

hoc Việt Nam.2022;520(2).
7. Thompson DP, Moula K, Wobv SR. Are fear of movement, self-efficacy beliefs and fear of falling associated with levels of disability in people with osteoarthritis of the knee? a cross sectional study. *Musculoskeletal Care.* 2017;15:257–62.

8. Rosadi R, Jankaew A, Wu PT, Kuo LC, Lin CF. Factors associated with falls in patients with knee osteoarthritis: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore).* 2022 Dec 2;101(48):e32146. doi: 10.1097/ MD. 00000000000032146. PMID: 36482638; PMCID: PMC9726291.

THỜI GIAN THẤT BẠI ĐIỀU TRỊ CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT GIAI ĐOẠN DI CĂN ĐIỀU TRỊ TUẦN TỰ ADT VÀ ADT KẾT HỢP ABIRATERONE ACETATE

Đỗ Anh Tú¹, Nguyễn Xuân Hậu², Nguyễn Đình Lợi²

TÓM TẮT

Tổng quan: Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá thời gian thất bại điều trị của bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn di căn (mPCa) được điều trị tuần tự ADT và ADT kết hợp Abiraterone acetate (AAP). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu trên bệnh nhân mPCa điều trị tuần tự ADT và ADT kết hợp AAP tại bệnh viện K từ tháng 1/2014 đến 5/2023. Ước tính thời gian thời gian sống còn toàn bộ theo phương pháp Kaplan – Meier. Phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian thất bại điều trị sử dụng phương pháp hồi qui Cox với độ tin cậy 95% ($p = 0,05$). **Kết quả:** Kết quả nghiên cứu trên 65 bệnh nhân cho thấy, tuổi trung vị là 67 tuổi (khoảng tứ phân vị [IQR]: 62–74). Tỷ lệ bệnh nhân de novo là 75,4%, Gleason ≥ 8 là 78,5%, và thể trạng PS ≥ 2 là 24,6%. Tỷ lệ bệnh nhân có gánh nặng khối u cao là (high burden) là 46,2%. PSA trung vị là 150,6 ng/ml (IQR:41,6-292,2). Thời gian thất bại điều trị trung vị là 34,0 tháng (95%CI: 24,9-43,0). Thể trạng (PS ≥ 2), và thời gian ADT tới mCRPC (< 12 tháng) là những yếu tố có giá trị tiên lượng độc lập với TTF ($p < 0,05$). **Kết luận:** Thời gian thất bại điều trị trung vị là 34,0 tháng (95%CI: 24,9-43,0). Thể trạng (PS ≥ 2), và thời gian ADT tới mCRPC (< 12 tháng) là những yếu tố có giá trị tiên lượng độc lập với TTF.

Từ khóa: Ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn di căn (mPCa), ADT, ADT kết hợp Abiraterone acetate, thời gian thất bại điều trị.

SUMMARY

TIME TO TREATMENT FAILURE IN METASTATIC PROSTATE CANCER TREATED WITH SEQUENTIAL ADT AND ADT PLUS ABIRATERONE ACETATE

Background: Our study evaluated time to treatment failure of patients with metastatic prostate

cancer (mPCa) received sequential ADT and ADT plus Abiraterone acetate (AAP). **Methods:** This retrospective, observational study collected data from metastatic prostate cancer treated with sequential ADT and ADT plus Abiraterone acetate in Vietnam National Cancer Hospital. Kaplan-Meier curves were used to estimate time to treatment failure (TTF). The impact of baseline characteristics on TTF was explored using univariate and multivariate Cox proportional hazard models. **Results:** Data from 65 eligible patients were analyzed. The median age was 67 years (interquartile range [IQR]: 62–74). The rate of patients de novo was 75,4%, Gleason ≥ 8 was 78,5%, and ECOG PS ≥ 2 was 24,6%. The rate of patients with high burden was 46,2%. The median PSA was 150,6 ng/ml (IQR: 41,6-292,2). The median time to treatment failure was 34.0 months (95% CI: 24.9-43.0). ECOG PS ≥ 2 , and time from ADT start to mCRPC (< 12 months) were predictive factors independent of TTF ($p < 0.05$). **Conclusion:** The median time to treatment failure was 34.0 months (95% CI: 24.9-43.0). ECOG PS ≥ 2 , and time from ADT start to mCRPC (< 12 months) were predictive factors independent of TTF ($p < 0.05$).

Keywords: Metastatic prostate cancer (mPCa), ADT, ADT plus Abiraterone acetate, time to treatment failure.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến tiền liệt (UT TTL) là một trong các ung thư phổ biến nhất ở nam giới, đặc biệt tại các nước phát triển, Theo ước tính của GLOBOCAN 2020, trên thế giới, UT TTL đứng hàng thứ 2 về tỉ lệ mắc mới với 1.414.259 ca và thứ 5 về tỉ lệ tử vong với 375.304 ca [1]. Tại Việt Nam, UT TTL đứng thứ 5 về tỉ lệ mắc và thứ 7 về tỉ lệ tử vong với lần lượt 6.248 trường hợp mắc mới và 2.628 trường hợp tử vong trong năm 2020. Ung thư tuyến tiền liệt là bệnh có tiên lượng tốt nếu được chẩn đoán và điều trị ở giai đoạn sớm. Tại Mỹ, đa số bệnh nhân UT TTL được chẩn đoán ở giai đoạn sớm, chỉ có 8% bệnh nhân chẩn đoán ở giai đoạn di căn và do đó tỉ lệ sống sau 5 năm của bệnh nhân UT TTL đạt 98%. Tuy nhiên, nếu bệnh được chẩn đoán ở giai đoạn muộn thì tỉ lệ sống sau 5 năm giảm

¹Bệnh viện K

²Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Anh Tú

Email: doanhtu.bvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 5.10.2023

Ngày duyệt bài: 27.10.2023

đáng kể, khoảng 34% [2]. Trong khi đó tỷ lệ bệnh nhân UT TTL giai đoạn di căn tại Việt Nam là trên 75%, điều này tạo gánh nặng bệnh tật cho bệnh nhân và áp lực chi phí điều trị cho gia đình và xã hội.

Liệu pháp ADT là phương pháp “xương sống” trong điều trị mPCa, những tác động kháng u của ADT cải thiện chất lượng cuộc sống bằng cách làm giảm đau xương cũng như tỷ lệ các biến chứng. Tuy nhiên, sau khoảng trung bình 18 đến 24 tháng, bệnh sẽ tiến triển tới giai đoạn di căn kháng cắt tinh hoàn (mCRPC) và đa số bệnh nhân sẽ tử vong ở giai đoạn này. Thử nghiệm COU-AA 302 [3], tiến hành nghiên cứu trên 1088 bệnh nhân mCRPC, kết quả cho thấy hiệu quả của AAP so với giả dược giúp cải thiện thời gian sống còn toàn bộ. Gần đây, kết quả của nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy ADT kết hợp với các thuốc nội tiết thể hệ mới hoặc/ và docetaxel giúp cải thiện thời gian sống còn toàn bộ trên bệnh nhân UT TTL di căn nhạy nội tiết (mHSPC) có gánh nặng khối u lớn (high burden) so với điều trị tiêu chuẩn (SOC). Tại Việt Nam, đa số bệnh nhân UT TTL giai đoạn di căn được điều trị tuân tự ADT và ADT kết hợp AAP hoặc docetaxel. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá thời gian thất bại điều trị của bệnh nhân mPCa điều trị tuân tự ADT và ADT kết hợp AAP.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân UT TTL giai đoạn di căn sau thất bại với ADT được điều trị bước 2 với AAP, tại bệnh viện K từ 01/2014 đến 5/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.
- Cơ mẫu nghiên cứu: chọn mẫu thuận tiện.
- Kỹ thuật và công cụ thu thập số liệu: hồ sơ bệnh án sử dụng mẫu bệnh án nghiên cứu.
- Xử lý và phân tích số liệu: các số liệu thu thập được mã hoá trên máy vi tính và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 20.0.
- Ước tính thời gian thất bại điều trị phương pháp Kaplan – Meier.
- Phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian thất bại điều trị sử dụng phương pháp hồi qui Cox với độ tin cậy 95% ($p = 0,05$).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành thu thập bệnh nhân từ tháng 1/2014 đến tháng 5/2023 tại Bệnh viện K. Kết quả nghiên cứu trên 65 bệnh nhân UT TTL giai đoạn di căn được điều trị tuân tự với ADT đơn thuần và ADT kết hợp

AAP. Tại thời điểm phân tích kết quả sau 4 năm điều trị, 10 bệnh nhân (15,4%) tiếp tục điều trị. Đa số bệnh nhân điều trị với thuốc chống hủy xương zoledronic acid hoặc denosumab (86,4%).

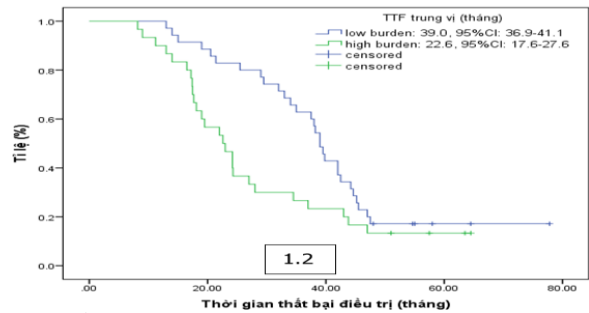
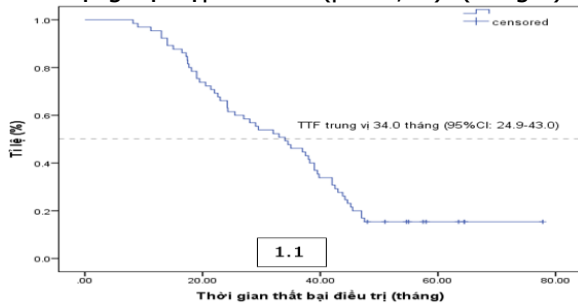
Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân tại thời điểm chẩn đoán mPCa

	N (%)
Tuổi trung vị (IQR)	67 (62-74)
Bệnh đồng mắc, n (%)	28 (43,1)
Tim mạch	23 (35,4)
Đáo tháo đường	6 (9,2)
Bệnh khác	4 (6,2)
Gleason n (%)	
< 8	14 (21,5)
≥ 8	51 (78,5)
Chẩn đoán ban đầu n (%)	
Tái phát	16 (24,6)
De novo	49 (75,4)
ECOG PS n (%)	
0	18 (27,7)
1	31 (47,7)
≥ 2	16 (24,6)
Di căn n (%)	
Di căn xương	55 (84,6)
Di căn hạch	23 (35,4)
Di căn tạng	9 (13,8)
Gánh nặng khối u n (%)	
Thấp	35 (53,8)
Cao	30 (46,2)
PSA trung vị (IQR)	150,6 (41,6-292,2)
Thời gian ADT tới mCRPC trung vị (tháng) (IQR)	16,0 (11-23)
Thời gian thất bại điều trị với AAP trung vị (tháng) (IQR)	15,0 (8-19,8)

Tuổi trung vị của bệnh nhân tại thời điểm chẩn đoán UT TTL giai đoạn di căn là 67 (IQR: 62-74), 43,1% bệnh nhân có bệnh đồng mắc trong đó bệnh tim mạch chiếm 35,4%. Tỷ lệ bệnh nhân de novo là 75,4%, Gleason ≥ 8 là 78,5%. Bệnh nhân có thể trạng ECOG PS ≥ 2 là 24,6%. Tỷ lệ di căn xương, hạch, tạng lần lượt là 84,6%, 35,4% và 13,8%. Tỷ lệ bệnh nhân có high burden là 46,2%. PSA trung vị là 150,6 ng/ml (IQR:41,6-292,2). Thời gian ADT tới mCRPC trung vị là 16,0 tháng (IQR: 11-23), thời gian thất bại điều trị với AAP trung vị là 15,0 tháng (IQR: 8-19,8). (Bảng 1)

Thời gian thất bại điều trị trung vị là 34,0 tháng (95%CI: 24,9-43,0). Các yếu tố ảnh hưởng đến TTF là tuổi (≥ 70), thể trạng (PS ≥ 2), điểm Gleason (≥ 8), de novo, high burden, và thời gian từ ADT tới mCRPC (< 12 tháng). Trong đó, thể trạng (PS ≥ 2), và thời gian từ ADT tới

mCRPC (< 12 tháng) là những yếu tố có giá trị tiên lượng độc lập với TTF (p < 0,05). (Bảng 2)



Biểu đồ 1. Thời gian thất bại điều trị và thời gian thất bại của phân nhóm gánh nặng khối u

Bảng 2. Các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian sống còn toàn bộ

		N (%)	Univariate HR (95% CI), p-value	Multivariate HR (95% CI), p-value
Tuổi	< 70	42 (64,6)		
	≥ 70	23 (35,4)	2,529 (1,416-4,599)	1,349 (0,679-2,678)
			p = 0,001	p = 0,393
Thể trạng (PS)	0-1	49 (75,4)		
	2-3	16 (24,6)	3,574 (1,924-6,639)	2,757 (1,363-5,578)
			p < 0,001	p = 0,005
Gleason	< 8	14 (21,5)		
	≥ 8	51 (78,5)	2,897 (1,402-5,968)	2,083 (0,966-4,492)
			p = 0,004	p = 0,061
Chẩn đoán ban đầu	Tái phát	16 (24,6)		
	De novo	49 (75,4)	2,498 (1,251-4,988)	1,926 (0,948-3,912)
			p = 0,009	p = 0,070
PSA	≤ 150	32 (49,2)		
	> 150	33 (50,8)	1,129 (0,664-1,191)	0,977 (0,542-1,763)
			p = 0,654	p = 0,939
Gánh nặng khối u	Thấp	35 (53,8)		
	Lớn	30 (46,2)	1,752 (1,026-2,922)	1,461 (0,787-2,712)
			p = 0,04	p = 0,230
Thời gian ADT tới mCRPC	< 12 tháng	48 (73,8)		
	≥ 12 tháng	17 (26,2)	46,091 (12,764-166,66)	30,716 (8,124-116,13)
			p < 0,001	p < 0,001

IV. BÀN LUẬN

Liệu pháp ADT là phương pháp “xương sống” trong điều trị mPCa, tuy nhiên sau khoảng 18-24 tháng bệnh sẽ tiến triển tới giai đoạn mCRPC. Tại Việt Nam, đa số bệnh nhân mPCa được điều trị tuân tự ADT đơn thuần và ADT kết hợp AAP hoặc docetaxel. Nghiên cứu của chúng tôi, tiến hành trên 65 bệnh nhân mPCa điều trị tuân tự ADT đơn thuần và ADT kết hợp AAP có nhiều đặc điểm tương đồng với với nhóm bệnh nhân điều trị SOC trong thử nghiệm STAMPEDE nhánh G [4]. Tuổi trung vị của bệnh nhân tại thời điểm chẩn đoán mPCa là 67 (IQR: 62-74), 43,1% bệnh nhân có bệnh đồng mắc trong đó bệnh tim mạch chiếm 35,4%, Gleason ≥ 8 là 78,5% và thể trạng ECOG PS ≥ 2 là 24,6%. Tỷ lệ di căn xương, hạch, tạng lần lượt là 84,6%, 35,4%,

13,8% và tỷ lệ bệnh nhân high burden là 46,2%. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi có PSA trung vị cao hơn (150,6 ng/ml [IQR:41,6-292,2] so với 97,2 ng/ml [IQR: 26,0-358]) và tỷ lệ bệnh nhân de novo thấp hơn (75,4% so với 95%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy TTF trung vị là 34,0 tháng (95%CI: 24,9-43,0), và tỷ lệ bệnh nhân tiếp tục điều trị sau 4 năm là 15,4%. Tuy nhiên, kết quả cho thấy TTF không đồng nhất giữa các phân nhóm bệnh nhân.

Gánh nặng sức khỏe cộng đồng của điều trị UT TTL ở người cao tuổi cả giai đoạn sớm lẫn giai đoạn tiến triển ngày càng gia tăng trong những thập kỉ tới. Bệnh nhân cao tuổi thường có thể trạng kém và nhiều bệnh đồng mắc đi kèm do đó hiệu quả điều trị trên nhóm bệnh nhân này thường kém hơn so với bệnh nhân trẻ tuổi. Tuy

nhiên, kết quả của nhiều nghiên cứu ở các bệnh lý ung thư nói chung và UT TTTL nói riêng cho thấy, ở nhóm bệnh nhân trẻ tuổi thường có độ mô học và đặc điểm sinh học phân tử ác tính hơn so với nhóm bệnh nhân cao tuổi. Theo nghiên cứu Michael R Humphreys và cộng sự [5], tuổi chẩn đoán ban đầu có giá trị tiên lượng thời gian thất bại điều trị và thời gian sống còn toàn bộ, trong đó nhóm tuổi < 55 và > 75 là hai nhóm bệnh nhân có tiên lượng xấu nhất. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, nhóm bệnh nhân ≥ 70 tuổi có tỉ lệ thất bại điều trị cao hơn đáng kể so với nhóm bệnh nhân < 70 tuổi (HR 2,529; 95%CI: 1,416-4,599; $p = 0,001$).

Trong điều trị ung thư nói chung và điều trị UT TTL nói riêng, thể trạng là yếu tố quan trọng trong lựa chọn liệu pháp điều trị và ảnh hưởng lớn đến kết quả điều trị. Kết quả từ thử nghiệm STAMPEDE cho thấy [4], nhóm bệnh nhân thể trạng PS 1-2 có tiên lượng xấu hơn so với nhóm bệnh nhân có PS 0. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, nhóm bệnh nhân PS 2-3 có tỉ lệ thất bại điều trị cao hơn đáng kể so với nhóm bệnh nhân PS 0-1 (3,574; HR: 1,924-6,639; $p < 0,001$) và đây là yếu tiên lượng độc lập với TTF ($p < 0,05$).

Điểm Gleason được đánh giá trên mô bệnh học bệnh phẩm sinh thiết khối u tuyến tiền liệt, dựa trên đặc điểm cấu trúc của tế bào ung thư và tương quan chặt chẽ với những đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân. Phân nhóm Gleason liên quan chặt chẽ đến mức độ biểu hiện các triệu chứng lâm sàng, độ ác tính, thời gian đến khi tiến triển và khả năng sống thêm của bệnh nhân UT TTL. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, nhóm bệnh nhân với điểm Gleason ≥ 8 có tỉ lệ thất bại điều trị cao hơn đáng kể so với nhóm bệnh nhân Gleason < 8 (HR 2,897; 95%CI: 1,402-5,968; $p = 0,004$).

Tại Mỹ, đa số bệnh nhân UT TTL được chẩn đoán ở giai đoạn sớm, chỉ có 8% bệnh nhân chẩn đoán ở giai đoạn di căn và tỉ lệ sống sau 5 năm của bệnh nhân UT TTL giai đoạn sớm đạt gần 100%. Tuy nhiên, nếu bệnh được chẩn đoán ở giai đoạn muộn thì tỉ lệ sống sau 5 năm giảm đáng kể, khoảng 34%. Ngay cả khi bệnh tiến triển tới giai đoạn di căn thì nhóm bệnh nhân giai đoạn sớm được điều trị triệt căn tại thời điểm chẩn đoán ban đầu cũng có tiên lượng tốt hơn nhóm bệnh nhân de novo. Kết quả từ thử nghiệm CHARTED cho thấy [6], bệnh nhân "tái phát" được điều trị triệt căn tại thời điểm chẩn đoán có tiên lượng tốt hơn so với nhóm bệnh nhân de novo. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi

cho thấy, nhóm bệnh nhân de novo có tỉ lệ thất bại điều trị cao hơn đáng kể so với nhóm bệnh nhân "tái phát" (HR 2,498; 95%CI:1,251-4,988; $p = 0,009$).

Ở bệnh nhân mHSPC, mặc dù nồng độ testosterone huyết tương ở ngưỡng rất thấp < 50 ng/dl (1,7 nmol/l), tuy nhiên bệnh vẫn tiến triển tới giai đoạn kháng cắt tinh hoàn. Gần đây, một số cơ chế kháng cắt tinh hoàn đã được làm sáng tỏ bao gồm sự bộc lộ quá mức của thụ thể adrogen (AR), các đột biến gen AR, biểu hiện của các biến thể AR-Vs (AR-Vs), sự tổng adrogen tại khối u và tuyến thượng thận, kích hoạt AR qua con đường phụ và các cơ chế không phụ thuộc AR. Ngoài ra, đặc điểm mô bệnh học và sinh học phân tử ở giai đoạn di căn cũng có sự không đồng nhất, do đó PSA mặc dù giảm nhanh sau điều trị ADT nhưng bệnh lại tiến sớm, thời gian điều trị liệu pháp ADT trên những bệnh nhân này thường dưới 12 tháng. Các nghiên cứu gần đây cho thấy, bệnh nhân mCRPC có thời gian điều trị ADT < 12 tháng, thường đáp ứng kém với các thuốc nội tiết thể hệ mới [7]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, nhóm bệnh nhân có thời gian ADT tới mCRPC < 12 có tỉ lệ thất bại điều trị cao hơn đáng kể so với nhóm bệnh nhân có thời gian ADT tới mCRPC ≥ 12 tháng (HR 46,091; 95%CI: 12,764-166,66, $p < 0,001$) và đây là yếu tiên lượng độc lập với TTF ($p < 0,05$).

Gần đây, kết quả của các thử nghiệm CHARTED [6], STAMPEDE [4], và PEACE -1 [8] cho thấy, hiệu quả của liệu pháp ADT kết hợp AAP và/ hoặc docetaxel giúp cải thiện tiên lượng ở nhóm bệnh nhân high burden mHSPC so với điều trị ADT đơn thuần. Kết quả thử nghiệm STAMPEDE trên nhánh bệnh nhân SOC cho thấy, tiên lượng nhóm bệnh nhân high burden xấu hơn đáng kể so với nhóm bệnh nhân low burden. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, TTF trung vị của nhóm bệnh nhân high burden thấp hơn đáng kể so với nhóm bệnh nhân low burden (22,6 tháng so với 69,0 tháng; HR 1,752; [95%CI: 1,026-2,922]; $p = 0,04$). Từ kết quả của các thử nghiệm pha III và kết quả trong nghiên cứu này, chúng tôi thấy rằng nhóm bệnh nhân high burden có tiên lượng xấu hơn so với nhóm bệnh nhân low burden và AAP giúp cải thiện tiên lượng đối với bệnh nhân high burden.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 65 bệnh nhân mPCa điều trị tuân tự với liệu pháp ADT và ADT kết hợp AAP. Kết quả cho thấy, TTF

trung vị là 44,5 tháng (95%CI: 37,5-51,5), tỉ lệ bệnh nhân tiếp tục điều trị với AAP sau 4 năm là 15,4%. Thể trạng (PS \geq 2), và thời gian từ ADT đến mCRCP (< 12 tháng) là những yếu tố có giá trị tiên lượng độc lập với TTF ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cancer today.** <<http://gco.iarc.fr/today/home>>, accessed: 05/08/2023.
2. **Cancer of the Prostate - Cancer Stat Facts.** SEER, <<https://seer.cancer.gov/statfacts/html/prost.html>>, accessed: 05/08/2023.
3. **Ryan C.J., Smith M.R., De Bono J.S. và cộng sự.** (2013). Abiraterone in Metastatic Prostate Cancer without Previous Chemotherapy. *N Engl J Med*, 368(2), 138–148.
4. **James N.D., Clarke N.W., Cook A. và cộng sự.** (2022). Abiraterone acetate plus prednisolone for metastatic patients starting hormone therapy: 5-year follow-up results from the STAMPEDE randomised trial (NCT00268476). *Int J Cancer*, 151(3), 422–434.
5. **Humphreys M.R., Fernandes K.A., và Sridhar S.S.** (2013). Impact of Age at Diagnosis on Outcomes in Men with Castrate-Resistant Prostate Cancer (CRPC). *J Cancer*, 4(4), 304–314.
6. **Sweeney C.J., Chen Y.-H., Carducci M. và cộng sự.** (2015). Chemohormonal Therapy in Metastatic Hormone-Sensitive Prostate Cancer. *N Engl J Med*, 373(8), 737–746.
7. **Loriot Y., Eymard J.-C., Patrikidou A. và cộng sự.** (2015). Prior long response to androgen deprivation predicts response to next-generation androgen receptor axis targeted drugs in castration resistant prostate cancer. *European Journal of Cancer*, 51(14), 1946–1952.
8. **Abiraterone plus prednisone added to androgen deprivation therapy and docetaxel in de novo metastatic castration-sensitive prostate cancer (PEACE-1):** a multicentre, open-label, randomised, phase 3 study with a 2 \times 2 factorial design - *The Lancet*.

NGHIÊN CỨU TỔNG QUAN KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI U NHÚ ĐẢO NGƯỢC MŨI XOANG

Nguyễn Thị Hương Giang¹, Phạm Trần Anh^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm các nghiên cứu về phẫu thuật nội soi điều trị U nhú đảo ngược mũi xoang (UNĐNMX) và kết quả của phẫu thuật nội soi. **Đối tượng và phương pháp:** Các bài báo, các nghiên cứu tại các cơ sở dữ liệu Pubmed, Google Scholar, thư viện Đại học Y Hà Nội đạt các tiêu chí nghiên cứu. **Kết quả:** Tìm được 758 tài liệu. Sau khi phân tích, 13 bài báo với tổng số 804 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, trong đó 12 nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân bị U nhú đảo ngược mũi xoang không phân biệt vị trí, 1 nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân bị U nhú đảo ngược mở rộng đến xoang trán. Một số đặc điểm các nghiên cứu: thiết kế nghiên cứu hồi cứu 84,6% (11), nghiên cứu tiền cứu có 15,4% (2) và cỡ mẫu của các nghiên cứu dưới 50 người chiếm 61,5% (8). 12 nghiên cứu có độ tuổi mắc bệnh trung bình của những người tham gia là từ 50-60 tuổi 66,8%. Theo hệ thống phân giai đoạn của Krouse: bệnh nhân ở giai đoạn T1 chiếm 15,8% (127), giai đoạn T2 chiếm 39,8% (320), giai đoạn T3 chiếm 42% (338), giai đoạn T4 chỉ chiếm 2,4% (19). Kết quả điều trị bằng phẫu thuật nội soi: tỉ lệ tái phát chung là 13,1%, tỉ lệ này rất khác nhau giữa các nghiên cứu từ 0 đến 43,8%. 5/13 nghiên cứu không ghi nhận xảy ra biến chứng do phẫu thuật nội

soi, trong các nghiên cứu có xảy ra biến chứng tỉ lệ dao động từ 2,1% đến 7,7%, các biến chứng gặp phải theo thứ tự giảm dần: chảy máu mũi, sưng nề quanh hốc mắt, chảy nước mắt, không có biến chứng nặng như rò dịch não tủy. Thời gian tái phát trung bình từ 7,5 tháng đến 22 tháng với thời gian theo dõi trung bình từ 19 tháng đến 66 tháng, khuyến cáo cần theo dõi tối thiểu 5 năm (60 tháng).

Từ khóa: u nhú đảo ngược mũi xoang, phẫu thuật nội soi mũi xoang.

SUMMARY

OUTCOMES OF SINONASAL INVERTED PAPILLOMA RESECTION BY ENDOSCOPIC SURGERY

Objectives: Characterization of studies on endoscopic surgery for the treatment of inverted nasopharyngeal papilloma and results of endoscopic surgery. **Subjects and methods:** Articles and studies in databases Pubmed, Google Scholar, library of Hanoi Medical University met the research criteria. **Result:** Found 758 documents. After analysis, 13 articles with a total of 804 patients were included in the study, of which 12 were on the group of patients with inverted nasopharyngeal papilloma, regardless of location, 1 study in the group of patients with inverted papilloma extending to the frontal sinus. Some characteristics of the studies: retrospective study design 84.6% (11), prospective study 15.4% (2) and sample size of studies under 50 people accounted for 61.5% (8). In 12 studies, the average age of participants was between 50 and 60 years old 66.8%. According to Krouse's staging system: patients in T1 stage accounted for 15.8% (127), T2 stage accounted for

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hương Giang

Email: nguyenthihuonggiangntt@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 4.10.2023

Ngày duyệt bài: 30.10.2023