

- Acute Care Surg. 2017;82(1):216-220.
2. **Fry DE, Richardson JD, Flint LM**, Closure of an acute perforated peptic ulcer with the falciform ligament, Arch Surg Chic Ill 1960. 1978;113(10):1209-1210.
3. **Costalat G, Alquier Y**. Combined laparoscopic and endoscopic treatment of perforated gastroduodenal ulcer using the ligamentum teres hepatis (LTH). Surg Endosc. 1995;9(6):677-679; discussion 680.
4. **Omelz A, Cicek E, Aydin C, Kaplan K, Kayaalp C**. Omentopexy versus falciformopexy for peptic ulcer perforation. Ulus Travma Ve Acil Cerrahi Derg Turk J Trauma Emerg Surg TJTES. 2019;25(6):580-584.
5. **Munro WS, Bajwa F, Menzies D**. Laparoscopic repair of perforated duodenal ulcers with a falciform ligament patch. Ann R Coll Surg Engl 1996;78;390-1.
6. **Jae Hung Chung, Cheol Woong Choi, Su Jin Kim, Sun-Hwi Hwang, Si-Hak Lee**. Application of the falciform ligament patch for the prevention of duodenal stump leakage after gastrectomy: technical report on a case series. Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques, 2023, Vol.33, No.5.
7. **A. Hedley Visick** (1948). A study of the failures after gastrectomy. Hunterian Lecture delivered at the Royal College of Surgeons of England. 1948; 3:266.
8. **Nguyễn Hữu Trí**. Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi một cổng khâu thủng ổ loét dạ dày tá tràng. 2017. Luận án tiến sỹ y học, Trường Đại học Y được Huế.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHÁC ĐỒ CHOPE TRÊN BỆNH NHÂN U LYMPHO KHÔNG HODGKIN TẾ BÀO T NGOẠI VI TẠI BỆNH VIỆN K

Trần Vũ Hoàng Quân¹, Nguyễn Thị Thu Hương¹, Phạm Huy Tần²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phác đồ CHOPE trên bệnh nhân u lympho không Hodgkin tế bào T ngoại vi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh. Bệnh nhân ≤ 65 tuổi được chẩn đoán u lympho tế bào T ngoại vi được điều trị phác đồ CHOPE ít nhất 3 chu kỳ tại bệnh viện K từ tháng 5/2019 đến tháng 06/2023. **Kết quả nghiên cứu:** Nghiên cứu thực hiện trên 35 bệnh nhân. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 39,5 ± 12,7; tỉ lệ nam/nữ là 2,5/1. Sở thấy hạch ngoại vi là triệu chứng cơ năng thường gặp nhất (85,7%). Khoảng 1/3 bệnh nhân có tổn thương ngoài hạch (31,4%). Đa số bệnh nhân (54,3%) có thể giải phẫu bệnh là u lympho tế bào T ngoại vi, không phải những thể đặc biệt khác và 51,5% bệnh nhân ở giai đoạn III, IV. Tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn sau 3 chu kỳ là 45,7%, sau 6 chu kỳ là 75%. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung bình là 28,13 ± 3,44 tháng. Độc tính trên hệ tạo huyết là tác dụng không mong muốn thường gặp nhất. **Kết luận:** Phác đồ CHOPE đem lại hiệu quả cao trong khi an toàn và dung nạp tốt trên bệnh nhân u lympho tế bào T ngoại vi.

Từ khóa: U lympho không Hodgkin, Tế bào T ngoại vi, CHOPE

SUMMARY

RESULTS OF CHOPE REGIMEN IN PERIPHERAL T-CELL LYMPHOMA AT

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y

Chịu trách nhiệm chính: Trần Vũ Hoàng Quân

Email: tranvuhoangquan2204@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2023

Ngày duyệt bài: 28.8.2023

VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Objective: To evaluate the treatment results of CHOPE regimen in peripheral T-cell lymphoma. **Patients and Methods:** Descriptive, case-cluster-study. Patients aged ≤ 65 years old with newly diagnosed peripheral T-cell lymphoma at Vietnam National Cancer Hospital from May 2019 to June 2023 were enrolled to receive CHOPE every three weeks for at least three cycles. **Results:** The study was carried out on 35 patients. Median age was 39,5 ± 12,7; male:female ratio was 2,5:1. Palpable lymphadenopathy was the common presenting symptom (85,7%). A third of all patients had extralymph node disease (31,4%). The majority of patients (54,3%) had PTCL, NOS and 51,5% patients were in stage III or IV. Complete response rate after 3 cycles was 45,7%, after 6 cycles was 75%. The mean progression-free disease was 28,13 ± 3,44 months. The most common adverse effects were hematologic toxicities. **Conclusion:** CHOPE regimen was safe and high effective in peripheral T-cell lymphoma

Keywords: Non-Hodgkin lymphoma, Periopheral T-cell, CHOPE

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U lympho không Hodgkin (ULPKH) là nhóm bệnh ác tính của tổ chức lympho. Năm 2020, theo thống kê của GLOBOCAN, u lympho không Hodgkin đứng thứ 11 ở cả 2 giới về cả số ca mới mắc và số ca tử vong trên toàn cầu.¹ Tại Việt Nam, u lympho không Hodgkin đứng thứ 13 về cả số ca mới mắc và số ca tử vong, ước tính mỗi năm có 3725 ca mới mắc và 2214 ca tử vong.¹ ULPKH được chia thành 2 nhóm chính: u lympho dòng tế bào B và dòng tế bào T, dựa trên nguồn gốc phát sinh của các tế bào u, trong đó tế bào B chiếm phần lớn, khoảng 80% và tiên lượng tốt

hơn tế bào T.^{2,3} U lympho không Hodgkin tế bào T phát triển từ dòng tế bào T trưởng thành, được chia thành 2 nhóm là u lympho tế bào T ngoại vi và u lympho tế bào T ở da. Hầu hết dưới nhóm của u lympho tế bào T là u lympho tế bào T ngoại vi. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ của bệnh nhân u lympho tế bào T sau 3 năm là 45%.⁴ Phác đồ CHOP (cyclophosphamide, doxorubicine, vincristine và prednisolon) là phác đồ ban đầu để điều trị hầu hết các dưới nhóm u lympho không Hodgkin, trong đó có cả u lympho tế bào T ngoại vi. Theo nghiên cứu của Xuyan Liu, tại thời điểm theo dõi trung bình 35,5 tháng thì tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 3 năm ở bệnh nhân u lympho tế bào T ngoại vi điều trị phác đồ CHOP là 37%.⁵ Sự phối hợp giữa phác đồ CHOP và Etoposide đã được chứng minh có tác dụng tốt hơn phác đồ CHOP đơn thuần, đặc biệt ở những bệnh nhân < 60 tuổi.^{6,7} Việc thêm Etoposide vào phác đồ CHOP ở bệnh nhân u lympho tế bào T đã cho tỷ lệ đáp ứng tổng thể là 76,1%, tỷ lệ sống thêm không tiến triển sau 3 năm và tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 3 năm của bệnh nhân lần lượt là 29,9% và 47%.⁵ Tuy nhiên, do số lượng bệnh nhân điều trị phác đồ CHOPE ít nên không có nhiều nghiên cứu đánh giá đầy đủ về kết quả điều trị phác đồ CHOPE ở Việt Nam cũng như trên thế giới. Liệu phác đồ này có hiệu quả và an toàn với bệnh nhân u lympho tế bào T ngoại vi? Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị phác đồ CHOPE trên bệnh nhân u lympho không Hodgkin tế bào T ngoại vi tại bệnh viện K.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 35 bệnh nhân u lympho không Hodgkin tế bào T ngoại vi được điều trị phác đồ CHOPE tại khoa Nội Huyết bệnh viện K từ tháng 05/2019 đến tháng 4/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán chẩn đoán xác định u lympho không Hodgkin tế bào T ngoại vi dựa vào mô bệnh học và nhuộm hóa mô miễn dịch.
- Tuổi ≤ 65
- Được điều trị bước một bằng hóa chất phác đồ CHOPE ít nhất 3 chu kỳ
- Thể trạng chung tốt: chỉ số toàn trạng theo thang điểm ECOG từ 0-2.
- Không mắc các bệnh cấp và mạn tính trầm trọng, không mắc các bệnh lý tim mạch như nhồi máu cơ tim trong vòng 30 ngày, viêm cơ tim (không sử dụng được anthracyclin)
- Chức năng cơ quan, tùy sống trong giới

hạn cho phép:

- + Hemoglobin ≥ 90g/l
- + Số lượng bạch cầu hạt ≥ 1,5 G/l,
- + Số lượng tiểu cầu ≥ 100G/l,
- + Bilirubin toàn phần ≤ 2.0 lần giới hạn trên của mức bình thường,
- + Độ lọc cầu thận ≥ 50 ml/phút bằng công thức Cockcroft-Gault
- Bệnh nhân tuân thủ tái khám và theo dõi định kỳ sau khi kết thúc điều trị.
- Có hồ sơ theo dõi đầy đủ và có thông tin sau điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có dị ứng hoặc quá mẫn với các thuốc nghiên cứu.
- Bệnh nhân có nguy cơ tử vong do các bệnh trầm trọng khác (bệnh tim mạch, rối loạn tâm thần, nhiễm trùng cấp, ung thư khác đang tiến triển).
- Không có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện K

2.3. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh

Cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu thuận tiện, nghiên cứu trên 35 bệnh nhân u lympho tế bào T ngoại vi được điều trị phác đồ CHOPE tại khoa Nội Huyết tạo huyết - Bệnh viện K.

2.4. Các bước tiến hành:

- Lập danh sách các ca bệnh u lympho tế bào T ngoại vi được điều trị CHOPE từ tháng 5/2019 đến tháng 6/2023.

- Thu thập hồ sơ bệnh án theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

- Thu thập các biến số nghiên cứu, bao gồm:

- + Đặc điểm lâm sàng: tuổi, lí do vào viện
- + Đặc điểm cận lâm sàng
- + Giai đoạn bệnh, thể mô bệnh học
- + Số chu kỳ điều trị
- + Độc tính và đáp ứng lâm sàng sau từng chu kỳ điều trị

+ Tỷ lệ đáp ứng: đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần, bệnh ổn định, tiến triển sau 3 chu kỳ, 6 chu kỳ. Đáp ứng của bệnh nhân được đánh giá theo tiêu chuẩn Lugano 2014

+ Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (progression free survival-PFS)

2.5. Xử lý số liệu: Số liệu thu thập được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Phân tích sống thêm theo phương pháp Kaplan-Meier.

2.6. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, không có tính chất can thiệp, nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị bệnh. Số liệu trung thực khách quan, được thông qua hội đồng mã

số 8720108.

2.7. Phác đồ điều trị:

- Cyclophosphamide 750 mg/m², truyền tĩnh mạch ngày 1
 - Doxorubicin 50 mg/m², truyền tĩnh mạch ngày 1
 - Vincristine 1,4 mg/m² (tối đa 2mg), truyền tĩnh mạch ngày 1
 - Prednisolone 100mg/ngày, uống từ ngày 1 đến ngày 5
 - Etoposide 100 mg/m², truyền tĩnh mạch ngày 1 đến ngày 3
 - Dự phòng hạ bạch cầu bằng G-CSF (Filgrastim) từ ngày thứ 4 đến ngày 11
- Chu kì 21 ngày

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Một số đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu****3.1.1. Đặc điểm tuổi****Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi của bệnh nhân**

| | n | Nhỏ nhất | Lớn nhất | Trung bình | Độ lệch chuẩn |
|-------------|----|----------|----------|------------|---------------|
| Tuổi | 35 | 17 | 63 | 39,1 | 12,7 |

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân tại thời điểm chẩn đoán là 39,5 ± 12,7, cao nhất là 63 tuổi, thấp nhất là 17 tuổi, nhóm tuổi thường gặp nhất là từ 30-50 tuổi.

3.1.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng**Bảng 3.2. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng**

| | Đặc điểm | n | Tỉ lệ (%) |
|------------------------------|---|-----------|------------|
| Giới | Nam | 25 | 71,4 |
| | Nữ | 10 | 28,6 |
| Lí do vào viện | Sở thấy hạch | 30 | 85,7 |
| | Đau bụng | 3 | 8,6 |
| | Khác | 2 | 5,7 |
| Vị trí tổn thương | Hạch | 32 | 91,4 |
| | Ngoài hạch | 11 | 31,4 |
| Vị trí tổn thương ngoài hạch | Đường tiêu hóa | 4 | 36,4 |
| | Vú | 1 | 9,1 |
| | Phần mềm | 2 | 18,2 |
| | Xương | 3 | 27,2 |
| | Phổi | 1 | 9,1 |
| | Tổng | 11 | 100 |
| Giai đoạn bệnh | I | 4 | 11,4 |
| | II | 13 | 37,1 |
| | III | 12 | 34,3 |
| | IV | 6 | 17,2 |
| Hội chứng B | Có | 15 | 42,9 |
| | Không | 20 | 57,1 |
| Thể giải phẫu bệnh | ULP TB T ngoại vi, không phải những thể đặc biệt khác | 19 | 54,3 |

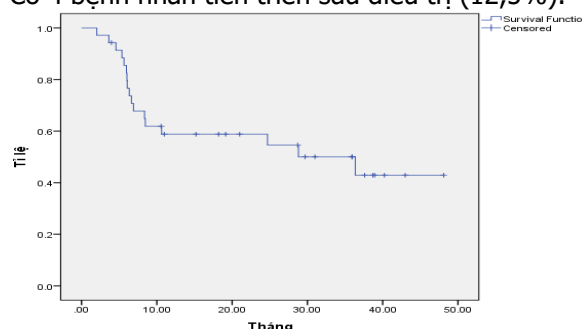
| | | |
|------------------------------------|---|------|
| ULP TB T nguyên bào miễn dịch mạch | 6 | 17,1 |
| ULP TB lớn bất thực sản, ALK (-) | 2 | 5,7 |
| ULP TB lớn bất thực sản, ALK (+) | 8 | 22,9 |

Nhận xét: Tỉ lệ nam/nữ là 2,5/1. Lí do vào viện thường gặp nhất là sờ thấy hạch (85,7%), sau đó là đau bụng (8,6%). Phần lớn bệnh nhân gặp tổn thương tại hạch (91,4%), tổn thương ngoài hạch gặp ở 11 bệnh nhân (31,4%). Bệnh nhân chủ yếu phát hiện ở giai đoạn II (37,1%). Tỉ lệ bệnh nhân phát hiện bệnh ở giai đoạn I, III thấp hơn, lần lượt là 11,4% và 34,3%. 15 bệnh nhân (42,9%) có hội chứng B (sốt không rõ nguyên nhân, vã mồ hôi đêm, gầy sút cân) trước khi điều trị. Thể giải phẫu bệnh thường gặp nhất là thể u lympho tế bào T ngoại vi, không phải những thể đặc biệt khác (54,3%), sau đó là thể tế bào lớn bất thực sản, ALK (+) (22,9%).

3.2. Kết quả điều trị**Bảng 3.3. Đáp ứng điều trị**

| Đáp ứng | Sau 3 chu kì | | Sau 6 chu kì | |
|-----------------|--------------|------------|--------------|------------|
| | Số BN | Tỉ lệ (%) | Số BN | Tỉ lệ (%) |
| Hoàn toàn | 16 | 45,7 | 24 | 75 |
| Một phần | 18 | 51,4 | 3 | 9,4 |
| Bệnh ổn định | 0 | 0 | 1 | 3,1 |
| Bệnh tiến triển | 1 | 2,9 | 4 | 12,5 |
| Tổng số | 35 | 100 | 32 | 100 |

Nhận xét: Sau 3 chu kì có 34 bệnh nhân đạt được đáp ứng, chiếm 97,1%; trong đó 45,7% đạt được đáp ứng hoàn toàn. Sau 6 chu kì, tỉ lệ bệnh nhân đạt được đáp ứng hoàn toàn tăng lên (75%), tỉ lệ đáp ứng một phần là 9,4%. Có 4 bệnh nhân tiến triển sau điều trị (12,5%).

**Hình 3.1. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển**

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian theo dõi trung bình là 34 tháng. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung bình là 28,13 ± 3,44 tháng. Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu, trong tổng số 28 bệnh nhân không

tiến triển sau khi hoàn thành 6 chu kì CHOPE, có 18 bệnh nhân vẫn chưa tiến triển (64,3%)

Bảng 3.4. Độc tính của phác đồ điều trị

| Độc tính | | Số BN | Tỉ lệ (%) |
|-----------------------|-------------|-----------|-------------|
| Thiếu máu | Độ 1 | 12 | 34,3 |
| | Độ 2 | 8 | 22,9 |
| | Độ 3 | 0 | 0 |
| | Độ 4 | 0 | 0 |
| | Tổng | 20 | 57,2 |
| Hạ bạch cầu | Độ 1 | 3 | 8,6 |
| | Độ 2 | 4 | 11,4 |
| | Độ 3 | 0 | 0 |
| | Độ 4 | 5 | 14,3 |
| | Tổng | 12 | 34,3 |
| | Sốt hạ BC | 4 | 11,4 |
| Hạ tiểu cầu | Độ 1 | 3 | 8,6 |
| | Độ 2 | 0 | 0 |
| | Độ 3 | 0 | 0 |
| | Độ 4 | 0 | 0 |
| | Tổng | 3 | 8,6 |
| Tăng men gan | | 5 | 14,3 |
| Tăng creatinin | | 0 | 0 |
| Tê bì tay chân | | 1 | 2,9 |
| Nôn, buồn nôn | | 4 | 11,4 |
| Tiêu chảy | | 2 | 5,7 |

Nhận xét: Độc tính trên huyết học là tác dụng không mong muốn thường gặp nhất với tỉ lệ thiếu máu, hạ bạch cầu và hạ tiểu cầu lần lượt là 57,2%; 37,2% và 8,6%. Thiếu máu và hạ tiểu cầu chủ yếu gặp độ I và độ II. Hạ bạch cầu chủ yếu gặp hạ bạch cầu độ IV (14,3%) với tỉ lệ sốt hạ bạch cầu là 11,4%. Ngoài độc tính trên huyết học thì độc tính tăng men gan và nôn, buồn nôn cũng khá thường gặp với tỉ lệ là 14,3% và 11,4%. Trong nghiên cứu không gặp bệnh nhân tăng creatinin do điều trị.

IV. BÀN LUẬN

Trong 35 bệnh nhân nghiên cứu, tuổi trung bình của bệnh nhân tại thời điểm chẩn đoán là $39,5 \pm 12,7$. Bệnh nhân nam chiếm đa số với tỉ lệ nam/nữ là 2,5/1. Lí do vào viện do sờ thể hạch chiếm tỉ lệ cao nhất (85,7%). Vị trí tổn thương chủ yếu là hạch ngoại vi (91,4%). Có 11 bệnh nhân có tổn thương ngoài hạch, trong đó có 4 bệnh nhân biểu hiện tại đường tiêu hóa (36,5%). Điều này phản ánh đặc trưng của bệnh u lympho ác tính là bệnh lý của hệ thống hạch. Về thể giải phẫu bệnh, u lympho tế bào T ngoại vi, không phải những thể đặc biệt khác là thể hay gặp nhất (54,3%), kết quả này tương tự với một số nghiên cứu trên thế giới.⁸

Với thời gian theo dõi trung bình 34 tháng, 34/35 bệnh nhân của chúng tôi đạt được đáp

ứng sau 3 chu kì hóa chất, chiếm 97,1%; trong đó 45,7% đạt được đáp ứng hoàn toàn. Sau 6 chu kì, tỉ lệ bệnh nhân đạt được đáp ứng hoàn toàn tăng lên (75%), tỉ lệ đáp ứng một phần là 9,4%. Có 4 bệnh nhân tiến triển sau điều trị (12,5%). Kết quả này đặc biệt tương đồng với nghiên cứu của Bo Jia với tỉ lệ đáp ứng là 76,9 và nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hương trên 22 bệnh nhân u lympho tế bào T điều trị phác đồ CHOPE với 91% bệnh nhân đạt được đáp ứng hoàn toàn sau 6 chu kì.^{9,10}

Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu, trong tổng số 28 bệnh nhân không tiến triển sau khi hoàn thành 6 chu kì CHOPE, có 18 bệnh nhân vẫn chưa tiến triển (64,3%). Các nghiên cứu khác trên thế giới cũng ghi nhận các kết quả tương tự như trong nghiên cứu của chúng tôi. Trong nghiên cứu của Bo Jia, tỉ lệ sống thêm bệnh không tiến triển tại thời điểm 1 năm là 54,8%.⁹ Trong nghiên cứu của Norbert Schmitz, với thời gian theo dõi trung bình 43,8 tháng, tỉ lệ EFS tại thời điểm 3 năm của nhóm bệnh nhân ≤ 60 tuổi và không tăng LDH là 75,4%.⁶ Nghiên cứu của Tổ chức U lympho Bắc Âu cũng báo cáo những kết quả tương tự trên 122 bệnh nhân ALCL, ALK(+) điều trị phác đồ CHOPE có tỉ lệ sống thêm bệnh không tiến triển tại thời điểm 5 năm là 64%.¹¹ Phác đồ CHOPE qua nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy sự an toàn với tỉ lệ độc tính thấp, chủ yếu là ở độ 1, 2, và có thể tự hồi phục. Độc tính thường gặp nhất là độc tính trên hệ tạo huyết. Hạ bạch cầu chủ yếu gặp hạ bạch cầu độ IV (14,3%) với 4 bệnh nhân (11,4%) bị sốt hạ bạch cầu trong quá trình điều trị. Các bệnh nhân đã điều trị kháng sinh phổ rộng và sử dụng thuốc kích thích tăng sinh bạch cầu G-CSF, chăm sóc tích cực. 3 bệnh nhân hồi phục nhanh và tiếp tục được liệu trình điều trị, 1 bệnh nhân phải dừng điều trị vì độc tính suy tủy.

V. KẾT LUẬN

Trên bệnh nhân U lympho không Hodgkin tế bào T ngoại vi, phác đồ CHOPE mang lại hiệu quả cao với tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn sau 3 chu kì là 45,7%, sau 6 chu kì tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn 75%. Với thời gian theo dõi trung vị 36 tháng, 18 bệnh nhân vẫn chưa tiến triển sau điều trị (64,3%). Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung bình là $28,13 \pm 3,44$ tháng. Về độc tính, chủ yếu gặp độc tính trên hệ tạo huyết. Trong độc tính trên hệ tạo huyết, thiếu máu chiếm tỉ lệ cao 57,2% nhưng mức độ nhẹ, hạ bạch cầu gặp tỉ lệ ít hơn 34,3% nhưng gặp chủ yếu là độ IV.

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 Cancer J Clin.* May 2021;71(3):209-249.
2. **Wang SS VJ.** Epidemiology and Prognosis of T-Cell Lymphoma. Foss, F, editor T-cell Lymphomas Humana Press. 2013:25-39.
3. **A clinical evaluation of the International Lymphoma Study Group classification of non-Hodgkin's lymphoma.** The Non-Hodgkin's Lymphoma Classification Project. *Blood.* Jun 1 1997;89(11):3909-18.
4. **Huang Y, Lin TY, Wu QL, et al.** [Survival outcomes of T-cell non-Hodgkin's lymphoma: a report of 111 cases]. *Ai Zheng.* Apr 2005;24(4):470-4.
5. **Liu X, Yang M, Wu M, et al.** A retrospective study of the CHOP, CHOPE, and CHOPE/G regimens as the first-line treatment of peripheral T-cell lymphomas. *Cancer Chemotherapy and Pharmacology.* 2019;83(3):443-449.
6. **Schmitz N, Trumper L, Ziepert M, et al.** Treatment and prognosis of mature T-cell and NK-cell lymphoma: an analysis of patients with T-cell lymphoma treated in studies of the German High-Grade Non-Hodgkin Lymphoma Study Group. *Blood.* Nov 4 2010;116(18):3418-25.
7. **Pfreundschuh M, Trumper L, Kloess M, et al.** Two-weekly or 3-weekly CHOP chemotherapy with or without etoposide for the treatment of elderly patients with aggressive lymphomas: results of the NHL-B2 trial of the DSHNHL. *Blood.* Aug 1 2004;104(3):634-41.
8. **Vose J, Armitage J, Weisenburger D, International TCLP.** International peripheral T-cell and natural killer/T-cell lymphoma study: pathology findings and clinical outcomes. *J Clin Oncol.* Sep 1 2008;26(25):4124-30.
9. **Jia B, Hu S, Yang J, et al.** Comparison of gemcitabine, cisplatin, and dexamethasone (GDP), CHOP, and CHOPE in the first-line treatment of peripheral T-cell lymphomas. *Hematology.* Oct 2016;21(9):536-41.
10. **Nguyễn Thị Thu Hương.** Đánh giá kết quả điều trị phác đồ CHOPE trên bệnh nhân u lympho không Hodgkin tế bào T. *Tạp chí Y học Việt Nam* tập 497 tháng 12 số chuyên đề Ung thư năm 2020 BV1. 2020:302-308.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO SÁNG BUỒNG TRỨNG BẰNG PHÁC ĐỒ PACLITAXEL-CARBOPLATIN

Phạm Văn Quân¹, Nguyễn Tiên Quang², Nguyễn Thị Thu Hương^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào sáng buồng trứng được điều trị bằng phác đồ paclitaxel-carboplatin, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển của nhóm bệnh nhân nghiên cứu và đánh giá độc tính của phác đồ. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh, đối tượng nghiên cứu là 53 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào sáng buồng trứng được điều trị bằng phác đồ paclitaxel-carboplatin tại bệnh viện K từ tháng 1/2015 đến tháng 1/2023. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $53,2 \pm 1,45$ tuổi, triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là căng tức hạ vị (77,4%), triệu chứng thực thể thường gặp nhất là sờ thấy u qua thành bụng (81,1%). Trên siêu âm, các dấu hiệu gợi ý ác tính hay gặp là vách không đều (45,3%), nụ sùi trong u (34,0%), dịch ổ bụng (32,1%). 14,6% bệnh nhân có nồng độ CA 125 huyết thanh và 23,5% có nồng độ HE4 huyết thanh tại thời điểm chẩn đoán ở mức bình thường. Phân loại giai đoạn bệnh theo FIGO,

bệnh nhân ở giai đoạn II chiếm tỷ lệ lớn nhất (41,5%), thấp nhất là giai đoạn I (15,1%), giai đoạn III và IV còn chiếm tỷ lệ cao (lần lượt 22,6% và 20,8%). Tỷ lệ sống thêm bệnh không tiến triển (PFS) 3 năm là 64,2%. Tỷ lệ PFS 3 năm giảm dần theo giai đoạn bệnh, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,000$), các yếu tố tuổi, kích thước u trên siêu âm, nồng độ CA 125 huyết thanh, nồng độ HE4 huyết thanh không có sự khác biệt. Các tác dụng không mong muốn thường gặp là hạ bạch cầu, thiếu máu, hạ tiểu cầu, tuy nhiên thường chỉ gặp ở độ 1-2. Độc tính độ 3-4 hay gặp nhất là hạ bạch cầu đa nhân trung tính (22,7%). **Kết luận:** Điều trị hóa chất phác đồ paclitaxel-carboplatin có hiệu quả và dung nạp tốt trên bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào sáng buồng trứng.

Từ khóa: ung thư biểu mô tế bào sáng buồng trứng, paclitaxel-carboplatin, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, sống thêm bệnh không tiến triển, độc tính.

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT FOR CLEAR CELL OVARIAN CANCER WITH PACLITAXEL-CARBOPLATIN REGIMEN

Objective: To evaluate some clinical and paraclinical characteristics of patients with clear cell ovarian cancer treated with the paclitaxel-carboplatin regimen, the progression-free survival (PFS) of the study group, and the toxicity assessment of the regimen. **Method:** This was a cluster case study, with a study population of 53 patients with clear cell

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K Tân Triều

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Quân

Email: quan2902@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2023

Ngày duyệt bài: 28.8.2023