CERVICAL LYMPH NODE METASTASIS AFTER ELECTIVE NECK DISSECTION IN HIGH-RISK PAROTID GLAND CARCINOMA

Nguyen Viet Dung[1], Phan Van Manh[1*], Truong Thanh Tri[2], Nguyen Xuan Truc[1]

[1]*Department of Head and Neck Surgery - Otorhinolaryngology, Ho Chi Minh city Oncology Hospital - No, 12, 400 Street, Tang Nhon Phu Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam*
[2]*Department of Oncology, University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh city - 217 Hong Bang, Cho Lon Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam*

Received: 01/06/2026
Revised: 25/07/2026; Accepted: 05/08/2026

ABSTRACT

Objectives: Survey of the rate of occult cervical lymph node metastasis and identification of associated factors in high-risk parotid cancer patients with cervical lymphadenopathy.

Methods: We conducted a retrospective descriptive case-series study of clinically node-negative patients with high-risk parotid gland carcinoma who underwent total parotidectomy combined with elective neck dissection at the Department of Head and Neck Surgery - Otorhinolaryngology, Ho Chi Minh city Oncology Hospital, from January 1, 2022 to July 1, 2025.

Results: A total of 42 patients with high-risk parotid gland carcinoma underwent surgery. The mean age was 50.6 years (95% CI: 16-80 years), with a female-to-male ratio of 1.2/1. Most tumors were at an advanced clinical stage (cT3, cT4), accounting for 83.3% of cases. High-risk histopathologic subtypes comprised 57.1% of the cohort. The postoperative rate of histologically confirmed cervical lymph node metastasis was 40.5%. An independent association was found between high-risk histopathologic subtype and cervical lymph node metastasis rate (p = 0.024).

Conclusions: Cervical lymph node metastasis is common in high-risk parotid gland carcinoma. Elective neck dissection should be considered, particularly in cases with high-risk histopathologic features.

Keywords: High-risk parotid gland carcinoma, occult cervical lymph node metastasis, high-risk histopathology, elective neck dissection.

*Corresponding author
Email: phanvanmanh208@gmail.com **Phone**: (+84) 365813818 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6120

KẾT QUẢ DI CĂN HẠCH SAU PHẪU THUẬT NẠO HẠCH CỔ DỰ PHÒNG TRONG UNG THƯ TUYẾN MANG TAI CÓ NGUY CƠ CAO

Nguyễn Việt Dũng[1], Phan Văn Mạnh[1*], Trương Thành Trí[2], Nguyễn Xuân Trực[1]

[1]Khoa Ngoại Đầu cổ - Tai mũi họng, Bệnh viện Ung Bướu thành phố Hồ Chí Minh - Số 12 Đường 400, P. Tăng Nhơn Phú, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam
[2]Bộ môn Ung thư, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh - 217 Hồng Bàng, P. Chợ Lớn, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận: 01/06/2026
Ngày sửa: 25/07/2026; Ngày đăng: 05/08/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ di căn hạch cổ âm thầm và xác định một số yếu tố liên quan trong nhóm bệnh nhân ung thư tuyến mang tai nguy cơ cao có hạch cổ.

Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca, bệnh nhân ung thư tuyến mang tai nguy cơ cao có hạch cổ âm tính trên lâm sàng được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến mang tai kết hợp nạo hạch cổ dự phòng, tại Khoa Ngoại Đầu cổ - Tai mũi họng, Bệnh viện Ung Bướu thành phố Hồ Chí Minh từ ngày 1/1/2022 đến ngày 1/7/2025.

Kết quả: 42 trường hợp ung thư tuyến mang tai thuộc nhóm nguy cơ cao được phẫu thuật với tuổi trung bình là 50,6 tuổi (KTC 95%: 16-80 tuổi). Tỷ lệ nữ/nam là 1,2/1. Bướu ở giai đoạn tiến triển (cT3, cT4) chiếm đa số (83,3%). Nhóm mô học nguy cơ cao chiếm 57,1%. Tỷ lệ di căn hạch xác định sau phẫu thuật là 40,5%. Có mối liên quan độc lập giữa nhóm nguy cơ mô bệnh học và tỷ lệ di căn hạch cổ (p = 0,024).

Kết luận: Di căn hạch cổ trong ung thư tuyến mang tai thuộc nhóm nguy cơ cao có tỷ lệ cao. Cần cân nhắc nạo hạch cổ dự phòng đối với các trường hợp mô bệnh học nguy cơ cao.

Từ khóa: Ung thư tuyến mang tai nguy cơ cao, di căn hạch cổ âm thầm, mô bệnh học nguy cơ cao, nạo hạch cổ dự phòng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến nước bọt đứng thứ 28 về tần suất và 27 về tử suất trên toàn thế giới theo dữ liệu GLOBOCAN 2022. Bệnh chiếm 5% trong các loại ung thư đầu cổ, trong đó ung thư tuyến mang tai chiếm ưu thế với khoảng 70% các trường hợp [1].

Phẫu thuật là mô thức điều trị chính của ung thư tuyến mang tai, đánh giá tình trạng hạch cổ có ý nghĩa then chốt giúp định hướng điều trị và tiên lượng bệnh. Xác định hạch cổ âm tính trên lâm sàng (cN0) dựa trên thăm khám lâm sàng và các phương tiện chẩn đoán hình ảnh không nghi ngờ di căn hạch hoặc có nghi ngờ nhưng kết quả chọc hút bằng kim nhỏ (FNA) âm tính. Tuy nhiên, trên thực tế lâm sàng, các phương pháp này vẫn có thể bỏ sót một tỷ lệ đáng kể các trường hợp di căn hạch, đặc biệt là di căn vi thể. Điều này dẫn đến nguy cơ điều trị không đầy đủ, tiềm ẩn khả năng tái phát và có thể ảnh hưởng xấu đến kết cục sống còn [2].

Tỷ lệ di căn hạch cổ âm thầm trong ung thư tuyến mang tai dao động từ 35-55% ở nhóm nguy cơ cao (bao gồm giai đoạn bướu cT3, cT4 hoặc nhóm mô bệnh học nguy cơ (MBHNC) cao [3-5]. Hiện nay, có sự tương đồng trong khuyến nghị về việc quản lý hạch cổ trong ung thư tuyến mang tai, cN0 có nguy cơ cao, từ các hiệp hội như Mạng lưới Ung thư Toàn diện Quốc gia Hoa Kỳ (NCCN), 2025 [6], Hiệp hội Ung thư Nội khoa châu Âu (ESMO), 2022 [7], Hiệp hội Ung thư lâm sàng Hoa Kỳ (ASCO), 2021 [8], ủng hộ cho việc nạo hạch cổ dự phòng nhóm II, III, IV có hoặc không kèm nhóm I hoặc V, tuy nhiên chủ yếu dựa trên các dữ liệu từ nghiên cứu hồi cứu nên mức độ bằng chứng chưa cao.

Mục tiêu của nghiên cứu này nhằm đánh giá tỷ lệ di căn hạch âm thầm ở bệnh nhân ung thư tuyến mang tai nguy cơ cao và xác định các mối tương quan giữa các yếu tố nguy cơ về lâm sàng - mô bệnh học đối với tình trạng di căn hạch cổ.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Dân số chọn mẫu là bệnh nhân ung thư tuyến mang tai được điều trị tại Khoa Ngoại Đầu cổ - Tai mũi họng, Bệnh viện Ung Bướu thành phố Hồ Chí Minh từ ngày 1/1/2022 đến ngày 1/7/2025.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh khi có tất cả tiêu chí sau: giai đoạn cT3-4 hoặc thuộc MBHNC cao; có hạch cổ âm tính trên lâm sàng; được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến mang tai kết hợp nạo hạch cổ dự phòng nhóm II, III, IV có hoặc không kèm nhóm I hoặc V.

- Tiêu chuẩn loại trừ khi có một trong những tiêu chuẩn sau: có di căn xa được chẩn đoán trước phẫu thuật; bệnh nhân có kèm ung thư khác.

*Tác giả liên hệ
Email: phanvanmanh208@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 365813818 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6120

Bảng 1. Phân loại MBHNC cao theo ASCO (2021) [8]

Carcinoma bọc dạng tuyến	Carcinoma kém biệt hóa	Carcinoma không biệt hóa
		Carcinoma thần kinh nội tiết tế bào lớn
		Carcinoma thần kinh nội tiết tế bào nhỏ
Carcinoma nhầy bì, grad cao	Carcinoma tuyến đa hình grad cao	
	Carcinoma dạng lympho biểu mô	
Carcinoma ống tuyến nước bọt	Carcinoma tuyến nước bọt không đặc hiệu, grad cao	
Carcinoma-sarcoma	Carcinoma với thành phần u tuyến đa hình xâm lấn ngoài tuyến hoặc grad cao	

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

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm Stata MP 17.0.

Phân tích mối tương quan giữa hạch di căn âm thầm và các biến số sử dụng test Chi bình phương hoặc Fisher. Ngưỡng có ý nghĩa thống kê khi p ≤ 0,05 với độ tin cậy 95%. Phân tích đa biến bằng mô hình Poisson-robust.

2.4. Vấn đề y đức

Đây là nghiên cứu hồi cứu mô tả, ghi nhận thông tin từ hồ sơ bệnh án, không can thiệp vào quá trình chẩn đoán hay điều trị. Các dữ kiện chuyên môn về điều trị theo hướng dẫn điều trị của các hiệp hội có uy tín trên thế giới.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

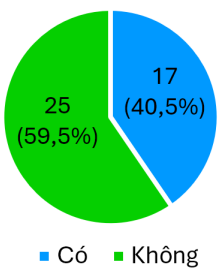
Nghiên cứu có 42 trường hợp, độ tuổi trung bình là 50,6 tuổi (KTC 95%: 16-80 tuổi), tỷ lệ nữ/nam là 1,2/1.

Bảng 2. Các đặc điểm về lâm sàng và mô bệnh học (n = 42)

Đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học		n	%
Đau	Có	2	4,8
	Không	40	95,2
Xâm lấn da	Có	12	28,6
	Không	30	71,4
Liệt thần kinh mặt	Có	11	26,2
	Không	31	73,8
Giai đoạn bướu	T2	7	16,7
	T3	13	30,9
	T4	22	52,4
Nhóm mô học nguy cơ	Cao	24	57,1
	Thấp	18	42,9

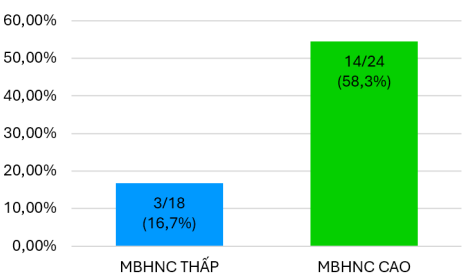
Bảng 2 thể hiện các đặc điểm về lâm sàng và mô bệnh học. Theo đó, tất cả bệnh nhân được nạo hạch cổ nhóm II, III và IV. Nạo mở rộng sang nhóm I được thực hiện ở 9/42 trường hợp (21,4%), trong đó 8 trường hợp bướu nằm ở mặt trước, gần đường dẫn lưu bạch huyết của nhóm I và 1 trường hợp khi phẫu thuật viên nghi ngờ di căn hạch nhóm I trong phẫu thuật. Nạo mở rộng sang nhóm V được thực hiện ở 3/42 trường hợp (7,1%), là những trường hợp bướu nằm ở mặt sau, gần đường dẫn lưu bạch huyết nhóm V.

3.2. Di căn hạch cổ âm thầm

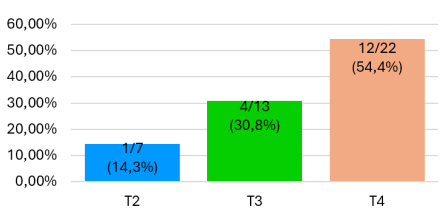


Biểu đồ 1. Tỷ lệ di căn hạch cổ âm thầm

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ di căn hạch cổ âm thầm là 40,5%.



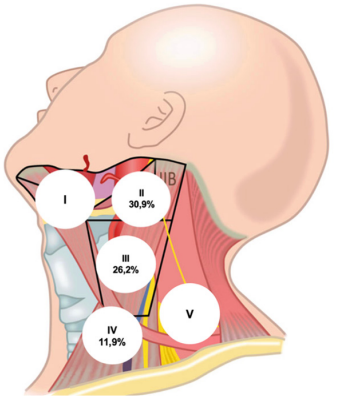
Biểu đồ 2. Di căn hạch cổ theo nhóm nguy cơ mô bệnh học



Biểu đồ 3. Di căn hạch cổ theo giai đoạn bướu

Bảng 3. Di căn hạch cổ âm thầm theo theo giai đoạn bướu và nhóm nguy cơ mô bệnh học

Mức độ di căn	MBHNC cao	MBHNC thấp
T2	1/7 (14,3%)	-
T3	3/6 (50%)	1/7 (14,3%)
T4	10/11 (90,9%)	2/11 (18,2%)



Hình 1. Tỷ lệ di căn hạch âm thầm theo từng nhóm hạch cổ

Tất cả bệnh nhân đều được nạo hạch cổ nhóm II-IV, tỷ lệ di căn hạch cổ cao nhất ở nhóm II (30,9%); nhóm III và IV có tỷ lệ thấp hơn, lần lượt là 26,2% và 11,9%.

Trong nghiên cứu chúng tôi, có 9 bệnh nhân được nạo thêm hạch nhóm I, tỷ lệ di căn hạch là 33,3%, kết quả ghi nhận: 2 trường hợp di căn hạch cổ nhóm I, II và 1 trường hợp di căn hạch cổ nhóm I, II, III. 3 bệnh nhân được nạo thêm nhóm V, có 1 trường hợp (33,3%) di căn hạch cổ nhóm II, V.

3.3. Mối tương quan giữa tình trạng di căn hạch cổ âm thầm với các đặc điểm lâm sàng giai đoạn bướu và nhóm nguy cơ mô bệnh học

Bảng 4. Phân tích đơn biến và đa biến của mối tương quan giữa tình trạng di căn hạch cổ âm thầm với các yếu tố liên quan

Đặc điểm	Đơn biến		Đa biến	
	p	RR (KTC 95%)	p	aRR (KTC 95%)
Giới tính				
Nam	0,037	2,22 (1,01-4,88)	0,27	1,48 (0,74-2,97)
Nữ				
Hút thuốc lá				
Có	0,085	1,91 (0,9-4,02)	0,34	1,22 (0,86-3,07)
Không				
Đau				
Có	0,079	2,67 (1,79-3,98)	0,701	1,09 (0,69-1,73)
Không				
Liệt thần kinh mặt				
Có	0,069	1,97 (1,01-3,89)	0,164	1,51 (0,84-2,7)
Không				
Giai đoạn bướu				
T3-T4	0,122	3,2 (0,50-20,35)	0,142	4,11 (0,62-27,07)
T2				
MBHNC				
Cao	0,006	3,5 (1,18-10,38)	0,024	3,73 (1,19-11,68)
Thấp				

MBHNC cao có liên quan độc lập với tình trạng di căn hạch cổ âm thầm trong phân tích đơn biến và đa biến.

4. BÀN LUẬN

Vẫn còn nhiều tranh cãi trong điều trị hạch cổ ở bệnh nhân ung thư tuyến mang tai có nguy cơ cao cN0. Tuy nhiên có nhiều nghiên cứu báo cáo tỷ lệ di căn hạch cổ âm thầm khá cao, dao động từ 35-55% [3-5]. Ali S và cộng sự (2014) đã tiến hành nghiên cứu trên 74 bệnh nhân, nhận thấy tỷ lệ di căn hạch cổ âm thầm đối với nhóm nguy cơ cao là 35%, có mối liên quan mạnh mẽ giữa giai đoạn bướu T3, T4 và MBHNC cao với di căn hạch cổ [3]. Tương tự, Wang W và cộng sự (2025) nghiên cứu trên 136 bệnh nhân, cho thấy tỷ lệ này là 55,2%, kết quả cũng ghi nhận nạo hạch cổ dự phòng giúp cải thiện đáng kể thời gian sống không bệnh, trung vị 70 tháng so với 22 tháng ở nhóm không nạo hạch (p = 0,007; HR = 2,147; 95% CI: 1,200-3,842), phản ánh vai trò quan trọng của phẫu thuật này trong việc giảm nguy cơ tái phát bệnh [9]. Những kết quả này tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ di căn hạch cổ âm thầm là 40,5%. Trên cơ sở đó, đã có sự đồng thuận của các hiệp hội chuyên ngành ung thư như NCCN [6], ESMO [7], ASCO [8] trong khuyến nghị về việc nạo hạch cổ trong ung thư tuyến mang tai, cN0 có nguy cơ cao.

Nhóm MBHNC cao trước phẫu thuật có tỷ lệ di căn hạch cổ âm thầm là 58,3% (14/24 trường hợp) cao gấp 3,5 lần so với MBHNC thấp (16,7%) và là yếu tố dự báo mạnh nhất, độc lập đối với di căn hạch cổ âm thầm trong ung thư tuyến mang tai cN0. Ở đơn biến, nhóm MBHNC cao làm tăng nguy cơ di căn hạch cổ âm thầm có ý nghĩa thống kê (RR = 3,5; KTC 95%: 1,18-10,38; p = 0,006). Khi đưa vào mô hình phân tích đa biến cùng các yếu tố lâm sàng quan trọng khác, chỉ còn nhóm nguy cơ mô bệnh học duy trì dự báo độc lập với di căn hạch cổ âm thầm (aRR = 3,73; p = 0,024). Yan F và cộng sự (2021) đã tiến hành phân tích gộp, trên 11.698 bệnh nhân ung thư tuyến mang tai cN0, cho thấy nhóm MBHNC cao có tỷ lệ di căn hạch cổ âm thầm cao gấp khoảng 3,8 lần so với nhóm nguy cơ thấp (RR = 3,76; KTC 95%: 2,89-4,89; p < 0,001) [10]. Cùng với xu hướng đó, Westergaard-Nielsen M và cộng sự (2020) phân tích gộp trên 2027 bệnh nhân ung thư tuyến mang tai được nạo hạch cổ dự phòng, nhóm MBHNC cao có tỷ lệ di căn hạch cổ âm thầm cao gấp 2,9 lần so với nhóm nguy cơ thấp (RR = 2,9; KTC 95%: 2,1-3,9; p < 0,001) [11]. Gần đây, một phân tích gộp trên 22.653 trường hợp của Xiao C.C và cộng sự (2016) báo cáo tỷ lệ di căn hạch cổ âm thầm của nhóm nguy cơ cao gấp 5 lần nguy cơ thấp (RR = 5; KCT 4,5-5,55; p < 0,01) [12]. Tính nhất quán giữa y văn và kết quả của chúng tôi củng cố nhận định rằng, phân tầng nhóm nguy cơ mô bệnh học trước mổ là chỉ dấu dự báo quan trọng đối với di căn hạch cổ âm thầm trong ung thư tuyến mang tai.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân có giai đoạn bướu tiến triển (cT3, cT4) có tỷ lệ di căn hạch cổ âm thầm sau phẫu thuật là 45,7% (16/35 trường hợp), tỷ lệ này cao hơn khoảng 3,2 lần so với nhóm bệnh nhân có giai đoạn bướu sớm hơn (cT2) khi chỉ ghi nhận tỷ lệ di căn là 14,3% (1/7 trường hợp). Nghiên cứu của Armstrong J.G và cộng sự (1992) được xem là một trong những đánh giá tỷ lệ di căn hạch cổ âm thầm đầu tiên, kết quả ghi nhận tỷ lệ di căn hạch cổ âm thầm là 16% ở T3 và 24% ở T4, so với 7% ở nhóm T1-2 [13]. Sau đó, có nhiều phân tích gộp với cỡ mẫu lớn cho kết quả tương tự như Yan F và cộng sự (2021) [14], Westergaard-Nielsen M và cộng sự (2020) [11] đã báo cáo tỷ lệ di căn hạch cổ âm thầm đối với nhóm giai đoạn bướu tiến triển lần lượt là 33,9% và 36%; còn đối với nhóm giai đoạn bướu sớm thì tỷ lệ này ghi nhận khá thấp, lần lượt là 15,1% và 17%. Ngoài ra, trong 2 phân tích gộp này đều thấy được mối tương quan có ý nghĩa thống kê đối với nhóm giai đoạn bướu và di căn hạch cổ âm

thầm (p < 0,05). Những dữ liệu nhất quán từ các nghiên cứu này cho thấy giai đoạn bướu trước phẫu thuật có mối liên quan trực tiếp và có ý nghĩa lâm sàng đến khả năng di căn đến các hạch cổ. Tuy nhiên, điều đáng chú ý trong nghiên cứu của chúng tôi là sự khác biệt về tỷ lệ di căn hạch cổ âm thầm ở những bệnh nhân có giai đoạn bướu tiến triển tại chỗ (cT3, cT4) so với những bệnh nhân có giai đoạn bướu sớm hơn (cT2) là rất lớn về mặt lâm sàng, nhưng lại không đạt được ý nghĩa thống kê (p > 0,05). Tỷ số nguy cơ (RR) được tính toán là 3,2, nhưng khoảng tin cậy 95% (KTC 95%) lại rất rộng (dao động từ 0,50-20,35). Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu của quần thể nghiên cứu còn hạn chế; bên cạnh đó trong quần thể nghiên cứu, các bướu cT3, cT4 thường thuộc nhóm MBHNC cao. Do đó, khi cả hai được đưa vào cùng một mô hình hồi quy, biến số có mối liên quan mạnh hơn với kết cục là nhóm nguy cơ mô bệnh học phản ánh bản chất sinh học bướu chiếm ưu thế về mặt thống kê, trong khi ảnh hưởng của biến số giai đoạn bướu bị lu mờ. Tuy nhiên kết quả đã cho thấy có một xu hướng mạnh mẽ gia tăng nguy cơ di căn hạch cổ ở những bệnh nhân có giai đoạn bướu tiến triển tại chỗ (cT3, cT4), phù hợp với y văn, nhưng do hạn chế về cỡ mẫu, chúng tôi không thể chứng minh điều đó bằng ý nghĩa thống kê, vì vậy việc mở rộng nghiên cứu, gia tăng cỡ mẫu là việc làm cần thiết để làm sáng tỏ vấn đề nghiên cứu.

Phân tích sâu hơn dữ liệu từ nghiên cứu của chúng tôi có thể thấy rằng, khi kết hợp đồng thời hai yếu tố là giai đoạn bướu và nhóm nguy cơ mô bệnh học, cho thấy một sự phân tầng nguy cơ rất rõ ràng. Nhóm cT4-MBHNC cao, có tỷ lệ di căn hạch âm thầm lên đến 90,9% cao gấp 5 lần nhóm cT4, MBHNC thấp (18,2%). Ngoài ra ở nhóm cT3-MBHNC cao, tỷ lệ này là 50%, cao gấp 3,5 lần cT3, MBHNC thấp (14,3%). Khi đối chiếu với y văn, như trong nghiên cứu của Xiao C.C và cộng sự [12], phân tích ở nhóm MBHNC cao kèm giai đoạn cT3-cT4 cho thấy tỷ lệ di căn hạch cổ âm thầm khoảng 40-66%. Điều này cho thấy khi có đồng thời cả yếu tố nguy cơ cao về mô bệnh học và giai đoạn bướu tiến triển cho một tỷ lệ di căn hạch cổ âm thầm rất cao vượt xa ngưỡng có chỉ định nạo hạch cổ dự phòng trong ung thư tuyến mang tai theo các khuyến cáo hiện tại 15-20% theo ESMO [7].

Do đó, qua nghiên cứu của chúng tôi đã cho thấy rằng chiến lược nạo hạch cổ dự phòng cho hầu hết bệnh nhân ung thư tuyến mang tai cT3, cT4, đặc biệt là khi có bằng chứng về nhóm nguy cơ cao của mô bệnh học là phù hợp. Tình trạng hạch sau phẫu thuật còn giúp lựa chọn liều xạ trị bổ túc phù hợp. Qua đây củng cố cách tiếp cận nạo hạch cổ đối với trường hợp ung thư tuyến mang tai có nguy cơ cao cN0 (cT3, cT4 và hoặc MBHNC cao) tại Bệnh viện Ung Bướu thành phố Hồ Chí Minh là đáng tin cậy và cần thiết.

Mặc dù còn nhiều tranh luận về phạm vi nạo hạch dự phòng trong ung thư tuyến mang tai có nguy cơ cao do bằng chứng chủ yếu đến từ các nghiên cứu hồi cứu không đồng nhất về nhóm hạch cổ được khảo sát. Tuy nhiên đa phần nghiên cứu (bảng 5) nạo hạch cổ dự phòng từ nhóm I-V, đều chỉ ra rằng hạch cổ nhóm II-III là vị trí di căn thường gặp nhất, hạch cổ nhóm IV cũng chiếm tỷ lệ đáng kể, trong khi hạch cổ nhóm I và V chiếm tỷ lệ thấp hơn và tùy thuộc vào vị trí bướu.

Kết quả của chúng tôi phù hợp xu hướng này, với tỷ lệ phân bố hạch di căn nhóm II-IV lần lượt là 30,9%, 26,2% và 11,9%. Bên cạnh đó, 9 bệnh nhân có bướu ở nằm ở mặt trước được nạo thêm hạch cổ nhóm I, có 2 trường hợp di căn hạch cổ nhóm I, II và 1 trường hợp di căn hạch cổ nhóm I, II, III. Trong 3 trường hợp bướu nằm ở mặt sau được nạo thêm hạch cổ nhóm V, có 1 trường hợp di căn hạch cổ nhóm II và V. Những kết quả này phù hợp với các bằng chứng y khoa hiện tại và sinh lý dẫn lưu bạch huyết của tuyến mang tai của Abou-Foul A.K [15].

Khuyến cáo hiện tại (ASCO, NCCN, ESMO, REFCOR) đề nghị nạo hạch cổ dự phòng nhóm hạch cổ II-IV và cá thể hóa nhóm hạch cổ I, V cho ung thư tuyến mang tai cN0 thuộc nhóm nguy cơ cao.

Bảng 5. Tỷ lệ nhóm hạch di căn sau phẫu thuật

Tác giả						
n	Nhóm được nạo	Tỷ lệ di căn theo nhóm hạch				
		I	II	III	IV	V
Armstrong J.G và cộng sự (1992) [13]						
90	I-II-III-IV-V	10%	26,7%	23,3%	20%	3,3%
Ali S và cộng sự (2014) [3]						
74	I-II-III-IV-V	6,7%	28,3%	21,3%	10,8%	6,7%
Yin L và cộng sự (2017) [16]						
72	I-II-III-IV-V	8,3%	47,2%	22,2%	12,5%	9,7%
Nghiên cứu của chúng tôi (2025)						
42	II-III-IV ± I/V	33,3% (3/9 trường hợp)	30,9%	26,2%	11,9%	33,3% (1/3 trường hợp)

5. KẾT LUẬN

Kết quả của nghiên cứu xác định tỷ lệ di căn hạch cổ âm thầm trong ung thư tuyến nước bọt mang tai thuộc nhóm nguy cơ cao là tương đối cao, MBHNC cao có liên quan độc lập với tình trạng di căn hạch cổ âm thầm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] International Agency for Research on Cancer (IARC). Global cancer observatory: cancer today. World fact sheet, GLOBOCAN 2022, version 1.1, 08 Feb 2024.

[2] Song I.H et al. Accuracy of core needle biopsy versus fine needle aspiration cytology for diagnosing salivary gland tumors. Journal of Pathology and Translational Medicine, 2015, 49 (2): 136-43. doi: 10.4132/jptm.2015.01.03.

[3] Ali S et al. Treatment of the neck in carcinoma of the parotid gland. Annals of Surgical Oncology, 2014, 21 (9): 3042-8. doi: 10.1245/s10434-014-3681-y.

[4] Kawata R et al. Indication for elective neck dissection for N0 carcinoma of the parotid gland: a single institution's 20-year experience. Acta oto-laryngologica, 2010, 130 (2): 286-92. doi: 10.3109/00016480903062160.

[5] Stennert E et al. High incidence of lymph node metastasis in major salivary gland cancer. Archives of otolaryngology-head & neck surgery, 2003, 129 (7): 720-3. doi: 10.1001/archotol.129.7.720.

[6] National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN clinical practice guidelines in on-

cology: head and neck cancers, version 5.2025. Published 12 Aug 2025. Available at: NCCN.org.

[7] Van Herpen C et al. Salivary gland cancer: ESMO-EURACAN clinical practice guideline for diagnosis, treatment and follow-up. ESMO Open, 2022, 7 (6): 100574.

[8] Geiger Jessica L et al. Management of salivary gland malignancy: ASCO guideline. Journal of Clinical Oncology, 2021, 39 (17): 1909-1941.

[9] Wang W et al. Patterns of lymph node metastasis and treatment outcomes of parotid gland malignancies. BMC Oral Health, 2025, 25: 286. doi: 10.1186/s12903-025-05561-x

[10] Yan F et al. Elective neck dissection in salivary gland malignancies: systematic review and meta-analysis. Head Neck, 2022, 44 (2): 505-517. doi: 10.1002/hed.26923

[11] Westergaard-Nielsen M et al. Elective neck dissection in patients with salivary gland carcinoma: a systematic review and meta-analysis. J Oral Pathol Med, 2020, 49 (7): 606-616. doi: 10.1111/jop.13034.

[12] Xiao C.C et al. Predictors of nodal metastasis in parotid malignancies: a national cancer data base study of 22,653 patients. Otolaryngol Head Neck Surg. 2016; 154 (1): 121-130. doi: 10.1177/0194599815607449

[13] Armstrong J.G et al. The indications for elective treatment of the neck in cancer of the major salivary glands. Cancer, 1992, 69 (3): 615-9. doi: 10.1002/1097-0142.

[14] Yan F et al. Elective neck dissection in salivary gland malignancies: systematic review and meta-analysis. Head Neck, 2022, 44 (2): 505-517. doi: 10.1002/hed.26923

[15] Abou-Foul A.K. Surgical anatomy of the lymphatic drainage of the salivary glands: a systematic review. The Journal of Laryngology and Otology, 2020: 1-7. doi: 10.1017/s0022215120002054.

[16] Yin L et al. Distribution of lymph node metastasis from lymphoepithelial-like carcinoma of the parotid. Oncotarget, 2016, 8 (49): 84841-84846. doi: 10.18632/oncotarget.11002.