

Có nhiều yếu tố nguy cơ dẫn đến biến chứng và tử vong sau mổ cắt gan. Các yếu tố đó có thể là tình trạng BN (tuổi cao, có bệnh tim mạch và hô hấp...), chức năng gan, đặc điểm tổn thương (vị trí, kích thước, số lượng) và đặc biệt là những yếu tố liên quan đến phẫu thuật (lượng máu mất, tại biến trong mổ, mức độ cắt gan...). Mặc dù mỗi yếu tố đều được nhìn nhận giúp tiên lượng kết quả sớm (tử vong và biến chứng) sau mổ cắt gan nhưng tác động của riêng mỗi yếu tố tới kết quả sớm sau mổ là không đủ mạnh. Do đó, một số tác giả đã xây dựng bảng tiên lượng gồm các yếu tố ảnh hưởng quan trọng, tuy nhiên khả năng tiên lượng chưa cao. Nghiên cứu của chúng tôi, đánh giá đơn biến cho thấy tuổi dưới 60 và thời gian phẫu thuật dưới 240 phút là những yếu tố làm tăng tỉ lệ biến chứng sau mổ ($p < 0,05$).

Có sự nhìn nhận khác nhau về yếu tố ảnh hưởng đến kết quả gần. Kamiyama cho rằng thời gian mổ > 360 phút, máu mất > 400 ml và albumin máu < 35 g/l là những yếu tố dẫn đến biến chứng sau mổ cắt gan [7]. Đối với BN xơ gan, Capussotti cho rằng tuổi < 70 tuổi, chức năng gan Child – Pugh B và C, truyền máu hoặc huyết tương, thời gian cặp toàn bộ cuống gan > 40 phút và số lượng u > 2 là những yếu tố dẫn đến biến chứng sau mổ cắt gan [8].

V. KẾT LUẬN

Điều trị HCC bằng phẫu thuật cắt gan nhỏ trong giai đoạn hiện nay đạt kết quả tốt, đa phần biến chứng đều nhẹ và có thể kiểm soát được. Tỷ lệ tử vong thấp và phẫu thuật đã đem lại cơ hội tốt cho sự sống còn của bệnh nhân ung thư tế bào ga.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bruix J, Sherman M. Management of hepatocellular carcinoma: an update. *Hepatology*. Mar 2011;53(3):1020-2.
2. Đỗ Bá Hùng, Võ Văn Hùng, Nguyễn Cao Cường, et al. Kết quả sớm của phẫu thuật cắt gan theo cuống bao glisson. *Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh*. 2018;22(2):205-210.
3. Lee CW, Chan KM, Lee CF, et al. Hepatic resection for hepatocellular carcinoma with lymph node metastasis: clinicopathological analysis and survival outcome. *Asian journal of surgery / Asian Surgical Association*. Apr 2011;34(2):53-62.
4. Ercolani G, Grazi GL, Ravaioli M, et al. The role of lymphadenectomy for liver tumors: further considerations on the appropriateness of treatment strategy. *Ann Surg*. Feb 2004; 239(2):202-9.
5. Chau GY, Lui WY, Tsay SH, et al. Prognostic significance of surgical margin in hepatocellular carcinoma resection: an analysis of 165 Childs' A patients. *Journal of surgical oncology*. 1997; 66(2):122-126.
6. Balzan S, Belghiti J, Farges O, et al. The "50-50 criteria" on postoperative day 5: an accurate predictor of liver failure and death after hepatectomy. *Ann Surg*. Dec 2005;242(6):824-8, discussion 828-9.
7. Kamiyama T, Nakanishi K, Yokoo H, et al. Perioperative management of hepatic resection toward zero mortality and morbidity: analysis of 793 consecutive cases in a single institution. *Journal of the American College of Surgeons*. Oct 2010;211(4):443-9.
8. Capussotti L, Muratore A, Amisano M, Polastri R, Bouzari H, Massucco P. Liver resection for hepatocellular carcinoma on cirrhosis: analysis of mortality, morbidity and survival--a European single center experience. *European journal of surgical oncology : the journal of the European Society of Surgical Oncology and the British Association of Surgical Oncology*. Nov 2005;31(9):986-93.

YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG TỬ CẢNH NHẬN UNG THƯ BIỂU MÔ BUỒNG TRỨNG GIAI ĐOẠN III ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT CÔNG PHÁ U VÀ HOÁ TRỊ BỔ TRỢ TẠI BỆNH VIỆN K

Lê Thanh Đức¹, Lữ Việt Thắng²

TÓM TẮT

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Đức

Email: ducthanhle1972@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 12.01.2023

Ngày duyệt bài: 7.2.2023

Mục tiêu: Xác định các yếu tố tiên lượng sống còn và tiên lượng khả năng phẫu thuật tối ưu ban đầu trên các bệnh nhân UTBMBT giai đoạn III. **Đối tượng và phương pháp:** Bệnh nhân UTBM buồng trứng giai đoạn III được phẫu thuật kết hợp với hoá trị bổ trợ Paclitaxel-Carboplatin tại Bệnh viện K từ tháng 1 năm 2015 đến tháng 12 năm 2019. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, phẫu thuật, biến số liên quan điều trị, tiến triển, tái phát, di căn và tử vong được ghi nhận. **Kết quả:** 105 bệnh nhân UTBMBT phù hợp tiêu chuẩn của nghiên cứu được phân tích với trung vị thời gian

38 tháng. Kết quả cho thấy mối tương quan có ý nghĩa thống kê về sống còn toàn bộ với giai đoạn FIGO, bệnh tồn dư, nồng độ CA125 và HE4. Giai đoạn, nồng độ CA125, nồng độ HE4, chỉ số LMR có ý nghĩa tiên lượng khả năng phẫu thuật tối ưu ban đầu, với mức cut-off của CA125 là 1124 UI/mL có độ nhạy 75.8% và độ đặc hiệu 61.7%; cut-off của HE4 là 701.5 pmol/L với độ nhạy là 66.7% và độ đặc hiệu là 78.3% và cut-off của LMR là 2.79 với độ nhạy 54.8% và độ đặc hiệu 76.5%. **Kết luận:** Giai đoạn bệnh, bệnh tồn dư sau mổ, nồng độ CA125 và HE4 trước phẫu thuật là những yếu tố có ý nghĩa tiên lượng sống còn trên các bệnh nhân UTBMBT giai đoạn III với điều trị tiêu chuẩn. Kết hợp các yếu tố như giai đoạn, nồng độ CA125, HE4, LMR trước điều trị cho thấy là công cụ hữu dụng để dự đoán khả năng phẫu thuật tối ưu.

Từ khóa: UTBM buồng trứng, Yếu tố tiên lượng, Phẫu thuật công phá u tối ưu

SUMMARY

PROGNOSTIC FACTORS FOR STAGE III EPITHELIAL OVARIAN CANCER PATIENTS RECEIVED CYTOREDUCTIVE SURGERY AND ADJUVANT CHEMOTHERAPY AT K HOSPITAL

Objects: To determine the prognostic factors for survival and optimal debulking surgery on the stage III epithelial ovarian cancer patients. **Methods:** Patients with epithelial ovarian cancer stage III undergone the primary debulking surgery and the adjuvant chemotherapy regimens paclitaxel plus carboplatin at the K hospital from January 2015 to December 2019. Clinical and subclinical characteristics, treatment-related variables, progression, recurrence, metastasis and mortality were recorded. **Results:** 105 eligible patients with epithelial ovarian cancer were analyzed with a median follow-up time of 38 months. The results showed that there was a correlation in overall survival compared with FIGO stage, residual disease, CA125 concentration and HE4 concentration with p test ≤ 0.05 . The stage, CA125 level, HE4 concentration, LMR index were significant in predicting primary optimal debulking surgery, with the CA125 cut-off level of 1124 UI/mL with 75.8% sensitivity and 61.7% specificity; the cut-off level of HE4 was 701.5 pmol/L with a sensitivity of 66.7% and a specificity of 78.3%. and the cut-off of LMR was 2.79 with a sensitivity of 54.8% and a specificity of 76.5%. **Conclusions:** Stage, postoperative residual disease, preoperative CA125 and HE4 concentration are significant prognostic factors for survival in patients with stage III EOC with standard treatment. The combination of factors such as stage, preoperative CA125, HE4, LMR levels proved to be a useful tool to predict optimal surgical ability.

Keywords: Epithelial ovarian cancer, Prognostic factors, Optimal debulking surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong nỗ lực tối ưu hoá điều trị cho bệnh nhân, nhiều nghiên cứu đã được thực hiện nhằm đánh giá các yếu tố tiên lượng với ung thư buồng trứng như nghiên cứu của Lund và

Williamson, 1991; Warwick, 1995; Brinkhuis, 1996...

Một vài yếu tố tiên lượng được nghiên cứu như giai đoạn và thể trạng chung ban đầu^{1,2}; mô bệnh học và độ mô học cũng có giá trị, nhưng không luôn luôn cho thấy hiệu quả đáng tin cậy³; cùng với một số yếu tố khác như tuổi, nồng độ CA125, nồng độ HE4, tình trạng dịch ổ bụng, nồng độ Alb, nồng độ ALP trước điều trị,...cũng được đề cập⁴. Tuy nhiên dựa trên các tiêu chí chủ quan, mức độ liên quan của các yếu tố tiên lượng có thể khác nhau giữa các dân số và các nhóm đối tượng của các nghiên cứu⁵.

Bệnh tồn dư sau mổ được xác định là yếu tố tiên lượng sống còn quan trọng, chứng qua các nghiên cứu: Bristow và CS, 2002; Chi và CS, 2006; Eisenhauer và CS, 2006; Wimberger và CS, 2007; Winter III và CS, 2007; Chi và CS, 2009; du Bois và CS, 2009; Rutten và CS, 2015; Wright và CS, 2016. Khái niệm phẫu thuật công phá u tối ưu ("optimal"), với định nghĩa của Hội Ung thư Phụ khoa GOG trong Protocol 97, khi bệnh tồn dư sau phẫu thuật ≤ 1 cm. Vậy với các bệnh nhân không đủ điều kiện để phẫu thuật trước hoặc dường như không thể đạt phẫu thuật tối ưu ban đầu, hoá trị tân bổ trợ là một lựa chọn mang lại nhiều lợi ích đặc biệt trong giảm các biến chứng liên quan đến phẫu thuật, được chứng minh qua hai thử nghiệm lâm sàng EROTC và CHORUS^{6,7}. Theo đó, xác định các yếu tố tiên lượng phẫu thuật tối ưu cũng là một vấn đề quan tâm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: UTBMBT giai đoạn III mới chẩn đoán đã được phẫu thuật ban đầu và điều trị hóa trị bổ trợ phác đồ paclitaxel – carboplatin tại bệnh viện K từ tháng 1/2015 đến tháng 12/2019.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân UTBT mới chẩn đoán, có mô bệnh học UTBMBT, giai đoạn III theo phân loại giai đoạn FIGO 2014. Bệnh nhân được phẫu thuật ban đầu, và hoá trị bổ trợ phác đồ Paclitaxel-Carboplatin tại bệnh viện K từ tháng 1/2015 đến tháng 12/2019. Không có bệnh ung thư khác kèm theo.

Tiêu chuẩn loại trừ: Không có hồ sơ bệnh án ghi chép đầy đủ và thông tin theo dõi sau điều trị. Không nhận được đánh giá đầy đủ giai đoạn và bệnh tồn dư sau phẫu thuật. Bệnh nhân được điều trị hoá trị tân bổ trợ trước phẫu thuật. Bệnh nhân không đủ điều kiện nhận được hoá trị bổ trợ hoặc không đồng ý điều trị hoá trị bổ trợ. Mặc các bệnh lý cấp và hoặc mãn tính có nguy cơ tử vong gần.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu hồi cứu, mô tả lâm sàng.

2.3. Phương pháp tiến hành: Bệnh nhân UTBT mới chẩn đoán, dữ liệu từ tháng 1/2015 đến tháng 12/2019 tại bệnh viện K, đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn được đưa vào nghiên cứu. Các bệnh nhân có tiêu chuẩn loại trừ, không có đủ thông tin hoặc không liên hệ được sẽ bị loại bỏ. Thông tin bệnh nhân được thu thập từ phẫu thuật đến thời điểm kết thúc nghiên cứu.

2.4. Xử lý số liệu: Đánh giá sống thêm bằng phương pháp Kaplan - Meier, phân tích tương quan sống còn với kiểm định Log-rank và mô hình hồi quy Cox. Phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến nhằm xác định quan hệ giữa biến độc lập và biến phụ thuộc. Phân tích đường cong ROC xác định khả năng dự đoán phẫu thuật tối ưu của một biến liên tục, mức cut-off tốt nhất, độ nhạy, độ đặc hiệu tương ứng. Các phân tích được thực hiện trên SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Một vài đặc điểm của nhóm đối tượng nghiên cứu

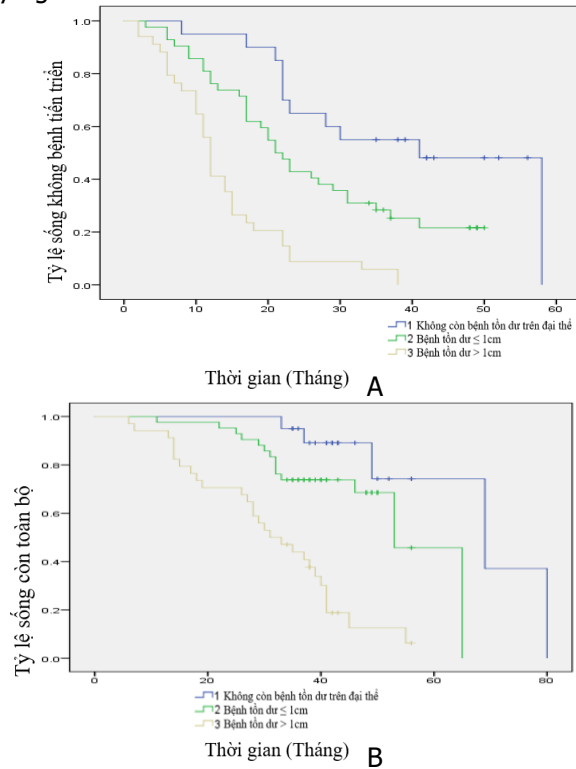
N=105	
Bệnh tồn dư sau phẫu thuật	
Không còn trên đại thể	20 (19.0%)
≤ 1cm	42 (40.0%)
> 1cm	34 (32.4%)
Không xác định	9 (9.0%)
Giải phẫu bệnh	
UTBM thanh dịch độ cao	88 (83.8%)
UTBM thanh dịch độ thấp	4 (3.8%)
UT dạng nội mạc tử cung	6 (5.7%)
UT buồng trứng thể nhầy	2 (1.9%)
UT tế bào sáng	2 (1.9%)
Khác	3 (2.9%)
<i>UT: Ung thư, UTBM: Ung thư biểu mô</i>	

105 BN phù hợp theo thiết kế nghiên cứu, với tuổi trung bình là 56.6 ± 9.6 tuổi. Nhóm đối tượng gồm các BN ở giai đoạn IIIA, IIIB, IIIC lần lượt chiếm 6.7%, 27.6%, 65.7%. Các dưới nhóm mô bệnh học được thu thập bao gồm UTBM thanh dịch độ cao, UTBM thanh dịch độ thấp, UTBT thể nhầy, UT dạng nội mạc tử cung, UT tế bào sáng và UTBM khác với tỷ lệ lần lượt là 83.8%, 3.8%, 1.9%, 5.7%, 1.9% và 2.9% (Bảng 1).

Trung vị thời gian theo dõi của nghiên cứu 38 tháng, với thời gian theo dõi ngắn nhất là 6 tháng và dài nhất 81 tháng. Trung vị thời gian

sống thêm toàn bộ là 46 tháng (95% CI = 38.4 đến 53.6 tháng). Trung vị thời gian sống thêm không tiến triển là 18 tháng (95% CI = 14.1 đến 21.9 tháng).

Các yếu tố tiên lượng sống còn. Hồi quy Cox cho thấy mỗi tương quan có ý nghĩa giữa OS với giai đoạn, bệnh tồn dư, nồng độ CA125 và HE4 trước điều trị (p ≤ 0.05). So sánh với các biến tuổi, mô bệnh học, tình trạng dịch OB, thể trạng chung, SL tiểu cầu, chỉ số LMR (tỷ lệ bạch cầu lympho trên bạch cầu mono), và khoảng thời gian từ PT đến HT, mỗi tương quan là không có ý nghĩa.



Hình 1. Ảnh hưởng của bệnh tồn dư sau PT trên nhóm đối tượng nghiên cứu

A. Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển. B. Thời gian sống thêm toàn bộ (log-rank test, P < 0.001)

Phân tích Log-rank dựa trên bệnh tồn dư sau PT cho thấy trung vị PFS và trung vị OS với các phân nhóm: không còn bệnh tồn dư trên đại thể, nhóm có bệnh tồn dư ≤ 1cm và nhóm có bệnh tồn dư > 1cm đều khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0.001 (Hình 1).

Bảng 2: Phân tích các biến liên quan đến phẫu thuật tối ưu và chưa tối ưu

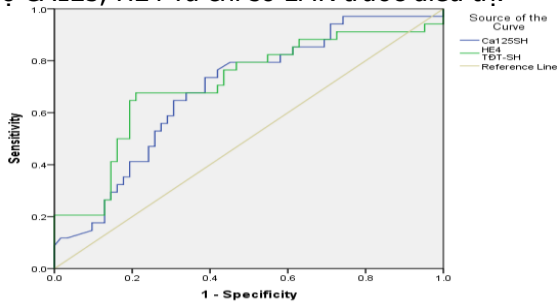
	Tổng (96Bn)	PT tối ưu (62Bn)	PT chưa tối ưu (34Bn)	p kiểm định
Tuổi (năm)	56.4 ± 9.8	56.8 ± 10.7	55.7 ± 8.1	0.583

Giai đoạn FIGO				
IIIA	7 (7.3%)	6 (9.7%)	1 (2.9%)	0.001
IIIB	27 (28.1%)	24 (38.7%)	3 (8.8%)	
IIIC	62 (64.6%)	32 (51.6%)	30 (88.2%)	
Mô bệnh học				
UTBM thanh dịch độ cao	80 (83.3%)	53 (85.5%)	27 (33.8%)	0.445
Type UTBM còn lại	16 (16.7%)	9 (14.5%)	7 (43.8%)	
Thể trạng ECOG:				
0	62 (64.6%)	42 (67.7%)	20 (58.8%)	0.52
1	24 (25%)	17 (27.4%)	7 (20.6%)	
2	10 (10.4%)	3 (4.8%)	7 (20.6%)	
Cổ tử cung:				
Có	51 (53.1%)	28 (45.2%)	17 (50%)	0.65
Không	45 (46.9%)	34 (54.8%)	17 (50%)	
CA125 (TB, UI/dL)	1794.1	1402.3	2508.5	0.005
HE4 (TB, pmol/L)	665.8	501.9	964.8	<0.001
Tiểu cầu (TB, G/I)	392.5	375.5	423.5	0.092
LMR (trung bình)	2.78	3.1	2.3	0.017
Thời gian PT đến HT	16.93	16.76	17.24	0.787

n (%), *Bn*: bệnh nhân, *PT*: phẫu thuật, *HT*: hoá trị
ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group, *LMR*: Lymphocyte-monocyte ratio

Các yếu tố tiên lượng khả năng đạt được phẫu thuật tối ưu

Bảng 2 là kết quả kiểm định hồi qui logistic cho thấy các biến số có xu hướng ảnh hưởng đến khả năng phẫu thuật tối ưu: giai đoạn, nồng độ CA125, HE4 và chỉ số LMR trước điều trị.



Hình 2. Đường cong ROC về khả năng dự đoán phẫu thuật tối ưu theo nồng độ CA125 và HE4 trước điều trị

Đường cong ROC của nồng độ CA125 có AUC bằng 0.698 với $p=0.002$; nồng độ HE4 có AUC bằng 0.705 với $p=0.01$. Tỷ số LMR có khả năng dự đoán kém hơn với AUC bằng 0.646 với $p=0.018$.

Xác định mức cut-off có khả năng tiên lượng PT tối ưu của CA125 là 1124 UI/mL, với độ nhạy 75.8% và độ đặc hiệu 61.7%; mức cut-off tối ưu của HE4 là 701.5 pmol/L với độ nhạy là 66.7% và độ đặc hiệu là 78.3%; mức cut-off của LMR là 2.79 với độ nhạy 54.8% và độ đặc hiệu 76.5%.

IV. BÀN LUẬN

Giai đoạn bệnh là một yếu tố tiên lượng được chứng minh bởi nhiều tác giả⁸, nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy sự khác biệt có ý

nghĩa trên các phân nhóm IIIA, IIIB, IIIC. Với yếu tố mô bệnh học, nghiên cứu của chúng tôi không cho thấy sự khác biệt sống còn giữa các phân nhóm mô bệnh học của UTBMBT, cũng như hầu hết các nghiên cứu báo cáo giá trị tiên lượng thấp và không nhất quán, thường giải thích bởi sai số trong phân tích do số lượng mẫu nhỏ của các phân nhóm type không thanh dịch. Tuy nhiên, UTBM thanh dịch có xu hướng tiên lượng xấu hơn và UTBM thể nhầy có xu hướng tiên lượng tốt hơn và độ ác tính thấp hơn⁹. Tuổi BN cũng là một yếu tố tiên lượng độc lập trong một vài nghiên cứu, tuy nhiên lại biến mất sau khi điều chỉnh với các yếu tố khác, và trong nghiên cứu này cũng không xác định được mối tương quan sống còn theo tuổi.

Phân tích hồi qui Cox trong nghiên cứu này xác định CA125 là một yếu tố tiên lượng độc lập với sống còn, với $p<0.05$. Tuy nhiên cũng không phải tất cả các nghiên cứu đều có cùng kết luận này. Bên cạnh đó, Peters-Engl đề xuất đánh giá khả năng hồi phục CA125 ở mốc 3 tháng sau PT so với CA125 trước PT như là một chỉ số có giá trị tiên lượng sống còn tốt hơn với $p=0.0001$, được giải thích do chỉ số này phản ánh khả năng đáp ứng với điều trị¹⁰. Nồng độ HE4 là một marker với giá trị tiên lượng tốt trong nghiên cứu này, tương tự kết quả của Paek báo cáo năm 2011 trên các bệnh nhân UTBT giai đoạn tiến xa⁹.

Các bằng chứng mạnh mẽ cho thấy bệnh tồn dư sau mổ là yếu tố tiên lượng sống còn quan trọng với các bệnh nhân UTBMBT. Phân tích gộp của Robert E. Bristow kết luận với mỗi 10% tăng lên của tỷ lệ phẫu thuật công phá u tối đa, thì

thời gian sống thêm toàn bộ trung bình đã tăng từ 5,5% đến 6,0%¹¹. Hội Ung thư Phụ khoa GOG trong Protocol 97 định nghĩa phẫu thuật công phá u tối ưu ("optimal") là khi bệnh tồn dư sau phẫu thuật ≤ 1 cm. Định nghĩa này gần đây có xu hướng thay đổi khi nhiều dữ liệu lâm sàng cho thấy phẫu thuật có thể đạt được cắt bỏ hoàn toàn đến không còn tổn thương tồn dư quan trên đại thể thì cho hiệu quả cao hơn về sống còn. Nghiên cứu của chúng tôi lấy dữ liệu lâm sàng đánh giá bệnh tồn dư sau phẫu thuật chia làm 3 ngưỡng: không còn bệnh tồn dư trên đại thể, bệnh tồn dư ≤ 1 cm và bệnh tồn dư > 1 cm. Kết quả phân tích sống còn với OS và PFS bằng kiểm định Log-rank cho thấy giá trị của phẫu thuật khi đạt được công phá u tối đa, đặc biệt là khi không còn bệnh tồn dư trên đại thể vượt trội hơn hẳn so với khi chỉ đạt được bệnh tồn dư > 1 cm, $p < 0.001$.

Từ kết luận về ý nghĩa tiên lượng của bệnh tồn dư sau PT, xuất phát cho ý tưởng điều trị hỗ trợ trước cho bệnh nhân không thể đạt phẫu thuật tối ưu từ đầu. Xu hướng này được ủng hộ nhờ kết quả của hai thử nghiệm ngẫu nhiên pha III, cho thấy hoá trị hỗ trợ trước và phẫu thuật công phá u theo sau (NACT-IDS) giúp cải thiện tỷ lệ công phá u tối ưu và giảm biến chứng liên quan đến phẫu thuật mà không có ảnh hưởng bất lợi đến sống còn^{6,7}. Tuy nhiên, việc xác định bệnh nhân có hay không thể đạt được phẫu thuật tối ưu từ đầu vẫn là một thách thức. Qua phân tích của chúng tôi: giai đoạn, nồng độ CA125, HE4 và chỉ số LMR trước điều trị có khả năng tiên lượng PT tối ưu. So sánh nghiên cứu của Ghisoni trên các bệnh nhân UTBMBT giai đoạn III-IV nhằm xác định một thang điểm tiên lượng tối ưu cho phẫu thuật công phá u tối đa từ đầu, kết luận với 3 biến số bao gồm tuổi ≥ 60 ($p=0.0014$), CA125 trước điều trị >550 UI/mL ($p=0.044$), và chỉ số di căn phúc mạc (PCI) >16 ($p<0.001$)¹². Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi không thấy sự khác biệt với biến tuổi và chỉ số PCI không được sử dụng do thiếu sót về mặt số liệu. Ghisoni lấy mốc cut-off của CA125 chỉ là 550 UI/dl với độ nhạy cao hơn (89.2%) tuy nhiên độ đặc hiệu lại thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi (29.2%). HE4 cũng là một yếu tố có giá trị tiên lượng tốt với mức cut-off trong nghiên cứu này là 701.5 pmol/l, độ nhạy 66.7% và độ đặc hiệu 78.3%. So sánh kết quả phân tích gộp của Pergialiotis báo cáo độ nhạy và độ đặc hiệu của HE4 dự đoán khả năng PT tối ưu lần lượt là 81% và 80%¹³. Gần đây, chỉ số LMR được xác định là một yếu tố tiên lượng mặc dù cơ chế của

mối quan hệ giữa LMR cao và phẫu thuật công phá u tối ưu chưa được giải thích đầy đủ, một gợi ý về việc xem xét bản chất của các tế bào viêm này, giả thiết vai trò của tế bào lympho là chống lại tế bào ung thư trong khi bạch cầu đơn nhân tăng lên khi gánh nặng khối u phát triển¹⁴. Eo và cộng sự thấy rằng LMR cao hơn được coi là những yếu tố dự đoán mạnh cho phẫu thuật tối ưu ($p = 0,0015$) ở 154 bệnh nhân giai đoạn III– IV¹⁵. Tuy nhiên có không có sự đồng thuận về các giá trị giới hạn và việc sử dụng của chỉ số này trong tương lai.

V. KẾT LUẬN

Giai đoạn bệnh, bệnh tồn dư sau mổ, nồng độ CA125 và HE4 trước phẫu thuật là những yếu tố có ý nghĩa tiên lượng sống còn trên các bệnh nhân UTBMBT giai đoạn III với điều trị tiêu chuẩn. Kết hợp các yếu tố như giai đoạn, nồng độ CA125, HE4, LMR trước điều trị cho thấy là công cụ hữu dụng để dự đoán khả năng phẫu thuật tối ưu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Voest EE, van Houwelingen JC, Neijt JP.** A meta-analysis of prognostic factors in advanced ovarian cancer with median survival and overall survival (measured with the log (relative risk)) as main objectives. *Eur J Cancer Clin Oncol.* 1989; 25(4): 711-720. doi:10.1016/0277-5379(89)90208-3
2. **van Houwelingen JC, ten Bokkel Huinink WW, van der Burg ME, van Oosterom AT, Neijt JP.** Predictability of the survival of patients with advanced ovarian cancer. *J Clin Oncol.* 1989;7(6):769-773. doi:10.1200/JCO.1989.7.6.769
3. **Bichel P, Jakobsen A.** A new histologic grading index in ovarian carcinoma. *Int J Gynecol Pathol.* 1989;8(2):147-155. doi:10.1097/00004347-198906000-00008
4. **Clark TG, Stewart ME, Altman DG, Gabra H, Smyth JF.** A prognostic model for ovarian cancer. *Br J Cancer.* 2001;85(7):944-952. doi:10.1054/bjoc.2001.2030
5. **Lund B, Williamson P, van Houwelingen HC, Neijt JP.** Comparison of the predictive power of different prognostic indices for overall survival in patients with advanced ovarian carcinoma. *Cancer Res.* 1990;50(15):4626-4629.
6. **Vergote I, Tropé CG, Amant F, et al.** Neoadjuvant Chemotherapy or Primary Surgery in Stage IIIC or IV Ovarian Cancer. *New England Journal of Medicine.* 2010;363(10):943-953. doi:10.1056/NEJMoa0908806
7. **Kehoe S, Hook J, Nankivell M, et al.** Primary chemotherapy versus primary surgery for newly diagnosed advanced ovarian cancer (CHORUS): an open-label, randomised, controlled, non-inferiority trial. *The Lancet.* 2015;386(9990):249-257. doi:10.1016/S0140-6736(14)62223-6

8. **Warwick J, Kehoe S, Earl H, Luesley D, Redman C, Chan KK.** Long-term follow-up of patients with advanced ovarian cancer treated in randomised clinical trials. *Br J Cancer.* 1995;72(6):1513-1517.
9. **Malkasian GD, Melton LJ, O'Brien PC, Greene MH.** Prognostic significance of histologic classification and grading of epithelial malignancies of the ovary. *Am J Obstet Gynecol.* 1984;149(3):274-284. doi:10.1016/0002-9378(84)90227-8
10. **Peters-Engl C, Obermair A, Heinzl H, Buxbaum P, Sevela P, Medl M.** CA 125 regression after two completed cycles of chemotherapy: lack of prediction for long-term survival in patients with advanced ovarian cancer. *Br J Cancer.* 1999;81(4):662-666. doi:10.1038/sj.bjc.6690744

TÁN SỎI THẬN QUA DA ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN Ở TRẺ EM NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP SỎI THẬN Ở TRẺ EM

Trần Quốc Hoà^{1,2}, Trịnh Nam Sơn¹

TÓM TẮT

Sỏi thận ở trẻ em là 1 bệnh không thường gặp, nhưng cần được quản lý triệt để. Những tiến bộ công nghệ đã góp phần phát triển phương pháp can thiệp ít xâm lấn trong điều trị sỏi thận ở trẻ em, như phương pháp tán sỏi thận qua da (PCNL). Chúng tôi thông báo lâm sàng một trường hợp sỏi thận ở bệnh nhi 10 tuổi, được điều trị bằng phương pháp tán sỏi thận qua da ở bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Qua đó, chúng tôi ghi nhận tính an toàn và hiệu quả của phương pháp tán sỏi thận qua da trong điều trị sỏi thận ở trẻ em.

Từ khóa: Sỏi thận trẻ em, Tán sỏi qua da, PCNL.

SUMMARY

PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY IN PEDIATRIC AGE GROUP A CASE REPORT OF KIDNEY STONE IN PEDIATRIC AGE GROUP

Kidney stone in pediatric age group is an uncommon disease, but need to be managed thoroughly. Technological innovations have contributed to the development of minimally invasive treatment of kidney stone in pediatric patients such as percutaneous nephrolithotomy (PCNL). We report a case of kidney stone in a 10-year-old patient, who was treated by using PCNL procedure at Hanoi Medical University Hospital. Thereby, we acknowledge the safety and effectiveness of PCNL in management of kidney stone in pediatric patients.

Keywords: Pediatric kidney stone, Percutaneous nephrolithotomy, PCNL.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi thận là bệnh thường gặp trong các bệnh lý đường tiết niệu. Ở người lớn, tỉ lệ mắc sỏi thận là khoảng 2,1%.¹ Đối với trẻ em thì đây là một bệnh ít gặp hơn, rơi vào khoảng 50 trường

hợp/100.000.² Ở trẻ em, sỏi thận có liên quan đến các nguyên nhân di truyền, chuyển hóa, giải phẫu.³ Những trường hợp trẻ em mắc sỏi thận trước đó được coi là yếu tố nguy cơ cao hình thành sỏi thận sau này.⁴ Trẻ mắc sỏi thận thường đến khám với triệu chứng như ở người lớn, như đau vùng hông lưng, tiểu máu, tiểu nhiều hoặc các biểu hiện của nhiễm khuẩn tiết niệu như sốt, tiểu buốt, tiểu đục. Ở trẻ nhỏ, triệu chứng biểu hiện bởi sự dễ kích thích, quấy khóc, nôn, nhiễm khuẩn tiết niệu. Chẩn đoán sỏi thận ở trẻ em ngoài các triệu chứng lâm sàng thì có thể dựa vào siêu âm hệ tiết niệu và chụp Xquang hệ tiết niệu không chuẩn bị. Trong các trường hợp có chỉ định can thiệp ngoại khoa thì phối hợp với phim chụp cắt lớp vi tính để đánh giá và lựa chọn phương án can thiệp.

Theo Hiệp hội Niệu khoa châu Âu EAU, tán sỏi thận qua da (PCNL) được khuyến cáo là phương pháp điều trị chính đối với sỏi thận ở trẻ em có kích thước trên 2cm hoặc sỏi cực dưới thận trên 1cm.⁵ Phương pháp này cũng được khuyến cáo cho các trường hợp kích thước sỏi từ 1-2cm có tỉ trọng >900HU trên phim chụp cắt lớp vi tính.⁶ Chúng tôi báo cáo nhân một trường hợp sỏi thận ở trẻ 10 tuổi được điều trị bằng phương pháp tán sỏi thận qua da tại khoa Ngoại tiết niệu, bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

II. THÔNG BÁO CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân Nguyễn M. V., nam, 10 tuổi (Mã hồ sơ: 2205231282). Tiền sử tán sỏi thận trái qua đường hầm dẫn lưu thận cách 2 năm tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Tiền sử nội khoa và gia đình chưa phát hiện bất thường.

Bệnh nhân vào viện vì đau tức thắt lưng trái âm ỉ, không sốt, không đái buốt, tiểu hồng nhạt 2 lần. Qua thăm khám thấy ấn đau tức thắt lưng trái, sẹo mổ cũ xấp xỉ 1cm ở dưới bờ sườn. Hồ thận không đầy, không có dấu hiệu vỡ hông lưng,

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quốc Hoà

Email: bstranquochoa@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 11.01.2023

Ngày duyệt bài: 8.2.2023