

bình là 103 mm, tính chất u hay gặp nhất là hỗn hợp (77,4%), 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% BN 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. Theo giai đoạn FIGO sau phẫu thuật, 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) 1 năm và 3 năm lần lượt là 82,8% và 64,2%. Thời gian trung vị chưa đạt được.

- Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ PFS 3 năm giữa các giai đoạn bệnh ( $p=0,000$ ). 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 có ý nghĩa thống kê ( $p>0,05$ ).

- 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.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lee, M. X., Tan, D. S. "Weekly versus 3-weekly

paclitaxel in combination with carboplatin in advanced ovarian cancer: which is the optimal adjuvant chemotherapy regimen?", J Gynecol Oncol. 2018, 29(6), e96.

2. Pozzati, F. et al. "Imaging in gynecological disease (14): clinical and ultrasound characteristics of ovarian clear cell carcinoma", Ultrasound Obstet Gynecol. 2018, 52(6), 792-800.
3. Shuqing, L., Zhiling, Z. "Patients with stage IA ovarian clear cell carcinoma do not require chemotherapy following surgery", Cancer Med. 2023, 12(6), 6668-6674.
4. Sirichaisudthikorn, D., Suprasert, P. và Khunamornpong, S. "Clinical outcome of the ovarian clear cell carcinoma compared to other epithelial ovarian cancers when treated with paclitaxel and carboplatin", Asian Pac J Cancer Prev. 2009, 10(6), 1041-5.
5. Sun, M., Jiang, W. "Ovarian clear cell carcinoma with or without endometriosis origin in a single institution cohort", Discov Oncol. 2023, 14(1), 39.
6. Sung, H. et al. "Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries", CA Cancer J Clin. 2021, 71(3), 209-249.
7. Zhou, L. et al. "Ovarian endometrioid carcinoma and clear cell carcinoma: A 21-year retrospective study", J Ovarian Res. 2021, 14(1), 63.
8. Zhu, C. và các cộng sự. "Updates of Pathogenesis, Diagnostic and Therapeutic Perspectives for Ovarian Clear Cell Carcinoma", J Cancer. 2021, 12(8), 2295-2316.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT U DI CĂN NÃO

Nguyễn Văn Khoa<sup>1</sup>, Bùi Huy Mạnh<sup>2</sup>, Phạm Văn Thái<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh u di căn não (Brain metastasis) trên 111 bệnh nhân và kết quả điều trị phẫu thuật u di căn não trên 81 bệnh nhân tại Trung tâm phẫu thuật Thần kinh Bệnh viện Việt Đức từ tháng 6/2021 đến tháng 12/2022. Khám lại tại thời điểm sau mổ và sau mổ 6 tháng. Đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh trước mổ: Tuổi: nhóm tuổi > 60 (48,65%), giới nam (71,17%), nữ (28,83%), chẩn đoán hình ảnh định hướng nguồn gốc u nguyên phát: Phổi: 68,5%, tiêu hóa (3,6%). Kết quả trên 81 bệnh nhân được phẫu thuật tại não: biến chứng chảy máu: 2,4%, phù não: 6,2%,

não úng thủy: 1,2%. Đánh giá chất lượng cuộc sống sau mổ theo thang điểm Karnofsky: < 70: 40,7%, từ 70-90: 55,6% và 100: 3,7%. Có sự khác biệt về thời gian sống thêm và chất lượng cuộc sống giữa hai nhóm: chỉ điều trị phẫu thuật u di căn não đơn thuần và phối hợp đa mô thức trong điều trị. Thời gian sống thêm: < 1 tháng: 6,2%, 3-6 tháng: 25,9%, 6-9 tháng: 13,6% và > 12 tháng: 3,7%.

**Từ khóa:** U di căn não

### SUMMARY

#### CLINICAL FEATURES, IMAGING DIAGNOSIS AND RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF BRAIN METASTASES

Study on clinical features, imaging of brain metastasis (BM) on 111 patients and results of surgical treatment of brain metastasis on 81 patients at Neurosurgery Center of Viet Duc Hospital from June 2021 to December 2022. Re-examination at the time of surgery and 6 months after surgery. Clinical and imaging features preoperative: Age: age group > 60 (48.65%), male (71.17%), female (28.83%), diagnostic imaging origin of primary tumor: Lung:

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Bắc Giang

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

<sup>3</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Huy Mạnh

Email: drmanhvd2014@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2023

Ngày duyệt bài: 29.8.2023

68.5%, digestive (3.6%). Evaluation on 81 patients undergoing brain surgery: Rate of complications: bleeding: 2.4%, cerebral edema: 6.2%, hydrocephalus: 1.2%. Assessment of quality of life after surgery according to Karnofsky scale: < 70: 40.7%, from 70-90: 55.6% and 100: 3.7%. There was a difference in survival time and quality of life between the two groups: only surgical treatment of brain metastases alone and multimodality in treatment. Survival: < 1 month: 6.2%, 3-6 months: 25.9%, 6-9 months: 13.6% and > 12 months: 3.7%.

**Keyword:** Brain metastasis

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U di căn não (UDCN) là tổn thương ác tính di căn từ các cơ quan khác tới não (u não thứ phát). Một số nghiên cứu cho thấy UDCN có thể tới 30-35% các khối u não và có từ 10% đến 26% bệnh nhân chết là do u di căn não<sup>1</sup>. Phổi, vú và da (u ác tính) là những nguồn u nguyên phát phổ biến nhất của di căn não, và ở 15% các bệnh nhân, vị trí u nguyên phát vẫn chưa được biết đến<sup>2</sup>.

Đặc điểm lâm sàng về thần kinh của UDCN giống các khối u khác của não. Triệu chứng hay gặp là đau đầu, tăng áp lực nội sọ và dấu hiệu thần kinh khu trú (TKKT). Các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh (CĐHA) hay dùng là cắt lớp vi tính (CLVT) và cộng hưởng từ (CHT). Các thăm dò nguồn gốc di căn tùy theo cơ quan mà có thể dùng thêm siêu âm, nội soi và chụp PET/CT. Chẩn đoán xác định bệnh, nguồn gốc u nguyên phát dựa vào kết quả mô bệnh học và hóa mô miễn dịch. Bệnh phẩm có thể sinh thiết từ não và hoặc phối hợp sinh thiết cơ quan phát sinh u. Để tăng hiệu quả điều trị UDCN, đa mô thức là lựa chọn tốt nhất. Nhiều phương pháp dựa trên những ứng dụng của các thành tựu kỹ thuật cao vẫn đang được thử nghiệm với mục tiêu kéo dài thời gian sống thêm, bảo tồn chức năng thần kinh và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh<sup>3,4</sup>.

Tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, phẫu thuật UDCN được tiến hành thường quy từ cách đây nhiều năm và đã có một số nghiên cứu về vấn đề này. Tuy nhiên, theo thời gian đã có nhiều tiến bộ về kỹ thuật ngoại khoa, cũng như vai trò của các phương pháp điều trị phối hợp. Để góp phần đánh giá kết quả điều trị UDCN hiện nay, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và kết quả điều trị phẫu thuật u di căn não tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức" với 2 mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh của người bệnh u di căn não*

2. *Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật u di căn não tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu trên 111 người bệnh UDCN tại trung tâm Phẫu thuật Thần kinh, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, thời gian từ tháng 6/2021 đến tháng 12/2022.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:**

+ Chẩn đoán xác định là UDCN dựa trên kết quả giải phẫu bệnh sinh thiết não.

+ Chẩn đoán xác định là UDCN dựa trên kết quả giải phẫu bệnh sinh thiết từ cơ quan nguyên phát.

- **Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân:**

+ Bệnh nhân nghi ngờ UDCN nhưng không có chỉ định can thiệp (sinh thiết, phẫu thuật)

+ Người bệnh hoặc người nhà từ chối nghiên cứu.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

- Cỡ mẫu và chọn mẫu: mẫu thuận tiện: Bệnh nhân phẫu thuật não: 81, bệnh nhân được sinh thiết u của cơ quan nguyên phát: 30.

- Chỉ tiêu nghiên cứu chính:

• Mục tiêu 1 (N = 111):

+ Đánh giá đặc điểm lâm sàng: Tiền sử, triệu chứng lâm sàng, tri giác, điểm Karnofsky, triệu chứng toàn thân.

+ Kết quả chụp Cộng hưởng từ (MRI) để đánh giá vị trí, hình thái, tính chất ngấm thuốc, mức độ phù não, đè đẩy đường giữa.

• Mục tiêu 2 (N = 81):

+ Cách thức phẫu thuật, phương tiện hỗ trợ, biến chứng sau phẫu thuật sinh não.

+ Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật: Sự cải thiện các triệu chứng lâm sàng, thời gian sống thêm, di chứng, thang điểm Glassgow outcome score (GOS), chất lượng cuộc sống theo thang điểm Karnofsky.

+ Thời điểm đánh giá: Trước mổ (GCS, Karnofsky), sau mổ, 6 tháng sau mổ (GOS, Karnofsky).

Xử lý số liệu: Các số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 26.

Đạo đức nghiên cứu: Được đồng thuận của bệnh nhân, gia đình, bệnh viện, Hữu nghị Việt Đức và hội đồng đạo đức trường Đại học Y Hà Nội.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh (MRI) u di căn não (N = 111)**

**3.1.1. Đặc điểm lâm sàng:**

*Tuổi:* Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi: độ tuổi trung bình: 58,55 ± 9,95, có 7,21% các trường hợp thuộc nhóm tuổi 30-39, nhóm tuổi từ 40-49 chiếm tỉ lệ: 8,11 %, nhóm tuổi 50-

60 tuổi: 30,04%, và nhóm tuổi trên 60 tuổi: 48,65%.

**Giới tính:** Trong 111 bệnh nhân được nghiên cứu: Tỷ lệ U di căn não gặp ở nam chiếm tỷ lệ: 71,17%, ở nữ: 28,83%.

**Triệu chứng lâm sàng:** Triệu chứng đau đầu gặp 97,3%, nôn, buồn nôn 83,8%. Tri giác trước mổ (GCS): 83,8% có tri giác 15đ, 16,2% có tri giác từ 9-14 điểm. Các triệu chứng thần kinh khu trú: Yếu liệt 1/2 cơ thể: 45%, tổn thương thần kinh sọ: 18,9%, thất ngôn: 10,8%... và không có triệu chứng TKKT: 25,2%.

**3.1.2. Cộng hưởng từ sọ não:**

**Số lượng, kích thước và hình thái:** U di căn não nguồn gốc phổi: 1 ổ (43%), 2-3 ổ (20,3%), > 3 ổ (36,7%), nguồn gốc niệu dục: 1 ổ (100%), nguồn gốc melanoma: 1 ổ (66,7%), > 3 ổ (33,3%). Trên 111 bệnh nhân: Đường kính lớn nhất của ổ di căn lớn nhất trên 1 bệnh nhân có kích thước trung bình là: 37,86 ± 1.428 mm. Ổ di căn có đường kính lớn nhất là: 82mm. Hình thái u: tròn: 77 (69,4%), có vách: 19 (17,1%), không vách: 92 (82,9%), bờ đều: 52 (46,8%)...

**Tính chất ngấm thuốc trên phim MRI có tiêm thuốc:** Đối với u di căn não nguồn gốc phổi: 17,7% (Tăng tín hiệu), 62% (giảm), 8,9% (đồng), 11,4 % (hỗn hợp), vú: 50% (tăng), 50% (giảm), tiêu hóa: 40% (tăng), 40% (giảm), 20% (hỗn hợp). Nguồn gốc melanoma: 66,7% (tăng) và 33,3% (giảm).

**Nguồn gốc u nguyên phát theo định hướng chẩn đoán hình ảnh trước mổ**

**Bảng 1: Định hướng nguồn gốc u trên chẩn đoán hình ảnh trước mổ**

	N	%
Phổi	76	68,5
Vú	0	0
Tiêu hóa	4	3,6
Niệu dục	0	0
U hắc tố	0	0
Vòm mũi họng	5	4,5
Tuyến giáp	0	0
Khác	26	23,4
<b>Tổng</b>	<b>111</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Theo chẩn đoán hình ảnh trước mổ định hướng: U di căn não nguồn gốc phổi chiếm 68,5%, tiêu hóa: 3,6%, vòm mũi họng: 4,5%, không xác định: 26%.

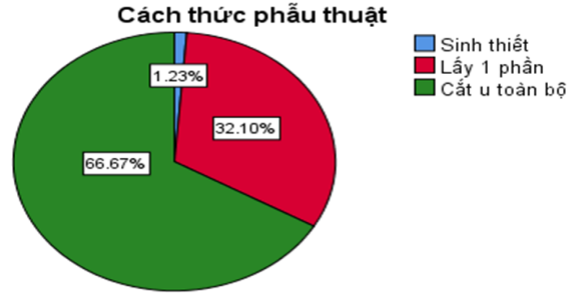
**3.2. Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật (N = 81)**

**3.2.1. Phẫu thuật u di căn não**

**Tỷ lệ phẫu thuật trên não:** Trong nghiên cứu 111 trường hợp u di căn não: tỷ lệ phẫu thuật não chiếm: 73% (81 trường hợp), sinh thiết phổi

chiếm: 27% (30 trường hợp).

**Cách thức phẫu thuật:**



**Biểu đồ 1: Cách thức phẫu thuật (N = 81)**

**Nhận xét:** Theo kết quả của biểu đồ: Trong 81 trường hợp phẫu thuật u não có: 1 (1,2%) sinh thiết u dưới hướng dẫn của định vị thần kinh, 26 (32,1%) bệnh nhân lấy một phần khối u, 54 (66,7%) lấy toàn bộ khối u.

**Các phương tiện hỗ trợ sử dụng trong phẫu thuật:** Trong phẫu thuật não 69,1% sử dụng Neuronavigation, 79% sử dụng kính vi phẫu, 13,6% sử dụng nội soi, 100% sử dụng khung giá đầu trong mổ.

**Biến chứng sau mổ**

**Bảng 2: Các biến chứng sau mổ (N=81)**

Biến chứng	N	%
Chảy máu	2	2,4
Phù não	5	6,2
Nhiễm trùng	0	0
Não úng thủy	1	1,2
Rò dịch não tủy	0	0

**Nhận xét:** Biến chứng sau mổ gặp phải: chảy máu: 2 (2,4%) các trường hợp, phù não: 5 (6,2%), Giãn não thất: 1 (1,2%). Trong đó có 1 trường hợp phải phẫu thuật lại vì 2 biến chứng phù não và giãn não thất.

**Sự phù hợp kết GPB của phẫu thuật u di căn não với định hướng chẩn đoán hình ảnh (%) trước mổ:** Sự phù hợp đối với ung thư phổi là 87%, tiêu hóa và vòm mũi họng là 100%.

**Nguồn gốc u nguyên phát theo kết quả giải phẫu bệnh:** Phổi: 71,2%, vú: 1,8%, u hắc tố: 2,7%, tiêu hóa: 4,5%, không xác định: 15,6%.

**3.2.2. Điều trị phối hợp**

**Điều trị phối hợp với phẫu thuật:** Trong số 81 bệnh nhân được phẫu thuật não: 36 (44,4%) bệnh nhân được điều trị phối hợp hóa xạ trị, điều trị miễn dịch và điều trị đích, 45 (55,6%) bệnh nhân không được điều trị phối hợp đa mô thức.

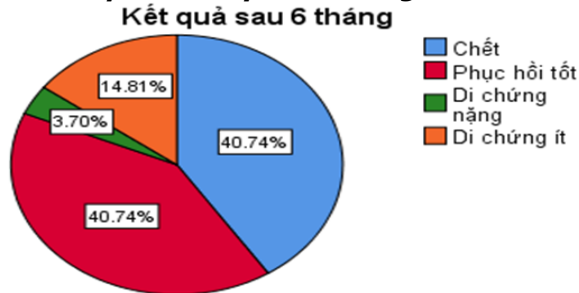
**Điều trị u nguyên phát:** Đối với u nguyên phát có 47 (58%) các trường hợp không điều trị u nguyên phát. 30 (27%) trường hợp sinh thiết phổi để phối hợp kháng định chẩn đoán. 7 (8,6%) các trường hợp phẫu thuật loại bỏ u

nguyên phát có thể trước và sau phẫu thuật u di căn não. 34 (42%) bệnh nhân được phối hợp điều trị u nguyên phát bằng đa mô thức.

**3.3. Kết quả điều trị**

**Đánh giá kết quả điều trị sau phẫu thuật:** Bệnh nhân đau đầu trước phẫu thuật (98,8%), sau phẫu thuật (30,9%). Nôn hoặc buồn nôn trước phẫu thuật (17,3%), sau phẫu thuật (8,6%). Liệt 1/2 người trước phẫu thuật (40,7%), sau phẫu thuật (13,6%). Thất ngôn trước phẫu thuật (9,9%), sau phẫu thuật (2,5%).

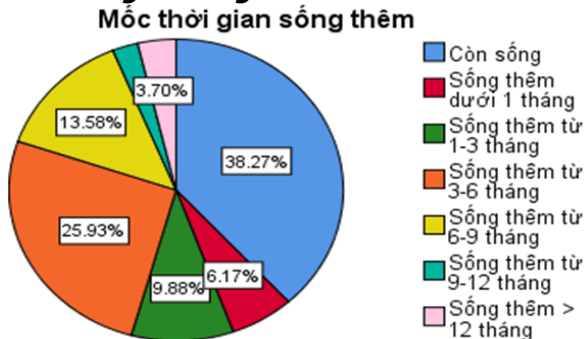
**Kết quả điều trị sau 6 tháng:**



**Biểu đồ 2: Kết quả điều trị sau 6 tháng (N=81)**

**Nhận xét:** Theo kết quả của bảng trên: Kết quả khám lại sau 6 tháng: 33 (40,7%) các trường hợp tử vong. Phục hồi tốt: 33 (40,7%), di chứng nhẹ 12 (14,8%), di chứng nặng: 3 (3,7%).

**Thời gian sống thêm:**



**Biểu đồ 3: Thời gian sống thêm (N = 81)**

**Nhận xét:** Theo biểu đồ trên: Thời gian sống thêm dưới 1 tháng: 5 (6,2%). Thời gian sống thêm 1-3 tháng: 8 (9,8%). Thời gian sống thêm 3-6 tháng: 21 (25,9%), 6-9 tháng: 11 (13,6%), 9-12 tháng: 2 (2,5%) và > 12 tháng: 3 (3,7%). Hiện tại tính đến thời điểm tháng 6/2023 có 31 (38,3%) các trường hợp còn sống.

**Mối liên quan giữa thời gian sống thêm và điều trị bổ trợ:**

**Bảng 3: Mối liên quan giữa thời gian sống thêm và điều trị bổ trợ (N = 81).**

Thời gian sống thêm	Không điều trị bổ trợ (%)	Điều trị bổ trợ (%)	Tổng
< 1 tháng	6,2	0	6,2
1-3 tháng	9,9	0	9,9
3- 6 tháng	18,5	7,4	25,9
6-9 tháng	9,9	3,7	13,6
9-12 tháng	1,2	1,2	2,5
>12 tháng	0	3,7	3,7
Còn sống	9,9	28,4	38,3
<b>Tổng</b>	<b>55,6</b>	<b>44,4</b>	<b>100</b>

Thời gian sống thêm	Không điều trị bổ trợ (%)	Điều trị bổ trợ (%)	Tổng
< 1 tháng	6,2	0	6,2
1-3 tháng	9,9	0	9,9
3- 6 tháng	18,5	7,4	25,9
6-9 tháng	9,9	3,7	13,6
9-12 tháng	1,2	1,2	2,5
>12 tháng	0	3,7	3,7
Còn sống	9,9	28,4	38,3
<b>Tổng</b>	<b>55,6</b>	<b>44,4</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Theo kết quả của bảng trên: Thời gian sống thêm < 1 tháng: 6,2% ở nhóm không điều trị bổ trợ, 0% ở nhóm có điều trị bổ trợ. Thời gian sống thêm 6-9 tháng: 9,9% ở nhóm không điều trị và 3,7% ở nhóm có điều trị. Thời gian sống thêm > 12 tháng: 0% ở nhóm không điều trị và 3,7% ở nhóm điều trị. Tỷ lệ còn sống ở nhóm điều trị bổ trợ là 28,4% và ở nhóm không điều trị là 9,9% (p=0,00).

**Chất lượng cuộc sống với phương pháp điều trị**

**Bảng 4: Chất lượng cuộc sống với phương pháp điều trị (N=81)**

Karnofsky	<70		70-90		100	
	N	%	N	%	N	%
Phẫu thuật	24	53,3	20	44,4	1	2,2
PT + Điều trị phối hợp	9	25	25	69	2	5,6

**Nhận xét:** Theo kết quả của bảng trên: Tỷ lệ bệnh nhân có điểm Karnofsky sau mổ <70 ở nhóm phẫu thuật đơn thuần là: 24 (53,3%), ở nhóm điều trị đa mô thức là: 9 (25%). Bệnh nhân có điểm Karnofsky sau mổ ở nhóm phẫu thuật đơn thuần là: 20 (44,4%), ở nhóm điều trị đa mô thức: 25 (69%). Bệnh nhân có điểm Karnofsky sau mổ ở nhóm phẫu thuật đơn thuần là: 1 (2,2%), ở nhóm điều trị đa mô thức là: 2 (5,6%) (p= 0,034)

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh.**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình của bệnh nhân u di căn não là 58,55 ± 9,95. Tuổi thấp nhất là 30 và cao nhất là 79. Kết quả này tương đương với kết quả của một số nghiên cứu khác. Mai Trọng Khoa và cộng sự đã tiến hành nghiên cứu và cho kết quả: nhóm tuổi hay gặp là: 45-60, trên 60 tuổi là 34,7%. Thấp nhất là 28 và cao nhất là 84<sup>5</sup>. Nguyên nhân ung thư di căn não hay gặp ở người trung niên và cao tuổi có thể là do nguy cơ mắc ung thư nguyên phát tăng lên theo độ tuổi. Tỷ lệ giới chưa tính đến nguồn gốc u nguyên phát: nam và nữ là 71,17 và 28,83%. Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu gần đây tại Việt Nam như theo Đồng Văn Hệ tỷ lệ này là 66,1 và 38,9%. U di căn não thường có nguồn gốc phổi

đối với nam giới và nguồn gốc vú chỉ có ở nữ giới. Ung thư phổi có nguy cơ rất lớn là thói quen hút thuốc là kể cả chủ động và bị động, vì vậy cần chú ý cả về tiền sử sinh hoạt và gia đình của bệnh nhân. Ung thư tiên phát chiếm tỉ lệ nhiều nhất trong các khối u di căn não là ung thư phổi 71.2%. Theo những nghiên cứu gần đây tỷ lệ này là 64,4% theo nghiên cứu của Đồng Văn Hệ (2016). Theo nghiên cứu của Hiệp hội Ung thư học Thần kinh và Hiệp hội Thần kinh Châu Âu từ năm 2010 đến 2015 tỷ lệ này là 80%. Tỷ lệ ung thư nguyên phát từ vú (1,8%), hắc tố (2,7%), vòm mũi họng (5,4%), và có 10,8% trường hợp không tìm thấy dấu hiệu của ung thư nguyên phát. Vì ung thư phổi chiếm tỷ lệ cao trong các loại ung thư nói chung nên phần nào lý giải được tỷ lệ ung thư phổi di căn não chiếm tỷ lệ cao. Bệnh nhân có sự chuẩn bị hầu hết không có rối loạn tri giác: tỉnh táo hoàn toàn: 83,8%, có sự rối loạn nhẹ do sự chèn ép của khối u gây nên sự chậm chạp trong ý thức: 16,2%.

Số lượng tổn thương thứ phát trên não đưa ra khoảng 47,7% là di căn đơn ổ, 17,7% là 2-3 ổ, và 35,1% là di căn nhiều ổ. Kích thước trung bình được đo dựa vào đường kính lớn nhất của ổ di căn lớn nhất trên từng bệnh nhân là:  $37,86 \pm 1,43$  mm. Đánh giá theo thang điểm Karnofsky trước mổ thấy rằng: Bệnh nhân có điểm Karnofsky vào viện chiếm 34,2%, điều này thể hiện sự chậm muộn và vấn đề chăm sóc sức khỏe của tuyến dưới chưa thực sự đúng đắn và sâu sắc. Bệnh nhân có điểm Karnofsky trên 70 còn tự chăm sóc được cho bản thân trong sinh hoạt bình thường.

**4.2. Đánh giá kết quả điều trị.** Tỷ lệ được phẫu thuật lấy hết u theo nghiên cứu của chúng tôi là 66,7%, lấy một phần: 32,1% và có 1 bệnh nhân được sinh thiết tổn thương. Với sự hỗ trợ của các phương tiện định vị thần kinh, kính vi phẫu, nội soi khả năng lấy u triệt để hơn và ít gây tổn thương cho nhu mô não lành, giảm tỷ lệ biến chứng do phẫu thuật. Tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối thấp: chảy máu (2,4%), phù não (6,2%), não úng thủy (1,2%), tuy nhiên chỉ có 1 trường hợp phải mổ lại do phù não và não úng thủy. Số lượng bệnh nhân được điều trị phối hợp chiếm 44,4%, số còn lại không được điều trị phối hợp do nhiều nguyên nhân: Thể trạng bệnh nhân không cho phép, điều kiện kinh tế, kết cục điều trị chưa đảm bảo cho sự tăng lên về thời gian và chất lượng sống, ngoài ra còn do trình độ dân trí cũng như sự tự vấn từ phía thầy thuốc.

Người bệnh có thời gian sống thêm rất khác

nhau, phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố. Sau 6 tháng, tỷ lệ tử vong 40,7%, tỷ lệ phục hồi tốt 40,7%, di chứng nhẹ 14,8%, di chứng nặng 3,7%. Theo Đồng Văn Hệ thời gian trung bình sống thêm sau phẫu thuật là  $6,4 \pm 3,1$  tháng, với thời gian sống thấp nhất là 1 tháng và nhiều nhất là 14 tháng<sup>6</sup>. Theo Hiệp hội Y học Brazil hầu hết các bệnh nhân có thời gian sống trung bình là dưới 2 tháng nếu không điều trị. Theo Arita H, Narita Y (2014) thời gian sống thêm trung bình sau phẫu thuật ở mọi trường hợp là 12,4 tháng<sup>7</sup>. Chất lượng cuộc sống sau mổ tính theo thang điểm Karnofsky được cải thiện đáng kể: Nhóm bệnh nhân có Karnofsky < 70 (40,7%), từ 70-90 (55,6%) và 100 điểm (3,7%). Theo nghiên cứu của S.Yoshida và K.Morii (2004), nghiên cứu trên 646 bệnh nhân thấy rằng nhóm được phẫu thuật có Karnofsky lớn hơn nhóm không được phẫu thuật. Mục tiêu của phẫu thuật phối hợp điều trị đa mô thức là giảm nhẹ sự xâm phạm tối thiểu đến chất lượng sống của bệnh nhân<sup>8</sup>.

## V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh trên 111 bệnh nhân: Nhóm tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ mắc bệnh cao nhất: 48,65%, gặp ở nam là 71,17%, ở nữ là 28,83%. Triệu chứng đau đầu gặp ở 97,3%, triệu chứng thần kinh khu trú: 45% yếu ½ cơ thể, 18,9% tổn thương thần kinh sọ. Định hướng nguồn gốc UDCN dựa trên chẩn đoán hình ảnh: Phổi: 68,5%, tiêu hóa: 3,6%, chưa xác định: 23,4%. Trong số 111 bệnh nhân có 81 trường hợp được phẫu thuật sinh thiết não, 30 trường hợp sinh thiết từ cơ quan nguyên phát. Trong 81 trường hợp phẫu thuật sinh thiết não: Nguồn gốc theo giải phẫu bệnh sau mổ: Phổi: 71,2%, vú: 1,8%, tiêu hóa: 4,5%, ngoài ra có 10,8% không xác định được nguồn gốc u nguyên phát. Biến chứng phẫu thuật: chảy máu: 2,4%, phù não: 6,2%, não úng thủy 1,2% trong đó có 1 trường hợp phải phẫu thuật lại vì biến chứng phù não và não úng thủy. Thời gian sống thêm trung bình ở nhóm có điều trị bổ trợ sau phẫu thuật lớn hơn nhóm không điều trị bổ trợ: 0% ở nhóm không điều trị bổ trợ, 8,3% nhóm có bổ trợ. Tỷ lệ còn sống: 63,9% ở nhóm có điều trị và 17,8% ở nhóm không điều trị bổ trợ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Amsbaugh MJ, Kim CS.** Brain Metastasis. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2023. Accessed May 17, 2023. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470246/>

2. **Nathoo N, Toms SA, Barnett GH.** Metastases to the brain: current management perspectives. *Expert Rev Neurother.* 2004;4(4):633-640. doi:10.1586/14737175.4.4.633
3. **Eichler AF, Loeffler JS.** Multidisciplinary management of brain metastases. *Oncologist.* 2007;12(7):884-898. doi:10.1634/theoncologist.12-7-884
4. **Smedby KE, Brandt L, Bäcklund ML, Blomqvist P.** Brain metastases admissions in Sweden between 1987 and 2006. *Br J Cancer.* 2009;101(11):1919-1924. doi:10.1038/sj.bjc.6605373
5. **Phuong PC, Luan ND, Trang VTH, Schild SE, Rades D, Khoa MT.** Radiosurgery with a Rotating Gamma System: A Very Effective Treatment for Symptomatic Cerebral Cavernomas. *Anticancer Res.* 2017;37(7):3729-3733. doi:10.21873/anticancer.11746
6. **Đông Văn Hệ PGS.** Đặc điểm lâm sàng chẩn đoán hình ảnh u di căn não và thái độ xử trí. Published online 2016:781-783.
7. **Arita H, Narita Y, Miyakita Y, Ohno M, Sumi M, Shibui S.** Risk factors for early death after surgery in patients with brain metastases: reevaluation of the indications for and role of surgery. *J Neurooncol.* 2014;116(1):145-152. doi:10.1007/s11060-013-1273-5
8. **Buckner J.** Surgery, radiation therapy, and chemotherapy for metastatic tumors to the brain. *Curr Opin Oncol.* 1992;4(3):518-524. doi:10.1097/00001622-199206000-00016

## KẾT QUẢ HÓA TRỊ PACLITAXEL TRONG UNG THƯ VÚ TÁI PHÁT DI CĂN TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU HÀ NỘI

Thân Văn Thịnh<sup>1</sup>, Bùi Vinh Quang<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả hóa trị Paclitaxel trong ung thư vú tái phát di căn tại bệnh viện Ung bướu Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 120 bệnh nhân ung thư vú tái phát di căn điều trị bằng phác đồ Paclitaxel tại bệnh viện Ung bướu Hà Nội từ tháng 01/2018 đến tháng 01/2022. **Kết quả:** 120 bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu, tuổi trung bình là 59,6 ± 8,8 tuổi. Tỷ lệ đáp ứng chung của phác đồ là 37,5%, trung bình thời gian sống thêm không bệnh tiến triển (PFS) là 8,6±2,34 tháng. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 3 năm là 35,5%. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm là 20,0%. Đặc tính của phác đồ thường gặp ở độ 1,2. Tác dụng không mong muốn (TDKMM) hay gặp nhất là rụng tóc (37,5%), chán ăn (25,0%); ít gặp hơn là nôn/buồn nôn (6,7%), tiêu chảy (5,8%), dị ứng (1,6%). **Kết luận:** Điều trị ung thư vú tái phát di căn bằng phác đồ Paclitaxel có tỷ lệ đáp ứng tương đối tốt, giúp cải thiện thời gian sống không bệnh tiến triển và thời gian sống thêm toàn bộ cho bệnh nhân.

**Từ khóa:** Paclitaxel, ung thư vú di căn, sống thêm không bệnh, sống thêm toàn bộ.

### SUMMARY

#### THE RESULTS OF PACLITAXEL REGIMEN FOR RECURRENT OR METASTATIC IN BREAST CANCER

**Objectives:** Describe some clinical and subclinical characteristics of metastatic breast cancer

patients and evaluate the results of paclitaxel regimen for recurrent or metastatic in breast cancer. **Patients and methods:** A retrospective study on 120 patients with recurrent or metastatic in breast cancer were treated with paclitaxel chemotherapy regimen at Hanoi Oncology Hospital from 01/2018 to 01/2022. **Results:** 120 patients enrolled, the average age was 59.6 ± 8.8. The overall response rate (ORR) of the regimen was 37.5%. The mean progression-free survival was 8.6±2.34 months. The rate overall survival 3 years was 35.5%. The rate overall survival 5 years was 20,0%. The common toxicity was hair loss (37,5%), anorexia (25.0%), nausea (6.7%), diarrhea (5.8%); allergy (1.6%). **Conclusion:** Treatment of metastatic recurrent breast cancer with Paclitaxel regimen has a relatively good response rate, which improves progression-free survival and overall survival for patients.

**Keywords:** Paclitaxel, metastatic breast cancer, progression-free survival, overall survival.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là loại ung thư phổ biến nhất ở phụ nữ và là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư ở phụ nữ nhiều nước trên thế giới. Theo GLOBOCAN 2020, lần đầu tiên trên toàn cầu ung thư vú vượt qua ung thư phổi trở thành bệnh ung thư phổ biến nhất có 2.261.419 ca mắc mới và khoảng 684.996 trường hợp tử vong vì UTV<sup>1</sup>. Mặc dù có nhiều tiến bộ trong điều trị hỗ trợ UTV tái phát, di căn vẫn là một vấn đề lâm sàng lớn ảnh hưởng đến số lượng lớn bệnh nhân. Trong UTV tái phát di căn, điều trị toàn thân đóng vai trò chủ yếu, điều trị vùng theo từng cá thể. Việc lựa chọn phác đồ hóa chất dựa trên nhiều yếu tố như thể trạng bệnh nhân, các phác đồ hóa chất đã dùng trước đó, hiệu quả điều trị và độc tính

<sup>1</sup>Bệnh viện Ung bướu Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Thân Văn Thịnh

Email: drthinhungbuou@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2023

Ngày duyệt bài: 25.8.2023