

phối hợp các phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác nhau để xác định vị trí u tuyến cận giáp trước phẫu thuật. Một trong các vị trí hiếm gặp của u tuyến cận giáp lạc chỗ và nên được tìm kiếm là trong trung thất. Với bệnh nhân có chỉ định và xác định được vị trí u, phẫu thuật là phương pháp duy nhất điều trị dứt điểm bệnh. Sinh thiết tức thì trong mổ, giải phẫu bệnh sau mổ và kết quả xét nghiệm PTH trước và sau khi lấy u 20 phút giảm trên 50% là tiêu chuẩn khẳng định đã lấy đúng và hết u tuyến cận giáp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wilhelm SM., Wang T.S., Ruan MD.** The American Association of Endocrine Surgeons

Guidelines for Definitive Management of Primary Hyperparathyroidism | Endocrine Surgery. JAMA Surgery. 2016; **151(10)**: 959 - 968.

2. **Wieneke JA., Smith A. Parathyroid Adenoma.** Head Neck Pathol. 2008; **2(4)**: 305-308.
3. **Pradeep PV., Jayashree B., Mishra A.** Systematic Review of Primary Hyperparathyroidism in India: The Past, Present, and the Future Trends. Int J Endocrinol. 2011; **2011**: e921814
4. **Maisie L. Shindo.** "Hyperparathyroidism: Evaluation and Surgery", 5th edition, Bailey's head and neck surgery – Otolaryngology, Lippincott Williams & Wilkins, Two Commerce Square. 2014; 2131-2148
5. **Roy M., Mazeh H., Chen H.** Incidence and Localization of Ectopic Parathyroid Adenomas in Previously Unexplored Patients. World Journal of Surgery. 2013; **37**:102

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ HÓA TRỊ PHÁC ĐỒ PACLITAXEL TRONG UNG THƯ VÚ TÁI PHÁT DI CĂN

Phạm Thị Dịu¹, Lê Thanh Đức²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư vú tái phát di căn và đánh giá kết quả hóa trị phác đồ paclitaxel trong điều trị nhóm bệnh nhân trên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 39 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến vú giai đoạn tái phát di căn điều trị bằng phác đồ paclitaxel đơn trị. **Kết quả:** Đặc điểm nhóm nghiên cứu: Tuổi trung bình ở thời điểm tái phát, di căn là 56,8 ± 9,8 tuổi. Trong 32 bệnh nhân tái phát, thời gian tái phát sau điều trị triệt căn trung bình là 39 tháng. Tỷ lệ đáp ứng chung của phác đồ là 33,3%; trong đó 5,1% đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng 1 phần là 28,2%, bệnh giữ nguyên 46,2%. Tỷ lệ đáp ứng ở nhóm bệnh nhân điều trị phác đồ bước 1 là 40,7%, cao hơn so với nhóm bệnh nhân điều trị ở bước 2 là 25%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,031$. Trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là 5,6 ± 0,3 tháng. Độc tính của phác đồ thường gặp chủ yếu là độ 1, 2. Các độc tính thường gặp là hạ bạch cầu hạt (33,3%), hạ huyết sắc tố (38,6%), hạ tiểu cầu (10,3%), rụng tóc (38,5%), độc tính thần kinh (51,3%). **Kết luận:** Phác đồ hóa chất paclitaxel giúp cải thiện tỉ lệ đáp ứng và thời gian sống thêm bệnh không tiến triển cho bệnh nhân ung thư vú tái phát hoặc di căn. Bệnh nhân dung nạp thuốc tương đối tốt do vậy có thể áp dụng trong điều trị trong điều kiện hiện nay ở nước ta hiện nay.

Từ khóa: Ung thư vú di căn, paclitaxel, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển.

SUMMARY

THE EFFICACY OF PACLITAXEL REGIMEN FOR RECURRENT OR METASTATIC IN BREAST CANCER

Objectives: Describe the clinical and paraclinical characteristics of metastatic breast cancer patients and evaluate the efficacy of paclitaxel regimen for recurrent or metastatic in breast cancer. **Patients and methods:** Retrospective, descriptive study on 39 patients with recurrent or metastatic of breast cancer, were treated with paclitaxel chemotherapy regimen at National Cancer Hospital. **Results:** The mean age was 56,8 ± 9,8. In 32 patients of recurrent, mean time to first recurrence was 39 months. The overall response rate (ORR) of the regimen was 33,3 %. The complete response rate was 5,1%, the partial response rate was 28,2%, 46,2% of the patients were stable. ORR in first-line therapy was better than that in the second-line of treatment (ORR: 40,7% vs 25%; $p=0,031$). The median progression-free survival was 5,6 ± 0,3 months. The common toxicity was neutropenia (33,5%), anemia (38,6%), 10,3% for thrombocytopenia, hair loss (38,5%), and 51,3% for neurotoxicity. **Conclusion:** Paclitaxel regimen chemotherapy is effective in high response rates and progression-free survival for patients with recurrent or metastatic of breast cancer. It is well tolerated by patients. Therefore, it can be widely applied in clinical practice.

Keyword: metastatic breast cancer, paclitaxel, progression-free survival.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2020 ung thư vú (UTV) là loại ung thư phổ biến nhất ở phụ nữ và là một

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Dịu

Email: phamdiu081992@gmail.com

Ngày nhận bài: 1.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.7.2022

Ngày duyệt bài: 1.8.2022

trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư trên thế giới [1]. Phần lớn bệnh nhân (BN) UTV được chẩn đoán ở giai đoạn bệnh tại chỗ, tại vùng, tuy nhiên 20 - 30% trong số đó sẽ tái phát di căn trong vòng 5 năm kể từ thời điểm chẩn đoán ban đầu [2]. Thời gian sống thêm trung bình của các BN giai đoạn này là 18-24 tháng [3]. Mục tiêu điều trị của BN UTV tái phát di căn là kéo dài thời gian sống thêm, nâng cao chất lượng cuộc sống, điều trị toàn thân đóng vai trò chủ yếu.

Taxanes là một trong những tác nhân hiệu quả nhất đối với UTV tái phát di căn [4]. Trong đó phác đồ paclitaxel đơn trị cho BN UTV tái phát di căn đã được chứng minh trong các nghiên cứu (NC) lâm sàng cho thấy ưu thế về thời gian sống thêm toàn bộ và chất lượng cuộc sống so với các tác nhân như doxorubicin, capecitabine, gemcitabine... [5],[6]. Phác đồ này cũng được coi là phác đồ tiêu chuẩn được lựa chọn trong các hướng dẫn ở trong và ngoài nước cho BN UTV giai đoạn tái phát di căn.

Hiện tại ở Bệnh viện K đang sử dụng phác đồ đơn trị paclitaxel trong thực hành lâm sàng điều trị UTV tái phát di căn, tuy nhiên chưa có nhiều NC về vấn đề này. Vì vậy chúng tôi tiến hành NC đề tài: "*Đánh giá kết quả hóa trị paclitaxel trong điều trị ung thư vú tái phát, di căn*" với các mục tiêu sau:

1. *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư vú giai đoạn tái phát di căn*

2. *Đánh giá kết quả hoá trị phác đồ paclitaxel và tác dụng không mong muốn ở nhóm bệnh nhân trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. 39 BN được chẩn đoán UTV tái phát di căn được điều trị bằng phác đồ paclitaxel đơn trị tại Bệnh viện K từ tháng 01/2017 đến tháng 01/2020.

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- **BN được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tuyến vú bằng mô bệnh học.**

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

- Được điều trị phác đồ paclitaxel đơn chất bước 1 hoặc bước 2, tối thiểu 3 chu kỳ.

- Có các tổn thương đích đủ tiêu chuẩn để đánh giá đáp ứng điều trị đối với các khối u đặc (RECIST)

- Chỉ số toàn trạng ECOG \leq 2.

- Chức năng gan, thận, tủy xương trong giới hạn cho phép điều trị hóa chất.

- Có hồ sơ ghi nhận thông tin đầy đủ và chẩn đoán và điều trị trước đó.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- BN mắc các bệnh cấp và mạn tính trầm trọng khác.

- Dị ứng thuốc paclitaxel.

- Ngừng điều trị thuốc không phải vì lý do bệnh tiến triển, độc tính.

- 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. Cách chọn mẫu. Chọn mẫu thuận tiện có chủ đích

2.3. Phương pháp thu thập số liệu. Thu thập thông tin BN theo một mẫu bệnh án NC thống nhất dựa vào khai thác hồ sơ bệnh án tại kho hồ sơ Bệnh viện K.

2.4. Các bước tiến hành

• **Thu thập thông tin hành chính và thông tin giai đoạn bệnh ban đầu như:** Tuổi, giai đoạn bệnh, đặc điểm khối u nguyên phát và hạch, giải phẫu bệnh, hóa mô miễn dịch...

• **Thu thập thông tin chẩn đoán tái phát di căn:** Thời gian phát hiện bệnh tái phát, triệu chứng cơ năng tại thời điểm tái phát di căn, các xét nghiệm cận lâm sàng giúp chẩn đoán tái phát di căn.

• Thu thập thông tin về quá trình điều trị

➢ **Phác đồ nghiên cứu:** BN được truyền tĩnh mạch ngoại vi paclitaxel 175mg/m² truyền trong vòng 3 giờ. Mỗi chu kỳ cách nhau 21 ngày. Sau 3 chu kỳ điều trị, BN được đánh giá đáp ứng, nếu bệnh tiến triển chuyển phác đồ, nếu bệnh đáp ứng điều trị hoặc bệnh giữ nguyên điều trị tiếp đến khi bệnh tiến triển hoặc độc tính không chấp nhận được.

➢ Các thông tin cần thu thập khác

- Phác đồ NC là điều trị bước: bước 1, bước 2.

- Số chu kỳ điều trị.

- Phương pháp điều trị phối hợp khác.

• Đánh giá kết quả điều trị phác đồ

- **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:** theo RECIST 1.1

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

2.5. Xử lý số liệu: Các thông tin được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

2.6. 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 39 BN, tuổi trung bình của các đối tượng NC là 56,8 ± 9,8 tuổi. Các BN phần lớn ở giai đoạn II và III tại thời điểm chẩn đoán ban đầu với tỉ lệ 46,2% và 28,2%. Trong số 39 BN có 7 BN ở giai đoạn IV ngay từ lần chẩn đoán đầu tiên, chiếm 17,9%. Trong số 32 BN được chẩn đoán bệnh ở giai đoạn tại chỗ, tại vùng sau khi điều trị triệt căn, thời gian sống thêm không tái phát trung bình 39 tháng. Tổn thương di căn hay gặp nhất là xương, phổi, hạch (hạch trung thất, hạch ổ bụng, hạch thượng đòn đối bên), gan chiếm lần lượt 56,4%, 33,3%, 28,1% và 25,6%.

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

Yếu tố	Số bệnh nhân (n)	Tỉ lệ %
Thể trạng chung (PS)		
*0-1	37	94,9
*2	2	5,1
Tuổi:		
* <41	2	5,1
*41 - 50	8	20,5
*51 - 60	12	30,8
* >60	17	43,6
Trung bình	56,8 ± 9,8	
Giai đoạn ban đầu		
*Giai đoạn I	3	7,7
*Giai đoạn II	18	46,2
*Giai đoạn III	11	28,2
*Giai đoạn IV	7	17,9
Mô bệnh học		
*UTBM xâm nhập NST	32	82,1
*UTBM tiêu thụ xâm nhập	4	10,3
*UTBM thể dị sản	2	5,1
*UTBM thể tủy	1	2,6
Độ mô học		
*Độ 1	1	2,6
*Độ 2	27	69,2
*Độ 3	4	10,3
*Không rõ độ mô học	7	17,9
Tình trạng Ki-67		
*Ki-67 <20	10	17,9
*Ki-67 ≥20%	46	82,1

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

	Bệnh đáp ứng		Bệnh không đáp ứng		p
	n1	%	n2	%	
Mô bệnh học: *UTBM xâm nhập NST	11	34,4	21	65,6	1,000
*Loại khác	2	28,6	5	71,4	
Thụ thể nội tiết					
*ER (-) và PR (-)	7	43,8	9	56,2	0,184
*ER (+) hoặc PR (+)	6	26,1	17	73,9	

Vị trí tái phát di căn		
*Tại chỗ tại vùng	9	23,1
*Hạch ¹	11	28,1
*Xương	22	56,4
*Gan	10	25,6
*Phổi	13	33,3
*Màng phổi	1	2,6
Di căn tạng		
*Không di căn tạng	18	46,2
*Di căn tạng (gan hoặc phổi)	21	53,8
CA 15-3		
*Trong giới hạn bình thường	24	61,5
*Tăng cao hơn bình thường	15	38,5
Thụ thể nội tiết		
ER (-) và PR (-)	16	41
ER (+) hoặc PR (+)	23	59
HER2:		
*Am tính	21	53,9
*Dương tính	10	25,6
*Không rõ	8	20,5
Điều trị hóa chất bước		
*Bước 1	27	69,2
*Bước 2	12	30,8

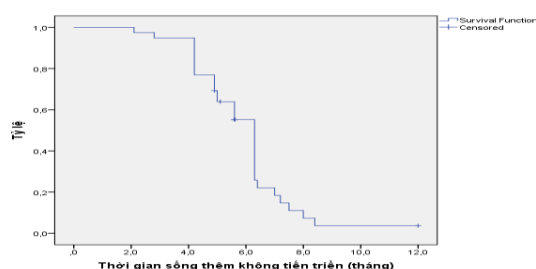
Chú thích: ¹hạch trung thất, hạch ổ bụng, hạch thượng đòn đối bên

2. Đáp ứng với điều trị và 1 số yếu tố liên quan. Tổng số có 279 chu kỳ hóa chất đã được thực hiện trên 39 BN. Trung bình số chu kỳ điều trị là 7,2 ± 2,4 đợt. BN được thực hiện tối thiểu 3 chu kỳ, tối đa là 18 chu kỳ. Phần lớn BN được điều trị liều 100% chiếm 82,1%, có 6 BN phải giảm liều do độc tính trong quá trình điều trị chiếm 15,4%. Tỷ lệ đáp ứng chung của phác đồ là 33,3 trong đó 5,1% bệnh đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng 1 phần là 28,2%, bệnh giữ nguyên 46,2%. Tỷ lệ đáp ứng ở nhóm BN điều trị phác đồ bước 1 là 40,7%, cao hơn so với nhóm BN điều trị phác đồ bước 2 là 25,0%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p = 0,031. Không có sự khác nhau giữa tỉ lệ đáp ứng điều trị với các yếu tố liên quan như thể mô bệnh học, tình trạng thụ thể nội tiết, mức độ biểu hiện HER2, tình trạng có hay không di căn tạng (p>0,05). Tuy nhiên, do số lượng BN NC còn ít, nên cần có NC trên số lượng BN lớn hơn để có thể đánh giá cụ thể hơn mối tương quan giữa tỉ lệ đáp ứng với các yếu tố trên.

Tình trạng HER2: *Âm tính	6	28,6	15	71,4	0,631
*Dương tính	4	40,0	6	60,0	
*Không rõ	3	37,5	5	62,5	
Tình trạng di căn tạng: *Có di căn tạng	5	27,7	13	72,3	0,734
*Không di căn tạng	8	38,1	13	61,9	
Điều trị bước: *Bước 1	11	40,7	16	59,3	0,031
*Bước 2	2	25	10	75	

3. Thời gian sống thêm không tiến triển của bệnh nhân

Trung vị PFS là 5,6 tháng. Tỷ lệ BN sống thêm không bệnh tiến triển sau 6 tháng và 12 tháng là 43,5% và 2,6%.



Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển (PFS)

4. Môi liên quan giữa thời gian sống thêm không tiến triển với các yếu tố liên quan

Bảng 3: Môi liên quan giữa PFS với các yếu tố liên quan

	Trung vị (tháng)	Min – Max (tháng)	p
Điều trị bước			
*Bước 1	6,1	3 – 12,5	0,042
*Bước 2	5,3	2,1 – 9,0	
Vị trí di căn			
*Không di căn tạng	6,0	3,0 – 12,5	0,091
*Có di căn tạng	5,2	2,1 – 8,6	

Nhận xét: Không nhận thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa PFS với vị trí có hay không di căn tạng ($p > 0,05$). PFS của những BN điều trị bằng phác đồ paclitaxel bước 1 dài hơn so với điều trị bước 2, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,042$ ($< 0,05$)

4.Độc tính. Đánh giá về độc tính của phác đồ, NC của chúng tôi thường gặp chủ yếu là độc tính độ 1, 2. Tổng số BN có giảm bạch cầu ở các mức độ là 35,6%. Trong đó chủ yếu là giảm bạch cầu độ 1/2 là 25,6%, giảm bạch cầu độ 3/4 là 5,1%. Tỷ lệ giảm bạch cầu đa nhân trung tính độ 3/4 là 7,7%. Độc tính thiếu máu xảy ra khá thấp trong NC của chúng tôi. Chủ yếu là BN thiếu máu độ 1/2 chiếm 38,6%, không có BN nào có thiếu máu độ 3/4. Độc tính giảm tiểu cầu cũng

xảy ra thấp với 10,3% BN giảm tiểu cầu độ 1, không có BN nào giảm tiểu cầu độ 2, 3, 4. Ngoài ra, các độc tính ngoài hệ tạo huyết cũng thường gặp như độc tính thần kinh (51,3%), rụng tóc (38,5%), tăng men gan là 25,6% trong đó tăng men gan độ 3 là 2,6%.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả của chúng tôi cho thấy tỷ lệ đáp ứng chung của phác đồ là 33,3%, trong đó tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 5,1%, đáp ứng 1 phần 28,2%, bệnh giữ nguyên 46,2%. NC pha III của Sledge GW và cộng sự trên 739 BN UTV tái phát di căn điều trị theo 3 nhóm doxorubicin 60 mg/m², paclitaxel 175 mg/m² và doxorubicin-paclitaxel (AT) liều 50 mg/m² và 150mg/m² cho tỷ lệ đáp ứng khách quan lần lượt là 36%, 34%, 47%. NC này cũng cho thấy paclitaxel và doxorubicin cho kết quả tương đương, liệu pháp kết hợp AT (doxorubicin-paclitaxel) không mang lại lợi ích sống thêm toàn bộ so với tác nhân đơn trị tuần tự dù có sự vượt trội về tỉ lệ đáp ứng khách quan và PFS [6]. Một NC khác của tác giả Bishop JF so sánh hiệu quả điều trị UTV tái phát di căn giữa paclitaxel và phác đồ phối hợp CMFP cho tỷ lệ đáp ứng toàn bộ của paclitaxel là 29% [7]. NC của chúng tôi cho thấy tỷ lệ đáp ứng cao hơn có thể lý giải do trong NC của tác giả Bishop có tỷ lệ BN di căn tạng cao hơn (75% so với 53,8%) [7].

Khi phân tích tỷ lệ đáp ứng và một số yếu tố liên quan, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ đáp ứng ở nhóm BN điều trị phác đồ bước 1 là 40,7%, cao hơn so với nhóm BN điều trị phác đồ này ở bước 2 là 25,0%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,031$. Sledge và cộng sự đánh giá hiệu quả phác đồ paclitaxel cho tỷ lệ đáp ứng ở nhóm điều trị bước 1 là 34%, điều trị bước 2 là 20% [6]. Kết quả của chúng tôi cao hơn so với kết quả một số tác giả nước ngoài do các NC này 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 [8].

Trong NC của chúng tôi, trung bình PFS là 6,3 tháng. Trung vị PFS là $5,6 \pm 0,3$ tháng. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với NC Bishop JF và cộng sự trên 107 BN sử dụng paclitaxel cho thấy

trung vị PFS là 5,3 tháng và thời gian sống thêm toàn bộ (OS) là 17,3 tháng [7]. NC pha III của Sledge GW cũng cho thấy trung vị PFS và OS lần lượt là 6,3 tháng và 22 tháng [6]. Khi khảo sát những yếu tố liên quan đến PFS chúng tôi nhận thấy rằng BN điều trị bước 1 có PFS dài hơn BN điều trị bước 2 ($p < 0,05$). Trong khuôn khổ NC của chúng tôi không đánh giá được OS do vậy rất mong trong thời gian tới sẽ có các NC toàn diện hơn đánh giá được OS trên các BN.

Đánh giá về độc tính của phác đồ, qua phân tích trong quá trình điều trị có thể nói giảm bạch cầu và độc tính thần kinh là độc tính chủ yếu của phác đồ paclitaxel đơn trị, các độc tính ở cơ quan khác chủ yếu ở mức độ nhẹ. BN dung nạp thuốc tương đối tốt. Các độc tính của phác đồ thường gặp ở độ 1 và độ 2.

V. KẾT LUẬN

Phác đồ paclitaxel đơn trị giúp cải thiện tỉ lệ đáp ứng và thời gian sống thêm bệnh không tiến triển cao cho BN UTV tái phát hoặc di căn. BN dung nạp thuốc tương đối tốt do vậy đây là phác đồ cần nhắc được lựa chọn đối với những BN UTV giai đoạn tái phát di căn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H., Ferlay J., Siegel R.L. và cộng sự. (2021).** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for

36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*, **71(3)**, 209–249.

2. **van Maaren M.C., de Munck L., Strobbe L.J.A. và cộng sự. (2019).** Ten-year recurrence rates for breast cancer subtypes in the Netherlands: A large population-based study. *Int J Cancer*, **144(2)**, 263–272.
3. **Mátrai Z. và Rényi Vámos F. (2014).** [Surgical possibilities in the treatment of advanced and locally recurrent breast cancers]. *Orv Hetil*, **155(37)**, 1461–1468.
4. **Conlin A.K. và Seidman A.D. (2007).** Taxanes in breast cancer: an update. *Curr Oncol Rep*, **9(1)**, 22–30.
5. **Jones S.E., Erban J., Overmoyer B. và cộng sự. (2005).** Randomized phase III study of docetaxel compared with paclitaxel in metastatic breast cancer. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*, **23(24)**, 5542–5551.
6. **Sledge G.W., Neuberg D., Bernardo P. và cộng sự. (2003).** Phase III trial of doxorubicin, paclitaxel, and the combination of doxorubicin and paclitaxel as front-line chemotherapy for metastatic breast cancer: an intergroup trial (E1193). *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*, **21(4)**, 588–592.
7. **Bishop J.F., Dewar J., Toner G.C. và cộng sự. (1999).** Initial paclitaxel improves outcome compared with CMFP combination chemotherapy as front-line therapy in untreated metastatic breast cancer. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*, **17(8)**, 2355–2364.
8. **Clark G.M., Sledge G.W., Osborne C.K. và cộng sự. (1987).** Survival from first recurrence: relative importance of prognostic factors in 1,015 breast cancer patients. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*, **5(1)**, 55–61.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ HỔ SỌ SAU DẠNG CHIARI LOẠI I Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH

Huỳnh Thanh Bình¹, Huỳnh Lê Phương², Bùi Quang Tuyền³, Nguyễn Thành Bắc³, Tống Đức Minh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát một số đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ hồ sọ sau Dị dạng Chiari loại I ở người trưởng thành. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả, cắt ngang không đối chứng trên 45 bệnh nhân tuổi trưởng thành (≥ 18 tuổi) được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật dị dạng Chiari I tại Khoa ngoại thần kinh Bệnh viện Quân y 103 và Bệnh viện Chợ Rẫy, Bệnh viện Việt Đức từ tháng 01/2016 đến

tháng 12/2019. **Kết quả:** Kích thước hồ sọ sau bị thu hẹp, có hình phễu, thông qua các chỉ số chiều dài rãnh trượt và chiều cao xương chẩm bị ngăn lại và góc nền sọ Boogard rộng ra. Mức độ thoát vị của hạnh nhân tiểu não trung bình là 13,2 mm; 26,67% thoát vị trên 10mm. 25 BN (55,56%) xuất hiện rỗng tủy kèm theo. 7 BN (15,56%) có gù vẹo cột sống. 3 BN (6,67%) có giãn não thất. Có sự khác biệt về một số kích thước ở hồ sọ sau giữa nhóm có và không có dị dạng Chiari I. **Kết luận:** Đặc điểm cộng hưởng từ dị dạng chiari loại I với kích thước hồ sọ sau bị thu hẹp, có hình phễu, thông qua các chỉ số chiều dài rãnh trượt và chiều cao xương chẩm bị ngăn lại và góc nền sọ Boogard rộng ra. Một số kích thước ở hồ sọ sau giữa nhóm có và không có dị dạng Chiari I có sự khác biệt. **Từ khóa:** cộng hưởng từ, chiari loại I.

¹Bệnh viện Quân y 175

²Bệnh viện Chợ Rẫy

³Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Thanh Bình

Email: Drbinhv175@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.6.2022

Ngày phản biên khoa học: 25.7.2022

Ngày duyệt bài: 1.8.2022

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF POSTERIOR CRANIAL