

5. **Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Yên Bái.** Báo cáo công tác Kiểm soát bệnh tật năm 2020 và phương hướng nhiệm vụ năm 2021. 2020.
6. **Bvochora, T., et al.,** Enhanced adherence counselling and viral load suppression in HIV seropositive patients with an initial high viral load in Harare, Zimbabwe: Operational issues. PLoS One, 2019. **14**(2): p. e0211326.
7. **Phạm Xuân Sáng and Phan Thị Thu Hương,** Thực trạng và các yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ARV của bệnh nhân tại các phòng khám ngoại trú của tỉnh Điện Biên năm 2016. Tạp chí Y học dự phòng, 2017. **27**(2(190)).
8. **Phan Thị Thu Hương,** Tuân thủ điều trị ARV và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân AIDS đang được điều trị tại trung tâm phòng chống HIV/AIDS tỉnh Hải Dương, năm 2016. Tạp chí Y học dự phòng, 2017. **27**(3): p. 194-197.
9. **Awungafac, G., et al.,** Viral load testing and the use of test results for clinical decision making for HIV treatment in Cameroon: An insight into the clinic-laboratory interface. PLoS One, 2018. **13**(6): p. e0198686.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÒM MŨI HỌNG GIAI ĐOẠN MUỘN BẰNG PHÁC ĐỒ GEMCITABINE – CISPLATIN TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Thị Phương Anh¹, Đỗ Hùng Kiên²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đáp ứng điều trị và một số tác dụng không mong của phác đồ gemcitabine- cisplatin trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp với tiền cứu. Có 33 bệnh nhân ung thư vòm giai đoạn muộn được điều trị bước một bằng gemcitabine – cisplatin tại Bệnh viện K từ tháng 1/2018 đến tháng 7/2021, bệnh nhân được đánh giá mức độ đáp ứng theo “Tiêu chuẩn Đánh giá Đáp ứng cho U đặc” (RECIST), độc tính theo tiêu chuẩn CTCAE 5.0. **Kết quả:** Đáp ứng: Tỷ lệ đáp ứng của phác đồ là 83,9 %. Trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là 8,9 tháng. Độc tính: Các tác dụng phụ hay gặp bao gồm: hạ bạch cầu trung tính (60.6%), hạ huyết sắc tố (90,9%), nôn buồn nôn (51.5%), chủ yếu là độc tính độ I, II. **Kết luận:** Phác đồ gemcitabine – cisplatin cho bệnh nhân ung thư vòm mũi họng tỷ lệ đáp ứng cao, độc tính chủ yếu lên hệ huyết học, dung nạp tốt.

Từ khóa: ung thư vòm mũi họng, giai đoạn tái phát, di căn

SUMMARY

EFFICACY OF GEMCITABINE –CISPLATIN IN METASTATIC NASOPHARYNGEAL CANCER PATIENTS IN VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

Objectives: The aims of our study were to investigate the activity and toxicity of gemcitabine – cisplatin regimen in metastatic nasopharyngeal cancer patients. **Patients and Methods:** Clinical trial, retrospective study. From January 2018 to July 2021,

we enrolled 33 metastatic nasopharyngeal cancer patients in Vietnam National Cancer Hospital. All patients received combination of gemcitabine and cisplatin. Tumor response rate and toxicities were determined. **Results: Response rate:** Overall response rate was 83,9%. Median progression free survival was 8,9 months. **Toxicity:** Most adverse events were manageable and tolerable. The most common was neutropenia (60.6%), anaemia (90.9%), vomiting and nausea (51.5%), most of them were grade 1 and grade 2. **Conclusion:** Gemcitabine – cisplatin regimen in metastatic nasopharyngeal cancer patients is high response rate and tolerable.

Key words: Nasopharyngeal cancer, recurrent, metastatic stages

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vòm mũi họng (UTVMH) là bệnh lý ác tính có nguồn gốc từ biểu mô vòm mũi họng, là một trong những ung thư phổ biến vùng đầu cổ. Tại Việt Nam, UTVMH đứng thứ 9 về tỉ lệ mắc, và thứ 7 về tỉ lệ tử vong ở cả 2 giới, có thể gặp 2 đỉnh tuổi: 15-24 tuổi và độ tuổi 45-60, nam mắc nhiều hơn nữ với một số yếu tố nguy cơ: virus EBV, chế độ ăn, chủng tộc, di truyền [1], [2], [3].

UTVMH giai đoạn muộn (di căn nguyên phát và tái phát di căn xa) thường có tiên lượng xấu, trung vị sống thêm khoảng 10-15 tháng [4], [5]. Điều trị UTVMH giai đoạn muộn, hóa trị nền tảng platinum đóng vai trò chủ đạo. Trong nhiều thập niên, phác đồ Cisplatin-5FU được sử dụng rộng rãi điều trị UTVMH giai đoạn tái phát, di căn, mặc dù trước đó chưa có bằng chứng chứng tỏ phác đồ nào có ưu thế hơn trong điều trị. Năm 2016, trong nghiên cứu của Li Zhang và cộng sự, phối hợp Gemcitabine và Cisplatin trong điều trị bước 1 UTVMH giai đoạn tái phát, di căn có tỉ lệ đáp ứng (RR), thời gian sống thêm bệnh không tiến

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K Tân Triều

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương Anh

Email: phuonganhhmu95@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.7.2021

Ngày phản biện khoa học: 29.9.2021

Ngày duyệt bài: 4.10.2021

triển (PFS), sống thêm toàn bộ (OS) cao hơn so hẳn so với phác đồ tiêu chuẩn cisplatin – 5FU trước đó. Phác đồ gemcitabine-cisplatin cũng dung nạp tốt hơn mặc dù các tác dụng phụ lên huyết học là cao hơn so với phác đồ CF [6]. Từ đó, gemcitabine-cisplatin trở thành phác đồ tiêu chuẩn lựa chọn ưu tiên trong điều trị bước 1 UTVMH giai đoạn muộn. Phác đồ đã được áp dụng điều trị ở nhiều nước trên thế giới cũng như tại Việt Nam. Tại bệnh viện K, phác đồ đã được áp dụng trong thực hành lâm sàng trong những năm gần đây. Cho đến nay, chưa có nghiên cứu nào trong nước được thực hiện để đánh giá kết quả điều trị của phác đồ này. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu sau: "Đánh giá đáp ứng điều trị và một số tác dụng không mong của phác đồ gemcitabine-cisplatin ở các bệnh nhân UTVMH giai đoạn muộn".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân có chẩn đoán xác định là ung thư vòm mũi họng giai đoạn muộn, được điều trị bằng phác đồ gemcitabine-cisplatin, tại bệnh viện K từ 1/2018 đến 7/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bệnh nhân UTVMH giai đoạn muộn (di căn M1) theo AJCC 2017, có bằng chứng mô bệnh học là UTVMH chưa điều trị hóa chất trước đó, chỉ số toàn trạng từ 0-1, có tổn thương đích đánh giá được theo tiêu chuẩn RECIST 1.1 [7], được điều trị ít nhất 3 chu kì gemcitabine - cisplatin và được theo dõi sau điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân mắc các bệnh cấp tính đe dọa tính mạng, hoặc các bệnh nhân có di căn thần kinh trung ương, phụ nữ có thai, bệnh nhân mắc ung thư thứ 2.

2.Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu.

Cỡ mẫu và cách chọn: Chọn mẫu thuận tiện, 33 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn, được điều trị tại bệnh viện K từ tháng 1/2018 đến tháng 7/2021.

Phác đồ điều trị: Phác đồ gemcitabine - cisplatin: Gemcitabine 1000mg/m² da truyền tĩnh mạch trong 30 phút ngày 1 và ngày 8, Cisplatin 80 mg/m² da truyền tĩnh mạch trong 4 giờ ngày 1. Chu kì điều trị 21 ngày.

Đánh giá độc tính của phác đồ: Độc tính trên huyết học, độc tính ngoài huyết học (Theo NCI-CTCAE 5.0).

Đánh giá đáp ứng điều trị: sau 3-6 chu kì, theo RECIST 1.1 [7] gồm: Đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng 1 phần, bệnh ổn định, bệnh tiến triển.

Xử lý số liệu: nhập số liệu, làm sạch, mã hoá số liệu: sử dụng phần mềm SPSS 20 và các test thống kê y học.

Đạo đức nghiên cứu: Trung thực trong thu nhập số liệu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. Kết quả cho thấy trong tổng số 33 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, nam giới chiếm tỉ lệ 81,8%, nữ giới chiếm tỉ lệ 18,2%. Tỉ lệ nam/nữ là 9/2.

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 51,6 ± 11,1, thấp nhất là 23 tuổi, cao nhất là 70 tuổi.

Tỉ lệ bệnh nhân giai đoạn di căn nguyên phát chiếm 39,4% và ở giai đoạn tái phát di căn là 60,4%.

Triệu chứng lâm sàng hạch cổ (39,4%) thường gặp, các triệu chứng cơ quan di căn xa ít gặp hơn, 30,3% bệnh nhân không có triệu chứng.

Trong các vị trí di căn: di căn phổi, hạch, xương thường gặp chiếm lần lượt 45,5%, 39,4%, 36,4%, di căn gan ít gặp hơn chiếm 27,3%. Đa phần bệnh nhân di căn 1 hoặc 2 cơ quan là 97%, một bệnh nhân di căn 3 cơ quan.

2. Đánh giá kết quả điều trị

Bảng 1. Tỉ lệ đáp ứng và một số yếu tố liên quan

Các yếu tố		Sau 3 chu kỳ			Sau 6 chu kỳ		
		Đáp ứng	Không đáp ứng	P	Đáp ứng	Không đáp ứng	P
Tình trạng di căn	Di căn nguyên phát	9 (69,2%)	4(30,8%)	>0,05	10 (90,9%)	1 (9,1%)	>0,05
	Tái phát di căn	19 (95%)	1 (5%)		16 (80%)	4 (20%)	
Tiền sử điều trị Platinum	Không	14(73.7%)	5 (26.3%)	>0.05	14 (82.4%)	3 (17.6%)	>0.05
	Có	14 (100%)	0 (0%)		12 (85,7%)	2 (14,3%)	
Di căn phổi	Không	14 (77,8%)	4 (22,2%)	>0,05	13 (81,2%)	3 (18,8%)	>0,05
	Có	14 (93,3%)	1 (6,7%)		13 (86,7%)	2 (13,3%)	
Di căn gan	Không	21 (85,5%)	3 (12,5%)	>0,05	20 (90,9%)	2 (9,1%)	>0,05
	Có	7 (77,8%)	2 (22,2%)		6 (66,7%)	3 (33,3%)	

Di căn hạch	Không	16 (80%)	4 (20%)	>0,05	15 (78,9%)	4 (21,1%)	>0,05
	Có	12 (92,3%)	1 (7,7%)		11 (91,7%)	1 (8,3%)	
Di căn xương	Không	19 (90,5%)	2 (9,5%)	>0,05	18 (90%)	2 (10%)	>0,05
	Có	9 (75%)	3 (25%)		8 (72,7%)	3 (27,3%)	
Số lượng di căn	1	15 (83,3%)	3 (16,7%)	>0,05	15 (93,8%)	1 (6,2%)	>0,05
	2	12 (85,7%)	2 (14,3%)		10 (71,4%)	4 (28,6%)	
	3	1 (100%)	0 (0%)		1 (100%)	0 (0%)	

Nhận xét: Trong nghiên cứu chúng tôi có 100% bệnh nhân trong nghiên cứu điều trị hết 3 chu kỳ. 31 bệnh nhân điều trị hết đủ 6 chu kỳ chiếm 93,9%.

Sau 3 chu kỳ không có bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn, đa phần bệnh nhân có đáp ứng một phần chiếm 84,8%, bệnh ổn định 12,1%, có 3% số bệnh nhân bệnh tiến triển. Sau 6 chu kỳ, 83,9% bệnh nhân đáp ứng trong đó 6 bệnh nhân (19,4%) đáp ứng hoàn toàn, bệnh ổn định là 12,9%, 1 bệnh nhân bệnh tiến triển sau điều trị 6 chu kỳ chiếm 3,2%.

Mối liên quan giữa đáp ứng điều trị với 1 số yếu tố được trình bày trong bảng 1: chúng tôi không quan sát thấy mối liên quan giữa tình trạng đáp ứng với các yếu tố: tình trạng di căn, tiền sử điều trị platinum, di căn phổi, gan, xương, hạch, và số lượng cơ quan di căn.

3.3.1. Tác dụng không mong muốn trên hệ tạo huyết

Bảng 2. Tác dụng không mong muốn trên hệ tạo huyết

Tác dụng phụ	Độ 0		Độ 1		Độ 2		Độ 3		Độ 4	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hạ bạch cầu	12	36,4	8	24,2	11	33,3	2	6,1	0	0
Hạ bạch cầu trung tính	13	39,4	6	18,2	9	27,3	4	12,1	1	3
Hạ huyết sắc tố	3	9,1%	20	60,6	9	27,3	1	3	0	0
Hạ tiểu cầu	18	54,5	14	42,4	1	3	0	0	0	0

Nhận xét: - Tác dụng không mong muốn hay gặp nhất là giảm huyết sắc tố chiếm 90,9%, chủ yếu ở mức độ nhẹ (độ 1, độ 2) chiếm 87,9%. 1 bệnh nhân hạ độ 3 phải giảm liều hóa chất.

- Giảm bạch cầu chủ yếu gặp ở mức độ nhẹ, có 3% bệnh nhân có hạ bạch cầu độ 3, thường tự hồi phục sau khi ngừng hóa chất.

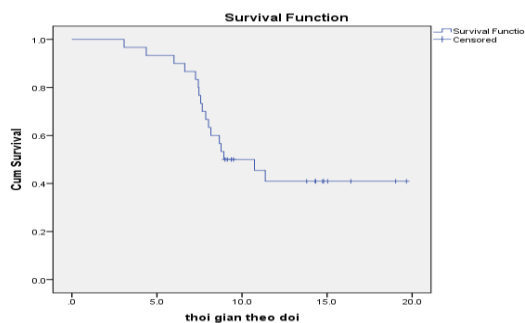
3.3.2. Tác dụng không mong muốn ngoài hệ tạo huyết

Bảng 3. Tác dụng không mong muốn ngoài hệ tạo huyết

Tác dụng phụ	Độ 0		Độ 1		Độ 2	
	n	%	n	%	n	%
Tăng ALT, AST	23	69,7	9	27,3	1	3
Tăng bilirubine	31	93,9	2	6,1	0	0
Tăng creatinin	26	78,8	7	21,2	0	0
Nôn, buồn nôn	16	48,5	9	27,3	8	24,2
ỉa chảy	32	96,8	1	3,2	0	0

- Nôn, buồn nôn là một biến chứng thường gặp với độ 1 chiếm 27,3% và độ 2 là 24,2%; không có bệnh nhân nôn độ 3,4 biến chứng này

❖ Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển



Biểu đồ 1. Sống thêm bệnh không tiến triển

Nhận xét: Trung vị sống thêm bệnh không tiến triển của bệnh nhân trong nghiên cứu là 8,9 tháng. Độ tin cậy 95%: 5,9 – 11,9 tháng.

3.3. Độ độc tính của phác đồ

- Giảm bạch cầu trung tính gặp ở 63,6%, thường ở mức độ 1,2. Hạ bạch cầu trung tính độ 3,4 là 15,1%, đa phần hồi phục sau nghỉ hóa chất 7 ngày, 1 bệnh nhân phải giảm liều hóa chất.

- Giảm tiểu cầu ít gặp hơn, có 45,5% hạ ở độ 1,2, không gặp độ 3,4.

có thể kiểm soát được bằng thuốc.

- Tình trạng tăng men gan, tăng bilirubine mức độ nhẹ, chiếm tỷ lệ nhỏ và tự hồi phục.

- Có 7 bệnh nhân tăng creatinin độ 1 (21,2%), trong số đó có 1 bệnh nhân phải chỉnh liều Cisplatin giảm 50% chu kỳ thứ 4, và phải chuyển phác đồ sau đó.

- Không gặp trường hợp bệnh nhân sốt hạ bạch cầu..

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

4.1.1. Đặc điểm về tuổi và giới. Kết quả nghiên cứu này cho thấy tuổi trung bình là 51,6 ± 11,1. Tuổi cao nhất là 70 và thấp nhất là 23 tuổi. Độ tuổi hay gặp nhất là 45-65 chiếm tới 66,7%. Kết quả nghiên cứu này có đỉnh tuổi cao hơn nghiên cứu của Li Zhang và cộng sự (2016), Yu Jiang và cộng sự (2005) do khác biệt về vùng dịch tễ [6],[8]. Đặc điểm về giới cho thấy, bệnh có tỷ lệ mắc cao hơn ở nam giới với tỷ lệ mắc nam/nữ là 9:2. Kết quả nghiên cứu này tương tự với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác trên thế giới.

4.1.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, triệu chứng hạch cổ (39,4%) thường gặp, các triệu chứng cơ quan di căn ít gặp hơn và có khoảng 30,3% BN không có triệu chứng, phát hiện di căn qua thăm khám định kỳ. Điều này chứng tỏ vai trò thăm khám định kỳ quan trọng phát hiện bệnh tái phát di căn sau điều trị trước đó.

Tỷ lệ bệnh nhân di căn nguyên phát là 39,4% và tái phát di căn là 60,6%. Tỷ lệ di căn phổi thường gặp nhất chiếm 45,5%. Tiếp theo là di căn hạch, xương và gan. Di căn một vị trí thường gặp nhất chiếm 83,3%. Kết quả nghiên cứu tương đồng với nghiên cứu của các tác giả trên thế giới. Li Zhang và cộng sự với tỷ lệ di căn phổi là 45% và tỷ lệ di căn 1 vị trí là 53% [6]. Hsieh & CS (2015) tỷ lệ di căn phổi là 38,5%, gan 48,1%, xương 34,6%, di căn xa tại hạch 40,4%, ngoài ra còn gặp di căn phúc mạc, màng phổi, tuyến thượng thận, lách [9].

4.2. Đánh giá kết quả điều trị. Kết quả nghiên cứu cho thấy sau 3, 6 chu kỳ, tỷ lệ đáp ứng lần lượt là 84,8% và 83,9%, trong đó có 19,4% bệnh nhân đạt đáp ứng hoàn toàn sau 6 chu kỳ điều trị. Tỷ lệ đáp ứng này cao hơn nghiên cứu trước đó của Li Zhang và cộng sự (2016) với tỷ lệ đáp ứng là 64%, đồng thời cũng cao hơn trong nghiên cứu của Ngan và cộng sự (2002) trong điều trị bằng gemcitabine - cisplatin tỷ lệ đáp ứng là 73% [6]. Có sự khác biệt này có thể là do số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu trên và liên quan tới vùng dịch tễ.

Theo nghiên cứu, không quan sát thấy mối liên quan giữa tỉ lệ đáp ứng phác đồ gemcitabine - cisplatin sau 3 chu kỳ, 6 chu kỳ với tình trạng bệnh (di căn nguyên phát hay nhóm tái phát di căn), vị trí di căn, số lượng vị trí di căn, tuổi và giới. Như vậy, các yếu tố này không là yếu tố tiên lượng đáp ứng với hóa chất điều trị.

Kết quả trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là 8,9 tháng (95% CI: 5,9 -11,9 tháng). Kết quả này tương tự so với các nghiên cứu nước ngoài điều trị phác đồ tương tự: Ngan & CS (2002) 10,6 tháng, Li Zhang & CS (2016) 7 tháng[6].

4.3. Đánh giá độc tính của phác đồ

Độc tính huyết học. Độc tính của phác đồ chủ yếu trên hệ huyết học là hạ bạch cầu và hạ huyết sắc tố tuy nhiên ít gặp hạ độ 3,4. Tỷ lệ hạ bạch cầu trung tính độ 3-4 gặp ở 15,1% số bệnh nhân, hạ bạch cầu tổng độ 3,4 là 3%. Độc tính hạ huyết sắc tố độ 3-4 gặp ở 0,5% số chu kỳ và 3% số bệnh nhân. Độc tính hạ tiểu cầu ít gặp. Không bệnh nhân nào sốt do hạ bạch cầu hạt.

Độc tính ngoài huyết học. Trong nghiên cứu có một bệnh nhân phải ngừng điều trị do độc tính thận sau 4 chu kì. Độc tính đường tiêu hóa (nôn, buồn nôn) chủ yếu ở độ 1, 2, không gặp độ 3-4. Các độc tính khác: tăng men gan, tăng bilirubine mức độ nhẹ, chiếm tỷ lệ nhỏ và tự hồi phục.

V. KẾT LUẬN

Phác đồ phối hợp gemcitabine – cisplatin trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ đáp ứng cao hơn, trung vị PFS tương tự so với các nghiên cứu về phác đồ gemcitabine – cisplatin trong điều trị ung thư vòm giai đoạn muộn trên thế giới. Kết quả này có thể liên quan đến số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu, đặc điểm dịch tễ học bệnh nhân UTMH tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H., Ferlay J., Siegel R.L. và cộng sự. (2021).** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA A Cancer J Clin, **71(3)**, 209–249.
2. **Lê Văn Quang** Ung thư vòm mũi họng. Ung thư đầu cổ. Nhà xuất bản Y học, 190–211.
3. **Feng B.-J. (2013).** Descriptive, Environmental and Genetic Epidemiology of Nasopharyngeal Carcinoma. Nasopharyngeal Carcinoma: Keys for Translational Medicine and Biology. Springer, New York, NY, 23–41.
4. **Ong Y.K., Heng D.M., Chung B. và cộng sự. (2003).** Design of a prognostic index score for metastatic nasopharyngeal carcinoma. Eur J Cancer, **39(11)**, 1535–1541.

5. **Toh C.-K., Heng D., Ong Y.-K. và cộng sự. (2005).** Validation of a new prognostic index score for disseminated nasopharyngeal carcinoma. *Br J Cancer*, **92(8)**, 1382–1387.
6. **Zhang L., Huang Y., Hong S. và cộng sự. (2016).** Gemcitabine plus cisplatin versus fluorouracil plus cisplatin in recurrent or metastatic nasopharyngeal carcinoma: a multicentre, randomised, open-label, phase 3 trial. *The Lancet*, **388(10054)**, 1883–1892.
7. **Eisenhauer E.A., Therasse P., Bogaerts J. và cộng sự. (2009).** New response evaluation criteria in solid tumours: Revised RECIST guideline (version 1.1). *European Journal of Cancer*, **45(2)**, 228–247.
8. **Jiang Y., Wei Y., Luo F. và cộng sự. (2005).** Gemcitabine and Cisplatin in Advanced Nasopharyngeal Carcinoma: A Pilot Study. *Cancer Investigation*, **23(2)**, 123–128.
9. **Hsieh J.C.-H., Hsu C.-L., Ng S.-H. và cộng sự. (2015).** Gemcitabine plus cisplatin for patients with recurrent or metastatic nasopharyngeal carcinoma in Taiwan: a multicenter prospective Phase II trial. *Jpn J Clin Oncol*, **45(9)**, 819–827.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ CỦA BỆNH VIÊM THỊ THẦN KINH Ở TRẺ EM

Đào Thị Việt Hương*, Đỗ Thanh Hương*, Cao Vũ Hùng**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ của bệnh viêm thị thần kinh ở trẻ em. **Phương pháp nghiên cứu:** Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang, gồm 47 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị bệnh viêm thị thần kinh tại Trung tâm thần kinh - Bệnh viện Nhi Trung Ương, trong thời gian 5 năm từ tháng 1/6/2016 đến 31/5/2021. **Kết quả:** 47 bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn, với 83 mắt bị tổn thương. Tuổi trung bình lúc khởi phát bệnh là $8,52 \pm 3,1$ tuổi. Có 27 bệnh nhân nam và 20 bệnh nhân nữ, tỉ lệ nam/ nữ là 1,35/ 1. Tại thời điểm khởi phát, có 11 bệnh nhân (23,4%) tổn thương một bên mắt, 36 bệnh nhân (76,6%) tổn thương 2 bên mắt. Tất cả bệnh nhân vào viện vì giảm hoặc mất thị lực, trong đó 22 bệnh nhân (46,8%) có tiền sử ho/ sốt trong thời gian 1 tháng trước khởi bệnh. 68 mắt (81,9%) có thị lực giảm nặng $<1/10$ khi vào viện, 48 mắt (57,8%) có phù gai thị trên soi đáy mắt. 9/47 bệnh nhân (19,1%) có các đợt tái phát viêm thị thần kinh. Cộng hưởng từ (CHT) sọ não - ổ mắt cho thấy 10 bệnh nhân có tổn thương viêm thị thần kinh hậu nhãn cầu điển hình. Bên cạnh đó, 4 bệnh nhân khác có tổn thương chất trắng/ chất xám từ lần đầu khởi bệnh, và 1 bệnh nhân trong nhóm này đã tái phát đợt viêm thị thần kinh thứ 2. **Kết luận:** Viêm thị thần kinh ở trẻ em có thị lực giảm nặng khi khởi bệnh. CHT sọ não - ổ mắt đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán và tiên lượng diễn biến bệnh.

Từ khóa: viêm thị thần kinh ở trẻ em, CHT sọ não - ổ mắt

SUMMARY

CLINICAL AND MAGNETIC RESONANCE IMAGING FEATURES OF PEDIATRIC OPTIC NEURITIS

* Trường Đại học Y Hà Nội

** Bệnh viện Nhi Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Đào Thị Việt Hương

Email: dothanhhuong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.9.2021

Ngày phản biện khoa học: 29.9.2021

Ngày duyệt bài: 4.10.2021

Objectives: Clinical and magnetic resonance imaging features of pediatric optic neuritis. **Method:** This is a cross-sectional study including 47 patients with optic neuritis in the Neurology Centre of National Children's Hospital, for a period of 5 years from June, 1st, 2016 to May, 31st, 2021. **Results:** 47 patients with 83 affected eyes. Mean age of onset was $8,52 \pm 3,1$. There were 27 male patients and 20 female patients. Male/ female ratio was 1,35/1. 11 patients (23,4%) had unilateral involvement, and 36 patients (76,6%) had bilateral involvement. All patients admitted to the hospital because of reduced or lost vision, 22 patients (46,8%) had viral prodrome during one month before the onset of disease. 68 eyes (81,9%) had a visual acuity lower of 1/10 at the time of initial presentation, 48 eyes (44,9%) had optic disc edema. 9/47 patients (19,1%) had relapse optic neuritis. Magnetic resonance imaging (MRI) brain - orbital showed 10 patients with typical retrobulbar neuritis. In addition, 4 other patients had white/ gray matter lesions from the initial onset, and one patient in this group had a second episode of relapse optic neuritis. **Conclusion:** Pediatric optic neuritis had poor vision at onset. MRI brain - orbital plays an important role in diagnosis and prognosis of disease progression.

Key words: pediatric optic neuritis, MRI brain – orbital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm thị thần kinh ở trẻ em là bệnh lý hiếm gặp, thuộc nhóm bệnh hủy myelin mắc phải của hệ thần kinh trung ương, đặc trưng bởi mất thị lực cấp tính hoặc bán cấp, tổn thương phản xạ đồng tử hướng tâm, tăng tín hiệu dây thần kinh thị trên phim cộng hưởng từ và giảm tốc độ dẫn truyền trên điện thế gợi kích thích thị giác. Bệnh có thể biểu hiện như một bệnh đơn độc, thường sau một đợt nhiễm virus hoặc tiêm vắc xin, hoặc có thể là biểu hiện của nhóm bệnh hủy myelin tiềm ẩn, như xơ cứng rải rác, viêm tủy thị thần kinh hay viêm não tủy lan tỏa cấp tính [1], [2].