

4. Aaltonen KJ, Joensuu JT, Pirila L, et al. Drug survival on tumour necrosis factor inhibitors in patients with rheumatoid arthritis in Finland. *Scand J Rheumatol.* 2016;46(5):359-363.
5. Smolen JS, Landewe RBM, Bijlsma JWJ, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2019 update. *Ann Rheum Dis.* 2020;79(6):685-699.
6. Fraenkel L, Bathon JM, England BR, et al. 2021 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2021;73(7):924-939.
7. Berger N, Peter M, DeClercq J, Choi L, Zuckerman AD. Rheumatoid arthritis medication adherence in a health system specialty pharmacy. *The American journal of managed care.* 2020;26(12):e380-e387.
8. Rashid N, Lin AT, Aranda G, Jr., et al. Rates, factors, reasons, and economic impact associated with switching in rheumatoid arthritis patients newly initiated on biologic disease modifying anti-rheumatic drugs in an integrated healthcare system. *Journal of medical economics.* 2016;19(6):568-575.

KẾT QUẢ HÓA TRỊ PHÁC ĐỒ CHỨA PLATIN TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN VÚ CÓ BỘ BA ÂM TÍNH TÁI PHÁT DI CĂN

Bùi Thành Lập¹, Nguyễn Diệu Linh², Lê Thanh Đức²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bằng phác đồ hóa chất chứa platin trên bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến vú có bộ ba âm tính (BBAT) tái phát di căn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 56 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến vú có BBAT tái phát hoặc di căn. **Kết quả:** Đặc điểm nhóm nghiên cứu: Tuổi trung bình ở thời điểm tái phát, di căn là 49,2 ±12,2. Thời gian sống thêm không bệnh (DFS) là 16,3 tháng. Trong 56 bệnh nhân điều trị bằng phác đồ chứa platin, có 20 bệnh nhân được điều trị bằng phác đồ paclitaxel – carboplatin chiếm 35,7%, 36 bệnh nhân được điều trị bằng phác đồ gemcitabine – carboplatin chiếm 64,3%. Tỷ lệ đáp ứng chung của phác đồ là 58,9%; trong đó 10,7% đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng 1 phần là 48,2%, bệnh giữ nguyên là 12,5%, bệnh tiến triển là 28,6%. Tỷ lệ đáp ứng ở nhóm bệnh nhân điều trị phác đồ bước 1 là 67,5%, cao hơn so với nhóm bệnh nhân điều ở bước 2 là 37,5%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,039$. Trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là 7 tháng. Độc tính của phác đồ thường gặp chủ yếu là độ 1, 2. Các độc tính thường gặp là hạ bạch cầu hạt (63,5%), hạ huyết sắc tố (50%), hạ tiểu cầu (26,8%), rụng tóc (46,4%), nôn và buồn nôn (51,7%). **Kết luận:** Hóa trị phác đồ chứa platin được chứng minh có hiệu quả, độc tính của phác đồ chấp nhận được trên nhóm bệnh nhân UTV BBAT tái phát di căn, do vậy có thể áp dụng trong điều trị trong điều kiện hiện nay ở nước ta hiện nay.

Từ khóa: Ung thư vú bộ ba âm tính, platin, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển.

SUMMARY

THE EFFICACY OF PLATIN-BASE CHEMOTHERAPY OF RECURRENT OR METASTATIC IN THE TRIPLE NEGATIVE BREAST CANCER

Objectives: To evaluate the efficacy of platin-base chemotherapy of metastatic of triple negative breast cancer. **Patients and methods:** Retrospective, descriptive study on 56 patients with recurrent or metastatic of triple negative breast cancer, were treated with platin-base chemotherapy regimen at National Cancer Hospital. **Results:** The mean age was 49,2 ±12,2. Mean disease-free survival time (DFS) was 16,3 months. The overall response rate (ORR) of the regimen was 58,9%. The complete response rate was 10,7%, the partial response rate was 48,2%, 12,5% of the patients were stable and 28,6% of the patients had progressive disease. ORR in first-line therapy was better than that in the second-line of treatment (ORR: 67,5% vs 37,5%; $p=0,039$). The median progression-free survival was 7,0 months. The common toxicity was neutropenia (63,5%), anemia (50%), 26,8% for thrombocytopenia, hair loss (46,4%), and 51,7% for vomiting and nausea. **Conclusions:** Platinum-based chemotherapy is effective in high response rates and progression-free survival for patients with recurrent or metastatic of triple negative breast cancer. However, it is necessary to evaluate and closely monitor the toxicity of the regimen during treatment

Keyword: Triple negative breast cancer, platin, progression-free survival.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2020, ung thư vú (UTV) là loại ung thư có tỷ lệ mắc nhiều nhất trên toàn thế giới và là nguyên nhân gây tử vong thứ 5 sau ung thư phổi, đại trực tràng, gan và dạ dày ở cả 2 giới. Riêng ở nữ giới, UTV chiếm 1/4 số trường hợp ung thư mới mắc và chiếm 1/6 tổng số các ca tử vong do ung thư. Tại Việt Nam, tỷ lệ

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thành Lập

Email: lapxuanthu.bhn@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 7.10.2021

Ngày duyệt bài: 15.10.2021

mắc mới UTV chuẩn theo tuổi là 34,2/100.000 dân, đứng đầu trong các loại ung thư phổ biến ở nữ với 21.555 trường hợp và đứng thứ 4 trong số các nguyên nhân tử vong do ung thư nữ giới với 9.345 trường hợp, đứng sau ung thư gan, phổi và dạ dày [1].

UTV bộ ba âm tính được xác định bởi thụ thể nội tiết estrogen (ER)/ progesterone (PR) và yếu tố phát triển biểu bì Her-2 âm tính, chiếm khoảng 12-20% trên tổng số các loại UTV. Kiểu hình này có tiên lượng xấu với đặc điểm riêng biệt về yếu tố nguy cơ, đặc điểm phân tử, biểu hiện lâm sàng, mô bệnh học, đáp ứng điều trị, di căn và tái phát [2], [3]. UTV có bộ ba âm tính có tỷ lệ tái phát di căn rất cao trong những năm đầu tiên sau điều trị đặc biệt cao điểm trong 3 năm đầu [4].

Trên thế giới, nhiều nghiên cứu điều trị UTV BBAT tái phát di căn bằng phác đồ hóa chất có chứa platin cho thấy hiệu quả điều trị cao hơn so với phác đồ không chứa platin [2], [5]. Zhang và CS (2015) đã nghiên cứu trên 364 BN UTV BBAT di căn điều trị hóa chất bước 1 trong đó có 218 BN được điều trị bằng phác đồ hóa chất có chứa platin và 146 BN điều trị bằng phác đồ không chứa platin. Kết quả cho thấy nhóm BN điều trị bằng platin có thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS) dài hơn so với nhóm BN còn lại (7.8 tháng so với 4.9 tháng, $p < 0.001$). Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ ở nhóm được điều trị bước 1 bằng platin cũng cao hơn so với nhóm không dùng platin (57,3% so với 32,9%) [5].

Hiện nay, tại Việt Nam cũng có nhiều bệnh nhân UTV BBAT tái phát di căn được điều trị bằng phác đồ có chứa platin nhưng chưa có tác giả nào nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị của phác đồ trên. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: *"Đánh giá kết quả điều trị bằng phác đồ hóa chất chứa platin trên bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến vú có bộ ba âm tính tái phát di căn"*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân nữ được chẩn đoán xác định là ung thư vú có bộ ba thụ thể ER, PR và Her-2 âm tính tái phát di căn, được điều trị bằng phác đồ hóa chất chứa platin từ 01/2014 tới 03/2021.

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân nữ được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tuyến vú bằng xét nghiệm mô bệnh học.
- Có kết quả nhuộm hóa mô miễn dịch đánh giá thụ thể nội tiết ER, PR và Her-2 âm tính của tổn thương u ban đầu hay tổn thương tái phát di căn.

- Đã được điều trị triệt căn cho giai đoạn tại chỗ, tại vùng bằng các các phương pháp phẫu thuật, hoá chất, xạ trị, nội tiết, điều trị đích theo chỉ định hoặc ung thư vú giai đoạn IV đã hoặc chưa điều trị hoá chất, không có chỉ định điều trị tại chỗ tại vùng.

- Chẩn đoán tái phát di căn bằng chẩn đoán hình ảnh hoặc tế bào học hoặc mô bệnh học.

- Được điều trị phác đồ hóa chất gemcitabine - carboplatin hoặc paclitaxel - carboplatin ít nhất 3 chu kỳ.

- Có tổn thương đánh giá được đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST.

- Chỉ số toàn trạng ECOG ≤ 2 .

- Chức năng gan thận tùy xương trong giới hạn cho phép điều trị hóa chất

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân di căn não.

- Bệnh nhân đang mắc các bệnh cấp và mạn tính trầm trọng khác.

- Bệnh nhân dị ứng với thuốc.

- Bệnh nhân ngừng điều trị thuốc không phải vì lý do bệnh tiến triển, độc tính, kết thúc nghiên cứu.

- Bệnh nhân có ung thư nguyên phát tại cơ quan khác.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả hồi cứu

2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu. Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho việc ước tính một tỷ lệ:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p \cdot (1-p)}{(p \cdot \varepsilon)^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu tối thiểu cần đạt được trong nghiên cứu

Z: hệ số tin cậy, với $\alpha = 0,05$ tra bảng Z = 1,96

p: tỷ lệ đáp ứng của nghiên cứu tương tự trước đó, $p = 0,57$ [5].

ε : giá trị tương đối, thường chọn trong khoảng (0,1-0,4). Chọn $\varepsilon = 0,25$

Ước tính cỡ mẫu tối thiểu trong nghiên cứu cần phải đạt được là 46 bệnh nhân.

2.3. Phác đồ điều trị: Bệnh nhân sau khi được chẩn đoán tái phát di căn có đầy đủ các tiêu chuẩn trên được điều trị bằng hóa chất theo 1 trong 2 phác đồ:

- Phác đồ paclitaxel-carboplatin, chu kỳ 3 tuần.

Paclitaxel 175mg/m² - carboplatin AUC 5-6. Nhắc lại mỗi đợt sau 21 ngày

- Phác đồ gemcitabine - carboplatin, chu kỳ 3 tuần.

Gemcitabine 1000 mg/m² da truyền tĩnh mạch ngày 1 và 8. Carboplatin AUC 5-6, truyền tĩnh mạch ngày 1. Nhắc lại mỗi đợt sau 21 ngày.

Đánh giá độc tính của phác đồ: Độc tính trên huyết học và độc tính trên thần kinh ngoại

biên (Theo NCI-CTCAE 5.0)

Đánh giá đáp ứng điều trị: sau 3 chu kỳ, theo RECIST 1.1 [6] gồm: Đáp ứng hoàn toàn, Đáp ứng 1 phần, Bệnh ổn định, Bệnh tiến triển.

Đánh giá thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS): là khoảng thời gian từ lúc bệnh nhân bắt đầu được điều trị cho tới thời điểm xác định bệnh tiến triển hoặc bệnh nhân tử vong.

3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua tại Hội Đồng Đạo đức Bệnh viện K.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. Kết quả cho thấy trong tổng số 56 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 49,2, thấp nhất là 25 tuổi, cao nhất là 71 tuổi. Các bệnh nhân trong nghiên cứu phần lớn ở giai đoạn II và III tại thời điểm chẩn đoán ban đầu, chiếm 79,6%, có 1 bệnh nhân nào ở giai đoạn I chiếm 1,8%. Trong số 56 bệnh nhân có 16 bệnh nhân ở giai đoạn IV ngay từ lần chẩn đoán đầu tiên, chiếm 28,6%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn các bệnh nhân thuộc thể ung thư biểu mô xâm nhập tấp không đặc biệt (NST), chiếm 78,6%, 5 bệnh nhân ung thư biểu mô biểu thủy xâm nhập chiếm 8,9. Trong số 40 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được chẩn đoán bệnh ở giai đoạn tại chỗ, tại vùng sau khi điều trị triệt căn, thời gian xuất hiện tái phát di căn hay gặp là sau 2 năm đầu chiếm 82,5%. Trung bình thời gian sống thêm không bệnh là 16,3 tháng, ngắn nhất là 3 tháng, dài nhất là 51 tháng. Các vị trí di căn thường gặp trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là phổi, gan và xương chiếm tỉ lệ lần lượt là 48,2%, 28% và 25%.

Trong 56 bệnh nhân được điều trị bằng phác đồ chứa platin, có 20 bệnh nhân được điều trị bằng phác đồ paclitaxel - carboplatin chiếm 35,7%, 36 bệnh nhân được điều trị bằng phác đồ gemcitabine - carboplatin chiếm 64,3%. Có 40 bệnh nhân được điều trị phác đồ chứa platin bước 1, chiếm 71,4 và 16 bệnh nhân nhận điều trị phác đồ chứa platin bước 2, chiếm 28,6%.

Bảng 1: Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

	Số bệnh nhân (n)	Tỉ lệ %
Tuổi:		
* <30	2	3,6
* 30 - 39	11	19,6
* 40 - 49	16	28,6
* 50 - 59	13	23,2
* ≥60	14	25
Trung bình	49,2 ± 12,2	

Giai đoạn ban đầu		
*Giai đoạn I	1	1,8
*Giai đoạn II	20	35,7
*Giai đoạn III	19	33,9
*Giai đoạn IV	16	28,6
Mô bệnh học		
*UTBM xâm nhập NST	44	78,6
*UTBM tiểu thủy xâm nhập	5	8,9
*UTBM thể di sản	3	5,4
*UTBM thể tủy	2	3,6
*Khác ¹	2	3,6
Độ mô học²:		
*Độ 1	1	2,4
*Độ 2	26	63,4
*Độ 3	14	34,1
Tình trạng Ki-67		
*Ki-67 <20	10	17,9
*Ki-67 ≥20%	46	82,1
Vị trí tái phát di căn		
*Tại chỗ tại vùng	11	19,6
*Hạch trung thất, ổ bụng	12	21,4
*Xương	14	25,0
*Gan	16	28,0
*Phổi	27	48,2
*Khác ³	4	7,1
Di căn tạng		
*Không di căn tạng	18	32,1
*Di căn tạng (gan hoặc phổi)	34	60,7
CA 15-3		
*Trong giới hạn bình thường	29	51,8
*Tăng cao hơn bình thường	27	48,2
Phác đồ điều trị tái phát di căn		
*Paclitaxel – carboplatin	20	35,7
*Gemcitabine – carboplatin	36	64,3
Điều trị hóa chất bước		
*Bước 1	40	71,4
*Bước 2	16	28,6

Chú thích:

¹Gồm 1 bệnh nhân ung thư biểu mô thể nhẵn và 1 bệnh nhân ung thư biểu mô thể vi nhú.

²Trong số 41 bệnh nhân UTBM xâm nhập NST

³Gồm 1 BN di căn hạch thượng đòn đối bên, 1 di căn hạch chậu, 1 BN di căn màng phổi

4. Đáp ứng với điều trị và 1 số yếu tố liên quan. Trong số 56 bệnh nhân nghiên cứu, sau 3 đợt điều trị, có 30 bệnh nhân ghi nhận đáp ứng, chiếm 53,6%, trong đó không có bệnh nhân nào đáp ứng hoàn toàn. Tỷ lệ đáp ứng chung của phác đồ là 58,9%, trong đó tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 10,7%. Có 12,5% bệnh nhân đạt bệnh giữ nguyên, như vậy lợi ích lâm sàng đạt 71,4%. Có 16 bệnh nhân tiến triển ngay sau 3 chu kỳ điều trị chiếm 28,6%. Tỷ lệ đáp ứng ở nhóm bệnh nhân điều trị phác đồ bước 1 là 67,5%, cao hơn so với nhóm bệnh nhân điều trị

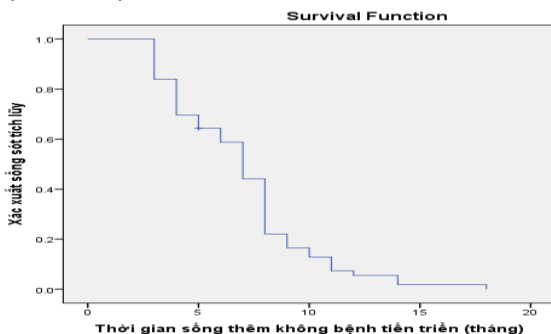
phác đồ này ở bước 2 là 37,5%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,039$. Nhìn chung, đáp ứng của phác đồ phần lớn đạt được sau 3-6 đợt điều trị. Không có sự khác nhau giữa tỉ lệ đáp ứng điều trị với các yếu tố liên quan như thể mô

bệnh học, độ mô học, mức độ độ bộc lộ Ki-67, vị trí di căn hay việc lựa chọn phác đồ điều trị gemcitabine - carboplatin hay paclitaxel - carboplatin ($p > 0,05$).

Bảng 2: Mối liên quan giữa tỉ lệ đáp ứng với các yếu tố liên quan

	Bệnh đáp ứng		Bệnh không đáp ứng		p
	n1	%	n2	%	
Độ mô học: *Độ 1	1	100	0	0	p=0,097
*Độ 2	19	65,4	7	34,6	
*Độ 3	5	35,7	9	64,3	
Tổng	33	56,1	23	43,9	
Mô bệnh học					
UTBM xâm nhập NST	23	56,1	18	43,9	p=0,828
UTBM tiểu thủy xâm nhập	4	66,7	2	33,3	
Loại khác	6	66,7	3	33,3	
Tổng	39	58,9	17	44,1	
Tình trạng Ki-67: *Ki-67 < 20%	7	70	3	30	p=0.500
*Ki-67 ≥ 20%	26	56,5	20	43,5	
Tổng	33	58,9	23	41,1	
Tình trạng di căn tạng					
*Có di căn tạng	22	57,9	16	42,2	p=1,000
*Không di căn tạng	11	61,1	7	38,9	
Tổng	39	58,9	17	41,1	
Phác đồ điều trị					
*Paclitaxel - carboplatin	14	70	6	30	p=0,209
*Gemcitabine - carboplatin	19	52,8	17	47,2	
Tổng	33	58,9	23	41,1	
Điều trị bước: *Bước 1	14	70	6	30	p=0,209
*Bước 2	19	52,8	17	47,2	
Tổng	33	58,9	23	41,1	

5. Thời gian sống thêm không tiến triển của bệnh nhân. Thời gian trung bình sống thêm không tiến triển là 6,97 tháng. Tối thiểu là 3 tháng, tối đa là 18 tháng. Trung vị sống thêm bệnh không tiến triển là $7,0 \pm 0,5$ tháng. Tỷ lệ sống thêm không bệnh tiến triển tại thời điểm 3 tháng và 6 tháng và 9 tháng lần lượt là: 83,9%, 58,8% và 5,5%



Biểu đồ 3.7. Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển (PFS)

Bảng 2: Mối liên quan giữa PFS với các yếu tố liên quan

	Trung vị (tháng)	95% khoảng tin cậy (tháng)	p
Phác đồ hóa chất			
*Paclitaxel - carboplatin	8	7,4 – 8,6	0,154
*Gemcitabine - carboplatin	6	4,4 – 7,6	
Điều trị bước			
*Bước 1	7	6,3 – 7,7	0,746
*Bước 2	4	2,1 – 5,9	
Vị trí di căn			
*Không di căn tạng	8	6,9 – 9,1	0,976
*Có di căn tạng	7	6,0 – 8,0	

4. Độc tính. Độc tính của phác đồ thường gặp chủ yếu là độ 1, 2. Các độc tính thường gặp là hạ bạch cầu hạt (63,5%), hạ huyết sắc tố (50%), hạ tiểu cầu (26,8%), rụng tóc (46,4%), nôn và buồn nôn (51,7%)

IV. BÀN LUẬN

Kết quả của chúng tôi cho thấy tỷ lệ đáp ứng chung của phác đồ là 58,9%, trong đó tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 10,7%, tỷ lệ đáp ứng ở nhóm bệnh nhân điều trị phác đồ bước 1 và bước 2 lần lượt là 67,5% và 37,5%. Kết quả của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Zhang (2015) với tỷ lệ đáp ứng bước 1 là 57,7% đồng thời cũng cao hơn nghiên cứu của Chen và cộng sự (2020) với tỷ lệ đáp ứng toàn bộ là 49% trong đó tỷ lệ đáp ứng toàn bộ của điều trị tại bước 1, bước 2, và bước 3 lần lượt là 53%, 26,7%, 26,7% [5] [7].

Có sự khác biệt này có thể là bệnh nhân trong nghiên cứu của tác giả Zhang và Chen bao gồm cả nhóm bệnh nhân di căn não, đây là nhóm bệnh nhân có tỷ lệ đáp ứng điều trị kém hơn so với những bệnh nhân có vị trí di căn khác.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian sống thêm không bệnh tiến triển trung bình là 6,97 tháng, ngắn nhất là 3 tháng, dài nhất là 18 tháng. Trung vị sống thêm không tiến triển là 7,0 ± 0,5 tháng. Kết quả của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Zhang và cộng sự (2015) với PFS là 7,8 tháng [5]. Tương tự, nghiên cứu của Chen và cộng sự 2020 với trung vị PFS là 8,4 tháng [7]. Điều này có thể giải thích do các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ di căn tạng lớn hơn, tỷ lệ di căn xương và tái phát tại chỗ tại vùng thấp hơn. Đây là một trong những yếu tố tiên lượng xấu ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

Đánh giá về độc tính của phác đồ, nghiên cứu của chúng tôi thường gặp chủ yếu là độc tính độ 1, 2. Các độc tính thường gặp là hạ bạch cầu hạt (63,5%), hạ huyết sắc tố (50%), hạ tiểu cầu (26,8%),

rụng tóc (46,4%), nôn và buồn nôn (51,7%).

V. KẾT LUẬN

Sự phối hợp chất dựa trên nền tảng platin đem lại hiệu quả về tỷ lệ đáp ứng và thời gian sống thêm bệnh không tiến triển cao cho bệnh nhân UTV BBAT tái phát hoặc di căn. Tuy nhiên cần đánh giá và theo dõi sát độc tính của phác đồ trong quá trình điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **CA: A Cancer Journal for Clinicians.** American Cancer Society Journals, <<https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/journal/15424863>>, accessed: 30/05/2021.
2. **Kaya V., Yildirim M., Yazici G. và cộng sự. (2018).** Effectiveness of Platinum-Based Treatment for Triple Negative Metastatic Breast Cancer: a Meta-Analysis. *Asian Pac J Cancer Prev APJCP*, **19(5)**, 1169.
3. **Brouckaert O., Wildiers H., Floris G. và cộng sự. (2012).** Update on triple-negative breast cancer: prognosis and management strategies. *Int J Womens Health*, **4**, 511–520.
4. **Dent R., Trudeau M., Pritchard K.I. và cộng sự. (2007).** Triple-negative breast cancer: clinical features and patterns of recurrence. *Clin Cancer Res Off J Am Assoc Cancer Res*, **13(15 Pt 1)**, 4429–4434.
5. **Zhang J., Fan M., Xie J. và cộng sự. (2015).** Chemotherapy of metastatic triple negative breast cancer: Experience of using platinum-based chemotherapy. *Oncotarget*, **6(40)**, 43135–43143.
6. **Eisenhauer E.A., Therasse P., Bogaerts J. và cộng sự. (2009).** New response evaluation criteria in solid tumours: Revised RECIST guideline (version 1.1). *Eur J Cancer*, **45(2)**, 228–247.
7. **Chen Y., Guan Y., Wang J. và cộng sự. (2020).** Platinum-based chemotherapy in advanced triple-negative breast cancer: A multicenter real-world study in China. *Int J Cancer*, **147(12)**, 3490–3499.

BÁO CÁO CA BỆNH: HỘI CHỨNG EKBOM

Phùng Thị Thúy Hằng¹, Lê Việt Sơn¹, Nguyễn Thị Thanh Tâm¹,
Nguyễn Thị Phương Loan², Vũ Văn Hoài², Nguyễn Thị Phương³,
Nguyễn Văn Giáp³, Phạm Văn Thích³, Bùi Văn San³

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Viện Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai

³Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Văn San

Email: buivansan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 16.8.2021

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2021

Ngày duyệt bài: 25.10.2021

Bệnh nhân nữ 53 tuổi, vào viện vì: Tổn thương mắt - luôn cho rằng có những côn trùng cắn trên da. Bệnh biểu hiện khoảng 03 năm nay, bệnh nhân mô tả nhìn thấy "con ghẻ" màu trắng hình dạng như hạt gạo có chân bò khắp người bệnh nhân. Bệnh nhân đi khám, điều trị chuyên khoa Da Liễu nhiều nơi nhưng tình trạng trên không đỡ. Khoảng 03 tháng nay bệnh nhân cảm giác con này thường xuyên bò vào tai vào mũi, vào mắt cắn ở trong mắt, bệnh nhân đi khám và điều trị tại Bệnh viện mắt TW, khoa Mắt Bệnh viện Bạch Mai, được làm xét nghiệm, khám lâm sàng chẩn đoán: viêm củng giác mạc hoại tử - đá tháo đường -