

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ HÓA TRỊ BỔ TRỢ PHÁC ĐỒ 4AC + 4 T TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN II, IIIA HẠCH NÁCH DƯƠNG TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HÀ TĨNH

Võ Văn Phương^{1*}, Nguyễn Văn Khoa¹, Trần Thị Thanh Hoa¹

DOI: 10.38103/jcmhch.2020.65.6

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Đánh giá kết quả hóa trị bổ trợ phác đồ 4AC + 4T trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn II, IIIA hạch nách dương tính. (2) Nhận xét một số tác dụng không mong muốn của phác đồ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu có theo dõi dọc trên 39 bệnh nhân nữ mắc UTV giai đoạn II, IIIA được phẫu thuật cắt tuyến vú và vét hạch nách triệt căn biến đổi, có hạch nách dương tính được điều trị hóa chất bổ trợ phác đồ 4AC + 4T tại Bệnh viện tỉnh Hà Tĩnh từ tháng 1 năm 2013 đến tháng 6 năm 2019.

Kết quả: Sống còn toàn bộ tích lũy là 83,6%. Sống còn không bệnh tích lũy là 75,6%. Sống còn không bệnh và sống còn toàn bộ giảm dần theo sự tăng lên của kích thước u, hạch di căn càng nhiều thì sống còn càng giảm, thụ thể ER và/PR (+) có tiên lượng tốt hơn (-), bệnh ở giai đoạn II tốt hơn giai đoạn IIIA ($p < 0,05$). Độc tính chủ yếu của phác đồ 4AC + 4T: Tỷ lệ hạ bạch cầu là 64,1%, hạ độ 3,4 là 10,1%. Tỷ lệ hạ bạch cầu hạt là 61,5%, hạ độ 3,4 là 7,6%. Tỷ lệ hạ huyết sắc tố là 51,3%, hạ độ 3,4 là 7,6%. Tỷ lệ hạ tiểu cầu là 17,9%, không có hạ độ 3,4. Tỷ lệ tăng men gan là 43,6%, nhưng không gặp tăng độ 3,4. Tăng Creatinin máu chỉ gặp độ 1 với tỷ lệ 5,1%. Nôn và buồn nôn chiếm 87%, viêm miệng 30,8%, tiêu chảy là 38,4%, đau cơ 87%, rối loạn thần kinh ngoại vi 74,4%, phù ngoại vi 38,5%.

Kết luận: Phác đồ 4AC + 4T mang lại hiệu quả cao trong điều trị ung thư vú bổ trợ có hạch nách dương tính và độc tính ở mức độ chấp nhận được.

Từ Khóa: Ung thư vú, hóa trị bổ trợ 4AC + 4T, Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Tĩnh.

ABSTRACT

EFFECTIVENESS AND TOXICITY OF 4AC + 4T REGIMEN AS ADJUVANT CHEMOTHERAPY FOR STAGE II, IIIA BREAST CANCER PATIENTS WITH AXILLARY LYMPH NODE POSITIVE AT HA TINH GENERAL HOSPITAL

Võ Văn Phương^{1*}, Nguyễn Văn Khoa¹, Trần Thị Thanh Hoa¹

Objectives: (1) Evaluate the efficacy of 4AC+4T regimen as adjuvant chemotherapy for stage II, IIIA breast cancer patients with axillary lymph node positive. (2) Describe toxicity of the regimen.

¹ Khoa Ung bướu – Y học hạt nhân, Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Tĩnh

- Ngày nhận bài (Received): 30/9/2020; Ngày phản biện (Revised): 05/10/ 2020;

- Ngày đăng bài (Accepted): 04 /12 /2020

- Người phản hồi (Corresponding author): Võ Văn Phương

- Email: phuongoai@gmail.com; ĐT: 0905853368

Methods: Retrospective and prospective descriptive longitudinal study, in 39 stage II-III breast cancer patients with lymph node positive underwent modified radical mastectomy and axillary lymph node dissection, treated with 4AC + 4T regimen at Ha Tinh General Hospital from January 2013 to June 2019.

Results: Overall survival was 83.6%. Disease-free survival was 75.6%. DFS and OS are inversely proportional to tumor size, the number of metastatic lymph nodes, ER and/PR positive have a better prognosis than ER/PR negative, stage II disease have better prognosis than stage IIIA ($p < 0.05$). Toxicities of AC+4T: Leukopenia in 64.1% of patients, with 10,1% was grade 3, 4. Neutropenia in 61.5% of patients, with 7,6% was grade 3, 4. Hypopigmentation in 51.3% of patients, with 7,6% was grade 3, 4. Thrombocytopenia in 17.9% of patients. Transaminase elevation in 43.6% of patients, no seen grade 3, 4. Increased blood creatinine was only recorded at grade 1 at 5.1%. Vomiting and nausea 87%, stomatitis 30.8%, diarrhea 38.4%, muscle pain 87%, peripheral neuropathy 74.4% peripheral edema 38.5%.

Conclusion: The 4AC + 4T regimen shows high efficacy and a acceptable toxicity in the treatment of stage II, IIIA breast cancer with axillary lymph node positive.

Key words: Breast cancer, 4AC+4T adjuvant chemotherapy, Ha Tinh General Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam ung thư vú (UTV) là bệnh lý ác tính đứng hàng đầu ở nữ giới với khoảng 15.229 trường hợp mới mắc và 6.103 ca tử vong [1]. Tỷ lệ mắc đang có xu hướng gia tăng nhưng tỷ lệ tử vong lại có xu hướng giảm nhờ những thành tựu đạt được trong phòng bệnh, phát hiện sớm và điều trị, đặc biệt là các tiến bộ trong điều trị hệ thống [2]. Đối với UTV giai đoạn IIIA trở xuống thì phẫu thuật là phương pháp được lựa chọn đầu tiên, hóa trị bổ trợ sau phẫu thuật giúp đề phòng bệnh tái phát. Phác đồ bổ trợ 4AC+4T (là phác đồ phối hợp 3 loại hóa chất: Doxorubicin, Cyclophosphamid x 4 chu kỳ + Paclitaxel x 4 chu kỳ) trên bệnh nhân UTV đã được nhiều nghiên cứu chứng minh là hiệu quả cải thiện thời gian sống còn không bệnh và giảm tỷ lệ tái phát với độc tính chấp nhận được [3]. Phác đồ này đã được áp dụng tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Tĩnh từ năm 2013 đến nay, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả của phác đồ. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đến 2 mục tiêu:

(1). Đánh giá kết quả hóa trị bổ trợ phác đồ 4AC+4 T trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn II, IIIA hạch nách dương tính.

(2). Nhận xét một số tác dụng không mong muốn của phác đồ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 39 bệnh nhân nữ mắc UTV giai đoạn II, IIIA được phẫu thuật cắt tuyến vú và vét hạch nách triệt căn biến đổi, có hạch nách dương tính được hóa trị bổ trợ phác đồ 4AC + 4T tại Bệnh viện tỉnh Hà Tĩnh từ tháng 1 năm 2013 đến tháng 6 năm 2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu và tiến cứu có theo dõi dọc, lấy mẫu toàn bộ.

2.3. Các bước tiến hành: Chẩn đoán UTV giai đoạn II, IIIA theo AJCC 2010; Phẫu thuật cắt tuyến vú và vét hạch nách triệt căn biến đổi; Hóa trị bổ trợ phác đồ 4AC+4T; Các điều trị chuẩn tiếp theo; Đánh giá hiệu quả và tác dụng phụ của phác đồ sau điều trị.

2.4. Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 22.0. Sử dụng các thuật toán thống kê mô tả. Khảo sát sống còn bằng phương pháp Kaplan-meier và kiểm định test Log-rank với $p < 0,05$ được xác định là có ý nghĩa thống kê.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Đối tượng tham gia là hoàn toàn tự nguyện. Các thông tin về tình trạng bệnh và thông tin cá nhân khác của bệnh nhân được giữ bí mật. Nghiên cứu không làm ảnh hưởng đến kết quả điều trị của bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ

3.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình là $51,9 \pm 3,1$; Độ tuổi hay gặp 50 - 59; Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu ở giai đoạn II (76,9%); Vị trí một phần tư trên ngoài thường gặp nhất, chiếm 48,7%; Kích thước $u \leq 5$ cm chiếm đa số (69,2%); Số bệnh nhân có tỉ lệ di căn từ 1-3 hạch là nhiều nhất chiếm 64,1%; Độ mô học 2 chiếm tỉ lệ cao nhất 61,5%; Có 2/3 bệnh nhân có thụ thể ER và/hoặc PR dương tính.

3.2. Đánh giá kết quả của phác đồ hóa trị hỗ trợ 4 AC + 4 T

3.2.1. Sống còn không bệnh (DFS) tích lũy theo thời gian

Trong số 39 bệnh nhân nghiên cứu, có 4 bệnh nhân tái phát hoặc di căn. Bệnh nhân được điều trị đầu tiên tháng 3 năm 2013, với thời gian theo dõi trung bình 43 tháng, thời gian theo dõi dài nhất gần 71 tháng. Trong đó có một bệnh nhân tái phát tại chỗ sau phẫu thuật, 2 bệnh nhân tái phát di căn hạch xa, 1 bệnh nhân tái phát di căn xương.

3.2.2. Sống còn không bệnh theo một số đặc điểm bệnh nhân

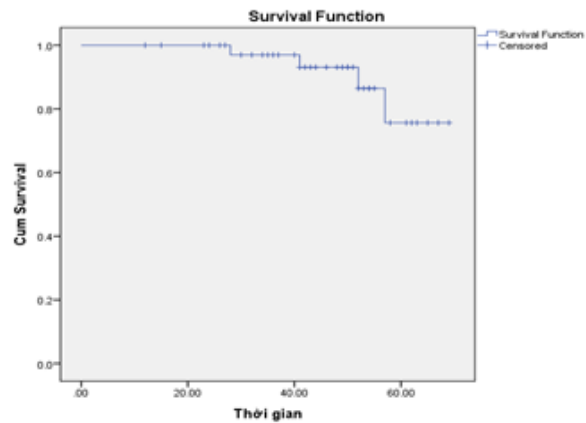
Bảng 1: Sống còn không bệnh theo một số đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm	Số bn	DFS		Trung bình DFS (tháng)	p (Log-rank test)
		n	%		
Kích thước u					
≤ 5 cm	27	26	96,3	$67,5 \pm 1,4$	0,002
> 5 cm	12	9	75,0	$48,9 \pm 2,6$	
Di căn hạch					
1-3 hạch	25	24	96,0	$67,5 \pm 1,4$	0,002
4-9 hạch	14	11	78,6	$48,7 \pm 2,4$	
ER, PR					
ER và/PR (+)	26	25	96,2	$67,5 \pm 1,4$	0,002
ER và/PR (-)	13	10	76,9	$48,9 \pm 2,6$	
HER 2					
HER 2 (+)	15	14	93,3	$66,5 \pm 2,3$	0,438
HER 2 (-)	24	21	87,5	$58,6 \pm 2,2$	
Giai đoạn					
Giai đoạn II	30	29	96,7	$67,2 \pm 1,5$	0,002
Giai đoạn IIIA	9	6	66,7	$49,5 \pm 4,6$	

Kích thước u; Số lượng hạch di căn; Thụ thể nội tiết ER, PR và giai đoạn bệnh có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với thời gian sống còn không bệnh.

3.2.3. Sống còn toàn bộ (OS) tích lũy theo thời gian

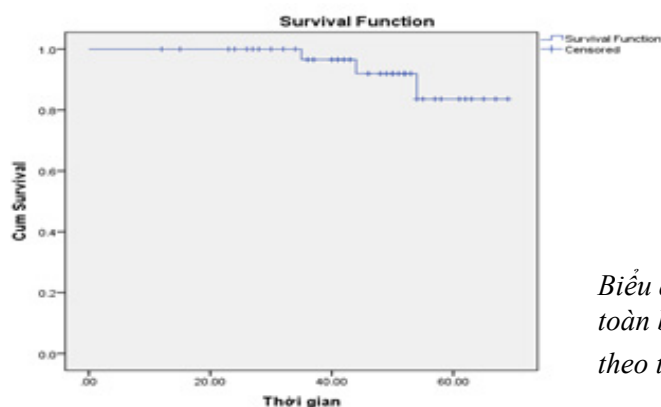
Kết thúc theo dõi vào thời điểm tháng 6 năm 2019 có 3 bệnh nhân tử vong.



Biểu đồ 1: Sống còn không bệnh tích lũy theo thời gian

Trung bình thời gian sống còn không bệnh ước tính theo Kaplan Meier: $64,2 \pm 2,1$ tháng (95% CI: 60,0-68,4). Tỉ lệ sống còn không bệnh tích lũy 1 năm, 2 năm, 3 năm, 4 năm, 5 năm tương ứng là: 100%; 100%; 97%; 86,4%; 75,6%.

Bệnh viện Trung ương Huế



Trung bình thời gian sống còn toàn bộ ước tính theo Kaplan Meier: 65,4 tháng (95% CI: 61,6-69,1). Tỷ lệ sống còn toàn bộ 1 năm, 2 năm, 3 năm, 4 năm, 5 năm tương ứng là: 100%; 100%; 96,6%; 92%; 83,6%.

Biểu đồ 2: Sống còn toàn bộ tích lũy theo thời gian

3.2.4. Sống còn toàn bộ theo các đặc điểm của bệnh nhân

Bảng 2: Kết quả sống còn toàn bộ theo các đặc điểm của bệnh nhân

Đặc điểm	Số bn	OS		Trung bình OS (tháng)	p (Log-rank test)
		n	%		
Kích thước u					
≤ 5cm	27	26	96,3	67,5 ± 1,4	0,049
> 5cm	12	10	83,3	50,1 ± 2,3	
Di căn hạch					
1-3 hạch	25	24	96,0	67,6 ± 1,3	0,030
4-9 hạch	14	12	85,7	49,6 ± 2,1	
ER, PR					
ER và/PR (+)	26	25	96,2	67,5 ± 1,4	0,041
ER và/PR (-)	13	11	84,6	49,8 ± 2,5	
HER 2					
HER 2 (+)	15	15	100	63,8 ± 2,4	0,139
HER 2 (-)	24	21	87,5	59,0 ± 2,0	
Giai đoạn					
Giai đoạn II	30	28	96,7	67,5 ± 1,4	0,007
Giai đoạn IIIA	9	6	77,8	51, ± 5,1	

Kích thước u; Số lượng hạch di căn; ER, PR và giai đoạn bệnh có mối liên quan với thời gian sống còn toàn bộ.

3.3. Một số độc tính của phác đồ 4AC + 4T (Theo CTCAE năm 2010) [6]

Bảng 3: Bảng đánh giá độc tính theo tiêu chuẩn CTCAE 2010

Độc tính	Độ 1		Độ 2		Độ 3		Độ 4		Chung %
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Hạ bạch cầu	14	39,5	7	17,9	3	7,6	1	2,5	64,1
Hạ BC hạt	13	33,3	8	20,5	2	5,1	1	2,5	61,5
Hạ Hb	12	30,7	5	12,8	2	5,1	1	2,5	51,3
Hạ TC	6	15,1	1	2,5	0	0	0	0	17,9
Gan	13	33,3	4	10,2	0	0	0	0	43,6
Thận	2	5,1	0	0	0	0	0	0	5,1

Đánh giá kết quả hóa trị bổ trợ phác đồ 4AC + 4 T...

Các độc tính trên hệ tạo huyết gặp nhiều nhất và nặng nhất là hạ bạch cầu và bạch cầu hạt. Tăng men gan gặp 43,6% nhưng chỉ gặp độ 1 và 2, Độc tính trên thận ít gặp.

Bảng 4: Đánh giá độc tính ngoài hệ tạo huyết theo tiêu chuẩn CTCAE 2010

Độc tính	Độ 0		Độ 1		Độ 2		Độ 3		Chung
	n	%	n	%	n	%	n	%	%
Nôn, buồn nôn	4	10,3	25	61,4	10	25,6	0	0	87
Viêm miệng	27	69,2	10	25,7	2	5,1	0	0	30,8
Ỉa chảy	24	61,5	10	25,6	5	12,8	0	0	38,4
Đau cơ	4	10,3	29	74,4	5	12,8	1	2,5	87
RLTK ngoại vi	10	25,6	0	0	28	71,8	1	2,5	74,4
Phù ngoại vi	24	61,5	15	38,5	0	0	0	0	38,5

Nôn, buồn nôn, viêm miệng chỉ gặp độ 1, 2 không có bệnh nhân nào gặp độ 3, 4. Các độc tính rối loạn thần kinh ngoại vi và đau cơ gặp đa số, ngoài độ 1, 2 là chủ yếu còn gặp cả độ 3. Phù ngoại vi gặp 38,5%, nhưng tất cả chỉ ở độ 1.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu này khá tương đồng với một số nghiên cứu của các tác giả khác tại Việt Nam khi nghiên cứu về điều trị hóa chất bổ trợ trong ung thư vú. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi có một vài điểm khác biệt, chẳng hạn như tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 52 tuổi, độ tuổi gặp nhiều nhất là 50-59. Tuổi trung bình cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Đ.T.K. Anh là 45,7 tuổi [4]. Tác giả N.T. Sang là 49 tuổi [5], có thể nói tuổi hay gặp UTV những năm gần đây cao hơn so với trước.

4.2. Hiệu quả điều trị của phác đồ 4AC - 4 T

4.2.1. Hiệu quả sống còn không bệnh và sống còn toàn bộ

Nghiên cứu của chúng tôi trên 39 bệnh nhân UTV giai đoạn II, IIIA sau khi đã được phẫu thuật cắt tuyến vú và vét hạch nách triệt căn biến đổi được điều trị hóa chất bổ trợ phác đồ 4AC×4 chu kỳ sau đó 4 chu kỳ Paclitaxel, kết thúc hóa trị bệnh nhân được tiếp tục điều trị khác theo phác đồ chuẩn. Trong số 39 bệnh nhân nghiên cứu, tính đến thời điểm kết thúc nghiên cứu tháng 6 năm 2019 có 4 bệnh nhân tái phát hoặc di căn. Bệnh nhân được theo dõi dài nhất gần 71 tháng, trung

bình 43 tháng. Trong đó có một bệnh nhân tái phát tại chỗ sau phẫu thuật, 2 bệnh nhân tái phát di căn hạch xa, 1 bệnh nhân tái phát di căn xương. Tỷ lệ sống còn không bệnh tích lũy 1 năm, 2 năm, 3 năm, 4 năm, 5 năm tương ứng là: 100%; 100%; 97%; 86,4%; 75,6%. Tỷ lệ sống còn toàn bộ 1 năm, 2 năm, 3 năm, 4 năm, 5 năm tương ứng là: 100%; 100%; 96,6%; 92%; 83,6%. Theo Đ.T.K. Anh tỷ lệ sống còn không bệnh sau 1 năm, 2 năm, 3 năm, 4 năm tương ứng là 90,6%; 79,1%; 77%; 73,4%. Tỷ lệ sống còn toàn bộ sau 1 năm, 2 năm, 3 năm, 4 năm tương ứng là 98,1%; 94,3%; 87,8%; 84,1% [4]. Tỷ lệ sống còn không bệnh và sống còn toàn bộ thấp hơn kết quả của chúng tôi tuy nhiên điều này có thể lý giải được do giai đoạn bệnh muộn hơn so với chúng tôi. Theo N. T. Huyền khi đánh giá kết quả hóa trị bổ trợ phác đồ 4AC+4T có kết hợp trastuzumab trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn II, III có Her 2 dương tính cho kết quả tỷ lệ sống còn không bệnh 1 năm, 2 năm, 3 năm, 4 năm, 5 năm tương ứng là: 100%; 98,4%; 95,2%; 92,1%; 92,1%. Tỷ lệ sống còn toàn bộ 1 năm, 2 năm, 3 năm, 4 năm, 5 năm tương ứng là: 100%; 100%; 100%; 98,4%; 98,4% [7]. Kết quả này cao hơn rõ rệt so với nghiên cứu của chúng tôi. Có thể nói việc bổ sung Trastuzumab vào phác đồ đã cải thiện đáng kể thời gian sống còn cho bệnh nhân.

Bệnh viện Trung ương Huế

4.2.2. Thời gian sống còn và một số đặc điểm của bệnh nhân

Chúng tôi phân tích sống thêm không bệnh và sống còn toàn bộ bằng phương pháp Kaplan - Maier với một số yếu tố như tuổi, kích thước u, giai đoạn bệnh, độ mô học, tình trạng di căn hạch... Cho thấy: Kích thước u càng lớn thì sống còn càng giảm, $u \leq 5\text{cm}$ có trung bình thời gian sống còn không bệnh là $67,5 \pm 1,4$ tháng, $u > 5\text{cm}$ là $48,9 \pm 2,6$ tháng, $p < 0,05$. Trung bình thời gian sống còn toàn bộ nhóm $u \leq 5\text{cm}$ là $67,5 \pm 1,4$ tháng, nhóm $u > 5\text{cm}$: $50,1 \pm 2,3$ tháng, với $p < 0,05$; Di căn hạch càng nhiều thì thời gian sống còn càng giảm, di căn từ 1-3 hạch có trung bình thời gian sống còn không bệnh là $67,5 \pm 1,4$ tháng, trên 3 hạch là $48,7 \pm 2,4$ tháng, $p < 0,05$, thời gian sống còn toàn bộ thì nhóm di căn từ 1-3 hạch có thời gian sống còn toàn bộ trung bình $67,6 \pm 1,3$ tháng nhóm di căn từ 4-9 hạch là $49,6 \pm 2,1$ tháng, với $p < 0,05$; Thụ thể nội tiết ER, PR (+) có tiên lượng tốt hơn so với âm tính, sống còn không bệnh trung bình nhóm ER và/hoặc PR (+) là $67,5 \pm 1,4$ tháng, trái lại ở nhóm ER PR(-) là $48,9 \pm 2,6$ tháng, $p < 0,05$. Sống còn toàn bộ trung bình nhóm ER và/PR (+) là $63,8 \pm 2,4$ tháng, nhóm ER PR (-) là $59,0 \pm 2,0$ tháng, với $p < 0,05$. Trong nghiên cứu phân tích gộp B-31/N9831 (2011) các tác giả cho thấy mối liên quan về sống thêm không bệnh với một số yếu tố như kích thước u, tình trạng di căn hạch nách, độ mô học [8].

4.3. Một số tác dụng không mong muốn của phác đồ

4.3.1. Độc tính trên hệ tạo huyết

Tất cả các bệnh nhân đều hoàn thành 8 chu kỳ hóa chất, không bệnh nhân nào phải ngừng điều trị do độc tính không hồi phục. Tất cả các bệnh nhân đều được điều trị đủ liều. Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi phân tích trên tổng số 39 bệnh nhân. Độc tính hạ bạch cầu độ 3/4 là 10,1%, hạ bạch cầu hạt độ 3/4 là 7,6%, tỷ lệ này thấp hơn so với tác giả N.T. Sang khi sử dụng 3 thuốc cùng lúc (tỷ lệ hạ bạch cầu độ 3/4 là 32,7%, hạ bạch cầu hạt độ 3/4 là 34,4%) [5], tỷ lệ hạ huyết sắc tố độ 3/4 là 7,6%, không có hạ tiểu cầu độ 3/4. Hiện tại với sự phát

triển của thuốc tăng trưởng bạch cầu và tăng trưởng hồng cầu thì độc tính hạ bạch cầu và hạ huyết sắc tố đã được giải quyết.

4.3.2. Độc tính ngoài hệ tạo huyết

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tỉ lệ bệnh nhân có tăng men gan là 43,6%. Các thuốc hóa chất được dùng trong nghiên cứu chủ yếu được chuyển hóa qua gan và thải trừ qua thận. Trong đó, doxorubicin được chuyển hóa ở gan nhờ men cyt.P450 và được thải trừ tới 50% qua đường mật. Nghiên cứu này tỉ lệ bệnh nhân có tăng men gan là 43,6%, nhưng chỉ gặp độ 1, độ 2 không gặp độ 3, độ 4 và chủ yếu xảy ra ở chu kỳ cuối của quá trình điều trị nên không có bệnh nhân nào phải ngừng điều trị vì tăng men gan. Độc tính trên thận hầu như không có chỉ có 5,1% tăng Creatinin máu độ 1, không có bệnh nhân nào phải giảm liều và ngừng điều trị vì độc tính này.

V. KẾT LUẬN

1. Kết quả phác đồ hóa trị hỗ trợ 4AC + 4T

Tỉ lệ sống còn toàn bộ tích lũy là 83,6%. Tỉ lệ sống còn không bệnh tích lũy là 75,6%. Thời gian sống còn không bệnh và sống còn toàn bộ giảm dần theo sự tăng lên của kích thước u, hạch di căn càng nhiều thì sống còn càng giảm, ER và/PR (+) có tiên lượng tốt hơn ER và/PR (-), giai đoạn II tốt hơn giai đoạn IIIA.

2. Một số tác dụng không mong muốn của phác đồ 4AC + 4T

Tỉ lệ hạ bạch cầu là 64,1%, hạ độ 3,4 là 10,1%. Tỉ lệ hạ bạch cầu hạt là 61,5%, hạ độ 3,4 là 7,6%. Tỉ lệ hạ huyết sắc tố là 51,3%, hạ độ 3,4 là 7,6%. Tỉ lệ hạ tiểu cầu là 17,9%, không có hạ độ 3,4. Tỉ lệ tăng men gan là 43,6%, nhưng chỉ có tăng độ 1,2. Tăng Creatinin máu chỉ gặp độ 1 với tỉ lệ 5,1%. Nôn và buồn nôn chiếm 87%, viêm miệng 30,8%, tiêu chảy là 38,4%, đau cơ 87%, rối loạn thần kinh ngoại vi 74,4%, phù ngoại vi 38,5%. Phác đồ 4AC + 4T mang lại hiệu quả cao trong điều trị ung thư vú hỗ trợ có hạch nách dương tính và độc tính ở mức độ chấp nhận được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Globocan (2018), Breast Cancer - Estimated Incidence, mortality and prevalence Worldwide 2018.
2. D’Orsi CJ, Sickles EA, Mendelson EB, Morris EA, et al (2013). American College of Radiology Breast Imaging Reporting and Data System BI-RADS, 5th ed, (Eds), American College of Radiology, Reston, VA, 5: 758-61.
3. Nguyễn Diệu Linh (2013). “Nghiên cứu điều trị ung thư vú giai đoạn II, IIIA bằng phác đồ hóa chất hỗ trợ TAC và AC tại bệnh viện K”, Luận án tiến sĩ y học. Trường Đại Học Y Hà Nội: 87-89.
4. Đỗ Thị Kim Anh (2008), “Đánh giá kết quả điều trị hóa chất hỗ trợ phác đồ 4 AC - 4 paclitaxel trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn II, III tại bệnh viện K” Luận văn thạc sĩ, Trường đại học Y Hà Nội.
5. Nguyễn Thị Sang (2016), “Đánh giá kết quả hóa trị hỗ trợ phác đồ TAC trong bệnh ung thư vú giai đoạn II,III hạch nách dương tính tại Bệnh viện K”, Luận án tiến sĩ, Trường đại học Y Hà Nội.
6. U.S Department of Health and Human Service (2010). Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) version 4.0. <<http://evs.nci.nih.gov/ftp1/CTCAE/About.html>>. accessed 14 June 2019.
7. Phùng Thị Huyền (2016), “Đánh giá kết quả hóa trị hỗ trợ kết hợp Trastuzumab trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn II, III ”, Luận án tiến sĩ, Trường đại học Y Hà Nội.
8. Perez E.A, Romond E.H, Suman V.J et al (2011). Four-year follow-up of trastuzumab plus adjuvant chemotherapy for operable human epidermal growth factor receptor 2-positive breast cancer: joint analysis of data from NCCTG N9831 and NSABP B-31. J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol, 29(25): 3366-3373.