

tồn dư. [4].

Kết quả phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả phẫu thuật dị dạng động tĩnh mạch tiểu não vỡ, tốt chiếm tỷ lệ cao (80,7%), trung bình (16,1%), chỉ có 1 trường hợp xấu (3,2%), không có bệnh nhân nào tử vong sau mổ. Các bệnh nhân có kết quả phẫu thuật không tốt đều là các trường hợp có tình trạng thiếu hụt nặng chức năng thần kinh trước mổ. Theo Xianzeng Tong và cộng sự (2016), kết quả phẫu thuật tốt sau mổ (97,8%), Bệnh nhân hôn mê sâu ảnh hưởng nhiều đến kết quả phẫu thuật, tỷ lệ tử vong thấp [4].

V. KẾT LUẬN

Dị dạng động tĩnh mạch tiểu não vỡ, nút mạch tiền phẫu giúp loại bỏ các động mạch nuôi khó tiếp cận, tỷ lệ biến chứng ít, kết quả phẫu thuật tốt chiếm tỷ lệ cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rutledge, W.C., N.U. Ko, M.T. Lawton, et al. (2014), Hemorrhage rates and risk factors in the natural history course of brain arteriovenous malformations. *Transl Stroke Res.* 5(5): 538-42.
2. Abia AA, Nelson J, Rutledge WC, Young WL, Kim H, Lawton MT. The natural history of AVM hemorrhage in the posterior fossa: comparison of

- hematoma volumes and neurological outcomes in patients with ruptured infra- and supratentorial AVMs. *Neurosurg Focus.* 2014;37(3):E6. doi:10.3171/2014.7.FOCUS14211
3. Tong X, Wu J, Lin F, et al. Risk Factors for Subsequent Hemorrhage in Patients with Cerebellar Arteriovenous Malformations. *World Neurosurg.* 2016;92:47-57. doi:10.1016/j.wneu.2016.04.082
 4. Rodríguez-Hernández A, Kim H, Pourmohamad T, Young WL, Lawton MT, University of California, San Francisco Arteriovenous Malformation Study Project. Cerebellar arteriovenous malformations: anatomic subtypes, surgical results, and increased predictive accuracy of the supplementary grading system. *Neurosurgery.* 2012;71(6):1111-1124. doi:10.1227/NEU.0b013e318271c081
 5. Bendok B.R., Levy E.I., Hanel R.A., Qureshi A.I., Guterma L.R., Hopkins L.N. (2003), Brain AVM embolization, Operative Techniques in Neurosurgery 2(6): 64-74.
 6. Gross B.A., Storey A., Orbach D.B., Scott M., Smith E.R. (2015), Microsurgical treatment of arteriovenous malformations in pediatric patients: The Boston Children's Hospital experience, *Journal of Neurosurgery Pediatrics* 15: 71-77.
 7. Milatovic B., Saponjski J., Huseinagic H., Moranjkic M., Medenica S.M., Marinkovic I., Nicolic I., Marinkovi S. (2018), Anatomy of the feeding arteries of the cerebral arteriovenous malformations, *Folia Morphology* 77(4): 656-669.

KẾT QUẢ SỐNG THÊM 10 NĂM CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ VÒM MŨI HỌNG GIAI ĐOẠN II-IVB SAU HÓA XẠ ĐỒNG THỜI TẠI BỆNH VIỆN K

Trần Hùng¹, Ngô Thanh Tùng^{1,2}, Trần Thị Thanh Hương^{3,4}

TÓM TẮT

Cho đến nay tại bệnh viện K rất ít nghiên cứu theo dõi dài hạn vượt quá 5 năm và có thời gian đánh giá sống thêm 10 năm, đại đa số các nghiên cứu hóa xạ trên ung thư vòm mũi họng có thời gian theo dõi dưới 5 năm. Một nghiên cứu theo dõi dài hạn là cần thiết để đánh giá được tỷ lệ sống thêm cũng như thu thập được các dữ kiện sau đó như độc tính, sống thêm, chất lượng cuộc sống. **Mục tiêu:** "Đánh giá tỷ lệ sống thêm 10 năm của phác đồ hóa xạ trị đồng thời có/không hóa trị bổ trợ trên bệnh nhân ung thư vòm mũi họng giai đoạn II-IVB tại Bệnh viện K". **Đối tượng và phương pháp:** Thu thập dữ liệu hồi cứu từ

hồ sơ bệnh án và theo dõi tiến cứu trên 282 bệnh nhân ung thư vòm mũi họng điều trị hóa xạ đồng thời tại Bệnh viện K từ 1.1.2010 đến 31.12.2013. **Kết quả:** Tỷ lệ sống thêm toàn bộ, sống thêm không bệnh và sống thêm không di căn xa 5 năm lần lượt là: 58,6%; 67,3% và 73,0%. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ, sống thêm không bệnh và sống thêm không di căn xa 10 năm lần lượt là: 40,3%; 56% và 67%.

Từ khóa: ung thư vòm họng, hóa xạ trị, giai đoạn II-IVB, sống thêm

SUMMARY

LONG-TERM OUTCOME OF 10 YEARS WITH II-IVB STAGE NASOPHARYNGEAL CARCINOMA TREATED WITH CHEMORADIATION AT K HOSPITAL

Up to now, there are very few long-term follow-up studies at K hospital that exceed 5 years and have a survival time of 10 years, the majority of chemoradiotherapy studies on nasopharyngeal cancer have a follow-up time of less than 5 years. A long-term follow-up study is needed to assess survival rates as well as collect subsequent data such as toxicity, survival, and quality of life. **Objective:** Evaluate the

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

³Viện Ung thư Quốc gia

⁴Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hùng

Email: thaibinh2010@outlook.com

Ngày nhận bài: 5.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 29.5.2023

Ngày duyệt bài: 14.6.2023

10-year survival rate of concurrent chemoradiotherapy with/without adjuvant chemotherapy in patients with stage II-IVB nasopharyngeal cancer at K Hospital. **Method:** Collecting retrospective data from medical records and prospective follow-up on 282 nasopharyngeal cancer patients receiving chemotherapy and radiation concurrently at K Hospital from January 1, 2010 to December 31, 2013. **Kết quả:** The 5-year overall survival, disease-free survival and distant metastasis-free survival rates were: 58.6%, 67.3% and 73.0% respectively; The rate of overall survival, disease-free survival and 10-year distant metastasis-free survival were: 40.3%, 56% and 67% respectively.

Keywords: nasopharyngeal carcinoma, chemoradiation, stage II-IVB, long-term outcome

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo báo cáo của GLOBOCAN 2020, trên toàn thế giới có tổng số 133.354 ca mới mắc (chiếm 0,7% tổng số ca ung thư mới mắc) và 80.008 ca tử vong do ung thư vòm họng (0,8% tổng số ca tử vong do ung thư) [1]. Việt Nam là một trong năm quốc gia có tỉ lệ mắc bệnh và số ca tử vong do căn bệnh này thuộc nhóm cao nhất thế giới [2].

Hướng dẫn của NCCN – Hoa Kỳ (phiên bản 1.2020) khuyến nghị hóa xạ trị đồng thời và hóa trị bổ trợ khi bệnh ở giai đoạn II [3]. Trong khi đó, cũng xuất bản năm 2020, hiệp hội ung thư học châu Âu châu (ESMO) lại đề xuất có thể: xạ trị IMRT (IIA) hoặc xạ trị IMRT/hóa xạ trị (IIB) [4]. Có rất ít nghi ngờ hóa xạ đồng thời kết hợp hóa trị trước/bổ trợ sau được chỉ định cho các giai đoạn III-IVA, nhưng có những ý kiến khác nhau nhỏ về chỉ định của giai đoạn tuần tự, trình tự tối ưu và phác đồ tối ưu. Cho đến trước năm 2020, khuyến cáo điều trị với bằng chứng chắc chắn nhất là cisplatin đồng thời với xạ trị phân liều quy ước, sau đó là hóa trị bổ trợ với cisplatin và 5-fluorouracil [5]. Khuyến nghị từ CSCO và ASCO (1.2021): Bệnh nhân ung thư vòm họng giai đoạn III-IVA (trừ T3N0) (AJCC 8th) nên được chỉ định hóa trị cảm ứng kết hợp hóa xạ trị đồng thời [6].

Phân tích trên cơ sở dữ liệu của SEER đã công bố năm 2018, sống thêm toàn bộ 5 năm (sau hiệu chỉnh) đã cải thiện đáng kể theo thời gian, từ 36,0% số ca được chẩn đoán trong giai đoạn 1973-1979, lên 41,7% ở thời kỳ 1980-1989, đến 46,6% trong những năm 1990-1999, đạt tới 54,7% trong khoảng năm 2000-2007 ($p < 0,01$) [7]. Cũng năm 2018, một nghiên cứu khác ở Hồng Kông đã công bố kết quả nghiên cứu trên 3328 ca xạ trị bằng IMRT có thời gian theo dõi trung bình 80,2 tháng cho thấy sống thêm 5 năm toàn bộ theo đạt 93,2%; 86,6%; 80,5%; 65,1%;

63,2% tương ứng với giai đoạn I, II, III, IV (theo giai đoạn AJCC 7th) [8].

Các nghiên cứu hóa xạ trị ung thư vòm họng tại bệnh viện K cho đến nay, đại đa số có thời gian theo dõi dưới 5 năm. Các nghiên cứu theo dõi dài hạn, vượt quá 5 năm là cần thiết để đánh giá được tỷ lệ sống thêm cũng như thu thập được các dữ kiện sau đó như độc tính, ung thư thứ hai và chất lượng cuộc sống. Do vậy, nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu: "*Đánh giá tỷ lệ sống thêm 10 năm của phác đồ hóa xạ trị đồng thời có/không hóa trị bổ trợ trên bệnh nhân ung thư vòm mũi họng giai đoạn II-IVB tại Bệnh viện K*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm. Nghiên cứu thực hiện tại khoa Xạ Đầu Cổ - Bệnh viện K từ tháng 9/2016 – 9/2022.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

❖ Tiêu chuẩn lựa chọn hồ sơ

- Được chẩn đoán là ung thư vòm mũi họng, mô bệnh học là ung thư biểu mô không biệt hóa, bệnh ở giai đoạn II-IVB (AJCC 2010).

- Đã được chỉ định phác đồ hóa xạ đồng thời với Cisplatin 100 mg/m² ngày 1,22,43 với có/không hóa trị bổ trợ và thực hiện đủ liều xạ trị triệt căn.

- Điều trị tại khoa xạ đầu cổ, bệnh viện K từ 1.1.2010 đến 31.12.2013.

- Đủ hồ sơ lưu trữ và đồng ý tham gia nghiên cứu.

❖ Tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân có hai ung thư đồng thời.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu có theo dõi dọc.

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ những hồ sơ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn.

2.5. Công cụ và kỹ thuật thu thập số liệu. Sử dụng bệnh án nghiên cứu để thu thập từ hồ sơ bệnh án các thông tin về tuổi, giới, giai đoạn TNM, bệnh, toàn trạng, thời điểm tái phát, di căn. Sau đó theo dõi bệnh nhân 4-6 tháng/1 lần và ghi nhận ngày theo dõi cuối hoặc ngày tử vong.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 21.0.

Phân tích kết quả sống thêm bằng phương pháp Kaplan-Meier.

Thời gian sống thêm toàn bộ (OS) được tính từ khi được chẩn đoán đến thời điểm tử vong hoặc thời điểm theo dõi cuối.

Thời gian sống thêm không bệnh được tính từ khi bệnh đáp ứng hoàn toàn sau hóa xạ đồng thời đến thời điểm ghi nhận đầu tiên có tái phát tại chỗ tại vùng/di căn xa/tử vong do các nguyên

nhân khác hoặc thời điểm theo dõi cuối (nếu bệnh ổn định).

2.7. Đạo đức nghiên cứu. Trước khi tham gia nghiên cứu, tất cả các đối tượng nghiên cứu được cung cấp thông tin rõ ràng liên quan đến mục tiêu và nội dung nghiên cứu.

Đề tài đã được thông qua đề cương bởi Hội đồng khoa học Bệnh viện K và Hội đồng đạo đức của Trường Đại học Y Hà Nội.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm		N = 282		
		Số lượng	%	
Tuổi	Trung bình±độ lệch chuẩn	46,9 ± 11,0		
	Nhỏ nhất – Lớn nhất	16 - 67		
Giới	Nam	204	72,3	
	Nữ	78	27,7	
TNM	2	84	29,8	
	3	73	25,9	
	4	125	44,3	
PS	0-2 (trước điều trị)	282	100	
Thực hiện hóa trị	Hóa xạ đồng thời	1 ngày	79	28,0
		2 ngày	97	34,4
		3 ngày	106	37,6
	Hóa trị bổ trợ	Không điều trị	228	80,9
		1 chu kỳ	10	3,5
		2 chu kỳ	6	2,1
3 chu kỳ	38	13,5		

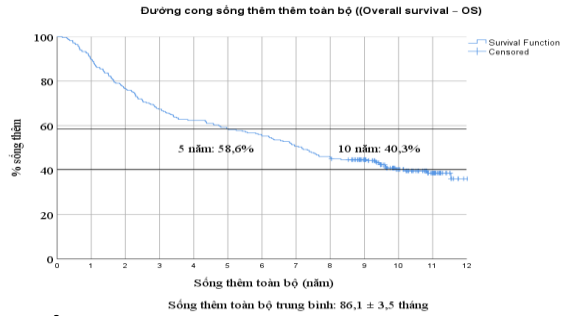
Tuổi trung bình của bệnh nhân ung thư vòm mũi họng trong nghiên cứu là 46,9 tuổi. Bệnh nhân nam chiếm hơn 2/3 trong tổng số đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân ở giai đoạn 4 chiếm tỷ lệ cao nhất với 44,3%, giai đoạn 2 và 3 có tỷ lệ gần bằng nhau. Tỷ lệ bệnh nhân thực hiện đủ 3 ngày khi hóa xạ đồng thời là 37,6%, và thực hiện đủ 3 đợt khi hóa trị bổ trợ là 13,5%.

Bảng 2. Kết quả theo dõi sau điều trị (N=282)

Đặc điểm		Số lượng	%
Tổng số BN cần theo dõi	Số BN theo dõi được	282	100
	Số BN mất thông tin	0	0
Tình trạng BN thời điểm theo dõi cuối*	Số BN còn sống	114	40,4
	Số BN đã tử vong	168	59,6
Thời gian theo dõi trên những BN còn sống	Trung bình ± độ lệch chuẩn	123 ± 12,7 tháng	
	Nhỏ nhất – Lớn nhất	96,4-150,2tháng	

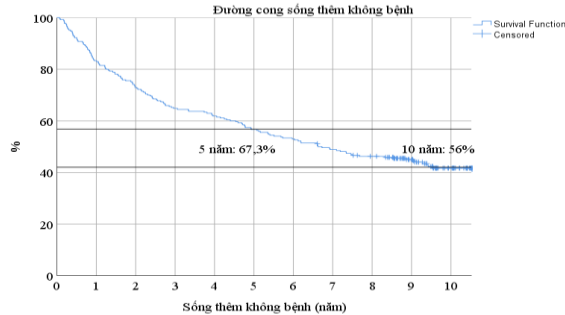
*Thời điểm theo dõi cuối: Là thời điểm cuối cùng liên hệ được với BN.

Nghiên cứu đã theo dõi được 100% bệnh nhân. Tại thời điểm theo dõi cuối có đến 59,6% bệnh nhân đã tử vong. Thời gian theo dõi trung bình trên những bệnh nhân còn sống là 123 tháng.



Biểu đồ 1. Kết quả sống thêm toàn bộ của bệnh nhân UTMH

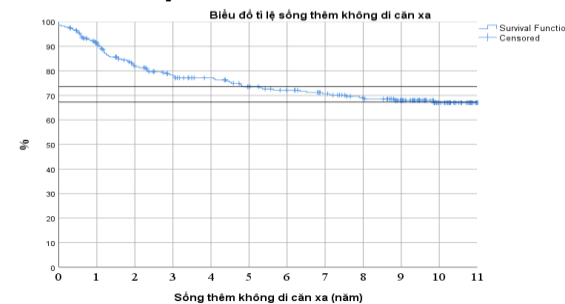
Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình của bệnh nhân ung thư VMH giai đoạn II-IVB trong nghiên cứu là 86,1 tháng với tỷ lệ sống thêm toàn bộ 10 năm đạt 40,3%.



Biểu đồ 2. Kết quả sống thêm không bệnh của bệnh nhân UTMH

Thời gian sống thêm không bệnh 5 năm và 10 năm lần lượt đạt tỷ lệ là 67,3% và 56,0%.

Bảng 3. Kết quả sống thêm không đi căn xa của bệnh nhân UTMH



Thời gian	Tỷ lệ sống thêm không đi căn xa
5 năm	73,0%
10 năm	67,0%

Tỷ lệ sống thêm không di căn xa 5 năm và 10 năm lần lượt là 73,0% và 67,0%.

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến sống thêm toàn bộ

Đặc điểm		Sống thêm toàn bộ trung bình (tháng)	p
Tuổi	≤50	101,5	<0,001
	>50	65,5	
Giới	Nam	85,6	0,576
	Nữ	87,4	
Thực hiện hóa trị đồng thời	Đủ 3 ngày	99,3	0,01
	Không đủ	77,4	
Thực hiện hóa trị bổ trợ	Đủ 3 đợt	91,3	0,574
	Không đủ	84,9	

Tuổi ≤50; Thực hiện đủ 3 ngày hóa trị khi hóa xạ đồng thời là những yếu tố tiên lượng đến giúp thời gian sống thêm toàn bộ cao hơn có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của bệnh nhân ung thư vòm mũi họng trong nghiên cứu là 46,9 tuổi. Bệnh nhân nam chiếm hơn 2/3 trong tổng số đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân ở giai đoạn 4 chiếm tỷ lệ cao nhất với 44,3%, giai đoạn 2 và 3 có tỷ lệ gần bằng nhau. Tỷ lệ bệnh nhân thực hiện đủ 3 ngày khi hóa xạ đồng thời là 37,6%, và thực hiện đủ 3 đợt khi hóa trị bổ trợ là 13,5%. Nghiên cứu đã theo dõi được 100% bệnh nhân. Tại thời điểm theo dõi cuối có đến 59,6% bệnh nhân đã tử vong. Thời gian theo dõi trung bình trên những bệnh nhân còn sống là 123 tháng.

Nói chung, phác đồ điều trị là một yếu tố tiên lượng đến sống thêm. Kết quả của nghiên cứu này cho thấy tỉ lệ 10 năm sống thêm toàn bộ, sống thêm không bệnh và sống thêm không di căn xa lần lượt là: 40,3%; 56% và 73%.

Về phác đồ điều trị cho ung thư vòm, hướng dẫn thực hành của ASCO/ CSCO tháng 1.2021 đã căn cứ vào các tổng quan hệ thống/phân tích tổng hợp - bằng chứng tốt nhất cho thực hành lâm sàng [6]. Do đó, bàn luận sống thêm của phác đồ đang nghiên cứu, trong bối cảnh chung như trên không còn hữu ích cho đa số các ca bệnh được chẩn đoán mới trong thực tiễn điều trị.

Một nghiên cứu phân tích gộp công bố năm 2021 với 14 thử nghiệm trên 4086 bệnh nhân ung thư hóa xạ trị đồng thời với hóa trị bổ sung cho ung thư biểu mô vòm mũi họng cho thấy lợi ích có ý nghĩa thống kê giữa hóa trị cảm ứng + hóa xạ trị đồng thời và hóa xạ đồng thời trên sống thêm toàn bộ (HR-Hazard ratio = 0,76) và

sống thêm không di căn xa (HR = 0,77) nhưng không lợi ích có ý nghĩa thống kê trên sống thêm không tái phát tại chỗ tại vùng (HR = 1,14). Nhóm tác giả của nghiên cứu này cho rằng, tóm lại, so với "tiêu chuẩn" là hóa xạ trị đồng thời, không có lợi ích sống thêm có ý nghĩa thống kê có thể được liên kết với hóa xạ đồng thời + hóa trị bổ trợ về sống thêm toàn bộ, sống thêm không di căn xa và sống thêm không thất bại tại chỗ tại vùng. Hóa trị cảm ứng + hóa xạ đồng thời có thể hiệu quả hơn về sống thêm toàn bộ và sống thêm không di căn xa nhưng không hơn về sống thêm không thất bại tại chỗ tại vùng - đây có thể là phác đồ hiệu quả cho ung thư vòm họng tiến triển tại chỗ tại vùng [9].

Năm 2022, Balanchard và cộng sự công bố một báo cáo cập nhật phân tích gộp từ 26 thử nghiệm trên 7080 bệnh nhân ung thư vòm mũi họng điều trị xạ trị có/không hóa trị triệt căn cho thấy việc bổ sung hóa trị làm giảm nguy cơ tử vong và tăng tỷ lệ sống thêm 5 năm là 6,1%, sống thêm 10 năm là 8,4%. Lợi ích của hóa trị cũng được chứng minh bằng sự cải thiện tỉ lệ sống thêm bệnh tiến triển, tỉ lệ tử vong do ung thư, kiểm soát tại chỗ và kiểm soát từ xa. Các tác giả kết luận rằng, phân tích tổng hợp cập nhật này xác nhận lợi ích của hóa xạ trị đồng thời và hóa xạ trị đồng thời + bổ trợ, đồng thời gợi ý rằng việc bổ sung hóa trị cảm ứng hoặc bổ trợ vào hóa trị liệu đồng thời giúp cải thiện khả năng kiểm soát u và sống thêm và sống thêm. Lợi ích của hóa trị giảm khi tuổi bệnh nhân tăng lên [10].

Mặc dù hoá trị cảm ứng + hoá xạ đồng thời là phác đồ được khuyến cáo cho ung thư vòm tiến triển tại chỗ. Tuy nhiên, trong thực hành lâm sàng, luôn tồn tại một nhóm bệnh nhân không phù hợp chỉ định phác đồ trên. Khi đó, hoá xạ đồng thời + hoá trị bổ trợ sẽ là một ưu tiên lựa chọn. Dữ liệu sống thêm từ nghiên cứu này sẽ trở thành thông tin hữu ích cho các bác sĩ thực hành xạ trị/hoá trị. Bên cạnh đó, tỉ lệ chết không liên quan đến ung thư trong nghiên cứu... cũng thực sự hữu ích cho các thầy thuốc khi người bệnh đến thăm khám định kì; người bệnh/gia đình: cần thăm khám thêm chuyên khoa ngay nếu có dấu hiệu bất thường liên quan.

V. KẾT LUẬN

Từ 282 ca được ung thư vòm mũi họng giai đoạn II-IVB, điều trị bằng hóa xạ trị đồng thời ngày 1, 22, 43 với có/không hóa trị bổ trợ, với thời gian theo dõi trung bình là 123 tháng cho các bệnh nhân còn sống cho thấy tỷ lệ 10 năm

sống thêm toàn bộ, sống thêm không bệnh và sống thêm không di căn xa lần lượt là: 40,3%; 56% và 67%.

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: A Cancer Journal for Clinicians*. 2021;71(3):209-249.
2. **Salehiniya H, Mohammadian M, Mohammadian-Hafshejani A, Mahdavi N.** Nasopharyngeal cancer in the world: epidemiology, incidence, mortality and risk factors. *World cancer research journal*. 2018;5(1)
3. **Pfister DG, Spencer S, Adelstein D, et al.** Head and Neck Cancers, Version 2.2020, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. Jul 2020;18(7):873-898. doi:10.6004/jnccn.2020.0031
4. **Bossi P, Chan A, Licitra L, et al.** Nasopharyngeal carcinoma: ESMO-EURACAN Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. 2020;
5. **Lee VH, Lam KO, Lee AW.** Standard of Care for Nasopharyngeal Carcinoma (2018–2020). *Nasopharyngeal Carcinoma*. Elsevier; 2019:205-238.
6. **Chen YP, Ismaila N, Chua MLK, et al.** Chemotherapy in Combination With Radiotherapy for Definitive-Intent Treatment of Stage II-IVA Nasopharyngeal Carcinoma: CSCO and ASCO Guideline. *Journal of Clinical Oncology*. Mar 1 2021;39(7):840-859. doi:10.1200/JCO.20.03237
7. **Au K, Ngan RK, Ng AW, et al.** Treatment outcomes of nasopharyngeal carcinoma in modern era after intensity modulated radiotherapy (IMRT) in Hong Kong: a report of 3328 patients (HKNPCSG 1301 study). *Oral Oncology*. 2018;77:16-21.
8. **McDowell L, Corry J, Ringash J, Rischin D.** Quality of life, toxicity and unmet needs in nasopharyngeal cancer survivors. *Frontiers in Oncology*. 2020;10:930.
9. **Li M, Zhang B, Chen Q, et al.** Concurrent chemoradiotherapy with additional chemotherapy for nasopharyngeal carcinoma: A pooled analysis of propensity score-matching studies. *Head and Neck*. 2021;43(6):1912-1927.
10. **Blanchard P, Lee AW, Carmel A, et al.** Meta-analysis of chemotherapy in nasopharynx carcinoma (MAC-NPC): An update on 26 trials and 7080 patients. *Clinical and translational radiation oncology*. 2022;32:59-68.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BƯỚC HAI UNG THƯ VÚ TÁI PHÁT DI CĂN CÓ THỤ THỂ NỘI TIẾT DƯƠNG TÍNH HER ÂM TÍNH BẰNG FULVESTRANT

Hán Thị Bích Hợp¹, Vũ Ngọc Dương¹, Nguyễn Thị Ngọc Hà¹,
Trương Thị Kiều Oanh¹, Nguyễn Duy Khoa¹, Nguyễn Khánh Hà¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bước hai ung thư vú tái phát di căn có thụ thể nội tiết dương tính her âm tính bằng fulvestrant. **Đối tượng và phương pháp:** Sử dụng thiết kế hồi cứu và tiền cứu với cỡ mẫu thuận tiện, chọn được 36 bệnh nhân ung thư vú tái phát, di căn có thụ thể nội tiết dương tính, được điều trị nội tiết bước hai bằng fulvestrant từ 1/2017 đến 8/2022 tại Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội. **Kết quả:** Bệnh nhân đạt đáp ứng một phần là 33,3%, bệnh giữ nguyên là 47,2%, bệnh tiến triển là 19,5%, không có bệnh nhân nào đạt đáp ứng hoàn toàn. Thời gian sống thêm không tiến triển là $7,1 \pm 0,8$ tháng. **Kết luận:** Fulvestrant là thuốc nội tiết có hiệu quả, nên cần nhắc điều trị sớm ở bệnh nhân ung thư vú tái phát di căn, thụ thể nội tiết dương tính, gánh nặng khối u không lớn, điều trị bước đầu hiệu quả sẽ cao hơn các bước điều trị tiếp theo.

Từ khóa: ung thư vú, di căn, fulvestrant

¹Bệnh viện Ung bướu Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc Hà

Email: ngocha166107@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 26.5.2023

Ngày duyệt bài: 13.6.2023

SUMMARY

RESULTS OF SECOND-LINE TREATMENT OF PATIENTS WITH RECURRENT, METASTATIC HORMONE RECEPTOR-POSITIVE HER-NEGATIVE BREAST CANCER WITH FULVESTRANT

Objectives: To evaluate the results of second-line treatment of patients with recurrent, metastatic hormone receptor-positive her-negative breast cancer with fulvestrant. **Subjects and methods:** Using a retrospective and prospective design with a convenient sample size, 36 patients with hormone receptor-positive, metastatic, recurrent breast cancer were treated with second-step endocrine therapy by fulvestrant from 1/2017 to 8/2022 at Hanoi Oncology Hospital. **Result:** Patients who achieved partial response accounted for 33.3%, patients with disease remained accounted for 47.2%, and the proportion of patient with progressive disease was 19.5%. There was no patient achieved a complete response. Progression-free survival was 7.1 ± 0.8 months. **Conclusion:** Fulvestrant is an effective endocrine drug, early treatment should be considered in patients with breast cancer with metastatic recurrence, positive hormone receptors, low tumor burden. First-line treatment will be more effective than subsequent