

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU VÀ KHẢ NĂNG DUNG NẠP CỦA PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TÂN BỔ TRỢ TOÀN BỘ TRONG UNG THƯ TRỰC TRÀNG: NGHIÊN CỨU BỆNH - CHỨNG GHÉP CẶP

Đặng Văn Mạnh¹, Đào Văn Tú¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu và dung nạp của liệu pháp tân bổ trợ toàn bộ phác đồ mFOLFIRINOX so sánh với hóa xạ trị đồng thời tiền phẫu trong ung thư trực tràng. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, bệnh-chứng có ghép cặp trên tổng số 44 bệnh nhân (BN) làm hai nhóm, điều trị tân bổ trợ toàn bộ và nhóm chứng điều trị HXT tân bổ trợ. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 60.86 ở cả 2 nhóm, tỷ lệ nam/nữ 2.7/1. Đa số các BN trong nghiên cứu (NC) có giai đoạn u (cT3) và đều có hạch di căn (cN1-2). 100% BN điều trị TNT hoàn thành 6 chu kỳ hóa chất mFOLFIRINOX, độc tính chủ yếu gặp trên hệ tạo máu và trên thần kinh ngoại biên độ 1-2. Độc tính độ 3-4 ít gặp (hạ bạch cầu trung tính độ 3-4 gặp ở 23% số BN, không có trường hợp nào sốt hạ bạch cầu trung tính, không gặp hạ tiểu cầu độ 3-4 và không gặp độc tính tăng men gan độ 3-4). Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn trên lâm sàng (cCR) và gần hoàn toàn trên lâm sàng (nCR) ở nhóm điều trị TNT cao hơn nhóm điều trị HXT (36% và 27% so với 9.1% và 27%). Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu chưa ghi nhận BN nào trong 2 nhóm tái phát di căn hoặc tử vong. **Kết luận:** Tân bổ trợ toàn bộ trong UTTR trung bình- thấp giai đoạn tiến triển tại chỗ tại vùng phác đồ mFOLFIRINOX cho tỉ lệ đáp ứng, lợi ích lâm sàng cao, với độc tính có khả năng kiểm soát được. Cần có thêm nhiều dữ liệu thực tế lâm sàng trong điều trị. **Từ khóa:** Tân bổ trợ toàn bộ, mFOLFIRINOX, hóa xạ trị đồng thời.

SUMMARY

PRELIMINARY OUTCOMES AND TOLERANCE OF THE TOTAL NEOADJUVANT THERAPY IN RECTAL CANCER: A MATCHED CASE-CONTROL STUDY

Objective: To evaluate the initial outcomes and tolerance of total neoadjuvant therapy with the mFOLFIRINOX regimen compared to preoperative concurrent chemoradiotherapy in rectal cancer. **Methods:** A retrospective, case-control, matched study was conducted on a total of 44 patients, divided into two groups: the total neoadjuvant therapy (TNT) group and the control group receiving neoadjuvant chemoradiotherapy. **Results:** The mean age was 60.86 years in both groups, with a male-to-female ratio of 2.7:1. Most patients in the study had tumor stage cT3 and lymph node metastasis (cN1-2). 100% of TNT-treated patients completed six cycles of

mFOLFIRINOX chemotherapy. The primary toxicities observed were hematologic toxicity and grade 1-2 peripheral neuropathy. Grade 3-4 toxicities were rare (Grade 3-4 neutropenia occurred in 23% of patients, but no cases of febrile neutropenia were reported, no cases of grade 3-4 thrombocytopenia or grade 3-4 liver enzyme elevation were observed). The rates of complete clinical response (cCR) and near-complete clinical response (nCR) were higher in the TNT group than in the chemoradiotherapy group (36% and 27% vs. 9.1% and 27%, respectively). At the end of the study, no patients in either group had experienced recurrence, metastasis, or death. **Conclusion:** Total neoadjuvant therapy with the mFOLFIRINOX regimen in patients with locally advanced mid-to-low rectal cancer demonstrated a high response rate and significant clinical benefits, with manageable toxicity. Further real-world clinical data are needed to refine treatment strategies.

Keywords: Total neoadjuvant therapy, mFOLFIRINOX, concurrent chemoradiotherapy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng (UTTR) là một trong những bệnh ung thư (UT) phổ biến nhất và gây tử vong hàng đầu trên thế giới. Tại Việt Nam, UTTR đứng thứ 5 về số ca mới mắc và thứ 6 về số ca tử vong do ung thư, với 9.399 trường hợp mới mắc và 4.758 trường hợp tử vong¹. Giai đoạn tiến triển tại chỗ tại vùng, điều trị đa mô thức kết hợp phẫu thuật, xạ trị, điều trị toàn thân là cần thiết. Nhiều NC cho thấy lợi ích về thời gian sống thêm không bệnh (PFS) và toàn bộ (OS) khi kết hợp hóa xạ trị (HXT) so với phẫu thuật đơn thuần ở giai đoạn này do đó HXT tiền phẫu theo sau bởi phẫu thuật và hóa chất bổ trợ đã được coi là điều trị chuẩn². Gần đây, liệu pháp tân bổ trợ toàn bộ (TNT) được chỉ định trong các trường hợp UTTR trung bình, thấp có u giai đoạn T3,4 hoặc hạch di căn làm tăng khả năng dung nạp với hóa chất, cải thiện mức độ kiểm soát tại vùng, tạo điều kiện cho phẫu thuật. Theo NC PRODIGE 23 trên 461 bệnh nhân UTTR giai đoạn tiến triển tại chỗ tại vùng, TNT: hóa chất phác đồ mFOLFIRINOX theo sau bởi long-course CRT trước phẫu thuật so với điều trị tiêu chuẩn cho kết quả tỷ lệ hoàn thành 6 chu kỳ mFOLFIRINOX là 92% cao hơn đáng kể so với tỷ lệ hoàn thành điều trị hóa chất bổ trợ là 64%, tăng tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn (CR) về mô bệnh học từ 12% lên 28%, tăng PFS 3 năm từ 69% lên 76%, tuy nhiên không có sự khác biệt về tỉ lệ

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đào Văn Tú

Email: daovantu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2025

Ngày duyệt bài: 23.4.2025

OS³. Lợi ích của short-course RT và phác đồ hóa chất bộ đôi mFOLFOX hoặc XELOX trong điều trị hỗ trợ trước được chứng minh trong NC RAPIDO. Trong NC này, TNT tăng tỉ lệ CR mô bệnh học từ 14% lên 28%, giảm tỉ lệ di căn xa 3 năm từ 27% xuống 20%⁴. Theo NC STELLAR, TNT: short-course RT và phác đồ XELOX tăng gấp đôi độc tính độ 3, độ 4 (từ 12.6% lên 26.5%), không tăng PFS, tuy nhiên tăng OS từ 75.1% lên 86.5%⁵. Chiến lược TNT đem lại kết quả khả quan, giúp cải thiện PFS, kiểm soát tại chỗ tại vùng, tăng tỉ lệ đáp ứng với tác dụng phụ tương tự như điều trị chuẩn.

Hiện tại liệu pháp tân bổ trợ toàn bộ bắt đầu được áp dụng rộng rãi trong điều trị UTTT tại Việt Nam. Tuy nhiên, chưa có NC nào được công bố về dung nạp và kết quả của chiến lược điều trị này so với điều trị hóa xạ đồng thời tiền phẫu vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài với 2 mục tiêu: *Đánh giá dung nạp và kết quả bước đầu của liệu pháp tân bổ trợ toàn bộ phác đồ mFOLFIRINOX so sánh với hóa xạ trị đồng thời tiền phẫu trong ung thư trực tràng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- BN từ 18 tuổi trở lên
- Mô bệnh học: UTBM tuyến của trực tràng
- Chẩn đoán UTTT thấp, trực tràng trung bình dựa trên nội soi và thăm trực tràng.
- Giai đoạn tiến triển tại chỗ, tại vùng: u T3-T4, MRF (+) hoặc N (+) dựa trên MRI, chưa có di căn xa.
- Điểm toàn trạng theo ECOG 0 – 1.
- BN được điều trị bằng liệu pháp tân bổ trợ toàn bộ (Nhóm TNT) hoặc điều trị hóa xạ trị đồng thời tiền phẫu (Nhóm chứng)
- Số lượng BCTT $\geq 1,5.10^9/L$, tiểu cầu $\geq 100.10^9/L$, Hemoglobin $\geq 90g/L$.
- Chức năng gan, thận: bilirubin toàn phần $\leq 1,5$ lần giới hạn bình thường trên, giá trị ALT, AST ≤ 3 lần ngưỡng giới hạn bình thường trên, creatinine $< 120\text{mcmmol/l}$.
- Có hồ sơ chi chép đầy đủ và được theo dõi sau điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Mặc ung thư thứ 2
- Mặc các bệnh lý nội khoa cấp tính hoặc mạn tính nghiêm trọng có nguy cơ tử vong gần.
- Bỏ điều trị không vì lý do chuyên môn, từ chối tham gia, hoặc mất thông tin sau điều trị.
- BN mắc viêm gan B, C hoạt động chưa được kiểm soát.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian NC 01/2021 đến 12/2023 tại Bệnh viện K

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế NC: NC hồi cứu, bệnh-chứng có ghép cặp.

- Mẫu NC: cỡ mẫu thuận tiện. Nhóm TNT gồm các BN được điều trị bằng liệu pháp tân bổ trợ toàn bộ, nhóm chứng là các BN có cùng các đặc điểm (giới tính – tuổi – vị trí u) với các BN nhóm TNT và điều trị HXT đồng thời tân bổ trợ.

2.4. Phân tích và xử lý số liệu. Nhập và phân tích dữ liệu trên phần mềm SPSS phiên bản 20. So sánh bằng kiểm định Chi-square hoặc kiểm định Fisher exact. Tất cả các so sánh được thực hiện bằng các phép kiểm định hai phía với ý nghĩa thống kê được lấy là giá trị $p < 0,05$.

2.5. Khía cạnh đạo đức của nghiên cứu.

NC này được thông qua Hội đồng khoa học của Bệnh viện K, nhằm nâng cao chất lượng điều trị, cuộc sống cho người bệnh, không nhằm mục đích nào khác. Tất cả thông tin về người bệnh được bảo mật trong suốt quá trình NC.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và bệnh học của BN

Bảng 1. Phân tích các đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm	HXT, N=22	TNT, N=22	Giá trị p
Tuổi (TB±SD)	60.86(10.87)	60.86(10.87)	
Giới tính			
Nam	16 (73%)	16 (73%)	-
Nữ	6 (27%)	6 (27%)	
Vị trí u			
Thấp	10 (45%)	10 (45%)	-
Trung bình	12 (55%)	12 (55%)	
Giai đoạn trước điều trị			
cT			
2	1 (4.5%)	0 (0%)	>0.9
3	17 (77%)	17 (77%)	
4	4 (18%)	5 (23%)	
cN			
0	3 (14%)	2 (9.1%)	>0.9
1	8 (36%)	9 (41%)	
2	11 (50%)	11 (50%)	

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của 2 nhóm trong NC là 60.86. Tỷ lệ về giới tính, vị trí khối u, giai đoạn trước điều trị có sự tương đồng ở hai nhóm.

3.2. Đặc điểm điều trị

Bảng 2. Đặc điểm điều trị

Đặc điểm	HXT, N=22	TNT, N=22	Giá trị p
Hoàn thành 6 chu kỳ hóa chất Induction			0.2
Có	N/A	22 (100%)	

Không	N/A	0 (0%)	Hoàn thành điều trị hóa chất bổ trợ
Có	19 (86%)	22 (100%)	
Không	3 (14%)	0 (0%)	
Đánh giá đáp ứng sau hóa xạ trị			0.073
cCR	2 (9.1%)	8 (36%)	
nCR	6 (27%)	6 (27%)	
iCR	14 (64%)	8 (36%)	
Phẫu thuật			0.6
Có	21 (95%)	19 (86%)	
Không	1 (4.5%)	3 (14%)	
Lý do không phẫu thuật			
BN từ chối do không muốn làm HMNT	1 (4.5%)	3 (13.6%)	
Loại phẫu thuật			0.037
APR	11 (50%)	3 (14%)	
Làm hậu môn nhân tạo	0 (0%)	1 (4.5%)	
LAR	10 (45%)	15 (68%)	
Kết quả phẫu thuật			0.3
R0	21 (95%)	18 (82%)	
R2	0 (0%)	1 (4.5%)	

Nhận xét: Tất cả BN ở nhóm điều trị TNT hoàn thành đủ 6 chu kỳ hóa chất Induction. Trong khi đó chỉ 19 BN ở nhóm chứng hoàn thành được điều trị hóa chất bổ trợ sau mổ (chiếm 86%). Tỷ lệ BN đạt đáp ứng hoàn toàn trên lâm sàng (cCR) và đáp ứng gần hoàn toàn trên lâm sàng (nCR) sau kết thúc HXT cao hơn ở nhóm điều trị TNT so với nhóm hóa xạ trị (36% và 27% so với 9.1% và 27%), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. 3 BN ở nhóm TNT đạt cCR không mổ do không muốn cắt cụt trực tràng và làm hậu môn nhân tạo. Tỷ lệ BN phẫu thuật cắt trước thấp (LAR) ở nhóm TNT cao hơn (68%) so với nhóm HXT (45%) khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0.037$). Tất cả các BN ở nhóm chứng đồng ý phẫu thuật đều đạt được R0, trong khi đó có 1 BN ở nhóm TNT đồng ý phẫu thuật không thể cắt được do u xâm lấn xung quanh.

3.3. Kết quả

3.3.1. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật

Bảng 3. Đánh giá đáp ứng

Đặc điểm	Tổng N=44	HXT N=22	TNT N=22	Giá trị p
ypT				
0	10 (23%)	3 (14%)	7 (32%)	0.2
1	2 (4.5%)	1 (4.5%)	1 (4.5%)	
2	9 (20%)	5 (23%)	4 (18%)	
3	17 (39%)	12 (55%)	5 (23%)	
4a	1 (2.3%)	0 (0%)	1 (4.5%)	
4b	1 (2.3%)	0 (0%)	1 (4.5%)	
ypN				
0	29 (66%)	15 (68%)	14 (64%)	0.5

1	9 (20%)	4 (18%)	5 (23%)	
2	2 (4.5%)	2 (9.1%)	0 (0%)	
Đáp ứng hoàn toàn (ypT0N0M0)				
Có	9 (20%)	3 (14%)	6 (27%)	0.2
Không	31 (70.4%)	18 (82%)	13 (59.1%)	
Đặc điểm thoái lui u (TRG) theo Becker				
TRG1	12 (27%)	3 (14%)	9 (41%)	0.046
TRG2	15 (34%)	9 (41%)	6 (27%)	
TRG3	12 (27%)	9 (41%)	3 (14%)	
N/A	5 (11%)	1 (4.5%)	4 (18%)	

Nhận xét: Tỷ lệ CR trên giải phẫu bệnh sau mổ cao hơn ở nhóm điều trị TNT với 6/19 BN so với nhóm chứng 3/21, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Mức độ thoái hóa u hoàn toàn (0% u tồn dư) hoặc gần hoàn toàn (<10% u tồn dư) cao hơn ở nhóm điều trị TNT với 41% BN đạt TRG1 so với 14% BN ở nhóm chứng. Có 5 BN không đánh giá được TRG do BN không đồng ý mổ (4 BN: 3 BN ở nhóm TNT, 1 BN nhóm chứng) và 1 BN ở nhóm TNT không thể cắt được u nguyên phát.

3.3.2. Đánh giá về PFS và OS

Bảng 4: Thời gian theo dõi ở cả 2 nhóm

Thời gian theo dõi (Tháng)	Nhóm HXT	Nhóm TNT
Trung vị thời gian theo dõi	27	13
Thời gian theo dõi dài nhất	34	23
Thời gian theo dõi ngắn nhất	11	10

Nhận xét: Ở nhóm HXT: Trung vị thời gian theo dõi là 27 tháng, dài nhất là 34 tháng, ngắn nhất là 11 tháng. Ở nhóm điều trị TNT: Trung vị thời gian theo dõi là 13 tháng, dài nhất 23 tháng, ngắn nhất 10 tháng.

3.3.3. Tác dụng không mong muốn

Bảng 5. Tác dụng không mong muốn

Đặc điểm	Tổng N=44	HXT N=22	TNT N=22	Giá trị p
Thiếu máu				
0	18 (41%)	13 (59%)	5 (23%)	0.057
Độ 1	21 (48%)	8 (36%)	13 (59%)	
Độ 2	4 (9.1%)	1 (4.5%)	3 (14%)	
Độ 3	1 (2.3%)	0 (0%)	1 (4.5%)	
Hạ bạch cầu				
0	22 (50%)	12 (55%)	10 (45%)	0.5
Độ 1	16 (36%)	8 (36%)	8 (36%)	
Độ 2	5 (11%)	1 (4.5%)	4 (18%)	
Độ 3	1 (2.3%)	1 (4.5%)	0 (0%)	
Hạ BCTT				
0	21 (48%)	15 (68%)	6 (27%)	0.034
Độ 1	9 (20%)	4 (18%)	5 (23%)	
Độ 2	8 (18%)	2 (9.1%)	6 (27%)	
Độ 3	6 (14%)	1 (4.5%)	5 (23%)	
Hạ tiểu cầu				
0	20 (45%)	13 (59%)	7 (32%)	0.3

Độ 1	20 (45%)	8 (36%)	12 (55%)
Độ 2	3 (6.8%)	1 (4.5%)	2 (9.1%)
Độ 3	1 (2.3%)	0 (0%)	1 (4.5%)

Nhận xét: Tỷ lệ hạ BCTT độ 3 cao hơn đáng kể ở nhóm điều trị TNT 23% so với 4.5% ở nhóm chứng và sự khác biệt có ý nghĩa với $p=0.034$.

Bảng 6: Đặc điểm độc tính trên gan và thận

Đặc điểm	Tổng N=44	HXT N=22	TNT N=22	Giá trị p
Men gan AST/ALT				
0	19 (43%)	15 (68%)	4 (18%)	0.002
Độ 1	20 (45%)	6 (27%)	14 (64%)	
Độ 2	5 (11%)	1 (4.5%)	4 (18%)	
Creatinin				
0	41 (93%)	21 (95%)	20 (91%)	>0.9
Độ 1	2 (4.5%)	1 (4.5%)	1 (4.5%)	
Độ 2	1 (2.3%)	0 (0%)	1 (4.5%)	
Biến chứng thần kinh ngoại vi				
Không	19 (43%)	11 (50%)	8 (36%)	0.6
Độ 1	22 (50%)	10 (45%)	12 (55%)	
Độ 2	3 (6.8%)	1 (4.5%)	2 (9.1%)	

Nhận xét: Tỷ lệ BN có tăng men gan độ 1, độ 2 cao hơn ở nhóm điều trị TNT so với nhóm chứng (72% so với 31.5%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

NC tiến hành trên 22 BN UTTT điều trị với liệu pháp tân bổ trợ toàn bộ ghép cặp với 22 BN được điều trị HXTĐT tiền phẫu về các đặc điểm Tuổi – Giới – Vị trí u. Tuổi trung bình ở mỗi nhóm trong NC của chúng tôi là 60.86, kết quả tương tự như trong NC PRODIGE 23 của Conroy và cs. (2021) với độ tuổi trung bình ở nhóm điều trị TNT là 61 và ở nhóm HXT là 62³. Độ tuổi này cũng tương tự trong NC của Trần Anh Cường (2017) với độ tuổi là 58.6±10⁶. Trong NC của chúng tôi, ở mỗi nhóm tỷ lệ nam/nữ là 2.7/1, tỷ lệ nam giới là 73%, mỗi nhóm u trực tràng trung bình chiếm tỷ lệ 55%, u trực tràng thấp chiếm 45%. Trong NC RODIGE 23 (2021), tỷ lệ lần lượt là 49% và 38% ở nhóm điều trị TNT, còn ở nhóm HXTĐT lần lượt là 51% và 36%. NC của Trần Anh Cường (2017), UTTT trung bình chiếm 36.2% và UTTT thấp chiếm 42.2%. Ở cả 2 nhóm trong NC của chúng tôi, giai đoạn u trên phim MRI: cT3 chiếm tỷ lệ 77% ở cả 2 nhóm và giai đoạn hạch N1 chiếm 36% ở nhóm HXT và 41% ở nhóm TNT. Hạch N2 chiếm 50% ở cả 2 nhóm. Trong khi đó hạch N0 chỉ chiếm 11% ở nhóm điều trị HXT và 9.1% ở nhóm TNT.

4.2. Dung nạp thuốc và độc tính. Trong

NC của chúng tôi, 100% BN ở nhóm điều trị TNT hoàn thành 6 chu kỳ hóa chất Induction mFOLFOXIRI, trong khi đó chỉ 86% BN ở nhóm HXT hoàn thành điều trị hóa chất bổ trợ. Các tỷ lệ này trong NC của chúng tôi cao hơn so với NC PRODIGE 23, với tỷ lệ hoàn thành 6 chu kỳ hóa chất induction là 92% và tỷ lệ hoàn thành điều trị bổ trợ là 64%. Khác biệt có thể là do NC chúng tôi sử dụng phác đồ giảm liều FOLFIRINOX so với liều chuẩn trong NC PRODIGE 23. Trong NC của chúng tôi, tỷ lệ hạ BCTT độ 3 ở nhóm điều trị TNT là 23% cao hơn so với nhóm điều trị HXT chỉ 4.5% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê đồng thời không ghi nhận BN hạ BCTT độ 4. Chúng tôi không ghi nhận trường hợp BN sốt hạ bạch cầu. Có lẽ do trong NC của chúng tôi có sử dụng kích bạch cầu dự phòng nên không gặp trường hợp BN hạ BCTT độ 4 và BN sốt hạ bạch cầu. Trong NC chúng tôi, chủ yếu gặp tăng men gan mức độ 1-2, không ghi nhận trường hợp BN tăng men gan độ 3-4. Và tỷ lệ BN tăng men gan độ 1-2 ở nhóm điều trị TNT cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm điều trị hóa xạ trị ($p=0.002$). Tỷ lệ biến cố lên thần kinh ngoại vi (tê bì tay chân) độ 1-2 cao hơn ở nhóm điều trị TNT so với nhóm HXT, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

4.3. Kết quả điều trị. Tỷ lệ BN đạt đáp ứng hoàn toàn trên lâm sàng (cCR) và gần hoàn toàn trên lâm sàng (nCR) cao hơn ở nhóm điều trị TNT so với nhóm HXT (36% và 27% so với 9.1% và 27%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê $p=0.073$. Có 3 BN trong nhóm TNT không đồng ý phẫu thuật, cả 3 BN đều đạt được cCR do không muốn đeo hậu môn nhân tạo. Cả 3 BN không mổ sẽ được điều trị thêm 6 chu kỳ hóa chất mFOLFOX6. Và sau đó được theo dõi sát tại bệnh viện. Chỉ có 1 BN nhóm chứng không mổ cũng với lý do không muốn đeo HMNT và BN cũng đạt được CR sau điều trị tiền phẫu. Tỷ lệ BN phẫu thuật cắt trước thấp (LAR) ở nhóm TNT cao hơn (68%) so với nhóm hóa xạ trị (45%) khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0.037$). Tất cả các BN ở nhóm chứng đồng ý phẫu thuật đều đạt được R0, trong khi đó có 1 BN ở nhóm TNT đồng ý phẫu thuật không thể cắt được do u xâm lấn xung quanh. Tỷ lệ phẫu thuật R0 trong NC của chúng tôi tương tự NC PRODIGE 23, với 95% BN ở nhóm TNT phẫu thuật đạt R0 và 94% ở nhóm HXT đạt phẫu thuật R0. Tỷ lệ đạt được CR trên giải phẫu bệnh sau mổ ở nhóm điều trị TNT trong NC của chúng tôi là 27% cao hơn ở nhóm chứng là 14%. Tỷ lệ này cũng tương tự như trong nghiên cứu PRODIGE 23, lần lượt là 28% ở nhóm TNT và

12% ở nhóm HXT. Trong NC của chúng tôi sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, có thể do cỡ mẫu chưa đủ lớn để đại diện. Đánh giá mức độ thoái hóa u trên bệnh phẩm sau mổ (TRG) theo Becker, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân đạt TRG1 cao hơn ở nhóm điều trị TNT so với nhóm chứng (41% so với 14%) và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Điều này gợi ý rằng điều trị liệu pháp tân bổ trợ toàn bộ làm tăng tỷ lệ đáp ứng và thoái hóa u.

V. KẾT LUẬN

Liệu pháp tân bổ trợ toàn bộ trong UTTT trung bình- thấp giai đoạn tiến triển tại chỗ tại vùng với phác đồ hóa chất mFOLFIRINOX cho tỷ lệ đáp ứng, lợi ích lâm sàng cao, với độc tính có khả năng kiểm soát được. Cần có thêm nhiều nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá hiệu quả điều trị trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung 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. doi:10.3322/caac.21660
2. Preoperative Multimodality Therapy Improves Disease-Free Survival in Patients

With Carcinoma of the Rectum: NSABP R-03 | *Journal of Clinical Oncology.* <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2009.22.0467>

3. Neoadjuvant chemotherapy with FOLFIRINOX and preoperative chemoradiotherapy for patients with locally advanced rectal cancer (UNICANCER-PRODIGE 23): a multicentre, randomised, open-label, phase 3 trial - *The Lancet Oncology.* [https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045\(21\)00079-6/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lanonc/article/PIIS1470-2045(21)00079-6/abstract)
4. Bahadoer RR, Dijkstra EA, van Etten B, et al. Short-course radiotherapy followed by chemotherapy before total mesorectal excision (TME) versus preoperative chemoradiotherapy, TME, and optional adjuvant chemotherapy in locally advanced rectal cancer (RAPIDO): a randomised, open-label, phase 3 trial. *The Lancet Oncology.* 2021;22(1):29-42. doi:10.1016/S1470-2045(20)30555-6
5. Multicenter, Randomized, Phase III Trial of Short-Term Radiotherapy Plus Chemotherapy Versus Long-Term Chemoradiotherapy in Locally Advanced Rectal Cancer (STELLAR) | *Journal of Clinical Oncology.* <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.21.01667>
6. Trần Anh Cường (2017). Nghiên cứu đặc điểm di căn hạch và kết quả điều trị phẫu thuật ung thư trực tràng tại bệnh viện K, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.

KẾT QUẢ TRUNG HẠN ĐIỀU TRỊ PHÌNH ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG DƯỚI ĐỘNG MẠCH THẬN BẰNG STENTGRAFT NỘI MẠCH Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Nguyễn Duy Tân¹, Trần Minh Bảo Luân²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả trung hạn điều trị phình động mạch chủ bụng dưới động mạch thận bằng stentgraft nội mạch ở người trên 65 tuổi. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca, theo dõi dọc. Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân từ 65 tuổi trở lên được chẩn đoán phình động mạch chủ bụng dưới động mạch thận và điều trị bằng can thiệp nội mạch tại Khoa Tim mạch - lồng ngực, Bệnh viện Thống Nhất, trong thời gian từ tháng 05/2020 đến tháng 06/2024. **Kết quả:** 33 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, tuổi trung bình là 77,9 ± 8,7 tuổi, tỷ lệ nam/ nữ là 29/4. Đặc điểm giải phẫu túi phình: đường kính trung bình 56 ± 14,5 mm; cổ túi phình: đường kính 21,2 ± 2,6mm (17,5 – 29), chiều

dài 29,6 ± 14 mm (8 – 90), góc cổ gần 44,3 ± 20 độ (8 – 85), cổ dạng thẳng 22 trường hợp (66,67%), cổ dạng thon và thon ngược tỷ lệ lần lượt là 15,15% và 18,18%. Thời gian can thiệp trung bình là: 187,2 ± 46,1 phút (90 – 270). Thành công về mặt kỹ thuật 32 trường hợp (97%), 1 trường hợp tắc mạch chỉ sau can thiệp (3%). Kết quả trung hạn: thời gian theo dõi trung bình 13,6 ± 8,8 tháng (6 - 39), 1 trường hợp rò nội mạch muộn loại II, không có triệu chứng; không ghi nhận trường hợp nào bị di lệch ống ghép nội mạch; 4 trường hợp (12,1%) tử vong trong năm đầu: 2 trường hợp nhồi máu cơ tim (6%), 1 trường hợp xuất huyết tiêu hóa (không liên quan phình động mạch chủ bụng) (3%) và 1 trường hợp vỡ phình vào tá tràng vào tháng thứ 3 sau can thiệp. **Kết luận:** Điều trị phình động mạch chủ bụng dưới thận bằng stentgraft nội mạch cho thấy tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật cao và kết quả trung hạn với các biến cố liên quan ống ghép và túi phình thấp cho thấy đây là phương pháp điều trị an toàn và khả thi đối với người cao tuổi. **Từ khóa:** Phình động mạch chủ bụng, can thiệp nội mạch, stentgraft nội mạch

¹Bệnh viện Thống Nhất, TP. Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh; Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Minh Bảo Luân

Email: luan.tmb@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 14.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2025

Ngày duyệt bài: 22.4.2025

SUMMARY

MID-TERM RESULTS OF ENDOLUMINAL STENTGRAFT IN TREATMENT OF