

DOI: 10.58490/ctump.2024i77.2871

**KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN TIỀN LIỆT
NGUY CƠ CAO ĐẾN RẤT CAO BẰNG PHƯƠNG PHÁP XẠ TRỊ NGOÀI
KẾT HỢP VỚI ỨC CHẾ ANDROGEN
TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU THÀNH PHỐ CẦN THƠ**

Diep Uy Luc^{1}, Lê Thanh Vũ², Lê Hoàng Phúc², Lê Võ Nhật Thành³*

1. Bệnh viện Đa khoa Bạc Liêu

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

3. Bệnh viện Ung bướu Thành phố Cần Thơ

**Email: diepuyluc@gmail.com*

Ngày nhận bài: 31/5/2024

Ngày phản biện: 25/6/2024

Ngày duyệt đăng: 02/8/2024

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Xạ trị ngoài là phương pháp điều trị hiệu quả tương đương với phẫu thuật triệt căn cắt bỏ tuyến tiền liệt trong ung thư giai đoạn tại chỗ tại vùng. Xạ trị ngoài phối hợp với ức chế androgen đã được chứng minh cải thiện thời gian sống còn ở bệnh nhân có yếu tố nguy cơ cao đến rất cao. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị triệt để ung thư biểu mô tuyến tiền liệt nguy cơ cao đến rất cao bằng phương pháp xạ trị ngoài kết hợp với ức chế androgen tại Bệnh viện Ung Bướu Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Báo cáo loạt ca trên 31 bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt điều trị triệt để bằng phương pháp xạ trị ngoài kết hợp với ức chế androgen tại Bệnh viện Ung Bướu Cần Thơ từ tháng 03/2022 đến tháng 03/2024. Xử lý kết quả bằng SPSS 20.0. **Kết quả:** Tuổi mắc bệnh trung bình là $69,3 \pm 7,2$ tuổi. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là tiểu khó với tỉ lệ 64,5%. 80,6% bệnh nhân có chỉ số PSA > 20 ng/ml. 58,1% bệnh nhân có điểm GLEASON ≥ 8 . Số bệnh nhân có nguy cơ rất cao là 80,6%. Liều xạ trung bình tại tuyến tiền liệt là $72,0 \pm 1,0$ Gy. Thuốc ức chế Androgen được sử dụng ở 80,6% trường hợp. Biến chứng thường gặp nhất là viêm bàng quang độ 1 chiếm tỉ lệ 61,3%. 54,8% bệnh nhân có biến chứng viêm da độ 1 do tia xạ. **Kết luận:** Xạ trị ngoài phối hợp với ức chế androgen là một phương pháp điều trị hiệu quả ở bệnh nhân ung thư tiền liệt tuyến nguy cơ cao đến rất cao. Độ tính điều trị chủ yếu ở mức độ nhẹ và vừa.

Từ khóa: Ung thư tiền liệt tuyến, xạ trị ngoài, ức chế androgen.

ABSTRACT

**ASSESSMENT TREATMENT RESULTS OF HIGH TO VERY
HIGH RISK PROSTATE CANCER USING EXTERNAL
RADIOTHERAPY COMBINED WITH ANDROGEN DEPRIVATION
THERAPY AT CAN THO ONCOLOGY HOSPITAL**

Diep Uy Luc^{1}, Le Thanh Vu², Le Hoang Phuc², Le Vo Nhat Thanh³*

1. Bac Lieu General Hospital

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

3. Can Tho Oncology Hospital

Background: Radiation therapy is an effective treatment method equivalent to prostatectomy for locally staged prostate cancer. Radiotherapy combined with androgen deprivation therapy has been shown to improve survival in patients with high to very-high-risk factors. **Objectives:** To determine clinical, paraclinical characteristics, and treatment results of high

to very high-risk prostate cancer using external radiotherapy combined with androgen deprivation therapy. **Materials and method:** A case series report of 31 patients with high to very high-risk prostate cancer. They underwent radiotherapy combined with androgen deprivation therapy at Can Tho City Oncology Hospital from March 2022 to March 2024. All the data was analyzed by SPSS 20.0. **Results:** The average age of the study group was 69.3 ± 7.2 years old. The most common clinical symptom is urinary hesitancy, with a rate of 64.5%. 80.6% of patients had PSA index > 20 ng/ml. 58.1% of patients had GLEASON score ≥ 8 . The number of patients at very high risk was 80.6%. The average radiation dose to the prostate was 72.0 ± 1.0 Gy. Androgen inhibitors were used in 80.6% of cases. The most common complication is grade 1 cystitis, accounting for 61.3%. 54.8% of patients had grade 1 dermatitis complications due to radiation. **Conclusion:** Radiotherapy combined with androgen deprivation therapy is an effective treatment in patients with high to very high-risk prostate cancer. Treatment toxicity is mainly mild and moderate.

Keywords: Prostate cancer, Radiotherapy, Androgen deprivation therapy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2020, ung thư tuyến tiền liệt là loại ung thư thường gặp thứ 2 ở nam giới với 1.414.259 ca mới mắc, 375.304 ca tử vong, xuất độ chuẩn hóa theo tuổi là 30,7/100.000 dân [1]. Xạ trị ngoài là phương pháp điều trị hiệu quả tương đương với phẫu thuật triệt căn cắt bỏ tuyến tiền liệt trong ung thư giai đoạn tại chỗ tại vùng. Phương pháp xạ trị ngoài phối hợp với ức chế androgen đã được chứng minh cải thiện thời gian sống còn không bệnh và thời gian sống còn toàn bộ so với xạ trị ngoài đơn thuần ở bệnh nhân có yếu tố nguy cơ cao đến rất cao [2].

Tại Bệnh viện Ung bướu Thành phố Cần Thơ đã trang bị phần mềm lập kế hoạch điều trị 3D từ năm 2015, với số lượt xạ trị triệt để điều trị ung thư tuyến tiền liệt ngày càng tăng, nhưng chưa có công trình nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả điều trị trên bệnh nhân có yếu tố nguy cơ cao đến rất cao. Xuất phát từ thực tiễn đó nghiên cứu này được thực hiện với 2 mục tiêu: 1) Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của ung thư biểu mô tuyến tiền liệt nguy cơ cao đến rất cao tại Bệnh viện Ung Bướu Cần Thơ năm 2022-2024. 2) Đánh giá kết quả điều trị triệt để ung thư biểu mô tuyến tiền liệt nguy cơ cao đến rất cao bằng phương pháp xạ trị ngoài kết hợp với ức chế androgen tại Bệnh viện Ung Bướu Cần Thơ năm 2022-2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt điều trị triệt để bằng phương pháp xạ trị ngoài kết hợp với ức chế androgen tại bệnh viện Ung Bướu Cần Thơ từ tháng 03/2022 đến tháng 03/2024.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tiền liệt tuyến bằng mô bệnh học là Carcinôm tuyến. Yếu tố nguy cơ cao, rất cao.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân mắc các bệnh phối hợp nặng khác như bệnh nội khoa nặng, suy hô hấp mất bù. Bệnh nhân bỏ điều trị không phải lý do chuyên môn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Báo cáo loạt ca.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện không xác suất: chọn tất cả bệnh nhân thỏa điều kiện chọn mẫu trong suốt thời gian tiến hành thu thập số liệu. Thực tế nghiên cứu trên 31 bệnh nhân.

- **Nội dung nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu: tuổi, triệu chứng lâm sàng, chỉ số PSA, điểm số Gleason, nhóm nguy cơ. Đánh giá kết quả điều trị: liều chiếu xạ tại tuyến tiền liệt, tại trực tràng, tại bàng quang, tại cổ xương đùi; liệu pháp ức chế Androgen; đánh giá biến chứng cấp do xạ trị theo tiêu chuẩn CTC/AE 5.0; đánh giá biến chứng muộn của điều trị.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Đảm bảo đạo đức nghề nghiệp. Các vấn đề trong nghiên cứu không ảnh hưởng đến quyền lợi hay sức khỏe của bệnh nhân. Nghiên cứu được chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học trường Đại học Y Dược Cần Thơ với số 23.018.HV/PCT-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

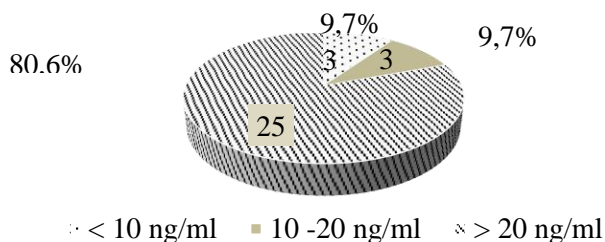
3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 55 tuổi, lớn nhất 83 tuổi. Tuổi trung bình là $69,3 \pm 7,2$ tuổi.

Bảng 1. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng

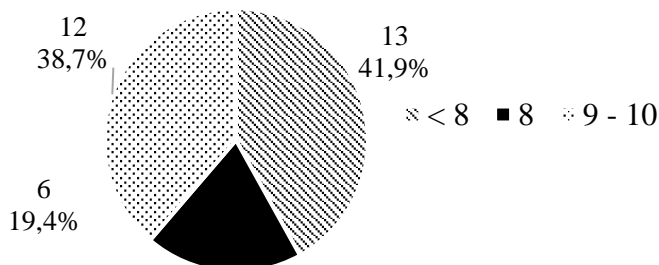
Triệu chứng lâm sàng	Số trường hợp	Tỉ lệ %
Tiểu khó	20	64,5
Tiểu nhiều lần	10	32,3
Tiểu không tự chủ	0	0
Bí tiểu	3	9,7
Tiền liệt tuyến to	28	90,3

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là tiền liệt tuyến to, chiếm 90,3% trường hợp. Tiểu khó gặp ở 20 trường hợp, tỉ lệ 64,5%.



Biểu đồ 1. Đặc điểm chỉ số PSA

Nhận xét: Đa số các trường hợp ghi nhận chỉ số PSA lớn hơn 20 ng/ml, chiếm tỉ lệ 80,6%. Trung vị nồng độ PSA là $58,8 \pm 32,9$ ng/ml



Biểu đồ 2. Đặc điểm điểm số Gleason

Nhận xét: Điểm số Gleason nhỏ hơn 8 chiếm tỉ lệ cao nhất, với 41,9%.

Bảng 2. Đặc điểm nhóm nguy cơ

Nhóm nguy cơ	Số trường hợp	Tỉ lệ %
Cao	6	19,4
Rất cao	25	80,6
Tổng	31	100

Nhận xét: Nhóm nguy cơ rất cao chiếm đa số trong nghiên cứu, với 25 trường hợp chiếm tỉ lệ 80,6%. Tỉ lệ nguy cơ rất cao/nguy cơ cao là 4.1/1.

3.2. Đánh giá kết quả điều trị

Bảng 3. Đặc điểm liều chiếu xạ

Liều chiếu xạ	Liều trung bình	Liều tối đa	Liều tối thiểu
Tại tuyến tiền liệt	72,0 ± 1,0	74,3	70,2
Tại trực tràng	58,2 ± 3,7	63,7	48,5
Tại bàng quang	57,2 ± 6,3	68,9	47,0
Tại cổ xương đùi (P)	25,8 ± 1,8	31,2	23,9
Tại cổ xương đùi (T)	26,7 ± 4,3	47,8	23,7

Nhận xét: Tổng liều xạ trị vào cơ quan đích CTV đạt 72,0 Gy. Liều tối đa là 74,3 Gy. Liều của các cơ quan lành nhận được đều trong giới hạn cho phép.

Bảng 4. Liều pháp ức chế Androgen

Liệu pháp	Số trường hợp	Tỉ lệ %
Cắt tinh hoàn ngoại khoa	6	19,4
Thuốc ức chế Androgen	25	80,6
Tổng	31	100

Nhận xét: Đa số các trường hợp trong nghiên cứu sử dụng thuốc ức chế Androgen, với 25 trường hợp chiếm tỉ lệ 80,6%.

Bảng 5. Đánh giá đáp ứng thời điểm 3 tháng

Đánh giá đáp ứng	Số trường hợp	Tỉ lệ %
Hoàn toàn	2	6,5
Một phần	28	90,3
Bệnh ổn định	1	3,2
Tổng	31	100

Nhận xét: Đa số các bệnh nhân có đáp ứng một phần tại thời điểm 3 tháng.

Bảng 6. Biến chứng điều trị

Biến chứng	Số trường hợp	Tỉ lệ %
Viêm da	17	54,8
Viêm ruột	4	12,9
Viêm bàng quang	19	61,3
Viêm trực tràng xuất huyết	0	0
Hoại tử cổ xương đùi	0	0

Nhận xét: Viêm bàng quang là biến chứng thường gặp nhất với 61,3%. Viêm ruột là biến chứng ít gặp nhất với 4 trường hợp, chiếm tỉ lệ 12,9%. Không trường hợp nào ghi nhận viêm trực tràng xuất huyết hay hoại tử cổ xương đùi.

Bảng 7. Tình trạng bệnh nhân thời điểm kết thúc nghiên cứu

Tình trạng	Số trường hợp	Tỉ lệ %
Bệnh ổn định	29	93,5
Tái phát / di căn	1	3,2
Mất theo dõi	1	3,2
Tổng	31	100

Nhận xét: Bệnh ổn định chiếm tỉ lệ cao nhất với 93,5%. Trường hợp tái phát/ di căn và mất theo dõi tương đương nhau với 3,2%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá hiệu quả điều trị trên 31 bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt (UT TTL) giai đoạn tại chỗ nguy cơ cao đến rất cao. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $69,3 \pm 7,2$ tuổi. Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 55 tuổi, lớn nhất là 83 tuổi. Kết quả này cũng tương đương với độ tuổi của bệnh nhân ung thư tiền liệt tuyến được ghi nhận trong các báo cáo khác. Tác giả Hoàng Văn Đông và cộng sự báo cáo độ tuổi trung bình của bệnh nhân mới được chẩn đoán, độ tuổi trung bình là 68,7 (từ 64 đến 75 tuổi) [3]. Tác giả Vũ Xuân Huy ghi nhận độ tuổi trung bình của bệnh nhân mới chẩn đoán là 69 tuổi [4]. Tác giả Yu Kuang và cộng sự ghi nhận tuổi trung bình là 69, gặp trong nhóm tuổi từ 52 đến 87 tuổi [5]. Các kết quả này đều tương đồng khi ghi nhận ung thư tiền liệt tuyến thường gặp ở người lớn tuổi.

Phần lớn bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt thường có các triệu chứng của rối loạn đi tiểu như tiểu khó, tiểu nhiều lần, tiểu không tự chủ. Trong nghiên cứu, nhiều bệnh nhân đến viện khám không chỉ một triệu chứng mà có nhiều triệu chứng khác nhau vì các triệu chứng lâm sàng là do khối u tuyến tiền liệt và biểu hiện của bệnh lan rộng tại chỗ tại vùng. Triệu chứng tiểu khó được ghi nhận gặp ở 64,5% trường hợp. Tác giả Lê Tuấn Anh nghi nhận lý do nhập viện của đa phần bệnh nhân thường là rối loạn đi tiểu với tỉ lệ 61,36% [6]. Tác giả Vũ Xuân Huy ghi nhận triệu chứng tiểu khó chiếm 66,7% [4]. Tác giả Lê Thị Khánh Tâm ghi nhận tiểu chứng tắc nghẽn đường tiểu bao gồm bí tiểu và tiểu khó chiếm đến 72% [7].

Thăm khám trực tràng bằng tay là thăm khám thường quy để phát hiện tổn thương tuyến tiền liệt trên lâm sàng. Qua đó ghi nhận các dấu hiệu như tiền liệt tuyến to, chắc, hoặc mất tương xứng 2 thùy. Trong nghiên cứu này ghi nhận triệu chứng tiền liệt tuyến to chiếm đến 90,3% trường hợp bệnh nhân. Kết quả này phù hợp với biểu hiện lâm sàng với các triệu chứng tắc nghẽn đường tiểu do khối u to.

Trung vị nồng độ PSA trong nghiên cứu của chúng tôi là 58,8 ng/ml. Đa số các trường hợp ghi nhận chỉ số PSA lớn hơn 20 ng/ml, chiếm tỉ lệ 80,6%. Kết quả này của chúng tôi cao hơn tác giả Vũ Xuân Huy khi ghi nhận nhóm chỉ số PSA lớn hơn 20 chiếm 73% [4]. Tác giả Lê Tuấn Anh ghi nhận tỉ lệ chỉ số PSA lớn hơn 20 ng/ml chiếm 72,7% [6]. Lý do vì đa số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi thuộc nhóm nguy cơ rất cao nên chỉ số PSA tăng cao là phù hợp. Kết quả này thấp hơn so với tác giả Lê Thị Khánh Tâm khi nghiên cứu ở bệnh nhân giai đoạn di căn có PSA trung bình là 219,2 ng/ml. Kết quả này cho thấy chỉ số PSA là chất chỉ điểm quan trọng liên quan đến chẩn đoán, phân loại nhóm nguy cơ và theo dõi điều trị trong ung thư tuyến tiền liệt. Chỉ số PSA thường tăng cao trong giai đoạn tiến xa tại chỗ tại vùng hoặc di căn [7].

Về điểm số Gleason trong nghiên cứu, điểm Gleason nhỏ hơn 8 chiếm tỉ lệ 41,9%. Có 58,1% bệnh nhân có điểm Gleason ≥ 8 . Phân độ mô học UTTTL theo hệ thống Gleason được sử dụng rộng rãi trên thế giới do cung cấp nhiều thông tin về sự phát triển khách quan của u, như khả năng lan tràn và di căn, khả năng đáp ứng điều trị cũng như tiên lượng bệnh. Kết quả này của chúng tôi thấp hơn của tác giả Vũ Xuân Huy khi ghi nhận điểm Gleason ≥ 8 chiếm tỉ lệ 76,7% [4]. Mặc dù Gleason 8, 9, 10 đều thuộc nhóm nguy cơ cao đến rất cao nhưng tiên lượng có khác nhau. Tác giả Tsao nghiên cứu trên 847 bệnh nhân được điều trị triệt căn (xạ trị hoặc phẫu thuật kèm nội tiết hỗ trợ), thấy rằng những bệnh nhân có điểm Gleason lớn hơn 8 có nguy cơ di căn xa gấp 1,41 lần và tỉ lệ tử vong cao gấp 1,28 lần so với nhóm bệnh nhân có điểm Gleason 8 [8].

Trong nghiên cứu, đa số bệnh nhân thuộc nhóm yếu tố nguy cơ rất cao, chiếm tỉ lệ 80,6% bệnh nhân. Tỉ lệ bệnh nhân nguy cơ rất cao gấp 4,1 lần bệnh nhân nguy cơ cao. Kết quả này cũng tương đồng với tác giả Vũ Xuân Huy ghi khi nhận tỉ lệ nhóm nguy cơ rất cao gấp 4 lần nhóm nguy cơ cao. Trong nghiên cứu này tác giả cũng kết luận rằng yếu tố nguy cơ tỉ lệ thuận với giai đoạn bệnh [4].

4.2. Đánh giá kết quả điều trị

Trong nghiên cứu này, tổng liều xạ trị vào cơ quan đích CTV đạt 72,0 Gy. Liều tối đa là 74,3 Gy. Liều của các cơ quan lành nhận được đều trong giới hạn cho phép. Chúng tôi áp dụng theo khuyến cáo liều sinh học của khối u phải đạt từ 70-76 Gy. Liều giới hạn tại bàng quang < 65Gy, xương đùi < 50Gy và thể tích trực tràng nhận liều > 70 Gy dưới 25%. Liều khối u trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các nghiên cứu khác và khuyến cáo của ESTRO là 76-78Gy. Thực tế trong nghiên cứu chúng tôi sử dụng kỹ thuật xạ trị 3D-CRT, phải ưu tiên đảm bảo liều cho cơ quan lành để tránh các biến chứng nặng nề như viêm bàng quang và viêm trực tràng xuất huyết nên liều CTV chưa đạt đến ngưỡng khuyến cáo [4], [6].

Đa số các trường hợp trong nghiên cứu sử dụng thuốc ức chế Androgen, với 25 trường hợp chiếm tỉ lệ 80,6%. Cắt bỏ hai bên tinh hoàn bằng phẫu thuật là một thủ thuật đơn giản, hiệu quả, đặc biệt hữu ích khi cần giảm testosterone ngay lập tức để đạt đáp ứng lâm sàng sớm hoặc bệnh nhân khó khăn kinh tế hoặc không thể tuân thủ tốt điều trị nội khoa. Trong nghiên cứu có 6 trường hợp cắt tinh hoàn ngoại khoa chiếm tỉ lệ 19,4%. Cắt bỏ tinh hoàn nội khoa làm giảm sản xuất testosterone thông qua các tác động trên trục hạ đồi-tuyến yên. Phương pháp được sử dụng rộng rãi nhất là điều trị liên tục với chất chủ vận hormone giải phóng gonadotropin (GnRH), giúp ức chế sản xuất hormone luteinizing và do đó, giảm tổng hợp nội tiết tố androgen. Cắt tinh hoàn nội khoa bằng nhóm thuốc đồng vận LHRH hay nhóm thuốc đối vận LHRH và cắt tinh hoàn ngoại khoa đều có hiệu quả tương đương. Tuy nhiên, qua các nghiên cứu, hiệu quả của điều trị ngay từ đầu ức chế nội tiết tối đa không có sự ưu việt so với cắt tinh hoàn đơn thuần [6], [7].

Đánh giá kết quả sớm khi thực hiện phác đồ xạ trị kết hợp kháng Androgen cho thấy tại thời điểm kết thúc xạ trị 3 tháng ghi nhận 2 trường hợp đáp ứng hoàn toàn, chiếm tỉ lệ 6,5%. Có 28 bệnh nhân tương đương 90,3% đáp ứng một phần. Tỉ lệ đáp ứng toàn bộ bao gồm đáp ứng hoàn toàn và đáp ứng một phần chiếm 96,8%. Kết quả này của chúng tôi thấp hơn tác giả Vũ Xuân Huy ở tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn, tác giả ghi nhận tỉ lệ này đạt đến 73,3%, tỉ lệ đáp ứng một phần là 26,7% [4]. Nhìn chung, xạ trị kết hợp với điều trị nội tiết cho tỷ lệ đáp ứng rất cao. So với máy gia tốc năng lượng cao, máy xạ trị cobalt có mức năng lượng yếu hơn rõ rệt. Tất cả 31 bệnh nhân được xạ trị ngoài bằng máy Cobalt 60 mức năng lượng trung bình là 1,25MV. Với các bệnh nhân có bề dày cơ thể lớn, liều xạ có thể không xuyên

đủ sâu để bao phủ toàn bộ thể tích xạ đạt yêu cầu. Đây là hạn chế của máy cobalt so với các thế hệ máy gia tốc. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau điều trị nội tiết 3 tháng, bệnh nhân giảm triệu chứng khá nhanh và giảm hầu hết các triệu chứng. Sự giảm triệu chứng lâm sàng nhanh chóng giúp cho chất lượng cuộc sống của người bệnh tốt hơn [4], [5].

Viêm bàng quang là biến chứng thường gặp nhất với 61,3%. Viêm ruột là biến chứng ít gặp nhất với 4 trường hợp, chiếm tỉ lệ 12,9%. Về biến chứng muộn xạ trị, chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào viêm trực tràng xuất huyết. Có lẽ do thời gian theo dõi chưa đủ dài. Nghiên cứu của tác giả Hostova và cộng sự trên 116 bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt được điều trị bằng kỹ thuật xạ 3D – CRT trong thời gian theo dõi 60 tháng. Tỷ lệ độc tính muộn hệ tiêu hóa độ 2 trở lên được quan sát là 11,5%. Nhìn chung, các triệu chứng đường tiết niệu và tiêu hóa ở bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt thường xuất hiện ở nửa sau quá trình điều trị, đa số các biến chứng tự thoái lui sau 3 tháng theo dõi. Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận biến chứng nào nguy hiểm đến tính mạng của bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Xạ trị ngoài phối hợp với ức chế androgen là một phương pháp điều trị hiệu quả ở bệnh nhân ung thư tiền liệt tuyến nguy cơ cao đến rất cao với tỉ lệ kiểm soát bệnh cao. Độc tính điều trị chủ yếu ở mức độ nhẹ và vừa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H., Ferlay J., Siegel R. L., Mathieu L. and Isabelle S et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021. 71(3), 209-249, <https://doi.org/10.3322/caac.21660>.
2. Bolla M., Van Tienhoven G., Warde P., Dubois J. B. and Mirimanoff R. O. et al. External irradiation with or without long-term androgen suppression for prostate cancer with high metastatic risk: 10-year results of an EORTC randomised study. *Lancet Oncol.* 2010. 11(11), 1066-1073, [https://doi.org/10.1016/s1470-2045\(10\)70223-0](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(10)70223-0).
3. Dong V. H., Ngoc M. P., Andy H. Lee, Duong N. T. and Colin W.B. Dietary Carotenoid Intakes and Prostate Cancer Risk: A Case-Control Study from Vietnam. *Nutrients.* 2018. 10, 70. 1-11, <https://doi.org/10.3390/nu10010070>.
4. Vũ Xuân Huy. Đánh giá kết quả điều trị ung thư tiền liệt tuyến giai đoạn IIC-III bằng kỹ thuật xạ trị VMAT tại Bệnh viện K. Trường Đại học Y Hà Nội. 2021. 77.
5. Kuang Y., Wu L., Hirata E., Miyazaki K. and Sato M. et al. Volumetric modulated arc therapy planning for primary prostate cancer with selective intraprostatic boost determined by 18F-choline PET/CT. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2015. 91(5), 1017-1025, <https://doi.org/10.1016/j.ijrobp.2014.12.052>.
6. Lê Tuấn Anh, Nguyễn Tri Thức, Nguyễn Thị Minh Huệ, Đinh Lê Thế Vương và Nguyễn Thùy Linh. Kết quả điều trị ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn II-IVa bằng xạ trị điều biến liều kết hợp liệu pháp Androgen tại Trung tâm Ung bướu Bệnh viện Chợ Rẫy. *Tạp chí Y Dược Lâm Sàng 108.* 2023. Số đặc biệt 5, 88-94, <https://doi.org/10.52389/ydls.v18i0.1780>.
7. Lê Thị Khánh Tâm. Đánh giá kết quả điều trị nội tiết ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn IV. Trường Đại học Y Hà Nội. 2020. 106.
8. Tsao C. K., Gray K. P., Nakabayashi M., Evan C. and Kantoff P. W. et al. Patients with Biopsy Gleason 9 and 10 Prostate Cancer Have Significantly Worse Outcomes Compared to Patients with Gleason 8 Disease. *J Urol.* 2015. 194(1), 91-97, <https://doi.org/10.1016/j.juro.2015.01.078>.
9. Hostova B., Matula P. and Dubinsky P. Prediction of toxicities of prostate cancer radiotherapy. *Neoplasma.* 2016. 63(1), 163-168, https://doi.org/10.4149/neo_2016_020.