

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ HOÁ XẠ TRỊ ĐỒNG THỜI TRIỆT CĂN UNG THƯ THỰC QUẢN GIAI ĐOẠN III SỬ DỤNG PHÁC ĐỒ PC HÀNG TUẦN

Phạm Đình Phúc¹, La Văn Trường²,
Nguyễn Văn Ba¹, Trần Đình Thiết¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả hoá xạ trị đồng thời triệt căn (HXTĐTTC) trong điều trị (ĐT) ung thư thực quản (UTTQ) giai đoạn III đồng thời nhận xét một số tác dụng không mong muốn (TDKMM) của phương pháp ĐT này. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 42 bệnh nhân (BN) được xạ trị IMRT hoặc 3D – CRT (liều 50,4 Gy cho vùng thể tích dự phòng, 60 – 66 Gy cho vùng u và hạch nguyên phát) kết hợp hóa chất Paclitaxel – Carboplatin (PC) hàng tuần (liều Paclitaxel 50mg/m², Carboplatin AUC 2pha truyền tĩnh mạch ngày 1, chu kỳ 7 ngày trong quá trình xạ trị), đánh giá kết quả điều trị trên lâm sàng, trên cắt lớp vi tính (CLVT) theo RECIST và tác dụng không mong muốn sau 4 tuần kể từ khi kết thúc điều trị. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng sau điều trị trên lâm sàng đạt 90,5%. Tỷ lệ đáp ứng khách quan đạt 85,7%, trong đó đáp ứng hoàn toàn đạt tỷ lệ 33,3% và không có BN tiến triển sau điều trị trong thời gian theo dõi, đánh giá. Qua phân tích một số yếu tố liên quan đến đáp ứng điều trị bao gồm: giai đoạn T (T₂ đáp ứng tốt hơn T₃, p = 0,023), giai đoạn N (N₁ đáp ứng tốt hơn N₂, p = 0,001), kích thước u (kích thước u nhỏ đáp ứng tốt hơn kích thước u lớn, p = 0,033), kỹ thuật xạ trị (xạ trị bằng kỹ thuật IMRT cho hiệu quả tốt hơn kỹ thuật 3D – CRT, p = 0,006). TDKMM sớm hay gặp liên quan đến xạ trị bao gồm viêm da (61,9%), viêm thực quản (38,1%) và viêm phổi (11,9%) độ 1, độ 2. Hầu hết các TDKMM trên hệ huyết học, tiêu hoá, gan thận ở độ 1 và 2; chỉ gặp 2,4% bệnh nhân giảm bạch cầu độ 3. **Kết luận:** HXTĐTTC với phác đồ PC hàng tuần điều trị BN UTTQ giai đoạn III đảm bảo tốt kế hoạch điều trị, TDKMM chấp nhận được và hiệu quả điều trị tương đương với phác đồ CF.

Từ khóa: Hóa xạ trị đồng thời triệt căn, ung thư thực quản giai đoạn III.

SUMMARY

EVALUATING THE TREATMENT OUTCOMES OF DEFINITIVE CONCURRENT CHEMORADIOTHERAPY (dCRT) FOR PATIENTS WITH STAGE III ESOPHAGEAL CANCER (EC)

Objective: To evaluate the treatment outcomes of definitive concurrent chemoradiotherapy (dCRT) for patients with stage III esophageal cancer (EC) and

comment on several side effects of the treatment.

Subject and methods: A descriptive retrospective combined prospective study on 42 patients with stage III esophageal cancer receiving IMRT or 3D – CRT radiation therapy (dose are typically 50.4 Gy for prophylactic radiotherapy and around 60 – 66 Gy of radiotherapy for primary tumor and lymph node regions) in combination with weekly PC regimen (the Paclitaxel dose was 50 mg/m² in combination with Carboplatin administered the dose at AUC2 on day 1 of weekly cycles during radiotherapy period). Evaluation of the treatment outcomes and the side effects is performed 4 weeks after the completion of dCRT that based on clinical examination and CT imaging according to RECIST 1.1. **Results:** The overall clinical response rate after treatment reached 90.5%. The overall objective response rate according to RECIST 1.1 was 85.7% with 33.3% of the patients achieving complete response. There was no progression after treatment during follow – up and evaluation. Several factors related to the treatment outcomes include T stage (stage T₂ response was significantly better than stage T₃, p = 0.023), N stage (stage N₁ response was significantly better than stage N₂, p = 0.001), tumor size (the response of small tumors is significantly better than of large ones, p = 0.033), radiotherapy techniques (IMRT is significantly better than 3D – CRT, p = 0.006). The most common major radiotherapy – induced side effects were dermatitis (61.9%), esophagitis (38.1%), pneumonitis (11.9%). Most of common major hematologic and nonhematologic toxic effects were at grade 1 and 2. Just 2.4% of the patients suffered from severe neutropenia (grade 3). **Conclusion:** dCRT with weekly PC regimen is the effective, safe and less toxicity treatment for patients with unresectable stage III esophageal cancer.

Keywords: Definitive concurrent chemoradiotherapy, stage III esophageal cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản (UTTQ) là loại ung thư phổ biến đứng thứ 9 trong tổng số các loại ung thư và đứng thứ 3 trong ung thư đường tiêu hoá sau ung thư đại trực tràng và ung thư dạ dày. Theo GLOBOCAN, năm 2020 tại Việt Nam, bệnh đứng thứ 14 trong các bệnh ung thư với 3.281 ca mắc mới, tuy nhiên lại đứng thứ 9 về tỷ lệ tử vong với 3.080 ca chiếm 2,5% [1]. Đối với bệnh nhân UTTQ giai đoạn III, khi không có chỉ định phẫu thuật thì HXTĐTTC là giải pháp hàng đầu trong mục tiêu điều trị khỏi bệnh. Có nhiều phác đồ hoá chất có thể lựa chọn trong HXTĐTTC UTTQ, phác đồ CF được sử dụng thường xuyên.

*Bệnh viện Quân y 103

**Bệnh viện TUQĐ108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Ba

Email: bsnguyenvanba@yahoo.com

Ngày nhận bài: 16/3/2021

Ngày phản biên: 10/4/2021

Ngày duyệt bài: 7/5/2021

Một số nghiên cứu gần đây cho thấy, phác đồ PC hàng tuần trong HXTĐTTC UTTQ cho hiệu quả về thời gian sống bệnh không tiến triển (PFS) và thời gian sống còn toàn bộ (OS) tương đương nhưng lại có tỷ lệ TDKMM thấp hơn và mức độ tuân thủ điều trị của bệnh nhân cao hơn khi dùng phác đồ CF. Ở Việt Nam, hiện có rất ít nghiên cứu về hiệu quả của phương pháp điều trị này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: "Đánh giá hiệu quả hoá xạ trị đồng thời triệt căn ung thư thực quản giai đoạn III sử dụng phác đồ PC hàng tuần", với 2 mục tiêu: 1) Đánh giá hiệu quả hoá xạ trị đồng thời triệt căn ở bệnh nhân ung thư thực quản giai đoạn III. 2) Nhận xét một số tác dụng không mong muốn của phương pháp này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 42 bệnh nhân UTTQ giai đoạn III được HXTĐTTC sử dụng phác đồ PC hàng tuần tại Bệnh viện Quân Y 103 và Bệnh viện Trung ương Quân Đội 108 từ 2018 – 2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu.

Các bước tiến hành: - BN được khám lâm sàng và thực hiện các xét nghiệm trước điều trị.

- Sau khi BN được chẩn đoán UTTQ giai đoạn III theo phân loại TNM của hiệp hội ung thư Hoa Kỳ AJCC 8 năm 2017, tiến hành điều trị.

+ Hóa trị: Phác đồ PC hàng tuần (liều Paclitaxel 50 mg/m², Carboplatin AUC 2 pha truyền tĩnh mạch ngày 1, chu kỳ 7 ngày trong quá trình xạ trị).

3.2. Một số yếu tố liên quan đến đáp ứng điều trị

Bảng 2. Đáp ứng điều trị theo kích thước u

			Có đáp ứng		Không đáp ứng	Tổng
			Hoàn toàn	Một phần	Bệnh giữ nguyên	
Kích thước u	< 5 cm	n	9	11	0	20
		%	45,0	55,0	0	100
	≥ 5 cm	n	5	11	6	22
		%	22,7	50,0	27,3	100
Tổng		n	14	22	6	42
		%	33,3	52,4	14,3	100
p =						0,033

Nhận xét: Khối u có kích thước < 5 cm có đáp ứng tốt hơn khối u có kích thước ≥ 5 cm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 3. Đáp ứng điều trị theo giai đoạn T

			Có đáp ứng		Không đáp ứng	Tổng
			Hoàn toàn	Một phần	Bệnh giữ nguyên	
Giai đoạn T	T ₂	n	5	1	0	6
		%	83,3	16,7	0	100
	T ₃	n	9	21	6	36
		%	25,0	58,3	16,7	100

+ Xạ trị: kỹ thuật IMRT hoặc 3D – CRT (liều 50,4 Gy cho vùng thể tích dự phòng, 60 – 66 Gy cho vùng u và hạch nguyên phát).

- Đánh giá hiệu quả điều trị:

+ Đáp ứng trên cận lâm sàng: Dựa vào CLVT theo tiêu chuẩn RECIST.

+ Đánh giá mối liên quan của một số yếu tố với hiệu quả điều trị.

+ Độc tính của HXTĐTTC: Dựa vào tiêu chuẩn đánh giá các biến cố bất lợi theo phiên bản 5.0 (Common Terminology Criteria for Adverse Events Version 5.0 - CTCAE) của Viện Ung thư quốc gia Hoa Kỳ năm 2009.

- Xử lý số liệu: Bằng phần mềm SPSS 25.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đánh giá đáp ứng khách quan

Bảng 1. Đáp ứng đáp ứng sau điều trị theo tiêu chuẩn RECIST

Đáp ứng		
	Số bệnh nhân (n = 42)	Tỷ lệ (%)
Đáp ứng	36	85,7
Không đáp ứng	6	14,3
Tổng	42	100
Cụ thể		
Đáp ứng hoàn toàn	14	33,3
Đáp ứng một phần	22	52,4
Bệnh giữ nguyên	6	14,3
Tiến triển	0	0
Tổng	42	100

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 85,7% trong đó có 33,3% BN có đáp ứng hoàn toàn. Không có BN tiến triển sau điều trị.

Tổng		n	14	22	6	42
		%	33,3	52,4	14,3	100
p						
Giaidoạn N	N₁	n	12	12	0	24
		%	50,0	50,0	0	100
	N₂	n	2	10	6	18
		%	11,1	55,6	33,3	100
Tổng		n	14	22	6	42
p =						0,031

Nhận xét: BN UTTQ giai đoạn T₂ có đáp ứng với điều trị tốt hơn so với giai đoạn T₃, giai đoạn N₁ có đáp ứng tốt hơn giai đoạn N₂. Sự khác biệt có ý nghĩa với p < 0,05.

Bảng 4. Đáp ứng điều trị theo kỹ thuật xạ trị

			Có đáp ứng		Không đáp ứng	Tổng
			Hoàn toàn	Một phần	Bệnh giữ nguyên	
Kỹ thuật xạ trị	IMRT	n	12	18	1	31
		%	38,7	58,1	3,2	100
	3D – CRT	n	2	4	5	11
		%	18,2	36,4	45,4	100
Tổng		n	14	22	6	42
p =						0,006

Nhận xét: BN được xạ trị bằng kỹ thuật IMRT có đáp ứng điều trị tốt hơn kỹ thuật 3D – CRT. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

3.3. Tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị

Bảng 5. Tác dụng không mong muốn cấp tính do xạ trị

Tác dụng phụ	Không		Độ I		Độ II		Độ III-IV	
	Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%
Viêm da	16	38,1	15	35,7	11	26,2	0	0
Viêm thực quản	26	61,9	10	23,8	6	14,3	0	0
Viêm phổi	37	88,1	4	9,5	1	2,4	0	0

Nhận xét: Các TDKMM do xạ trị hay gặp là viêm da (61,9%), viêm thực quản (38,1%) và viêm phổi (11,9%). Tất cả ở mức độ 1, độ 2.

Bảng 6. Tác dụng không mong muốn cấp tính do hoá trị

		Số bệnh nhân (n = 42)	Tỷ lệ %
Buồn nôn	Độ 0	36	85,7
	Độ 1	4	9,5
	Độ 2	2	4,8
Nôn	Độ 0	40	95,2
	Độ 1	2	4,8
Viêm miệng	Độ 0	40	95,2
	Độ 1	2	4,8
Ỉa chảy	Độ 0	39	92,9
	Độ 1	3	7,1
Rụng tóc	Độ 0	39	92,9
	Độ 1	3	7,1
Độc tính trên thần kinh (tê bì chân tay)	Độ 0	38	90,5
	Độ 1	3	7,1

Nhận xét: Các TDKMM do hoá trị hay gặp là buồn nôn (14,3%); ỉa chảy, rụng tóc, tê bì chân

tay (7,1%); nôn, viêm miệng (4,8%). Tất cả ở độ 1, độ 2.

Bảng 7. Tác dụng không mong muốn trên hệ huyết học, gan thận

Tác dụng phụ	Mức độ	Trước điều trị		Sau điều trị	
		Số bệnh nhân (n = 42)	Tỷ lệ (%)	Số bệnh nhân (n = 42)	Tỷ lệ (%)
Giảm huyết sắc tố	Độ 0	41	97,6	28	66,6
	Độ 1	1	2,4	12	28,6
	Độ 2	0	0	5	11,9
Giảm bạch cầu	Độ 0	41	97,6	24	57,1
	Độ 1	1	2,4	12	28,6
	Độ 2	0	0	5	11,9
	Độ 3	0	0	1	2,4
Giảm bạch cầu hạt	Độ 0	42	100	27	64,3
	Độ 1	0	0	10	23,8
	Độ 2	0	0	4	9,5
	Độ 3	0	0	1	2,4

Giảm tiểu cầu	Độ 0	42	100	33	78,6
	Độ 1	0	0	8	19,0
	Độ 2	0	0	1	2,4
Tăng GOT	Độ 0	41	97,6	39	92,9
	Độ 1	1	2,4	3	7,1
Tăng Creatinin	Độ 0	42	100	0	0
	Độ 1	0	0	42	100
Tổng		42	100	42	100

Nhận xét: Các tác dụng không mong muốn hay gặp trên hệ huyết học, gan, thận là giảm hemoglobine (40,5%), giảm bạch cầu (35,7%), giảm bạch cầu hạt (35,7%), giảm tiểu cầu (21,4%), có 7,1% BN tăng BN tăng GOT và tăng creatinin sau điều trị. Hầu hết các TDKMM trên hệ huyết học, gan thận ở độ 1, 2; có 1 BN giảm bạch cầu và bạch cầu hạt mức độ 3.

IV. BÀN LUẬN

Sau HXTĐTTC, 90,5% BN trong nghiên cứu của chúng tôi có đáp ứng về mặt lâm sàng, trong đó 40,5% BN có đáp ứng hoàn toàn, BN hết nuốt nghẹn, hết đau ngực, ăn uống tốt, tăng cân so với trước điều trị. Kết quả này cũng tương đương với kết quả của tác giả Dương Thuý Linh với tỷ lệ đáp ứng lâm sàng là 93,8% [2].

Tỷ lệ đáp ứng trên hình ảnh chụp CLVT theo tiêu chuẩn RECIST 1.1 là 85,7%, trong đó tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn và đáp ứng một phần lần lượt là 33,3% và 52,4%. Kết quả của chúng tôi cao hơn hẳn so với nghiên cứu sử dụng xạ trị đơn thuần của Hàn Thị Thanh Bình, khi tỷ lệ đáp ứng trong nghiên cứu này là 64,6% với 23,3% đáp ứng hoàn toàn [3]. Kết quả này cho thấy Paclitaxel và Carboplatin truyền trước tia xạ đã làm tăng nhạy cảm của khối u đối với tia xạ. So với nghiên cứu của Nguyễn Đức Lợi, tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn là 84,9%, trong đó có 29,5% đáp ứng hoàn toàn [4]. Điều này cho thấy lợi ích đáp ứng ban đầu của phác đồ HXTĐTTC với phác đồ PC hàng tuần không kém hơn so với phác đồ CF. Theo một số nghiên cứu nước ngoài, cũng cho thấy không có sự khác biệt về các tiêu chí đáp ứng khối u ban đầu, PFS và OS giữa nhóm BN hoá xạ trị với phác đồ PC hàng tuần so với phác đồ CF. Như trong nghiên cứu của Honing J và cộng sự (cs) cho thấy không có sự khác biệt về đáp ứng điều trị, PFS và OS giữa 2 nhóm ($p > 0,05$) [5]. Trong điều trị hỗ trợ và tân bổ trợ, theo Stefan Münch và cs cho thấy không có sự khác biệt giữa 2 nhóm điều trị tân bổ trợ bằng hoá xạ trị đồng thời với phác đồ PC hàng tuần và CF [6].

Qua phân tích đơn biến cho thấy một số yếu tố liên quan đến đáp ứng điều trị bao gồm giai đoạn T (T_2 đáp ứng tốt hơn T_3 , $p = 0,023$), giai

đoạn N (N_1 đáp ứng tốt hơn N_2 , $p = 0,001$), kích thước u (u kích thước nhỏ đáp ứng tốt hơn u có kích thước lớn, $p = 0,033$), kỹ thuật xạ trị (xạ trị bằng kỹ thuật IMRT tốt hơn kỹ thuật 3D - CRT, $p = 0,006$). Các yếu tố không liên quan đến đáp ứng điều trị bao gồm nhóm tuổi ($p = 0,114$) và vị trí u ($p = 0,575$). Các kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu của Nguyễn Đức Lợi, Hàn Thị Thanh Bình, Kaneko và Kumakawa Y [4], [3], [8], [9]. Theo tác giả Hàn Thị Thanh Bình, thời gian sống thêm trung bình của nhóm u có kích thước < 5 cm là 14 tháng, nhóm u có kích thước ≥ 5 cm là 4,6 tháng, sau 12 tháng không có bệnh nhân nào trong nhóm u ≥ 5 cm còn sống và tỷ lệ sống thêm 6 tháng cũng chỉ đạt 30%, trong khi đó với nhóm u kích thước < 5 cm tỷ lệ sống thêm 6 tháng, 12 tháng, 18 tháng lần lượt là 72,7%, 37,5% và 25,6% ($p < 0,001$) [3]. Trong nghiên cứu của Nguyễn Đức Lợi, thời gian sống thêm toàn bộ trung bình của nhóm u có kích thước ≥ 5 cm là 19,5 tháng, trong khi đó nhóm u có kích thước < 5 cm là 29,7 tháng ($p = 0,003$) [4]. Theo nghiên cứu của Kaneko trên 57 bệnh nhân UTBM vảy thực quản giai đoạn T_3, T_4 , cho thấy đáp ứng hoàn toàn giai đoạn T_3, T_4 lần lượt là 64% và 29% [7]. Theo Ito và cộng sự, nghiên cứu 80 bệnh nhân UTTQ HXTĐTTC với 32 bệnh nhân xạ trị với kỹ thuật IMRT, 48 bệnh nhân xạ trị kỹ thuật 3D. Với kỹ thuật IMRT tỷ lệ sống 3 năm cao hơn so với kỹ thuật 3D, tỷ lệ lần lượt là 81,6% và 57,2%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,037$ [8].

Hầu hết bệnh nhân có các chỉ số huyết học và sinh hoá (gan, thận) trong giới hạn bình thường. Có 1 bệnh nhân có thiếu máu độ 1, chiếm 2,4%; 1 bệnh nhân giảm bạch cầu độ 1, chiếm 2,4% và 1 bệnh nhân có tăng men gan độ 1, chiếm 2,4%. Do vậy, những biến đổi về huyết học và sinh hoá (gan, thận) thể hiện rõ TDKMM mà các phương pháp ĐT mang lại. Các triệu chứng trên hệ huyết học chủ yếu ở độ 1 và 2, chỉ có 2,4% BN giảm bạch cầu và bạch cầu NEUT độ 3. Các tác dụng phụ hay gặp như giảm bạch cầu (42,9%), giảm bạch cầu NEUT (35,7%), giảm Hemoglobin (33,4%), giảm tiểu cầu (21,4%), tăng men gan (7,1%) và không có BN tăng Creatinin. Các TDKMM ngoài hệ huyết học bao gồm buồn nôn (14,3%), nôn (4,8%), viêm miệng (4,8%), ỉa chảy (7,1%), rụng tóc và tê bì tay chân đều là 7,1%. Đa phần các triệu chứng trên đều ở mức độ 1, không ảnh hưởng đến quá trình điều trị và bệnh nhân thường hồi phục sớm với các điều trị kết hợp. Các nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy BN được HXTĐT

với phác đồ PC hàng tuần có tỷ lệ mắc TDKMM sau điều trị thấp hơn, đặc biệt là tỷ lệ TDKMM độ 3, 4 thấp hơn so với dùng phác đồ CF [5], [6].

Các TDKMM do tia xạ hay gặp trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm viêm da (61,9%), viêm thực quản (38,1%) và viêm phổi (11,9%). Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Đức Lợi và Hàn Thị Thanh Bình [4], [3]. Có thể do đa phần BN trong nghiên cứu của chúng tôi được xạ trị theo kỹ thuật IMRT, do vậy tác dụng phụ trên da và thực quản cũng ít hơn. Tỷ lệ viêm thực quản thấp hơn so với nghiên cứu của Zhao với tỷ lệ viêm độ 1, độ 2 tương ứng là 25% và 46,4%, có thể do Zhao sử dụng phương pháp đa phân liều 1,5 Gy x 2 lần/ngày, do đó mà liều tia trong ngày cao hơn so với các phương pháp khác.

V. KẾT LUẬN

HXTĐTTC với phác đồ hoá chất PC hàng tuần điều trị bệnh nhân UTTQ giai đoạn III có tỷ lệ đáp ứng lâm sàng là 90,5%, đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST 1.1 là 90,5% với 33,3% BN đáp ứng hoàn toàn. Do vậy, phương pháp ĐT này đảm bảo tốt kế hoạch điều trị, TDKMM chấp nhận được và hiệu quả điều trị tương đương khi sử dụng phác đồ CF. Vì vậy có thể ưu tiên lựa chọn trong hoá xạ trị đồng thời cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I., et al

(2020), "Globocan 2020: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in for 36 cancers in 185 countries", CA Cancer J Clin.

2. NCCN (2020), "Esophageal cancer", Clinical Practice Guidelines in Oncology.
3. Hàn Thị Thanh Bình (2004), "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 văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Y Hà Nội.
4. Nguyễn Đức Lợi (2015), "Đánh giá hiệu quả phác đồ hoá xạ trị đồng thời và một số yếu tố tiên lượng ung thư biểu mô thực quản tại Bệnh viện K giai đoạn 1998 – 2004", Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y HN.
5. Horning J., Smit J. K., Muijs C. T., et al. (2014), "A comparison of Carboplatin and Paclitaxel with Cisplatin and 5-Fluorouracil in definitive chemoradiation in esophageal cancer patients", Ann Oncol, 25(3), pp.638.
6. Münch S., Pigorsch S. U., Feith M., et al. (2017), "Comparison of neoadjuvant chemoradiation with carboplatin/paclitaxel or cisplatin/5-Fluorouracil in patients with squamous cell carcinoma of the esophagus, Radiant Oncol LondEngl, pp.12.
7. Kaneko K., Ito H., Konishi K., et al.(2003), "Definitive chemoradiotherapy for patients with malignant stricture due to T3 or T4 squamous cell carcinoma of the oesophagus", Br J Cancer, 88(1), pp.18-24.
8. Ito M., Kodaira T., Tachibama H., et al.(2017), "Clinical results of definitive chemoradiotherapy for cervical esophageal cancer: Comparison of failure pattern and toxicities between intensity – modulated radiotherapy and 3 – dimensional conformal radiotherapy", Head neck, 39 (12): pp.2406-2415.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH BỆNH LÝ DẠNG MẠCH MÁU NGOẠI BIÊN

Đặng Vĩnh Hiệp*, Nguyễn Đình Luân**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh dị dạng mạch máu ngoại biên. **Phương pháp:** Tiến cứu hàng loạt ca bệnh, có can thiệp không nhóm chứng các bệnh nhân có chẩn đoán dị dạng mạch máu ngoại biên từ tháng 06/2016 đến tháng 03/2019 tại bệnh viện Nhân dân Gia Định, đáp ứng đủ các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Tất cả các bệnh nhân được trải qua các bước khám lâm sàng, hình ảnh học. Chẩn đoán dị dạng mạch máu ngoại

biên dựa vào phân loại của ISSVA 2014. **Kết quả:** Có 103 BN thoả điều kiện nghiên cứu, trong đó có 35 nam (34%) và 68 nữ (66%). Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $24,2 \pm 14,1$, trong đó chủ yếu là nhóm > 18 tuổi (55,3%). Chẩn đoán dị dạng mạch máu theo phân loại ISSVA 2014 thì có 72,8% là dị dạng tĩnh mạch (VM), 15,5% dị dạng động tĩnh mạch (AVM), còn lại là các dị dạng mạch máu khác. Không có sự khác biệt về tuổi, giới đối với các loại dị dạng mạch máu. Siêu âm có giá trị chẩn đoán tốt nhất đối với dị dạng bạch mạch (66,7%). CLVT chẩn đoán dị dạng động tĩnh mạch trong 100% các trường hợp. Đối với các dị dạng dòng chậm, CHT chẩn đoán chính xác 100% các trường hợp. Tuy nhiên với các dị dạng lưu lượng cao, giá trị chẩn đoán của CHT chỉ là 46,7%. **Kết luận:** Siêu âm là phương tiện đầu tay trong chẩn đoán dị dạng mạch máu. CLVT và CHT giúp chẩn đoán chính xác, mức độ lan rộng và tương quan với các cấu trúc xung quanh, theo dõi sau điều trị.

*Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

**Bệnh viện Nhân dân Gia Định

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Luân

Email: drluannguyen@yahoo.com

Ngày nhận bài: 8/3/2021

Ngày phản biện khoa học: 2/4/2021

Ngày duyệt bài: 3/5/2021