

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI LỒNG NGỰC MỘT LỖ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ BỆNH NHÂN CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Khắc Kiểm¹, Nguyễn Xuân Hậu², Đỗ Xuân Tùng³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư phổi nguyên phát (UTPNP) là một trong những bệnh ung thư thường gặp nhất và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu. Phẫu thuật là phương pháp điều trị được lựa chọn đầu tiên đối với những trường hợp giai đoạn sớm, tuy nhiên phẫu thuật mở ngực kinh điển với vết mổ dài khiến bệnh nhân rất đau sau phẫu thuật và mất rất nhiều thời gian mới có thể hồi phục, đặc biệt đối với bệnh nhân cao tuổi. Độ đó sự ra đời của phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ với đường mổ nhỏ được kỳ vọng sẽ cải thiện vấn đề đó. Tại Bệnh viện K đã bắt đầu triển khai phẫu thuật này từ năm 2019 và báo cáo này sẽ đánh giá, tổng kết lại kết quả của phương pháp trên đối tượng bệnh nhân cao tuổi. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, tiến cứu 68 bệnh nhân cao tuổi mắc ung thư phổi không tế bào nhỏ được điều trị bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ từ tháng 06/2022 tới 06/2023 về các thông số trước, trong và sau mổ cùng kết quả giải phẫu bệnh. **Kết quả:** Bao gồm 48 nam và 20 nữ. Tuổi trung bình 66.94 ± 4.45 . Kích thước khối u trung bình 2.80 ± 0.96 cm. Vị trí u phổ biến nhất là ở thùy trên phổi phải (41.2%). Triệu chứng phổ biến nhất là ho khan chiếm 45.4%. Thời gian phẫu thuật 151.6 ± 25.6 phút (110 – 270). Số lượng hạch vét được trung bình là 11.0 ± 6.1 hạch. Thời gian rút dẫn lưu màng phổi trung bình 5.13 ± 1.69 ngày (3-12). Số ngày nằm viện trung bình 11.69 ± 1.94 ngày (9-18). Trong số 68 bệnh nhân, có 1 bệnh nhân bị tai biến chảy máu trong mổ, 1 bệnh nhân bị viêm phổi sau mổ và 3 bệnh nhân bị xì khí kéo dài sau mổ phải mổ lại. **Kết luận:** Điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn sớm bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ là một phương pháp an toàn, khả thi và có nhiều ưu điểm, đặc biệt trên đối tượng bệnh nhân cao tuổi.

Từ khóa: Ung thư phổi không tế bào nhỏ, phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ, bệnh nhân cao tuổi

SUMMARY

RESULTS OF UNIPORTAL VIDEO-ASSISTED THORACOSCOPIC SURGERY FOR NON-SMALL CELL LUNG CANCER IN ELDERLY PATIENT AT K HOSPITAL

Background: Primary lung cancer (PLC) is one of the most common cancers and the leading cause of

death. Surgery is the treatment of first choice for early-stage cases, but the classic open thoracotomy, with its long incision, makes the patient very painful after surgery and takes a long time to recover, especially in elderly patients. Therefore, the introduction of uniportal video-assisted thoracoscopic surgery with small incision is expected to improve that problem. At K Hospital, this surgery has been implemented since 2019 and this report will evaluate and summarize the results of the method on elderly patients. **Methods:** A descriptive, prospective study of 68 elderly patients with non-small cell lung cancer treated by uniportal video-assisted thoracoscopic surgery from June 2022 to June 2023 on previous parameters, during and after surgery with the pathological results. **Results:** Includes 48 men and 20 women. The mean age was 66.94 ± 4.45 . The average tumor size was 2.80 ± 0.96 cm. The most common tumor location was in the right upper lobe of the lung (41.2%). The most common symptom is dry cough, accounting for 45.4%. Surgery time 151.6 ± 25.6 minutes (110 – 270). The average number of lymph nodes removed was 11.0 ± 6.1 nodes. The mean time of chest drainage was 5.13 ± 1.69 days (3-12). The average number of days in hospital was 11.69 ± 1.94 days (9-18). Out of 68 patients, there was 1 patient with bleeding complications during surgery, 1 patient with pneumonia after surgery and 3 patients with prolonged air leak after surgery, requiring reoperation. **Conclusion:** Treatment of early non-small cell lung cancer with single-hole thoracoscopic surgery is a safe, feasible and advantageous method, especially in elderly patients.

Keywords: Non-small cell lung cancer, uniportal video-assisted thoracoscopic surgery, elderly patient

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi nguyên phát (UTPNP) là một bệnh thường gặp chiếm tỉ lệ hàng đầu trong các ung thư và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong các bệnh ung thư ở người lớn. Trong số những bệnh nhân mắc ung thư phổi, nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm khoảng 80% và đồng thời, tuổi >60 được coi là một yếu tố nguy cơ của UTPNP.

Trước đây, phẫu thuật cắt thùy phổi và nạo vét hạch trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ được thực hiện bằng phẫu thuật mở ngực kinh điển (Thoracotomy) và bệnh nhân rất đau sau phẫu thuật, mất rất nhiều thời gian mới có thể hồi phục. Đặc biệt đối với những bệnh nhân cao tuổi, thể trạng già yếu thì quá trình hậu phẫu càng nặng nề hơn và chịu nhiều biến

¹Bệnh viện K

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Xuân Tùng

Email: doxuantung@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2023

Ngày duyệt bài: 27.10.2023

chứng hơn. Năm 2010, Diego báo cáo ca phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ đầu tiên cắt thùy dưới phổi trái [1]. Tại Bệnh viện K, PTNS lồng ngực được tiến hành đầu tiên vào năm 2019. Mặc dù đã có những báo cáo về PTNS lồng ngực một lỗ cắt thùy phổi nhưng các nghiên cứu đều đánh giá trên số lượng bệnh nhân hạn chế và cũng chưa có công trình nghiên cứu nào báo cáo trên nhóm bệnh nhân cao tuổi. Vì vậy, câu hỏi đặt ra là khi áp dụng phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ cho những bệnh nhân cao tuổi thì khả năng phẫu thuật và nạo hạch như thế nào? có thực hiện được không? tai biến, biến chứng và kết quả điều trị như thế nào?

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: bệnh nhân được Chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ từ 60 tuổi trở lên được PTNS lồng ngực một lỗ tại Bệnh viện K từ 30/06/2022 đến 30/06/2023.

• Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Không phân biệt tuổi, giới
- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ bằng kết quả giải phẫu bệnh sau mổ.

- Được điều trị cắt thùy phổi, vét hạch bằng phương pháp phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ.

- Đầy đủ hồ sơ bệnh án đáp ứng cho nghiên cứu

• Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đã điều trị hoá chất / xạ trị tiền phẫu

- Chẩn đoán sau mổ là ung thư phổi tế bào nhỏ hoặc các dạng hiếm khác

- Bệnh nhân cắt phân thùy phổi/ cắt không điển hình/ không nạo vét hạch

2.2. Phương pháp: nghiên cứu mô tả

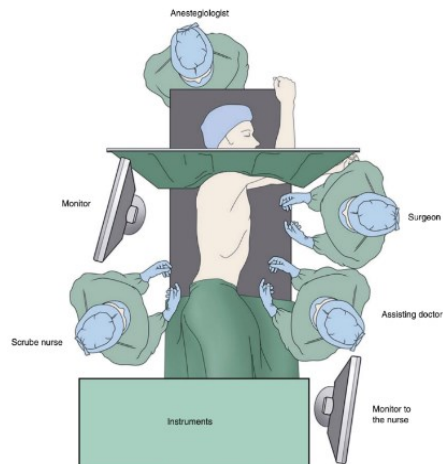
- Chọn cỡ mẫu thuận tiện phù hợp với tiêu chuẩn của đối tượng nghiên cứu

- Xây dựng các chỉ tiêu nghiên cứu đáp ứng các mục tiêu

- Đánh giá kết quả điều trị

- Quy trình phẫu thuật:

Gây mê bằng ống nội khí quản 2 nòng làm xoay phổi bên thương tổn (Carlens). Bệnh nhân nằm nghiêng 90 độ sang bên đối diện. Phẫu thuật viên đứng phía trước bệnh nhân. Sử dụng dụng cụ nội soi và bộ dụng cụ phẫu thuật ít xâm lấn. Rạch da khoảng 3cm qua khoang liên sườn 3-4 hoặc 4-5 tùy theo thể trạng bệnh nhân cũng như kích thước, vị trí khối u ngang qua đường nách trước. Tách các lớp cơ thành ngực và cắt cơ liên sườn vào khoang màng phổi. Sử dụng banh mềm (Soft retractor) bọc vết mổ.



Hình 1. Sắp xếp vị trí trong PTNS lồng ngực



Hình 2. Lỗ mở ngực trong PTNS lồng ngực 1 lỗ

Phẫu tích động mạch, tĩnh mạch và phế quản thùy phổi bệnh lý; cắt các thành phần này bằng dụng cụ khâu - cắt tự động (stapler). Thùy phổi bệnh lý được lấy ra khỏi lồng ngực bằng cách cho vào một túi lấy bệnh phẩm và được rút qua lỗ nhỏ trên thành ngực ở trên. Bệnh phẩm được khâu đánh dấu và gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh lý.

Nạo vét hạch trong trung thất: Sử dụng dao siêu âm hoặc dao ligasure trong quá trình nạo vét các nhóm hạch bạch huyết trong trung thất. Tất cả các hạch được nạo vét ra được làm giải phẫu bệnh chẩn đoán sau mổ.

Cầm máu và kết thúc phẫu thuật. Đặt 01 dẫn lưu màng phổi bằng ống silicon 18F dưới hướng dẫn của camera, làm nở phổi trước khi đóng vết mổ.

Chăm sóc và theo dõi sau phẫu thuật: Theo dõi các biến chứng sau phẫu thuật (chảy máu, tràn dịch màng phổi, rò khí, xoay phổi...), chụp X-quang kiểm tra và rút dẫn lưu, thu thập kết quả giải phẫu bệnh, giải thích cho bệnh nhân và gia đình về hướng theo dõi và điều trị tiếp.

- **Thu thập và xử lý số liệu:** Số liệu được tổng hợp và thu thập trước, trong và sau theo

một bệnh án mẫu được thiết kế sẵn. Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu và theo dõi 68 bệnh nhân, chúng tôi thu được kết quả như sau:

- Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 66.94 ± 4.45 (60-77).

- Số bệnh nhân nam: 48, số bệnh nhân nữ: 20, tỷ lệ nam/ nữ: 2.4

- Vị trí u thường gặp nhất là thùy trên phổi phải (28/68 chiếm 41.2%), vị trí u ít gặp nhất là u thùy giữa phổi phải (3/68 chiếm 4.4%)

- Kích thước u trung bình là 2.80 ± 0.96 cm (1.2 – 7.5cm)

- Triệu chứng hay gặp nhất là ho khan (45.4%)

- Số bệnh nhân hút thuốc chiếm 55.9%, tất cả đều là nam giới

- Chất chỉ điểm u: có 30/68 bệnh nhân được chỉ định làm chỉ điểm u, trong đó có 36.6% BN có tăng CEA và 40% Bn có tăng Cyfra 21-1

- Giai đoạn bệnh trước phẫu thuật: đa số là giai đoạn IA (42.6%) và IB (42.6%)

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân trước phẫu thuật

Chỉ số	Giá trị	
Tuổi	66.94 ± 4.45	
Giới (nam/nữ)	48/20 = 2.4	
Vị trí trên CT	N	%
U thùy trên phổi phải	28	41.2%
U thùy giữa phổi phải	3	4.4%
U thùy dưới phổi phải	4	5.9%
U thùy trên phổi trái	18	26.5%
U thùy dưới phổi trái	15	22.1%
Kích thước u	2.80 ± 0.96 cm (1.2 – 7.5cm)	
Triệu chứng lâm sàng		
Đau ngực	26/68 = 38.2%	
Ho khan	31/68 = 45.4%	
Ho máu	2/68 = 2.9%	
Khó thở	6/68 = 8.8%	
Sút cân	8/68 = 11.8%	
Đau lưng	2/68 = 2.9%	
Không triệu chứng	19/68 = 27.9%	
Hút thuốc	38/68 = 55.9%	
Chỉ điểm u: CEA	7.23±7.98 (1.38–43.10) (36.6% BN tăng >5)	
Cyfra 21-1	5.20±8.13 (1.57–46.84) (40% BN tăng >4)	
Giai đoạn trước mổ		
Giai đoạn IA	29/68 = 42.6%	
Giai đoạn IB	29/68 = 42.6%	
Giai đoạn II	3/68 = 4.4%	
Giai đoạn III	7/68 = 10.3%	

Bảng 2: Kết quả phẫu thuật

Chỉ số	Giá trị
Đặc điểm phẫu thuật	
Thời gian	151.6 ± 25.6 phút (110 – 270)
Lượng máu mất	64.7 ± 177.7 ml (30 - 1500)
Chiều dài vết mổ	2.9 ± 0.3 cm (2.0 - 3.5)
Loại phẫu thuật	
Nội soi hoàn toàn	65/68 = 95.6%
Chuyển mổ mở	3/68 = 4.4% (1 BN chảy máu, 2 BN do dính)
Đặc điểm u	
U nằm gọn trong nhu mô	20/68 = 29.4%
U co kéo lá tạng	45/68 = 66.2%
U dính thành ngực	3/68 = 44%
Đặc điểm hạch	
Số hạch N1 vét được	6.8 ± 3.3
Số hạch N2 vét được	4.2 ± 4.1
Tổng hạch vét được	11.0 ± 6.1
Giai đoạn sau mổ	
Giai đoạn IA	17/68 = 25.0%
Giai đoạn IB	26/68 = 38.2%
Giai đoạn II	17/68 = 25.0%
Giai đoạn III	8/68 = 11.8%
Độ chính xác CLVT	
Giai đoạn IA	11/29 = 37.9%
Giai đoạn IB	16/29 = 55.2%
Giai đoạn II	1/3 = 33.3%
Giai đoạn III	4/7 = 57.1%
Mô bệnh học sau mổ	
Ung thư biểu mô tuyến	54/68 = 79.4%
Ung thư biểu mô vảy	14/68 = 20.6%
Diện cắt sau phẫu thuật	
R0	67/68 = 98.5%
R1	0%
R2	1/68 = 1.5%
Biến chứng	
Chảy máu	1/68 = 1.5%
Xì khí kéo dài	3/68 = 4.4%
Viêm phổi	1/68 = 1.5%
Thời gian dân lưu	5.13±1.69 ngày(3-12)
Thời gian nằm viện	11.69±1.94 ngày(9-18)
Điểm VAS: Ngày 1	3.4 ± 1.2
Ngày 3	2.0 ± 0.8
Kết quả chung: Tốt	63/68 = 92.6%
Trung bình	1/68 = 1.5%
Kém	4/68 = 5.9%
Điều trị sau phẫu thuật	
Hoá chất bổ trợ	46/68 = 67.6%
Hoá xạ	1/68 = 1.5%
Ra viện	21/68 = 30.9%

- Thời gian phẫu thuật trung bình là 151.6

± 25.6 phút

- Lượng máu mất trung bình là 64.7 ± 177.7 ml trong đó bao gồm 1 BN bị tai biến chảy máu, mất 1500ml máu trong quá trình phẫu thuật.

- Trong số các BN phẫu thuật có 3 BN phải chuyển mổ mở gồm 1 BN tai biến chảy máu và 2 BN do phổi dính, khó có khả năng tiếp cận bằng phẫu thuật nội soi

- Tổng số hạch vét được bao gồm N1 và N2 là 8.0 ± 6.1 hạch

- Có 4 BN gặp biến chứng, bao gồm 1 BN bị chảy máu trong mổ, phải chuyển mổ mở cầm máu, 3 BN xì khí kéo dài trên 7 ngày phải mổ lại để khâu kín nhu mô, 1 BN viêm phổi phải điều trị tích cực kháng sinh mạnh.

- Thời gian dẫn lưu trung bình là 5.13 ± 1.69 ngày, thời gian nằm viện trung bình là 11.69 ± 1.94 ngày

IV. BÀN LUẬN

Qua kết quả đánh giá trên 68 bệnh nhân, thời gian mổ trung bình là 151.6 ± 25.6 phút (110 – 270 phút), khá tương đồng so với các nghiên cứu khác trên thế giới, và ngắn hơn so với thời gian trung bình mổ mở cắt thùy phổi (196.3 phút) [2]. Lượng máu mất trung bình là 64.7 ± 177.7 ml, con số này thấp hơn một chút so với một vài nghiên cứu trước đây (86.3 ± 76.2 ml) [3]. Tỷ lệ chuyển mổ mở là 4.4% do chảy máu và phổi xơ dính khó phẫu thuật.

Thời gian đặt dẫn lưu sau mổ trung bình là 5.13 ± 1.69 ngày (3-12 ngày) và thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 11.69 ± 1.94 ngày. Tham khảo một số nghiên cứu khác cho thấy thời gian đặt dẫn lưu và thời gian nằm viện ngắn hơn so với phương pháp mổ mở[3]. Điểm đau VAS ngày 1 trung bình là 3.4 ± 1.2 , ngày 3 là 2.0 ± 0.8 . Kết quả này tương tự các nghiên cứu khác và tốt hơn đáng kể so với các nghiên cứu của phương pháp mổ mở[3]. Đánh giá chung thì đa số kết quả phẫu thuật là tốt, chiếm 92.6%,

Một số nghiên cứu cũng chỉ ra rằng phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ so với các phương pháp phẫu thuật khác đạt hiệu quả tương đương về mặt điều trị ung thư (cắt thùy phổi – nạo vét hạch). Qua kết quả nghiên cứu thì số lượng hạch trung bình vét được là 11.0 ± 6.1 . Số lượng này còn thấp hơn một số nghiên cứu trước đây trên thế giới[4], có lẽ do giai đoạn của các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi còn sớm và mặt khác, đánh giá các bệnh nhân cao tuổi việc vét hạch cũng cần cân nhắc kỹ nên số lượng hạch vét được nhỏ hơn. Theo một vài nghiên cứu, số lượng hạch vét tối thiểu nên là 10

[5] và nếu đánh giá BN ở giai đoạn sớm thì có thể bỏ qua việc vét hạch thường quy một số nhóm hạch, do đó các phẫu thuật viên nên cân nhắc đánh giá kỹ thể trạng BN cũng như giai đoạn bệnh để cá thể hóa việc vét hạch cho bệnh nhân.

Trước mổ các bệnh nhân được làm cận lâm sàng kết hợp sinh thiết u làm chẩn đoán mô bệnh học đánh giá giai đoạn bệnh trước mổ nhưng trên thực tế vẫn có sự chênh lệch về giai đoạn bệnh sau mổ so với trước mổ mà nguyên nhân hạn chế có thể là do các phương tiện chẩn đoán hình ảnh chưa đánh giá được chính xác tính chất của các hạch di căn, sự xâm lấn của u vào rãnh liên thùy/ màng phổi tạng, ...Đánh giá trước phẫu thuật có 58/68 BN là cN0, tuy nhiên kết quả GPB sau mổ chỉ có 49/68 BN là pN0. Ngoài ra có tới 45/68 BN có u co kéo lá tạng. Theo kết quả của chúng tôi thì độ chính xác của CT chỉ là 37.9% ở giai đoạn IA và 55.2% ở giai đoạn IB. Điều này cũng được đề cập đến trong một số các nghiên cứu khác. Do đó chúng tôi khuyến cáo nên chụp PET/CT trước phẫu thuật để đánh giá giai đoạn chính xác hơn, giúp điều trị hiệu quả hơn cho bệnh nhân

Như vậy, đánh giá tổn thương trong mổ và lấy bệnh phẩm làm kết quả giải phẫu bệnh, vét hạch hệ thống làm chẩn đoán mô bệnh học sau mổ có vai trò quan trọng trong xác định chính xác giai đoạn bệnh, từ đó định ra hướng điều trị bổ trợ tiếp theo cho bệnh nhân. Tỷ lệ BN giai đoạn sớm không cần điều trị hậu phẫu là 30.9%, điều trị hóa chất bổ trợ là 67.6%. Chỉ có 1 BN phải điều trị hóa xạ đồng thời do diện cắt R2.

Nhìn chung, phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ có ưu điểm: kích thước vết mổ ngắn, thời gian điều trị sau mổ ngắn, hậu phẫu nhẹ nhàng, ít biến chứng, và các bệnh nhân đều thấy hài lòng về mặt thẩm mỹ và về dấu hiệu đau hay dị cảm vết mổ... như khẳng định của hầu hết các tác giả trên thế giới. Điều này đặc biệt phù hợp với những bệnh nhân cao tuổi và thể trạng yếu, đem lại lợi ích không chỉ về mặt ung thư học. Tuy nhiên, các nghiên cứu đều khẳng định để đạt được kết quả tốt nhất thì phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ cần dụng cụ chuyên dụng, chi phí cao hơn, do thao tác qua một cổng nên phẫu thuật viên cần phải được đào tạo chuyên sâu. Do đó, phương pháp phẫu thuật này nên được triển khai rộng rãi tại các trung tâm phẫu thuật lồng ngực trong cả nước, tuy nhiên cần đẩy mạnh việc đào tạo, chuyển giao kỹ thuật cho các phẫu thuật viên.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi lồng ngực một lỗ điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ là kỹ thuật khả thi, với ưu điểm về thẩm mỹ, ít đau sau mổ, thời gian nằm viện ngắn, có lợi ích đáng kể trên đối tượng bệnh nhân cao tuổi. Phương pháp này là một sự lựa chọn cho phẫu thuật viên và bệnh nhân, đặc biệt là những bệnh nhân già, thể trạng yếu trong quá trình điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Diego Gonzalez**, "Single-port video-assisted thoracoscopic lobectomy", *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2011 Mar;12(3):514-5.
2. **Rodgers-Fischl P.M., Martin J.T., và Saha S.P.** (2017). Video-Assisted Thoracoscopic versus Open Lobectomy: Costs and Outcomes. *South Med J*, 110(3), 229–233
3. **Zhao, Ruixing MMA; Shi, Zhihua MMB; Cheng, Siqiang MBa,*.** Uniport video assisted thoracoscopic surgery (U-VATS) exhibits increased feasibility, non-inferior tolerance, and equal efficiency compared with multiport VATS and open thoracotomy in the elderly non-small cell lung cancer patients at early stage. *Medicine* 98(28):p e16137, July 2019.
4. **Cheng, YF., Huang, CL., Hung, WH. et al.** The perioperative outcomes of uniport versus two-port and three-port video-assisted thoracoscopic surgery in lung cancer: a systematic review and meta-analysis. *J Cardiothorac Surg* 17, 284 (2022)
5. **Zhu Z, Song Z, Jiao W, Mei W, Xu C, Huang Q, An C, Shi J, Wang W, Yu G, Sun P, Zhang Y, Shen J, Song Y, Qian J, Yao W, Yang H;** written on behalf of AME Lung Cancer Collaborative Group. A large real-world cohort study of examined lymph node standards for adequate nodal staging in early non-small cell lung cancer. *Transl Lung Cancer Res*. 2021 Feb;10(2):815-825

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ THỰC QUẢN GIAI ĐOẠN TÁI PHÁT DI CĂN BẰNG PHÁC ĐỒ DOCETAXEL-CISPLATIN

Cao Thị Thanh¹, Vũ Hồng Thăng¹, Nguyễn Hải Hoàng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị của phác đồ Docetaxel-Cisplatin trong ung thư biểu mô thực quản giai đoạn tái phát di căn từ năm 2018-2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 55 bệnh nhân ung thư thực quản giai đoạn tái phát di căn điều trị phác đồ Docetaxel-Cisplatin từ tháng 06/2018 đến tháng 06/2023. **Kết quả điều trị:** Tỷ lệ đáp ứng là 50,9%, đáp ứng hoàn toàn 3,6%, đáp ứng một phần 47,3%, lợi ích lâm sàng đạt 80%. Trung vị PFS là 5 tháng. Bệnh nhân dung nạp thuốc tốt, tác dụng phụ của thuốc thường gặp nhất là hạ bạch cầu đa nhân trung tính chủ yếu độ 2,3. Các tác dụng phụ khác chủ yếu gặp ở độ 1,2. **Kết luận:** Phác đồ hóa trị Docetaxel-Cisplatin có kết quả đáp ứng tốt và an toàn cho những bệnh nhân ung thư thực quản giai đoạn tái phát di căn xa. **Từ khóa:** Ung thư thực quản giai đoạn tái phát di căn, m-DCF

SUMMARY

EFFICACY AND SAFETY FOR METASTATIC RECURRENCE ESOPHAGEAL CANCER BY DOCETAXEL-CISPLATIN

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Cao Thị Thanh
Email: caothithanh22121995@gmail.com
Ngày nhận bài: 22.8.2023
Ngày phản biện khoa học: 20.9.2023
Ngày duyệt bài: 30.10.2023

Purpose: To evaluate the treatment results of a modified administration schedule of Docetaxel-Cisplatin in patients with metastatic esophageal cancer at in the period of 2018 and 2023. **Patients and methods:** Descriptive, retrospective study on 55 metastatic recurrence esophageal cancer patients treated with Docetaxel - Cisplatin from June 2018 to June 2023. **Results:** The response rate was 50.9%, in which the complete response rate was 3.6%, the partial response rate was 47.3%, and the clinical benefit rate was 80%. Median PFS was 5 months. The regimen was well tolerated, the most common side effect of the therapy was neutropenia, mainly in grades 2 or 3. Other side effects were mainly encountered in grades 1 or 2. **Conclusion:** Docetaxel-cisplatin chemotherapy regimen is tolerable and effective for metastatic esophageal cancer patients.

Keywords: Metastatic recurrence esophageal cancer, Docetaxel- Cisplatin.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2020, ung thư biểu mô thực quản (UTBMTQ) đứng thứ 8 về số ca mới mắc, nhưng đứng thứ 6 về số ca tử vong do ung thư trên toàn cầu, khoảng 604 nghìn trường hợp mới mắc, 544 nghìn trường hợp tử vong. Đa số các bệnh nhân ung thư thực quản gặp ở giai đoạn muộn, hoặc tái phát di căn, theo nghiên cứu của Hàn Thanh Bình, bệnh ở giai đoạn này chiếm 60,6% (1). UTBMTQ giai đoạn di căn xa có tiên lượng xấu thời gian sống trung vị là 6 tháng, tỉ lệ sống còn sau 1 và 2 năm tương ứng