

# ĐẶC ĐIỂM PHÂN BỐ HẠCH DI CĂN SAU HỌNG VÀ CÁC VÙNG CỔ KHÁC TRONG UNG THƯ VÒM HỌNG TRÊN CHỤP CỘNG HƯỞNG TỪ

Lâm Đông Phong<sup>1,✉</sup>, Hoàng Đức Kiệt<sup>2</sup>, Trần Thanh Phương<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

<sup>2</sup>Bệnh viện Việt Đức

<sup>3</sup>Bệnh viện Ung Bướu TP. HCM

*Hạch sau họng di căn hay gặp ở ung thư vòm họng. Cộng hưởng từ có thể xác định chính xác vị trí, kích thước và hình thái của hạch sau họng. Nghiên cứu mô tả cắt ngang 64 bệnh nhân (ung thư vòm họng được chụp cộng hưởng từ 1,5 T từ tháng 08 - 2017 đến tháng 12 - 2020 tại bệnh viện Ung bướu Thành phố Hồ Chí Minh, cho thấy hạch sau họng chiếm tỷ lệ 48,15% ở những bệnh nhân ung thư vòm họng có di căn hạch cổ. Có 78,79% bệnh nhân có hạch sau họng di căn chủ yếu ngang mức họng miệng. Các hạch cổ nhóm II dường như là các hạch dẫn lưu đầu tiên trong ung thư vòm họng (88,9% bệnh nhân có hạch nhóm II di căn, kế tiếp hạch nhóm III (55,6%) và hạch sau họng (48,1%). Tỷ lệ hạch sau họng di căn cao hơn đáng kể khi u xâm lấn hốc mũi, xoang bướm và thần kinh sọ ( $p < 0,05$ ). Không có sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ hạch sau họng di căn ở các giai đoạn T1, T2, T3 và T4 ( $p = 0,766$ ). Có sự tăng dần về tỷ lệ hạch sau họng di căn ở các giai đoạn N1, N2 và N3. Sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ hạch sau họng di căn giữa các giai đoạn N1, N2 và N3 ( $p = 0,028$ ).*

**Từ khóa:** Cộng hưởng từ, ung thư vòm họng, hạch sau họng, hạch cổ.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, ung thư vòm họng là căn bệnh phổ biến đứng hàng thứ năm trong các loại ung thư nói chung và đứng hàng đầu trong các ung thư vùng tai mũi họng.<sup>1</sup> Vòm họng có một mạng lưới bạch huyết phát triển phong phú và hạch cổ di căn thường gặp ở ung thư vòm họng. Các hạch sau họng được chia thành hai nhóm giữa và bên.<sup>3</sup> Hạch sau họng phì đại không thể đánh giá bằng cách sờ nắn bằng tay, chủ yếu chẩn đoán dựa trên kỹ thuật hình ảnh học. Chụp cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng từ có thể xác định vị trí, kích thước và hình thái tổng thể của hạch sau họng. Hơn nữa, cộng hưởng từ hỗ trợ rất tốt chẩn đoán

phân biệt một hạch sau họng phì đại với khối u vòm họng xâm lấn vào khoang sau họng.<sup>3</sup>

Xạ trị là phương pháp điều trị chủ yếu cho cả khối u nguyên phát và di căn hạch ở ung thư vòm họng. Đường dẫn lưu và lan truyền bạch huyết của hạch ảnh hưởng quan trọng đến việc lập kế hoạch xạ trị. Các mối liên quan giữa hạch sau họng di căn với khối u nguyên phát xâm lấn và giữa hạch sau họng di căn với hạch cổ khác rất hữu ích để làm rõ các đường dẫn lưu bạch huyết và di căn hạch ở ung thư vòm họng, nhưng vẫn chưa được nghiên cứu kỹ lưỡng. Các hạch sau họng và hạch cổ nhóm II đã được báo cáo là những nhóm hạch liên quan phổ biến nhất<sup>3</sup> và vẫn chưa có sự đồng thuận về việc liệu các hạch sau họng có phải là hạch dẫn lưu đầu tiên hay không trong di căn hạch từ ung thư vòm họng. Nghiên cứu này nhằm mục đích phân tích tỷ lệ, số lượng

Tác giả liên hệ: Lâm Đông Phong

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Email: lamdongphong@gmail.com

Ngày nhận: 02/12/2021

Ngày được chấp nhận: 20/12/2021

và sự phân bố của hạch sau họng di căn trong ung thư vòm họng trên hình ảnh cộng hưởng từ cũng như đánh giá các mối liên quan nêu trên.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

#### *Tiêu chuẩn lựa chọn*

Tất cả bệnh nhân ung thư vòm họng đã được xác chẩn bằng mô bệnh học, chưa điều trị, được chụp cộng hưởng từ 1,5 Tesla vùng đầu mặt cổ trước và sau tiêm thuốc đối quang từ đường tĩnh mạch.

#### *Tiêu chuẩn loại trừ*

Những trường hợp ung thư vòm họng đã qua điều trị hoặc không có chẩn đoán mô bệnh học. Đối tượng từ chối tham gia nghiên cứu.

### 2. Phương pháp

#### *Thời gian nghiên cứu*

Từ tháng 8 - 2017 đến tháng 12 - 2020.

#### *Địa điểm nghiên cứu*

Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Ung bướu Thành phố Hồ Chí Minh.

#### *Cỡ mẫu, chọn mẫu*

Chọn cỡ mẫu thuận tiện, không xác suất.

#### *Phương pháp nghiên cứu, kỹ thuật sử dụng*

Phương tiện nghiên cứu cơ bản gồm máy chụp cộng hưởng từ 1,5 Tesla GE- Healthcare, thuốc cản từ tiêm tĩnh mạch Dotarem. Thực hiện các chuỗi xung cơ bản: trọng T1, trọng T2, T2 xóa mỡ, T1 tiêm thuốc đối quang từ.

Khảo sát cộng hưởng từ hạch sau họng bao gồm hạch giữa và bên. Các hạch sau họng tiếp giáp với khối u nguyên phát được xác định rõ ràng bằng viền tăng đối quang từ hoặc sự khác biệt về cường độ tín hiệu so với khối u nguyên phát. Xác định vị trí, hình dạng và đo đạc đường kính trục ngắn của mỗi hạch sau họng nhìn thấy được. Các hạch cổ được chia nhỏ thành các

vùng giải phẫu cụ thể, và phân định nhóm dựa trên phân loại hạch trên hình ảnh cộng hưởng từ. Các biến số về đặc điểm phân bố hạch di căn sau họng và các vùng cổ khác trong ung thư vòm họng trên chụp cộng hưởng từ:

- Vị trí hạch sau họng và hạch vùng cổ khác; phân loại giai đoạn TNM của ung thư vòm họng được xác định dựa theo phân loại của Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ (AJCC) năm 2017 (phiên bản thứ 8).<sup>4</sup>

- Dấu hiệu hạch cổ do ung thư vòm họng di căn trên cộng hưởng từ<sup>5</sup> khi có một trong các tiêu chí sau:

+ Hoại tử: vùng trung tâm hạch tăng tín hiệu trên ảnh trọng T2 hoặc giảm tín hiệu trên ảnh trọng T1 có hoặc không có viền đặc ngấm thuốc đối quang từ không đồng nhất.

+ Lan tràn ngoài vỏ: bờ hạch không đều và kém rõ.

+ Hình dạng tròn: hạch mất hình bầu dục, đường kính trục dài < 2 lần đường kính trục ngắn và mất xoang hạch.

+ Kích thước: hạch sau họng bên được coi là di căn nếu đường kính trục ngắn  $\geq 5$  mm, và bất kỳ hạch nào có thể nhìn thấy ở đường giữa trong nhóm sau họng được coi là ác tính. Các hạch cổ ở vị trí khác cũng được coi là di căn nếu đường kính trục ngắn  $\geq 11$  mm ở vùng cảnh-nhĩ thân,  $\geq 10$  mm ở các vùng còn lại, hoặc nếu có một nhóm ba hoặc nhiều hạch nhỏ có đường viền bao quanh khối có kích thước 8-10 mm.

### 3. Xử lý số liệu

Kiểm tra lại thông tin ở các phiếu thu thập mẫu bệnh án nghiên cứu, xử lý các phiếu ghi sai thông tin (sai số thông tin). Nhập kết quả và làm sạch số liệu, các phân tích được thực hiện trên phần mềm SPSS. Các biến số mô tả bằng tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình, giá trị lớn nhất và nhỏ nhất. Sử dụng kiểm định Fisher's Exact test và One-sample t test để so sánh các tỷ lệ.

#### 4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu là một phần số liệu của đề tài “Nghiên cứu chẩn đoán giai đoạn ung thư vòm họng trên chụp cộng hưởng từ” nghiên cứu sinh đang thực hiện tại Trường Đại học Y Hà Nội. Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học cấp cơ sở - Bệnh

viện Ung Bướu TP. HCM chấp thuận (văn bản số 430/HĐĐĐ-CĐT ngày 10/10/2018) và Ban Giám Đốc phê duyệt cho phép thực hiện tại bệnh viện (văn bản số 2973/BVUB-CĐT ngày 10/10/2018). Nghiên cứu được sự đồng ý của đối tượng tham gia nghiên cứu. Số liệu nghiên cứu chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

### III. KẾT QUẢ

#### 1. Tỷ lệ, phân bố và đặc điểm hạch sau họng di căn trên cộng hưởng từ

Nghiên cứu 65 bệnh nhân ung thư vòm họng, chúng tôi ghi nhận 61 bệnh nhân có hạch cổ. Trong 61 bệnh nhân có hạch cổ, 54 (84,38%) có hạch sau họng hoặc hạch cổ vị trí khác di căn.

Trong số 54 bệnh nhân này, 4 (6,3%) chỉ có hạch sau họng di căn, 23 (35,9%) chỉ có hạch cổ vị trí khác hạch sau họng di căn, và 27 (50%) có biểu hiện di căn của cả hạch sau họng và/ hoặc hạch cổ vị trí khác. Hạch sau họng di căn chiếm tỷ lệ 48,15% trong ung thư vòm họng di căn hạch cổ.

**Bảng 1. Số bệnh nhân và phân bố hạch sau họng và hạch cổ khác di căn**

Vị trí hạch sau họng và hạch cổ khác di căn	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Hạch sau họng (+) đơn thuần	4	6,3
Hạch sau họng (+) và hạch cổ khác (+)	21	32,8
Hạch sau họng (+) và hạch cổ khác (-)	1	1,6
Hạch cổ khác (+) đơn thuần	23	35,9
Hạch cổ khác (+) và hạch sau họng (-)	5	7,8
Tổng số	54	100

Có 33 bệnh nhân có hạch sau họng, trong đó 26 (78,79%) bệnh nhân có 33 hạch sau họng di căn phân bố theo mức cột sống cổ được thể hiện trong Bảng 2.

**Bảng 2. Phân bố của 33 hạch sau họng di căn theo mức cột sống cổ**

Vị trí hạch sau họng di căn trên cộng hưởng từ	Số hạch sau họng di căn	Tỷ lệ %
Xương chẩm	3	9
Thân đốt sống cổ C1 - đĩa đệm C1/2	20	60,6
Thân đốt sống cổ C2 - đĩa đệm C2/3	9	27,3
Thân đốt sống cổ C3	1	3,1
Tổng số	33	100

Hai mươi sáu bệnh nhân có hạch sau họng di căn, được phân bố như sau: một hạch, 11 (42,3%) bệnh nhân; hai hạch, 11 (42,3%) bệnh nhân và ba hạch, 4 (15,4%) bệnh nhân.

Trong số 26 bệnh nhân có hạch sau họng di căn, 12 (46,2%) có hạch sau họng di căn một bên, 13 (50%) có hạch sau họng di căn hai bên và 1 (3,8%) bệnh nhân có hạch sau họng di căn hai bên và hạch sau họng giữa phì đại.

Tỷ lệ bệnh nhân có hạch sau họng di căn cao hơn khi có di căn hạch cổ kèm theo (84% so với 16%) với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (Chi bình phương = 11,560,  $p \leq 0,001$ ).

Trong số 26 bệnh nhân có 33 hạch sau họng di căn, 3 (11,54%) bệnh nhân và 3 (9,1%) hạch có biểu hiện hoại tử.

Hai mươi sáu bệnh nhân có hạch sau họng di căn, 22 (84,62%) bệnh nhân có hạch sau họng bên có đường kính trục ngắn tăng  $\geq 5$  mm. Đường kính trục ngắn của hạch sau họng hoại tử trong khoảng 5 - 18 mm.

Sự phân bố các hạch cổ ở 54 bệnh nhân có hạch di căn được thể hiện trong Bảng 3. Trong số 54 bệnh nhân có hạch cổ di căn, không hiện diện hạch nhóm VI, VII. Có 48 (88,9%) bệnh nhân có hạch nhóm II di căn, chiếm tỷ lệ nhiều nhất, xếp sau lần lượt là hạch nhóm III, 30 (55,6%) và hạch sau họng, 26 (48,1%).

**Bảng 3. Phân bố nhóm hạch cổ di căn**

	Nhóm I	Nhóm II	Nhóm III	Nhóm IV	Nhóm V	Nhóm VI, VII	Sau họng
Số bệnh nhân	18	48	30	7	12	0	26
Tỷ lệ %	33,3	88,9	55,6	13	22,2	0	48,1

Mối liên quan giữa hạch sau họng di căn và các hạch cổ ở các nhóm khác nhau được trình bày trong Bảng 4. Tỷ lệ hạch sau họng di căn trong các nhóm hạch cổ khác khá cao, đều từ 70% trở lên. Riêng hai nhóm hạch IV và VI đều

có 100% hạch sau họng di căn hiện diện. Tuy nhiên, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ hạch sau họng di căn trong các nhóm hạch từ I đến V ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 4. Tỷ lệ hạch sau họng di căn trong các nhóm hạch cổ**

	Nhóm I	Nhóm II	Nhóm III	Nhóm IV	Nhóm V
Hạch sau họng (+)	7 (70%)	22 (78,57%)	13 (86,67%)	4 (100%)	6 (100%)
Hạch sau họng (-)	3	6	2	0	0
Giá trị p	0,352	0,718	0,283	0,365	0,208

## 2. Mối liên quan giữa hạch sau họng di căn và khối u vòm họng

Mối liên quan giữa hạch sau họng và các khối u vòm họng xâm lấn xung quanh được thể hiện trong Bảng 5. Tỷ lệ hạch sau họng di căn

cao hơn đáng kể khi u xâm lấn hốc mũi, xoang bướm và thần kinh sọ, có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ và liên quan của hạch sau họng khi khối u xâm lấn vào các vị trí còn lại.

**Bảng 5. Mối liên quan giữa hạch sau họng di căn và u nguyên phát xâm lấn**

U nguyên phát xâm lấn	Số bệnh nhân có hạch sau họng di căn (%)		Giá trị p
	Vị trí hạch sau họng di căn	Hạch cổ vị trí khác	
họng miệng	1/26 (3,8%)	1/28 (3,6%)	0,736
hốc mũi	9/26 (34,6%)	3/28 (10,7%)	0,036
khoang cạnh họng	6/26 (23,1%)	9/28 (32,1%)	0,331
cơ chân bướm	1/26 (3,8%)	1/28 (3,6%)	0,736
khoang sau họng	12/26 (46,2%)	11/28 (39,3%)	0,407
cơ trước sống	11/26 (42,3%)	11/28 (39,3%)	0,520
khoang cảnh	1/26 (3,8%)	3/28 (10,7%)	0,334
xương nền sọ	13/26 (50,0%)	9/28 (32,1%)	0,145
xương chân bướm	6/26 (23,1%)	3/28 (10,7%)	0,197
xoang bướm	10/26 (38,5%)	4/28 (14,3%)	0,043
nội sọ	7/26 (26,9%)	3/28 (10,7%)	0,119
thần kinh sọ	9/26 (34,6%)	3/28 (10,7%)	0,036
ngoài cơ chân bướm	2/26 (7,7%)	1/28 (3,6%)	0,472

Tỷ lệ hạch sau họng di căn có liên quan đến các phân loại và giai đoạn T, N khác nhau được tóm tắt trong Bảng 6. Tỷ lệ hạch sau họng di căn thấp hơn đáng kể ở T1 so với các giai đoạn T còn lại. Không có sự khác biệt giữa các tỷ lệ hạch sau họng di căn ở các giai đoạn T1, T2,

T3 và T4 ( $p = 0,766$ ). Có sự tăng dần về tỷ lệ hạch sau họng di căn giữa các giai đoạn N1, N2 và N3. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các giai đoạn N1, N2 và N3 khi có hạch sau họng di căn ở các nhóm N ( $p = 0,028$ ).

**Bảng 6. Mối liên quan tỷ lệ hạch sau họng di căn với giai đoạn T và N**

Hạch sau họng	Số bệnh nhân phân loại T và N			
	T1	T2	T3	T4
Hạch sau họng (+)	6/9 (66,7%)	4/5 (80,0%)	6/7 (85,7%)	10/12 (83,3%)
Hạch sau họng (-)	3/9 (33,3%)	1/5 (20,0%)	1/7 (14,3%)	2/12 (16,7%)
	N0	N1	N2	N3
Hạch sau họng (+)	0 (0%)	8/13 (61,5%)	11/12 (91,7%)	7/7 (100%)
Hạch sau họng (-)	1 (100%)	5/13 (38,5%)	1/12 (8,3%)	0/7 (0%)

## IV. BÀN LUẬN

Do đặc thù vị trí giải phẫu của ung thư vòm họng nên xạ trị là phương thức điều trị chính cho bệnh này. hạch sau họng nằm sâu trong cổ và rất gần với khối u nguyên phát. Các hạch này khó tiếp cận bằng sinh thiết chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn hình ảnh. Do đó, nghiên cứu này có một hạn chế vốn có khi nghiên cứu về ung thư vòm họng, đó là thiếu cơ hội đối chiếu xác nhận mô bệnh học các phát hiện bất thường hạch sau họng trên hình ảnh cộng hưởng từ.

Các hạch sau họng di căn thường là hạch đồng tỷ trọng và nằm cạnh khối u nguyên phát do đó có thể không được xác định là một tổn thương riêng biệt trên chụp cắt lớp vi tính. Tuy nhiên, độ tương phản mô mềm vượt trội của cộng hưởng từ đóng vai trò quan trọng trong việc phân biệt các hạch sau họng với khối u xâm lấn cũng như cấu trúc bình thường lân cận.<sup>3</sup> Nghiên cứu của chúng tôi phân biệt rõ ranh giới giữa tổn thương u xâm lấn và hạch sau họng.

Chúng tôi ghi nhận có 84,38% trường hợp ung thư vòm họng di căn hạch cổ. Tỷ lệ này tương đồng với các báo cáo về tỷ lệ di căn hạch cổ trong ung thư vòm họng.<sup>6,7</sup> hạch sau họng chiếm tỷ lệ gần một nửa (48,15%) số bệnh nhân bị ung thư vòm họng di căn hạch cổ. Tỷ lệ này thấp hơn nhiều so với tỷ lệ 81,4% trong nghiên cứu của Li-Zhi Liu và cộng sự.<sup>7</sup> Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu của chúng tôi còn khá nhỏ.

Các mạch bạch huyết của vòm họng chảy theo hai hướng bên và giữa.<sup>5</sup> Dẫn lưu chính là đường dẫn lưu bên, chảy vào nửa bên của chuỗi hạch cảnh trong phía trên hoặc vào hạch sau họng bên. Một số nghiên cứu cho thấy cả hạch sau họng và hạch cổ nhóm II đều có thể là hạch dẫn lưu bạch huyết đầu tiên trong ung thư vòm họng di căn hạch.<sup>7,8,9</sup> Trong khi King và cộng sự<sup>8</sup> cho rằng duy nhất hạch sau họng

là hạch dẫn lưu bạch huyết đầu tiên trong ung thư vòm họng thì Shu-Hang và cộng sự<sup>9</sup> báo cáo các hạch cổ nhóm II là các hạch dẫn lưu bạch huyết đầu tiên trong ung thư vòm họng. Trong nghiên cứu của Shu-Hang và cộng sự, tỷ lệ di căn hạch nhóm II cao hơn hạch sau họng (95,5% so với 82,0%). Tỷ lệ di căn hạch cổ nhóm II cũng cao hơn so với hạch sau họng trong nghiên cứu của chúng tôi (88,9% so với 48,1%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp ý kiến của Shu-Hang và cộng sự.

Có sự phân bố giảm tuần tự 33 hạch sau họng từ ngang mức đốt sống cổ C1 đến C3, cho thấy ung thư vòm họng di căn hạch bạch huyết dẫn lưu lan xuống có trật tự dọc theo chuỗi hạch sau họng. Nhóm hạch sau họng bên bao gồm 2 hoặc 3 nhóm hạch ở phía sau không chỉ ngang mức vòm họng mà còn trải xuống đến họng miệng từ mức đốt sống C1 đến C3. Tỷ lệ di căn hạch ở ngang mức họng miệng hiếm khi được đề cập trong y văn. Nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra rằng các hạch ở mức này là phổ biến, có mặt ở 91% tổng số 33 hạch sau họng. Khoảng 60% các hạch sau họng kéo dài xuống mức bờ trên đốt sống C2, 10% đến mức của đĩa đệm C2/3 và 1% đến mức đốt sống C3. Các nghiên cứu trước đây của King và cộng sự<sup>8</sup>, Chong và cộng sự<sup>10</sup> đã nêu chi tiết các vị trí của hạch sau họng di căn. Chong và cộng sự cho rằng phần lớn các RLN di căn nằm cao hơn mức đốt sống C2. Ngược lại, King và cộng sự nhận thấy 63% của tất cả các hạch sau họng kéo dài xuống mức C2, 19% đến mức của đĩa đệm C2/3 và 6% đến mức đốt sống C3. Sự khác biệt giữa hai nghiên cứu có thể là do phương pháp nghiên cứu. Liệu có những con đường kết nối hạch sau họng bên ở các mức độ khác nhau, hoặc liệu mạch bạch huyết có thoát xuống hạch sau họng ở các mức độ thấp hơn hay không cần được nghiên cứu thêm.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ hạch sau họng di căn cao hơn đáng kể khi u nguyên phát xâm lấn hốc mũi, xoang bướm và thần kinh sọ có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ và liên quan của hạch sau họng khi khối u nguyên phát xâm lấn vào các vị trí còn lại. Các thống kê này có khác biệt so với nghiên cứu của Liu và cộng sự.<sup>7</sup> Tác giả cho biết không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ liên quan của hạch sau họng khi khối u nguyên phát xâm lấn vào hốc mũi, hạ họng, hố chân bướm khẩu cái, hố dưới thái dương, cơ chân bướm ngoài, nền sọ, xoang cạnh mũi, hốc mắt hoặc xâm lấn nội sọ.

Tỷ lệ hạch sau họng di căn thấp hơn đáng kể ở T1 (66,7%) so với các giai đoạn còn lại (mỗi giai đoạn tỷ lệ hạch sau họng di căn đều trên 80%). Sự dẫn lưu bạch huyết của các ung thư biểu mô ở đầu và cổ có liên quan đến vị trí khối u nguyên phát và các vùng xung quanh mà khối u di căn, và nguy cơ di căn hạch sau họng tăng lên khi khối u nguyên phát xâm lấn ra ngoài giới hạn của vòm họng.<sup>11</sup> Mặt khác, chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ di căn hạch sau họng ở những bệnh nhân ung thư vòm họng giai đoạn T1 và ở những bệnh nhân giai đoạn T2–T4. Điều này ngược lại với kết quả được báo cáo bởi Liu và cộng sự.<sup>7</sup>

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự tăng dần về tỷ lệ hạch sau họng di căn giữa các giai đoạn N1, N2 và N3. Ở những bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu này, di căn hạch cổ (bệnh được phân loại từ N1 đến N3) có liên quan đến tỷ lệ di căn hạch sau họng cao hơn. Mọi liên quan có ý nghĩa thống kê được tìm thấy giữa hạch sau họng di căn với các hạch cổ nhóm II đến nhóm V ( $p = 0,028$ ). Điều này phù hợp với báo cáo<sup>12</sup> đã được công bố rằng các hạch sau họng dẫn lưu bạch huyết đến chuỗi hạch cảnh trên và đến chuỗi hạch tam giác sau.

## V. KẾT LUẬN

Hạch sau họng di căn gặp gần một nửa ở những bệnh nhân bị ung thư vòm họng có di căn hạch cổ. Các hạch cổ nhóm II dường như là các hạch dẫn lưu đầu tiên trong ung thư vòm họng. Các hạch sau họng phân bố nhiều ở vị trí ngang mức họng miệng. Hạch sau họng di căn có liên quan đến u xâm lấn hốc mũi, xoang bướm và thần kinh sọ. Có sự khác biệt tỷ lệ hạch di căn giữa các giai đoạn N1, N2 và N3 khi có hạch sau họng di căn ở các nhóm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Ngọc Liễn, Lương Thị Minh Hương, Nguyễn Đình Phúc, và cộng sự. *Bệnh học Tai Mũi Họng - Đầu Mặt Cổ*. NXB Y học. 2019:262-265.
2. Vincent Grégoire, Kian Ang, Wilfried Budach, et al. Delineation of the neck node levels for head and neck tumors: A 2013 update. DAHANCA, EORTC, HKNPCSG, NCIC CTG, NCRI, RTOG, TROG consensus guidelines. *Radiotherapy and Oncology*. 2014;10(10):1-20.
3. Laura B. Eisenmenger, Richard H Wiggins. Imaging of Head and Neck Lymph Nodes. *Radiol Clin N Am*. 2015;53:115-132.
4. Anne W.M. Lee, William M. Lydiatt, A. Dimitrios Colevas, et al. Nasopharynx. In: Mahul B. Amin, Stephen B. Edge, Robert K. Brookland, et al., eds. *AJCC Cancer Staging Manual*. 8th Ed. Springer. 2017:103-110.
5. Xiao Shen Wang, Chao Su Hu, Hong Mei Ying, et al. Patterns of retropharyngeal node metastasis in nasopharyngeal carcinoma. *Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys.* 2009;73(1):194–201.
6. Đoàn Trung Hiếu. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học của hạch cổ di căn trong ung thư vòm mũi họng. *Trường Đại học Y Hà Nội*. 2011.

7. Li-Zhi Liu, Guo-Yi Zhang, Chuang-Miao Xie, et al. Magnetic Resonance Imaging of retropharyngeal lymph node metastasis in Nasopharyngeal Carcinoma: Patterns of Spread. *Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys.*. 2006;66(3):721–730.
8. Ann D. King, Anil T. Ahuja, Sing-fai Leung, et al. Neck node metastases from nasopharyngeal carcinoma: MR Imaging of patterns of disease. *Head & Neck*. 2000;275-281.
9. Shu-Hang Ng, Joseph Tung-Chieh Chang, Sheng-Chieh Chan, et al. Nodal metastases of nasopharyngeal carcinoma: Patterns of disease on MRI and FDG PET. *Eur J Nucl Med Mol Imaging*. 2004;31:1073–1080.
10. Chong VF, Y F Fan, J B Khoo. Retropharyngeal lymphadenopathy in nasopharyngeal carcinoma. *Eur J Radiol*. 1995; 21:100-105.
11. Manas Sharma, Eric Bartlett, Eugene Yu. Metastatic retropharyngeal lymph nodes in nasopharyngeal carcinoma: imaging criteria. *Expert Rev. Anticancer Ther*. 2010;10(11):1703-1706.
12. Linglong Tang, Li Li, Yanping Mao, et al. Retropharyngeal Lymph Node Metastasis in Nasopharyngeal Carcinoma Detected by Magnetic Resonance Imaging - Prognostic Value and Staging Categories. *American Cancer Society*. 2008;113(2):347-354.

## Summary

### DISTRIBUTION CHARACTERISTIC OF NASOPHARYNGEAL AND CERVICAL LYMPH NODES METASTASIZED FROM NASOPHARYNGEAL CARCINOMA ON MAGNETIC RESONANCE IMAGING

Cervical lymphadenopathy is common in nasopharyngeal carcinoma (NPC). Magnetic Resonance Imaging (MRI) can precisely determine the site, size and gross morphology of retropharyngeal lymph nodes (RLNs). The MR images of 64 patients with newly diagnosed NPC at Ho Chi Minh City Oncology Hospital were reviewed retrospectively from August 2017 to December 2020. All the patients were scanned by 1.5T MRI systems. Metastatic RLNs were detected in nearly half of patients with NPC (48.15%). 78.79% of patients were found with RLNs distributed mainly at the level of the oropharynx. Level II lymph nodes maybe were the first echelons of nodal metastases (88.9% of patients had level II lymph nodes, followed by level III (55,6%) and cervical lymphadenopathy (48,1%) when cervical lymph node metastasis was present. There was a significant difference in the incidence of involvement of RLNs when the primary tumour extended into the nasal cavity, skull base, and sphenoid sinus ( $p < 0.05$ ). There was no significant association between RLNs involvement and T1, T2, T3, and T4 ( $p = 0.766$ ). There was a significant difference in the association between RLNs involvement and N1, N2, and N3 ( $p = 0.028$ ).

**Keywords:** Magnetic resonance imaging, nasopharyngeal carcinoma, retropharyngeal lymph node, cervical lymph node.