

TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ HẠCH CỔ ÁC TÍNH

Nguyễn Đức Hương¹

Bệnh viện Ung bướu Thành phố Hồ Chí Minh

<https://doi.org/10.60137/tmhvn.v69i63.97>

TÓM TẮT:

Đặt vấn đề: Hạch cổ là một trong những triệu chứng lâm sàng thường gặp khi thăm khám vùng đầu cổ. Việc chẩn đoán phân biệt tính chất lành - ác của hạch cổ để có hướng xử trí phù hợp là vô cùng cần thiết và quan trọng đối với các thầy thuốc chuyên khoa. Tuy nhiên, điều này không phải lúc nào cũng dễ dàng, đặc biệt trong trường hợp hạch cổ ác tính di căn chưa rõ nguyên phát. Nhiều chỉ dẫn đã được đưa ra, dựa trên y học chứng cứ, góp phần đơn giản hóa việc chẩn đoán sao cho có trình tự, tránh bỏ sót, đồng thời xử trí một cách thích hợp, có hiệu quả.

Phương pháp nghiên cứu: Các chỉ dẫn được tổng hợp từ nhiều công trình nghiên cứu với mức độ y học chứng cứ cao (nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có đối chứng, nghiên cứu đoàn hệ...) và được khuyến cáo trong các hướng dẫn của các hiệp hội y khoa có uy tín trên thế giới như NCCN (National Comprehensive Cancer Network - mạng lưới ung thư quốc gia Hoa Kỳ), UICC (Union for International Cancer Control - hiệp hội phòng chống ung thư quốc tế), ASCO (American Society of Clinical Oncology - hiệp hội ung thư lâm sàng Hoa Kỳ), AAO-HNS (American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery - viện hàn lâm phẫu thuật đầu cổ và tai mũi họng Hoa Kỳ)...

Kết quả: Chẩn đoán hạch cổ cần kết hợp: thăm khám lâm sàng, các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, CTScan, PET - CT, các thủ thuật sinh thiết như chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNA) dưới hướng dẫn siêu âm, sinh thiết bằng lõi kim (core biopsy), sinh thiết mở. Về mô học, carcinôm tế bào gai là loại thường gặp nhất. Xử trí dựa vào loại mô học cũng như có hay không có ổ nguyên phát kèm theo. Phẫu trị (nạo hạch cổ) là phương thức lựa chọn đầu tiên nếu không có chống chỉ định.

Từ khóa: Hạch cổ, carcinôm tế bào gai, siêu âm, chụp cắt lớp vi tính, chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNA), sinh thiết, nạo hạch cổ.

¹ Tác giả chính: Nguyễn Đức Hương; ĐT: 0949175865; E-mail: bsnguyenduchuong@gmail.com

Nhận bài: 12/01/2024

Ngày nhận phản biện: 22/01/2024

Ngày nhận phản hồi: 30/01/2024

Ngày duyệt đăng: 2/2/2024

APPROACHING DIAGNOSIS AND TREATMENT OF MALIGNANT CERVICAL LYMPH NODE

ABSTRACT:

Background: Cervical lymph node is one of common clinical symptoms in examination of head and neck. The differential diagnosis of benign or malignant node to have properly treatment is suitable extremely important and necessary for specialist physicians. However, the diagnosis isn't always easy, especially cervical lymph node metastates from an unknow primary tumor. Many directions which are based on medical evidence have been showed, contributing to simplify the diagnosis for the sequence and no omission as well as the treatment in appropriate and effective way.

Materials and methods: The directions are synthesized from a lot of studies with high level of medical evidence (the clinical trials controlled studies, cohort studies...) and are recommended by guidelines of many prestigious associations in the world, for example NCCN (National Comprehensive Cancer Network), UICC (Union for International Cancer Control), ASCO (American Society of Clinical Oncology), AAO-HNS (American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery)...

Results: The diagnosis should be need combination of clinical examination, the tools of radiology such as: ultrasound, CTScan, PET - CT, and the procedures of biopsy, for example ultrasonograph - guided fine needle aspiration, core biopsy or open surgical biopsy. Histologically, squamous cell carcinoma is the most common type. The management is depended on histological type of cervical lymph node as well as with or without primary tumor. Surgery (neck dissection) is still the first option if no indication.

Key words: Cervical lymph node, squamous cell carcinoma, ultrasound, CTScan, fine needle aspiration, biopsy, neck dissection.

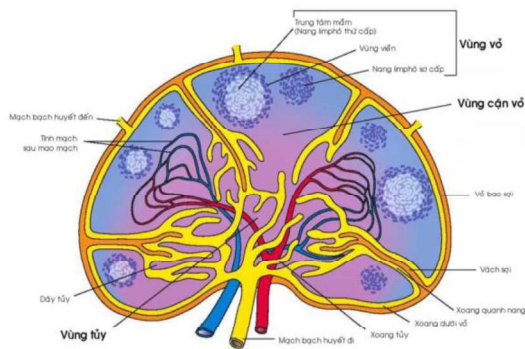
1. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Hạch cổ là một trong những triệu chứng lâm sàng thường gặp khi thăm khám vùng đầu cổ. Chẩn đoán phân biệt tính chất lành - ác của hạch cổ để có hướng xử trí phù hợp là cần thiết và quan trọng đối với các thầy thuốc chuyên khoa. Tuy nhiên, điều này không phải lúc nào cũng dễ dàng, đặc biệt trong trường hợp hạch cổ ác tính di căn chưa rõ nguyên phát. Hạch cổ ác tính di căn chưa rõ nguyên phát được định nghĩa là hạch ở vùng cổ có bằng chứng

giải phẫu bệnh là ung thư, và không tìm được ổ nguyên phát sau khi đã thực hiện đầy đủ các bước khám lâm sàng và cận lâm sàng[10]. Việc điều trị phụ thuộc vào loại mô học của hạch, cũng như có hay không có ổ nguyên phát kèm theo. Nhiều chỉ dẫn đã được đưa ra từ các hiệp hội uy tín như NCCN, ASCO, AAO-HNS..., dựa trên y học chứng cứ, góp phần đơn giản hóa việc chẩn đoán sao cho có trình tự, tránh bỏ sót, đồng thời xử trí một cách thích hợp, hiệu quả.

2. CƠ SỞ GIẢI PHẪU - SINH LÝ HỌC: [1]

Hạch bạch huyết là cơ quan thuộc hệ thống bạch huyết, có dạng hình bầu dục, hơi tròn hoặc dẹt như hạt đậu, nằm dọc trên đường đi của hệ thống bạch huyết, và cũng là thành phần thuộc hệ thống miễn dịch ngoại vi. Về mặt cấu trúc, hạch bạch huyết được cấu tạo bởi lớp vỏ xơ bao bọc bên ngoài và phần nhu mô hạch ở bên trong. Trên bề mặt lớp vỏ xơ có nhiều mạch bạch huyết mang bạch huyết đến, gọi là bạch huyết quản đến. Rốn hạch là những chỗ lõm xuống của vỏ hạch, nơi đi vào nhu mô hạch của động mạch, và cũng là nơi đi ra của bạch huyết quản đi (dẫn bạch huyết ra khỏi hạch) và tĩnh mạch. Phần nhu mô hạch được chia làm 3 vùng: vùng vỏ, vùng cận vỏ và vùng tủy.



Hình 1. Cấu trúc hạch bạch huyết

* Vùng vỏ: chứa các nang lympho sơ cấp và thứ cấp, là vùng phân bố của các tế bào lympho B.

* Vùng cận vỏ: vùng này không có ranh giới rõ rệt và là nơi tập trung chủ yếu là các tế bào lympho T. Ngoài ra còn có đại thực bào, tương bào, tế bào trình diện kháng nguyên.

* Vùng tủy: gồm những dây tế bào kéo dài từ những nang bạch huyết và vùng cận vỏ vào trung tâm hạch gọi là các dây tủy; các dây tủy có kích thước, hình dạng không đều và nối với nhau thành mạng lưới. Thành phần tế bào trong các dây tủy gồm: tương bào, lympho bào, đại thực bào, xen kẽ với các xoang tủy.

Về mặt chức năng, hạch bạch huyết có nhiệm vụ:

* Lọc bạch huyết: hạch bạch huyết được coi như một rây lọc, những kháng nguyên lạ (vi sinh vật, tế bào ung thư...) trong bạch huyết sẽ bị giữ lại và bị tiêu diệt bởi các đại thực bào và các tế bào võng nội mô dọc đường bạch huyết. Vì vậy, sau khi đi qua hạch bạch huyết được làm sạch trước khi đổ vào tuần hoàn máu.

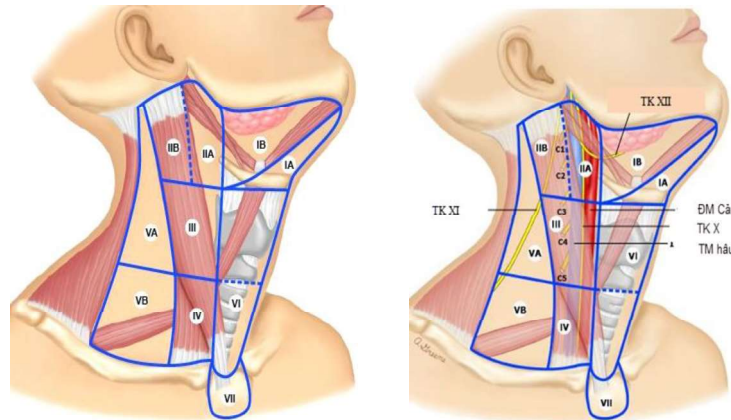
* Miễn dịch: thông qua sự sinh sản và biệt hoá của tế bào lympho B, T ở trung tâm sinh sản của nang lympho và vùng cận vỏ. Các tế bào lympho trưởng thành được đẩy dần ra vùng ngoại vi để từ đó chui vào xoang bạch huyết và rời khỏi hạch. Tùy vào đáp ứng miễn dịch (miễn dịch dịch thể hay miễn dịch tế bào) mà các vùng cấu trúc của hạch có liên quan sẽ thay đổi tương ứng.

3. PHÂN LOẠI CÁC NHÓM HẠCH CỔ: [4]

Hệ thống hạch bạch huyết vùng đầu cổ rất phong phú, được sắp xếp theo từng nhóm. Có nhiều hệ thống phân nhóm hạch bạch huyết vùng đầu cổ khác nhau. Để thống nhất về danh pháp và phân loại nạo hạch cổ, từ năm 1988 Hiệp hội phẫu thuật đầu cổ Hoa kỳ (ASHNS: American Society

for Head and Neck Surgery) và Ủy ban phẫu thuật đầu cổ và ung thư của viện hàn lâm phẫu thuật đầu cổ và tai mũi họng Hoa kỳ (AAO-HNS: American Academy of Otolaryngology - Head and Neck Surgery) đã bắt đầu tiến hành hệ thống hóa lại, đến năm 1991 thống nhất đưa ra một chuyên

khảo về danh pháp và phân loại nạo hạch cổ. Sau đó 10 năm, bảng phân loại và danh pháp này được cập nhật và bổ sung một số thay đổi vào năm 2001. Theo đó, phân nhóm hạch cổ có 7 nhóm, dựa vào cấu trúc giải phẫu tương quan.



Hình 2. Phân loại hạch cổ theo Robbin (2008)

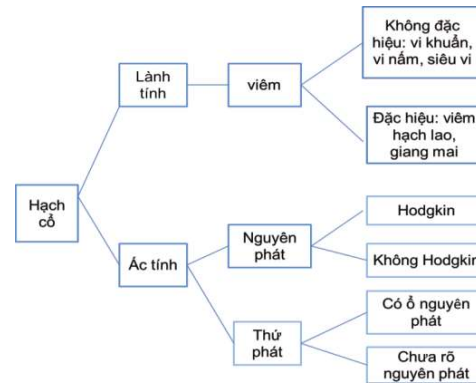
Bảng 1. Phân loại hạch cổ tương ứng các trúc giải phẫu tương quan

Nhóm hạch	Vị trí giải phẫu tương quan
Hạch nhóm I	IA: nằm trong tam giác dưới cằm, giới hạn bởi bụng trước cơ nhị thân 2 bên và xương móng.
	IB: nằm trong tam giác dưới hàm, giới hạn bởi bụng trước cơ nhị thân, xương hàm dưới và cơ trâm móng.
Hạch nhóm II	Nhóm hạch nằm khoảng 1/3 trên tĩnh mạch cảnh trong (nhóm hạch cảnh trên), bắt đầu từ nền sọ đến bờ dưới của xương móng. Bờ trước của nhóm II là cơ trâm móng, bờ sau là bờ sau cơ ức đòn chũm (cơ SCM). Thần kinh XI đi băng ngang khu vực này, được dùng làm ranh giới để chia thành nhóm IIB (nằm trên và sau thần kinh), và nhóm IIA (nằm phía trước dưới thần kinh).
Hạch nhóm III	Nhóm hạch cảnh giữa, nằm trong khoảng cổ giới hạn trên là xương móng và giới hạn dưới là mặt phẳng ngang bờ dưới sụn nhẫn. Cơ ức móng là giới hạn phía trước của hạch nhóm III, và giới hạn sau cũng là bờ sau cơ SCM.
Hạch nhóm IV	Nhóm hạch cảnh thấp, nằm dọc theo 1/3 dưới của tĩnh mạch cảnh trong. Hạch nhóm IV có giới hạn là bờ dưới sụn nhẫn đến xương đòn, và cũng giống nhóm III, có giới hạn trước và sau là cơ ức móng và bờ sau cơ SCM.
Hạch nhóm V	Nhóm hạch ở tam giác cổ sau, được giới hạn phía trước là bờ sau cơ SCM, giới hạn phía sau là bờ trước cơ thang, bờ dưới là xương đòn. Hạch nhóm V cũng được chia nhỏ bởi mặt phẳng ngang đi qua bờ dưới sụn nhẫn thành nhóm VA ở trên và nhóm VB ở dưới.
Hạch nhóm VI	Nhóm hạch thuộc tam giác (cổ) trước, gồm các hạch trước và sau khí quản, hạch trước nhẫn (Delphian) và các hạch quanh tuyến giáp, gồm cả các hạch dọc theo dây thần kinh thanh quản hồi qui. Giới hạn trên là xương móng, giới hạn dưới là hõm trên xương ức, giới hạn bên là các động mạch cảnh chung và giới hạn sau là các cân trước sống.
Hạch nhóm VII	Hạch trung thất trên, ở ngay hõm ức.

4. TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN: LÂM SÀNG - CẬN LÂM SÀNG

Bình thường kích thước hạch nhỏ khoảng < 1-1,5cm. Hạch to khi kích thước >1-1,5 cm. Kích thước hạch còn tùy vào lứa tuổi phát triển. Bệnh hạch bạch huyết khi hạch bạch huyết có kích thước lớn hơn bình thường, cũng có thể hạch không lớn nhưng tính chất của hạch bất thường như cứng chắc, áp xe hóa... Gọi chung là hạch bệnh lý. Có nhiều nguyên nhân gây ra hạch bệnh lý. Một số nguyên nhân thường gặp là các nhiễm trùng tại chỗ, nhiễm trùng toàn thân, các rối loạn miễn dịch (có thể tự miễn hoặc bệnh nội khoa liên quan) hoặc bệnh lý ác tính. Hạch ác tính có thể là ung thư hạch nguyên phát hoặc thứ phát (có hoặc không có ổ nguyên phát kèm theo). Việc chẩn đoán phân biệt tính chất lành - ác của hạch để có hướng xử trí thích hợp là vô cùng cần thiết và quan trọng, tránh bỏ sót cho bệnh nhân. Tuy nhiên, điều này không phải lúc nào cũng dễ dàng, đặc biệt trong trường hợp hạch cổ ác tính di căn chưa rõ nguyên phát. Thăm khám lâm sàng cần khai thác bệnh sử, tiền sử, xác định các tính chất quan trọng của hạch: kích thước hạch, số lượng, vị trí, diễn tiến về số lượng, kích thước hạch, mật độ, ranh giới, độ di động, đau hay không đau, tính đối xứng, triệu chứng đi kèm (nổi ban, sốt, sụt cân, vùng da tương ứng...)...và thăm khám phải toàn diện bao gồm cả tuyến giáp, tuyến nước bọt, tai mũi họng (đặc biệt phải sờ đáy lưỡi, amidan). Việc thăm khám cũng cần chú ý

các triệu chứng từ các hệ cơ quan khác có thể cho di căn xa đến hạch cổ như: hệ tiêu hóa, phổi, trung thất, vú (ở nữ giới) và tiền liệt tuyến, tinh hoàn (nam giới).

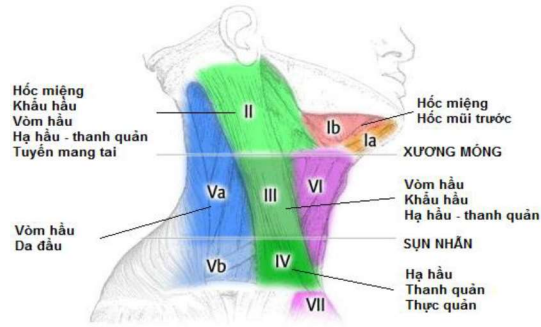


Hình 3. Sơ đồ tiếp cận hạch cổ bệnh lý theo nhóm nguyên nhân

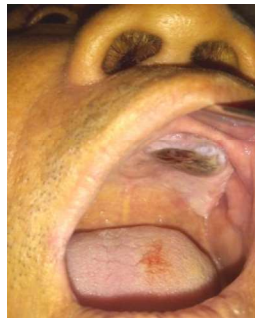
Về lâm sàng, hạch cổ bệnh lý lành tính và ác tính có một số tính chất khác biệt, được mô tả chi tiết theo bảng 2. Vị trí hạch có thể giúp gợi ý ổ nguyên phát, dựa vào sự dẫn lưu bạch huyết tại vùng. Tùy vào loại mô học của hạch, vị trí sang thương nghi ngờ, nghĩ nhiều đến ổ nguyên phát từ đâu mà sẽ có những xét nghiệm cận lâm sàng tiếp theo để giúp chẩn đoán xác định hoặc gợi ý chẩn đoán. Về cận lâm sàng, hai nhóm xét nghiệm quan trọng là chẩn đoán hình ảnh và giải phẫu bệnh. Nhóm xét nghiệm giải phẫu bệnh bao gồm: chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNA) có hoặc không dưới hướng dẫn siêu âm, sinh thiết hạch bằng lõi kim hoặc sinh thiết mở. Nhóm xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh bao gồm: siêu âm, nội soi, CTScan, MRI hoặc PET - CT... tùy thuộc vào loại mô học và sang thương nghi ngờ.

Bảng 2. Một số tính chất quan trọng phân biệt hạch cổ lành tính - ác tính

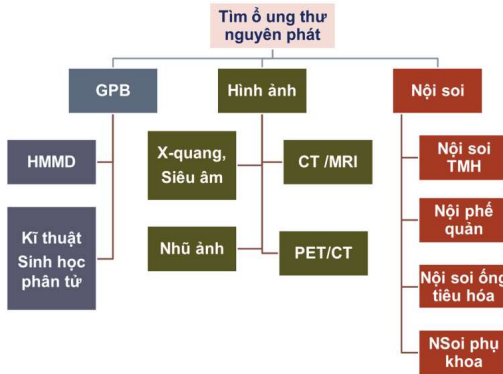
Hạch cổ	Tính chất
Lành tính	<ul style="list-style-type: none"> - Có thể sưng, nóng, đau. Không có tính chất đau của hạch ác tính (đau tự nhiên, đau tăng về đêm). - Kích thước có thể > 1 cm. - Số lượng thường ít, bờ đều, ranh giới rõ, bề mặt nhẵn. - Mật độ căng không cứng chắc. Di động dễ, không dính vào tổ chức xung quanh. Thường không phát triển hoặc phát triển chậm về kích thước lẫn số lượng.
Ác tính	<ul style="list-style-type: none"> - Thường có đau tự nhiên, đau tăng về đêm. Tuy nhiên hạch trong bệnh bạch cầu, hoặc hạch ác tính giai đoạn đầu có thể không đau. - Kích thước thường lớn, càng lớn thì tính chất ác tính càng cao, hoặc ban đầu nhỏ nhưng sau lớn dần. Số lượng có thể ban đầu ít, về sau phát triển nhiều. - Thường phát triển nhanh về kích thước, số lượng. Bờ không đều, ranh giới không rõ ràng, bề mặt hạch lồi nhô, không đều. - Mật độ cứng chắc (rờ như chạm đá), có thể lùnh nhùng do bị áp xe. Hạch di động kém.



Hình 5. Tương quan giữa vị trí hạch và ổ nguyên phát

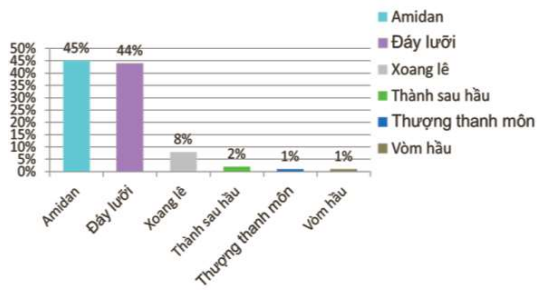


Hình 6: Hạch cổ trái di căn/ Melanôm ác niêm mạc nướu răng hàm trên bên trái (Nguồn: Nguyễn Đức Hương)



Hình 4. Sơ đồ tiếp cận hạch cổ ác tính: tìm ổ nguyên phát [3]

Về mô học, hạch cổ ác tính có thể có các loại mô học sau: carcinôm tế bào gai, carcinôm kém biệt hóa, carcinôm tế bào tuyến, melanôm, lymphôm, hoặc carcinôm tuyến giáp. Trong đó, loại thường gặp nhất là carcinôm tế bào gai.



Hình 7. Vị trí ổ nguyên phát thường gặp (loại carcinôm tế bào gai)[2]

5. XỬ TRÍ HẠCH CỔ ÁC TÍNH:

Xử trí hạch cổ ác tính tùy vào loại mô học của hạch, có hay không có ổ nguyên phát kèm theo và giai đoạn bệnh. Về điều trị, có nhiều phương thức điều trị: phẫu thuật, xạ trị, hóa trị hoặc kết hợp giữa các mô thức. Phẫu thuật (nạo hạch cổ) là lựa chọn đầu tiên nếu hạch còn khả năng phẫu thuật được.

Thông thường, chỉ định nạo hạch cổ đối với trường hợp hạch di căn ở giai đoạn N1, N2 (còn khả năng phẫu thuật). Phân loại nạo hạch cổ theo danh pháp quốc tế gồm các mức độ sau:

- **Nạo hạch cổ tận gốc (Radical neck dissection):** Nạo tất cả các hạch một bên cổ, bao gồm:

- Nhóm hạch: I, II, III, IV, V.

- Không phải hạch: TM hầu trong + Dây XI + Cơ SCM.

- **Nạo hạch cổ tận gốc biến đổi (Modified radical neck dissection):** tương tự nạo hạch cổ tận gốc, nhưng bảo tồn một hay nhiều thành phần không phải hạch.

Đồng thời phải ghi rõ cấu trúc nào được bảo tồn. Ví dụ: Nạo hạch cổ tận gốc biến đổi, bảo tồn thần kinh số XI.

- **Nạo hạch cổ chọn lọc (Selective neck dissection):** Tương tự như nạo hạch cổ tận gốc/tận gốc biến đổi, nhưng bảo tồn một hay nhiều nhóm hạch kể trên. Nhóm hạch được nạo phải để trong dấu ngoặc đơn. Ví dụ: nạo hạch cổ chọn lọc (I, II, III).

- **Nạo hạch cổ mở rộng (Extended neck dissection):** Tương tự như nạo hạch cổ tận gốc nhưng có lấy thêm những nhóm hạch hay những thành phần không phải hạch đã kể trên.



Hình 8. Nạo hạch cổ trái - đường Mac Fee. (Nguồn: Nguyễn Đức Hương)

6. KẾT LUẬN:

Tiếp cận chẩn đoán hạch cổ nghi ngờ ác tính cần phải thăm khám lâm sàng một cách toàn diện, tránh bỏ sót, chủ quan, kết hợp với xét nghiệm cận lâm sàng một cách hợp lý. Vị trí, loại mô học của hạch có thể giúp gợi ý vị trí ổ nguyên phát. Carcinôm tế

bào gai là loại mô học thường gặp nhất với các ung thư nguyên phát ở vùng đầu cổ di căn hạch cổ. Điều trị hạch cổ ác tính dựa vào loại mô học, có hoặc không ô nguyên phát kèm theo và giai đoạn hạch. Phẫu thuật là phương thức được lựa chọn ưu tiên trong trường hợp có thể phẫu được, thường là hạch ở giai đoạn N1 hoặc N2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Bệnh lý hạch Lympho, Bài giảng Giải phẫu bệnh (2015)*, Đại học y khoa Phạm Ngọc Thạch, pp.
2. Cianchetti M, Mancuso A A, Amdur R J, Werning J W, et al, (2009), "Diagnostic evaluation of squamous cell carcinoma metastatic to cervical lymph nodes from an unknown head and neck primary site", *Laryngoscope*, 119 (12), pp. 2348-2354.
3. Fizazi K, Greco F A, Pavlidis N, Daugaard G, et al, (2015), "Cancers of unknown primary site: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up", *Ann Oncol*, 26 Suppl 5 pp. v133-138.
4. Stack B C, Jr., Ferris R L, Goldenberg D, Haymart M, et al, (2012), "American Thyroid Association consensus review and statement regarding the anatomy, terminology, and rationale for lateral neck dissection in differentiated thyroid cancer", *Thyroid*, 22 (5), pp. 501-508.