

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bingener-Casey J.** Reasons for Conversion From Laparoscopic to Open Cholecystectomy, A 10-Year Review. *Journal of Gastrointestinal Surgery*. 2022; 6(6): 800-805. doi: 10.1016/ S1091-255X(02) 00064-1
2. **Borzellino G, Sauerland S, Minicozzi AM, et al.** Laparoscopic cholecystectomy for severe acute cholecystitis. A meta-analysis of results. *Surg Endosc*. 2008; 22(1):8-15. doi: 10.1007/s00464-007-9511-6
3. **Lê Quang Minh.** Nghiên Cứu Chỉ Định và Kết Quả Điều Trị Viêm Túi Mật Cấp Bằng Phẫu Thuật Cắt Túi Mật Nội Soi. Luận án tiến sỹ Y học. Viện nghiên cứu khoa học Y dược lâm sàng 108; 2012.
4. **Al-Mulhim AA.** Timing of early laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *JLS*. 2018;12(3):282-287.
5. **González-Rodríguez FJ, Paredes-Cotoré JP, Pontón C, et al.** Early or delayed laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis? Conclusions of a controlled trial. *Hepatogastroenterology*. 2019;56(89):11-16.
6. **Casillas RA, Yegiyants S, Collins JC.** Early laparoscopic cholecystectomy is the preferred management of acute cholecystitis. *Arch Surg*. 2008; 143(6): 533-537. doi: 10.1001/archsurg.143.6.533
7. **Condilis N, Sikalias N, Mountzalia L, Vasilopoulos J, Koynnos C, Kotsifas T.** Acute cholecystitis: when is the best time for laparoscopic cholecystectomy? *Ann Ital Chir*. 2018;79(1):23-27.
8. **Caglià P, Costa S, Tracia A, et al.** Can laparoscopic cholecystectomy be safely performed in the elderly? *Ann Ital Chir*. 2012;83(1):21-24.
9. **Malik AM, Laghari AA, Talpur KAH, Memon A, Pathan R, Memon JM.** Laparoscopic cholecystectomy in the elderly patients. An experience at Liaquat University Hospital Jamshoro. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2017; 19(4):45-48.
10. **Ekici U, Yılmaz S, Tatlı F.** Comparative Analysis of Laparoscopic Cholecystectomy Performed in the Elderly and Younger Patients: Should We Abstain from Laparoscopic Cholecystectomy in the Elderly? *Cureus*. Published online June 27, 2018. doi:10.7759/cureus.2888

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ CỦA BỆNH CƠ TIM XỐP TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Mai Thị Quỳnh¹, Đoàn Tiên Lưu^{1,2},
Phạm Văn Điệp¹, Hoàng Đình Âu¹

Từ khóa: bệnh cơ tim xốp, cộng hưởng từ tim, tỷ lệ NC/C

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ (CHT) tim của bệnh nhân bệnh cơ tim xốp (NCCM) được chẩn đoán tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh được thực hiện tại Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội từ tháng 6/2022 đến tháng 6/2023 trên các BN bệnh cơ tim xốp được chụp CHT tim tại BV Đại học Y Hà Nội. **Kết quả:** Có 3 bệnh nhân tuổi trung bình là 35,6±10,2; gồm 1 BN nam và 2 BN nữ. 2 BN vào viện vì khó thở, 1 BN không có triệu chứng lâm sàng. 3/3 BN có rối loạn nhịp tim gồm 2/3 có block nhánh trái, 1/3 có ngoại tâm thu thất. Trên CHT, 3/3 BN có tổn thương ở thất trái, trong đó chủ yếu ở vùng giữa và mỏm tim, tỷ lệ bề dày cơ tim không lên chặt/ lên chặt (NC/ C): 4,5 ± 2,9; 1/3 BN có phân suất tống máu (EF) giảm. Không BN nào có tổn thương ngấm thuốc muộn (LGE) cơ tim. **Kết luận:** Cộng hưởng từ tim là phương pháp hình ảnh không xâm lấn có vai trò quan trọng trong chẩn đoán bệnh cơ tim xốp.

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu

Email: hoangdinhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2024

Ngày duyệt bài: 22.5.2024

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND CARDIAC MAGNETIC RESONANCE IMAGING OF PATIENTS WITH NON-COMPACTION CARDIOMYOPATHY AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Purpose: Describe clinical characteristics and cardiac magnetic resonance imaging (MRI) of patients with non-compaction cardiomyopathy at Hanoi Medical University Hospital. **Material and methods:** Descriptive study conducted at Hanoi Medical University Hospital from June 2022 to June 2023 on patients with non-compaction cardiomyopathy, having cardiac magnetic resonance imaging at Hanoi medical university. **Results:** There were 3 patients with a mean age of 35.6±10.2; including of 2 female patients and 1 male patient. 2 patients had shortness of breath, 1 patients had no symptom. All 3 patients had arrhythmia among them 2 patients had left bundle branch block, 1 patient had ventricular extrasystoles. On MRI, all 3 patients had left ventricular non-compaction cardiomyopathy, mainly found in the middle and apex area, NC/C ratio of 4.5 ± 2.9. 1 patient had decreased ejection fraction. No one had the late myocardial enhancement. **Conclusion:** Cardiac magnetic resonance imaging was an important non-invasive imaging method in the diagnosis of non-

compaction cardiomyopathy.

Keywords: non-compaction cardiomyopathy, cardiac magnetic resonance, NC/C ratio.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh cơ tim xoắn hay còn gọi là bệnh cơ tim không lèn chặt hay ngày càng được chú ý nhiều hơn trong 20 năm trở lại đây nhưng trong thực hành lâm sàng hàng ngày nhiều khi vẫn bị bỏ sót. Cho đến nay chưa có tiêu chuẩn chẩn đoán nào được chấp nhận rộng rãi và một số nhóm tác giả thậm chí còn chưa chấp nhận nó là một bệnh lý cơ tim riêng biệt và xếp bệnh cơ tim xoắn là một biến thể của bệnh cơ tim giãn.

Bệnh cơ tim xoắn là bệnh cơ tim hiếm gặp được đặc trưng bởi tồn tại nhiều bè cơ thất trái và các vách sâu giữa các bè cơ thông thương với buồng thất gây thay đổi nghiêm trọng cấu trúc cơ tim¹.

Ở Việt nam hiện còn ít báo cáo về bệnh cơ tim xoắn. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả một số ca bệnh cơ tim xoắn được chẩn đoán tại Bệnh viện Đại học Y Hà nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán bệnh cơ tim xoắn có chụp CHT tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: mô tả chùm ca bệnh nhóm BN mắc bệnh cơ tim xoắn từ tháng 06/2022 đến 06/2023. BN được chụp cộng hưởng từ tim (CHT) trên máy CHT 1.5T của GE HealthCare theo protocol ở bảng 1, được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của Jenni – 2001², trong đó tiêu chuẩn chẩn đoán bao gồm thành cơ tim xuất hiện nhiều các bè cơ và tồn tại các hốc và vách sâu giữa các bè cơ thông thương với buồng thất, lớp cơ tim lèn chặt mỏng nằm bên ngoài và lớp cơ tim không lèn chặt rất dày nằm bên trong, tỷ lệ NC/C > 2. Tỷ lệ NC/C được đo ở cuối thì tâm trương, trên mặt cắt trục ngắn thất trái trên chuỗi xung Cine máu trắng, lấy giá trị lớn nhất. Phân suất tống máu được đo bằng phần mềm ISP của Phillip. Tổn thương ngấm thuốc muộn LGE được xác định là vùng cơ tim tăng tín hiệu trên chuỗi xung sau tiêm 15 phút máu đen.

Bảng 1: Protocol chụp CHT tim trong nghiên cứu

Chuỗi xung	Ý nghĩa
FIESTA (SA, 4C, 2C, 3C)	Đánh giá hình thái giải phẫu các buồng tim, đo bề dày cơ tim, đường ra thất trái, dấu hiệu SAM
Cine SSFP (SA)	Đánh giá chức năng, rối loạn vận động vùng, đo khối lượng cơ thất trái
Double/	Phát hiện phù, thâm nhiễm mỡ cơ

Triple IR (SA)	tim
T1W fast GRE tiêm thuốc	Phát hiện các vùng tưới máu bất thường
LGE	Phát hiện các tổn thương xơ hóa ngấm thuốc muộn

2.3. Xử lý số liệu: Xử lý và phân tích số liệu theo SPSS 25.0. Kết quả được trình bày dưới dạng bảng. Các số liệu biến định tính được trình bày dưới dạng tỷ lệ phần trăm.

2.4. Khía cạnh đạo đức của nghiên cứu: Đề cương nghiên cứu được thông qua bởi hội đồng của trường Đại Học Y Hà Nội. Nghiên cứu được Bệnh viện Đại học Y Hà Nội chấp nhận. Nghiên cứu không ảnh hưởng gì đến quyền lợi của người bệnh trong quá trình khám và chữa bệnh. Các thông tin cá nhân của bệnh nhân được đảm bảo bí mật. Đảm bảo các số liệu trong nghiên cứu là trung thực.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 2: Tuổi, giới nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ %	Tuổi trung bình	Tuổi nhỏ nhất	Tuổi lớn nhất
Nam	1	33,3	35,6±10,2	23	43
Nữ	2	66,7			
Tổng	3	100			

Nhận xét: Cả 3 bệnh nhân được phát hiện ở tuổi trưởng thành, không có trẻ em, tỷ lệ nữ nhiều hơn nam.

3.2. Đặc điểm lâm sàng xét nghiệm của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3: Kết quả điện tâm đồ và siêu âm tim

	Đặc điểm	Số lượng (n)
Triệu chứng lâm sàng	Không triệu chứng	1
	Khó thở	2
Điện tâm đồ	Block nhánh trái	2
	Ngoại tâm thu thất	1

Nhận xét: 2/3 BN vào viện vì khó thở mức độ nhẹ và được chẩn đoán lâm sàng và trên siêu âm tim nghi ngờ siêu âm tim, 1 BN được phát hiện tình cờ có rối loạn nhịp tim trên điện tâm đồ khi đang điều trị bệnh lý khác và không có triệu chứng lâm sàng đặc biệt. Cả 3 BN đều có biểu hiện rối loạn nhịp tim trên điện tâm đồ.

3.3. Đặc điểm cộng hưởng từ tim của nhóm đối tượng nghiên cứu:

Bảng 4: Các đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ tim

Đặc điểm		Số lượng (n)
Tỷ lệ NC/C (Mean±SD)	4,5 ± 2,9	
Vị trí	Vùng giữa	3
	Vùng mỏm	2
EF giảm	1	
LGE (+)	0	
Bất thường tim khác kèm theo	0	

Nhận xét: Tỷ lệ NC/ C trung bình là 4,5. Trong đó cả 2 BN xuất hiện tổn thương ở cả vùng giữa và vùng mỏm tim, 1 BN chỉ có tổn thương ở vùng giữa tim, không có trường hợp nào xuất hiện tổn thương ở vùng đáy tim. 1 trường hợp có EF giảm nhẹ (48%) và không có trường hợp nào có ngấm thuốc muộn cơ tim hay có bất thường tim khác kèm theo.

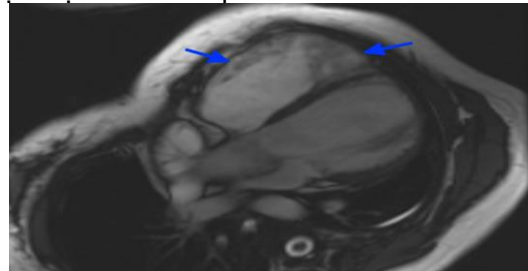
IV. BÀN LUẬN

Năm 1980, khi Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) lần đầu công bố định nghĩa về bệnh cơ tim, khi đó bệnh cơ tim xoắn (NCCM) vẫn chưa được biết đến³, trong suốt thời gian sau đó, người ta vẫn cho rằng NCCM chỉ là một dạng hay một biến thể và đi kèm với các bệnh lý cơ tim khác chứ không phải một bệnh lý cơ tim riêng biệt. Một bước đột phá thực sự trong hành trình khám phá bệnh lý này là vào năm 1984 Engbergding đã quan sát thấy hình ảnh cơ tim xoắn tại buồng thất trái trên một BN nữ 33 tuổi và không có bệnh tim bẩm sinh hoặc bất thường cấu trúc tim khác đi kèm⁴. Năm 2006, Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ- AHA đưa ra định nghĩa về bệnh cơ tim nguyên phát hoặc thứ phát và NCCM được phân loại vào nhóm bệnh cơ tim do di truyền⁵.

Biểu hiện lâm sàng rất đa dạng, chủ yếu là suy tim, rối loạn nhịp tim và các biến cố của thuyên tắc mạch⁶. Trong một nghiên cứu tại Đức cho thấy có 61% BN có triệu chứng suy tim tại thời điểm chẩn đoán và 15% phát triển các triệu chứng suy tim trong thời gian theo dõi 27 tháng hoặc có tình trạng chuyển biến xấu đi⁷. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuy số lượng bệnh nhân còn khiêm tốn nhưng trong 3 BN thì 2 BN đã có biểu hiện có suy tim mức độ nhẹ trên lâm sàng. Rối loạn nhịp tim cũng là triệu chứng thường gặp trong NCCM, có tới 26% BN xuất hiện các cơn rối loạn nhịp tim chưa rõ nguyên nhân và sau đó được chẩn đoán mắc bệnh cơ tim, trong đó có 17% là rung nhĩ, 4% có rối loạn nhịp thất, 1,5% có hội chứng WPW... Rung nhĩ, nhịp thanh thất kéo dài và rung thất được quan sát ở những BN có chức năng thất trái giảm nặng. Ở những BN có phân suất tống máu thất

trái trên 35% hiếm khi xảy ra đột tử do tim⁸. Thuyên tắc mạch chủ yếu xảy ra ở các BN NCCM có rung nhĩ. Sự ứ trệ dòng máu xuất hiện ở các ngách và hốc giữa các bè cơ đặc biệt khi chức năng thất trái giảm làm tăng nguy cơ hình thành huyết khối. Một số BN khác xuất hiện các rối loạn thần kinh cơ đặc biệt hoặc bệnh lý thần kinh di truyền như Charcot Marie-Tooth, loạn dưỡng cơ Becker, loạn dưỡng cơ Emery- Dreifuss, loạn dưỡng trương lực cơ, bệnh thần kinh thị giác di truyền Leber, hội chứng Barth. Cả 3 BN trong nghiên cứu đều xuất hiện rối loạn nhịp, trong đó có 1 BN đã phải đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn.

Tiêu chuẩn chẩn đoán: Cho đến nay vẫn chưa có sự thống nhất hoàn toàn về tiêu chuẩn chẩn đoán NCCM và trong một số trường hợp khó vẫn chưa thể phân biệt được giữa NCCM và các biến thể kiểu hình bình thường. Mặc dù chẩn đoán đầu tiên của NCCM được công bố lần đầu tiên cách đây 37 năm và thuật ngữ cơ tim không lên chặt đã được ra đời khoảng 30 năm trở lại đây nhưng không có tiêu chuẩn chẩn đoán nào được chấp nhận rộng rãi trên toàn cầu. Một nghiên cứu cho thấy dựa theo các tiêu chuẩn chẩn đoán hình ảnh hiện nay có thể gây chẩn đoán quá mức NCCM⁹. Có rất nhiều tiêu chuẩn chẩn đoán của nhiều tác giả khác nhau đã được công bố như Chin (1990), Jenni (2001), Stollberger (2004), Endberding (2007), Belanger (2008)... tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi sử dụng tiêu chuẩn của Jenni- 2001 vì thấy tiêu chuẩn chẩn đoán này phù hợp nhất với khái niệm bệnh cơ tim xoắn.



Hình 1: Hình ảnh cộng hưởng từ tim ở BN nữ 43 tuổi, không có triệu chứng lâm sàng, điện tâm đồ có ngoại tâm thu thất. Trên chuỗi xung FIESTA có hình ảnh các vùng cơ tim không lên chặt thất phải với rất nhiều bè cơ và các hốc và ngách sâu giữa các bè cơ (mũi tên)

Nhờ tính sẵn có và chi phí thấp, không gây biến chứng, siêu âm tim là lựa chọn đầu tay trong chẩn đoán NCCM. Siêu âm tim có thể phát hiện các đặc điểm bệnh lý cơ tim với cơ tim dày và hình thành hai lớp với một lớp cơ tim xoắn xuất hiện các bè và các hốc sâu, rõ thông với buồng

thất. Bệnh cơ tim xấp thất trái (LVNC) thường được quan sát chủ yếu ở mỏm tim, vùng giữa tim thất trái. Điều này cũng phù hợp với các BN trong nghiên cứu của chúng tôi.

Cộng hưởng từ: Tương tự như siêu âm, hiện nay cũng tồn tại nhiều tiêu chuẩn chẩn đoán NCCM theo các tác giả khác nhau như Peterson và cộng sự đã xác định tỷ lệ NC/C $\geq 2,3$ đo ở thì cuối tâm trương trên lát cắt trục dài trên chuỗi xung Cine máu trắng tại vị trí có các bề cơ rõ nhất có giá trị chẩn đoán. Stacey và cộng sự lại xác định tỷ lệ NC/C > 2 trên lát cắt trục ngắn đo ở thì cuối tâm thu để chẩn đoán NCCM. Jacquier đã sử dụng lát cắt trục ngắn để đo khối lượng phần cơ tim không lên chặt, trên 20% được xác định là NCCM. Grothoff lại mở rộng tiêu chuẩn chẩn đoán NCCM trên CMR bằng cách phối hợp các tiêu chí như tỷ lệ khối lượng cơ tim không lên chặt $> 25\%$, tổng khối lượng cơ tim không lên chặt $> 15 \text{ g/m}^2$, tỷ lệ bề dày NC/C $\geq 3/1$ ở ít nhất 1 trong các phân đoạn 1-3 hoặc 7-16 ngoại trừ phân đoạn 17 các bề trong phân đoạn 4-6 $\geq 2/1$ ¹⁰.

Chẩn đoán phân biệt: sự xuất hiện các bề cơ tim lớn có thể xuất hiện ở các BN khoẻ mạnh hoặc mắc các bệnh lý tim mạch như bệnh cơ tim phì đại, phì đại thất trái thứ phát trong bệnh cơ tim giãn, bệnh van tim hoặc tăng huyết áp. Do đó việc phân biệt giữa các biến thể và LVNC thường có thể gặp khó khăn. Chẩn đoán phân biệt NCCM với các bất thường khác như huyết khối trong buồng tim, dây chằng giả, bất thường dây chằng, fibromas ở cơ tim, bệnh tim do thâm nhiễm bạch cầu ái toan, bệnh cơ hoá nội mạc cơ tim và di căn tim. Một số trường hợp vận động viên cũng xuất hiện các vùng cơ tim không lên chặt mà không có bất kỳ triệu chứng nào và chỉ được phát hiện một cách tình cờ. Một số tác giả cho rằng đó là do quá trình tái cấu trúc sinh lý ở các vận động viên và không phải là bệnh lý. Tình trạng không lên chặt cơ tim có thể là hậu quả của sự phản ứng cơ tim với một số tác nhân mắc phải khác như hoá trị liệu.

V. KẾT LUẬN

NCCM là bệnh cơ tim hiếm gặp, tiêu chuẩn chẩn đoán hiện nay chưa có sự thống nhất trên toàn cầu do đó sự kết hợp nhiều phương pháp chẩn đoán bao gồm lâm sàng, điện tâm đồ, siêu âm tim. Cộng hưởng từ có vai trò quan trọng trong chẩn đoán bệnh cơ tim xấp do độ phân giải mô mềm cao, chẩn đoán khách quan thông qua các dấu hiệu trực tiếp của cơ tim và tỷ lệ NC/C

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Grothoff M, Pachowsky M, Hoffmann J, et al.** Value of cardiovascular MR in diagnosing left ventricular non-compaction cardiomyopathy and in discriminating between other cardiomyopathies. *Eur Radiol.* 2012;22(12):2699-2709. doi:10.1007/s00330-012-2554-7
2. **Jenni R, Goebel N, Tartini R, Schneider J, Arbenz U, Oelz O.** Persisting myocardial sinusoids of both ventricles as an isolated anomaly: Echocardiographic, angiographic, and pathologic anatomical findings. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 1986; 9(3):127-131. doi: 10.1007/BF02577920
3. **Ro B.** Report of the WHO/ISFC task force on the definition and classification of cardiomyopathies. *Heart.* 1980; 44(6): 672-673. doi:10.1136/hrt.44.6.672
4. **Engberding R, Bender F.** Identification of a rare congenital anomaly of the myocardium by two-dimensional echocardiography: persistence of isolated myocardial sinusoids. *Am J Cardiol.* 1984; 53(11): 1733-1734. doi: 10.1016/0002-9149(84)90618-0
5. **Maron BJ, Towbin JA, Thiene G, et al.** Contemporary definitions and classification of the cardiomyopathies: an American Heart Association Scientific Statement from the Council on Clinical Cardiology, Heart Failure and Transplantation Committee; Quality of Care and Outcomes Research and Functional Genomics and Translational Biology Interdisciplinary Working Groups; and Council on Epidemiology and Prevention. *Circulation.* 2006;113(14):1807-1816. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.106.174287
6. **Ritter M, Oechslin E, Sütsch G, Attenhofer C, Schneider J, Jenni R.** Isolated Noncompaction of the Myocardium in Adults. *Mayo Clin Proc.* 1997;72(1):26-31. doi:10.4065/72.1.26
7. **Engberding R, Stöllberger C, Schneider B, Nothnagel D, Fehske W, Gerecke BJ.** Abstract 14769: Heart Failure in Noncompaction Cardiomyopathy - Data from the German Noncompaction Registry (ALKK). *Circulation.* 2012;126(suppl_21):A14769-A14769. doi:10.1161/circ.126.suppl_21.A14769
8. **Gerecke BJ, Stoellberger C, Schneider B, Fehske W, Nothnagel D, Engberding R.** Abstract 11978: Arrhythmias in Isolated Noncompaction Cardiomyopathy Data From the German Noncompaction Registry (ALKK). *Circulation.* 2011;124(suppl_21):A11978-A11978. doi:10.1161/circ.124.suppl_21.A11978
9. **Paterick TE, Tajik AJ.** Left Ventricular Noncompaction. *Circ J.* 2012;76(7):1556-1562. doi:10.1253/circj.CJ-12-0666
10. **Grothoff M, Pachowsky M, Hoffmann J, et al.** Value of cardiovascular MR in diagnosing left ventricular non-compaction cardiomyopathy and in discriminating between other cardiomyopathies. *Eur Radiol.* 2012; 22(12):2699-2709. doi:10.1007/s00330-012-2554-7

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA PHÁC ĐỒ BEVACIZUMAB – mFOLFOX6 TRONG ĐIỀU TRỊ BƯỚC 1 BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG GIAI ĐOẠN IV

Trịnh Nguyễn Hương Giang¹, Nghiêm Thị Minh Châu¹,
Nguyễn Xuân Anh¹, Đặng Quang Vinh¹, La Vân Trường¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả và tác dụng không mong muốn của phác đồ Bevacizumab – mFOLFOX6 trong điều trị bước 1 bệnh nhân ung thư đại trực tràng (UTĐTT) giai đoạn IV. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu kết hợp tiền cứu, theo dõi dọc trên 41 bệnh nhân ung thư đại trực tràng giai đoạn IV theo AJCC 8th được điều trị bước 1 bằng phác đồ Bevacizumab – mFOLFOX6 tại bệnh viện Quân y 103 và bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 5/2019 đến tháng 12/2023. **Kết quả:** Trung vị thời gian sống thêm không bệnh tiến triển là 11 tháng. Tác dụng không mong muốn thường ở mức độ 1-2. **Kết luận:** Phác đồ Bevacizumab – mFOLFOX6 trong điều trị ung thư đại trực tràng giai đoạn di căn có hiệu quả điều trị cao và độc tính có thể kiểm soát được.

Từ khóa: Bevacizumab, mFOLFOX6, đại trực tràng, ung thư

SUMMARY

EVALUATION OF TREATMENT RESULTS WITH THE BEVACIZUMAB – mFOLFOX6 REGIMEN IN FIRST-LINE TREATMENT FOR STAGE IV COLORECTAL CANCER PATIENTS

Objectives: To evaluate the results and the side-effects of the Bevacizumab – mFOLFOX6 regimen in the first-line treatment of stage IV colorectal cancer (CRC) patients. **Objects and methods:** Retrospective and prospective description with longitudinal follow-up of 41 stage IV colorectal cancer patients according to AJCC 8th who were first-line treated with Bevacizumab – mFOLFOX6 regimen at Military 103 hospital and Central Military Hospital 108 from May 2019 to December 2023. **Results:** The median progression-free survival (PFS) was 11 months. The side-effects were generally at grades 1-2. **Conclusion:** The Bevacizumab – mFOLFOX6 regimen in metastatic colorectal cancer treatment was highly effective with manageable side-effects. **Keywords:** Bevacizumab, mFOLFOX6, colorectal, cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là một trong những bệnh ung thư hay gặp nhất. Theo Globocan 2020, UTĐTT đứng thứ 3 trong số các

ca mắc mới và là nguyên nhân dẫn đến tử vong đứng thứ 2 [1]. Thống kê ở Việt Nam, UTĐTT chiếm thứ 5 trong tổng số ca ung thư mắc mới với ước tính khoảng 16 000 ca mới mỗi năm. Điều trị UTĐTT giai đoạn di căn là điều trị đa mô thức, trong đó điều trị toàn thân đóng vai trò tiên quyết giúp cải thiện triệu chứng và kéo dài thời gian sống thêm. Từ năm 2004, Oxaliplatin kết hợp Fluorouracil (phác đồ FOLFOX) được chấp thuận trong điều trị bước 1 UTĐTT di căn [2]. Thêm vào đó, Bevacizumab là liệu pháp điều trị đích được lựa chọn phổ biến để kết hợp vào các phác đồ hóa chất vì việc điều trị không phụ thuộc vào các dấu ấn sinh học và vị trí khối u. Bevacizumab là một kháng thể đơn dòng kháng yếu tố phát triển nội mô A (VEGF-A). Sự trung hòa hoạt tính sinh học của VEGF làm giảm sự tăng sinh mạch của khối u từ đó ức chế sự tăng trưởng của khối u. Trên thế giới, một số nghiên cứu đã chứng minh tính hiệu quả như: Nghiên cứu của Saltz, nghiên cứu TREE-2 của Hochster khi kết hợp Bevacizumab với các phác đồ chứa Oxaliplatin,... Tại Việt Nam, nhiều cơ sở đã áp dụng phác đồ này dựa trên kết quả của các nghiên cứu nước ngoài. Hiện nay rất cần những nghiên cứu đời thực trên đối tượng là người Việt Nam, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đánh giá kết quả điều trị của phác đồ Bevacizumab – mFOLFOX6 trong điều trị bước 1 bệnh nhân ung thư đại trực tràng giai đoạn IV" với 2 mục tiêu sau:

1. Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư đại trực tràng giai đoạn IV.

2. Đánh giá hiệu quả điều trị và một số tác dụng không mong muốn của phác đồ Bevacizumab – mFOLFOX6 ở nhóm bệnh nhân trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên 41 bệnh nhân ung thư đại trực tràng giai đoạn IV theo AJCC 8th được điều trị bước 1 bằng phác đồ Bevacizumab – mFOLFOX6 tại bệnh viện Quân y 103 và bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 5/2019 đến tháng 12/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Ung thư biểu mô tuyến đại trực tràng, giai

¹Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Nguyễn Hương Giang

Email: trinhnguyenhuonggiang@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2024

Ngày duyệt bài: 21.5.2024