

8. **Martínez-García MA, Perpiñá-Tordera M, Soler-Cataluña JJ, Román-Sánchez P, Lloris-Bayo A, González-Molina A.** Dissociation of lung function, dyspnea ratings and pulmonary extension in bronchiectasis. *Respir Med.* 2007; 101(11):2248-2253. doi:10.1016/j.rmed.2007.06.028
9. **Công Thị Kim Khánh.** Thăm dò chức năng hô hấp, tưới máu hệ mao mạch phổi và biến đổi chức

năng thông khí phổi trong phẫu thuật phổi ở bệnh nhân áp xe phổi và giãn phế quản. Luận án Tiến sỹ Y học. Đại học Y khoa Hà Nội; 1995.

10. **Lynch DA, Newell J, Hale V, et al.** Correlation of CT findings with clinical evaluations in 261 patients with symptomatic bronchiectasis. *Am J Roentgenol.* 1999;173(1):53-58. doi:10.2214/ajr.173.1.10397099

NHẬN XÉT KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HÓA CHẤT DẪN ĐẦU PHÁC ĐỒ GEMICTABINE-CISPLATIN UNG THƯ VÒM MŨI HỌNG GIAI ĐOẠN III-IVA

Trịnh Thu Hà¹, Đỗ Hùng Kiên²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đáp ứng điều trị và một số tác dụng không mong muốn của phác đồ Gemcitabine-Cisplatin trong điều trị hóa chất dẫn đầu ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Có 78 bệnh nhân ung thư vòm mũi họng giai đoạn III-IVA điều trị hóa chất dẫn đầu phác đồ Gemcitabine-Cisplatin tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội và Bệnh viện K từ tháng 02/2020 đến 03/2022. Bệnh nhân được đánh giá đáp ứng theo tiêu chuẩn đánh giá đáp ứng cho khối u đặc (RECIST), độc tính theo tiêu chuẩn CTACE 5.0. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng của phác đồ là 78,3%; trong đó: 18% bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn, 60,3% đáp ứng một phần. Độc tính: tỷ lệ thiếu máu: 60,2%, tỷ lệ hạ bạch cầu trung tính: 34,6%, hạ tiểu cầu: 30,8%, nôn, buồn nôn: 82,0% chủ yếu ở độ I-II. **Kết luận:** Phác đồ Gemcitabine-Cisplatin cho bệnh nhân ung thư vòm mũi họng có tỷ lệ đáp ứng cao, độc tính chủ yếu trên huyết học và bệnh nhân dung nạp thuốc tốt

Từ khóa: hoá chất dẫn đầu, Gemcitabine-Cisplatin, ung thư vòm mũi họng.

SUMMARY

RESULTS OF THE INDUCTION CHEMOTHERAPY WITH GEMICTABINE-CISPLATIN IN THE TREATMENT OF NASOPHARYNGEAL CARCINOMA STAGE III-IVA

Objective: To evaluate the treatment response and toxicity profile of the induction chemotherapy with Gemcitabine-Cisplatin regimen in the treatment of patients with stage III-IVA nasopharyngeal carcinoma. **Methods:** A prospective descriptive study on patients who were newly diagnosed with stage III-IV nasopharyngeal carcinoma at Hanoi Oncology Hospital

¹Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Thu Hà

Email: hatrinh.ub@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.11.2022

Ngày phản biện khoa học: 12.12.2022

Ngày duyệt bài: 6.01.2023

and National Cancer Hospital of Vietnam Vietnam from February 2020 to October 2022. The primary endpoint was response rate, and the secondary endpoints were toxicities profile of the treatment. **Results:** The overall response rate of the regimen was 78.3%: 18% complete response, 60.3% partial response. The common toxicities were anemia (60.2%), neutropenia (34.6%), thrombocytopenia (30.8%), vomiting, nausea (82.0%). Majority of the toxicities was grade I-II. **Conclusion:** Gemcitabine/cisplatin regimen in the induction chemotherapy of stage III-IV nasopharyngeal carcinoma provided a high overall response rate, well tolerance with the acceptable toxicities. **Keywords:** induction chemotherapy, Gemcitabine/cisplatin, nasopharyngeal carcinoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vòm mũi họng (UTVMH) là một bệnh thuộc nhóm ung thư vùng đầu và cổ, có đặc điểm dịch tế học, đặc điểm mô học và cả chiến lược điều trị khác biệt so với các nhóm ung thư đầu cổ khác. Tỷ lệ mắc UTVMH có sự phân bố theo khu vực địa lý trên thế giới. Theo Globocan năm 2020 trên thế giới có khoảng 133.354 người mới mắc bệnh và gần 80.000 ca tử vong trên toàn thế giới và tỷ lệ cao nhất gặp ở Nam Trung Quốc, Đông Nam Á và Bắc Phi Việt Nam cũng là một trong số quốc gia có tỷ lệ mắc ung thư vòm họng cao với tỷ lệ mắc mới năm 2020 khoảng 6040 bệnh nhân/năm và 3706 ca tử vong. Tuy nhiên hơn 70% bệnh nhân được chẩn đoán đầu tiên ở giai đoạn III-IV. Gần đây từ nhiều phân tích tổng hợp cho thấy rằng hoá chất dẫn đầu sau đó là hoá xạ đồng thời là phương pháp điều trị tốt nhất về thời gian sống thêm toàn bộ.² Ngoài ra từ dữ liệu dài hạn từ một thử nghiệm đa trung tâm, ngẫu nhiên, cho thấy hoá chất dẫn đầu sau đó điều trị hoá xạ trị đồng thời cải tiến đáng kể trong thời gian sống thêm bệnh không tiến triển và cải thiện về thời gian sống thêm toàn bộ mà không làm tăng các độc tính muộn. Một nghiên cứu pha III, đa trung

tâm của Yuan Zhang và cộng sự đã được công bố cho thấy hiệu quả điều trị của phác đồ Gemcitabine-Cisplatin dẫn đầu với hóa xạ trị đồng thời cho thấy hiệu quả điều trị tốt, tỷ lệ đáp ứng toàn bộ đạt 96,7%. Tỷ lệ bệnh không tái phát sau 03 năm là 85,3% nhóm hóa chất dẫn đầu so với 76.5% nhóm hóa xạ đồng thời với $p=0,001^3$. Tại Việt Nam đã áp dụng nhiều hóa chất dẫn đầu cho UTMH giai đoạn III-IVA với các phác đồ CF, TCF,... Tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả điều trị và tác dụng không mong muốn của phác đồ Gemcitabine-Cisplatin dẫn đầu trong ung thư vòm mũi họng giai đoạn III-IVA. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài: "*Kết quả điều trị hóa chất dẫn đầu Gemcitabine-Cisplatin ung thư vòm mũi họng giai đoạn III-IVA*" với mục tiêu: Đánh giá đáp ứng điều trị và một số độc tính của phác đồ Gemcitabine-Cisplatin trong điều trị hóa chất dẫn đầu ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân có chẩn đoán xác định là ung thư UTMH Giai đoạn III và giai đoạn IVa (AJCC/2017), được điều trị hóa chất dẫn đầu phác đồ Gemcitabine-Cisplatin tại bệnh viện Ung bướu Hà Nội từ tháng 02/2020 đến 02/2022

Tiêu chuẩn lựa chọn: UTMH Giai đoạn III (T3-N2) và giai đoạn IVa (AJCC/2017). Mô bệnh học là ung thư biểu mô vòm mũi họng, chưa điều trị hóa chất hoặc xạ trị trước đó. Chỉ số toàn trạng PS 0-1. Có các tổn thương có thể đánh giá được theo tiêu chuẩn RECIST 1.1. Không có chống chỉ định với điều trị hóa chất và xạ trị.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có 2 ung thư đồng thời. Đang mắc bệnh phổi hợp ảnh hưởng đến thực hiện điều trị và theo dõi. Bệnh nhân bỏ điều trị ngoài lý do chuyên môn. Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.2. Các bước tiến hành:

Bước 1: Xác định bệnh nhân thuộc nhóm nghiên cứu: chọn bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn, tiêu chuẩn loại trừ.

Bước 2: Thu thập thông tin trước điều trị hóa chất : đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bước 3: Tiến hành điều trị hoá chất dẫn đầu

Bảng 3.2. Liều điều trị trung bình

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Liều điều trị		
- Gemcitabine	75	96,1

phác đồ: Gemcitabine + Cisplatin x 03 chu kỳ

Phác đồ Gemcitabine- Cisplatin. Gemcitabine 1000mg/m² da truyền tĩnh mạch trong 30 phút ngày 1 và ngày 08, Cisplatin: 80 mg/m² truyền tĩnh mạch trong 04 giờ ngày 01. Chu kỳ điều trị 21 ngày.

Bước 4: Đánh giá kết quả và điều trị hoá xạ đồng thời tiếp

Đánh giá độc tính: Tiêu chuẩn phân độ độc tính CTCAE (Common Terminology Criteria for Adverse Events version 5.0)

Đánh giá đáp ứng điều trị: Sau 03 chu kỳ hóa chất dẫn đầu đánh giá theo tiêu chuẩn RECIST 1.1 bao gồm: đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng 1 phần, bệnh ổn định, bệnh tiến triển.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS Statistics 20.0

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 01/2020 - 03/2022, nghiên cứu 78 bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện K và Bệnh viện Ung bướu Hà Nội thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn, tham gia vào nghiên cứu. Chúng tôi thu được kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.

Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 51,9 ± 14,9 tuổi. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 50-59 tuổi, chiếm 30,8%. Tỷ lệ nam/nữ = 4,2/1.

Bảng 3.1. Đặc điểm giai đoạn TNM của đối tượng nghiên cứu (n = 78)

Giai đoạn	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)	
T	T3	40	51,3
	T4	38	48,7
N	N1	14	17,9
	N2	49	62,8
	N3	15	19,3
Giai đoạn	III	38	49
	IVa	40	51
Tổng	78	100	

Nhận xét: Phân loại giai đoạn: phân loại giai đoạn bệnh theo TNM có: 51,3% bệnh nhân ở giai đoạn T3; 48,7% bệnh nhân giai đoạn T4; 49% bệnh nhân giai đoạn III và 51% bệnh nhân giai đoạn IVa.

3.2. Kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan

- Cisplatin	78	100
Số bệnh nhân điều trị đủ 03 chu kỳ	78	100
Số bệnh nhân giảm liều điều trị	03	3,8
Lý do giảm liều điều trị		
- Tác dụng phụ trên huyết học	03	3,8
- Tác dụng phụ ngoài hệ tạo huyết	0	0
Số bệnh nhân chậm điều trị > 3 ngày	10	19,2
Số bệnh nhân chậm điều trị > 7 ngày	6	7,6
Lý do chậm điều trị:		
- Tác dụng không mong muốn hoá chất	5	6,4
- Do lý do khác	18	23
Khoảng thời gian trung bình từ ngày bắt đầu điều trị hoá chất dẫn đầu đến ngày hoá xạ trị đồng thời	67±1,2 (63-75) ngày	
Bước điều trị tiếp theo là hoá xạ đồng thời	78	100

Nhận xét: 100% bệnh nhân điều trị đủ 03 chu kỳ, 96,2% bệnh nhân điều trị liều chuẩn, 3,8% bệnh nhân giảm liều do tác dụng phụ trên hệ tạo huyết. Số bệnh nhân chậm điều trị > 3 ngày và > 7 ngày là 19,2% và 7,6%. Trong đó lý do chậm điều trị do tác dụng phụ của hoá chất là 6,4%. Thời gian trung bình từ ngày bắt đầu điều trị hoá chất dẫn đầu đến ngày hoá xạ trị đồng thời là 67±1,2 ngày. 100% bệnh nhân điều trị được tiếp theo sau là hoá xạ đồng thời.

Bảng 3.3. Mức độ đáp ứng khách quan với điều trị hóa chất dẫn đầu (n = 78)

Đặc điểm đáp ứng điều trị		Số BN (n)	%	Tổng (%)
Có đáp ứng	Đáp ứng hoàn toàn	14	18,0	78,3
	Đáp ứng một phần	47	60,3	
Không đáp ứng	Bệnh giữ nguyên	17	21,7	21,7
	Bệnh tiến triển	0	0	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có đáp ứng với điều trị là 78,3%; trong đó tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn chiếm 18,0%. Bệnh giữ nguyên ở 21,7% bệnh nhân.

Bảng 3.4. Các mô liên quan đến tỷ lệ đáp ứng điều trị (n=78)

Yếu tố	Không đáp ứng	Đáp ứng	OR	p
Tuổi	≥ 50	15 (30,0%)	5,57	0,028
	< 50	2 (7,1%)		
Giới	Nam	12 (19,0%)	0,47	0,602
	Nữ	5 (33,3%)		
PS	1-2	15 (21,7%)	0,97	0,413
	0	2 (22,2%)		
Giai đoạn T	T4	12 (31,6%)	3,23	0,015
	T3	5 (12,5%)		
Giai đoạn N	N3	4 (26,7%)	1,40	0,367
	N1-N2	13 (16,7%)		

Bảng 3.5. Phân tích đa biến các yếu tố liên quan đến đáp ứng điều trị (n = 78)

Yếu tố	Phân tích đa biến	
	OR (95%CI)	p
Tuổi ≥ 50	10,36 (1,21-12,11)	0,033
Giới nam	5,72 (0,55-59,75)	0,145
T4	4,47 (1,95-22,31)	0,048
UTBM vầy	2,56 (0,22-5,03)	0,391

Nhận xét: Kết quả phân tích đơn biến và đa biến cho thấy, tuổi ≥ 50 và mức độ xâm lấn khối u (T) cao là các yếu tố liên quan tới tiên lượng đáp ứng điều trị kém ở đối tượng nghiên cứu. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

3.3. Tác dụng không mong muốn của phác đồ.

Tác dụng không mong muốn của phác đồ hoá chất trên lâm sàng
Buồn nôn là tác dụng không mong muốn thường gặp nhất trên lâm sàng với tỉ lệ 82,0%; tiếp đó là nôn, tiêu chảy với tỉ lệ lần lượt là 39,6% và 19,5%. Tuy nhiên, phần lớn các tác dụng không mong muốn trên lâm sàng đều gặp ở mức độ nhẹ, rất ít tác dụng không mong muốn ở độ 3-4 với tỉ lệ dao động từ 1,9% đến 15,3%.

Tác dụng không mong muốn của phác đồ hoá chất trên cận lâm sàng

Tác dụng không mong muốn của phác đồ hoá chất trên hóa sinh tác dụng không mong muốn tăng men gan gặp nhiều nhất ở sau chu kỳ

3 với tỉ lệ 25,6%. Không có bệnh nhân nào gặp phải tác dụng không mong muốn suy thận trong nghiên cứu.

Tác dụng không mong muốn của phác đồ hoá chất trên huyết học

Bảng 3.6. Tác dụng không mong muốn chung trên huyết học

Tác dụng không mong muốn		Sau chu kỳ 1	Sau chu kỳ 2	Sau chu kỳ 3
Thiếu máu	Độ 1,2	31 (39,7%)	47 (60,2%)	43 (55,1%)
	Độ 3,4	0	0	3 (3,8%)
Hạ BC	Độ 1,2	27 (34,6%)	12 (15,4%)	24 (30,8%)
	Độ 3,4	3 (3,8%)	3 (3,8%)	3 (3,8%)
Hạ BCTT	Độ 1,2	31 (39,7%)	10 (12,8%)	24 (30,8%)
	Độ 3,4	3 (3,8%)	3 (3,8%)	3 (3,8%)
Hạ TC	Độ 1,2	8 (10,2%)	5 (6,4%)	24 (30,8%)
	Độ 3,4	0	2 (2,5%)	2 (2,5%)

- Trong 78 bệnh nhân nghiên cứu, độc tính thiếu máu gặp nhiều nhất trong đó chủ yếu ở mức độ nhẹ (độ 1, 2) với tỷ lệ cao nhất là 60,2% ở sau chu kỳ 2.

- Tác dụng không mong muốn hạ bạch cầu xảy ra nhiều nhất ở chu kỳ 1 và 3 với tỉ lệ 34,6% và 30,8%, chủ yếu ở mức độ nhẹ.

- Độc tính với bạch cầu hạt hay gặp nhất ở sau chu kỳ 1 và 3 với tỉ lệ lần lượt là 39,7% và 30,8% (độ 1,2); mức độ 3-4 gặp rất ít với tỉ lệ chỉ là 3,8%.

- Độc tính với tiểu cầu rất ít, chủ yếu ở mức độ nhẹ với tỉ lệ dao động 6,4%-30,8% giữa các chu kỳ. Chỉ có 2 bệnh nhân, chiếm tỉ lệ 2,5% hạ tiểu cầu nặng.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tuổi trung bình của bệnh nhân là $51,9 \pm 14,9$ tuổi. Nhóm tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là nhóm 50 - 59 tuổi (30,8%). Kết quả nghiên cứu này tương đồng với nhiều tác giả khác. Bùi Vinh Quang (2012) tỷ lệ mắc bệnh cao nhất từ 40 đến 59. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu khác, phù hợp về mặt dịch tễ học. Tuy nhiên kết quả trong nghiên cứu chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Li Zhang và CS (2016) với tỷ lệ cao nhất ≤ 50 tuổi (64%) với tuổi trung vị là 4. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ nam/nữ là 4,2/1 tương đồng với nghiên cứu của Sun và CS (2016) tỉ lệ nam/nữ là 4,1/1.

Kết quả điều trị: 100% bệnh nhân điều trị hết 3 chu kỳ hoá chất Gemcitabine-Cisplatin. Kết quả này là cao hơn trong nghiên cứu của Yan Zhang (2019) tỷ lệ điều trị đủ 03 chu kỳ hoá chất dẫn đầu là 96,7%.

Đáp ứng lâm sàng: Về mặt cơ năng, tất cả các triệu chứng cơ năng đều có sự cải thiện đáng kể giữa trước và sau điều trị và khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Đáp ứng thực thể: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỉ lệ bệnh nhân có đáp ứng với điều trị là 78,2%; trong đó tỉ lệ bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn chiếm 18,0%, tỉ lệ đáp ứng một phần chiếm 60,3%. Bệnh giữ nguyên ở 21,7% trường hợp. Nghiên cứu không ghi nhận trường hợp nào tiến triển. Các nghiên cứu khác có giai đoạn hóa chất dẫn đầu đều cho kết quả tương tự Zhang Y và cs (2019): tỉ lệ đáp ứng toàn bộ/đáp ứng một phần/bệnh giữ nguyên/bệnh tiến triển lần lượt là 10%; 84,5%; 4,2% và 1,3% sau 03 chu kỳ hoá chất dẫn đầu.

Một số yếu tố liên quan đến đáp ứng toàn bộ của phác đồ: các yếu tố tuổi ≥ 50 ; mức độ xâm lấn khối u (T) cao là các yếu tố liên quan tới tiên lượng đáp ứng điều trị kém ở đối tượng nghiên cứu trong mô hình hồi quy đơn biến và đa biến

Các tác dụng không mong muốn

Buồn nôn và nôn: buồn nôn và nôn là các tác dụng không mong muốn phổ biến với tỷ lệ lần lượt là 82,0% và 39,6%. Tuy nhiên, phần lớn các trường hợp chỉ gặp ở mức độ 1-2, với tỉ lệ 69,7% và 29,4%. Bệnh nhân buồn nôn, nôn ở mức độ 3-4 chiếm tỷ lệ: 15,3% và 10,2%, gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống hàng ngày.

Thiếu máu: Kết quả của chúng tôi độc tính thiếu máu gặp nhiều nhất trong đó chủ yếu ở mức độ nhẹ (độ 1, 2) với tỷ lệ 60,8% ở sau chu kỳ 2. Do thiếu máu dai dẳng độ 3, 03 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi phải truyền máu, giảm liều Gemcitabine 20%. Kết quả tỷ lệ thiếu máu của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu của tác giả nước ngoài. Nghiên cứu của Zhang và cs (2019), tỷ lệ thiếu máu độ 3,4 là 1,6%. Lí do có thể do giai đoạn bệnh trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ giai đoạn bệnh lan tràn hơn, bệnh nhân thể trạng kém nên tình trạng thiếu máu do bệnh tiến triển và tình trạng dinh dưỡng kém.

Bạch cầu: Tỷ lệ hạ bạch cầu tổng trong nghiên cứu là 30,8%, hạ độ 1-2 là 34,6%, hạ bạch cầu độ 3,4 là 3,8%. Hạ bạch cầu trung tính trong nghiên cứu là 34,6%, trong đó chủ yếu là hạ bạch cầu độ 1-2 (39,7%). Tỷ lệ hạ bạch cầu trung tính độ 3,4 là 3,8%. Không có trường hợp nào sốt do hạ bạch cầu hạt.

Tiểu cầu: tỷ lệ dao động 6,4%-30,8% giữa các chu kỳ. Chỉ có 02 bệnh nhân, chiếm tỉ lệ 2,5% hạ tiểu cầu nặng và chính liều hay trì hoãn điều trị do tình trạng hạ tiểu cầu. Nghiên cứu của Zhang và cs (2019), tỷ lệ hạ tiểu cầu độ 3,4 là 5,4%, cao hơn nghiên cứu của chúng tôi.

Tác dụng không mong muốn tăng men gan gặp nhiều nhất ở sau chu kỳ 3 với tỉ lệ 25,6%. Không có bệnh nhân nào gặp phải tác dụng không mong muốn suy thận trong nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Điều trị hóa chất dẫn đầu phác đồ Gemcitabine- Cisplatin bước đầu mang lại hiệu quả điều trị tốt, tỷ lệ các tác dụng không mong muốn thấp và khả năng dung nạp tốt

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Vinh Quang**. Nghiên Cứu Điều Trị Ung Thư Vòm Họng Giai Đoạn III,IV(M0) Bằng Phối Hợp Hóa Xạ Trị Gia Tốc 3 Chiều Theo Hình Dạng Khối

U. Luận văn Tiến sỹ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2012

2. **Petit C, Lee AW, Carmel A, et al.** Network-meta-analysis of chemotherapy in nasopharyngeal carcinoma (MAC-NPC): An update on 8,221 patients. *J Clin Oncol.* 2020;38(15_suppl):6523-6523.
3. **Sun H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-249.
4. **Zhang Y, Chen L, Hu GQ, et al.** Gemcitabine and Cisplatin Induction Chemotherapy in Nasopharyngeal Carcinoma. *N Engl J Med.* 2019;381(12):1124-1135.
5. **Zhang L, Huang Y, Hong S, et al.** Gemcitabine plus cisplatin versus fluorouracil plus cisplatin in recurrent or metastatic nasopharyngeal carcinoma: a multicentre, randomised, open-label, phase 3 trial. *The Lancet.* 2016;388(10054):1883-1892.
6. **Yang Q, Cao SM, Guo L, et al.** Induction chemotherapy followed by concurrent chemoradiotherapy versus concurrent chemoradiotherapy alone in locoregionally advanced nasopharyngeal carcinoma: long-term results of a phase III multicentre randomised controlled trial. *Eur J Cancer Oxf Engl 1990.* 2019;119:87-96.

NHẬN XÉT VAI TRÒ SINH THIẾT KIM DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM TRONG CHẨN ĐOÁN TÍNH XÂM NHẬP CỦA UNG THƯ TUYẾN VÚ

Đặng Phước Triều¹, Trần Thị Linh¹, Dương Đức Hữu¹, Nguyễn Duy Thái¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá giá trị của sinh thiết kim dưới hướng dẫn siêu âm trong chẩn đoán thể mô học và mức độ xâm nhập của ung thư biểu mô (UTBM) tuyến vú đối chiếu với mô bệnh học sau phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu được tiến hành trên 55 bệnh nhân UTBM tuyến vú, được chẩn đoán bằng sinh thiết kim dưới hướng dẫn siêu âm từ tháng 6/2021 đến 6/2022 được phẫu thuật tại bệnh viện K. Mô tà đặc điểm hình ảnh tổn thương trên siêu âm, phim chụp tuyến vú và các yếu tố trong quá trình sinh thiết. Đánh giá mức độ

phù hợp chẩn đoán mô bệnh học sinh thiết kim và mô bệnh học sau phẫu thuật về thể mô học, tính chất xâm nhập; phân tích các yếu tố liên quan. **Kết quả:** Kích thước trung bình của khối u là 21,9mm. UTBM tuyến vú thể ống thường gặp nhất, chiếm 76,4%. Tỷ lệ chẩn đoán đúng thể mô học UTBM tuyến vú trên mẫu mô sinh thiết kim dưới hướng dẫn của siêu âm, so với phẫu thuật, là 74,5%. Trong chẩn đoán UTBM tuyến vú xâm nhập, sinh thiết kim cho độ nhạy, độ đặc hiệu và giá trị chẩn đoán đúng lần lượt là 87%, 100% và 87,3%. Giá trị chẩn đoán dương tính và giá trị chẩn đoán âm tính là 100% và 12,5%. **Kết luận:** Sinh thiết tuyến vú bằng kim dưới hướng dẫn siêu âm là phương pháp có giá trị trong chẩn đoán mô học, cũng như trong chẩn đoán tính xâm nhập của UTBM. Tuy nhiên, trong chẩn đoán UTBM tuyến vú tại chỗ, sinh thiết kim vẫn còn nhiều hạn chế, đòi hỏi tăng kích thước mẫu mô hoặc số mảnh bệnh phẩm nhằm tăng khả năng chẩn đoán.

Từ khóa: UTBM tuyến vú, chẩn đoán típ mô học, tính chất xâm nhập, sinh thiết kim.

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Dương Đức Hữu

Email: huuhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.11.2022

Ngày phân biện khoa học: 9.12.2022

Ngày duyệt bài: 6.01.2023