.

### 3.3. Một số biến chứng phẫu thuật

**Bảng 2. Biến chứng trong và sau phẫu thuật**

Biến chứng	n	Tỷ lệ (%)	p
Viêm phổi	15	29,4	0,57
Rò khí >24 giờ	10	19,6	
Rò khí >05 ngày	5	9,6	
Chảy máu	8	15,7	
Nhiễm trùng	4	7,8	
Rung nhĩ	2	3,9	
Tử vong	0	0	

Biến chứng viêm phổi 29,4%; rò khí dai dẳng (rò khí > 5 ngày) là 9,6%; chảy máu 8 trường hợp: Có 1 trường hợp chảy máu động mạch tại miệng cắt khi dùng 1 stapler cắt 2 động mạch cùng lúc. Không có trường hợp tử vong phẫu thuật.

## 4. BÀN LUẬN

Vai trò của yếu tố N - “Hạch trung thất” ngày càng được xác định và đề cao trong định giai đoạn theo T, N, M, cũng như chiến lược điều trị UTPKTBN. Ở giai đoạn sớm [1], việc có hay không khối u liên quan đến các hạch bạch huyết trung thất vẫn là một trong những yếu tố quan trọng nhất trong việc lựa chọn bệnh nhân để điều trị phẫu thuật. Trong nghiên cứu chúng tôi, 100% bệnh nhân được đánh giá hạch qua chụp cắt lớp điện toán và 01 trường hợp được chụp cắt lớp tán xạ positron xác định hạch di căn. Điều này cũng phù hợp với sự xác nhận bệnh lý khi khối u (T) và hạch (N) to, “bắt thuốc” dựa vào kết quả chụp ngực cắt lớp điện toán có cản quang (CT) hoặc tình trạng tăng hoạt động chuyển hóa trên chụp cắt lớp tán xạ positron (PET) được khuyến cáo ở những bệnh nhân có khả năng phẫu thuật [6]. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh vai trò và độ chính xác của PET nhưng điều kiện thực tế về chi phí cao trong khi CT lại có độ chính xác khả dụng, nên PET không phổ biến. Trong nghiên cứu chúng tôi cũng sử dụng CT chẩn đoán là chính.

Tuy nhiên, CT và PET có tỉ lệ âm tính giả. Theo như Lee PC [7] phát hiện 6,5% trường hợp tổn thương nguyên

phát T1 có N2 tiềm ẩn mặc dù CT và PET trung thất âm tính. Merritt và cộng sự [8] báo cáo nạo hạch có thể không được thực hiện triệt để ở bệnh nhân phẫu thuật. Boffa và cộng sự [9] cũng ghi nhận 10,3% tăng giai đoạn từ N0 hoặc N1 lên N2. Trong nghiên cứu chúng tôi, yếu tố N (hạch) được đánh giá gồm cả giai đoạn trước, trong và sau phẫu thuật. Kết quả là có 14 trường hợp được thấy và nạo hạch trong lúc phẫu thuật thì có 12 trường hợp, chiếm 23%, có hạch di căn, gồm: 06 hạch N1 và 06 hạch N2 mà chẩn đoán tiền phẫu chưa phát hiện được. Nghiên cứu của Đỗ Kim Quê [10] cũng cho thấy tăng giai đoạn giải phẫu bệnh (T2-IIIa) sau phẫu thuật là 10,3%. Kết quả này góp phần làm rõ về tính chất, phân loại lâm sàng, giai đoạn bệnh có thể bị đánh giá thấp và bệnh nhân cần được phân loại lại trong và sau phẫu thuật [1], [6].

Cắt thùy phổi kết hợp với nạo vét hạch bạch huyết hoàn toàn được coi là tiêu chuẩn vàng trong điều trị ung thư phổi, đặc biệt là đối với bệnh giai đoạn I và II [1], [2]. Tuy nhiên, trong lúc hạch N1 có phần đơn giản thì 09 nhóm hạch trung thất (N2) đưa ra nhiều tình huống. Trong nghiên cứu chúng tôi, 06 trường hợp hạch N1 thấy và nạo trong phẫu thuật đều thực hiện qua VATS, còn lại 06 trường hợp thấy hạch N2 (11,7%) ở các vị trí 4,6,7,9 và các trường hợp này đều chuyển mổ mở để đánh giá và nạo hạch. Việc nạo hạch, cắt phổi trong VATS cần nghiêm ngặt, nếu cần nên chuyển phẫu thuật mở để bảo đảm hơn là cố gắng duy trì loại phẫu thuật. Theo Đỗ Kim Quê và cộng sự, không có sự khác nhau có ý nghĩa giữa kết quả VATS và phẫu thuật mở ở giai đoạn sớm [10]. Một phân tích tổng hợp đã kết luận rằng nạo hạch trung thất có hệ thống (nhóm 4, 7, 10 bên phải và 5, 6, 7 bên trái) có liên quan đến việc cải thiện tỷ lệ sống sót từ nhỏ đến trung bình so với chỉ lấy mẫu hạch [2]. Kết quả điều trị được cải thiện có thể phản ánh độ chính xác được cải thiện của việc xác định đúng giai đoạn bệnh [11]. Theo hướng này, hướng dẫn của Hiệp hội phẫu thuật lồng ngực Châu Âu (2006) khuyến nghị nạo hạch bạch huyết có hệ thống trong mọi trường hợp. Nạo hạch N1 với T1 ngoại vi nếu hạch rốn phổi và hạch liên thùy phổi có kết quả âm tính qua sinh thiết lạnh [12].

Phẫu thuật cắt thùy phổi với video hỗ trợ có nhiều ưu điểm, nổi bật là giảm đau sau phẫu thuật. Đau sau phẫu thuật được ghi nhận lên tới 50 - 70% vào thời điểm sau mổ 2 tháng ở những trường hợp phẫu thuật mổ mở có dùng banh ngực. Đau có thể gây ra các biến chứng sau phẫu thuật [10], [13]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật trung bình 119,2 phút, thời gian hồi sức tích cực khoảng 1 ngày và bệnh nhân sinh hoạt tự thân vào ngày 02 hậu phẫu. Tương tự, phẫu thuật nội soi góp phần làm giảm chấn thương phẫu thuật, bảo tồn cơ học thành ngực, giảm tỉ lệ mắc bệnh và tử vong sau phẫu thuật, tình trạng mê sảng sau phẫu thuật và cho phép giảm nhu cầu thuốc gây mê và cuối cùng là thúc đẩy thời gian phục hồi nhanh hơn [13].

Biến chứng VATS có thể được phân loại theo định nghĩa, mức độ tổn thương hay thời điểm xuất hiện.

Trong nghiên cứu chúng tôi, biến chứng viêm phổi 29,4%, trong đó có 04 trường hợp viêm phổi suy hô hấp có hỗ trợ thở máy kéo dài 24 giờ, cai máy dần và tự thở có oxy mũi trong 48 giờ tiếp theo. Rò khí dai dẳng (rò khí > 5 ngày) là 9,6% được duy trì dẫn lưu màng phổi tập thở, dinh dưỡng, hết rò khí sau 08 ngày, kiểm tra x quang phổi tràn khí giảm dần và hết (không phẫu thuật lại khâu rò); Rò khí > 24 giờ hậu phẫu chủ yếu liên quan quá trình phẫu tích gốc thùy phổi ở các rãnh liên thùy không hoàn toàn. Chảy máu 08 trường hợp: Có 01 trường hợp chảy máu động mạch tại miệng cắt khi dùng 1 stapler cắt 02 động mạch cùng lúc. 02 trường hợp chảy máu bề mặt nhu mô do gỡ dính, mổ lại cầm máu, bù dịch và yếu tố đông máu. Không có trường hợp tử vong phẫu thuật. Nhìn chung, nguy cơ biến chứng sau phẫu thuật ung thư phổi dao động từ 6,7% đến 50%, tỉ lệ tử vong do cắt thùy phổi dao động từ 2 – 4%, cắt thùy phổi hình nêm 2 – 11% và cắt phổi 6 – 8%, ARDS có tỷ lệ mắc khoảng 5% sau khi cắt bỏ phổi, rò khí dai dẳng dao động từ 2 – 13%, viêm phổi 2 – 22% [13].

## 5. KẾT LUẬN

Xác định giai đoạn bệnh có vai trò rất quan trọng trong điều trị UTPKTBN giai đoạn sớm. Tình trạng hạch di căn thay đổi khi phẫu thuật đánh giá, có 23,4% hạch di căn phát hiện trong phẫu thuật. Cắt thùy phổi nội soi với video hỗ trợ cho kết quả khả quan. Tỉ lệ biến chứng tương tự nghiên cứu khác.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] J Remon, J-C Soria et al. Early and locally advanced non-small-cell lung cancer: an update of the ESMO Clinical Practice Guidelines focusing on diagnosis, staging, systemic and local therapy. *Ann Oncol* 2021 Dec;32[12]:1637-1642.
- [2] Manser R, Wright G et al. Surgery for early stage non-small cell lung cancer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005; Jan 25;2005(1):CD004699.
- [3] Detterbeck FC et al. The IASLC Lung Cancer Staging Project: Methodology and Validation Used in the Development of Proposals for Revision of the Stage Classification of NSCLC in the Forthcoming (Eighth) Edition of the TNM Classification of Lung Cancer. *J Thorac Oncol*. 2016 Sep;11[9]:1433-46.
- [4] William D Travis et al. Introduction to The 2015 World Health Organization Classification of Tumors of the Lung, Pleura, Thymus, and Heart. *J Thorac Oncol*. 2015 Sep;10[9]:1240-1242.
- [5] Omar Lababede et al. The Eighth Edition of TNM Staging of Lung Cancer: Reference Chart and Diagrams. *Oncologist*. 2018 Jul; 23[7]: 844–848.
- [6] Mia Schmidt-Hansen et al. PET-CT for assessing mediastinal lymph node involvement in patients with suspected resectable non-small cell lung cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2014 Nov 13;2014[11]: CD009519.
- [7] Lee PC et al. Risk factors for occult mediastinal metastases in clinical stage I non-small cell lung cancer. *Ann Thorac Surg*. 2007 Jul;84(1):177-81.
- [8] Merritt RE, Hoang CD, Shrager JB: Lymph node evaluation achieved by open lobectomy compared with thoracoscopic lobectomy for N0 lung cancer. *Ann Thorac Surg* 2013; 96:1171 1177.
- [9] Boffa DJ, Kosinski AS, Paul S, Mitchell JD, Onaitis M: Lymph node evaluation by open or video-assisted approaches in 11,500 anatomic lung cancer resections. *Ann Thorac Surg* 2012; 94:347–53.
- [10] Đỗ Kim Quế. Điều trị phẫu thuật ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn sớm: phẫu thuật mở so với phẫu thuật nội soi lồng ngực. *Tạp chí y học Thành phố Hồ Chí Minh*, phụ bản tập 23 số 1, 2019.
- [11] Gajra A et al. Effect of number of lymph nodes sampled on outcome in patients with stage I non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol*. 2003;21[6]:1029.
- [12] Lardinois D et al. ESTS guidelines for intraoperative lymph node staging in non-small cell lung cancer. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2006;30[5]:787.
- [13] Sylvain Gagné et al. Modifiable risk factors for patients undergoing lung cancer surgery and their optimization: a review. *J Thorac Dis*. 2018 Nov; 10(Suppl 32): S3761–S3772.