

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

là 21,1% và 11,8%. Sống thêm toàn bộ 5 năm chỉ đạt <5% (2).

Cải thiện triệu chứng, nâng cao chất lượng cuộc sống và kéo dài thời gian sống thêm là mục tiêu trong điều trị UTBMTQ giai đoạn tái phát di căn. Nhiều nghiên cứu đối chứng, phân tích gộp cho thấy điều trị hóa trị so với chăm sóc giảm nhẹ cải

thiện đáng kể sống thêm toàn bộ từ 4,3 lên 11 tháng. Phác đồ được lựa chọn phụ thuộc vào thể trạng bệnh nhân, bệnh đồng mắc, độc tính, và khả năng chi trả cho dịch vụ y tế. Liệu pháp miễn dịch, và điều trị đích được chứng minh là cải thiện có ý nghĩa sống thêm toàn bộ (OS) so với phác đồ hóa chất đơn thuần trong điều trị UTBMTQ di căn. Tuy nhiên gánh nặng chi phí, là một vấn đề lớn đối với bệnh nhân Việt Nam, vì thế phác đồ hóa chất đơn thuần vẫn là sự lựa chọn tối ưu trong bối cảnh hiện tại.

Các nghiên cứu cho thấy đơn trị liệu nhóm Taxane có vai trò trong ung thư biểu mô thực quản, trong đó Docetaxel là một tác nhân tích cực. Tuy nhiên hiệu quả của phác đồ đơn trị Docetaxel với ung thư thực quản vẫn còn thấp (3) (4). Phác đồ ba thuốc Docetaxel, Cisplatin, và Fluorouracil (DCF) được chấp thuận sử dụng trong điều trị UTBMTQ di căn, nghiên cứu pha III (V325) cho thấy phác đồ DCF cải thiện có ý nghĩa thống kê TTP, OS, ORR, nhưng độc tính độ 3-4 cao, ghi nhận ở 69% bệnh nhân (5). Vì thế nhiều thử nghiệm lâm sàng đã được thực hiện chứng minh hiệu quả của phác đồ kết hợp Docetaxel-Cisplatin cho thấy cải thiện kết quả điều trị, và đặc biệt là ít độc tính và khả năng dung nạp tốt phù hợp với thể trạng của bệnh nhân ở giai đoạn muộn (6) (7).

Tại Việt Nam, phác đồ Docetaxel- Cisplatin đã được áp dụng điều trị nhưng chưa có nghiên cứu đánh giá hiệu quả và tính an toàn của phác đồ. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị ung thư biểu mô thực quản giai đoạn tái phát di căn bằng phác đồ Docetaxel- Cisplatin.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. 55 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là UTBMTQ giai đoạn tái phát di căn điều trị hóa chất phác đồ Docetaxel-Cisplatin từ tháng 6/2018 đến tháng 6/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân UTBMTQ di căn ngay tại thời điểm chẩn đoán. Thời gian tái phát ít nhất sau 6 tháng kể từ thời điểm kết thúc điều trị trước.

- Điều trị tối thiểu 3 chu kỳ hóa chất Docetaxel-Cisplatin ở bước một.

- Có tổn thương đo được trên các phương tiện chẩn đoán hình ảnh.

- Chưa từng điều trị hóa chất trước đó.

- Điểm toàn trạng PS 0-1-2 theo ECOG.

- Chức năng gan, thận, huyết học trong giới hạn cho phép điều trị hóa chất.

- Không mắc các bệnh có nguy cơ tử vong gần, bệnh lý tim mạch nặng: đau thắt ngực không ổn định, nhồi máu cơ tim, đột quỵ, bệnh mạch máu não

- Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ

- Có bệnh ung thư khác kèm theo.

- Di căn não hoặc thần kinh trung ương.

- Điều trị bằng các phương pháp kiểm soát bệnh tại chỗ như: xạ trị triệu chứng tại u thực quản, xạ trị tổn thương xương.

- Mẫn cảm, chống chỉ định với hóa chất trong phác đồ.

- Không đủ thông tin.

Phương pháp nghiên cứu

Mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu.

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức ước tính một tỉ lệ

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p \cdot (1 - p)}{d^2}$$

Trong đó:

- n: số bệnh nhân tối thiểu cần đạt được trong nghiên cứu.

- p: tỷ lệ đáp ứng toàn bộ (ORR) trong nghiên cứu trước đây p=0,26 (8).

- α : là mức ý nghĩa thống kê chọn 0.05

- Mức độ tin cậy $1-\alpha = 95\%$, tra bảng = 1,96

- d: khoảng sai lệch mong muốn (d = 0.15)

- Từ công thức trên tính được cỡ mẫu tối thiểu là 33

- Trong nghiên cứu của chúng tôi, từ tháng 06/2018 – tháng 06/2023, chúng tôi chọn được 55 bệnh nhân đáp ứng các tiêu chuẩn nghiên cứu

Các bước tiến hành

- Thu thập hồ sơ bệnh án theo mẫu bệnh án

- Chọn bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu

- Mã hoá, xử lý số liệu: Số liệu nghiên cứu được mã hoá, nhập, xử lý và phân tích trên máy tính, sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

Điều trị hoá chất phác đồ Docetaxel-Cisplatin

- Docetaxel 75-80 mg/m² TM ngày 1 (60 phút)

- Cisplatin 70-75 mg/m² TM ngày 1 (30 phút)

- Chu kỳ 21 ngày

Tiêu chuẩn đánh giá

Đánh giá đáp ứng:

- Thời điểm đánh giá: Sau khi kết thúc 3 chu kỳ điều trị và 6 chu kỳ điều trị hoặc khi có các diễn biến bất thường về lâm sàng

- Phương pháp đánh giá: Khám lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh

- Các mức độ: theo tiêu chuẩn đánh giá đáp ứng với tổn thương đích, và tổn thương không phải đích RECIST 1.1-WHO (2009). Đây là hệ thống đánh giá mới nhất và áp dụng phổ biến trong các nghiên cứu, thử nghiệm lâm sàng với bệnh nhân ung thư trên toàn thế giới hiện nay. Gồm 4 mức độ: đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần, bệnh giữ nguyên và bệnh tiến triển.

* Đánh giá tỉ lệ kiểm soát bệnh

- Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ gồm tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn, và tỷ lệ đáp ứng một phần.

- Tỷ lệ kiểm soát bệnh gồm tỷ lệ đáp ứng toàn bộ, và tỷ lệ bệnh giữ nguyên

* Đánh giá thời gian sống thêm:

- Đánh giá thời gian sống thêm bệnh không tiến triển tính bằng tháng.

- Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển: được xác định là ngày bắt đầu điều trị đến ngày bệnh tiến triển theo đánh giá khách quan hoặc ngày tử vong bởi bất kỳ nguyên nhân nào trong trường hợp không xác định là bệnh tiến triển hoặc ngày mất thông tin.

- Phương pháp đánh giá: đánh giá sống thêm theo phương pháp Kaplan - Meier (phương pháp ước tính xác suất chuyên biệt, áp dụng cho các dữ liệu quan sát chưa hoàn tất).

* Đánh giá các yếu tố liên quan đến lợi ích lâm sàng: tuổi, giai đoạn bệnh, vị trí u, độ mô học, liều điều trị ...

Đánh giá độc tính:

- Đánh giá độc tính theo tiêu chuẩn đánh giá độc tính của NCI (National Cancer Institute Common Toxicity Criteria) phiên bản 5.0.

- Ghi nhận độc tính trước mỗi đợt điều trị hoặc khi có dấu hiệu lâm sàng.

* Xử trí độc tính:

+ Độc tính độ 1, 2: điều trị độc tính cho bệnh nhân trở về bình thường và tiếp tục điều trị chu kỳ tiếp theo.

+ Độc tính độ 3, 4: điều trị độc tính cho bệnh nhân và giảm liều ở chu kỳ điều trị tiếp theo với mức 10% liều, tuy nhiên giảm không dưới 80% liều chuẩn. Nếu độc tính vẫn tiếp tục biểu hiện độ 3, 4 dừng điều trị cho bệnh nhân chuyển phác đồ khác hoặc điều trị chăm sóc giảm nhẹ.

- Mọi độc tính, xử trí độc tính, giảm liều và

khoảng thời gian chậm trễ đều được ghi nhận.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đáp ứng với phác đồ

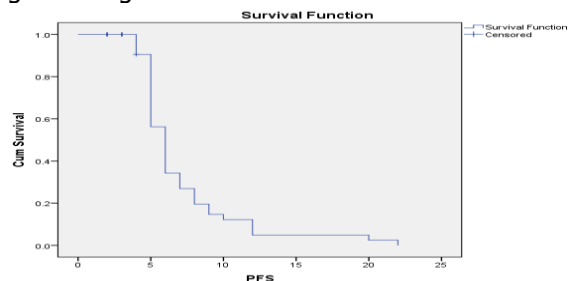
	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Đáp ứng hoàn toàn	2	3.6
Đáp ứng một phần	26	47.3
Bệnh ổn định	16	29.1
Bệnh tiến triển	11	20
Tổng	55	100

Nhận xét: Tại lần đánh giá đầu tiên, phần lớn bệnh nhân đạt được đáp ứng chiếm 50.9%, trong đó 3.6% đạt được đáp ứng hoàn toàn. 29.1% bệnh nhân giữ được bệnh ổn định, có 11 bệnh nhân tiến triển, chiếm 20%.

Bảng 2: Đáp ứng điều trị và một số yếu tố liên quan

Yếu tố	Đáp ứng		Không đáp ứng		p	
	n	%	n	%		
Typ mô bệnh học	Vảy	28	51.9	27	49.1	0.304
	Tuyến vảy	0	0	1	100	
Độ mô học	1	4	57.1	3	42.9	0.190
	2	21	46.7	24	53.3	
	3	3	100	0	0	
Vị trí u	Trên	7	58.3	5	41.7	0.317
	Giữa	14	58.3	10	41.7	
	Dưới	7	36.8	12	63.2	
T	1	1	100	0	0	0.507
	2	3	37.5	5	62.5	
	3	20	55.6	16	44.4	
	4	4	40	6	60	
N	1	6	42.9	8	57.1	0.705
	2	16	51.6	15	48.4	
	3	6	60	4	40	
Số cơ quan di căn	1	20	48.8	21	51.2	0.806
	2	6	54.5	5	45.5	
	3	2	66.7	1	33.3	

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng giữa các nhóm thể trạng, typ mô bệnh học, độ mô học, liều hóa chất, vị trí u, giai đoạn T, N khác biệt không có ý nghĩa thống kê.



Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển sau điều trị hóa chất

Nhận xét: Trung vị thời gian sống không bệnh tiến triển trong nghiên cứu của chúng tôi là 5 tháng, trung bình là 6 tháng, PFS ngắn nhất là 2 tháng, dài nhất là 22 tháng.

Tác dụng không mong muốn

Bảng 3. Tác dụng không mong muốn

Tác dụng không mong muốn	N(%)			
	Độ 1,2	Độ 3	Độ 4	Độ 3,4
Thiếu máu	34(61.8)	0	0	0
Ha bạch cầu đa nhân trung tính	11(20)	13(23.6)	4(7.3)	17(30.9)
Hạ tiểu cầu	2(3.6)	0	0	0
Sốt giảm bạch cầu	2(3.6)	0	0	0
Tăng AST/ALT	8(14.5)	0	0	0
Tăng creatinin	2(3.6)	0	0	0
Buồn nôn	19(34.5)	0	0	0
Nôn	12(21.8)	0	0	0
Độc tính thần kinh ngoại vi	10(18.2)	0	0	0

Nhận xét: Ha bạch cầu đa nhân trung tính là độc tính trên hệ huyết học thường gặp nhất chiếm 50.9%, tỉ lệ hạ bạch cầu hạt độ 3,4 là 30.9%. Tỉ lệ sốt hạ cầu là 3.6%. 61.8% bệnh nhân có thiếu máu, tất cả đều là độ 1,2. Giảm tiểu cầu ít gặp, và tất cả đều ở độ 1. Độc tính ngoài hệ huyết học ít gặp, chủ yếu là độ 1,2. Trong đó buồn nôn là độc tính thường gặp nhất (34.5%), tiếp đến là nôn (21.8%), độc tính trên hệ thần kinh ngoại vi (18.2%). Chỉ có 2 bệnh nhân tăng creatinin, tất cả đều là độ 1,2. Có 2 bệnh nhân phải trì hoãn điều trị 1 tuần để điều trị sốt hạ bạch cầu. Không có bệnh nhân nào tử vong do biến chứng trong quá trình điều trị.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tại thời điểm đánh giá đầu tiên, có 02 bệnh nhân đạt đáp ứng hoàn toàn (3.6%), 26 bệnh nhân đạt đáp ứng một phần (47.3%) và 16 bệnh nhân đạt được bệnh ổn định (29.1%), 11 bệnh nhân tiến triển (20%). Như vậy tỉ lệ đáp ứng toàn bộ của nghiên cứu là: 50.9% và lợi ích lâm sàng đạt được: 80%. Đây là kết quả khả quan trên nhóm bệnh nhân ung thư thực quản giai đoạn di căn.

Các yếu tố liên quan đến đáp ứng: kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự khác biệt về các yếu tố mô bệnh học, độ mô học, liều hoá chất, vị trí u, giai đoạn T, N, số lượng cơ quan di căn đều không có sự khác biệt về tỷ lệ đáp ứng ($p > 0,05$).

Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với

nghiên cứu pha II của Jin Joung Kim và cộng sự trên bệnh nhân ung thư thực quản tế bào vảy giai đoạn IV được điều trị với Docetaxel-Cisplatin với tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là: 8,8%, đáp ứng một phần là: 32,3%, tỷ lệ đáp ứng toàn bộ: 41,2% (6). Trung vị thời gian sống không bệnh tiến triển trong nghiên cứu của chúng tôi là 5 tháng, tương đồng với kết quả nghiên cứu của Jin Joung Kim là 5 tháng (6).

Độc tính trên hệ tạo huyết: Độc tính của phác đồ hóa trị là vấn đề đặc biệt quan trọng với những bệnh nhân ung thư thực quản giai đoạn di căn vì đa số những bệnh nhân ở giai đoạn này thể trạng không tốt do đó trong điều trị sẽ gặp nhiều độc tính. Trong điều trị UTTQ giai đoạn di căn hoá chất đóng vai trò chủ đạo nhằm mục đích làm giảm triệu chứng, nâng cao chất lượng sống và kéo dài thời gian sống thêm cho người bệnh.

Qua các kết quả nghiên cứu của các tác giả trên thế giới độc tính hay gặp và nặng nề nhất của phác đồ Docetaxel- Cisplatin đó là độc tính trên hệ tạo huyết đặc biệt là giảm bạch cầu. Kết quả nghiên cứu pha II của Jin Joung Kim trên bệnh nhân ung thư thực quản tế bào vảy giai đoạn IV được điều trị với Docetaxel- Cisplatin độc tính thường gặp là hạ bạch cầu, bạch cầu trung tính và thiếu máu và buồn nôn. Hạ bạch cầu trung tính là: 46%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 50,9% trường hợp giảm bạch cầu đa nhân trung tính, trong đó bệnh nhân giảm độ 3-4 là 30,9%, 2 bệnh nhân sốt giảm bạch cầu nhưng chỉ cần điều trị với thuốc kích bạch cầu, kháng sinh, truyền dịch, hạ sốt đến ngày thứ 2 bạch cầu trở về bình thường, các bệnh nhân này tiếp tục điều trị với liều giảm theo khuyến cáo và đều dung nạp tốt.

Thiếu máu trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ gặp độ 1 và độ 2 chiếm tỷ lệ 61.8%. Tuy nhiên giảm huyết sắc tố không phải chỉ do tác dụng phụ của hóa chất mà còn do bệnh nhân thiếu dinh dưỡng do khối u thực quản làm cản trở đường nuốt, do đó chúng tôi muốn đưa ra khuyến cáo các bệnh nhân nuốt nghẹn độ III,IV nên được mở thông dạ dày trước khi điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi có

2 bệnh nhân giảm tiểu cầu chiếm 3.6%, tất cả đều là độ 1.

Tóm lại các tác dụng phụ trên hệ tạo huyết khi sử dụng phác đồ Docetaxel- Cisplatin là nhẹ nhàng và có thể phục hồi không bệnh nhân nào phải dừng điều trị vì tác dụng phụ.

Độc tính ngoài hệ tạo huyết: Trong nghiên cứu của chúng tôi, buồn nôn là tác dụng

phụ ngoài hệ huyết học hay gặp nhất, gặp 34.5 % bệnh nhân tiếp đến là nôn và độc tính thần kinh ngoại vi, tất cả đều là độ 1,2 và không gây gián đoạn điều trị. Có 8 bệnh nhân tăng AST/ALT nhưng chủ yếu gặp tăng men gan độ 1,2. Tăng Creatinin gặp ở 2 bệnh nhân, đều gặp ở độ 1 và không ảnh hưởng đến liều thuốc.

V. KẾT LUẬN

Điều trị phác đồ Docetxel-cisplatin mang lại kết quả đáp ứng tốt, trong khi an toàn, độc tính mức độ thấp và có thể kiểm soát được ở những bệnh nhân ung thư thực quản giai đoạn tái phát di căn xa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hàn Thị Thanh Bình.** 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 án tiến sĩ y học. Đại học y Hà Nội;2004.
2. **Chen MQ, Xu BH, Zhang YY.** Analysis of prognostic factors for esophageal squamous cell carcinoma with distant organ metastasis at initial diagnosis. J Chin Med Assoc. 2014 Nov;77(11):562-6.
3. **Einzig AI, Neuberger Do, Remick SC, Karp DD, O'Dwyer PJ, Stewart JA, et al.** Phase II trial of docetaxel (Taxotere) in patients with adenocarcinoma of the upper gastrointestinal tract previously untreated with cytotoxic chemotherapy: the Eastern Cooperative Oncology

- Group (ECOG) Results of Protocol E1293. Med Oncol. 1996 Jun;13(2):87-93.
4. **Bang YJ.** Docetaxel 75 mg/m² is Active and Well Tolerated in Patients with Metastatic or Recurrent Gastric Cancer: a Phase II Trial. Jpn J Clin Oncol. 2002 Jul 1;32(7):248-54.
5. **Van Cutsem E, Moiseyenko VM, Tjulandin S, Majlis A, Constenla M, Boni C, et al.** Phase III Study of Docetaxel and Cisplatin Plus Fluorouracil Compared With Cisplatin and Fluorouracil As First-Line Therapy for Advanced Gastric Cancer: A Report of the V325 Study Group. J Clin Oncol. 2006 Nov 1;24(31):4991-7.
6. **Kim JY, Do YR, Park KU, Kim MK, Lee KH, Bae SH, et al.** A multi-center phase II study of docetaxel plus cisplatin as first-line therapy in patients with metastatic squamous cell esophageal cancer. Cancer Chemother Pharmacol. 2010 May;66(1):31-6.
7. **Roth AD, Fazio N, Stupp R, Falk S, Bernhard J, Saletti P, et al.** Docetaxel, Cisplatin, and Fluorouracil; Docetaxel and Cisplatin; and Epirubicin, Cisplatin, and Fluorouracil As Systemic Treatment for Advanced Gastric Carcinoma: A Randomized Phase II Trial of the Swiss Group for Clinical Cancer Research. J Clin Oncol. 2007 Aug 1;25(22):3217-23.
8. **Ajani JA, Fodor MB, Tjulandin SA, Moiseyenko VM, Chao Y, Filho SC, et al.** Phase II Multi-Institutional Randomized Trial of Docetaxel Plus Cisplatin With or Without Fluorouracil in Patients With Untreated, Advanced Gastric, or Gastroesophageal Adenocarcinoma. J Clin Oncol. 2005 Aug 20;23(24):5660-7.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN GIÁP THỂ NHÚ TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Hoàng Văn Sinh¹, Phạm Hữu Lưu²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhận xét kết quả phẫu thuật điều trị ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu được tiến hành trên 195 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú được phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2019 đến tháng 12/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ cắt toàn bộ tuyến giáp và vét hạch cổ lần lượt là 56,9% và 100,0%. Tỷ lệ di căn hạch là 21,5%, di căn cả hạch trung tâm và hạch cổ bên chiếm 61,9%. Khàn tiếng và hạ canxi máu là hai biến chứng hay gặp nhất (chiếm 9,4% và 6,2%), cao hơn ở nhóm

cắt toàn bộ tuyến giáp. Kết quả sống sau mổ đa số cho kết quả tốt với tỷ lệ 82,1%. **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú cho kết quả tốt với tỷ lệ biến chứng thấp.

Từ khóa: Ung thư tuyến giáp thể nhú, cắt toàn bộ tuyến giáp, giải phẫu tức thì.

SUMMARY

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT FOR PAPILLARY THYROID CARCINOMA AT VIETDUC UNIVERSITY HOSPITAL

Background: Review of surgical results of papillary thyroid carcinoma at Vietduc University Hospital. **Method:** Retrospective study on 195 papillary thyroid cancer patients who were operated at Viet Duc University Hospital from January 2019 to December 2022. **Results:** The rates of total thyroidectomy and neck dissection were 56.9% and 100.0%. The rate of lymph node metastasis was 21.5%, metastasis to both central and lateral cervical lymph nodes accounted for 61.9%. Hoarseness and

¹Bệnh viện Đa khoa Nam Định

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hữu Lưu

Email: huulupham@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.9.2023

Ngày duyệt bài: 27.10.2023