

với phác đồ PC hàng tuần có tỷ lệ mắc TDKMM sau điều trị thấp hơn, đặc biệt là tỷ lệ TDKMM độ 3, 4 thấp hơn so với dùng phác đồ CF [5], [6].

Các TDKMM do tia xạ hay gặp trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm viêm da (61,9%), viêm thực quản (38,1%) và viêm phổi (11,9%). Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Đức Lợi và Hàn Thị Thanh Bình [4], [3]. Có thể do đa phần BN trong nghiên cứu của chúng tôi được xạ trị theo kỹ thuật IMRT, do vậy tác dụng phụ trên da và thực quản cũng ít hơn. Tỷ lệ viêm thực quản thấp hơn so với nghiên cứu của Zhao với tỷ lệ viêm độ 1, độ 2 tương ứng là 25% và 46,4%, có thể do Zhao sử dụng phương pháp đa phân liều 1,5 Gy x 2 lần/ngày, do đó mà liều tia trong ngày cao hơn so với các phương pháp khác.

V. KẾT LUẬN

HXTĐTTC với phác đồ hoá chất PC hàng tuần điều trị bệnh nhân UTTQ giai đoạn III có tỷ lệ đáp ứng lâm sàng là 90,5%, đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST 1.1 là 90,5% với 33,3% BN đáp ứng hoàn toàn. Do vậy, phương pháp ĐT này đảm bảo tốt kế hoạch điều trị, TDKMM chấp nhận được và hiệu quả điều trị tương đương khi sử dụng phác đồ CF. Vì vậy có thể ưu tiên lựa chọn trong hoá xạ trị đồng thời cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I., et al

(2020), "Globocan 2020: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in for 36 cancers in 185 countries", CA Cancer J Clin.

2. NCCN (2020), "Esophageal cancer", Clinical Practice Guidelines in Oncology.
3. Hàn Thị Thanh Bình (2004), "Nhận xét đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và kết quả điều trị ung thư biểu mô thực quản tại Bệnh viện K giai đoạn 1998 – 2004", Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Y Hà Nội.
4. Nguyễn Đức Lợi (2015), "Đánh giá hiệu quả phác đồ hoá xạ trị đồng thời và một số yếu tố tiên lượng ung thư biểu mô thực quản tại Bệnh viện K giai đoạn 1998 – 2004", Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y HN.
5. Horning J., Smit J. K., Muijs C. T., et al. (2014), "A comparison of Carboplatin and Paclitaxel with Cisplatin and 5-Fluorouracil in definitive chemoradiation in esophageal cancer patients", Ann Oncol, 25(3), pp.638.
6. Münch S., Pigorsch S. U., Feith M., et al. (2017), "Comparison of neoadjuvant chemoradiation with carboplatin/paclitaxel or cisplatin/5-Fluorouracil in patients with squamous cell carcinoma of the esophagus, Radiant Oncol LondEngl, pp.12.
7. Kaneko K., Ito H., Konishi K., et al.(2003), "Definitive chemoradiotherapy for patients with malignant stricture due to T3 or T4 squamous cell carcinoma of the oesophagus", Br J Cancer, 88(1), pp.18-24.
8. Ito M., Kodaira T., Tachibama H., et al.(2017), "Clinical results of definitive chemoradiotherapy for cervical esophageal cancer: Comparison of failure pattern and toxicities between intensity – modulated radiotherapy and 3 – dimensional conformal radiotherapy", Head neck, 39 (12): pp.2406-2415.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH BỆNH LÝ DẠNG MẠCH MÁU NGOẠI BIÊN

Đặng Vĩnh Hiệp*, Nguyễn Đình Luân**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh dị dạng mạch máu ngoại biên. **Phương pháp:** Tiến cứu hàng loạt ca bệnh, có can thiệp không nhóm chứng các bệnh nhân có chẩn đoán dị dạng mạch máu ngoại biên từ tháng 06/2016 đến tháng 03/2019 tại bệnh viện Nhân dân Gia Định, đáp ứng đủ các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Tất cả các bệnh nhân được trải qua các bước khám lâm sàng, hình ảnh học. Chẩn đoán dị dạng mạch máu ngoại

biên dựa vào phân loại của ISSVA 2014. **Kết quả:** Có 103 BN thoả điều kiện nghiên cứu, trong đó có 35 nam (34%) và 68 nữ (66%). Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $24,2 \pm 14,1$, trong đó chủ yếu là nhóm > 18 tuổi (55,3%). Chẩn đoán dị dạng mạch máu theo phân loại ISSVA 2014 thì có 72,8% là dị dạng tĩnh mạch (VM), 15,5% dị dạng động tĩnh mạch (AVM), còn lại là các dị dạng mạch máu khác. Không có sự khác biệt về tuổi, giới đối với các loại dị dạng mạch máu. Siêu âm có giá trị chẩn đoán tốt nhất đối với dị dạng bạch mạch (66,7%). CLVT chẩn đoán dị dạng động tĩnh mạch trong 100% các trường hợp. Đối với các dị dạng dòng chậm, CHT chẩn đoán chính xác 100% các trường hợp. Tuy nhiên với các dị dạng lưu lượng cao, giá trị chẩn đoán của CHT chỉ là 46,7%. **Kết luận:** Siêu âm là phương tiện đầu tay trong chẩn đoán dị dạng mạch máu. CLVT và CHT giúp chẩn đoán chính xác, mức độ lan rộng và tương quan với các cấu trúc xung quanh, theo dõi sau điều trị.

*Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

**Bệnh viện Nhân dân Gia Định

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Luân

Email: drluannguyen@yahoo.com

Ngày nhận bài: 8/3/2021

Ngày phản biện khoa học: 2/4/2021

Ngày duyệt bài: 3/5/2021

Từ khóa: Dị dạng mạch máu ngoại biên, dị dạng bạch mạch, dị dạng tĩnh mạch, dị dạng động tĩnh mạch, dị dạng mao mạch.

SUMMARY

EVALUATION OF IMAGING FEATURES OF PERIPHERAL VASCULAR MALFORMATION

Purpose: The purpose of this study were to describe the imaging characteristics of peripheral vascular malformations. **Methods:** Prospective interventional study of series cases without controlled. Patients who has been diagnosed with peripheral vascular malformations from June 2016 to March 2019 at Gia Dinh People's Hospital, chosen base on the research records. All patients underwent clinical examination and imaging studies. Diagnosis of peripheral vascular malformation is based on ISSVA 2014 classification. **Results:** Data from 103 patients, including 35 men (34%) and 68 women (66%). The average age is 24.2 ± 14.1, most seen in group lower 18 years old (55.3%). Diagnosis of vascular malformations according to ISSVA 2014 classification, 72.8% are venous malformations (VM), 15.5% are arteriovenous malformations (AVM), the rest are other vascular malformations. There is no significant difference in age or sex for the types of vascular malformations. Ultrasound has the best diagnostic value for lymphatic malformations (66.7%). Computer tomography (CT) diagnosed venous malformation in 100% of cases. For slow- flow vascular malformations, Magnetic resonance imaging (MRI) accurately diagnoses 100% of cases. However, with high-flow vascular malformation, valuation of MRI is only 46.7%. **Conclusions:** Ultrasonography is the first choice imaging for the evaluation of vascular malformations. CT and MRI play an important role in making precise diagnosis, as well as visualizing the anatomically correlation to the surrounding structures, follow up post- treatment.

Keywords: Peripheral vascular malformation, Lymphatic malformation, Venous malformation, arteriovenous malformations, capillary malformation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị dạng mạch máu ngoại biên là một bệnh lý không thường gặp, với tỷ lệ mắc vào khoảng 1% dân số mắc bệnh lý mạch máu, và có thể gặp ở bất kỳ lứa tuổi nào, từ nhũ nhi cho đến người già¹. Trước khi Hội nghiên cứu bệnh lý dị dạng mạch máu (ISSVA: International Society for Study of Vascular Anomalies) ra đời năm 1992, dị dạng mạch máu được chẩn đoán và định danh

không thống nhất trên thế giới, từ đó dẫn đến việc điều trị không đồng bộ và khó khăn. Năm 2014, ISSVA đưa ra bảng phân loại chẩn đoán bất thường mạch máu thống nhất, từ đó việc chẩn đoán thống nhất rõ ràng. Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, cắt lớp vi tính (CLVT) và cộng hưởng từ (CHT) có nhiều ý nghĩa trong chẩn đoán, tiên lượng điều trị và theo dõi sau điều trị. Tại Việt nam, dị dạng mạch máu ngoại biên là một vấn đề chưa được quan tâm đúng mức. Chưa có báo cáo thống kê dịch tễ học của nhóm dị dạng mạch máu nói chung, và tỷ lệ của từng loại dị dạng mạch máu nói riêng². Vì vậy chúng tôi nghiên cứu với mục đích mô tả đặc điểm hình ảnh của dị dạng mạch máu thống nhất theo danh pháp ISSVA 2014.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Các bệnh nhân có chẩn đoán dị dạng mạch máu ngoại biên từ tháng 06/2016 đến tháng 03/2019 tại bệnh viện Nhân dân Gia Định,

2.2. Phương pháp

- Tiến cứu hàng loạt ca bệnh, có can thiệp không nhóm chứng các bệnh nhân có chẩn đoán dị dạng mạch máu ngoại biên từ tháng 06/2016 đến tháng 03/2019 tại bệnh viện Nhân dân Gia Định, đáp ứng đủ các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Tất cả các bệnh nhân được trải qua các bước khám lâm sàng, hình ảnh học. Chẩn đoán dị dạng mạch máu ngoại biên dựa vào phân loại của ISSVA 2014.

- Mô tả đặc điểm hình ảnh dị dạng mạch máu ngoại biên.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- Có 102 BN thoả điều kiện nghiên cứu, trong đó có 35 nam (34%) và 68 nữ (66%). Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 24,2 ± 14,1, trong đó chủ yếu là nhóm > 18 tuổi (55,3%).

- Chẩn đoán dị dạng mạch máu theo phân loại ISSVA 2014 thì có 72,8% là dị dạng tĩnh mạch (VM), 15,5% dị dạng động tĩnh mạch (AVM), còn lại là các dị dạng mạch máu khác.

- Không có sự khác biệt về tuổi, giới đối với các loại dị dạng mạch máu.

Bảng 1. Phân loại dị dạng mạch máu theo tuổi và giới

Đặc điểm	Phân loại dị dạng					p
	CM	VM	LM	AVM	Hỗn hợp	
Giới: Nam	1 (25,0)	50 (66,7)	3 (100)	10 (66,7)	4 (66,7)	0,405 ^a
Nữ	3 (75,0)	25 (33,3)	0 (0)	5 (33,3)	2 (33,3)	
Tuổi (Trung bình & độ lệch chuẩn)	17,8 (10,9)	22,9 (13,7)	20,0 (15,0)	28,7 (13,9)	34,5 (18,7)	0,167 ^b

Nhóm tuổi (năm)						
≤ 6	0 (0)	2 (2,7)	1 (33,3)	1 (6,7)	0 (0)	0,004 ^a
7 - 18	3 (75,0)	37 (49,3)	0 (0)	1 (6,7)	1 (16,7)	
>18	1 (25,0)	36 (48,0)	2 (66,7)	13 (86,7)	5 (83,3)	
Tổng	4 (100)	75 (100)	3 (100)	15 (100)	6 (100)	

^aKiểm định chính xác Fisher; ^bKiểm định ANOVA

Siêu âm có giá trị chẩn đoán tốt nhất đối với dị dạng bạch mạch (66,7%). CLVT chẩn đoán dị dạng động tĩnh mạch trong 100% các trường hợp. Đối với các dị dạng dòng chậm, CHT chẩn đoán chính xác 100% các trường hợp. Tuy nhiên với các dị dạng lưu lượng cao, giá trị chẩn đoán của CHT chỉ là 46,7%. Có sự tương quan giữa mức độ cải thiện trên hình ảnh và trên lâm sàng.

Bảng 2. Giá trị chẩn đoán của từng phương tiện chẩn đoán hình ảnh cho từng loại dị dạng mạch máu

Hình ảnh học	Phân loại dị dạng					Tổng	p
	CM	VM	LM	AVM	Hôn hợp		
Siêu âm	1 (25,0)	14 (18,7)	2 (66,7)	8 (53,3)	1 (20,0)	26 (25,2)	0,022 ^a
CT	2 (50,5)	2 (2,7)	0 (0)	15 (100)	2 (40,0)	21 (20,4)	NA
MRI	4 (100)	75 (100)	2 (100)	7 (46,7)	4 (80,0)	93 (90,3)	NA
Tổng	4 (100)	75 (100)	3 (100)	15 (100)	5 (100)	103 (100)	

^aKiểm định chính xác Fisher

IV. BÀN LUẬN

Từ khi bảng phân loại Hamburg ra đời năm 1988, phân biệt rõ u mạch máu và dị dạng mạch máu, dựa vào đó tác giả Tasnadi G và cộng sự (1993) đã công bố nghiên cứu trên 3.573 trẻ dưới 3 tuổi đã được chẩn đoán bệnh lý dị dạng mạch máu theo tiêu chuẩn cũ ghi nhận dị dạng mạch máu thật sự với tỷ lệ chỉ 1,2% (43 trong tổng số 3573); trong đó dị dạng tĩnh mạch và hoặc dị dạng động tĩnh mạch chiếm 16 trường hợp (37%); dị dạng mao mạch có 15 trường hợp, chiếm tỷ lệ 35%; dị dạng bạch mạch có 5 trường hợp chiếm tỷ lệ 12%; các bệnh lý giãn tĩnh mạch trong hội chứng chung có 7 trường hợp chiếm tỷ lệ 16%³. Với tỷ lệ 1,2% trong dân số đã được chẩn đoán bệnh lý dị dạng mạch máu hoặc u máu ở trẻ nhỏ, rõ ràng tần suất mắc dị dạng mạch máu rất thấp trong dân số, và so với nghiên cứu của Tasnadi, chúng tôi ghi nhận dị dạng tĩnh mạch chiếm tỷ lệ 72,8%, bạch mạch chiếm 1,9%, mao mạch 3,9% rất ít không đáng kể. Theo Lee B. B. và cộng sự ghi nhận trong 10 năm từ 1994 đến 2004, có tổng cộng 1475 trường hợp được phân bố như sau: dị dạng tĩnh mạch 32,8%; dị dạng bạch mạch 30,2%; dị dạng động tĩnh mạch 12,0%; dị dạng hỗn hợp bạch mạch với mạch máu khác 9,2%; không xác định 10%, mặc dù vậy trong nhóm không xác định, dị dạng tĩnh mạch sau đó được chẩn đoán xác định. Khi so sánh với kết quả của chúng tôi, Lee và cộng sự không ghi nhận dị dạng mao mạch ở người trưởng thành, trong khi đó dị dạng tĩnh mạch chiếm ưu thế, cộng gộp 42,8%¹.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, không phải tất cả các trường hợp dị dạng đều được thực hiện tất cả các phương pháp chẩn đoán hình ảnh học. Siêu âm thường được dùng cho chẩn đoán ban đầu, giúp phân biệt tổn thương dòng cao hay dòng thấp, tuy nhiên, không thể dùng siêu âm như là phương tiện chẩn đoán xác định⁴. Đối với chụp cắt lớp vi tính, giá trị tốt trong các trường hợp dị dạng dòng cao như dị dạng động tĩnh mạch; đối với dị dạng dòng thấp, nếu là dị dạng mao mạch có liên quan đến xương, vai trò của chụp cắt lớp vi tính thể hiện tốt nhất. Tuy nhiên, đối với dị dạng tĩnh mạch hoặc dị dạng bạch mạch, cộng hưởng từ có vai trò chẩn đoán tốt nhất. Chính vì lẽ đó, không phải tất cả các trường hợp chúng tôi làm cả ba phương pháp chẩn đoán hình ảnh cùng một lúc. Riêng chụp mạch máu số hoá xoả nền, được xem như là tiêu chuẩn vàng và là phương pháp điều trị.

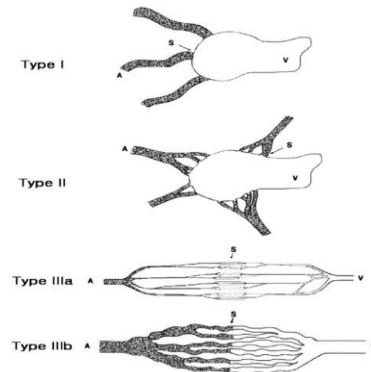
Siêu âm chẩn đoán xác định dị dạng mạch không cao vì bản chất trên siêu âm của dị dạng tĩnh mạch không đặc trưng, biểu hiện có thể giảm âm, hoặc âm hỗn hợp; đối với dị dạng tĩnh mạch không điển hình, cấu trúc trên siêu âm có thể biểu hiện đồng âm hoặc tăng âm. Trên siêu âm có một số nghiệm pháp có thể áp dụng trong quá trình thăm khám như nghiệm pháp Valsava, nghiệm pháp đè ép, với những biện pháp này, giúp chẩn đoán xác định tốt hơn. Trên siêu âm, chẩn đoán phân biệt thường đặt ra với những bệnh lý như: dị dạng mạch máu lưu lượng dòng cao, u mạch máu, dị dạng bạch mạch, khối máu tụ đã được lỏng hoá, hoặc một số bệnh lý u ác tính. Ngoài ra, trên siêu âm, khó đánh giá tĩnh

mạch dẫn lưu của dị dạng tĩnh mạch, đưa đến thiếu dữ liệu để phân loại dị dạng tĩnh mạch. Gần đây sự phát triển của chất tương phản dùng trong siêu âm, và kỹ thuật tính toán dựa vào đường cong của nồng độ chất tương phản, việc chẩn đoán phân biệt từng loại dị dạng được chứng minh có độ đặc hiệu và độ nhạy cao⁵. Tuy nhiên ở Việt Nam vẫn chưa có nơi thực hiện.

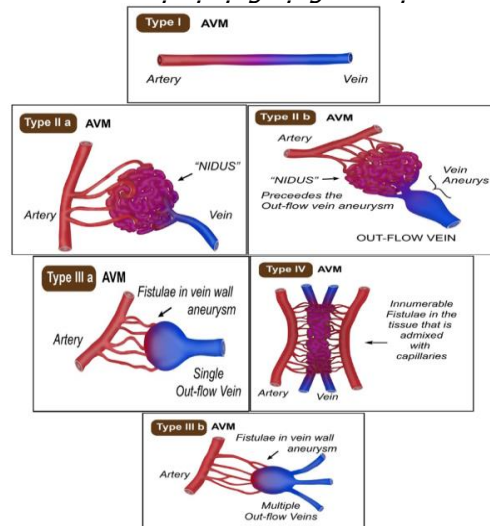
Đối với CLVT, trong tổng số 103 trường hợp, chúng tôi chỉ khảo sát tổng cộng 21 trường hợp, trong đó đa phần là dị dạng mạch máu lưu lượng cao, hoặc dị dạng mao mạch có liên quan đến xương. Có hai trường hợp dị dạng tĩnh mạch khảo sát CLVT vì vùng tổn thương liên quan đến vùng khó thăm dò bằng cộng hưởng từ như vùng ngực. CLVT chủ yếu thực hiện để chẩn đoán dị dạng mạch máu lưu lượng dòng cao như dị dạng động tĩnh mạch, hoặc dị dạng thông nối động tĩnh mạch, hoặc dị dạng bất kỳ có liên quan đến cấu trúc xương, một trong những cấu trúc mà cộng hưởng từ cho thông tin không bằng chụp cắt lớp vi tính. Ngoài ra trong trường hợp ở những bệnh nhi, việc thực hiện cộng hưởng từ khó khăn nếu không thực hiện được gây mê, chụp cắt lớp vi tính được xem như là biện pháp thay thế mặc dù rất hạn hữu, tuy nhiên độ đặc hiệu chẩn đoán không thật sự tốt. Một số trường hợp dị dạng tĩnh mạch, chụp cắt lớp vi tính có thể thấy được hình ảnh gián tiếp với các cấu trúc vôi hoá, trong và bên cạnh dị dạng tĩnh mạch. Chụp cắt lớp vi tính, có tái tạo ba chiều, giúp đánh giá mức độ lan rộng của tổn thương dị dạng, xác định động mạch đến cấp máu cho nhân dị dạng, tĩnh mạch dẫn lưu, có hay không có cấu trúc phình (động mạch mang, tĩnh mạch) của mạch máu liên quan. Tuy nhiên, dựa vào chụp cắt lớp vi tính, rất khó phân loại theo bảng phân loại dị dạng động tĩnh mạch của Yakes, nhằm đưa ra chiến lược điều trị; như thế, khảo sát chụp mạch máu số hoá xoá nền vẫn được xem là tiêu chuẩn vàng⁶.

CHT đóng vai trò quan trọng về thăm dò hình ảnh học trong nghiên cứu của chúng tôi. 93 trong tổng số 103 trường hợp được khảo sát CHT chiếm tỷ lệ 90,3%, chỉ sau khảo sát bằng chụp mạch máu số hoá xoá nền, kỹ thuật xâm lấn và được dùng đồng thời điều trị. Tỷ lệ chẩn đoán chính xác dị dạng mạch máu là 100%, với nhiều chuỗi xung đặc hiệu, có tiêm thuốc tương phản từ. CHT được sử dụng để đánh giá kết quả sau khi điều trị can thiệp, vì tính khách quan và các đơn vị, biến số có thể đo lường được. Chỉ trừ một số tổn thương dị dạng mạch máu có liên quan đến xương hoặc những vùng cơ thể không

phù hợp với thăm dò CHT, chúng tôi theo dõi và đánh giá sau can thiệp bằng các phương pháp thăm dò hình ảnh khác, như CLVT. Với đặc tính cộng hưởng từ, khảo sát CHT mạch máu được xem là một trong những biện pháp chẩn đoán chính xác và giúp có thể định danh phân loại AVM và VM theo nhiều tác giả trên thế giới. Có hai loại khảo sát CHT mạch máu: CHT mạch máu động học có tái tạo cấu trúc 3 chiều, và CHT mạch máu theo thời gian (time resolved MRA). Với loại đầu, mốc 6 giây được xem là thời gian bắt thuốc sớm hay muộn, và theo kỹ thuật này, độ nhạy và độ đặc hiệu để phân biệt dòng cao và dòng thấp lần lượt là 83% và 95%. Mặc dù CHT mạch máu có giá trị chẩn đoán rất tốt, giúp phân loại dị dạng mạch máu dòng cao và thấp, cũng như phân loại của dị dạng động tĩnh mạch và dị dạng tĩnh mạch.



Hình 1. Phân loại dị dạng động tĩnh mạch theo Do



Hình 2. Bảng phân loại dị dạng động mạch và thông động tĩnh mạch theo Yakes

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 45,8% là dị dạng tĩnh mạch type II, ít nhất là type IV, 2,8%. Ngoài ra chúng tôi cũng ghi nhận có 25% các

trường hợp có phân nhóm hỗn hợp, do cấu trúc dị dạng tĩnh mạch lan toả, cho nên có thể phối hợp nhiều loại cho từng vị trí. Đối với dị dạng động tĩnh mạch, có nhiều bằng phân loại dị dạng động tĩnh mạch như Do, Yakes W. F mỗi bằng phân loại có đặc tính riêng. Bằng phân loại của tác giả Do dễ hiểu, áp dụng cho dị dạng động tĩnh mạch ngoại biên, tuy nhiên không đầy đủ bản chất của dị dạng động tĩnh mạch (Hình 1). Dựa trên bằng phân loại của Do, Yakes W. F đã cải biên và đưa ra bằng phân loại theo Yakes, lột tả được đầy đủ tính chất của dị dạng động tĩnh mạch. Theo Yakes, phân loại dị dạng động tĩnh mạch có bốn types từ I đến IV, trong đó trong type II và III, có hai phân loại nhỏ là IIA, IIB và IIIA và IIIB, khác nhau về dẫn lưu tĩnh mạch. Riêng type I chính là thông nối trực tiếp động tĩnh mạch, nằm trong xếp loại của dị dạng mạch máu theo phân loại ISSVA 2014 (Hình 2). Theo nghiên cứu của chúng tôi, type IV chiếm tỷ lệ cao nhất 43,8%, riêng hỗn hợp, chính là những dị dạng sau khi điều trị, làm thay đổi cấu trúc nhân dị dạng, hoặc nhiều nhân dị dạng lan toả, nên phân loại được xếp vào nhóm hỗn hợp⁷.

V. KẾT LUẬN

Siêu âm là phương tiện đầu tay trong chẩn

đoán dị dạng mạch máu. CLVT và CHT giúp chẩn đoán chính xác, mức độ lan rộng và tương quan với các cấu trúc xung quanh, ngoài ra còn phân loại cũng như đánh giá sau điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lee Byung-B., Laredo J., Neville R. F., et al. (2015), "Epidemiology of vascular malformations", In: Hemangiomas and Vascular Malformations, Springer, pp. 165-169.
2. Nguyễn Công Minh (2013), "Đánh giá điều trị dị dạng mạch máu bẩm sinh ở người lớn trong 6 năm (2005-2010)". Tạp chí Y học TPHCM, 17.
3. Tasnadi G. (1993), "Epidemiology and etiology of congenital vascular malformations". Semin Vasc Surg, 6 (4), pp. 200-3.
4. Arnold R., Chaudry G. (2011), "Diagnostic imaging of vascular anomalies". Clin Plast Surg, 38 (1), pp. 21-9.
5. Trop I., Dubois J., Guibaud L., et al. (1999), "Soft-tissue venous malformations in pediatric and young adult patients: diagnosis with Doppler US". Radiology, 212 (3), pp. 841-5.
6. Olivieri B., White C. L., Restrepo R., et al. (2016), "Low-Flow Vascular Malformation Pitfalls: From Clinical Examination to Practical Imaging Evaluation--Part 2, Venous Malformation Mimickers". AJR Am J Roentgenol, 206 (5), pp. 952-62.
7. Yakes W. F. (2015), "Yakes' AVM classification system". Journal of Vascular and Interventional Radiology, 26 (2), pp. S224.

TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA PHÁC ĐỒ PEMETREXED – CARBOPLATIN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ SAU KHÁNG THỨ PHÁT VỚI THUỐC ỨC CHẾ EGFR TYROSINE KINASE

Nguyễn Thị Thái Hoà*, Mai Thanh Huyền**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng không mong muốn của phác đồ Pemetrexed – Carboplatin điều trị bước hai bệnh nhân ung thư khối không tế bào nhỏ sau kháng thứ phát thuốc ức chế Tyrosine Kinase. **Đối tượng và phương pháp:** 46 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tiến xa có đột biến EGFR, kháng thứ phát với TKIs, không có hoặc không biết đột biến T790M, điều trị hoá chất phác đồ Pemetrexed – Carboplatin. Nghiên cứu hồi cứu. Đánh giá tác dụng không mong muốn theo tiêu chuẩn CTCAE4.0. **Kết quả:** Hạ bạch cầu 10,6%, Hạ bạch

cầu trung tính 12,6%, Giảm huyết sắc tố 31,6%, Giảm tiểu cầu 0%. Tăng men gan 6%, Độc tính trên thận 0%, Nôn 6,5%, Tiêu chảy 4,2%. Tác dụng phụ độ 3 trở lên rất hiếm gặp, không có tử vong do điều trị. **Kết luận:** Phác đồ Pemetrexed – Carboplatin được dung nạp tốt ở bệnh nhân UTPKTBN sau kháng thứ phát thuốc ức chế Tyrosine Kinase

Từ khóa: Tác dụng không mong muốn, độc tính, dung nạp

SUMMARY

SIDE-EFFECTS OF PEMETREXED–CARBOPLATIN REGIMEN FOR ADVANCED STAGE NON-SMALL CELL LUNG CANCER AFTER EGFR TKIS ACQUIRED RESISTANCE

Objective: To evaluate the side -effects of the seconde – line Pemetrexed - Carboplatin regimen in advanced non-small cell lung cancer after acquired resistance to EGFR TKIs treated. **Objects and methods:** 46 patients with advanced non-small cell lung cancer with EGFR mutation, secondary resistance

*Bệnh viện K Trung ương

**Bệnh viện Hữu Nghị Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thái Hoà,

Email; bshoabvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 9/3/2021

Ngày phản biện khoa học: 4/4/2021

Ngày duyệt bài: 2/5/2021