

≤8 tuần, chiếm đa số với 91,67%. Phát hiện trễ lúc tuổi thai >8 tuần chỉ có 1 trường hợp, trường hợp này đã phải phẫu thuật cấp cứu vì bệnh nhân vào viện với tình trạng xuất huyết âm đạo lượng nhiều, may mắn là đã bảo tồn được tử cung với máu mất trong lúc phẫu thuật là 300g. Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Qiao Wang và cộng sự (2015) có 4 trường hợp phát hiện trước 8 tuần chiếm 80%, 1 trường hợp phát hiện sau 8 tuần với tỷ lệ 20% [6], qua đó cho thấy TBSMLT được chẩn đoán rất sớm. Điều này góp phần cho việc điều trị TBSMLT tái phát thành công cao và ít xảy ra biến chứng. Vì thế đối với những người phụ nữ có mong muốn mang thai lại, nên được tư vấn theo dõi và phát hiện sớm tình trạng mang thai, để có thể chẩn đoán sớm TBSMLT tái phát và can thiệp kịp thời, tránh xảy ra những biến chứng nguy hiểm.

V. KẾT LUẬN

Với tỷ lệ mang thai trong tử cung khá cao với diễn tiến thai kỳ bình thường, con sinh ra khoẻ mạnh và không có bất cứ biến chứng nào xảy ra, mang đến niềm hy vọng rằng những phụ nữ đã từng bị TBSMLT được điều trị bảo tồn tử cung, có mong muốn mang thai lại thì là một điều hoàn toàn khả thi, với tỷ lệ thai kỳ thành công lớn hơn 50%. Mặc dù tỷ lệ thai bám SMLT tái phát cũng khá cao, tuy nhiên những trường

hợp tái phát này đều được điều trị thành công mà không có bất kỳ biến chứng nào.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Đỗ Hiếu (2015).** Đánh giá kết quả điều trị thai ngoài tử cung dưới 11 tuần bám vết mổ cũ tại bệnh viện Từ Dũ năm 2014-2015. Luận văn chuyên khoa II. Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, tr. 82-83.
2. **Trương Diễm Phượng, Trần Thị Lợi (2013).** Điều trị thai ở SMLT tuổi thai dưới 12 tuần tại bệnh viện Từ Dũ. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 17.
3. **Ben Nagi J, Helmy S, Ofili-Yebovi D, et al. (2007).** Reproductive outcomes of women with a previous history of Caesarean scar ectopic pregnancies. Human Reproduction, 22: 2012-2015.
4. **Lufen G, Zhongwei H, Xian Z, et al. (2016).** Reproductive outcomes following cesarean scar pregnancy – a case series and review of the literature. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology, 200: 102-107.
5. **Maymon R, Halperin R, et al. (2004).** Etopic pregnancies in a caesarean scar: review of the medical approach to an iatrogenic complication. Hum Report Update, 10: 515-523.
6. **Qiao W, Hong-Ling P, Lei H, et al. (2015).** Reproductive outcomes after previous cesarean scar pregnancy: Follow up of 189 women. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology, 54: 551-553.
7. **Wei LK, Yu LM, Mu RM, et al. (2018).** Reproductive outcomes following women with previous cesarean scar pregnancy. Zhonghua Yi Xue Za Zhi, 98: 2194-2197.

NGHIÊN CỨU VAI TRÒ CẮT LỚP VI TÍNH TRONG ĐÁNH GIÁ ĐÁP ỨNG UNG THƯ DẠ DÀY GIAI ĐOẠN II-III SAU HÓA TRỊ TÂN HỒ TRỢ

Nguyễn Thành Hưng¹, Nguyễn Chí Phong²,
Đặng Ngọc Thạch¹, Huỳnh Quang Huy¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hóa trị tân hỗ trợ (THT) điều trị ung thư dạ dày (UTDD) giai đoạn tiến triển tại chỗ đã chứng minh cải thiện sống còn toàn bộ (OS) và sống còn không bệnh (DFS) so với phẫu thuật đơn thuần. Vai trò của cắt lớp vi tính (CLVT) trong đánh giá đáp ứng sau hóa trị tiền phẫu UTDD hiện tại chưa được chú ý nhiều. **Đối tượng, phương pháp:** Hồi cứu, mô tả loạt ca. Tất cả các bệnh nhân có chẩn đoán xác định UTDD, được hội chẩn và hóa trị THT phác đồ FLOT tiền phẫu, sau đó được phẫu thuật triệt căn, tại

BV Bình Dân Tp.HCM trong thời gian từ 01/2019 - 09/2024. Các đặc điểm CLVT được ghi nhận trên phim trước hóa trị và trước phẫu thuật, đối chiếu với kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật. **Kết quả:** Từ tháng 1/2019 đến 9/2024, có 32 trường hợp (tuổi trung bình 56,9, tỉ lệ nam: nữ = 1,7:1) UTDD giai đoạn II-III được hóa trị phác đồ FLOT tiền phẫu. Kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật có 4 trường hợp đáp ứng hoàn toàn giải phẫu bệnh (chiếm 12,5%). Sau hóa trị THT, độ chính xác của CLVT trong đánh giá giai đoạn T là 69%, đánh giá giai đoạn hạch là 47%. So sánh CLVT giữa hai nhóm lui bệnh hoàn toàn và không đạt lui bệnh hoàn toàn GPB ghi nhận các đặc điểm có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê gồm: độ dày u sau hóa trị, đậm độ u sau hóa trị, tỉ lệ % giảm bề dày u, tỉ lệ % giảm đậm độ u sau hóa trị. **Kết luận:** Sau hóa trị THT, CLVT có độ chính xác trung bình trong đánh giá giai đoạn u, độ chính xác thấp trong đánh giá giai đoạn hạch. Một số đặc điểm CLVT có thể dự đoán đáp ứng hoàn toàn GPB là độ dày u nguyên phát sau hóa trị, đậm độ u nguyên phát sau hóa trị, tỉ lệ % giảm bề

¹Trường đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Bệnh viện Bình Dân, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Quang Huy

Email: drhuycdhabachmai@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024

dày u, tỉ lệ % giảm đậm độ u sau hóa trị.

Từ khoá: ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển tại chỗ, cắt lớp vi tính, hóa trị tân hỗ trợ, đáp ứng hoàn toàn giải phẫu bệnh

SUMMARY

THE STUDY OF THE ROLE OF COMPUTED TOMOGRAPHY IN EVALUATING THE RESPONSE OF STAGE II-III GASTRIC CANCER AFTER NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY

Background: Neoadjuvant chemotherapy for locally advanced gastric cancer (LAGC) has been shown to improve overall survival (OS) and disease-free survival (DFS) compared with surgery alone. The role of computed tomography (CT) in assessing response after neoadjuvant chemotherapy for GC has not received much attention at present. **Methods:** Retrospective, descriptive case series. All patients with confirmed diagnosis of LAGC, were consulted and treated with NAC regimen FLOT before surgery, then underwent radical surgery, at Binh Dan Hospital, Ho Chi Minh City from January 2019 to September 2024. Computed tomography characteristics were recorded on pre-chemotherapy and pre-surgery films, compared with postoperative histopathological results. **Results:** From January 2019 to September 2024, there were 32 cases (average age 56.9, male: female ratio = 1.7:1) of stage II-III GC treated with preoperative FLOT chemotherapy. Postoperative histopathological results showed 4 cases (12,5%) with pCR. After NAC, the accuracy of CT in assessing T stage was 69%, and that of lymph node stage was 47%. Comparing CT between the two groups with pCR and non-pCR, recorded statistically significant differences in characteristics including: tumor thickness after chemotherapy, tumor density after chemotherapy, percentage of tumor thickness reduction, and percentage of tumor density reduction after chemotherapy. **Conclusions:** After neoadjuvant chemotherapy for locally advanced gastric cancer, CT scan has medium accuracy in tumor stage reassessment, low accuracy in lymph node stage reassessment. Some characteristics of CT scan that can predict pathological complete response are tumor thickness after chemotherapy, tumor intensity after chemotherapy, % reduction in tumor thickness, and % reduction in tumor intensity after chemotherapy.

Keywords: Locally advanced gastric cancer, Computed tomography, Neoadjuvant chemotherapy, Pathological complete response

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) có tỉ lệ mới mắc đứng hàng thứ năm trên toàn thế giới (sau ung thư phổi, vú, đại trực tràng, tiền liệt tuyến).¹ UTDD giai đoạn tiến triển có tiên lượng xấu với phẫu thuật đơn thuần, tỉ lệ sống còn toàn bộ sau 5 năm ở các nước phương Tây khoảng 20-30% và các nước phương Đông khoảng 60-70%.² Hóa trị chu phẫu bao gồm hóa trị tiền phẫu (hóa trị tân hỗ trợ), và hóa trị hậu phẫu (hóa trị hỗ trợ) đã được chứng minh là giúp cải thiện tiên lượng

sống còn của UTDD giai đoạn tiến triển tại chỗ, so với phẫu thuật đơn thuần.^{2,3} Trong nghiên cứu FLOT4,³ sống còn toàn bộ 5 năm của phác đồ hóa trị THT với 5-FU/LV/OXP/DTX (FLOT) là 45%, tỉ lệ đạt lui bệnh hoàn toàn GPB đạt 14,5%. Tại Việt Nam, hóa trị THT phác đồ FLOT đã được áp dụng tại nhiều cơ sở y tế trong thời gian gần đây và thu được nhiều kết quả khả quan. Dự đoán đáp ứng hoàn toàn giải phẫu bệnh (pCR) của hóa trị THT cho UTDD vẫn là vấn đề nan giải. Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) là phương tiện thường quy để đánh giá giai đoạn tiền phẫu của UTDD.⁴ Tuy nhiên, đánh giá lại giai đoạn bằng CLVT sau điều trị tân hỗ trợ (THT) vẫn còn kém chính xác trên bệnh nhân UTDD.⁵ Trong điều kiện thực tế một số cơ sở y tế ở Việt Nam chưa được trang bị phương tiện hiện đại như PET/CT hay cộng hưởng từ khuếch tán (DWI)...thì chụp CLVT là một phương tiện phổ biến vì tính sẵn có và thời gian chụp nhanh. Trong một nghiên cứu của tác giả Wang và cộng sự (2021)⁶ cho thấy hai đặc điểm trên CLVT bao gồm đường kính trục ngắn của hạch lớn nhất sau THT và tỉ lệ giảm độ dày của u nguyên phát, là hai yếu tố tiên đoán độc lập đáp ứng hoàn toàn GPB (pCR) sau tân hỗ trợ của ung thư dạ dày. Hiện tại ở Việt Nam vẫn chưa có nhiều nghiên cứu nói về vấn đề này.

Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này với mong muốn kết quả nghiên cứu có thể cho cách nhìn tổng quan về hình ảnh CLVT sau hóa trị THT phác đồ FLOT, cũng như mô tả một số đặc điểm CLVT sau hóa trị có thể giúp ích cho dự đoán lui bệnh GPB sau hóa trị THT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. Tất cả các bệnh nhân có chẩn đoán xác định UTDD, được hội chẩn hóa trị THT phác đồ FLOT, được phẫu thuật triệt căn sau hóa trị THT tại BV Bình Dân Tp. Hồ Chí Minh trong khoảng thời gian từ tháng 01/2019 đến tháng 09/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu (NC) hồi cứu, báo cáo loạt ca. Đưa vào NC các trường hợp phù hợp với các tiêu chí: có chẩn đoán xác định UTDD, được chụp CLVT đánh giá giai đoạn và điều trị THT phác đồ FLOT, sau THT được chụp CLVT để đánh giá đáp ứng, được phẫu thuật triệt căn theo quy trình điều trị của BV Bình Dân và có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ. Loại trừ những bệnh nhân sau hóa trị THT không được chụp CLVT hay chất lượng hình ảnh không đạt yêu cầu, không đủ dữ kiện GPB, có di căn xa trước điều trị THT.

2.3. Các nội dung nghiên cứu

❖ **Mô tả các đặc điểm của nhóm nghiên cứu:** tuổi, giới, vị trí u, loại mô học, độ mô học trước hóa trị THT, số chu kỳ hóa trị, loại phẫu thuật.

Các đặc điểm CLVT trước và sau hóa trị THT: kích thước u (cm), độ dày u (mm), đậm độ u (HU), đường kính trục ngắn hạch lớn nhất, giai đoạn u, giai đoạn hạch, giai đoạn bệnh

Các đặc điểm GPB sau phẫu thuật: đại thể u, loại mô học, độ mô học, độ sâu xâm lấn (giai đoạn u), tổng số hạch phẫu tích được, số hạch di căn, giai đoạn hạch, mức độ lui bệnh

❖ **Các bước tiến hành:** Thu thập thông tin lâm sàng, giải phẫu bệnh dựa vào hồ sơ bệnh án. Thông tin hình ảnh CLVT trích xuất từ hệ thống lưu trữ và truyền tải hình ảnh (PACS). Số liệu thu thập theo bảng thu thập số liệu.

❖ **Quy trình chụp cắt lớp vi tính:** Máy chụp CLVT với 32 hoặc 128 dãy đầu dò của hãng Phillip hoặc GE. Bệnh nhân được nhịn ăn tối thiểu 8 giờ, uống dung dịch với 8gram chất tạo hơi tinh thể để làm căng dạ dày. Phim không thuốc tương phản được chụp từ vòm hoành đến dưới mức thấp nhất của dạ dày 2cm, bề dày lát cắt 0.635mm. Sau đó tiêm 100mL thuốc tương phản không ion hóa, tốc độ tiêm 3.5mL/s. Hình động mạch được bắt lúc bơm thuốc bolus, tính lúc đậm độ của động mạch chủ bụng tại ngang mức động mạch thân tạng đạt 100HU. Hình tĩnh mạch cửa tính sau 35 giây của hình động mạch.

❖ **Phân tích và xử lý số liệu:** Thông tin thu thập được lưu trữ bằng phần mềm Microsoft Excel 2016 và xử lý số liệu bằng phần mềm STATA 14.2. Mô tả tần số và tỉ lệ phần trăm đối với biến định tính. Mô tả trung bình và độ lệch chuẩn đối với biến định lượng có phân phối bình thường. So sánh sự khác biệt giữa hai biến định tính bằng phép kiểm Chi-Square hoặc phép kiểm Fisher. Kết quả hình ảnh CLVT được đối chiếu với kết quả GPB sau mổ tính ra độ nhạy, đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, tiên đoán âm và độ chính xác theo bảng 2x2. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm mẫu nghiên cứu và mô bệnh học. Mẫu nghiên cứu (NC) từ tháng 1/2019 tới tháng 9/2024 gồm 32 bệnh nhân, có độ tuổi trung bình 56,9, khoảng tuổi 26-76, phân bố độ tuổi là bình thường với độ lệch chuẩn 10,9. Đặc điểm bệnh nhân và giải phẫu bệnh được tóm tắt trong bảng 1.

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng và giải phẫu bệnh của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng và giải phẫu bệnh	Số lượng, Tỉ lệ %
-------------------------------------	-------------------

Số lượng bệnh nhân	32
Tuổi trung bình, khoảng tuổi	56,9 (26-76)
Nam : Nữ	20 : 12
Mô bệnh học ban đầu:	
- Carcinôm tuyến biệt hóa tốt	2 (6,2%)
- Carcinôm tuyến biệt hóa trung bình	13 (40,6%)
- Carcinôm tuyến biệt hóa kém	13 (40,6%)
- Carcinôm tế bào nhẵn	3 (9,4%)
- Carcinôm chế nhầy	1 (3,1%)
Vị trí u	
-Tâm vị	3 (9,4%)
-Thân vị	11(34,4%)
-Hang vị	13(40,6%)
-Lan toả	5(15,6%)
Giai đoạn u trên GPB sau hóa trị THT	
-ypT0	4 (12,5%)
-ypT1	1 (3,1%)
-ypT2	10 (31,3%)
-ypT3	1 (3,1%)
-ypT4	16 (50,0%)
Giai đoạn hạch trên GPB sau hóa trị THT	
-ypN0	17 (53,1%)
-ypN1	6 (18,8%)
-ypN2	6 (18,8%)
-ypN3	3 (9,3%)

Trong nghiên cứu của chúng tôi, mô học ban đầu chủ yếu là carcinôm tuyến độ 2 và độ 3 (81,3%). Về vị trí u, phần lớn các trường hợp u nằm ở thân vị và hang vị (chiếm 75,0%). Sau hóa trị THT, đại thể GPB ghi nhận đa phần u có dạng loét (21/32, chiếm 65,6%), vi thể GPB có 4 TH được đánh giá là ypT0/Tis (gồm 3 TH không xác định được tế bào u (ypT0) và 1 TH carcinôm tuyến khu trú lớp niêm mạc(Tis)), chiếm 12,5%. Có 1 (3,1%), 10 (31,3%), 1 (3,1%), 16 (50,0%) trường hợp lần lượt xếp giai đoạn ypT1, ypT2, ypT3, ypT4. Về giai đoạn hạch trên GPB (ypN) ghi nhận 17 (53,1%), 6 (18,8%), 6 (18,8%), 3 (9,3%) trường hợp lần lượt xếp giai đoạn ypN0, ypN1, ypN2, ypN3. Về số chu kỳ hóa trị, có 4 (12,5%), 15 (46,9%), 7 (21,9%), 1 (3,1%), 1 (3,1%), 4 (12,5%) lần lượt được hóa trị 3, 4, 5, 6, 7, 8 chu kỳ FLOT tiền phẫu.

3.2. So sánh đặc điểm cắt lớp vi tính trước và sau hóa trị tân hỗ trợ

Bảng 2: Một số đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính trước và sau hóa trị

Đặc điểm trên CLVT	Trước hóa trị	Sau hóa trị	p
Kích thước u(cm)	6,0 ± 2,3	4,7 ± 2,0	< 0,01
Độ dày u (mm)	16,5 ± 4,2	12,6 ± 4,2	< 0,01
Đậm độ u (HU)	73,1 ± 13,5	62,5 ±	< 0,01

		11,3	
Đường kính trục ngắn hạch lớn nhất (mm)	9,2 ± 6,0	7,4 ± 5,7	< 0,01
Giai đoạn u trên CLVT			
T0	0	0	
T1	2 (6,2%)	5 (15,6%)	0,497*
T2	6 (18,8%)	6 (18,8%)	
T3	24 (75,0%)	20 (62,5%)	
T4			
Giai đoạn hạch trên CLVT			
N0	3 (9,4%)	9 (28,1%)	0,044*
N1	17 (53,1%)	19 (59,4%)	
N2	9 (28,1%)	2 (6,3%)	
N3	3 (9,4%)	2 (6,3%)	

*: phép kiểm Fisher

Bảng 3: So sánh một số đặc điểm CLVT giữa hai nhóm pCR và non-pCR

Đặc điểm trên CLVT	Đáp ứng hoàn toàn GPB (pCR)(n=4)	Không đạt đáp ứng hoàn toàn GPB (non-pCR) (n=28)	p*
Kích thước u trước hóa trị (cm)	5,3 ± 1,3	6,1 ± 2,4	0,486
Kích thước u sau hóa trị (cm)	3,4 ± 0,9	4,9 ± 2,1	0,172
Độ dày u trước hóa trị (mm)	15,8 ± 2,1	16,6 ± 4,4	0,697
Độ dày u sau hóa trị (mm)	8,5 ± 3,3	13,2 ± 4,0	0,032
Đậm độ u trước hóa trị (HU)	76 ± 11,3	72,7 ± 13,9	0,655
Đậm độ u sau hóa trị (HU)	51,8 ± 2,4	64 ± 11,2	0,039
Đường kính hạch lớn nhất trước hóa trị (mm)	8 ± 4,3	9,3 ± 6,2	0,687
Đường kính hạch lớn nhất sau hóa trị (mm)	7 ± 4,7	7,5 ± 5,9	0,882
Tỉ lệ giảm kích thước hạch lớn nhất sau hóa trị(%)	0,135 ± 0,178	0,177 ± 0,28	0,777
Tỉ lệ giảm bề dày u nguyên phát sau hóa trị (%)	0,463 ± 0,191	0,180 ± 0,229	0,026
Tỉ lệ giảm đậm độ u sau hóa trị(%)	0,311 ± 0,079	0,109 ± 0,118	0,003

*: phép kiểm ttest

3.4. Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm, độ chính xác của CLVT trong đánh giá lại giai đoạn u, giai đoạn hạch

Bảng 4: So sánh đặc điểm giai đoạn u sau hóa trị THT giữa CLVT và GPB

CLVT	GPB			Tổng
	ypT0-1	ypT2	ypT3-4	
ycT0-1	1	0	0	1
ycT2	1	4	0	5
ycT3-4	3	6	17	26
Tổng	5	10	17	32

Độ tương đồng giữa CLVT và GPB trong đánh giá giai đoạn u nguyên phát sau hóa trị tân hỗ trợ (yT) là 68,8% (22/32)

Bảng 5: So sánh mức độ xuống giai đoạn T0-1 trên CHT và GPB sau THT

CLVT	GPB		Tổng
	ypT0-1	ypT2-4	
ycT0-1	1	0	1

Sau hóa trị, các đặc điểm CLVT là kích thước u, bề dày u, đậm độ u, đường kính trục ngắn hạch lớn nhất đều giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$) (phép kiểm t bắt cặp). Về giai đoạn u và giai đoạn hạch đánh giá trên CLVT trước và sau hóa trị, sự xuống giai đoạn u không có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên sự xuống giai đoạn hạch có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)

3.3 So sánh đặc điểm cắt lớp vi tính giữa hai nhóm lui bệnh hoàn toàn GPB (pCR) và không lui bệnh hoàn toàn GPB (non-pCR). Phân tích đơn biến cho thấy một số đặc điểm CLVT có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm pCR và nhóm non-pCR, bao gồm độ dày khối u sau hóa trị, đậm độ u sau hóa trị, tỉ lệ % giảm bề dày khối u sau hóa trị, tỉ lệ % giảm đậm độ khối u sau hóa trị.

ycT2-4	4	27	31
Tổng	5	27	32

Hình ảnh CLVT trong nhận ra u đã biến mất hoặc còn trong lớp niêm mạc/ dưới niêm mạc có độ nhạy 20% (1/5), độ đặc hiệu 100% (27/27), giá trị tiên đoán dương 100% (1/1), giá trị tiên đoán âm 87% (27/31), độ chính xác 86% (28/32)

Bảng 6: So sánh giai đoạn hạch di căn sau tân hỗ trợ trên CLVT và GPB

CLVT	GPB				Tổng
	ypN0	ypN1	ypN2	ypN3	
ycN0	8	1	0	0	9
ycN1	8	5	4	2	19
ycN2	1	0	1	0	2
ycN3	0	0	1	1	2
Tổng	17	6	6	3	32

Sau hóa trị tân hỗ trợ, độ chính xác của CLVT trong đánh giá chính xác giai đoạn hạch là 47% (15/32)

Bảng 7: Vai trò của CLVT trong chẩn đoán hạch âm tính sau hóa trị THT

CLVT	GPB		Tổng
	ypN0	ypN1-3	
ycN0	8	1	9
ycN1-3	9	14	23
Tổng	17	15	32

Khả năng dự đoán hạch âm tính sau hóa trị tân hỗ trợ của CLVT có độ nhạy 47% (8/17), độ đặc hiệu 93% (14/15), giá trị tiên đoán dương 89% (8/9), giá trị tiên đoán âm 61% (14/23), độ chính xác 69% (22/32)

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm mẫu nghiên cứu và mô bệnh học. Tuổi trung bình và khoảng tuổi trong NC của chúng tôi phù hợp với y văn cũng như các NC khác trên thế giới. Tỷ lệ bệnh nhân dưới 40 tuổi chiếm 6,3%, phù hợp với y văn chỉ ghi nhận 4-5% số ca UTDD phát hiện ở lứa tuổi này. Đặc điểm dịch tễ của UTDD ở vùng Đông Nam Á với tỷ lệ nam: nữ khoảng 1.9:1.¹ NC của chúng tôi cho kết quả tương đồng.

Mô học trước điều trị chủ yếu là carcinôm tuyến độ 2 và độ 3 (81,3%). Nghiên cứu của tác giả Bo (2024)⁷ (N=670) ghi nhận loại mô học carcinôm tuyến dạ dày chiếm 80,6%, kết quả của chúng tôi là tương đồng.

Sau hóa trị THT, chúng tôi ghi nhận 4 trường hợp (12,5%) đánh giá là ypT0/Tis (gồm 3 trường hợp không xác định được tế bào u (T0) và 1 trường hợp carcinôm tuyến khu trú lớp niêm mạc(Tis)); kết quả này phù hợp với tỷ lệ lui bệnh hoàn toàn GPB sau hóa trị THT khoảng 12-20%.³

4.2. So sánh đặc điểm cắt lớp vi tính trước và sau hóa trị tân hỗ trợ

Bảng 8: So sánh giai đoạn ycT và ycN trên CLVT sau hóa trị tân hỗ trợ giữa các nghiên cứu

Đặc điểm CLVT	Giai đoạn T, N	Yoshikawa (2014) ⁵ (N=75)	Chúng tôi (2024) (N=32)
Giai đoạn u trước hóa trị THT	cT2	1,3%	6,2%
	cT3	8%	18,8%
	cT4	90,7%	75 %
Giai đoạn hạch trước hóa trị THT	cN0	16%	9,4%
	cN1	49,3%	53,1%
	cN2	22,7%	28,1%
	cN3	12%	9,4%
Giai đoạn u sau hóa trị THT	ycT0	0	0
	ycT1	0	3,1%
	ycT2	8%	15,6%
	ycT3	18,7%	18,8%
	ycT4	73,4%	62,5%
Giai đoạn hạch sau hóa trị THT	ycN0	21,3%	28,1%
	ycN1	42,7%	59,4%
	ycN2	34,7%	6,3%
	ycN3	1,3%	6,3%

So với tác giả Yoshikawa, đánh giá giai đoạn u, giai đoạn hạch trên CLVT trước và sau hóa trị THT, chúng tôi cho kết quả khá tương đồng.

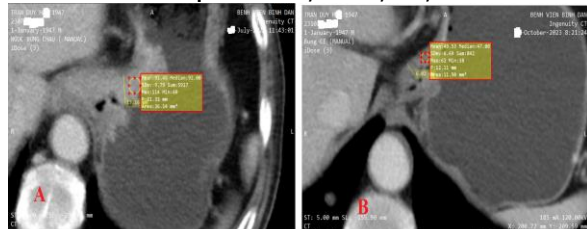
4.3 So sánh đặc điểm cắt lớp vi tính giữa hai nhóm lui bệnh hoàn toàn GPB (pCR) và không lui bệnh hoàn toàn GPB (non-pCR). Khảo sát các đặc điểm CLVT trước và sau hóa trị THT, và so sánh với GPB, xét những đặc điểm hình ảnh giữa hai nhóm đạt lui bệnh hoàn toàn GPB (n=4) và không đạt lui bệnh hoàn toàn GPB (n=28), chúng tôi ghi nhận các đặc điểm CLVT không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê là kích thước u trước hóa trị, kích thước u sau hóa trị, độ dày u trước hóa trị, đậm độ u trước hóa trị, đường kính trục ngắn hạch lớn nhất trước và sau hóa trị. Ngược lại, đặc điểm bề dày u sau hóa trị, đậm độ u sau hóa trị, tỷ lệ giảm bề dày u sau hóa trị, tỷ lệ giảm đậm độ u sau hóa trị có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 9: So sánh một số đặc điểm CLVT dự đoán pCR sau hóa trị THT giữa các nghiên cứu

Biến số CLVT	Wang (2020) ⁶ (N=55)		Chúng tôi (2024) (N=32)	
	Lui bệnh (pCR) (n= 11)	Không lui bệnh (non-pCR)(n= 44)	Lui bệnh (pCR)(n=4)	Không lui bệnh (non-pCR) (n=28)
Bề dày u trước hóa trị (mm)	15,18 ± 4,7	15,20 ± 7,1	15,8 ± 2,1	16,6 ± 4,4
Bề dày u sau hóa trị (mm)	8,09 ± 0,94	12,18 ± 4,9	8,5 ± 3,3	13,2 ± 4,0
Đậm độ u trước hóa trị (HU)	79,9 ± 14,3	75,7 ± 21,7	76 ± 11,3	72,7 ± 13,9
Đậm độ u sau hóa trị (HU)	49 ± 13,8	62,8 ± 17,2	51,8 ± 2,4	64 ± 11,2
Tỷ lệ giảm bề dày u sau THT(%)	0,42 ± 0,19	0,16 ± 0,16	0,46 ± 0,19	0,18 ± 0,23
Tỷ lệ giảm đậm độ u sau THT (%)	0,38 ± 0,17	0,14 ± 0,23	0,31 ± 0,08	0,11 ± 0,12
Đường kính trục ngắn hạch lớn nhất trước hóa trị (mm)	8,27 ± 5,1	10,2 ± 5,0	8 ± 4,3	9,3 ± 6,2
Đường kính trục ngắn hạch lớn nhất sau hóa trị (mm)	4,27 ± 1,0	8,1 ± 3,8	7 ± 4,7	7,5 ± 5,9
Tỷ lệ giảm đường kính trục ngắn hạch lớn nhất sau hóa trị (%)	0,38 ± 0,24	0,19 ± 0,15	0,135 ± 0,18	0,18 ± 0,25

So với tác giả Wang, nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tương đồng về đặc điểm u. Còn đặc điểm hạch thì kết quả của chúng tôi khác với tác giả Wang, điều này có thể giải thích (1) do cỡ mẫu chúng tôi còn nhỏ, (2) cần sự phối hợp giữa phẫu thuật viên trong phẫu tích đủ hạch và bác sĩ giải phẫu bệnh thử đủ số hạch nghi ngờ trên hình ảnh CLVT.

4.4. Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm, độ chính xác của CLVT trong đánh giá lại giai đoạn u, giai đoạn hạch. Giá trị của CLVT trong đánh giá chính xác giai đoạn T cũng như giai đoạn N đối với UTDD đã được y văn ghi nhận với độ chính xác chẩn đoán giai đoạn T là từ 77 đến 89%, độ chính xác chẩn đoán của giai đoạn N là từ 51 đến 71%.^{8,9} Đối với giá trị của CLVT trong đánh giá lại giai đoạn T, N sau hóa trị THT, nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh hóa trị làm giảm độ chính xác của CLVT. Độ chính xác trong đánh giá giai đoạn T của tác giả Park (2008)¹⁰ (N=40) và tác giả Yoshikawa (2014)⁵ (N=75) lần lượt là 63% và 76%. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tương đồng (68,8%). Về đánh giá hạch âm tính sau hóa trị, nghiên cứu của chúng tôi và 2 tác giả Park và Yoshikawa cũng cho kết quả tương đồng với độ chính xác lần lượt là 69%, 71%, 70,7%.



Hình 1: Minh họa hình ảnh CLVT trường hợp đạt lui bệnh hoàn toàn pCR sau hóa trị THT

Bệnh nhân nam, 76 tuổi, trước hóa trị: carcinôm tuyến biệt hóa trung bình. Hình CLVT axial trước và sau hóa trị THT. (A): trước hóa trị, u ở thân vị cao, kích thước 5cm, bề dày 13mm, đậm độ 92HU, chưa xâm lấn thanh mạc, giai đoạn cT3N0M0. (B) sau 4 chu kỳ FLOT, u ở thân vị phía trên góc bờ cong nhỏ, dạng loét kích thước 2cm, không thấy rõ u còn lại, bề dày thành 6mm, đậm độ 49 HU, không thấy hạch vùng, ycT0-1N0M0. Phẫu thuật cắt bán phần dưới dạ dày, GPB: loét dạ dày mạn tính, kèm nghịch sản biểu mô tuyến mức độ trung bình, hạch bóc tách (7 hạch) không có tế bào ác tính, các rìa diện cắt âm tính, ypT0M0N0.

V. KẾT LUẬN

Hội cứu 32 trường hợp UTDD được hóa trị

THT phác đồ FLOT và phẫu thuật triệt căn, mô tả các đặc điểm CLVT trước và sau hóa trị, chúng tôi ghi nhận sự giảm kích thước u, bề dày u, đậm độ u, đường kính trục ngắn hạch lớn nhất sau hóa trị có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Giá trị của CLVT trong đánh giá chính xác giai đoạn T và N sau hóa trị THT trong NC của chúng tôi lần lượt là 68,8% và 47%. CLVT dự đoán hạch âm tính sau hóa trị với độ chính xác 69%. Một số đặc điểm CLVT có thể dự đoán được đáp ứng hoàn toàn GPB sau hóa trị THT là độ dày u sau hóa trị, đậm độ u sau hóa trị, tỉ lệ % giảm độ dày u, tỉ lệ % giảm đậm độ u sau hóa trị.

Vấn đề y đức. Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Trường đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, số: 975/TĐHYKPNT- HĐĐĐ, ngày chấp thuận: 04/01/2024 (quy trình rút gọn).

Xung đột lợi ích. Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. May 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
2. **Cunningham D, Allum WH, Stenning SP, et al.** Perioperative chemotherapy versus surgery alone for resectable gastroesophageal cancer. J New England Journal of Medicine. 2006;355(1):11-20.
3. **Al-Batran S-E, Homann N, Pauligk C, et al.** Perioperative chemotherapy with fluorouracil plus leucovorin, oxaliplatin, and docetaxel versus fluorouracil or capecitabine plus cisplatin and epirubicin for locally advanced, resectable gastric or gastro-oesophageal junction adenocarcinoma (FLOT4): a randomised, phase 2/3 trial. The Lancet. 2019;393(10184):1948-1957.
4. **Kim A, Kim H, Ha HJAi.** Gastric cancer by multidetector row CT: preoperative staging. J Abdominal imaging. 2005;30:465-472.
5. **Yoshikawa T, Tanabe K, Nishikawa K, et al.** Accuracy of CT staging of locally advanced gastric cancer after neoadjuvant chemotherapy: cohort evaluation within a randomized phase II study. J Annals of surgical oncology. 2014;21:385-389.
6. **Wang Z-L, Li Y-L, Li X-T, Tang L, Li Z-Y, Sun Y-SJAR.** Role of CT in the prediction of pathological complete response in gastric cancer after neoadjuvant chemotherapy. J Abdominal Radiology. 2021;46:3011-3018.
7. **Gao B, Zhao Z, Gao X.** Role of pathological tumor regression grade of lymph node metastasis following neoadjuvant chemotherapy in locally advanced gastric cancer. J Digestive Liver Disease. 2024;
8. **Kwee RM, Kwee TC.** Imaging in assessing lymph node status in gastric cancer. J Gastric

- Cancer. 2009;12:6-22.
9. **Kwee RM, Kwee TC.** Imaging in local staging of gastric cancer: a systematic review. *Journal of clinical oncology*. 2007;25(15):2107-2116.
10. **Park SR, Lee JS, Kim CG, Kim HK.** Endoscopic ultrasound and computed tomography in

restaging and predicting prognosis after neoadjuvant chemotherapy in patients with locally advanced gastric cancer. *J Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*. 2008;112(11):2368-2376.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT PHACO ĐẶT IOL PHỐI HỢP MỞ GÓC TIỀN PHÒNG TRÊN BỆNH NHÂN GLÔCÔM GÓC ĐÓNG NGUYÊN PHÁT ĐÃ PHẪU THUẬT CẮT BÈ THẤT BẠI

Nguyễn Thị Thanh Hương¹, Đỗ Tấn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật phaco đặt IOL phối hợp mở góc tiền phòng trên bệnh nhân glôcôm góc đóng nguyên phát đã phẫu thuật cắt bè thất bại. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân glôcôm góc đóng nguyên phát đã phẫu thuật cắt bè thất bại có đục thể thủy tinh kèm theo. Phương pháp nghiên cứu là tiền cứu có can thiệp lâm sàng. Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Glôcôm – Bệnh viện mắt trung ương từ tháng 1/2021 đến hết tháng 12/2022. **Kết quả nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên 16 mắt/ 16 bệnh nhân. Tỷ lệ nữ:nam là 13:3; tuổi trung bình (TB) của bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 61.15±8.45 tuổi, thời gian đã phẫu thuật cắt bè TB là 41.47±43.95 tháng (2-180 tháng), nhãn áp và thị lực (TL) trung bình trước phẫu thuật và sau phẫu thuật có cải thiện rõ rệt sau các mốc thời gian nghiên cứu và ổn định tới 6 tháng. Nhãn áp trước phẫu thuật là 28.79±5.61 mmHg giảm còn 15.15±3.46 mmHg. Thị lực LogMAR 1.71±0.87 trước phẫu thuật cải thiện lên 0.77±0.44 với $P < 0.001$. Tỷ lệ thành công tuyệt đối của phẫu thuật chiếm 87.5%. Số lượng thuốc hạ NA giảm từ 2.56±0.63 đến 0.31±0.87 với $P < 0.001$. Trước phẫu thuật các góc đóng gần hoàn toàn, sau phẫu thuật các góc mở rộng hầu hết độ 3-4, chỉ có 1 ca góc đóng trở lại. Biến chứng xuất huyết tiền phòng (TP) là biến chứng phổ biến chiếm 50% số ca nghiên cứu. Tuy nhiên biến chứng này thoáng qua và đáp ứng tốt với điều trị. **Kết luận:** phẫu thuật phaco đặt IOL phối hợp mở góc TP trên bệnh nhân glôcôm góc đóng nguyên phát đã phẫu thuật cắt bè thất bại là phẫu thuật an toàn và hiệu quả. **Từ khóa:** phaco, tách dính mở góc tiền phòng, cắt bè, glôcôm.

SUMMARY

EVALUATION OF RESULTS OF PHACOEMULSIFICATION-IOL COMBINED WITH GONIOSYNCHIALYSIS ON FAILED

¹Bệnh viện Mắt Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Hương

Email: trytoworkbetter@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2024

Ngày duyệt bài: 25.12.2024

TRABECULECTOMY EYES WITH PRIMARY ANGLE-CLOSURE GLAUCOMA

Purpose: To assess the results of phacoemulsification_IOL combined goniosynechialysis for failed trabeculectomy in primary angle-closure glaucoma. **Patients and Methods:** Primary angle-closure glaucoma eyes who has failed trabeculectomy. Clinical interventional study was conducted from January/2021 to 12/2022 at Glaucoma Department. Viet Nam National Eye Hospital. **Results:** Preoperative characteristics: females:males ratio was 13:3. The mean age was 61.15±8.45 year old. Average time after Trabeculectomy was 41.47±43.95 months, Visual acuity (VA) and IOP are improved remarkably after surgery. IOP was reduced significantly at all time points from 28.79 ±5.61 mmHg at baseline to 15.15±3.46 mmHg at 6 months after surgery. Preoperative Log MAR VA was 1.71±0.87, which has been improved to 0.77±0.44 at 6 months with $p < 0.001$. Number of IOP lowering medications was decreased from 2.56±0.63 to 0.31±0.87 with $p < 0.001$. The complete success rate was 87.5 %. Preoperatively, anterior chamber angle were almost completely closed. After surgery, angles were widened to grade 3-4 Shaffer in almost all cases except only one case where the angle closure has recurred. Hyphema is the most common complication which happened in 50% cases, which, luckily, was transient and responded well to treatment. **Conclusion:** Phacoemulsification/ IOL proved to be safe and effective in PACG eyes with previously failed trabeculectomy. **Key words:** phacoemulsification, goniosynechialysis, trabeculectomy, glaucoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Glôcôm góc đóng nguyên phát là bệnh lý phổ biến ở châu Á thường đi kèm với đục thủy tinh thể (TTT). Trước đây, phẫu thuật cắt bè củng giác mạc (CBCGM) là lựa chọn đầu tay với nhiều hình thái glôcôm đặc biệt là hình thái glôcôm góc đóng và có tỷ lệ thành công cao dao động từ 38%-83%. Tuy nhiên, nhược điểm của phẫu thuật này lại có nhiều biến chứng nặng như bong hắc mạc, xẹp tiền phòng, glôcôm ác tính.¹ Mặt khác khi phẫu thuật CBCGM thất bại, phẫu thuật cắt bè lần 2 sẽ có tỷ lệ thành công