

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT THẬN-NIÊU QUẢN TẬN GỐC ĐIỀU TRỊ UNG THƯ NIÊU MẠC ĐƯỜNG TIẾT NIỆU TRÊN TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Thái Kinh Luân^{1,2}, Lê Nho Tình²

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả phẫu thuật PT cắt thận-niệu quản tận gốc điều trị UTUC. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** hồi cứu mô tả loạt trường hợp (TH), các TH được can thiệp PT cắt thận-niệu quản tận gốc điều trị UTUC tại BV Chợ Rẫy từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2023. **Kết quả:** 148 TH được PT cắt thận-niệu quản tận gốc điều trị UTUC tại bệnh viện Chợ Rẫy. Nam giới chiếm tỉ lệ 62,8%; tuổi trung bình $63,7 \pm 10,2$ (33-85). Phương pháp PT bao gồm: PT mở 67 TH và phẫu thuật nội soi (PTNS) 81 TH, trong đó có 8 TH (9,9%) PTNS thất bại chuyển PT mở. Thời gian PT: PT mở $243,2 \pm 63,79$ phút và PTNS: $261,7 \pm 60,05$ phút ($p=0,06$). Tỉ lệ nạo hạch: PT mở 68,7% và PTNS 44,1% ($p=0,003$). Lượng máu mất: PT mở $332,1 \pm 276,87$ mL và PTNS: $238,3 \pm 227,25$ mL ($p=0,029$). Thời gian nằm viện: PT mở $7,7 \pm 1,9$ ngày và PTNS: $7,1 \pm 1,7$ ngày ($p<0,039$). Tỉ lệ biến chứng trong PT là 7,5%, trong đó tổn thương màng phổi 3,4%, tổn thương mạch máu 3,4% và tổn thương tạng ổ bụng 0,7%. Tỉ lệ biến chứng sau PT là 20,9%, trong đó biến chứng nhẹ theo phân độ Clavien-Dindo I-II là 17,6%, biến chứng nặng III-V là 3,3% và tỉ lệ tử vong chu phẫu 1,3%. **Kết luận:** PT cắt thận-niệu quản tận gốc là tiêu chuẩn vàng trong điều trị UTUC. PTNS có tỉ lệ mất máu thấp hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn và tỉ lệ nạo hạch thấp hơn so với PT mở. Tỉ lệ biến chứng sau PT cắt thận-niệu quản tận gốc là 20,9%. **Từ khóa:** ung thư niệu mạc đường tiết niệu trên, PT cắt thận-niệu quản tận gốc.

SUMMARY

EVALUATING THE RESULT OF RADICAL NEPHROURETERECTOMY IN PATIENTS WITH UPPER TRACT UROTHELIAL CARCINOMA AT CHO RAY HOSPITAL

Objectives: evaluation of surgical outcomes of radical nephroureterectomy (RNU) in patients with upper tract urothelial carcinoma (UTUC). **Materials and Methods:** Retrospective descriptive case series study. Data from patients with upper tract urothelial carcinoma undergoing radical nephroureterectomy (RNU) at Cho Ray Hospital, from January 2017 to December 2023. **Results:** a total of 148 cases of upper tract urothelial carcinoma (UTUC) were diagnosed and treated with radical

nephroureterectomy at Chợ Rẫy Hospital. The male proportion was 62.8%, with a mean age of $63,7 \pm 10,2$ years (range: 33-85). Surgical approaches included 67 open surgeries and 81 laparoscopic surgeries, with 8 cases (9.9%) requiring conversion from laparoscopy to open surgery. Operative time: Open surgery: $243,2 \pm 63.79$ minutes, Laparoscopic surgery: $261,7 \pm 60.05$ minutes ($p=0.06$). Lymph node dissection rate: Open surgery: 68.7%, Laparoscopic surgery: 44.1% ($p=0.003$). Estimated blood loss: Open surgery: 332.1 ± 276.87 mL, Laparoscopic surgery: $238,3 \pm 227.25$ mL ($p=0.029$). Hospital stay: Open surgery: 7.7 ± 1.9 days, Laparoscopic surgery: 7.1 ± 1.7 days ($p=0.039$). The intraoperative complication rate is 7.5%, including pleural injury (3.4%), vascular injury (3.4%), and intra-abdominal organ injury (0.7%). The postoperative complication rate is 20.9%, with minor complications (Clavien-Dindo grade I-II) accounting for 17.6%, major complications (grade III-V) for 3.3%, and a perioperative mortality rate of 1.3%. **Conclusion:** Radical nephroureterectomy is the gold standard in the treatment of upper tract urothelial carcinoma. Laparoscopic surgery has lower blood loss, shorter hospital stays, and lower lymph node dissection rates than open surgery. The postoperative complication rate is 20.9%. **Keywords:** upper tract urothelial carcinoma, radical nephroureterectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô đường tiết niệu là loại bệnh lý ung thư thường gặp thứ 6 ở các nước phát triển. [1] Bướu có thể hiện diện ở đường tiết niệu dưới (bàng quang, niệu đạo) và/hoặc đường tiết niệu trên (niệu quản, bể thận), trong đó UTUC chiếm tỉ lệ 5%-10% ung thư niệu mạc. [1-3] UTUC xuất hiện nhiều nhất từ 70 – 90 tuổi và gặp ở nam giới gấp đôi nữ giới. [1, 4] Tuy nhiên, gần đây tỉ lệ này tăng lên nhờ sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán và tuổi thọ trung bình của dân số được nâng cao. [1, 3]

PT cắt thận-niệu quản tận gốc là tiêu chuẩn vàng trong điều trị UTUC giai đoạn chưa di căn. [2, 4, 5] Các phương pháp PT bao gồm: PT mở, PTNS và PTNS có hỗ trợ Robot. [2, 5, 6] Tỉ lệ biến chứng của PT cắt thận-niệu quản tận gốc không có sự khác biệt giữa các phương pháp. [7, 8]. Tỉ lệ biến chứng của này là 24,5% - 39,1%. Tỉ lệ này khá cao, do BN mắc UTUC thường lớn tuổi và có nhiều bệnh nội khoa kèm theo. [1] So sánh giữa PTNS và PT mở, không có sự khác biệt về tỉ lệ biến chứng trong và sau PT. PTNS có lượng máu mất ít hơn, tỉ lệ truyền máu thấp hơn

¹Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Thái Kinh Luân

Email: thaikinhluan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 15.9.2025

và thời gian nằm viện ngắn hơn[8].

Tại Việt Nam, dữ liệu về UTUC nói chung và kết quả phẫu thuật cắt thận-niệu quản tận gốc nói riêng còn hạn chế. Bệnh viện Chợ Rẫy là một tuyến cuối, điều trị nhiều bệnh nhân UTUC. Xuất phát từ thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm:

1. Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt thận-niệu quản tận gốc điều trị ung thư niệu mạc đường tiết niệu trên.

2. Xác định tỉ lệ biến chứng trong và sau phẫu thuật cắt thận-niệu quản tận gốc điều trị ung thư niệu mạc đường tiết niệu trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: hồi cứu mô tả hàng loạt trường hợp

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân UTUC được can thiệp PT cắt thận-niệu quản tận gốc tại bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2023

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân được chẩn đoán UTUC dựa trên hình ảnh học: CT scans, MRI và hoặc nội soi niệu quản chẩn đoán.

Bệnh nhân được can thiệp PT cắt thận-niệu quản tận gốc.

Tiêu chuẩn loại trừ: Kết quả giải phẫu bệnh không phù hợp với UTUC

Thu thập và xử lý số liệu Sử dụng phần mềm thống kê Excel, SPSS phiên bản 20.

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức của Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh trong nghiên cứu y sinh học theo Quyết định số 1218/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 11/12/2023

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2017 – 12/2023 tại khoa Ngoại Tiết Niệu, bệnh viện Chợ Rẫy, có 148 TH UTUC được PT cắt thận-niệu quản tận gốc thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, trong đó 67 TH được PT mở và 81 TH PTNS, với các đặc điểm (bảng 1).

Trong 81 TH PTNS có 8 TH (9,9%) PTNS thất bại phải chuyển PT mở, với các nguyên nhân (bảng 2). So sánh giữa PT mở và PTNS, PTNS có lượng máu mất, thời gian hậu phẫu và tỉ lệ nạo hạch thấp hơn PT mở, tỉ lệ biến chứng trong và sau PT không có sự khác biệt giữa 2 nhóm (Bảng 3).

Bảng 1: Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Đặc điểm		PT Mở (n,%)	PTNS (n,%)	Giá trị p
		67 (45,3)	81 (54,7)	
Tuổi		65,4 ± 10,4	62,2 ± 9,9	0,07***
Giới	Nữ	30 (44,8)	25 (30,9)	0,08*

	Nam	37 (55,2)	56 (69,1)	
BMI		21,9 ± 2,7	22,2 ± 2,8	0,415***
ASA	1-2	35 (52,2)	52 (64,2)	0,2*
	≥ 3	32 (47,8)	29 (35,2)	
Bệnh lý kèm theo				
Tăng huyết áp		39 (58,2)	36 (44,4)	0,09*
Đái tháo đường		7 (10,4)	10 (12,3)	0,71*
Bệnh phổi		5 (7,4)	6 (7,4)	0,99*
Bệnh tim mạch		16 (23,9)	14 (17,3)	0,49*
Bệnh thận mạn		31 (46,2)	36 (44,4)	0,82*
Giai đoạn bướu				
pT	1-2	31 (46,3)	49 (60,5)	0,088*
	3	27 (40,3)	28 (34,6)	
	4	9 (13,4)	4 (4,9)	
pN	(-)	48 (71,6)	76 (93,8)	<0,001*
	(+)	19 (28,4)	5 (6,2)	

Ghi chú: (*) Chi-square test, (**) Fisher exact test, (***) phép kiểm T

Bảng 2: Nguyên nhân PTNS chuyển PT mở

	Nguyên nhân	Xử trí
TH 1	Tổn thương TM chủ dưới	Khâu TM chủ
TH 2	Tổn thương nhánh ĐM thận cực dưới, chảy máu nhiều	Kiểm soát rốn thận
TH 3,4	Bướu T4, tổn thương màng phổi	Khâu màng phổi
TH 5,6,7	Hạch rốn thận nhiều, dương tính, không bóc tách rốn thận được	Nạo hạch
TH 8	Bướu T3, sau NS niệu quản làm tắc niệu đạo gây viêm dính, không bóc tách được	Gỡ dính

Bảng 3: So sánh kết quả PT giữa PTNS và PT mở

	Chung	PT mở	PTNS	Giá trị p
Số TH (n)	148	67	81	
Thời gian mổ (phút)	253,4	243,2	261,7	0,06*
Lượng máu mất (ml)	280,7	332,1	238,3	0,029***
Tỉ lệ nạo hạch (n,%)	82 (55,4)	46 (68,7)	36 (44,1)	0,003**
Tỉ lệ truyền máu (n,%)	41 (27,7)	23 (34,3)	18 (22,2)	0,101**
Biến chứng trong PT (n,%)	11 (7,5)	5 (7,5)	6 (7,4)	0,99**
Biến chứng sau PT (n,%)	31 (20,9)	11 (16,4)	20 (24,7)	0,417**
Thời gian hậu phẫu (ngày)	7,4	7,7	7,1	0,039*

Ghi chú: (*) phép kiểm T, (**) phép kiểm Chi-square, (***) phép kiểm Mann-Whitney U

Nghiên cứu có 11 TH (7,5%) biến chứng xảy ra trong PT và được xử trí trong lúc PT bằng các phương pháp (bảng 4).

Bảng 4: Biến chứng trong PT cắt thận-niệu quản tận gốc

Biến chứng (N=148)		TH (n)	Tỉ lệ (%)	Xử trí
Thủng màng phổi		5	3,4	Khâu màng phổi
Mạch máu	TM chủ dưới	3	2,0	Khâu TM chủ dưới
	Nhánh ĐM thân	1	0,7	Kiểm soát rốn thân
	ĐM chậu ngoài	1	0,7	Khâu nối ĐM tân-tân
Rách thành mạc đại tràng		1	0,7	Khâu thành mạc đại tràng
Tổng		11	7,5	

Biến chứng sau PT xảy ra ở 31 TH, chiếm tỉ lệ 20,9% (Bảng 5). Phân độ biến chứng theo Clavien Dindo với tỉ lệ: độ I-II là 26 TH (17,6%), độ II-IV 3 TH (2,0%) và độ V 2 TH (1,3%).

Trong số 31 trường hợp biến chứng sau phẫu thuật, các biện pháp xử trí bao gồm:

Điều trị nội khoa: Rò nước tiểu (1 TH) được đặt thông niệu đạo bàng quang.

Liệt ruột (3 TH) được điều trị nội khoa và dinh dưỡng tĩnh mạch.

Các trường hợp còn lại (viêm phổi, sốt sau mổ, tụ dịch/máu, nhiễm khuẩn vết mổ) được theo dõi, sử dụng kháng sinh và chăm sóc vết thương.

Can thiệp phẫu thuật: Tổn thương miệng niệu quản (1 TH) do nơ chỉ khâu được can thiệp phẫu thuật mở cắt nơ chỉ và đặt thông JJ.

Tắc ruột do dính (1 TH) được phẫu thuật gỡ dính. Áp xe tồn lưu (1 TH) được phẫu thuật dẫn lưu áp xe.

Biến chứng nghiêm trọng dẫn đến tử vong: Tổn thương đại tràng Sigma (1 TH) gây viêm phúc mạc và choáng nhiễm khuẩn, được phẫu thuật cắt đoạn đại tràng mở hậu môn nhân tạo, nhưng diễn tiến nặng và tử vong.

Tổn thương ruột non (1 TH) gây viêm phúc mạc và choáng nhiễm khuẩn, được phẫu thuật cắt đoạn ruột non đưa hai đầu ra da, nhưng cũng diễn tiến nặng và tử vong.

Bảng 5: Biến chứng sau PT cắt thận-niệu quản tận gốc

Biến chứng (N=148)	Số TH (n)	Tỉ lệ (%)
Rò nước tiểu	1	0,7
Tổn thương miệng niệu quản đối bên	1	0,7
Viêm phổi	7	4,7
Đường tiêu hóa	6	4,0
Sốt sau mổ	7	4,7
Nhiễm khuẩn vết mổ	1	0,7
Tụ dịch, máu	8	5,4
Tổng	31	20,9

Các TH bước ở giai đoạn pT3,4 có lượng máu mất trong PT cao hơn nhóm pT1,2 (319 ml và 248 ml, $p=0,003$). Nhóm di căn hạch có

lượng máu mất (477 ml và 242 ml, $p=0,001$) và tỉ lệ truyền máu (50% và 23,4, $p=0,008$) cao hơn nhóm không di căn hạch.

IV. BÀN LUẬN

UTUC là bệnh lý ít gặp, nam giới chiếm tỉ lệ cao hơn, thường gặp ở nhóm BN lớn tuổi, 60-70 tuổi. PT cắt thận-niệu quản tận gốc là tiêu chuẩn vàng trong điều trị UTUC giai đoạn chưa di căn.

Trong nghiên cứu có 8 TH (9,9%) PTNS phải chuyển PT mở, có 6 TH bước ở giai đoạn T3-4 và hoặc di căn hạch, viêm dính không thể bóc tách, tiếp cận rốn thận được. Theo các báo cáo, tỉ lệ PTNS chuyển PT mở 4-10%, với nguyên nhân chủ yếu là do chảy máu viêm dính, bước giai đoạn xâm lấn, NS niệu quản chặn đoán làm tẩm nhuận dịch sau phúc mạc. Theo một số tác giả, khuyến cáo đối với các TH bước giai đoạn pT3,4 và hoặc di căn hạch, PT mở có kết quả tốt hơn. [5, 7]

Theo các báo cáo, thời gian PT ở nhóm PT mở (164-245 phút) ngắn hơn PTNS (240-278 phút) ($p<0,01$). [7] Nghiên cứu chúng tôi thì PT mở ngắn hơn ($p=0,06$), do giai đoạn bước giữa 02 nhóm có sự khác biệt, làm ảnh hưởng đến thời gian PT. Lượng máu mất của PTNS (108-300 ml) ít hơn so với PT mở (250-542 ml) ($p<0,05$). [7]. Tỉ lệ truyền máu trong PT cắt thận-niệu quản tận gốc của tác giả Hanna N [8] là 15,4%, tác giả Sugihara T 12,9 - 20,6% và tác giả Connolly SS 5,8-24,3%. Tỉ lệ nạo hạch trong PT mở cao hơn so với PTNS ($p<0,01$). [5, 7]

Tỉ lệ biến chứng trong PT của nghiên cứu chúng tôi là 11 TH chiếm tỉ lệ 7,5%. Tổn thương màng phổi 5 TH hầu hết là ở giai đoạn bước xâm lấn, trong đó 2 TH bước pT4 và 2 TH bước pT3. 2 TH tổn thương màng phổi là PTNS phải chuyển PT mở. Chúng tôi tiến hành đờn khí, khâu lại màng phổi.

Tổn thương mạch máu được ghi nhận ở 5 trường hợp. Trong đó, 3 trường hợp tổn thương tĩnh mạch chủ (2 PT mở, 1 PTNS chuyển mổ), 1 trường hợp tổn thương động mạch chậu ngoài phải được khâu nối tận-tận, và 1 trường hợp tổn thương nhánh động mạch thận cực dưới trong PTNS đòi hỏi chuyển mổ do viêm dính và mất máu nhiều (1400ml). Các tổn thương này thường liên quan đến giai đoạn bước tiến triển (pT3N2) hoặc tình trạng viêm dính phức tạp, cho thấy mức độ khó khăn của phẫu thuật trong những trường hợp này.

Chúng tôi ghi nhận 1 TH rách thành mạc đại tràng, đây là TH bước tại niệu quản phải đoạn chậu pT4N2, di căn hạch, dính chặt vào phúc mạc và đại tràng phải, trong quá trình PT mở

bóc tách niệu quản ghi nhận rách thanh mạc đại tràng, khâu lại thanh mạc đại tràng.

Theo các tác giả Connolly S.S tỉ lệ biến chứng trong PT là 4,5%, trong đó tổn thương mạch máu, tổn thương tạng và màng phổi lần lượt là 2%, 1% và 0,3%. Theo tác giả Ariane M.M tỉ lệ

biến chứng trong PT là 5,7% và tác giả Hanna N [8] tỉ lệ biến chứng trong PT là 4,7%.

Thời gian hậu phẫu ở nhóm PTNS (5-11 ngày) ngắn hơn PT mở (8-12 ngày) ($p < 0,05$). [7] Kết quả của chúng tôi là 7,1 ngày so với 7,7 ngày ($p = 0,039$).

Bảng 6: So sánh tỉ lệ biến chứng sau PT với các nghiên cứu

Tác giả (năm)	TH (n)	Tỉ lệ biến chứng (%)					Chung
		Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV	Độ V	
Ariane M.M [17] (2012)	609	8,8		4,2			13
Connolly S.S [15] (2015)	850	4,6	6,5	2,5	0,7	1,1	15,4
Raman J.D [13] (2017)	731	29,8		7,4			38,2
Kocher N.J [12] (2020)	1266	24,5		3,9	3,5	0,7	32,6
Grossmann [7] (2023)	2434	6,1	13	4,1	2,2	0,9	26,3
Chúng tôi (2024)	148	0,7	16,9	1,3	0,7	1,3	20,9

Tỉ lệ biến chứng sau PT cắt thận-niệu quản tận gốc từ 15,4% - 38,2%, kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi là 20,9%, cũng tương đồng với các báo cáo trên thế giới. Trong đó tỉ lệ biến chứng nhẹ (độ I-II) chiếm chủ yếu. Biến chứng nặng độ III-V từ 4,2% - 8,1%. Tỉ lệ tử vong chu phẫu là 0,7% - 1,1%. Trong nghiên cứu chúng tôi có 02 TH (1,3%) tử vong chu phẫu. Tỉ lệ biến chứng sau PT ở nhóm PTNS (9,4-28%) và PT mở (10,3-28%) ($p > 0,05$). [7, 8]. Hai trường hợp tử vong trong nghiên cứu đều liên quan đến biến chứng tổn thương đường tiêu hóa gây viêm phúc mạc ở bệnh nhân có bướu giai đoạn tiến xa (T4N2M0), mặc dù đã được can thiệp nhưng diễn tiến nặng. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc nhận diện và quản lý sớm các biến chứng đường tiêu hóa.

Hạn chế của nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi, mặc dù cung cấp những dữ liệu thực tế quan trọng về kết quả phẫu thuật cắt thận-niệu quản tận gốc điều trị ung thư niệu mạc đường tiết niệu trên tại Bệnh viện Chợ Rẫy, nhưng vẫn còn một số hạn chế nhất định cần được ghi nhận.

Đây là một nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt trường hợp, việc thu thập dữ liệu có thể gặp khó khăn trong việc đảm bảo đầy đủ và đồng nhất các thông tin chi tiết trên hồ sơ bệnh án, đặc biệt là các biến số không được ghi nhận thường quy. Điều này có thể ảnh hưởng đến khả năng phân tích sâu hơn một số yếu tố hoặc gây sai lệch nhỏ trong một vài dữ liệu.

Nghiên cứu này chưa thể đánh giá các kết cục ung thư học dài hạn như tỉ lệ tái phát tại chỗ, tái phát di căn xa, hoặc tỉ lệ sống còn đặc hiệu bệnh và sống còn toàn bộ.

Hướng phát triển tiếp theo. Từ những kết quả và hạn chế của nghiên cứu này, chúng tôi đề xuất một số hướng phát triển tiếp theo

cho các nghiên cứu trong tương lai:

Thực hiện các nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu với thời gian theo dõi đủ dài để đánh giá kết quả ung thư học dài hạn của phẫu thuật cắt thận-niệu quản tận gốc, bao gồm tỉ lệ tái phát và tỉ lệ sống còn.

So sánh một cách chặt chẽ hơn giữa các phương pháp phẫu thuật (mở, nội soi, và robot) không chỉ về kết quả phẫu thuật mà còn về các kết quả ung thư học.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ biến chứng trong PT cắt thận-niệu quản tận gốc là 7,4% và biến chứng sau PT cắt thận-niệu quản tận gốc là 20,9%. PTNS giúp giảm lượng máu mất và thời gian nằm viện, tuy nhiên có tỉ lệ nạo hạch thấp hơn so với PT mở. Về biến chứng, PTNS và PT mở không có sự khác biệt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Siegel, R.L., et al., Cancer Statistics, 2021. CA Cancer J Clin, 2021. 71(1): p. 7-33.
2. Coleman, J.A., et al., Diagnosis and Management of Non-Metastatic Upper Tract Urothelial Carcinoma: AUA/SUO Guideline. J Urol, 2023. 209(6): p. 1071-1081.
3. Rouprêt, M., et al., European Association of Urology Guidelines on Upper Urinary Tract Urothelial Carcinoma: 2023 Update. Eur Urol, 2023.
4. Thomas W. Jarret, M., Surena F. Matin, MD, and Armine K. Smith, MD, Surgical Management of Upper Urinary Tract Urothelial Tumors. Campbell Wash Wein Urology, 2020: p. 1199.
5. Margulis, V., et al., Outcomes of radical nephroureterectomy: a series from the Upper Tract Urothelial Carcinoma Collaboration. Cancer, 2009. 115(6): p. 1224-33.
6. Peyronnet, B., et al., Oncological Outcomes of Laparoscopic Nephroureterectomy Versus Open Radical Nephroureterectomy for Upper Tract Urothelial Carcinoma: An European Association of Urology Guidelines Systematic Review. Eur Urol Focus, 2019. 5(2): p. 205-223.
7. Grossmann, N.C., et al., Comparing Oncological and Perioperative Outcomes of Open versus

- Laparoscopic versus Robotic Radical Nephroureterectomy for the Treatment of Upper Tract Urothelial Carcinoma: A Multicenter, Multinational, Propensity Score-Matched Analysis. *Cancers (Basel)*, 2023. 15(5).
8. **Hanna, N., et al.**, Propensity-score-matched comparison of perioperative outcomes between open and laparoscopic nephroureterectomy: a national series. *Eur Urol*, 2012. 61(4): p. 715-21.
9. **Margulis, V., R. Hutchinson, and L.M. Krabbe**, Urothelial carcinoma of the upper urinary tracts: current knowledge and future perspectives. *Minerva Urol Nefrol*, 2016. 68(4): p. 348-9.
10. **Kawada, T., et al.**, Oncologic and Safety Outcomes for Endoscopic Surgery Versus Radical Nephroureterectomy for Upper Tract Urothelial Carcinoma: An Updated Systematic Review and Meta-analysis. *Eur Urol Focus*, 2023. 9(2): p. 236-240.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ AFATINIB UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN IIIB-IV CÓ ĐỘT BIẾN EGFR TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Công Minh^{1,2}, Trịnh Lê Huy²

TÓM TẮT

Đánh giá kết quả điều trị Afatinib ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB-IV có đột biến gen EGFR tại bệnh viện Phổi Trung Ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 45 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ có đột biến EGFR giai đoạn tiến xa và di căn được điều trị bằng thuốc Afatinib tại bệnh viện Phổi Trung Ương từ tháng 09/2020 đến tháng 09/2023. **Kết quả nghiên cứu:** 68,9% bệnh nhân đạt đáp ứng toàn bộ; 24,4% bệnh nhân bệnh giữ nguyên; tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 93,3%. Tỷ lệ đáp ứng theo vị trí di căn như sau: di căn phổi đối bên (65%); di căn thần kinh trung ương (77,8%); di căn thượng thận (66,7%). Tỷ lệ đáp ứng ở nhóm bệnh nhân có đột biến gen EGFR thường gặp đạt 64,7% và ở nhóm hiếm gặp đạt 81,8%. Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển đạt 13,5 tháng và không có sự khác biệt giữa đột biến gen EGFR thường gặp (13,6 tháng) và đột biến gen EGFR hiếm gặp (13,4 tháng). Tác dụng không mong muốn thường gặp nhất là tiêu chảy (82,2%) và viêm da, nhiệt miệng (46,7%) chủ yếu ở độ 1 và độ 2. Không có bệnh nhân nào tử vong do tác dụng phụ không mong muốn. **Kết luận:** Bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB-IV có đột biến gen EGFR điều trị bằng Afatinib cho tỷ lệ đáp ứng cao, dung nạp tốt kể cả ở nhóm đột biến gen EGFR thường gặp và hiếm gặp. **Từ khóa:** Ung thư phổi không tế bào nhỏ, EGFR, Afatinib.

SUMMARY

EVALUATION OF RESULTS OF AFATINIB TREATMENT OF STAGE IIIB-IV NON-SMALL CELL LUNG CANCER WITH EGFR MUTATION

Objective: To evaluate the results Afatinib treatment in the stage IIIB-IV non-small cell lung cancer with Afatinib at National Lung Hospital. **Patients and methods:** 45 advanced and metastatic

non-small cell lung cancer patients with EGFR mutations were treated with afatinib at National Lung Hospital from September 2020 to September 2023. **Results:** 68.9% of patients achieved a complete response, 24.4% of patients stabilized; disease control rate reached 93.3%. The response rate for each type of lesion was as follows: contralateral lung metastases (65%); central nervous system metastasis (77.8%); adrenal metastases (66.7%). The response rate in the group of patients with common EGFR mutations was 64.7% and in the rare group was 81.8%. The progression-free survival (PFS) was 13.5 months, with no significant difference between patients with common EGFR mutations (13.6 months) and those with uncommon EGFR mutations (13.4 months). The most common adverse effects were diarrhea (82.2%) and skin rash (46.7%) mainly in grade 1 and grade 2. No patient died from unwanted side effects. **Conclusions:** Patients with stage IIIB-IV non-small cell lung cancer with EGFR gene mutations treated with Afatinib have a high response rate and good tolerability, including those with both common and uncommon EGFR mutations. **Keywords:** Non-Small Cell Lung Cancer, EGFR, Afatinib

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là một trong những loại ung thư có tỷ lệ mắc mới và tỷ lệ tử vong cao nhất trên thế giới. Theo GLOBOCAN 2022¹, ước tính có khoảng 2,5 triệu trường hợp mắc mới ung thư phổi, chiếm 12,4% tổng số các trường hợp mắc ung thư mới. Mặc dù các phương pháp điều trị ngày càng phát triển nhưng tỷ lệ tử vong do ung thư vẫn rất cao, ngay cả ở những nước phát triển. Ước tính năm 2022, có khoảng 1,8 triệu trường hợp tử vong do ung thư phổi, chiếm tới 18,7% các trường hợp tử vong do ung thư nói chung. Việt Nam là một trong các nước có gánh nặng UTP cao chỉ đứng sau ung thư vú và ung thư gan, với với số ca mắc mới là 24,426 ca và 22,597 ca tử vong trong năm 2022, tăng khoảng ba nghìn ca so với 10 năm trước. Những năm gần đây, với những tiến bộ mới trong nghiên cứu con đường dẫn truyền tín hiệu tế bào

¹Bệnh viện Phổi Trung Ương

²Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Lê Huy

Email: trinhlehuy@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.8.2025

Ngày duyệt bài: 16.9.2025