

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HẠCH CỔ DI CĂN CARCINOMA CHƯA RÕ NGUYÊN PHÁT TẠI BỆNH VIỆN K

Đỗ Hùng Kiên, Nguyễn Văn Tài*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân chẩn đoán hạch cổ di căn chưa rõ nguyên phát tại Bệnh viện K từ 01/2018 đến 8/2025.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả trên 62 bệnh nhân (BN) chẩn đoán hạch cổ di căn chưa rõ nguyên phát tại Bệnh viện K từ 01/2018 đến 8/2025.

Kết quả: Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần nam giới (chiếm 71%), nhóm tuổi < 65 tuổi chiếm đa số (chiếm 77,4%). Đa phần các bệnh nhân có hút thuốc lá (79%) và uống rượu bia (75,8%). Chủ yếu các bệnh nhân có thể trạng ECOG 1 (chiếm 62,9%). Tỷ lệ hạch cổ hai bên là 56,5%, nhóm hạch có tần suất hay gặp nhất là cảnh cao (62,9%), tiếp đến hạch góc hàm (48,4%), hạch thượng đòn (40,3%). Mô bệnh học thường gặp là hạch di căn ung thư biểu mô vảy (chiếm 64,5%). Trung vị sống thêm không tiến triển là 11 tháng (95%CI: 10-13 tháng). Trung vị sống thêm toàn bộ là 17 tháng (95%CI: 15-NR tháng). Tỷ lệ sống thêm tại thời điểm 1 năm và 2 năm lần lượt là 75,3% và 32,1%.

Kết luận: Bệnh nhân di căn hạch cổ ung thư biểu mô có triệu chứng lâm sàng đa dạng, hay gặp nam giới, thể mô bệnh học carcinoma vảy. Điều trị theo đặc điểm lâm sàng, giai đoạn bệnh và tính chất mô bệnh học. Thời gian sống thêm toàn bộ của nhóm nghiên cứu đạt trung vị 17 tháng (95%CI: 15-NR tháng).

Từ khóa: Hạch cổ di căn ung thư biểu mô; di căn chưa rõ nguyên phát; carcinoma vảy.

TREATMENT OUTCOME OF METASTATIC CARCINOMA OF CERVICAL LYMPH NODE FROM AN UNKNOWN PRIMARY

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics and evaluate treatment outcomes of patients diagnosed with cervical lymph node metastases from an unknown primary at K Hospital between January 2018 and August 2025.

Bệnh viện K

*Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tài

Email: nguyentai10241@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/10/2025

Ngày phản biện khoa học: 15/10/2025

Ngày chấp nhận đăng: 30/10/2025

Patients and method: A descriptive study was conducted on 62 patients diagnosed with cervical lymph node metastases from an unknown primary at K Hospital during the study period.

Results: In our cohort, the majority were male (71%) and younger than 65 years (77.4%). A notable proportion had a history of smoking (19%) and alcohol consumption (76.8%). Most patients had an ECOG performance status of 1 (62.9%). Bilateral cervical lymphadenopathy was observed in 56.5% of cases. The most frequently involved nodal groups were the upper jugular (62.9%), followed by submandibular (48.4%) and supraclavicular nodes (40.3%). Squamous cell carcinoma metastases were the predominant histological type (64.5%). The median progression-free survival was 11 months (95% CI: 10–13), and the median overall survival was 17 months (95% CI: 15–NR). The 1-year and 2-year overall survival rates were 75.3% and 32.1%, respectively.

Conclusion: Patients with metastatic cervical lymph nodes from carcinoma of unknown primary present with diverse clinical manifestations, predominantly affecting males, with squamous cell carcinoma being the most common histological subtype. Treatment is guided by clinical characteristics, disease stage, and histopathological features. The median overall survival in our study was 17 months (95% CI: 15–NR).

Keywords: Cervical lymph node metastases; cancer of unknown primary; squamous cell carcinoma.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Di căn chưa rõ nguyên phát là tình trạng bệnh ung thư biểu hiện lâm sàng với hạch di căn hoặc di căn cơ quan mà không rõ tổn thương nguyên phát [1]. Chiến lược điều trị thích hợp chỉ có thể được lựa chọn sau khi có chẩn đoán xác định, tuy nhiên trong nhiều trường hợp, di căn chưa rõ nguyên phát vẫn không thể được phát hiện dù đã theo dõi lâu dài và sử dụng các phương pháp chẩn đoán tiên tiến như chụp PET/CT.

Hạch cổ di căn chưa rõ nguyên phát chiếm khoảng 2-5% trong tổng số các ung thư vùng đầu cổ [2]. Ung thư biểu mô tế bào vảy là loại mô học phổ biến nhất, chiếm 75% các trường hợp, tiếp theo là ung thư tuyến, ung thư không biệt hóa và các loại ác tính khác [3]. Quy trình chẩn đoán hạch cổ di căn chưa rõ nguyên phát bao gồm khám lâm sàng toàn diện, đánh giá kỹ các niêm mạc vùng đầu cổ; sinh thiết các hạch nghi ngờ; nội soi; chẩn đoán hình ảnh bằng cắt lớp vi tính (CT), cộng hưởng từ (MRI) hoặc PET scan cùng các hội chẩn liên chuyên khoa [4].

Do thiếu các nghiên cứu ngẫu nhiên so sánh các lựa chọn điều trị khác nhau, việc quản lý bệnh nhân hạch cổ di căn chưa rõ nguyên phát vẫn còn nhiều tranh cãi và chưa có tiêu chuẩn rõ ràng, bởi sự đa dạng về tuổi khi phát hiện bệnh, loại mô bệnh học, vùng hạch bị ảnh hưởng, mức độ di căn hạch cũng như đáp ứng điều trị khác nhau. Quản lý hạch cổ di căn chưa rõ nguyên phát phụ thuộc vào đặc điểm di căn hạch và mô bệnh học, với các lựa chọn điều trị bao gồm phẫu thuật, xạ trị hoặc hóa xạ trị kết hợp tùy vào mức độ lan tràn. Mặc dù đã có tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, hạch cổ di căn chưa rõ nguyên phát vẫn là vấn đề cấp thiết trên toàn cầu và chưa có sự đồng thuận về phương pháp điều trị tối ưu.

Tại Việt Nam, dữ liệu về đặc điểm lâm sàng cũng như kết quả điều trị của nhóm bệnh nhân hạch cổ di căn chưa rõ nguyên phát còn hạn chế. Do đó chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu mô tả triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân chẩn đoán hạch cổ di căn chưa rõ nguyên phát tại Bệnh viện K từ 01/2018 đến 8/2025.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu bao gồm 62 bệnh nhân chẩn đoán và điều trị hạch cổ di căn chưa rõ nguyên phát tại Bệnh viện K từ 01/2018 đến 8/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Chẩn đoán xác định bằng xét nghiệm mô bệnh học trên bệnh phẩm hạch cổ là di căn ung thư biểu mô.
- Không kể tuổi, giới tính.
- Không chẩn đoán được ung thư nguyên phát sau khi đã thực hiện các phương pháp chẩn đoán chuyên sâu bao gồm chẩn đoán hình ảnh và markers ung thư (hóa mô miễn dịch và chỉ điểm u) xác định nguồn gốc.
- Thể trạng chung tốt ECOG 0-2.
- Có tổn thương có thể đánh giá trên chẩn đoán hình ảnh theo tiêu chuẩn RECIST v1.1.
- Có thông tin theo dõi đầy đủ.

2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Đã chẩn đoán và điều trị ung thư trước đó
- Phát u nguyên phát rõ ràng tại thời điểm vào viện bằng xét nghiệm.
- Mắc các bệnh lý cấp tính hoặc mạn tính ảnh hưởng đến điều trị và tính mạng.
- Không có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

* Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu từ 01/2018-8/2025.

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện K.

* Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, tiền cứu.
- Mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu thuận tiện.

2.3. Các bước tiến hành

* Quy trình nghiên cứu

Bước 1: Lựa chọn bệnh nhân theo các tiêu chuẩn nghiên cứu.

Bước 2: Khai thác lâm sàng và cận lâm sàng.

Các bệnh nhân khám và phát hiện di căn carcinoma biểu hiện tại hạch cổ tại thời điểm nhập viện, được tiến hành chẩn đoán tìm vị trí u nguyên phát bằng các phương pháp:

- Sinh thiết chẩn đoán mô bệnh học và nhuộm hóa mô miễn dịch xác định nguồn gốc.
- Sinh thiết u tại vị trí cơ quan nguyên phát phát hiện trong quá trình chẩn đoán.
- Xét nghiệm đánh giá đặc điểm di căn hạch cổ: siêu âm, CLVT.
- Xét nghiệm đánh giá u nguyên phát tùy thuộc vào triệu chứng lâm sàng:
 - + Nội soi tai mũi họng, nội soi tiêu hoá, nội soi phế quản,...
 - + CLVT, MRI v/hoặc PET/CT
 - + Chỉ điểm u: CEA, cyfra 21-1,...
- Xét nghiệm chẩn đoán di căn xa.

Sau khi tiến hành các phương pháp chẩn đoán u nguyên phát và giai đoạn, phác đồ điều trị được tiến hành.

Bước 3: Điều trị bệnh theo vị trí di căn hạch, mức độ lan tràn, thể mô bệnh học.

Bước 4: Đánh giá kết quả điều trị.

Đánh giá thời gian sống thêm không tiến triển (PFS) và thời gian sống thêm toàn bộ (OS).

2.4. Xử lý số liệu

Các thuật toán thống kê được sử dụng như sau:

- + Kết quả được thể hiện trên các bảng hoặc đồ thị thích hợp, dạng tỷ lệ phần trăm (%) hoặc dưới dạng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn ($X \pm SD$).

+ Phân tích sống thêm theo ước lượng Kaplan-Meier.

+ Sử dụng phần mềm R.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

- Đề tài được thông qua hội đồng đề cương đề tài cấp cơ sở tại Bệnh viện K.

- Tính tự nguyện: Tất cả BN trong nghiên cứu đều hoàn toàn tự nguyện tham gia. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị, không nhằm mục đích nào khác. Những BN có đủ tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được giải thích đầy đủ, rõ ràng về các lựa chọn điều trị tiếp theo, về quy trình điều trị, các ưu, nhược điểm của từng phương pháp điều trị, các rủi ro có thể xảy ra. Tất cả các thông tin chi tiết về tình trạng bệnh tật, các thông tin cá nhân của người bệnh được bảo mật thông qua việc mã hóa các số liệu trên máy vi tính.

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung của nhóm người bệnh nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm tuổi, giới

Bảng 1. Đặc điểm tuổi, giới

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi		
< 65	48	77,4
≥ 65	14	22,6
Giới tính		
Nam	44	71,0
Nữ	18	29,0

Nhận xét:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần nam giới (chiếm 71%), nhóm tuổi < 65 tuổi chiếm đa số (chiếm 77,4%).

3.1.2. Đặc điểm tiền sử bản thân và gia đình

Bảng 2. Tiền sử bản thân và gia đình

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tiền sử hút thuốc		
Có	49	79,0
Không	13	21,0
Uống rượu, bia		
Có	47	75,8
Không	15	24,2
Gia đình có người mắc ung thư		
Có	12	19,4
Không	50	80,6

Nhận xét:

Đa phần các bệnh nhân có hút thuốc lá (79%) và uống rượu bia (75,8%). Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử gia đình mắc các bệnh lý ác tính là 19,4%, trong đó thường gặp các trường hợp như ung thư phổi, ung thư đại tràng.

3.1.3. Chỉ số toàn trạng

Bảng 3. Chỉ số toàn trạng

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Chỉ số PS		
0	15	24,2
1	39	62,9
2	8	12,9

Nhận xét:

Chủ yếu các bệnh nhân có thể trạng ECOG 1 (chiếm 62,9%), tiếp đến là ECOG 0 (chiếm 24,2%).

3.1.4. Triệu chứng cơ năng

Bảng 4. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Triệu chứng tại chỗ		
Hạch cổ đau	35	56,5
Hạch gây chèn ép	15	24,2
Hạch sưng nóng đỏ	6	9,7
Hạch vỡ loét	2	3,2
Triệu chứng ngoài hạch, toàn thân		
Gầy sút cân	22	35,5
Sốt	10	16,1
Khó thở	17	27,4
Nuốt khó	7	11,3
Ho khan	26	41,9
Rối loạn tiêu hóa	3	4,8

Nhận xét:

Nhiều bệnh nhân không có triệu chứng tại hạch, chỉ cảm thấy hạch to dần, tỷ lệ bệnh nhân có đau vị trí hạch chiếm 56,5%. Có 24,2% hạch to gây chèn ép, 9,7% trường hợp hạch sưng nóng và 23,2% trường hợp hạch to, xâm lấn da. Các triệu chứng toàn thân thường gặp như gầy sút cân (35,5%), khó thở (27,4%) và ho khan (41,9%). Chỉ có 4,8% có rối loạn tiêu hóa.

3.1.5. Vị trí hạch cổ di căn

Bảng 5. Vị trí hạch cổ di căn trên lâm sàng

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tần suất %
Nhóm hạch trên lâm sàng		
Hạch cảnh cao	39	62,9
Hạch góc hàm	30	48,4
Hạch cảnh thấp	17	27,4
Hạch thượng đòn	25	40,3

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tần suất %
Vị trí		
Một bên	27	43,5
Hai bên	35	56,5

Nhận xét:

Tỷ lệ khám phát hiện hạch cổ hai bên là 56,5%, nhóm hạch có tần suất hay gặp nhất là cảnh cao (62,9%), tiếp đến hạch góc hàm (48,4%), hạch thượng đòn (40,3%).

3.1.6. Tính chất hạch trên khám lâm sàng

Bảng 6. Tính chất hạch trên khám lâm sàng

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tính chất		
Rắn, chắc	62	86,1
Mềm	10	13,9
Di động		
Có	53	73,6
Không	19	26,4

Nhận xét:

Đa số các bệnh nhân có hạch tính chất chắc, rắn trên khám lâm sàng (chiếm 86,1%), tỷ lệ bệnh nhân có hạch cố định, dính xung quanh chiếm 26,4%.

3.1.7. Đặc điểm mô bệnh học hạch cổ

Bảng 7. Đặc điểm mô bệnh học

Mô bệnh học	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Carcinoma vảy	40	64,5
Carcinoma tuyến	19	30,6
Khác	3	4,8

Nhận xét:

Mô bệnh học thường gặp là hạch di căn ung thư biểu mô vảy (chiếm 64,5%), tiếp đến là hạch

di căn ung thư biểu mô tuyến (chiếm 30,6%), ngoài ra còn các trường hợp khác như carcinoma dạng ống, hoặc có thành phần tế bào nhẵn hoặc nhày ít gặp.

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Đặc điểm điều trị của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

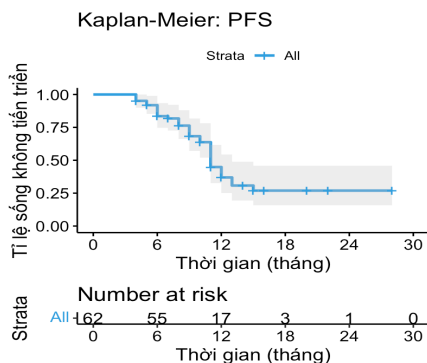
Bảng 8. Đặc điểm điều trị

Vị trí u nguyên phát	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Phẫu thuật vét hạch đơn thuần	3	4,8
Phẫu thuật vét hạch cổ + hóa/xạ bổ trợ	16	25,8
Hóa trị đơn thuần	43	69,4

Nhận xét:

Trong 62 bệnh nhân chẩn đoán hạch cổ di căn chưa rõ nguyên phát, có 3 BN (chiếm 4,8%) chỉ có đơn thuần hạch cổ 1 bên và không phát hiện cơ quan di căn khác, được tiến hành phẫu thuật vét hạch cổ triệt căn. Có 16 BN (chiếm 25,8%) sau khi phẫu thuật vét hạch cổ được bổ trợ xạ trị hoặc hoá xạ do tính chất hạch phá vỡ vỏ. Còn lại 43 BN (chiếm 69,4%) được điều trị hóa chất toàn thân vì có nhiều tổn thương di căn lan tràn.

3.2.2. Thời gian sống thêm không tiến triển

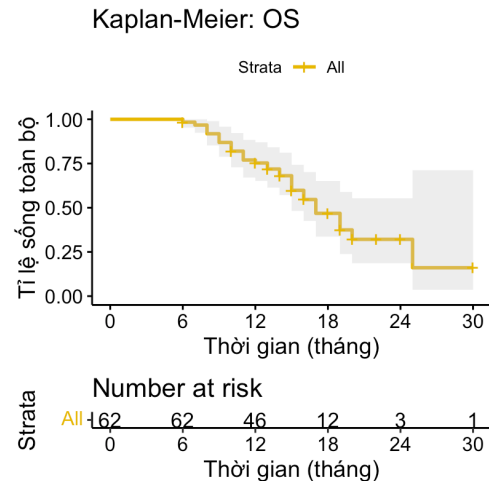


Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm không tiến triển

Nhận xét:

Trung vị sống thêm không tiến triển là 11 tháng (95%CI: 10-13 tháng). Tỷ lệ sống thêm tại thời điểm 1 năm và 2 năm lần lượt là 36,9% và 26,9%.

3.2.3. Thời gian sống thêm toàn bộ



Biểu đồ 2. Thời gian sống thêm toàn bộ

Nhận xét:

Trung vị sống thêm toàn bộ là 17 tháng (95%CI: 15-NR tháng). Tỷ lệ sống thêm tại thời điểm 1 năm và 2 năm lần lượt là 75,3% và 32,1%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất ở bệnh nhân có hạch cổ di căn là đau vùng cổ và tự sờ thấy hạch nổi một bên. Phần lớn các trường hợp hạch cổ di căn carcinoma bắt nguồn từ ung thư vùng đầu mặt cổ, ung thư da, tuyến nước bọt hoặc tuyến giáp. Ít gặp hơn, hạch cổ có thể di căn từ các u ngoài vùng đầu mặt cổ như phổi, vú, đường tiêu hóa hoặc tiết niệu, thường liên quan đến nhóm hạch cổ thấp. Về vị trí, nhóm hạch II là nơi thường bị di căn nhất (30-50%), tiếp theo là nhóm

I và III (10-20%), còn nhóm IV và V ít gặp hơn (5-10%). Tuy nhiên, tỷ lệ này có thể thay đổi giữa các nghiên cứu; ví dụ, Christian Florke và cộng sự ghi nhận hơn 50% di căn tập trung ở nhóm I và II [5].

Trong thực hành, vị trí nhóm hạch di căn có thể giúp gợi ý ổ nguyên phát. Tồn thương hạch cả hai bên thường liên quan tới các khối u đường giữa như ung thư sàn miệng, vòm họng, đáy lưỡi hoặc thanh quản. Ung thư vòm thường di căn hạch nhóm IIb và V, trong khi ung thư tuyến giáp ưu tiên hạch nhóm VI [6]. Lodder và cộng sự ghi nhận 10-15% di căn từ ung thư khoang miệng và hạ họng ở nhóm hạch III và IV [7]. Ngoài ra, nếu phát hiện hạch thượng đòn trái hay nhóm Vb, cần nghĩ đến ung thư ngoài vùng đầu mặt cổ như phổi, vú, hay đường tiêu hóa [8]. Nghiên cứu của Yeo và cộng sự trên 262 bệnh nhân cho thấy carcinoma di căn hạch cổ thường gặp nhất là lymphoma (46,6%), tiếp theo là ung thư vùng đầu mặt cổ (33,6%) với đặc điểm di căn chủ yếu nhóm II (85%), còn nhóm IV và VI <10%. Tuy nhiên, nghiên cứu hiện tại đã loại trừ các ca lymphoma.

Đặc điểm dân số nghiên cứu: Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa phần nam giới (chiếm 71%), nhóm tuổi < 65 tuổi chiếm đa số (chiếm 77,4%). Đa phần các bệnh nhân có hút thuốc lá (79%) và uống rượu bia (75,8%). Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử gia đình mắc các bệnh lý ác tính là 19,4%. Chủ yếu các bệnh nhân có thể trạng ECOG 1 (chiếm 62,9%), tiếp đến là ECOG 0 (chiếm 24,2%). Tỷ lệ khám phát hiện hạch cổ hai bên là 56,5%, nhóm hạch có tần suất hay gặp nhất là cảnh cao (62,9%), tiếp đến hạch góc hàm (48,4%), hạch thượng đòn (40,3%). Đa số các bệnh nhân có hạch tính chất chắc, rắn trên khám lâm sàng (chiếm 86,1%), tỷ lệ bệnh nhân có hạch cổ định, dính xung quanh chiếm 26,4%. Mô bệnh học thường gặp là hạch di căn ung thư biểu mô vảy (chiếm 64,5%).

Cận lâm sàng đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán. Siêu âm hạch cổ là phương tiện an

toàn, không xâm lấn, cho phép đánh giá hình thái hạch và cấu trúc xung quanh, với độ nhạy 73,8% và độ chính xác 77,8%. Hạch ác tính thường >1cm (độ nhạy 80,9%), tỷ lệ S/L >0,67, bờ không đều, âm vang không đồng nhất [9]. CT và MRI giúp xác định vị trí, kích thước, đặc điểm hạch, tồn thương nguyên phát và mức độ lan rộng; CT có độ nhạy 49-95% và độ đặc hiệu 78-98%. PET-CT ngày càng phổ biến trong chẩn đoán hạch cổ di căn chưa rõ nguyên phát; phân tích 11 nghiên cứu (433 bệnh nhân) cho thấy tỷ lệ phát hiện u nguyên phát là 37% với độ nhạy và đặc hiệu đều 84% [10]. Trong các trường hợp không phát hiện được ổ nguyên phát, hóa mô miễn dịch với dấu ấn sinh học hỗ trợ định hướng nguồn gốc khối u. Ngoài ra, EBV dương tính gợi ý ung thư vòm, còn HPV hoặc p16 liên quan đến ung thư hầu họng.

4.2. Kết quả điều trị nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Về kết quả điều trị trong nghiên cứu chúng tôi: Trung vị sống thêm không tiến triển là 11 tháng (95%CI: 10-13 tháng). Tỷ lệ sống thêm tại thời điểm 1 năm và 2 năm lần lượt là 36,9% và 26,9%. Trung vị sống thêm toàn bộ là 17 tháng (95%CI: 15-NR tháng). Tỷ lệ sống thêm tại thời điểm 1 năm và 2 năm lần lượt là 75,3% và 32,1%. Trong 62 bệnh nhân chẩn đoán hạch cổ di căn chưa rõ nguyên phát, có 3 BN (chiếm 4,8%) chỉ có đơn thuần hạch cổ 1 bên và không phát hiện cơ quan di căn khác, được tiến hành phẫu thuật vét hạch cổ triệt căn. Có 16 BN (chiếm 25,8%) sau khi phẫu thuật vét hạch cổ được bổ trợ xạ trị hoặc hoá xạ do tính chất hạch phá vỡ vỏ. Còn lại 43 BN (chiếm 69,4%) được điều trị hoá chất toàn thân vì có nhiều tổn thương di căn lan tràn.

Trong nghiên cứu hồi cứu của Yan Wang trên 154 bệnh nhân CCUP, nam giới chiếm 74%, trung vị tuổi 50 (14-75). Ung thư biểu mô vảy chiếm 65,6%, ung thư tuyến 18,2%, còn lại là các thể hiếm (ung thư tuyến nang, sarcoma tế bào thoi, ung thư biểu mô nhầy-vảy, ung thư thần kinh nội

tiết, hắc tố ác tính, lympho/biểu mô, ung thư tế bào nhỏ) chiếm 16,2%. Giai đoạn N1: 50,6%, N2: 40,2%, N3: 9,2%; xâm lấn ngoài bao 36,4%, di căn xa 3 ca. Giai đoạn III (N1) 50,6%, giai đoạn IV (N2–3, M1) 49,4%. Điều trị: 43,5% phẫu thuật bóc hạch, 44,2% hóa trị, 27,3% xạ trị. OS 2 năm và 5 năm lần lượt 73,5% và 59,4%; PFS tương ứng 87,6% và 84,0%. Giai đoạn cao, mô học không phải vảy, và xâm lấn ngoài bao đều liên quan tiên lượng xấu [11].

Hans Christiansen báo cáo trên 28 ca carcinoma vảy hạch cổ không rõ nguyên phát: 17 bệnh nhân được nạo hạch (triệt để hoặc cải biên) + xạ trị bổ trợ, 11 bệnh nhân xạ trị triệt để (liều trung bình 66,8 Gy); 5 bệnh nhân hóa trị bổ sung. OS 5 năm đạt 40,1%, kiểm soát tại chỗ 72,7%; xâm lấn ngoài bao và phương pháp phẫu thuật ảnh hưởng đáng kể tới tiên lượng [12]. Y. Yalin nghiên cứu 114 bệnh nhân CCUP với 3 loại mô học chính: ung thư kém biệt hóa (62%), vảy (24%) và tuyến (14%); điều trị cá thể hóa tùy vị trí hạch và mô học, gồm nạo hạch triệt để, xạ trị, hóa trị; OS 5 năm 36% [13].

5. KẾT LUẬN

Hạch cổ di căn chưa rõ nguyên phát hay gặp nam giới, thể mô bệnh học carcinoma vảy. Phác đồ điều trị phụ thuộc theo đặc điểm lâm sàng, giai đoạn bệnh và tính chất mô bệnh học di căn hạch. Thời gian sống thêm toàn bộ của nhóm nghiên cứu đạt trung vị 17 tháng (95%CI: 15–NR tháng).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. Strojjan, P.; Anicin, A. Combined Surgery and Postoperative Radiotherapy for Cervical Lymph Node Metastases from an Unknown Primary Tumour. *Radiother Oncol* 1998, 49, 33–40, doi:10.1016/s0167-8140(98)00082-6.
- [2]. Nguyen, C.; Shenouda, G.; Black, M.J.; Vuong, T.; Donath, D.; Yassa, M. Metastatic Squamous Cell Carcinoma to Cervical Lymph Nodes from Unknown Primary Mucosal Sites. *Head Neck* 1994, 16, 58–63, doi:10.1002/hed.2880160112.
- [3]. Issing, W.J.; Taleban, B.; Tauber, S. Diagnosis and Management of Carcinoma of Unknown Primary in the Head and Neck. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2003, 260, 436–443, doi:10.1007/s00405-003-0585-z.
- [4]. Guntinas-Lichius, O.; Peter Klussmann, J.; Dinh, S.; Dinh, M.; Schmidt, M.; Semrau, R.; Mueller, R.-P. Diagnostic Work-up and Outcome of Cervical Metastases from an Unknown Primary. *Acta Otolaryngol* 2006, 126, 536–544, doi:10.1080/00016480500417304.
- [5]. Flörke, C.; Gülses, A.; Altmann, C.-R.; Wiltfang, J.; Wieker, H.; Naujokat, H. Clinicopathological Risk Factors for Contralateral Lymph Node Metastases in Intraoral Squamous Cell Carcinoma: A Study of 331 Cases. *Curr Oncol* 2021, 28, 1886–1898, doi:10.3390/curroncol28030175.
- [6]. Garrel, R.; Tripodi, C.; Cartier, C.; Makeieff, M.; Cramette, L.; Guerrier, B. Cervical Lymphadenopathies Signaling Thyroid Microcarcinoma. Case Study and Review of the Literature. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis* 2011, 128, 115–119, doi:10.1016/j.anorl.2010.11.007.
- [7]. Lodder, W.L.; Sewnaik, A.; den Bakker, M.A.; Meeuwis, C.A.; Kerrebijn, J.D.F. Selective Neck Dissection for N0 and N1 Oral Cavity and Oropharyngeal Cancer: Are Skip Metastases a Real Danger? *Clin Otolaryngol* 2008, 33, 450–457, doi:10.1111/j.1749-4486.2008.01781.x.

- [8]. Yeo, J.C.L.; Lim, S.Y.; Hilmi, O.J.; MacKenzie, K. An Analysis of Non-Head and Neck Primaries Presenting to the Neck Lump Clinic: Our Experience in Two Thousand Nine Hundred and Six New Patients. *Clin Otolaryngol* 2013, 38, 429–432, doi:10.1111/coa.12151.
- [9]. Jayapal, N.; Ram, S.K.M.; Murthy, V.S.; Basheer, S.A.; Shamsuddin, S.V.; Khan, A.B. Differentiation Between Benign and Metastatic Cervical Lymph Nodes Using Ultrasound. *J Pharm Bioallied Sci* 2019, 11, S338–S346, doi:10.4103/JPBS.JPBS_26_19.
- [10]. Kwee, T.C.; Kwee, R.M. Combined FDG-PET/CT for the Detection of Unknown Primary Tumors: Systematic Review and Meta-Analysis. *Eur Radiol* 2009, 19, 731–744, doi:10.1007/s00330-008-1194-4.
- [11]. Wang, Y.; He, S.-S.; Bao, Y.; Cai, X.-Y.; Chen, H.-Y.; Yang, X.-L.; Chen, D.-M.; Lu, L.-X.; Chen, Y. Cervical Lymph Node Carcinoma Metastasis from Unknown Primary Site: A Retrospective Analysis of 154 Patients. *Cancer Medicine* 2018, 7, 1852–1859, doi:10.1002/cam4.1458.
- [12]. Christiansen, H.; Hermann, R.M.; Martin, A.; Nitsche, M.; Schmidberger, H.; Pradier, O. Neck Lymph Node Metastases from an Unknown Primary Tumor. *Strahlentherapie und Onkologie* 2005, 181, 355–362, doi:10.1007/s00066-005-1338-2.
- [13]. Yalin, Y.; Pingzhang, T.; Smith, G.I.; Ilankovan, V. Management and Outcome of Cervical Lymph Node Metastases of Unknown Primary Sites: A Retrospective Study. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2002, 40, 484–487, doi:10.1016/S0266435602002449.