

xương thứ phát, gây viêm rò vết mổ với 1 trường hợp viêm rò tái lại hai lần, cần xử trí làm sạch ổ viêm, lấy mảnh xương chết. Còn lại 9/12 vật đạt kết quả tốt.

V. KẾT LUẬN

Vật đùi trước ngoài tự do là một trong những lựa chọn tối ưu với sức sống rất cao, cuống mạch dài hằng định, ít hi sinh nơi cho vật thích hợp để tạo hình che phủ các tổn khuyết phức tạp vùng đầu mặt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Song Y.-g., Chen G.-z. and Song Y.-I. (1984) The free thigh flap: a new free flap concept based on the septocutaneous artery. British journal of plastic surgery.37 (2): 149-159.
2. Beasley N. J., Gilbert R. W., Gullane P. J. et al (2004) Scalp and forehead reconstruction using free revascularized tissue transfer. Archives of facial plastic surgery.
3. Nguyễn Hồng Hà (2010) Nghiên cứu ứng dụng

- tạo hình sớm vết thương phần mềm phức tạp đầu mặt. Luận án Tiến sỹ Y học, Viện nghiên cứu Y Dược Lâm sàng 108.
4. Trần Thiết Sơn (2007) Nhận xét các kết quả tạo hình khuyết lớn da đầu. Tạp chí y học Việt Nam. Tập 339: 137-141.
 5. Lutz B., Wei F., Chen H. et al (1998) Reconstruction of scalp defects with free flaps in 30 cases. British journal of plastic surgery.51 (3): 186-190.
 6. Dalay C., Kesiktas E., Yavuz M. et al (2006) Coverage of scalp defects following contact electrical burns to the head: a clinical series. Burns.32 (2): 201-207.
 7. Yildirim S., Gideroğlu K. and Aköz T. (2003) Anterolateral thigh flap: ideal free flap choice for lower extremity soft-tissue reconstruction. Journal of reconstructive microsurgery.19 (04): 225-234.
 8. Lee J. C., St-Hilaire H., Christy M. R. et al (2010) Anterolateral thigh flap for trauma reconstruction. Annals of plastic surgery.64 (2): 164-168.

KẾT QUẢ GHÉP TẾ BÀO GỐC ĐỒNG LOẠI ĐIỀU TRỊ SUY TỬY XƯƠNG VÀ PHÂN TÍCH MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ GHÉP TẠI VIỆN HUYẾT HỌC TRUYỀN MÁU TRUNG ƯƠNG NĂM 2017 - 2022

Cao Hà My^{1,2}, Võ Thị Thanh Bình¹, Nguyễn Bá Khanh^{1,2},
Bạch Quốc Khánh¹, Nguyễn Hà Thanh^{1,2}

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh về kết quả điều trị ghép tế bào gốc đồng loài trên 26 bệnh nhân suy tủy xương tại Viện Huyết học Truyền máu Trung Ương giai đoạn 2017-2022. Kết quả nghiên cứu về xác suất sống toàn bộ 3 năm là 83,3%, tất cả bệnh nhân đều có hồi phục tế bào máu, có 3/26 bệnh nhân tử vong. Biến chứng thường gặp nhất là nhiễm trùng (96,2%), tiếp theo là bệnh ghép chống chủ mạn (38,5%) và cấp (23,1%). Phân tích một số yếu tố trước ghép với tình trạng sống sót không tìm thấy mối liên quan có nghĩa thống kê. Chúng tôi kết luận ghép tế bào gốc đồng loài hòa hợp HLA hoàn toàn điều trị suy tủy xương mắc phải là phương pháp điều trị có hiệu quả cao, cần được ứng dụng rộng rãi hơn với bệnh nhân >40 tuổi hoặc kém đáp ứng liệu pháp ức chế miễn dịch.

SUMMARY

¹Viện Huyết học Truyền máu Trung Ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Cao Hà My

Email: md.mycao@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.9.2023

Ngày duyệt bài: 4.10.2023

RESULT OF ALLOGENEIC TRANSPLANT FOR TREATMENT OF APLASTIC ANEMIA AND ANALYSIS OF FACTORS RELATED TO TRANSPLANT EFFECTIVENESS AT THE NATIONAL INSTITUTE OF HEMATOLOGY AND BLOOD TRANSFUSION DURING PERIOD 2017-2022

The study illustrated the outcome of allogeneic stem cell transplantation in 26 patients with severe aplastic anemia at National Institute of Hematology and Blood Transfusion from 2017 to 2022. We found that 3-year overall survival was 83,3%, all patients had hematopoietic recovery in which 3/ 26 patients died. The most common complication was infection (96,2%), followed by chronic (38,5%) and acute graft-versus-host disease (23,1%). Various factors were employed on the univariate Cox analysis of survival, in which we found no statistically significant correlation. We conclude that allogeneic stem cell transplantation from a matched related donor with peripheral blood as stem cell source is a highly effective treatment for severe aplastic anemia and should be applied more widely in patients >40 years of age or with poor response to immunosuppressive therapies.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tủy xương là tình trạng tủy xương giảm hoặc bất sản, dẫn đến giảm số lượng tế bào máu ngoại vi, có thể do nguyên nhân bẩm sinh hoặc mắc phải. Phương pháp điều trị được lựa chọn dựa trên độ tuổi bệnh nhân, thể trạng, và có hay không có người hiến hòa hợp HLA hoàn toàn. Điều trị bước một của bệnh nhân dưới 40 tuổi suy tủy xương mức độ nặng là ghép tế bào gốc đồng loài từ người hiến hòa hợp HLA hoàn toàn¹. Với bệnh nhân trên 40 tuổi, do nguy cơ tử vong và độc tính liên quan đến ghép tế bào gốc, liệu pháp ức chế miễn dịch là phương pháp được ưu tiên². Tại Việt Nam, ghép tế bào gốc ngày càng được chỉ định rộng rãi với bệnh nhân suy tủy xương, đặc biệt là nguồn tế bào gốc từ người hiến cùng huyết thống hòa hợp hoàn toàn³. Do vậy, nghiên cứu này thực hiện nhằm mô tả kết quả ghép tế bào gốc đồng loài cho bệnh nhân suy tủy xương tại Viện Huyết học Truyền máu Trung ương, đồng thời phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả ghép.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh, thực hiện tại Viện Huyết học – Truyền máu Trung Ương từ 01/2017 đến 12/2022. Đối tượng nghiên cứu là 26 bệnh nhân suy tủy xương với tiêu chuẩn lựa chọn gồm (1) suy tủy xương mức độ nặng hoặc rất nặng, (2) điều trị ghép tế bào gốc đồng loài lần đầu, (3) có người hiến tế bào gốc là anh chị em ruột có xét nghiệm hòa hợp HLA tối thiểu 7/8 hoặc 9/10 allele (HLA-A, -B, -C, -DRB1, -DQB1), (4) không nhiễm HIV, HBV, HCV giai đoạn tiến triển hoặc bệnh mạn tính.

Quy trình nghiên cứu: (1) bệnh nhân được thực hiện các xét nghiệm đánh giá bệnh, phác

đồ điều kiện hóa gồm Cyclophosphamide (Cy)+Fludarabine (Flu)+Antithymoglobin ngựa (hATG) (Cy 60mg/kg/ngày D-8 và D-7, Flu 25mg/m²/ngày từ D-6 đến D-2, hATG 40mg/kg/ngày từ D-6 đến D-3), phác đồ dự phòng bệnh ghép chống chủ (GVHD) gồm Cyclosporin A (CsA) + Methotrexate (MTX) (CsA 3mg/kg/ngày từ D-4 trong một năm đầu, MTX 5mg/m²/ngày D+1, D+3, D+6); (2) người hiến được thực hiện xét nghiệm xác định tính phù hợp và tình trạng bệnh kèm theo nếu có, sau đó huy động, gạn tách và đánh giá chất lượng tế bào gốc trước khi truyền cho bệnh nhân (đếm số lượng tế bào CD34+, đánh giá tỉ lệ sống tế bào bằng xanh trypan); (3) theo dõi kết quả ghép bao gồm: quá trình mọc mảnh, biến chứng ghép và tình trạng sống sót ghép trong 3 năm.

Nghiên cứu tuân thủ các quy định về đạo đức nghiên cứu liên quan đến con người theo hiệp ước Helsinki. Bệnh nhân và người hiến đã được giải thích đầy đủ về những lợi ích, nguy cơ và ký vào bản cam kết tự nguyện tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Trong 26 bệnh nhân nghiên cứu, tất cả bệnh nhân đều có độ tuổi dưới 40, nhỏ tuổi nhất là 7. CD55/59 hồng cầu hoặc bạch cầu dương tính gặp ở 4 bệnh nhân (15,4%). Có 14 bệnh nhân (53,8%) điều trị ức chế miễn dịch trước ghép với trung vị thời gian 3,4 tháng (95% CI: 0,9-7,8), trong đó có 7 bệnh nhân điều trị bằng Eltrombopag (26,9%) với trung vị thời gian 2 tháng (95% CI 0,4-5,3). Có 4 bệnh nhân (15,4%) bệnh nhân có anti-HLA.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Chỉ số nghiên cứu	Kết quả
Số lượng bệnh nhân	26
Tuổi khi ghép tế bào gốc, trung bình (năm)	23,6 ± 9.6
<18 tuổi/≥18 tuổi, n (%)	9 (34,6) / 17 (65,4)
Giới Nam/Nữ, n (%)	14 (53,8) / 12 (46,2)
Thời gian điều trị trước ghép theo tháng, trung vị (khoảng)	4.7 (1,1-25)
≤ 6 tháng/> 6 tháng, n (%)	15 (57,7) / 11 (42,3)
Truyền máu trước ghép, n (%)	26 (100)
Số đơn vị khối hồng cầu/khối tiểu cầu, trung vị (khoảng)	18 (0-77) / 36 (4-192)
Bất đồng nhóm máu	
Không bất đồng/Bất đồng thứ yếu/Bất đồng chủ yếu, n (%)	17 (65,4) / 7 (26,9) / 2 (7,7)
Bất đồng giới tính	
Có bất đồng/Không bất đồng, n (%)	9 (34,6) / 17 (75,4)
Liều tế bào CD34+, trung bình (x 10⁶/kg)	8,2 ± 2,5

3.2. Kết quả ghép tế bào gốc đồng loài điều trị suy tủy xương và phân tích một số yếu tố liên quan đến kết quả ghép

Xác suất sống toàn bộ 3 năm sau ghép của nghiên cứu là 83,3%, có ba bệnh nhân tử vong (bảng 3). Nhiễm trùng là biến chứng sau ghép phổ biến nhất, trong đó thường gặp nhất là CMV tái hoạt động (84,6%), tuy nhiên không ghi nhận

biến chứng nặng liên quan đến CMV. Biến chứng suy chức năng mảnh ghép gặp ở hai bệnh nhân, chỉ có một bệnh nhân đáp ứng với điều trị, bệnh nhân còn lại tử vong. Chúng tôi đã dùng phân tích Cox để tìm hiểu ảnh hưởng của một số yếu tố đơn biến trước ghép với tình trạng sống sót, tuy nhiên không tìm thấy mối liên quan có nghĩa thống kê.

Bảng 2. Kết quả ghép tế bào gốc đồng loài điều trị suy tủy xương

Chỉ số nghiên cứu	Kết quả
Xác suất sống toàn bộ 3 năm sau ghép, trung bình (%)	83,3
Hồi phục tế bào máu, n (%)	26 (100)
Bạch cầu/tiểu cầu/hồng cầu, trung vị (khoảng), ngày	14 (9-32) / 12 (9-33) / 11 (3-26)
Chimerism hoàn toàn/hỗn hợp	16 (61,5) / 10 (34,5)
Biến chứng sốt giảm bạch cầu hạt, n (%)	17 (65,4)
Biến chứng nhiễm trùng, n (%)	25 (96,2)
Nhiễm vi khuẩn/Nhiễm vi nấm/Virus, n (%)	10 (38,5) / 2 (7,7) / 22 (84,6)
Biến chứng CMV tái hoạt động, n (%)	22 (84,6)
Ngày xuất hiện, trung vị (khoảng)	38 (25,5-60,9)
Số lần xuất hiện, trung bình	2,5 ± 0,7
Bệnh ghép chống chủ cấp, n (%)	6 (23,1)
Phân độ I-II / III, n (%)	5 (19,2) / 1 (3,8)
Vị trí: Da/Gan/Tiêu hóa, n	4 / 0 / 3
Bệnh ghép chống chủ mạn, n (%)	10 (38,5)
Mức độ nhẹ/trung bình, n (%)	6 (23,1) / 4 (15,4)
Vị trí: Da/Mắt/Miệng/Tiêu hóa/Gan/Phổi, n	3 / 4 / 10 / 1 / 1 / 1
Số bệnh nhân tử vong sau ghép, n (%)	3 (11,5)

Bảng 3. Đặc điểm bệnh nhân tử vong sau ghép

	Bệnh nhân 4	Bệnh nhân 5	Bệnh nhân 15
Tuổi khi ghép (năm)	15	29	35
Giới bệnh nhân / người hiến	Nữ / Nam	Nam / Nam	Nam / Nam
Nhóm máu bệnh nhân / người hiến	B+ / B+	B+ / B+	O+ / O+
Thời gian điều trị trước ghép (tháng)	4,6	3,2	25,1
Số khối hồng cầu / khối tiểu cầu dùng trước ghép	9 / 14	29 / 44	45 / 74
Bệnh kèm theo	Không	Không	Ồ loét cổ chân trái
Liều tế bào CD34+ (x10⁶/kg)	8,6	8,3	5,8
Ngày mọc bạch cầu / tiểu cầu	12 / 12	10 / 27	8 / -
Chimerism tế bào tủy / tế bào T (thời điểm)	100% / 100% (9 tháng)	59,5% / 85,6% (1 năm)	98,6% / 98,6% (2 tháng)
Biến chứng sau ghép	- Suy chức năng mảnh ghép sau 6 tháng, phụ thuộc truyền máu - CMV tái hoạt động	- Hội chứng PRES - Hội chứng thoát mạch (Capillary Leak syndrome) - CMV tái hoạt động - Rối loạn tâm thần, viêm màng não	- Hoại tử cẳng bàn chân trái - Shock nhiễm khuẩn - Áp xe gan, phổi, cơ đáy chậu phải - CMV tái hoạt động
Nguyên nhân tử vong	Suy mảnh ghép	Xuất huyết não	Shock nhiễm khuẩn

Ngày tử vong	D+345 (11,5 tháng)	D+686 (22,8 tháng)	D+68 (2 tháng)
---------------------	-----------------------	-----------------------	-------------------

Bảng 4. Mối liên quan giữa một số yếu tố và tình trạng sống sót

Chỉ số nghiên cứu	Hazard ratio (khoảng)	p
Tuổi (năm)	1,04 (0,92-1,17)	0,59
Có bất đồng giới	1,14 (0,10-12,64)	0,91
Có bất đồng nhóm máu	0,05 (0,00-608,40)	0,48
Thời gian điều trị trước ghép (tháng)	1,00 (0,99-1,01)	0,09
Khối hồng cầu (đơn vị)	1,04 (0,98-1,09)	0,18
Khối tiểu cầu (đơn vị)	1,01 (0,99-1,03)	0,50
Có CMV tái hoạt động	0,43 (0,04-4,69)	0,49
Chimerism hỗn hợp	2,93 (0,26-32,66)	0,38
Liều tế bào CD34+ (x10 ⁶ /tế bào sống)	0,85 (0,51-1,46)	0,57

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 26 bệnh nhân suy tủy xương mức độ nặng hoặc rất nặng, được ghép tế bào gốc, tất cả bệnh nhân đều có tiền sử truyền nhiều chế phẩm máu trước ghép và có đến 42,3% bệnh nhân được điều trị trước ghép >6 tháng. Chúng tôi đã lựa chọn phác đồ Cy+Flu+ATG dựa trên cơ sở nghiên cứu của Srinivasan và cộng sự do sự tương đồng trong đối tượng nghiên cứu: phần lớn bệnh nhân từng điều trị ức chế miễn dịch và phụ thuộc truyền hồng cầu và/hoặc tiểu cầu⁴. Nghiên cứu này cho thấy phác đồ điều kiện hóa có Fludarabine sẽ tăng khả năng ức chế tủy và tăng hiệu quả mọc mảnh ghép ở bệnh nhân.

Nguồn tế bào gốc sử dụng trong nghiên cứu này là từ máu ngoại vi. Nghiên cứu của Bacigalupo và cộng sự cho thấy việc dùng nguồn tế bào gốc từ tủy xương có ưu thế về xác suất sống toàn bộ ở mọi lứa tuổi và tỉ lệ gặp bệnh ghép chống chủ cấp và mạn thấp hơn⁵. Tuy nhiên, nguồn tế bào gốc từ máu ngoại vi thuận tiện về thức thu thập và cung cấp liều tế bào cao hơn; và trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả xác suất sống toàn bộ 3 năm là 83,3%, tương đương với ghép từ nguồn tủy xương trên thế giới. Như vậy, nguồn tế bào gốc từ máu ngoại vi vẫn là lựa chọn phù hợp với thực tiễn lâm sàng.

Về biến chứng sau ghép, tỉ lệ bệnh ghép chống chủ cấp và mạn trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao, lần lượt là 23,1% và 38,5%. Một số nghiên cứu ứng dụng khối tế bào gốc từ máu ngoại vi loại bỏ tế bào T một phần kèm hoặc không kèm chọn lọc CD34+ cho kết quả tỉ lệ bệnh nhân có bệnh ghép chống chủ cấp và mạn thấp hoặc giảm rõ rệt⁶. Đây là các phương án cải tiến khối tế bào gốc nên được nghiên cứu ứng dụng trên đối tượng bệnh nhân Việt Nam trong tương lai.

Nhiều nghiên cứu trên nguồn tế bào gốc từ máu ngoại vi so với tủy xương, người hiến cùng so với khác huyết thống, cho thấy một số yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng sống sót gồm tuổi cao hơn ngưỡng >20 hoặc >30 tuổi (tùy nghiên cứu), thời gian từ lúc chẩn đoán đến ghép kéo dài trên 114 ngày, >6 tháng hoặc >12 tháng (tùy nghiên cứu), xét nghiệm CMV của bệnh nhân và người hiến, nguồn tế bào gốc từ máu ngoại vi là các yếu tố tiên lượng xấu với tình trạng sống còn^{5,7,8}. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng phân tích Cox để tìm mối liên quan giữa một số yếu tố trước ghép và tình trạng sống sót, thể hiện bởi chỉ số Hazard ratio và p. Tất cả yếu tố được phân tích đều không đưa đến sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p>0,05). Điều này có thể lý giải bởi cỡ mẫu nhỏ (26) làm hạn chế thuật toán thống kê. Tuy nhiên, các kết quả nghiên cứu như trên có thể gợi ý rằng, hiện nay tại Việt Nam, ghép tế bào gốc đồng loài là phương pháp có hiệu quả cao trong điều trị suy tủy xương không kể phương pháp điều trị và thời gian điều trị trước ghép, liều tế bào CD34+, có hay không bất đồng về giới tính và nhóm máu giữa bệnh nhân và người hiến, tình trạng chimerism hỗn hợp. Cần thực hiện các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để thu được các phân tích đầy đủ và khách quan.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Từ các kết quả nghiên cứu trên, chúng tôi kết luận ghép tế bào gốc đồng loài từ người hiến cùng huyết thống phù hợp HLA hoàn toàn, với nguồn tế bào gốc từ máu ngoại vi là phương pháp điều trị có hiệu quả cao với suy tủy xương mức độ nặng. Chúng tôi kiến nghị chỉ định này nên được ứng dụng phổ biến hơn, đặc biệt là với bệnh nhân > 40 tuổi hoặc không đáp ứng với liệu pháp ức chế miễn dịch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bacigalupo A.** How I treat acquired aplastic anemia. *Blood*. 2017;129(11):1428-1436. doi: 10.1182/blood-2016-08-693481
- Young NS.** Aplastic Anemia. Longo DL, ed. *N Engl J Med*. 2018;379(17):1643-1656. doi: 10.1056/NEJMra1413485
- Võ Thị Thanh Bình, Bạch Quốc Khánh.** Kết quả ghép tế bào gốc đồng loài máu ngoại vi từ người hiến phù hợp HLA điều trị suy tủy xương tại Viện Huyết học Truyền máu Trung Ương (2010-2022). *Tạp Chí Y Học Việt Nam*. Published online 2022.
- Srinivasan R, Takahashi Y, Philip McCoy J, et al.** Overcoming graft rejection in heavily transfused and allo-immunised patients with bone marrow failure syndromes using fludarabine-based haematopoietic cell transplantation. *Br J Haematol*. 2006;133(3):305-314. doi:10.1111/j.1365-2141.2006.06019.x
- Bacigalupo A, Socié G, Schrezenmeier H, et al.** Bone marrow versus peripheral blood as the stem cell source for sibling transplants in acquired aplastic anemia: survival advantage for bone marrow in all age groups. *Haematologica*. 2012;97(8):1142-1148. doi:10.3324/haematol.2011.054841
- Purev E, Tian X, Aue G, et al.** Allogeneic transplantation using CD34+ selected peripheral blood progenitor cells combined with non-mobilized donor T cells for refractory severe aplastic anaemia. *Br J Haematol*. 2017;176(6):950-960. doi:10.1111/bjh.14448
- Devillier R, Dalle JH, Kulasekararaj A, et al.** Unrelated alternative donor transplantation for severe acquired aplastic anemia: a study from the French Society of Bone Marrow Transplantation and Cell Therapies and the EBMT Severe Aplastic Anemia Working Party. *Haematologica*. 2016;101(7):884-890. doi:10.3324/haematol.2015.138727
- Bacigalupo A, Socié G, Hamladji RM, et al.** Current outcome of HLA identical sibling versus unrelated donor transplants in severe aplastic anemia: an EBMT analysis. *Haematologica*. 2015;100(5):696-702. doi:10.3324/haematol.2014.115345

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT GIAI ĐOẠN DI CĂN KHÁNG CẮT TINH HOÀN BẰNG ABIRATERONE ACETATE VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG

Nguyễn Đình Lợi¹, Đỗ Anh Tú², Nguyễn Xuân Hậu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn di căn kháng cắt tinh hoàn bằng Abiraterone acetate và phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến thời gian thất bại điều trị. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 65 bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn di căn kháng cắt tinh hoàn, tại bệnh viện K từ 01/2014 đến 5/2023. **Kết quả:** Tuổi trung vị là 70,0 (IQR: 64-76), PSA trung vị là 34,7 ng/ml (IQR: 13,0-106,8), hemoglobin trung vị là 126 g/l (IQR: 116,5-132,0), Tỷ lệ di căn xương, hạch, tạng lần lượt là 87,7%, 38,5%, 16,9%. Tỷ lệ PSA đáp ứng đạt 73,8%, PFS sinh hóa trung vị là 10,5 tháng (95% CI: 7,4-13,6), TTF trung vị là 15,0 tháng (95% CI: 11,1-18,9). Các yếu tố Gleason (≥ 8), di căn tạng, PSA (> 80 ng/ml), thời gian từ khi điều trị ADT đến mCRPC (< 12 tháng), và không đạt PSA đáp ứng có giá trị tiên lượng độc lập TTF. **Kết luận:** Abiraterone acetate dung nạp tốt và hiệu quả trên bệnh nhân mCRPC với PFS sinh hóa trung vị và TTF trung vị lần lượt là 10,5 tháng và

15,0 tháng. **Từ khóa:** mCRPC, Abiraterone acetate, yếu tố tiên lượng

SUMMARY

OUTCOMES WITH ABIRATERONE ACETATE IN METASTATIC CASTRATION-RESISTANT PROSTATE CANCER PATIENTS AND SOME PROSPECTIVE FACTORS

Objective: Evaluation of outcomes with Abiraterone acetate in patients with metastatic castration-resistant prostate cancer and analysis of some factors affecting the time of treatment failure. **Patients and methods:** A cross-sectional descriptive study on 65 patients with metastatic castration-resistant prostate cancer in Vietnam National Cancer Hospital from January 2014 through May 2023. **Results:** Median age was 70,0 years (IQR: 64-76), median PSA was 34,7 ng/ml (IQR: 13,0-106,8), median hemoglobin was 126 g/l (IQR: 116,5-132,0), The rate of bone metastasis was 87,7%, lymph node metastasis was 38,5%, and the rate of visceral metastasis was 16,9%. The rate of PSA response was 73,8%, median PSA PFS was 10,5 months (95% CI: 7,4-13,6), median TTF was 15,0 months (95% CI: 11,1-18,9). In the multivariate analysis, only higher Gleason score (≥ 8), higher time from ADT start to AAP (≥ 12), PSA (> 80 ng/ml), visceral metastases, and PSA response ($< 50\%$ PSA decline) were associated with shorter time to TTF. **Conclusion:** Abiraterone acetate was well tolerated and effective in

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Lợi

Email: dinhloihpnu2015@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2023

Ngày duyệt bài: 3.10.2023