

đề tài cấp Nhà nước "Nghiên cứu ứng dụng trí tuệ nhân tạo và công nghệ giải trình tự gen thế hệ mới trong phát hiện đột biến gen liên quan đến sự đáp ứng của thuốc điều trị một số loại ung thư phổ biến tại Việt Nam" thuộc chương trình KC4.0/19-25, Bộ Khoa học và Công nghệ. Nhóm tác giả xin chân thành cảm ơn Bộ Khoa học và Công nghệ, Trường Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện K đã hỗ trợ cho nghiên cứu về tài chính lẫn cơ sở dữ liệu nghiên cứu.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A. Cancer Statistics, 2021. CA Cancer J Clin. 2021;71(1):7-33. doi:10.3322/caac.21654
2. Lee AJ, Cunningham AP, Kuchenbaecker KB, et al. BOADICEA breast cancer risk prediction model: updates to cancer incidences, tumour pathology and web interface. Br J Cancer. 2014;110(2):535-545. doi:10.1038/bjc.2013.730
3. National Collaborating Centre for Cancer (UK). Familial Breast Cancer: Classification and Care of People at Risk of Familial Breast Cancer and Management of Breast Cancer and Related Risks in People with a Family History of Breast Cancer. National Collaborating Centre for Cancer (UK); 2013. Accessed October 3, 2023. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK247567/>
4. Lakeman IMM, Rodriguez-Gironde M, Lee A, et al. Validation of the BOADICEA model and a 313-variant polygenic risk score for breast cancer risk prediction in a Dutch prospective cohort. Genet Med Off J Am Coll Med Genet. 2020;22(11): 1803-1811. doi: 10.1038/s41436-020-0884-4
5. Pal Choudhury P, Brook MN, Hurson AN, et al. Comparative validation of the BOADICEA and Tyrer-Cuzick breast cancer risk models incorporating classical risk factors and polygenic risk in a population-based prospective cohort of women of European ancestry. Breast Cancer Res BCR. 2021;23(1):22. doi: 10.1186/s13058-021-01399-7
6. Esserman LJ, Thompson IM, Reid B, et al. Addressing overdiagnosis and overtreatment in cancer: a prescription for change. Lancet Oncol. 2014;15(6): e234-242. doi: 10.1016/S1470-2045(13)70598-9
7. Antoniou AC, Hardy R, Walker L, et al. Predicting the likelihood of carrying a BRCA1 or BRCA2 mutation: validation of BOADICEA, BRCAPRO, IBIS, Myriad and the Manchester scoring system using data from UK genetics clinics. J Med Genet. 2008;45(7):425-431. doi: 10.1136/jmg.2007.056556
8. Fischer C, Kuchenbäcker K, Engel C, et al. Evaluating the performance of the breast cancer genetic risk models BOADICEA, IBIS, BRCAPRO and Claus for predicting BRCA1/2 mutation carrier probabilities: a study based on 7352 families from the German Hereditary Breast and Ovarian Cancer Consortium. J Med Genet. 2013;50(6):360-367. doi:10.1136/jmedgenet-2012-101415

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN UNG THƯ BUỒNG TRỨNG GIAI ĐOẠN IIIC – IV BẰNG PHÁC ĐỒ PHỐI HỢP PHẪU THUẬT, HÓA CHẤT TIỀN PHẪU, HÓA CHẤT HẬU PHẪU TẠI BỆNH VIỆN K

Đặng Tiến Giang<sup>1</sup>, Khúc Chí Hiếu<sup>1</sup>,  
Phan Ngọc Huyền<sup>1</sup>, Lại Thị Thanh Hà<sup>2</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá tỉ lệ đáp ứng trên mô bệnh học, thời gian sống thêm toàn bộ và một số yếu tố ảnh hưởng trên bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng (UTBMBT) được điều trị bằng phác đồ phối hợp phẫu thuật, hóa trị tiền phẫu, hóa trị hậu phẫu tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 58 bệnh nhân chẩn đoán xác định UTBMBT giai đoạn IIIC, IV được điều trị phối hợp hóa chất tiền phẫu, phẫu thuật, hóa chất hậu phẫu tại bệnh viện K từ tháng 9/2019 đến tháng 10/2023. **Kết quả:** Thời gian sống thêm toàn

bộ của quần thể bệnh nhân nghiên cứu 34 tháng (CI 95% 29,3-38,7 tháng). Trong đó thời gian sống thêm toàn bộ của nhóm được điều trị hóa chất đơn thuần 32 tháng, thời gian sống thêm nhóm hóa chất kết hợp bevacizumab 31 tháng (p=0.65). Trung vị thời gian sống thêm toàn bộ của nhóm bệnh nhân giai đoạn IIIC là 31 tháng, của nhóm giai đoạn IV là 30 tháng. Nhóm bệnh nhân đạt pCR chưa có bệnh nhân nào tử vong trong thời gian theo dõi. **Kết luận:** Phác đồ phẫu thuật phối hợp hóa chất tiền phẫu, hóa chất hậu phẫu mang lại hiệu quả tốt trong điều trị bệnh nhân UTBMBT giai đoạn IIIC, IV. **Từ khóa:** Hóa chất tiền phẫu, ung thư buồng trứng

#### SUMMARY

**THE RESULTS OF SURGICAL COMBINED PREOPERATIVE CHEMOTHERAPY AND POSTOPERATIVE CHEMOTHERAPY IN STAGE IIIC-IV OVARIAN CANCER AT K HOSPITAL**  
**Materials and methods:** Prospective combined

<sup>1</sup>Bệnh viện K

<sup>2</sup>Bệnh viện Ung Bướu Thanh Hóa

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Tiến Giang

Email: bsdtgiang@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.12.2023

Ngày duyệt bài: 12.01.2024

retrospective descriptive study 58 patients diagnosed with stage IIIC-IV ovarian cancer who received surgical combined preoperative chemotherapy and postoperative chemotherapy at K hospital from 9/2019-10/2023. **Results:** Overall survival time for the entire study patient population was 34 months (CI 95% 29.3-38.7 months). In which, the survival time of the entire group receiving chemotherapy was 32 months, the survival time of the bevacizumab combination chemotherapy group was 31 months ( $p = 0.65$ ). The median overall survival time for stage IIIC patients is 31 months, and for stage IV patients is 30 months. There has been no patient death during the follow-up period of pCR. **Conclusions:** Surgical combined preoperative chemotherapy and postoperative chemotherapy brings good results in treating patients with stage IIIC and IV ovarian cancer. **Keywords:** preoperative chemotherapy, postoperative chemotherapy, ovarian cancer

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Ung thư biểu mô buồng trứng là ung thư phụ khoa có tỉ lệ mắc đứng thứ 2 sau ung thư cổ tử cung và là một trong các nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư phụ khoa gây ra. Theo Globocan 2020 tỉ lệ tử vong hàng năm của ung thư biểu mô buồng trứng là 4,2/100000 dân [1]. Tiên lượng UTBMBT phụ thuộc vào nhiều yếu tố như giai đoạn bệnh, thể giải phẫu bệnh...Điều trị tiêu chuẩn hiện nay là phẫu thuật giảm tế bào tối ưu kết hợp điều trị hoá chất toàn thân. Những trường hợp không phù hợp để phẫu thuật ngay tại thời điểm chẩn đoán sẽ được điều trị hoá chất hỗ trợ trước. Tại bệnh viện K, điều trị hoá chất hỗ trợ trước được áp dụng với những trường hợp bệnh giai đoạn III, IV không đảm bảo được phẫu thuật tối ưu tại thời điểm chẩn đoán. Đánh giá ban đầu của N. T. T Loan và cộng sự cho thấy đây là phương pháp điều trị đem tỉ lệ đáp ứng cao trên 90%, tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật giảm tế bào tối ưu [2]. Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục đích đánh giá hiệu quả dài hạn của phác đồ với mục tiêu đánh giá thời gian sống thêm toàn bộ của điều trị hoá chất hỗ trợ trước theo sau là phẫu thuật giảm tế bào tối ưu, hoá chất hỗ trợ và nhận xét một số yếu tố ảnh hưởng đến thời gian sống thêm toàn bộ.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu

trên 58 bệnh nhân chẩn đoán xác định UTBMBT được điều trị phác đồ phối hợp phẫu thuật, hoá chất tiền phẫu, hoá chất hậu phẫu tại bệnh viện K từ tháng 1/2019 đến tháng 10/2023.

**2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Được chẩn đoán xác định UTBMBT bằng mô bệnh học tại bệnh viện K

- Được chẩn đoán giai đoạn ban đầu IIIC, IV
- ECOG 0-2: đảm bảo đủ điều kiện điều trị hoá chất, phẫu thuật.
- Được điều trị phác đồ phối hợp phẫu thuật, hoá chất tiền phẫu, hoá chất hậu.
- Hồ sơ theo dõi và thông tin đầy đủ.

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ**

- Bệnh nhân mắc ung thư khác phối hợp.
- Mắc các bệnh lý cấp và hoặc mãn tính khác có nguy cơ tử vong gần.
- Bệnh nhân bỏ điều trị.
- Mất thông tin sau điều trị.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu. Công thức tính cỡ mẫu thuận tiện. Các thông tin được mã hoá và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Thống kê mô tả: tỷ lệ, trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất, phân tích thời gian sống thêm toàn bộ bằng Kaplan-Meier.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm bệnh nhân**

**3.1.1. Tuổi**

**Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi tham gia nghiên cứu**

	N	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình	Độ lệch
Tuổi	58	37.0	78.0	58.500	9.4540

**Nhận xét:** Tuổi trung bình tham gia nghiên cứu là 58.5. Bệnh nhân ít tuổi nhất trong nghiên cứu là 37 tuổi. Bệnh nhân lớn tuổi nhất tham gia nghiên cứu là 78 tuổi.

**3.1.2. Chỉ số toàn trạng trước điều trị**

**Bảng 3.2. Chỉ số toàn trạng theo ECOG**

PS	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
0	24	41,4
1	25	43,1
2	9	15,5
<b>Tổng số</b>	<b>58</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Các bệnh nhân trong nghiên cứu có chỉ số toàn trạng ECOG= 0-1 chiếm 84,5%, số bệnh nhân có thể trạng ECOG = 2 có 15,5%.

**3.1.3. Chẩn đoán giai đoạn trước điều trị**

**Bảng 3.3. Chẩn đoán trước điều trị**

Chẩn đoán trước điều trị	n	Tỷ lệ (%)
Giai đoạn IIIC	30	51,7
Giai đoạn IV	28	48,3
<b>Tổng</b>	<b>58</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu có 30 trường hợp (chiếm 51,7%) giai đoạn III và 28 trường hợp giai đoạn IV (chiếm 48,3%).

**3.1.4. Chẩn đoán mô bệnh học**

**Bảng 3.4. Phân loại thể mô bệnh học**

Thể GPB	n	Tỷ lệ
---------	---	-------

		(%)
Ung thư biểu mô thanh dịch	49	84,5
Ung thư biểu mô tế bào sảng	2	3,4
Ung thư biểu mô dạng nội mạc	1	1,7
Ung thư biểu mô nhầy	1	1,7
Ung thư biểu mô thể khác	5	8,6
<b>Tổng</b>	<b>58</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Thể giải phẫu bệnh hay gặp nhất là ung thư biểu mô thanh dịch chiếm 84,5%. Các thể khác như ung thư biểu mô tế bào sảng chiếm 3,4%, ung thư biểu mô tuyến dạng nội mạc và ung thư biểu mô nhầy mỗi loại 1,7%. Còn lại 8,6% các thể mô bệnh học khác.

**3.2. Kết quả điều trị**

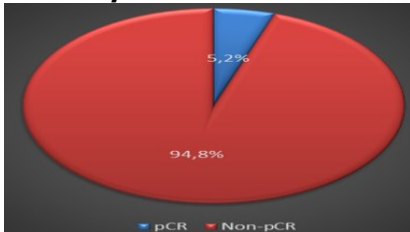
**3.2.1. Số lượng máu sử dụng trong phẫu thuật**

**Bảng 3.5. Lượng máu truyền trong phẫu thuật**

Lượng máu truyền	n	Tỷ lệ (%)
0	48	82,8
1	3	5,2
2	7	12,1
<b>Tổng</b>	<b>58</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Phần lớn các bệnh nhân trong nghiên cứu không phải truyền máu trong mổ (82,8%). Có 3 bệnh nhân (5,2%) phải truyền 1 đơn vị máu, có 7 bệnh nhân phải truyền 2 đơn vị máu (12,1%).

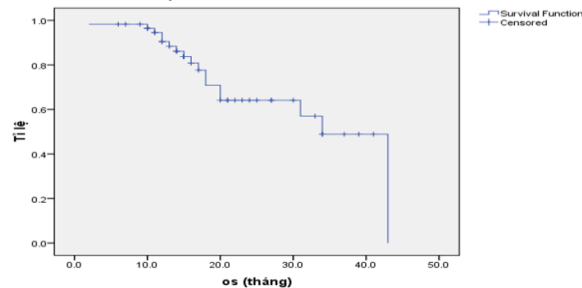
**3.2.2. Kết quả PCR**



**Hình 3.1. Biểu đồ tỉ lệ pCR**

Tỉ lệ đạt pCR là 3/58 chiếm 5,2%. Còn lại 55 trường hợp không đạt pCR chiếm 94,8%

**3.2.3. Thời gian sống thêm toàn bộ**  
*Toàn bộ quần thể*



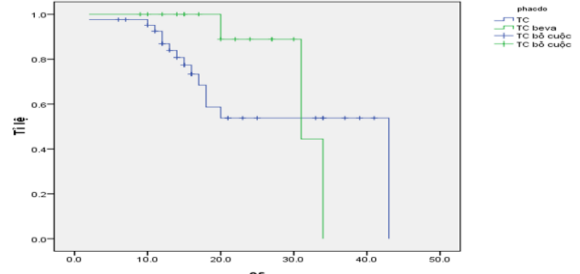
**Hình 3.2. Biểu đồ thời gian sống thêm toàn bộ**

Trung vị thời gian sống thêm toàn bộ của nhóm bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 34,0

tháng (CI 95% 29,3-38,7 tháng).

**3.2.4. Thời gian sống thêm toàn bộ và một số yếu tố liên quan**

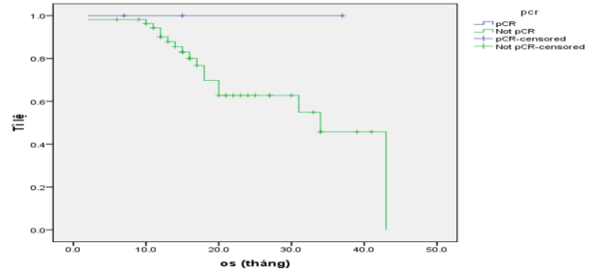
**a. Phác đồ điều trị**



**Hình 3.3. Biểu đồ thời gian sống thêm toàn bộ theo phác độ điều trị**

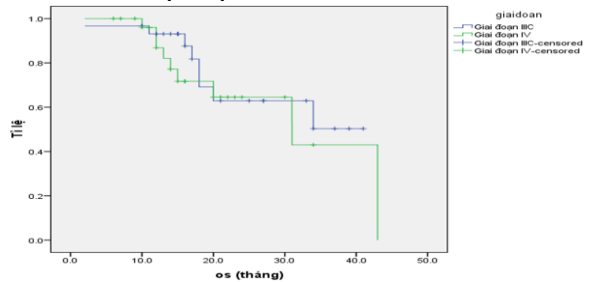
Phân tích thời gian sống thêm toàn bộ theo phác đồ điều trị, nhóm được điều trị phác đồ TC đơn thuần có trung vị sống thêm toàn bộ 32 tháng, nhóm kết hợp bevacizumab đạt 31 tháng (p=0.65).

**b. Đáp ứng hoàn toàn mô bệnh học**



Phân tích thời gian sống thêm toàn bộ theo tình trạng đáp ứng pCR, nhóm bệnh nhân đạt pCR chưa đạt trung vị (cả 3 bệnh nhân nhóm này chưa ghi nhận tử vong), nhóm không đạt pCR có trung vị sống thêm là 33 tháng (p=0.35).

**c. Giai đoạn bệnh**



Phân tích thời gian sống thêm toàn bộ theo giai đoạn bệnh, giai đoạn III đạt 31 tháng, giai đoạn IV là 30 tháng (p=0.53).

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm bệnh nhân**

**4.1.1. Tuổi.** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 58,5± 9,5 tuổi, bệnh nhân trẻ

nhất là 37 tuổi, già nhất là 78 tuổi. So sánh với tuổi bệnh nhân trong các nghiên cứu khác: Nghiên cứu của Tewary D và cs, tuổi trung bình là 48,6 tuổi, nghiên cứu của Ignace Vergote tuổi trung bình là 62 tuổi (khoảng tuổi 25-86) [3, 4]. Nhìn chung trong các nghiên cứu khác nhau thì độ tuổi bệnh nhân có sự dao động. Có thể do tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân điều trị hóa chất tiền phẫu phụ thuộc một phần vào khả năng có thể phẫu thuật được của phẫu thuật viên nên ở các cơ sở khác nhau thì độ tuổi bệnh nhân khác nhau.

**4.1.2. Toàn trạng.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có thể trạng chung tương đối tốt với 84,5% bệnh nhân PS = 0-1, chỉ có 15,5% bệnh nhân PS = 2. Điều này cho thấy các bệnh nhân UTBMBT trong nghiên cứu được lựa chọn kỹ trên lâm sàng, không lựa chọn các bệnh nhân có thể trạng quá kém.

**4.1.3. Giai đoạn bệnh.** Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ bệnh nhân ở giai đoạn IIIC và giai đoạn IV là tương đối cân bằng, có 51,7% bệnh nhân ở giai đoạn IIIC và 48,3% bệnh nhân ở giai đoạn IV. Một số nghiên cứu khác như nghiên cứu của Ignace Vergote phần lớn bệnh nhân ở giai đoạn IIIC chiếm 75,7% chỉ có 24,3% bệnh nhân ở giai đoạn IV. Đặc biệt, nghiên cứu của Devansu Tewari và cộng sự, 100% bệnh nhân ở giai đoạn IIIC. Tỉ lệ bệnh nhân giai đoạn IIIC và giai đoạn IV cân bằng giúp kết quả nghiên cứu của chúng tôi khách quan hơn.

**4.1.4. Mô bệnh học.** Kết quả mô bệnh học nghiên cứu chúng tôi cho thấy: Thể giải phẫu bệnh hay gặp nhất là ung thư biểu mô buồng trứng thanh dịch 49/58 bệnh nhân (84,5%) tiếp đến là ung thư biểu mô tế bào sáng 2/58 bệnh nhân (3,4%), ung thư biểu mô dạng nội mạc và ung thư biểu mô nhầy mỗi loại có 1/58 bệnh nhân (1,7%). Còn lại có 5 bệnh nhân thuộc các thể mô bệnh học khác (8,6%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng gần tương tự về đặc điểm mô bệnh học của buồng trứng, trong y văn ghi nhận thể thanh dịch chiếm khoảng 80%.

## 4.2. Kết quả điều trị

**4.2.1. Số lượng máu sử dụng trong phẫu thuật.** Phẫu thuật ung thư buồng trứng là một phẫu thuật phức tạp, đặc biệt ở những bệnh nhân bệnh lan tràn giai đoạn III, IV. Truyền máu tuy không ảnh hưởng đến thời gian sống thêm của bệnh nhân nhưng ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và khả năng mắc bệnh chu phẫu. Lượng máu phải truyền trong cuộc mổ gián tiếp phản ánh sự phức tạp của cuộc mổ. Một số nghiên cứu đi trước như nghiên cứu của Lauren

Shore và cộng sự tỉ lệ bệnh nhân phải truyền máu trong mổ ở bệnh nhân ung thư buồng trứng giai đoạn tiến triển là 53% [5]. Trong một nghiên cứu khác của Kobal, nhóm được điều trị hoá chất hỗ trợ trước có 24,5% trường hợp phải truyền máu so với 40,7% ở nhóm được phẫu thuật trước. So với các kết quả trên, nghiên cứu của chúng tôi ít phải truyền máu hơn, chỉ có 10/58 trường hợp chiếm 17,2%. Lượng máu phải truyền trung bình của các trường hợp này là 2 đơn vị. Kết quả này cho thấy việc điều trị hoá chất trước giúp giảm kích thước khối u, tạo điều kiện thuận lợi cho cuộc mổ, bệnh nhân ít phải truyền máu hơn [3].

**4.2.2. Kết quả pCR.** Kết quả pCR được coi là một yếu tố độc lập liên quan đến tiên lượng bệnh. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh những bệnh nhân đạt đáp ứng pCR sau hóa chất tiền phẫu có thời gian sống thêm bệnh không tiến triển và sống thêm toàn bộ dài hơn. Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ pCR là 5,2%. So với nghiên cứu của Ivantsov, tỉ lệ pCR trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn [6]. Lý giải về kết quả này do tỉ lệ bệnh nhân giai đoạn IV trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của tác giả.

**4.2.3. Thời gian sống thêm toàn bộ.** Các dữ liệu hiện nay cho thấy những bệnh nhân ung thư buồng trứng giai đoạn III, IV điều trị bằng hóa chất tiền phẫu theo sau là phẫu thuật có kết quả tương tự với phẫu thuật trước theo sau hóa chất hậu phẫu về OS và DFS. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có trung vị thời gian sống thêm toàn bộ là 34 tháng. Một số nghiên cứu khác về điều trị hóa chất tiền phẫu buồng trứng cho kết quả tương tự. Như trong nghiên cứu của Vandriel, thời gian sống thêm toàn bộ là 33 tháng [7], nghiên cứu của Fagotti thời gian sống thêm toàn bộ là 41 tháng với nhánh điều trị chuẩn và 43 tháng đối với nhánh điều trị hóa chất tiền phẫu [8]. Thực tế việc điều trị hóa chất tiền phẫu đối với những trường hợp ung thư buồng trứng giai đoạn muộn đã được chứng minh không cải thiện về thời gian sống thêm nhưng giúp giảm những biến chứng xảy ra trong cuộc mổ.

**4.2.4. Môi liên quan giữa sống thêm toàn bộ và một số yếu tố.** Phân tích một số yếu tố liên quan cho thấy, trung vị thời gian sống thêm toàn bộ ở nhóm bệnh nhân được điều trị phác đồ TC đơn thuần là 32 tháng cao hơn so với nhóm được kết hợp với beva là 31 tháng. Tuy nhiên kết quả này không có ý nghĩa thống kê với  $p = 0.65$ . Trung vị thời gian sống thêm toàn bộ ở nhóm pCR chưa đạt được do cả 3

bệnh nhân đạt pCR ở thời điểm kết thúc nghiên cứu vẫn còn sống. Trung vị thời gian sống thêm toàn bộ ở nhóm chẩn đoán ban đầu giai đoạn IIIC là 31 tháng so với 30 tháng ở nhóm giai đoạn IV. Tuy nhiên  $p = 0,53$ . Các phân tích của chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa tình trạng pCR, phác đồ điều trị và giai đoạn chẩn đoán ban đầu với thời gian sống thêm toàn bộ. Một số kết quả nghiên cứu trước đây cho thấy đạt pCR có liên quan đến cải thiện thời gian sống sót. Lý giải kết quả: nghiên cứu của chúng tôi cỡ mẫu chưa nhiều, đặc biệt ở nhóm đạt pCR, mặt khác thời gian theo dõi chưa đủ lâu nên chưa đưa ra được kết luận về ảnh hưởng của pCR đến OS.

## V. KẾT LUẬN

Phác đồ phẫu thuật phối hợp hóa chất tiền phẫu, hóa chất hậu phẫu mang lại hiệu quả tốt trong điều trị bệnh nhân UTBMBT giai đoạn IIIC, IV. Trung vị thời gian sống thêm toàn bộ của nhóm bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 34,0 tháng, tỉ lệ đạt pCR sau hóa chất tiền phẫu là 5,2%. Không tìm thấy mối liên quan giữa giai đoạn bệnh, phác đồ điều trị và pCR với thời gian sống thêm toàn bộ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F** (2021) Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*

71:209–249

2. **Nguyễn Thị Thanh Loan, Lê Thanh Đức, Hàn Thị Thanh Bình** (2023). Đánh giá kết quả hóa trị tân bổ trợ phác đồ paclitaxel carboplatin trong ung thư buồng trứng giai đoạn III-IV tại bệnh viện K. *Tạp Chí Học Việt Nam* 530:166–170
3. **Vergote I, Tropé CG, Amant F, et al** (2010) Neoadjuvant chemotherapy or primary surgery in stage IIIC or IV ovarian cancer. *N Engl J Med* 363:943–953
4. **Tewari D, Java JJ, Salani R, Armstrong DK, Markman M, Herzog T, Monk BJ, Chan JK** (2015) Long-term survival advantage and prognostic factors associated with intraperitoneal chemotherapy treatment in advanced ovarian cancer: a gynecologic oncology group study. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol* 33:1460–1466
5. **Prescott LS, Vergote I, Sun CC, Bodurka DC, Coleman RL** (2023) Transfusion use and effect on progression-free, overall survival, and quality of life in upfront treatment of advanced epithelial ovarian cancer: evaluation of the European Organization for Research and Treatment EORTC-55971 Cohort. *Int J Gynecol Cancer Off J Int Gynecol Cancer Soc* 33:1–9
6. **Ivantsov AO** (2018) Pathological response of ovarian cancer to neoadjuvant chemotherapy. *Chin Clin Oncol* 7:59–59
7. **van Driel WJ, Koole SN, Sikorska K, et al** (2018) Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy in Ovarian Cancer. *N Engl J Med* 378:230–240
8. **Fagotti A, Ferrandina MG, Vizzielli G, et al** (2020) Randomized trial of primary debulking surgery versus neoadjuvant chemotherapy for advanced epithelial ovarian cancer (SCORPION-NCT01461850). *Int J Gynecol Cancer Off J Int Gynecol Cancer Soc* 30:1657–1664

# KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ CONG DƯƠNG VẬT BẨM SINH BẰNG PHƯƠNG PHÁP KHÂU XOAY TRỤC VẬT HANG

Nguyễn Hoài Bắc<sup>1,2</sup>, Nguyễn Cao Thắng<sup>1</sup>,  
Lê Huy Bình<sup>3</sup>, Trần Xuân Thành<sup>4</sup>

## TÓM TẮT

Cong dương vật bẩm sinh là một bệnh lý hiếm gặp, tỷ lệ mắc dưới 1% nam giới<sup>1</sup> nhưng nó gây nhiều ảnh hưởng nhiều đến đời sống tình dục cũng như tâm lý của người bệnh. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu trên 33 người bệnh được phẫu

thuật bằng phương pháp khâu xoay trục vật hang thời gian từ 6/2018 đến tháng 5/2023. Kết quả cho thấy tuổi trung bình  $24,67 \pm 4,13$  (dao động từ 18-34 tuổi) trong đó nhóm tuổi từ 23-29 chiếm tỉ lệ cao nhất với 57,6%. Tỉ lệ Người bệnh theo hướng cong trục dọc và trục ngang lần lượt là 54,5% và 45,5% trong đó cong hướng xuống là chủ yếu với 54,5%, không có Người bệnh nào hướng cong lên. Góc cong dương vật sau phẫu thuật thay đổi đáng kể từ  $45,18^\circ \pm 11,78^\circ$  còn  $9,24^\circ \pm 5,69^\circ$ . Chiều dài dương vật khi cương trước và sau mổ được bảo toàn. Chức năng hoạt động tình dục của Người bệnh dựa trên thang điểm IIEF-15 thay đổi đáng kể đặc biệt là chỉ số thỏa mãn tình dục từ  $8,72 \pm 2,38$  lên  $11,94 \pm 1,43$ . Thời gian phẫu thuật và thời gian nằm viện lần lượt là 81,52 phút và 3,76 ngày. **Từ khóa:** Cong dương vật bẩm sinh, khâu xoay trục vật hang.

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Thái Bình

<sup>4</sup>Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Hà Nam

Chịu trách nhiệm chính: Trần Xuân Thành

Email: hmu.tranxuanthanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.12.2023

Ngày duyệt bài: 12.01.2024