

HÓA TRỊ BỔ TRỢ TRƯỚC TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN III KHÔNG MỔ ĐƯỢC TẠI TRUNG TÂM UNG BƯỚU-BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Trần Thị Kim Phượng*, Lê Phong Thu*, Nguyễn Hồng Trường*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả hóa trị bổ trợ trước (HTBTT) trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn III không mổ được. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu trên 34 bệnh nhân ung thư vú giai đoạn III không mổ được điều trị bằng HTBTT tại Trung tâm Ung bướu Bệnh viện TW Thái Nguyên từ 01/01/2017 đến 31/12/2020. Ghi nhận các thông tin về một số đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học, tỷ lệ đáp ứng, tỷ lệ chuyển thành mổ được; tỷ lệ độc tính của hóa trị. **Kết quả:** 67,7% bệnh nhân có đáp ứng toàn bộ trên lâm sàng, trong đó 11,8% bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn (ĐUHT); 55,9% đáp ứng một phần (ĐUMP); về mô bệnh học (MBH), đáp ứng hoàn toàn gặp là 16,6%; 79,2% bệnh nhân đạt ĐUMP trên mô bệnh học; tỷ lệ chuyển thành mổ được là 70,6%, trong đó 95,8% bệnh nhân đáp ứng yêu cầu mổ triệt căn; độc tính của hóa trị gặp phần lớn là độ 1,2. **Kết luận:** Hóa trị bổ trợ trước trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn III không mổ được có hiệu quả giảm giai đoạn u và hạch, giúp chuyển từ giai không mổ được sang mổ được, góp phần điều trị triệt căn cho bệnh nhân. Các phác đồ hóa chất có độc tính mức độ thấp, phù hợp với mức độ dung nạp của phần lớn bệnh nhân.

Từ khóa: ung thư vú giai đoạn III không mổ được, ung thư vú tiến triển tại chỗ tại vùng, hóa trị bổ trợ trước, tỷ lệ đáp ứng.

SUMMARY

NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY FOR INOPERABLE STAGE III BREAST CANCER PATIENTS TREATED AT ONCOLOGY CENTER OF THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Purpose: To assess the outcome of neoadjuvant chemotherapy on inoperable stage III breast cancer patients. **Study method:** cross-sectional study design was conducted on 34 inoperable stage III breast cancer patients treated with neoadjuvant chemotherapy at Oncology Center of Thai Nguyen National Hospital from 01/01/2017 to 31/12/2020. Retrospective study was carried out to access the clinical and pathological characteristics of patients as well as the treatment response rate, the rate of changing into operable disease and toxicities. **Results:** the overall clinical response rate was 67,7%, complete response rate: 11,8%; partial response rate: 55,9%; overall pathological response rate: 16,6%;

*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên.

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Kim Phượng

Email: tranthikimphuong@tnmc.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 2.3.2022

Ngày duyệt bài: 9.3.2022

partial pathological response rate: 79,2%; rate of changing into operable disease was 70,6%, of which 95,8% patients received radical surgery. The toxicities were almost at low grades (1,2). **Conclusion:** neoadjuvant chemotherapy has the effect on downstaging and changing into inoperable stage on inoperable stage III breast cancer patients. The chemotherapy regimens were tolerable with the low grade of toxicities.

Keywords: inoperable stage III breast cancer, locally advanced breast cancer, neoadjuvant chemotherapy, response rate.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là loại ung thư thường gặp ở phụ nữ trên thế giới cũng như Việt Nam. Theo Globocan 2020, tại Việt Nam, ung thư vú đứng hàng thứ nhất trong tổng số các ung thư thường gặp ở nữ giới, với tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi là 34,2/100.000 phụ nữ. Kết hợp đa mô thức là nguyên tắc điều trị cơ bản cho ung thư vú, trong đó phẫu thuật là phương pháp có vai trò lớn nhất, quyết định thành công cho mục đích triệt căn. Tuy nhiên, trên thực tế vẫn còn một số bệnh nhân đến viện ở giai đoạn tiến triển tại chỗ, tại vùng, khi mà phẫu thuật khó có thể thực hiện được. Đối với bệnh nhân giai đoạn này, hóa trị sẽ là phương pháp được lựa chọn đầu tiên, giúp hạ thấp giai đoạn, chuyển ung thư vú từ không mổ được thành mổ được, góp phần đạt mục đích điều trị triệt căn, kéo dài thời gian sống cho bệnh nhân. Đã có nhiều nghiên cứu khẳng định vai trò của HTBTT trong ung thư vú giai đoạn tiến triển tại chỗ, tại vùng. Hóa trị bổ trợ trước đã giúp giảm tỷ lệ tái phát, tăng tỷ lệ sống thêm 5 năm đạt trên 40% -75% theo các phác đồ khác nhau [1],[3],[6],[7]. Tại Trung tâm Ung bướu bệnh viện Trung ương Thái Nguyên vẫn có nhiều bệnh nhân ung thư vú đến viện ở giai đoạn không mổ được, tuy nhiên cho đến hiện tại chưa có nghiên cứu đánh giá đầy đủ về kết quả của HTBTT cho bệnh nhân giai đoạn này. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: Đánh giá kết quả hóa trị bổ trợ trước trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn III không mổ được.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

34 bệnh nhân ung thư vú giai đoạn III không mổ được điều trị bằng HTBTT tại Trung tâm Ung bướu Bệnh viện TW Thái Nguyên từ 01/01/2017

đến 31/12/2020.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Tuổi ≥ 18 , chỉ số toàn trạng PS ≤ 2 ; được chẩn đoán xác định bằng MBH; chẩn đoán ung thư vú giai đoạn III theo phân loại của UICC/AJCC 2010; có một trong các đặc điểm sau: khối u $> 5\text{cm}$, không mổ được ngay do không đảm bảo diện cắt âm tính sau phẫu thuật, T4, N2, N3; bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị lần đầu; có hồ sơ lưu trữ đầy đủ. Loại trừ các bệnh nhân giai đoạn III mổ được; ung thư vú hai bên; bệnh nhân bỏ dở điều trị; bệnh nhân được điều trị ban đầu tại cơ sở khác.

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang. Thời gian nghiên cứu: 01/01/2021-31/12/2021. Địa điểm: Trung tâm Ung bướu Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên.

Hồi cứu hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân điều trị tại Trung tâm Ung bướu từ 1/01/2018 đến 31/12/2020. Ghi nhận các thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Chỉ tiêu nghiên cứu chính bao gồm mức độ đáp ứng điều trị trên lâm sàng (đánh giá theo tiêu chuẩn của RECIST); phân loại mức độ đáp ứng trên MBH theo Chevallier; các yếu tố liên quan đến mức độ đáp ứng; tỷ lệ chuyển thành giai đoạn mổ được; tỷ lệ và mức độ độc tính của hóa trị.

Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

Xử lý số liệu bằng phần mềm tin học SPSS 21.0. So sánh kết quả của các biến định tính bằng thuật toán kiểm định χ^2 , các trường hợp giá trị tuyệt đối nhỏ dùng Fisher's exact test. Lựa chọn mức ý nghĩa thống kê 95% ($p < 0,05$).

Bài báo là một phần của đề tài nghiên cứu khoa học, tuân thủ yêu cầu về đạo đức trong nghiên cứu, đã được Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học

Bảng 3.1. Một số đặc điểm lâm sàng

Các đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tuổi	Trung bình	54,59 \pm 11,7	
	Trung vị	56,5	
Thời gian từ khi phát hiện bệnh đến khi đến viện	Trung bình	10,8 \pm 11,5 tháng	
	Nhỏ nhất	2 tháng	
	Lớn nhất	48 tháng	
Dùng thuốc nam	Có	12	35,3
	Không	22	64,7
Giai đoạn T	T1	0	0
	T2	0	0

	T3	4	11,8
	T4a	5	14,7
	T4b	11	32,4
	T4c	13	38,2
	T4d	1	2,9
Giai đoạn N	N0	1	2,9
	N1	6	17,6
	N2	20	58,8
	N3	7	20,6
Giai đoạn	IIIA	4	11,8
	IIIB	23	67,6
	IIIC	7	20,6
Phác đồ điều trị	AC (Doxorubicin/Cyclophosphamide)	9	26,5
	TA (Paclitaxel/Doxorubicin)	23	67,6
	DA (Docetaxel/Doxorubicin)	1	2,9
	TAC(Docetaxel/Doxorubicin/Cyclophosphamide)	1	2,9

- Gặp nhiều nhất bệnh nhân ở độ tuổi 50-59 (41,2%); trung bình: 54,59 \pm 11,7; trung vị: 56,5.

- Thời gian từ khi phát hiện đến khi nhập viện trung bình là 10,8 \pm 11,5 tháng, sớm nhất là 2 tháng, muộn nhất là 48 tháng; nhiều nhất từ 3-6 tháng (35,3%).

- 64,7% bệnh nhân sử dụng thuốc nam trước khi nhập viện.

- 13 bệnh nhân (38,2%) ở giai đoạn T4c; 20 (58,8%) bệnh nhân có hạch N2; 23 (67,6%) bệnh nhân được xếp giai đoạn IIIB.

- Có 4 loại phác đồ được sử dụng trong nghiên cứu, phác đồ TA được sử dụng nhiều nhất, chiếm tỷ lệ 67,6%.

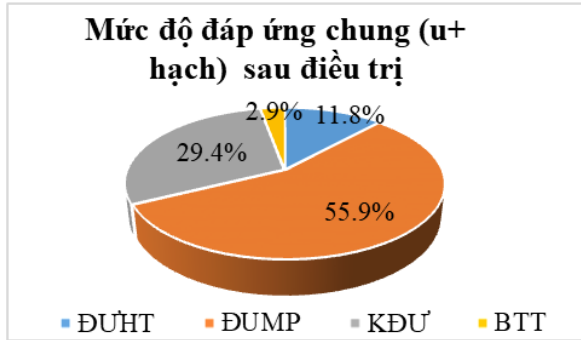
Bảng 3.2. Đặc điểm mô bệnh học

Thể mô bệnh học	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Ung thư biểu mô thể ống xâm nhập	32	94,2
Ung thư biểu mô thể tiểu thùy xâm nhập	1	2,9
Ung thư biểu mô thể nhầy	1	2,9
Tổng	34	100%

Hầu hết bệnh nhân có thể MBH là loại ung thư biểu mô thể ống xâm nhập (94,2%).

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Mức độ đáp ứng điều trị. 23 bệnh nhân có đáp ứng cả u và hạch trên lâm sàng, trong đó có 4 bệnh nhân ĐUHT (11,8%); 19 bệnh nhân (55,9%) ĐUMP; 10 bệnh nhân không có đáp ứng và 01 bệnh nhân tiến triển trong quá trình điều trị.



Biểu đồ 3.1. Kết quả đáp ứng lâm sàng tại u và hạch

Bảng 3.3. Kết quả chuyển thành mô được

Mô được	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Có	24	70,6
Không	10	29,4
Tổng	34	100

Có 24/34 bệnh nhân chuyển thành mô được (70,6%), trong đó có 23 bệnh nhân đáp ứng yêu cầu mô triệt căn, 01 bệnh nhân mổ với mục đích điều trị triệu chứng.

Bảng 3.4. Kết quả đáp ứng mô bệnh học

Đáp ứng theo phân loại Chevallier	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Nhóm 1: Biến mất hoàn toàn tế bào ung thư (đáp ứng hoàn toàn)	4	16,6
Nhóm 2: Biểu hiện của UTBM tại chỗ	0	0
Nhóm 3: Còn UTBM xâm nhập, có biến đổi hoại tử, xơ hóa	19	79,2
Nhóm 4: Có ít thay đổi diện mạo u	1	4,2
Tổng	24	100

Có 4 bệnh nhân đạt ĐUHT trên MBH (16,6%); 19 bệnh nhân đạt ĐUMP (79,2%).

Bảng 3.5. Đáp ứng lâm sàng theo các đặc điểm lâm sàng

Yếu tố	Đáp ứng toàn bộ		Không đáp ứng		p
	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	
Tuổi					
<60	16	69,6	7	30,4	0,73
≥ 60	7	63,6	4	36,4	
Tổng ĐKLN của u					
≤ 5cm	7	63,6	4	36,4	0,73
>5cm	16	69,6	7	30,4	
Tính chất di động u					
Di động	9	81,8	2	18,2	0,22
Cố định	14	60,9	9	39,1	
Giai đoạn bệnh					
IIIA	4	100	0	0,0	0,14
IIIB	16	69,6	7	30,4	
IIIC	3	42,9	4	57,1	
Phác đồ					
TA	15	65,2	8	34,8	0,66
Khác	8	72,7	3	27,3	

Tỷ lệ ĐUHT cao hơn ở nhóm bệnh nhân <60 tuổi, u còn di động, và giai đoạn IIIA, nhưng chưa có ý nghĩa thống kê. Không thấy mối liên quan giữa mức độ đáp ứng với phác đồ điều trị.

Bảng 3.6. Đối chiếu đáp ứng trên mô bệnh học với đáp ứng lâm sàng

Lâm sàng	ĐUHT		ĐUMP		KĐƯ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Biến mất hoàn toàn tế bào ung thư (đáp ứng hoàn toàn)	4	100	0	0,0	0	0,0	4	100,0
Còn UTBM xâm nhập, có biến đổi hoại tử, xơ hóa	2	10,5	16	84,2	1	5,3	19	100,0
Có ít thay đổi diện mạo u	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	100,0
Tổng	4	16,6	19	79,2	1	4,2	24	100,0

p=0,435

Có 4 bệnh nhân ĐUHT trên lâm sàng đạt ĐUHT trên MBH (16,6%). 19 bệnh nhân đạt ĐUMP trên lâm sàng có ĐUMP trên MBH (79,2%), 1 bệnh nhân có ĐUMP trên lâm sàng nhưng trên MBH có ít thay đổi diện mạo u. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

3.2.2. Độ tính của hóa trị**Bảng 3.7. Các độ tính trên huyết học của phác đồ**

Độ tính	ĐỘ 0		ĐỘ 1		ĐỘ 2		ĐỘ 3		ĐỘ 4	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Giảm bạch cầu	17	50	10	29,4	3	8,8	0	0,0	4	11,8
Giảm bạch cầu hạt	22	64,7	5	14,7	3	8,8	0	0,0	4	11,8
Giảm tiểu cầu	33	97,1	1	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Giảm Hemoglobin	20	58,8	9	26,5	5	14,7	0	0,0	0	0,0

50% bệnh nhân có độ tính trên dòng bạch cầu, chủ yếu là độ 1. 35,3% bệnh nhân có hạ bạch cầu hạt, trong đó độ 4 có 4 bệnh nhân hạ bạch cầu hạt độ 4 (11,8%). Có 1 bệnh nhân (2,9%) có hạ tiểu cầu, mức độ nhẹ (độ 1). Giảm hemoglobin chủ yếu gặp độ 1 (26,5%).

Bảng 3.8. Các độ tính ngoài huyết học của phác đồ

Độ tính	ĐỘ 0		ĐỘ 1		ĐỘ 2		ĐỘ 3		ĐỘ 4	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Độ tính trên gan	32	94,1	1	2,9	1	2,9	0	0,0	0	0,0
Độ tính trên thận	34	100	0,0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0	0,0

Độ tính trên gan gặp ở mức thấp, có 2 bệnh nhân gặp độ tính trên gan (5,8%), ở độ 1, 2. Không gặp độ tính trên thận.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học. Trong nghiên cứu, chúng tôi gặp nhiều nhất bệnh nhân ở độ tuổi 50-59 (41,2%); trung bình: $54,59 \pm 11,7$; trung vị: 56,5. Độ tuổi trung bình cao hơn so với một số nghiên cứu khác, như nghiên cứu hóa chất hỗ trợ trước trên bệnh nhân ung thư vú của Nguyễn Thị Thủy (2016): tỷ lệ này là 47,6; Lê Thanh Đức (2014): độ tuổi thường gặp nhất là 46-50, chiếm 20,4%[1],[3]. Điều này có thể liên quan tới việc nhận thức kém về bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi tập trung ở độ tuổi cao hơn.

Thời gian từ khi phát hiện đến khi nhập viện trung bình là $10,8 \pm 11,5$ tháng, sớm nhất là 2 tháng, muộn nhất là 48 tháng; gặp nhiều nhất từ 3-6 tháng (35,3%); 53,0% bệnh nhân đến viện trong khoảng thời gian ≤ 6 tháng. Có tới 23,5% bệnh nhân đến khám bệnh sau khi phát hiện bệnh > 12 tháng. Tỷ lệ này cũng tương đương theo nghiên cứu của Lê Thanh Đức (2014): đa số bệnh nhân đến viện trong vòng 6 tháng (58,4%) và của Nguyễn Thị Thủy (2016): 73% [1],[3].

Tỷ lệ sử dụng thuốc nam trước khi vào viện trong nghiên cứu là khá cao (64,7%). Chính vì lý do này làm cho bệnh nhân đến viện muộn, gây khó khăn cho quá trình điều trị.

Thống kê có 67,6% bệnh nhân ở giai đoạn IIIB; 11,8% giai đoạn IIIA; 20,6% giai đoạn IIIC. Tỷ lệ này gần giống ở nghiên cứu của Lê Thanh Đức: 39,4% giai đoạn IIIA; 45,3% giai đoạn IIIB; 15,3% giai đoạn IIIC. Còn với Nguyễn Thị Thủy (2016), giai đoạn của bệnh nhân có sớm hơn, IIIA: 55,9%; 37,3% giai đoạn IIIB và 6,8% giai đoạn IIIC [1],[3].

Về phân loại MBH, cũng giống như các nghiên cứu khác, hầu hết bệnh nhân có thể MBH là loại ung thư biểu mô thể ống xâm nhập (94,2%). Tỷ lệ này theo Nguyễn Thị Thủy là 93,2%; theo Lê Thanh Đức là 82,5% [1],[3].

Phác đồ TA là phác đồ được sử dụng nhiều nhất, chiếm tỷ lệ 67,6%. Đây là phác đồ đã được nhiều nghiên cứu chứng minh có hiệu quả cao trong điều trị hỗ trợ trước các trường hợp ung thư vú giai đoạn III không mổ được, phù hợp với khả năng dung nạp của phần lớn bệnh nhân.

4.2. Kết quả điều trị hóa trị hỗ trợ trước ung thư vú giai đoạn III không mổ được

4.2.1. Đáp ứng điều trị. Mục đích chính của HTBTT trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn tiến triển tại chỗ, tại vùng là giúp giảm giai đoạn trên lâm sàng, tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật. Vì vậy, tương đương với mức độ đáp ứng trên lâm sàng là khả năng chuyển từ giai đoạn không mổ được thành mổ được. Theo nhiều nghiên cứu đánh giá đáp ứng lâm sàng trên bệnh nhân HTBTT ung thư vú giai đoạn III không mổ được, có khoảng 80% bệnh nhân có tổn thương thu nhỏ đáng kể sau hóa trị, và chỉ có 2-3% trường hợp bệnh tiến triển [4],[5].

Tính chung cho đáp ứng cả u và hạch, chúng tôi có 23 bệnh nhân có đáp ứng trên lâm sàng (67,7%), trong đó có 4 bệnh nhân đạt ĐUHT, chiếm 11,8%; 19 bệnh nhân (55,9%) có ĐUMP. Trong 34 bệnh nhân, có 24 bệnh nhân chuyển thành mổ được, chiếm tỷ lệ 70,6%, với 23 bệnh nhân đáp ứng yêu cầu mổ triệt căn, 01 bệnh nhân mổ nhằm mục đích điều trị triệu chứng.

Lê Thanh Đức (2014) nghiên cứu trên 137 bệnh nhân ung thư vú giai đoạn III được HTBTT

bằng phác đồ AP tại Bệnh viện K, kết quả: đáp ứng toàn bộ đạt 92%, trong đó 31,4% ĐUHT và 60,6% ĐUMP; hiệu quả chuyển thành mổ được là 94,2% trường hợp, trong đó có 2 trường hợp mổ bảo tồn [1]. Nguyễn Thị Thủy (2016) đánh giá đáp ứng và độc tính của HTBTT phác đồ 4AC-4T trên 59 bệnh nhân ung thư vú giai đoạn III không mổ được tại Bệnh viện K, kết quả: ĐUHT trên lâm sàng đạt 25,4%; ĐUMP là 71,2%; đáp ứng toàn bộ là 96,6%; tỷ lệ chuyển thành mổ được là 96,6% [3]. Fausto Petrelli (2016) làm một phân tích gộp trên 1375 bệnh nhân HTBTT cho giai đoạn tiến triển tại chỗ, tại vùng với phác đồ liều dày, kết quả: đáp ứng toàn bộ trên lâm sàng đạt được 60,8-92% [6]. Minhao wang (2017) nghiên cứu HTBTT trên 61 bệnh nhân ung thư vú giai đoạn III không mổ được, sau hóa trị có 49/61 bệnh nhân được phẫu thuật triệt căn [7].

Như vậy, tỷ lệ đáp ứng toàn bộ của chúng tôi cũng nằm ở giới hạn tương tự các nghiên cứu đã tham khảo, mặc dù có thấp hơn một số nghiên cứu (hơn 90%). Điều này có thể lý giải một phần do chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân ở giai đoạn IIIB và IIIC cao hơn, chúng tôi có sử dụng nhiều phác đồ khác nhau nên có thể cho mức độ đáp ứng khác nhau. Và do tỷ lệ đáp ứng thấp hơn, nên tỷ lệ chuyển thành mổ được trong nghiên cứu của chúng tôi cũng thấp hơn.

Về đáp ứng trên MBH, chúng tôi đánh giá theo phân loại Chevallier trên 24 bệnh nhân được phẫu thuật. Có 4 bệnh nhân ĐUHT trên lâm sàng đạt ĐUHT trên MBH (16,6%); 19 bệnh nhân ĐUMP trên lâm sàng có ĐUMP trên MBH (79,2%); 1 bệnh nhân ĐUMP trên lâm sàng nhưng trên MBH có ít thay đổi diện mạo u. Tỷ lệ ĐUHT trên MBH là 16,6%, tương đương với tỷ lệ ĐUHT trên MBH của Lê Thanh Đức (16,8%) [1]. Theo Nguyễn Thị Thủy, tỷ lệ này là 18,6% [2]. Theo Fausto Petrelli (2016), ĐUHT trên MBH đạt được 4,1-20,9% [3]. Lê Phong Thu (2017) nghiên cứu đặc điểm MBH ung thư biểu mô tuyến vú giai đoạn II-III sau điều trị hóa chất tiền phẫu trên 82 bệnh nhân tại Bệnh viện K Hà Nội, sử dụng phân loại của Hiệp hội Ung thư vú Nhật Bản, kết quả: ĐUHT trên MBH là 25,6%; không đáp ứng là 20,7%; ĐUMP trên lâm sàng nhưng ĐUHT về MBH là 26,2%; ĐUHT trên lâm sàng phù hợp với ĐUHT trên MBH là 47% [2]. Chênh lệch về tỷ lệ đáp ứng một phần là do sự khác nhau của việc áp dụng hệ thống phân loại đáp ứng; các phác đồ được chỉ định, ngoài ra có thể liên quan đến một số đặc điểm bệnh học của khối u mà trong nghiên cứu này chúng tôi chưa

khảo sát hết được.

4.2.2. Một số yếu tố liên quan tới đáp ứng điều trị. Theo nhiều nghiên cứu, tỷ lệ đáp ứng trên lâm sàng và MBH có liên quan với một số yếu tố như kích thước khối u, mức độ xâm lấn da, thành ngực, giai đoạn bệnh, mức độ bộc lộ Her-2/neu, và tình trạng thụ thể nội tiết ER [1],[3],[8].

Chúng tôi thấy tỷ lệ ĐUHT cao hơn ở nhóm bệnh nhân <60 tuổi, u còn di động, giai đoạn IIIA, tuy nhiên chưa có ý nghĩa thống kê; không có liên quan giữa mức độ đáp ứng với phác đồ điều trị. Điều này có thể là do nghiên cứu còn hạn chế về số lượng bệnh nhân, sử dụng nhiều phác đồ hóa chất. Ngoài ra, là một nghiên cứu hồi cứu nên một số chỉ số chưa khảo sát được hết do chưa được chỉ định đầy đủ như tình trạng thụ thể nội tiết ER, PR, bộc lộ Her-neu, chỉ số Ki-67 trước và sau điều trị. Vì vậy chúng tôi chưa đánh giá được hết các yếu tố liên quan tới mức độ đáp ứng điều trị trên bệnh nhân.

4.2.3. Độc tính của phác đồ. Chúng tôi ghi nhận 50% bệnh nhân có độc tính trên dòng bạch cầu, chủ yếu là độ 1 (29,4%); 35,3% bệnh nhân có hạ bạch cầu hạt, trong đó chỉ có 4 bệnh nhân hạ bạch cầu hạt độ 4 (11,8%); 1 bệnh nhân (2,9%) có hạ tiểu cầu, mức độ nhẹ (độ 1); 14 bệnh nhân (41,2 %) giảm hemoglobin, chủ yếu gặp độ 1 (26,5%). Độc tính trên gan gặp ở mức thấp, có 2 bệnh nhân (5,8%) có độc tính gan độ 1, 2. Không gặp độc tính trên thận.

Tỷ lệ độc tính cũng tương đương như nghiên cứu của các tác giả khác. Theo Lê Thanh Đức: giảm bạch cầu, bạch cầu hạt chủ yếu độ 1,2 (35% và 32,8); hạ huyết sắc tố chủ yếu độ 1 (50,4%). Theo Nguyễn Thị Thủy: giảm bạch cầu và bạch cầu hạt chủ yếu gặp độ 1,2 (39% và 44%); giảm huyết sắc tố thường gặp, nhưng chủ yếu là độ 1 (50,8%) [1],[3].

Nhìn chung, với mức độ độc tính như trên, các phác đồ điều trị có sự phù hợp với mức độ dung nạp của phần lớn bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 34 bệnh nhân ung thư vú giai đoạn III không mổ được tại Trung tâm Ung bướu-Bệnh viện TW Thái Nguyên chúng tôi thấy HTBTT trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn III không mổ được có hiệu quả giảm giai đoạn u và hạch với 67,7% bệnh nhân có ĐUTB trên lâm sàng, trong đó 11,8% bệnh nhân có ĐUHT; 55,9% có ĐUMP; về MBH, ĐUHT gặp ở 16,6 % số bệnh nhân; 79,2% bệnh nhân đạt ĐUMP trên MBH. Do giảm được mức độ tổn thương nên

HTBTTgiúp chuyển giai đoạn từ không mổ được thành mổ được với tỷ lệ 70,6%. Các phác đồ hóa chất có độc tính mức độ thấp, phù hợp với mức độ dung nạp của phần lớn bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thanh Đức (2014)**, "Nghiên cứu hiệu quả hóa chất hỗ trợ trước phẫu thuật phác đồ AP trong ung thư vú giai đoạn III không mổ được. Luận án tiến sĩ Y học. Kết quả bước đầu hóa trị liệu tân bổ trợ phác đồ AP trong ung thư vú giai đoạn III không mổ được", Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Lê Phong Thu, Tạ Văn Tờ (2017)**, "Đặc điểm mô bệnh học ung thư biểu mô tuyến vú giai đoạn II-III sau điều trị hóa chất tiền phẫu tại Bệnh viện K Hà Nội", Tạp chí nghiên cứu Y học, tập 106, số 1, tr. 56-63.
3. **Nguyễn Thị Thủy (2016)**, "Đánh giá kết quả hóa trị bổ trợ trước phác đồ 4AC-4T trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn III", Luận văn bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **De Lena M, Varini M, Zucali R, et al (1981)**. Multimodal treatment for locally advanced breast cancer. Results of chemotherapy- radiotherapy versus chemotherapy-surgery. Cancer Clin Trials (4), 229-236.
5. **Perloff M, Lesnick GJ, Korzun A, et al (1988)**. Combination Chemotherapy With Mastectomy or Radiotherapy for Stage III Breast Carcinoma: A Cancer and Leukemia Group B Study. J Clin Oncol (6), 261-269.
6. **Petrelli F, Coiru A, Lonati V, et al. (2016)**, "Neoadjuvant dose-dense chemotherapy for locally advanced breast cancer: a meta-analysis of published studies", Anticancer Drugs, 27 (7), pp. 702-8.
7. **Wang, M., Hou, L., Chen, M. (2017)**, Neoadjuvant Chemotherapy Creates Surgery Opportunities For Inoperable Locally Advanced Breast Cancer. Scientific Reports (7), pp.44673-7.
8. **Shet, T., Agrawal, A., Chinoy, R. (2007)**, "Changes in the tumor grade and biological markers in locally advanced breast cancer after chemotherapy--implications for a pathologist", Breast J, 13(5), pp.457-64.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH THÂN ĐỐT SỐNG BẰNG BƠM CEMENT CÓ BÓNG ĐIỀU TRỊ XEP ĐỐT SỐNG DO LOÃNG XƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Hoàng Gia Du*, Vũ Xuân Phước*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bơm cement có bóng điều trị xẹp đốt sống (XĐS) do loãng xương giúp giảm đau sớm, khôi phục chiều cao đốt sống xẹp, giảm biến chứng rò cement. Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá kết quả bơm cement có bóng tại Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu, can thiệp không đối chứng 60 bệnh nhân (BN), được chẩn đoán XĐS do LX điều trị bằng bơm cement có bóng tại Khoa Chấn thương chỉnh hình và Cột sống - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2019 đến tháng 02/2020. **Kết quả:** BN nữ 76,7%, BN nam 23,3%; VAS trung bình trước mổ $6,6 \pm 0,8$ điểm; T-score trung bình đo ở cột sống $-3,5 \pm 0,7$. Mức độ đau theo thang điểm VAS, góc gù thân đốt, góc gù vùng trên Xquang sau bơm cement cải thiện rõ rệt so với trước bơm ($p < 0,001$). Tai biến tràn cement qua bờ trước thân đốt sống 8,3%; 2,7% tràn cement qua đĩa đệm; 2,7% vỡ bóng. Đánh giá điểm MacNab sau 6 tháng 88,5 % BN có chất lượng cuộc sống tốt và rất tốt; 11,5% chất lượng cuộc sống trung bình. **Kết luận:** Tạo hình thân đốt sống bằng bơm cement sinh

học có bóng điều trị xẹp đốt sống do loãng xương cho kết quả cải thiện lâm sàng tốt, hiệu quả chỉnh gù cao, ít biến chứng.

Từ khóa: xẹp đốt sống loãng xương, bơm cement có bóng.

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF OSTEOPOROTIC VERTEBRAL FRACTURE PATIENTS TREATED BY KYPHOPLASTY AT BACH MAI HOSPITAL

Background: Kyphoplasty treatment of osteoporotic vertebral fractures help to relieve early pain, restore height, and reduce complications. The study was carried out to evaluate the results of shiny cement at Bach Mai hospital. **Material and methods:** A descriptive, non-controlled study of 60 osteoporotic fractures patients who were treated by kyphoplasty at the Department of Orthopedics and Spine Surgery - Bach Mai Hospital from January 2019 to February 2020. Evaluation of characteristics of age, limits, VAS score, landmarks, collapse angle, spinal angle, Cobb angle before and after pumping, T-score, variable early and 6 months after pumping. **Results:** Female patients 76.7%, male patients 23.3%; Average VAS before surgery 6.6 ± 0.8 points; Mean T-score measured at the spine -3.5 ± 0.7 . There was a significant difference in the VAS improvement system, the collapsing angles, the cobb angle and the dynamic spine were all reduced compared to pre-pump ($p < 0.001$). Accidents spilled cement across the

*Bệnh viện Bạch Mai.

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Gia Du

Email: hoanggiadu76@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 01.3.2022

Ngày duyệt bài: 11.3.2022