

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pubweb.vn.** Tình hình bệnh ung thư tại Việt Nam theo GLOBOCAN 2022. Accessed July 12, 2024. <https://nci.vn/tin-tuc/tinh-hinh-benh-ung-thu-tai-viet-nam-theo-globocan-2022-58>
2. **Camerini A, Puccetti C, Donati S, et al.** Metronomic oral vinorelbine as first-line treatment in elderly patients with advanced non-small cell lung cancer: results of a phase II trial (MOVE trial). *BMC Cancer.* 2015;15:359. doi:10.1186/s12885-015-1354-2
3. **Zhang L, Belani CP, Zhang PH, et al.** Dynamic change of fatigue of pemetrexed maintenance treatment in the JMEN trial. *Lung Cancer.* 2018; 115: 121-126. doi:10.1016/j.lungcan.2017.11.026
4. **Paz-Ares LG, de Marinis F, Dediu M, et al.** PARAMOUNT: Final overall survival results of the phase III study of maintenance pemetrexed versus placebo immediately after induction treatment with pemetrexed plus cisplatin for advanced nonsquamous non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol.* 2013;31(23):2895-2902. doi:10.1200/JCO.2012.47.1102
5. **Platania M, Pasini F, Porcu L, et al.** Oral maintenance metronomic vinorelbine versus best supportive care in advanced non-small-cell lung cancer after platinum-based chemotherapy: The MA.NI.LA. multicenter, randomized, controlled, phase II trial. *Lung Cancer.* 2019;132:17-23. doi:10.1016/j.lungcan.2019.04.001
6. **Farhat FS, Ghosn MG, Kattan JG.** Oral vinorelbine plus cisplatin followed by maintenance oral vinorelbine as first-line treatment for advanced non-small cell lung cancer. *Cancer Chemother Pharmacol.* 2015;76(2):235-242. doi:10.1007/s00280-015-2785-9
7. **Bennouna J, Zatloukal P, Krzakowski MJ, et al.** Prospective randomized phase II trial of oral vinorelbine (NVBo) and cisplatin (P) or pemetrexed (Pem) and P in first-line metastatic or locally advanced non-small cell lung cancer (M or LA NSCLC) patients (pts) with nonsquamous (non SCC) histologic type: NAVoTRIAL01—Preliminary results. *JCO.* 2012;30(15_suppl):7575-7575. doi:10.1200/jco.2012.30.15_suppl.7575
8. **Nguyễn TTH.** Kết quả phân tích dưới nhóm hóa trị vinorelbine metronomic ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tiến xa. *VMJ.* 2021;501(1). doi:10.51298/vmj.v501i1.420

KẾT QUẢ GHÉP GAN TỪ NGƯỜI HIẾN CHẾT NÃO TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Ninh Việt Khải¹, Dương Đức Hùng¹, Nguyễn Quang Nghĩa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá các đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm của người nhận, kết quả ngắn hạn và dài hạn của ghép gan từ người cho chết não được thực hiện tại Bệnh viện Việt Đức. **Đôi tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu tất cả bệnh nhân ghép gan từ người cho chết não thực hiện tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 4/2012 đến tháng 4/2022. Các dữ liệu sau được thu thập: Tuổi, giới tính, tiền sử bệnh lý, điểm số Child-Pugh và MELD, chỉ định, đặc điểm kỹ thuật, biến chứng sau mổ, tỷ lệ tử vong trong 30 ngày, tỷ lệ sống sót chung (OS). **Kết quả:** 72 bệnh nhân được thu nhận. Tuổi trung bình là 51,3 ± 11,2, tỷ lệ nam/nữ 68/4 (94,4%/5,6%), nhiễm HBV 80,6%. Điểm MELD trung bình là 14,6 ± 9,3; tỷ lệ Child-Pugh A, B, C lần lượt là 50%, 19,4%, 30,6%. Ung thư biểu mô tế bào gan, xơ gan và suy gan cấp hoặc cấp trên nền bệnh gan mạn chiếm tỷ lệ tương ứng là 62,5%, 25% và 12,5% trong các chỉ định ghép gan. Tái tạo đường ra tĩnh mạch gan bao gồm kỹ thuật cổ điển 4,2%, kỹ thuật piggyback 95,8%. Biến chứng phẫu thuật sớm sau ghép gan gồm chảy máu 5,6%, rò mật 2,8%, huyết khối tĩnh mạch cửa 2,8%, huyết khối

động mạch gan 1,4%, tắc ống mật chủ 2,8%. Biến chứng nội khoa bao gồm thải ghép cấp 4,2%, nhiễm CMV 0%. Tỷ lệ tử vong trong 30 ngày là 4,2%. Thời gian sống toàn bộ sau ghép 1, 3 và 5 năm lần lượt là 84,7%, 81,7% và 77,4%. **Kết luận:** Ghép gan người cho chết não là phương pháp điều trị bệnh gan giai đoạn cuối và ung thư biểu mô tế bào gan an toàn, hiệu quả và giúp kéo dài thời gian sống sau ghép

Từ khóa: Ghép gan, người hiến chết não

SUMMARY

OUTCOME OF BRAIN – DEAD DONOR LIVER TRANSPLANTATION IN VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: evaluating the clinical, laboratory characteristics of recipients, the short – term and long – term outcome of brain - dead donor liver transplantation carried out in VietDuc university hospital. **Methods:** Restrospective study analyzed all patients of brain – dead donor liver transplantation who performed in VietDuc university hospital from 4/2012 to 4/2022. The following data were collected: Age, gender, medical past history, Child-Pugh and MELD score, indications, technique features, postoperative complications, 30-day mortality rate, overall survival rate (OS). **Results:** 72 patients were included. The mean age was 51,3 ± 11,2, male/ female ratio 68/4 (94,4%/5,6%), HBV infection of 80,6%. The mean MELD score was 14,7 ± 9,3; the rate of Child-Pugh A, B and C were 50%, 19,4%, 30,6%. Hepatocellular carcinoma, liver cirrhosis and acute

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Ninh Việt Khải

Email: drninhvietkhai@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 10.9.2024

Ngày duyệt bài: 9.10.2024

liver failure or acute on chronic liver disease account for 62,5%, 25% and 12,5% respectively in liver transplantation indications. Hepatic venous outflow reconstruction consisted of classic technique 4,2%, piggyback technique 95,8%. Early surgical complications following liver transplantation consist of bleeding 5,6%, bile leakage 1,4 %, portal vein thrombosis 2,8%, hepatic artery thrombosis 1,4%. Medical complications consist of acute rejection 4,2%, CMV infection 0%. 30-day mortality was 4,2%. 1, 3 and 5-year OS were 84,7%, 81,7% and 77,4% respectively. **Conclusion:** Brain – dead donor liver transplantation is an effective and safe therapy for end stage liver diseases and hepatocellular carcinoma, help to lengthen the survival of the post-transplanted patients. **Keywords:** Liver transplantation, brain – dead donor

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép gan là thay thế gan bị bệnh bằng toàn bộ hoặc một phần gan khỏe mạnh, được áp dụng điều trị bệnh gan giai đoạn cuối. Năm 1967, ca ghép gan thành công đầu tiên trên thế giới được thực hiện bởi Thomas R. Starzl [1]. Năm 1968, khái niệm chết não lần đầu tiên được đưa ra và chấp nhận bởi uỷ ban đặc biệt của đại học Harvard [2]. Đây là cơ sở quan trọng giúp cho ghép tạng nói chung và ghép gan nói riêng có thể thực hiện từ người hiến tạng chết não. Kỹ thuật và các loại hình ghép gan ngày càng hoàn thiện, tuy nhiên nguồn gan và các trường hợp ghép gan từ người cho chết não chiếm tỷ lệ cao nhất. Năm 2007, ca ghép gan người lớn từ người cho gan sống đầu tiên ở Việt Nam được thực hiện thành công tại bệnh viện Việt Đức. 2010, ca ghép gan từ người cho chết não đầu tiên tại Việt Nam cũng đã được Bệnh viện Việt Đức thực hiện thành công. Cho đến nay, ghép tạng nói chung và ghép gan nói riêng đã có nhiều phát triển bao gồm cả từ nguồn chết não và cho sống. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá các đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm của người nhận, kết quả ngắn hạn và dài hạn của ghép gan từ người cho chết não được thực hiện tại Bệnh viện Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: - Bệnh nhân được ghép gan từ người hiến chết não tại bệnh viện Việt Đức từ 4/2012 đến 4/2022

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin
- Bệnh nhân sau ghép được theo dõi thường xuyên và có mối liên lạc chặt chẽ

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu hồi cứu mô tả

2.2.2. Tóm lược quy trình ghép gan từ người hiến chết não

- Bước 1: Cắt bỏ gan bệnh
Gan bệnh được lấy bỏ, đoạn tĩnh mạch (TM) chủ dưới sau gan có thể được lấy bỏ cùng hoặc để lại.

- Bước 2: Tái lập lưu thông TM gan, Tm cửa và tái tưới máu gan

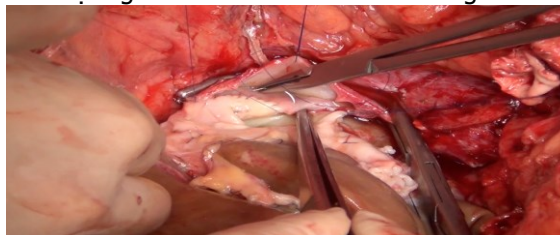
Gan hiến được rửa và bảo quản trong quy trình lấy đa tạng. Sau khi lấy khỏi cơ thể người hiến, gan hiến được chỉnh sửa chuẩn bị các mạch máu và đường mật, rồi tiếp tục được bảo quản lạnh dưới 4°C khi chờ ghép cho người nhận

+ Thực hiện tái lập lưu thông TM gan:

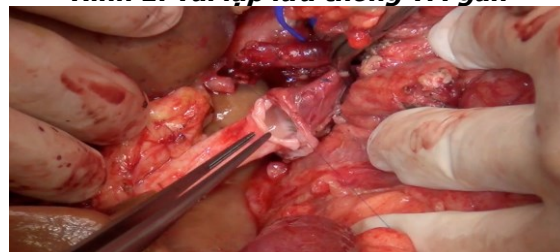
* Kỹ thuật cổ điển: nối tận tận TM chủ dưới người hiến với người nhận với 2 miệng nối.

* Kỹ thuật Piggy back: nối tận – tận TM chủ dưới gan hiến và lỗ chung của 3 TM gan người nhận hoặc với lỗ TM gan phải hoặc lỗ chung TM gan phải và giữa hoặc lỗ chung TM gan giữa và trái đã được mở rộng tương hợp kích thước hoặc kỹ thuật piggyback cải tiến nối tận bên, bên bên TM chủ dưới TM chủ dưới.

+ Tái lập lưu thông TM cửa: Nối tận tận với nút buộc "grow factor" rồi tái tưới máu gan.

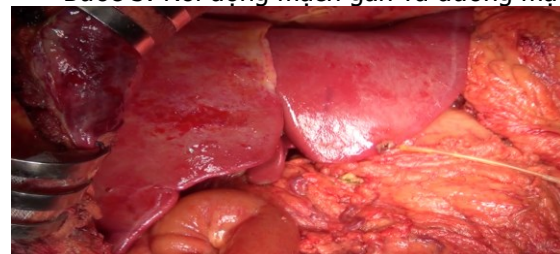


Hình 1: Tái lập lưu thông TM gan



Hình 2: Tái lập lưu thông TM cửa

- Bước 3: Nối động mạch gan và đường mật



Hình 3: Ghép gan toàn bộ từ người hiến chết não

- Bước 4: Kiểm tra cầm máu và khâu đóng vết mổ

+ Kiểm tra khâu cầm máu hoặc đốt điện cầm máu vùng mổ, kiểm tra miệng nổi..., đặt dẫn lưu và khâu đóng bụng.

2.2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc điểm người nhận: Tuổi, giới, BMI, bệnh lý gan đi kèm, các phương pháp điều trị trước ghép, phân loại chức năng gan theo Child Pugh, phân loại theo thang điểm MELD (Model of end stage liver disease score), bệnh lý gan được chỉ định ghép gan.

- Đặc điểm phẫu thuật ghép: Đường mổ, tổn thương trong mổ (gan xơ, lách to, khối u dính với cơ hoành), cách thức tái lập lưu thông TM gan, TM cửa, ĐM gan và tái lập đường mật. Tai biến trong mổ, thời gian thiếu máu nóng, thời gian thiếu máu lạnh, thời gian phẫu thuật.

- Kết quả sớm sau ghép: Tử vong sau mổ (tử vong sau ghép 30 ngày hoặc sau ghép BN chưa ra được viện và tử vong), biến chứng sau mổ (chảy máu sau mổ, rò mật sau mổ, tắc ĐM gan, tắc TM cửa), tràn dịch màng phổi, nhiễm trùng vết mổ.

- Kết quả xa: Thời gian sống thêm không bệnh, thời gian sống toàn bộ.

2.2.4. Xử lý số liệu. Số liệu được nghiên cứu, mã hóa, nhập, xử lý và phân tích trên máy tính, sử dụng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 72 BN được thực hiện ghép gan từ người hiến chết não tại bệnh viện Việt Đức từ 4/2012 đến 4/2022

Bảng 1: Đặc điểm chung, đặc điểm lâm sàng và chỉ định ghép gan

Đặc điểm (n = 72)	Giá trị
Tuổi	51,3±11,2 (8 - 74)
Giới (nam/nữ)	68/4
BMI	23,1±2,8 (18,1 - 31,3)
Nguyên nhân gây bệnh lý gan	
Chỉ HBV	56 (77,8%)
Chỉ HCV	3 (4,2%)
HBV + HCV	2 (2,8%)
Chỉ Nghiện rượu	3 (4,2%)
Wilson	2 (2,8%)
Tiền sử điều trị trước ghép	
TACE và hoặc RF (cho BN ung thư)	36/72 (50%)
Mổ cắt gan	14 (19,4%)
Tổn thương trên CT/MRI	
Lách to	20 (27,8%)
TM rốn giãn to	6 (8,4%)
Huyết khối TM cửa	4 (5,6%)
Huyết khối TM lách	2 (2,8%)
Khối u gan	45 (62,5%)

Kích thước (cm)	4,1 (1,3-10,2)
Chỉ định ghép gan	
Đợt suy cấp trên nền bệnh gan mạn	9 (12,5%)
Xơ gan	18 (25%)
Child B/Child C	8/10
Ung thư tế bào gan	45 (62,5%)
Trong Milan/Ngoài Milan	16/29
MELD	14,7 (6 - 40)

Nhận xét: Tuổi trung bình của BN trong nghiên cứu là 51,3±11,2, viêm gan B là thường gặp nhất 77,8%. Chỉ định ghép gan do ung thư tế bào gan chiếm tỉ lệ lớn nhất 62,5%, tiếp đến là xơ gan 25%, đợt suy cấp trên nền bệnh gan mạn tính chiếm 12,5%.

Bảng 2: Đặc điểm phẫu thuật ghép gan

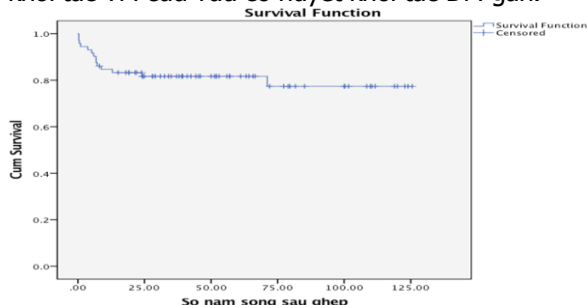
Đặc điểm	Giá trị
Đường mổ Mercedes	72/72 (100%)
Tái lập lưu thông TM gan	
Tái lập lưu thông TM gan kiểu cổ điển	3 (4,2%)
Tái lập lưu thông TM gan kiểu Piggy back	69 (95,8%)
Tái lập lưu thông TM cửa	
Tận tận trực tiếp	71 (98,6%)
Mạch nhân tạo: TM mạc treo tràng trên - cửa	1 (1,4%)
Tái lập lưu thông ĐM gan (gan ghép - người nhận)	
ĐM gan riêng - ĐM gan riêng	18 (25%)
ĐM gan chung - ĐM gan riêng	34 (47,2%)
ĐM gan chung - ĐM gan chung	12 (16,7%)
Khác	8 (11,1%)
Tái lập lưu thông đường mật có sond dẫn lưu	72 (100%)
Thời gian thiếu máu (phút)	
Thiếu máu lạnh < 3h	69 (95,8%)
Thiếu máu nóng < 45 phút	66 (92%)

Nhận xét: Tất cả 72 BN đều được mổ đường mổ Mercedes, tái lập lưu thông TM gan kiểu Piggy back chiếm 95,8%. Nối ĐM gan chung gan ghép với ĐM gan riêng người nhận chiếm tỉ lệ cao nhất 47,2%, tái lập lưu thông đường mật có sond dẫn lưu thực hiện ở tất cả 72 BN (100%). Thời gian thiếu máu lạnh < 3h chiếm 95,8%.

Bảng 3: Biến chứng ngoại khoa sớm sau ghép gan

Biến chứng, tử vong sau ghép	Giá trị
Rò mật	1 (1,4%)
Gập tắc đường mật	2 (2,8%)
Tắc, huyết khối TM cửa	2 (2,8%)
Tắc, huyết khối ĐM gan	1 (1,4%)
Chảy máu	4 (5,6%)
Biến chứng nội khoa	
Thài ghép cấp	3 (4,2%)
Nhiễm CMV	0 (0%)
Tử vong sau ghép	3 (4,2%)

Nhận xét: Biến chứng ngoại khoa sau ghép gặp ở 8 BN, chiếm 11,1% trong đó chảy máu sau ghép gặp ở 4 BN chiếm 5,6%, huyết khối tắc TM của 2 BN chiếm 2,8% trong đó có 1 BN vừa huyết khối tắc TM của vừa có huyết khối tắc ĐM gan.



Biểu đồ 1: Thời gian sống sau ghép gan từ người hiến chết não

Nhận xét: thời gian sống sau ghép gan từ người hiến chết não 1 năm: 84,7%, 3 năm: 81,7%, 5 năm: 77,4%.

IV. BÀN LUẬN

Nguồn tạng hiến thiếu và ít hơn rất nhiều so với nhu cầu cần ghép tạng là thực trạng gặp ở tất cả các trung tâm ghép tạng và ở mọi quốc gia trên thế giới. Năm 1968, khái niệm chết não lần đầu tiên được đưa ra và chấp nhận bởi ủy ban đặc biệt của đại học Harvard [2]. Ngày nay, khái niệm chết não đã được công nhận ở hầu hết các nước trên thế giới. Tại Việt Nam, luật hiến, lấy, ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến lấy xác đã được Quốc hội thông qua vào 29/11/2006, đây là cơ sở pháp lý giúp đội ngũ y bác sĩ có thể triển khai việc lấy và ghép tạng từ người hiến chết não. Tại bệnh viện chúng tôi, ghép gan được ghép từ 2 nguồn là người hiến sống khoẻ mạnh và người hiến chết não, trong đó ghép gan từ người hiến chết não chiếm đa số. Trong nghiên cứu của chúng tôi, trong vòng 10 năm (từ 4/2012 – 4/2022) có 72 BN ghép gan chết não được thực hiện, một con số rất khiêm tốn so với nhu cầu của BN cần ghép gan. Có 3 nhóm bệnh chính được chỉ định ghép gan trong nghiên cứu của chúng tôi là đợt suy cấp trên nền gan mạn tính 12,5%, xơ gan 25% và ung thư tế bào gan 62,5%, những nhóm chỉ định do ung thư đường mật, ung thư gan thứ phát chưa được chúng tôi chỉ định thực hiện. Tỷ lệ theo nhóm chỉ định này có khác với nghiên cứu của Adam trong đó đợt suy cấp trên nền gan mạn tính là 8%, xơ gan 52% và ung thư tế bào gan là 12%, hay nhóm chỉ định do ung thư đường mật là 0,7% và ung thư gan thứ phát là 1% [3]. Sự khác nhau này một phần do bệnh viện chúng tôi là bệnh viện ngoại khoa, số bệnh nhân ung thư gan đến

điều trị, đăng ký trong danh sách chờ ghép nhiều và đây đều là những bệnh nhân ung thư gan trên nền gan xơ không có chỉ định cắt gan. Đối với ung thư gan thứ phát, đây là nhóm chỉ định còn nhiều tranh cãi, chúng tôi chưa thực hiện do cần thận trọng đánh giá giai đoạn bệnh đầy đủ, thiếu kinh nghiệm trong vấn đề tiên lượng sống sau ghép do lo ngại ghép gan không đạt khả năng cao kéo dài thời gian sống 5 năm sau ghép.

Có 8 BN sau ghép trong nghiên cứu của chúng tôi xảy ra biến chứng ngoại khoa chiếm 11,1%, trong đó chảy máu sau ghép có 3 BN chiếm 4,2%, TM cửa huyết khối có 2 BN chiếm 2,8% , huyết khối tắc ĐM gan có 1 BN chiếm 1,4% (trường hợp này tắc cả TM cửa và ĐM gan), rò mật và hẹp hẹp đường mật có 3 BN chiếm 4,2%. Tỷ lệ biến chứng của chúng tôi cũng tương tự nhóm ghép gan từ người hiến chết não trong nghiên cứu của Bong Jun Kwak [4]. Trong các biến chứng ngoại khoa liên quan đến mạch máu và đường mật thì biến chứng huyết khối tắc ĐM gan là biến chứng rất nguy hiểm đặc biệt là huyết khối tắc ĐM gan xuất hiện sớm (trong vòng 30 ngày sau ghép). Trong nghiên cứu của J Bekker trên 21822 BN ghép gan, tỷ lệ huyết khối tắc ĐM gan sớm là 3,9% trong đó ở trẻ em là 8,3% cao hơn người lớn là 2,9% [5]. Nghiên cứu của Yi Yang, huyết khối tắc ĐM gan sớm là 1,9% và không có sự khác nhau giữa ghép gan từ người hiến chết não và từ người hiến sống [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, huyết khối tắc ĐM gan xuất hiện ở 1 BN và có kèm theo cả huyết khối tắc TM cửa đồng thời, xuất hiện vào ngày thứ 7 sau ghép với biểu hiện men gan tăng cao > 1000 UI/l và nhanh (1 ngày trước men gan bình thường), chụp cắt lớp vi tính có thuốc cản quang ngay sau đó chẩn đoán xác định BN có huyết khối gây tắc cả ĐM gan và TM cửa. BN được mổ cấp cứu, trong mổ chúng tôi lấy tổ chức huyết khối trong cả ĐM và TM cửa, trong đó nhận thấy có phần tổ chức tắc lòng mạch màu trắng ngà (bất thường), chúng tôi gửi giải phẫu bệnh đánh giá. ĐM gan và TM cửa sau khi lấy bỏ huyết khối, được làm lại miệng nối. Giải phẫu bệnh tổ chức huyết khối là nấm Aspergillus. BN sau mổ được điều trị kháng nấm đường tĩnh mạch và dùng chống đông với heparin, tuy nhiên huyết khối tiến triển gây tắc cả ĐM gan và TM cửa sau đó, gan ghép mất chức năng và BN tử vong sau ghép < 30 ngày. Trường hợp huyết khối TM cửa đơn thuần và gây hẹp bán phần lòng TM cửa, chúng tôi điều trị nội khoa thành công với heparin liều 250 UI/kg/24h.

Thời gian sống sau ghép là thước đo đánh

giá vai trò của ghép gan trong điều trị bệnh lý gan giai đoạn cuối và ung thư tế bào gan. Trong nghiên cứu của Adam R, thời gian sống 1, 3 và 5 năm sau ghép gan (gồm cả ghép từ người hiến sống và chết não) giai đoạn 2000 -2009 lần lượt là 85%, 78% và 73% [3]. Trong nghiên cứu của Bong Jun Kwak, thời gian sống sau 1, 3 và 5 năm ở nhóm BN ghép gan từ người hiến chết não lần lượt là 81,4%, 76,8% và 72,7%. Thời gian sống sau ghép gan trong nghiên cứu của chúng tôi sau 1 năm, 3 năm và 5 năm lần lượt là 84,7%, 81,7% và 77,4% tương đương với các nghiên cứu trên. Dù số lượng BN còn khiêm tốn, nhưng đây là thành tựu và kết quả rất đáng quý của ghép gan từ người hiến chết não điều trị cho BN bệnh gan giai đoạn cuối và ung thư tế bào gan.

V. KẾT LUẬN

Ghép gan người cho chết não là phương pháp điều trị bệnh gan giai đoạn cuối và ung thư biểu mô tế bào gan an toàn và hiệu quả. Tỷ lệ tử vong trong vòng 30 ngày thấp 4,2% và sống sau 5 năm là 77,4%, cần được khuyến khích và cần

thúc đẩy phát triển hơn nữa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Starzl, T.E., et al., Orthotopic homotransplantation of the human liver. Ann Surg, 1968. 168(3): p. 392-415.
2. A definition of irreversible coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. JAMA, 1968. 205(6): p. 337-40.
3. Adam, R., et al., Evolution of indications and results of liver transplantation in Europe. A report from the European Liver Transplant Registry (ELTR). J Hepatol, 2012. 57(3): p. 675-88.
4. Kwak, B.J., et al., Clinical outcome of 1,000 consecutive cases of liver transplantation: a single center experience. Ann Surg Treat Res, 2018. 95(5): p. 267-277.
5. Bekker, J., S. Ploem, and K.P. de Jong, Early hepatic artery thrombosis after liver transplantation: a systematic review of the incidence, outcome and risk factors. Am J Transplant, 2009. 9(4): p. 746-57.
6. Yang, Y., et al., Risk factors associated with early and late HAT after adult liver transplantation. World J Gastroenterol, 2014. 20(30): p. 10545-52.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U NGUYÊN BÀO THẦN KINH ĐỆM TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Nguyễn Xuân Kiên¹, Trịnh Lê Huy², Nguyễn Văn Đăng²,
Lê Văn Nguyên¹, Nguyễn Đình Châu¹, Bùi Quang Biểu¹,
Trần Kim Thoá¹, Lê Mạnh Đức¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị u nguyên bào thần kinh đệm tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 79 bệnh nhân U nguyên bào thần kinh đệm (GBM) từ 1/2018 đến 12/2023, được phẫu thuật, hóa xạ trị, hóa trị bổ trợ theo sau. **Kết quả:** Trong nghiên cứu có 28/79 (35,4%) bệnh nhân được phẫu thuật cắt u toàn bộ, 19% cắt gần toàn bộ, 34,2% cắt một phần, 11,4% chỉ sinh thiết tổn thương. Tình trạng methyl hóa gen MGMT phát hiện trên 12/33 (36,4%), 16/43 (37,2%) có đột biến gen IDH1. Thời gian sống thêm toàn bộ (OS) và sống thêm không tiến triển (PFS) trung vị lần lượt là 20 tháng và 15 tháng. Tại thời điểm 1 năm và 2 năm, tỷ lệ OS lần lượt là 84,5%, và 36,2%, PFS là 60% và 19,5%. Phân tích OS, PFS trung vị của nhóm bệnh nhân có tình trạng Methyl hóa

MGMT cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không methyl hóa MGMT (OS 36 tháng và 16 tháng (p= 0,003), PFS 22 tháng và 12 tháng (p=0,018)). OS trung vị của nhóm cắt toàn bộ u hoặc gần toàn bộ u là 24 tháng, nhóm cắt được một phần hay chỉ sinh thiết u là 17 tháng (p=0,012). PFS giữa 2 nhóm lần lượt là 17 tháng và 11 tháng, (p= 0,023). OS trung vị của nhóm có chỉ số RPA 3+4 và nhóm RPA 5+6 là 21 tháng và 15 tháng (p=0,016). Tác dụng không mong muốn độ 3,4 chỉ gặp ở 2 bệnh nhân có tăng men gan GOT/GPT (2,5%), và 2 bệnh nhân có hạ bạch cầu, tiểu cầu độ 3,4, còn lại hầu hết là độ 1, 2. **Kết luận:** Nghiên cứu đã cho thấy phác đồ phẫu thuật kết hợp hóa xạ trị theo sau vẫn là phác đồ tiêu chuẩn, an toàn dung nạp tốt cho các bệnh nhân GBM. Nghiên cứu cũng cho thấy tình trạng Methyl hóa MGMT, mức độ phẫu thuật cắt u, chỉ số RPA có ảnh hưởng ý nghĩa tới thời gian sống thêm OS, PFS. **Từ khóa:** u nguyên bào thần kinh đệm, methyl hóa MGMT, RPA

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Kiên

Email: xuankienbv108@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 9.9.2024

Ngày duyệt bài: 8.10.2024

SUMMARY

RESULTS OF GLIOBLASTOMA PATIENTS TREATMENT AT 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

Objective: To evaluate the results of glioblastoma treatment at 108 Military Central