

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT GIAI ĐOẠN DI CẢN NHẠY NỘI TIẾT BẰNG PHÁC ĐỒ ADT KẾT HỢP DOCETAXEL TẠI BỆNH VIỆN K

Đỗ Anh Tú¹, Trần Khắc Hùng¹, Nguyễn Thị Vân¹,
Trần Thị Diệu Huyền¹, Nguyễn Đình Lợi¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị và mô tả một số tác dụng không mong muốn của phác đồ ADT kết hợp docetaxel trên bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn di căn nhạy nội tiết tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu có theo dõi dọc tiến hành trên 55 bệnh nhân UTTLT giai đoạn mHSPC được điều trị bằng phác đồ ADT kết hợp docetaxel tại bệnh viện K từ tháng 1/2022 đến hết tháng 8/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 68,2±6,9 tuổi (55-86). Triệu chứng thường gặp nhất là rối loạn tiểu tiện chiếm 38,2%. Tỷ lệ bệnh nhân có điểm Gleason ≥8 chiếm tỷ lệ 90,9%. Tỷ lệ bệnh nhân T4 là 43,6%. Trung vị PSA trước điều trị là 130ng/ml (Khoảng tứ phân vị: 100-804). Tỷ lệ bệnh nhân di căn xương là 92,7%. Tại thời điểm 6 tháng sau khi bắt đầu điều trị có 21,8% bệnh nhân đạt mức PSA <0,2 ng/ml. Tỷ lệ bệnh nhân đạt được mức PSA nadir <0,2 ng/ml là 34,5%. Tại thời điểm 24 tháng sau khi bắt đầu điều trị có 10 bệnh nhân tiến triển thành mCRPC chiếm tỷ lệ 18,2%. Tại thời điểm 6 tháng sau khi bắt đầu điều trị, bệnh nhân có mức PSA <0,2 ng/ml có thời gian sống thêm BKT thành CRPC dài hơn so với các nhóm khác có ý nghĩa thống kê (p=0,002). Nhóm bệnh nhân có mức PSA nadir <0,2 ng/ml có thời gian sống thêm BKT thành CRPC dài hơn so với nhóm bệnh nhân có mức PSA nadir ≥0,2ng/ml có ý nghĩa thống kê (p=0,007). Tỷ lệ thiếu máu độ 1 là 16,4%. Tỷ lệ hạ bạch cầu độ 1 là 27,3%. Tỷ lệ hạ tiểu cầu độ 1 là 18,2%. Tác dụng không mong muốn ngoài hệ tạo huyết chủ yếu là tăng AST/ALT độ 1 chiếm 13,2%. **Kết luận:** Phác đồ điều trị ADT kết hợp docetaxel là một sự lựa chọn điều trị bệnh nhân UTTLT giai đoạn mHSPC đạt được hiệu quả điều trị và dung nạp tốt. Việc theo dõi định kỳ chỉ số PSA giúp đánh giá đáp ứng điều trị và tiên lượng bệnh.

Từ khóa: Ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn di căn nhạy điều trị nội tiết, ADT kết hợp Docetaxel.

SUMMARY

EVALUATION OF TREATMENT RESULTS OF METASTATIC HORMONE-SENSITIVE PROSTATE CANCER WITH ADT COMBINED WITH DOCETAXEL AT K HOSPITAL

Objective: To evaluate the treatment outcomes and description of some adverse effects of ADT

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Anh Tú

Email: doanhtu.bvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.2.2025

Ngày duyệt bài: 13.3.2025

combined with docetaxel regimen in patients with metastatic hormone-sensitive prostate cancer at K hospital. **Patients and research methods:** A retrospective descriptive study with longitudinal follow-up was conducted on 55 patients with mHSPC treated with ADT combined with docetaxel at K hospital from January 2022 to the end of August 2024. **Results:** The mean age was 68.2±6.9 years (55-86). The most common symptom was urinary disorder, accounting for 38.2. The proportion of patients with Gleason score ≥ 8 accounted for 90,9%. The proportion of T4 disease accounted for 43,6%. The median PSA before treatment was 130ng/ml (Interquartile range: 100-804). The proportion of patients with bone metastasis was 92.7%. At 6 months after starting treatment, 21.8% of patients achieved PSA <0.2 ng/ml. The proportion of patients achieving PSA nadir <0.2 ng/ml was 34,5%. At 24 months after starting treatment, 10 patients progressed to mCRPC, accounting for 18.2%. At 6 months after starting treatment, patients with PSA levels <0.2 ng/ml had a longer survival time from CRPC than other groups with statistical significance (p=0.002). Patients with PSA nadir levels <0.2 ng/ml had a longer survival time from CRPC than patients with PSA nadir levels ≥0.2 ng/ml with statistical significance (p=0.007). The rate of grade 1 anemia was 16.4%. The rate of grade 1 leukopenia was 27.3%. The rate of grade 1 thrombocytopenia was 18.2%. The main non-hematological adverse effects was grade 1 AST/ALT elevation, accounting for 13.2%. **Conclusion:** ADT combined with docetaxel is a treatment option for patients with mHSPC, achieving effective treatment and good tolerance. Regular monitoring of PSA index helps to evaluate treatment response and prognosis. **Keywords:** Metastatic Hormone-Sensitive Prostate Cancer, Docetaxel in combination with androgen deprivation therapy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2022, ung thư tuyến tiền liệt (UTTL) là loại ung thư phổ biến thứ hai ở nam giới trên toàn thế giới, có 1467854 ca mắc mới và 397430 ca tử vong vì căn bệnh này trong năm 2022.¹

UTTL là bệnh có tiên lượng tốt nếu được chẩn đoán và điều trị triệt căn ở giai đoạn sớm. Tuy nhiên khi chẩn đoán ở giai đoạn di căn thì bệnh có tiên lượng xấu hơn đáng kể với tỷ lệ bệnh nhân sống sau 5 năm khoảng 35%. Tại Việt Nam, phần lớn bệnh nhân phát hiện bệnh khi đã di căn, điều này tạo nên gánh nặng bệnh tật và chi phí điều trị cho bệnh nhân và xã hội.

Trong suốt 80 năm qua, liệu pháp ức chế androgen (ADT) đóng vai trò là nền tảng trong điều trị bệnh nhân UTTTL ở giai đoạn tiến triển, di căn. Tuy nhiên với nhóm bệnh nhân chẩn đoán ban đầu ở giai đoạn di căn, bệnh thường tiến triển tới giai đoạn UTTTL di căn kháng cắt tinh hoàn (mCRPC) trong khoảng 12 tháng. Hiện nay, ADT kết hợp các thuốc nội tiết thể hệ mới (NHA) và docetaxel tại thời điểm bắt đầu liệu pháp toàn thân cho UTTTL giai đoạn mHSPC đã giúp kéo dài thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (BKTT) thành mCRPC (HR, 0,50; 99,9% CI, 0,34–0,71; P < .0001) và thời gian sống thêm toàn bộ (HR, 0,75; 95,1% CI, 0,59–0,95; P = .017) so với những bệnh nhân chỉ dùng ADT và docetaxel.² Mặc dù kết quả điều trị tốt hơn ở nhóm sử dụng NHA nhưng do rào cản về chi phí điều trị phần lớn bệnh nhân UTTTL giai đoạn mHSPC được điều trị bằng phác đồ ADT kết hợp Docetaxel. Điều này thúc đẩy chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Đánh giá kết quả điều trị ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn di căn nhạy với điều trị nội tiết bằng phác đồ ADT kết hợp docetaxel tại bệnh viện K” với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị và độc tính của phác đồ trên bệnh nhân UTTTL giai đoạn mHSPC tại Bệnh viện K.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 55 bệnh nhân UTTTL giai đoạn mHSPC được điều trị bằng phác đồ ADT kết hợp docetaxel tại bệnh viện K từ tháng 1/2022 đến hết tháng 8/2024.

*** Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Bệnh nhân được chẩn đoán UTTTL giai đoạn mHSPC đã được cắt tinh hoàn nội hoặc ngoại khoa, được điều trị ADT kết hợp docetaxel.
- Giải phẫu bệnh là carcinoma tuyến tiền liệt.
- Bệnh mHSPC có gánh nặng di căn lớn
- Tuổi ≥18, điểm chỉ số toàn trạng ECOG: PS 0 – 2
- Chức năng gan, thận, huyết học trong giới hạn cho phép điều trị docetaxel.
- Có đầy đủ thông tin về hồ sơ bệnh án cho đến khi kết thúc nghiên cứu.

*** Tiêu chuẩn loại trừ**

- Bệnh nhân có bệnh ung thư thứ hai.
- Bệnh nhân suy gan suy thận nặng hoặc mắc các bệnh lý phối hợp khác không đủ điều kiện để sử dụng docetaxel.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

*** Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiền cứu có theo dõi dọc.

*** Mẫu nghiên cứu.** Cỡ mẫu toàn bộ (từ 01/2022 – 08/2024)

Chọn mẫu thuận tiện

*** Quy trình nghiên cứu**

+Bệnh nhân được chẩn đoán UTTTL giai đoạn mHSPC đã được cắt tinh hoàn nội hoặc ngoại khoa được thu thập thông tin lâm sàng, cận lâm sàng theo hồ sơ bệnh án

+ Điều trị thuốc docetaxel

- Liệu thuốc docetaxel 75mg/m² được truyền mỗi 3 tuần một lần tối đa 6 chu kỳ. Liều lượng thuốc được tính và thay đổi theo diện tích da cơ thể (dựa trên chiều cao, cân nặng của bệnh nhân).

- Biphosphonate được sử dụng cùng với mỗi chu kỳ điều trị hóa chất và tiếp tục điều trị mỗi tháng 1 lần sau khi kết thúc điều trị hóa chất.

+ Thu thập thông tin lâm sàng, cận lâm sàng sau mỗi 3 chu kỳ điều trị hóa chất và sau khi kết thúc điều trị: mức PSA, PSA nadir, tỷ lệ PSA <0,2ng tại thời điểm 6 tháng, thời gian sống thêm BKTT tiến triển thành CRPC, tỷ lệ mắc độc tính huyết học và ngoài hệ tạo huyết.

+ Đánh giá mối liên quan giữa mức PSA nadir, mức PSA tại thời điểm 6 tháng với thời gian sống thêm BKTT thành CRPC.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được thu nhập và ghi nhận vào mẫu bệnh án nghiên cứu, được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Một số đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số bệnh nhân (n)	%
Tuổi	<70	36	65,5
	≥70	19	34,5
Tuổi trung bình	68,2±6,9 tuổi (55-86)		
Triệu chứng lâm sàng	Đau xương	18	32,7
	Rối loạn tiểu tiện	21	38,2
	Đau xương+ rối loạn tiểu tiện	11	20
	Tự sờ thấy hạch cổ	1	1,8
	Không triệu chứng	4	7,3

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân <70 tuổi là 65,5%, tuổi trung bình là 68,2±6,9 tuổi (55-86). Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là rối loạn tiểu tiện chiếm 38,2%.

3.2. Một số đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3.2. Một số đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm		Số bệnh nhân (n)	%
Điểm gleason	<8	5	9,1
	≥8	50	90,9
T	2-3	31	56,4

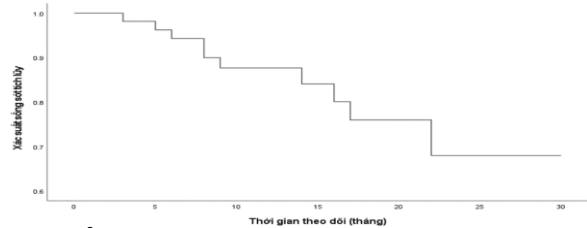
	4	24	43,6
Di căn	Di căn xương	51	92,7
	Di căn tạng	21	38,2
PSA trước điều trị	<130	27	49,9
	≥130	28	50,1
	Trung vị 130ng/ml (Khoảng tứ phân vị: 100-804)		

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có điểm Gleason 9-10 là 65,5%. Tỷ lệ bệnh T2-3 là 65,5%. Đa số bệnh nhân có mức PSA trước điều trị ≥130ng/ml chiếm tỷ lệ 50,1%. Trung vị PSA trước điều trị là 130ng/ml (Khoảng tứ phân vị: 100-804). Tỷ lệ bệnh nhân có di căn xương là 92,7%. Tỷ lệ di căn tạng là 38,2%.

3.3. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển thành CRPC

Bảng 3.3. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển thành CRPC

Thời gian theo dõi	Số bệnh nhân tiến triển		Xác suất không tiến triển bệnh tích lũy
	n	%	
6 tháng	3	5,5	0,94
12 tháng	7	12,7	0,85
18 tháng	9	16,4	0,78
24 tháng	10	18,2	0,69



Biểu đồ 3.1. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển

Nhận xét: Tại thời điểm 24 tháng có 10 bệnh nhân tiến triển thành CRPC chiếm tỷ lệ 16,4%. Xác suất không tiến triển bệnh tích lũy tại thời điểm 24 tháng là 0,69.

3.4. Một số đặc điểm về mức PSA sau điều trị

Bảng 3.4. Một số đặc điểm về mức PSA sau điều trị

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n)		%
	PSA tại thời điểm 6 tháng sau khi bắt đầu điều trị (ng/ml)	PSA nadir	
PSA tại thời điểm 6 tháng sau khi bắt đầu điều trị (ng/ml)	<0.2 ng/ml	12	21,8
	0.2-4 ng/ml	20	36,4
	>4 ng/ml	23	41,8
PSA nadir	PSA nadir <0,2 ng/ml	19	34,5
	PSA nadir ≥0,2 ng/ml	36	65,5

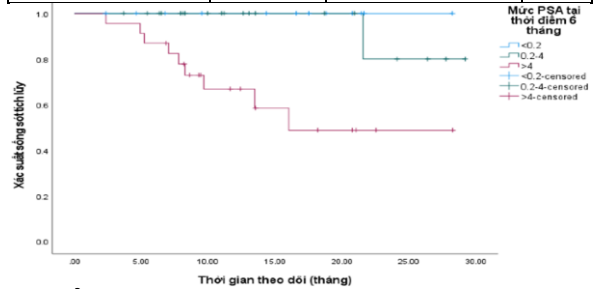
Nhận xét: Tại thời điểm 6 tháng sau khi bắt đầu điều trị có 21,8% bệnh nhân đạt mức PSA

<0,2 ng/ml. Tỷ lệ bệnh nhân đạt được mức PSA nadir <0,2 ng/ml là 34,5%.

3.5. Môi liên quan giữa mức PSA tại thời điểm 6 tháng với CRPC

Bảng 3.5. Môi liên quan giữa mức PSA tại thời điểm 6 tháng và thời gian sống thêm BKT thành CRPC

Mức PSA tại thời điểm 6 tháng (ng/ml)	Số bệnh nhân (n=55)	Số bệnh nhân tiến triển tại thời điểm 24 tháng	p
<0,2	12	0	0,002
0,2-4	20	1	
>4	23	9	



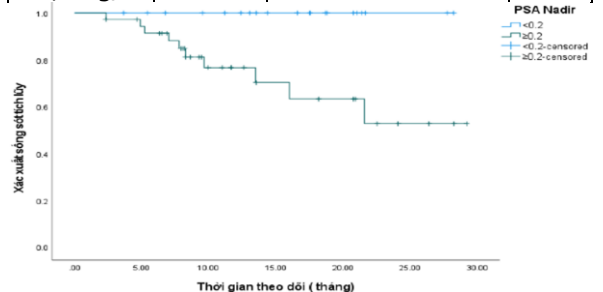
Biểu đồ 3.2. Môi liên quan giữa mức PSA tại thời điểm 6 tháng và thời gian sống thêm bệnh không tiến triển thành CRPC

Nhận xét: Tại thời điểm 6 tháng sau khi bắt đầu điều trị, bệnh nhân có mức PSA <0,2ng/ml có thời gian sống thêm BKT thành CRPC dài hơn so với các nhóm khác có ý nghĩa thống kê (p=0,002).

3.6. Môi liên quan giữa mức PSA nadir ≤0,2 và thời gian đến khi tiến triển thành CRPC

Bảng 3.6. Môi liên quan giữa mức PSA nadir ≤0,2 và thời gian sống thêm BKT thành CRPC

PSA nadir	Số bệnh nhân (n=55)	Số bệnh nhân tiến triển tại thời điểm 24 tháng	p
<0,2 ng/ml	19	0	0,009
≥ 0,2 ng/ml	36	10	



Biểu đồ 3.3. Môi liên quan giữa mức PSA nadir ≤0,2 và thời gian sống thêm BKT thành CRPC

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân có mức PSA nadir <0,2ng/ml có thời gian sống thêm BKT thành CRPC dài hơn so với nhóm bệnh nhân có mức PSA nadir ≥0,2ng/ml có ý nghĩa thống kê (p=0,009).

3.7. Tác dụng không mong muốn

Bảng 3.7. Tác dụng không mong muốn

	Độ 1 (%)	Độ 2 (%)	Độ 3 (%)	Độ 4 (%)
Tác dụng không mong muốn trên hệ tạo huyết				
Thiếu máu	9(16,4%)	4(7,3%)	0(0%)	0(0%)
Hạ bạch cầu hạt	15(27,3%)	5(9,1%)	0(0%)	0(0%)
Hạ tiểu cầu	10(18,2%)	2(3,6%)	0(0%)	0(0%)
Tác dụng không mong muốn ngoài hệ tạo huyết				
Tăng AST/ALT	7(13,2%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
Tăng creatinin	4(7,3%)	2(3,6%)	0(0%)	0(0%)

Nhận xét: Tỷ lệ thiếu máu độ 1 là 16,4%. Tỷ lệ hạ bạch cầu độ 1 là 27,3%. Tỷ lệ hạ tiểu cầu độ 1 là 18,2%. Tác dụng không mong muốn ngoài hệ tạo huyết chủ yếu là tăng AST/ALT độ 1 chiếm 13,2%. Có 2 bệnh nhân mắc tăng creatinin độ 2 chiếm 3,6%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân là 68,2±6,9 tuổi. Hầu hết bệnh nhân có tuổi <70 tuổi chiếm 65,5%. Có 21 bệnh nhân đến viện vì rối loạn tiểu tiện chiếm tỷ lệ 38,2%, 18 bệnh nhân đến viện vì đau xương chiếm tỷ lệ 32,7%. Kết quả của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu ở trong nước và quốc tế.^{1,4,5,6}

Hầu hết bệnh nhân có điểm gleason ≥9 chiếm tỷ lệ 92,7. Giai đoạn khối u T2-3 là chủ yếu, chiếm tỷ lệ 65,5% Trung vị PSA ban đầu trước điều trị là 130ng/ml (Khoảng tứ phân vị: 100-804), có 51 bệnh nhân có di căn xương tại thời điểm chẩn đoán chiếm tỷ lệ 92,7%. Đặc điểm cận lâm sàng trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu đời thực khác.^{4,6,7}

Tỷ lệ bệnh nhân đạt mức PSA < 0,2 ng/ml tại thời điểm 6 tháng sau khi bắt đầu điều trị là 21,8%. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của tác giả Kwonoh Park J và cộng sự (CS) với tỷ lệ bệnh nhân đạt mức PSA <0,2 ng/ml tại thời điểm 6 tháng là 24%.³ Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Lendorf ME và CS.⁵

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tại thời điểm 24 tháng có 10 bệnh nhân tiến triển thành CRPC, xác suất không tiến triển bệnh tích lũy là 0,69. Trung vị thời gian tiến triển thành CRPC trong nghiên cứu CHARRTED là 20,2 tháng (95% CI, 4,5- 6,5 tháng).⁶ Trong nghiên cứu STAMPEDE (nhóm C) có thời gian tiến triển

thành CRPC là 37 tháng. Thời gian tiến triển thành CRPC trong các nghiên cứu đời thực đều thấp hơn các nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng. Trong nghiên cứu đời thực tại Hàn Quốc của tác giả Park K và CS, trung vị thời gian sống thêm BKT thành CRPC là 18 tháng.³ Một nghiên cứu đời thực khác tại Đan Mạch cho kết quả trên là 15,6 tháng (13,0-18,1 tháng).⁵ Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu nghiên cứu, các đặc điểm bệnh trong nghiên cứu đời thực khác với các nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng. Hiện nay, ADT kết hợp NHA và docetaxel tại thời điểm bắt đầu liệu pháp toàn thân cho UTTTL giai đoạn mHSPC đã giúp kéo dài thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (BKT) thành mCRPC (HR, 0,50; 99,9% CI, 0,34–0,71; P < .0001) và thời gian sống thêm toàn bộ (HR, 0,75; 95,1% CI, 0,59–0,95; P = .017) so với những bệnh nhân chỉ dùng ADT và docetaxel.² Mặc dù kết quả điều trị tốt hơn ở nhóm sử dụng NHA nhưng do rào cản về chi phí điều trị phần lớn bệnh nhân UTTTL giai đoạn mHSPC vẫn được điều trị bằng phác đồ ADT kết hợp Docetaxel.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, nhóm bệnh nhân có mức PSA <0,2 ng/ml tại thời điểm 6 tháng sau khi bắt đầu điều trị có thời gian sống thêm BKT thành CRPC dài hơn so với các nhóm khác có ý nghĩa thống kê (p=0,002). Trong nghiên cứu của tác giả Lendorf ME và CS, thời gian trung bình tiến triển thành CRPC là 32,3 tháng (95% CI 22,4–42,4) đối với 26 bệnh nhân có PSA ≤0,2 ng/ml tại thời điểm 6 tháng, kéo dài hơn so với các nhóm khác.⁵ Nghiên cứu của tác giả Whi-An Kwon và CS cũng cho kết quả tương tự.⁷ Bên cạnh đó, nhóm bệnh nhân đạt được PSA nadir <0,2 ng/ml có thời gian sống thêm BKT thành CRPC dài hơn so với nhóm còn lại, có ý nghĩa thống kê (p=0,007). Do đó cần xét nghiệm định kỳ và theo dõi chỉ số PSA trong quá trình điều trị. Việc không đạt được PSA nadir <0,2 ng/ml sau khi điều trị dự đoán sự tiến triển sớm thành CRPC. Các nghiên cứu khác nhau gợi ý các yếu tố tiên lượng khác nhau. Tuy nhiên đáp ứng PSA, mức PSA nadir là các yếu tố thường được nhắc đến nhiều nhất trong các nghiên cứu.

Về tác dụng không mong muốn, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tác dụng không mong muốn chủ yếu trên hệ tạo huyết, không có bệnh nhân mắc độc tính độ 3-4 hoặc tử vong. Kết quả này chứng minh rằng phác đồ điều trị ADT kết hợp docetaxel trong UTTTL giai đoạn mHSPC là an toàn, ít độc tính, độc tính xảy ra chủ yếu ở mức độ nhẹ.

V. KẾT LUẬN

Phác đồ điều trị ADT kết hợp docetaxel là một sự lựa chọn điều trị bệnh nhân UTTTL giai đoạn mHSPC đạt được hiệu quả điều trị và dung nạp tốt. Việc theo dõi định kỳ chỉ số PSA giúp đánh giá đáp ứng điều trị và tiên lượng bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Laversanne M, Sung H et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024;74:229–263
2. Fizazi K, Foulon S, Carles J et al. Abiraterone plus prednisone added to androgen deprivation therapy and docetaxel in de novo metastatic castration-sensitive prostate cancer (PEACE-1): a multicentre, open-label, randomised, phase 3 study with a 2 × 2 factorial design. *Lancet.* 2022 Apr 30;399(10336):1695–1707.
3. Park K, Kim IY, Park I et al. Effectiveness of Adding Docetaxel to Androgen Deprivation Therapy for Metastatic Hormone-Sensitive Prostate Cancer in Korean Real-World Practice. *Yonsei Med J.* 2023 Feb;64(2):86–93.
4. James N.D., Sydes M.R., Clarke N.W. Addition of docetaxel, zoledronic acid, or both to first-line long-term hormone therapy in prostate cancer (STAMPEDE): survival results from an adaptive, multiarm, multistage, platform randomised controlled trial. *Lancet* (London, England) 2016;387:1163–1177.
5. Lendorf ME, Peter Meidahl Petersen, Andrea Steen Svendsen et al. Effectiveness of Docetaxel for Metastatic Hormone-sensitive Prostate Cancer in Clinical Practice. *Eur Urol Open Sci.* 2021 Feb; 24: 25–33.
6. Sweeney CJ, Chen Y-H, Carducci M, Liu G, Jarrard DF, Eisenberger M. Chemohormonal therapy in metastatic hormone-sensitive prostate cancer. *N Engl J Med.* 2015;373(8):737–746.
7. Whi-An Kwon, Jae Young Joung, Jung Eun Lee et al. Use of docetaxel plus androgen deprivation therapy for metastatic hormone-sensitive prostate cancer in Korean patients: A retrospective study. *Investig Clin Urol.* 2019 May; 60(3): 195–201.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM KHỐI U GAN LÀNH TÍNH ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG PHẪU THUẬT CẮT GAN

Nguyễn Hoàng¹, Nguyễn Văn Việt²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm một số loại u gan lành tính thường gặp được điều trị bằng phẫu thuật cắt gan tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả hồi cứu 86 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan do u gan lành tính tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2022. **Kết quả:** Ba loại u gặp trong nghiên cứu là: u máu, FNH (Focal nodular hyperplasia), adenoma với tỷ lệ lần lượt là 68,6%, 20,9%, 10,5%. Nữ/nam là 2,4/1, tuổi trung bình là 40,7 ± 12,6 tuổi (10 tuổi – 70 tuổi). Lý do vào viện chủ yếu là đau bụng (70,9%). Kích thước trung bình là 7,6 ± 2,7cm, nhỏ nhất là 2,7cm, lớn nhất là 15cm. Các khối u chủ yếu có kích thước lớn từ 4 đến 10cm (73,3%). Các khối u có thể nằm ở 1 hạ phân thùy (HPT) hoặc nhiều HPT khác nhau, vị trí u hay gặp nhất là phân thùy bên. Phẫu thuật nội soi thường được dùng đối với các khối u ở vị trí hạ phân thùy II, III, IV, V, VI. **Kết luận:** Khối u gan lành tính hay gặp ở nữ giới và có thể nằm ở mọi vị trí của gan với các kích thước khác nhau. U máu là loại u gan lành tính hay gặp nhất. Vị trí, kích thước và bản chất khối u là những yếu tố quan trọng để lựa

chọn phương án điều trị phẫu thuật.

Từ khóa: U gan lành tính, cắt gan, u máu, u tuyến gan, nội soi

SUMMARY

EVALUATE OF FEATURES BENIGN LIVER TUMORS TREATED BY LIVER RESECTION

Objective: Describe the characteristics of some common benign liver tumors treated by liver resection surgery at Viet Duc Hospital. **Subject and Method:** A retrospective description of 86 patients who underwent liver resection surgery for benign liver tumors at Viet Duc Hospital from January 2018 to December 2022. **Results:** Three types of tumors found in the study were: hemangioma, FNH and adenoma, with respective rates of 68,6%; 20,9%; and 10,5%. The female/male ratio was 2,4/1; and the average age was 40,7 ± 12,6 years (ranging from 10 to 70 years). The main reason for hospitalization was abdominal pain (70,9%). The average tumor size was 7,6 ± 2,7 cm, with the smallest being 2,7 cm and the largest being 15 cm. Most tumors were large, ranging from 4 to 10 cm (73,3%). The tumors were located in one or multiple liver segments, with the most common location being the lateral segment. Laparoscopic surgery was often used for tumors located in segments II, III, IV, V, and VI. **Conclusion:** Benign liver tumors are more commonly found in women and can occur in any location of the liver with varying sizes. Hemangioma is the most common type of benign liver tumor. The location, size, and nature of the tumor are important factors in choosing the

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng

Email: drhoangnt29@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.2.2025

Ngày duyệt bài: 13.3.2025