

Về đặc điểm mô bệnh học, ung thư biểu mô tuyến ống tụy chiếm 85,3%, các thể mô bệnh học khác của UTT chiếm 14,7%. Kết quả này tương đương với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Việt Dũng (2001), UTBM tuyến ống tụy chiếm 89,1% [11]. Nghiên cứu của Đặng Thị Vân Anh (2012), ung thư biểu mô tuyến ống tụy chiếm 83,7% [9]. Cấu trúc bình thường của tụy mang đặc trưng cấu trúc của một tuyến ngoại tiết. Tế bào nang tụy chiếm xấp xỉ 80% số lượng tế bào tụy và thể tích tụy, tế bào đảo tụy chiếm 1-2%. Hệ thống ống tụy với những tế bào hình lập phương chiếm 10 - 15% cùng với mạng lưới mạch máu, bạch huyết, thần kinh và tổ chức liên kết. Hầu hết (95%) UTT nguyên phát có nguồn gốc phát sinh từ tổ chức tụy ngoại tiết, trong đó ung thư biểu mô tuyến ống tụy chiếm ưu thế, ngoài ra còn có ung thư biểu mô tuyến nang chế nhầy, ung thư biểu mô tế bào chùm nang tụy, ung thư biểu mô tuyến nang thanh dịch, ung thư nguyên bào tụy, ung thư đặc giả nhú.

## V. KẾT LUẬN

Ung thư tụy giai đoạn tiến triển di căn có tỷ lệ di căn gan và di căn phúc mạc cao trong khi đó tỷ lệ di căn phổi và di căn xương ít gặp hơn. Bệnh thường gặp ở những bệnh nhân >50 tuổi (86,5%) với thể mô bệnh học chủ yếu là ung thư biểu mô tuyến của ống tụy chiếm 85,3%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Bá Đức, Trần Văn Thuận, Nguyễn Tuyết Mai (2010). Ung thư tụy. Điều trị nội khoa bệnh ung thư. Nhà xuất bản Y học, 189 - 199

2. 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. 2021; 71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660
3. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Pancreatic cancer in Viet Nam. CA Cancer J Clin. 2021.
4. Genkinger J.M., Spiegelman D., Anderson K.E. và cộng sự. (2009). ALCOHOL INTAKE AND PANCREATIC CANCER RISK: A POOLED ANALYSIS OF FOURTEEN COHORT STUDIES. Cancer Epidemiol Biomark Prev Publ Am Assoc Cancer Res Cosponsored Am Soc Prev Oncol, 18(3), 765-776.
5. Nguyễn Trường Sơn. Nghiên cứu giá trị siêu âm nội soi và chọc hút bằng kim nhỏ trong chẩn đoán ung thư tụy. Luận án tiến sỹ. Đại học Y Hà Nội.2014
6. Louvet C, Labianca R, Hammel P, et al. Gemcitabine in Combination With Oxaliplatin Compared With Gemcitabine Alone in Locally Advanced or Metastatic Pancreatic Cancer: Results of a GERCOR and GISCAD Phase III Trial. J Clin Oncol. 2005;23(15):3509-3516.
7. Conroy T, Desseigne F, Ychou M, et al. FOLFIRINOX versus Gemcitabine for Metastatic Pancreatic Cancer. N Engl J Med. 2011; 364(19):1817-1825. doi:10.1056/NEJMoa1011923
8. Von Hoff DD, Ervin T, Arena FP, et al. Increased Survival in Pancreatic Cancer with nab-Paclitaxel plus Gemcitabine. N Engl J Med. 2013;369(18):1691-1703..
9. Đặng Thị Vân Anh. Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả hóa trị trên bệnh nhân ung thư tụy tại bệnh viện K. Luận văn Bác sỹ nội trú. Đại học Y Hà Nội.2012.
10. Wang Y, Xiao X, Wang T, et al. A Survival Model in Locally Advanced and Metastatic Pancreatic Ductal Adenocarcinoma. J Cancer. 2018; 9(7):1301-1307. doi:10.7150/jca.23984

# PHÂN TÍCH CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ TUYẾN NƯỚC BỌT GIAI ĐOẠN MUỘN ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ HOÁ CHẤT PHÁC ĐỒ CAP

Đỗ Hùng Kiên<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Như Hoa<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ đáp ứng và thời gian sống thêm trên bệnh nhân bệnh nhân ung thư tuyến nước bọt giai đoạn muộn điều trị phác đồ hoá chất CAP tại bệnh viện K từ 01/2015 đến 08/2022. **Phương pháp nghiên cứu:**

<sup>1</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Hùng Kiên

Email: kienc@kcc.com

Ngày nhận bài: 23.12.2022

Ngày phản biên khoa học: 17.2.2023

Ngày duyệt bài: 24.2.2023

Hồi cứu kết hợp tiến cứu 21 bệnh nhân (BN) ung thư tuyến nước bọt giai đoạn muộn được chẩn đoán và điều trị hoá chất tân CAP tại Bệnh viện K từ từ 01/2015 đến 08/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng của phác đồ CAP được phân tích với các yếu tố nhóm tuổi, giới tính, vị trí u nguyên phát, thể mô bệnh học, thể trạng ECOG, thời gian tái phát và số lượng di căn xa. Không có yếu tố nào gây ảnh hưởng đến tỷ lệ đáp ứng của phác đồ, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Qua phân tích thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung bình và các yếu tố như nhóm tuổi, giới tính, thể trạng ECOG, số lượng di căn xa, vị trí u nguyên phát, thể mô bệnh học đều không ảnh hưởng đến thời gian sống thêm. **Kết luận:** Phác đồ

CAP là một trong lựa chọn điều trị bước một trên bệnh nhân ung thư tuyến nước bọt giai đoạn muộn, không có yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng ảnh hưởng đến tỷ lệ đáp ứng hóa chất và thời gian sống thêm.

**Từ khóa:** Ung thư tuyến nước bọt giai đoạn muộn, phác đồ CAP, tỷ lệ đáp ứng, sống thêm.

## SUMMARY

### ANALYZING THE AFFECTED FACTORS OF CHEMOTHERAPY OF TRIPLET CAP REGIMEN IN METASTATIC SALIVARY GLAND CARCINOMA

**Objective:** Analyzing the affected factors of response rates and survival outcome of triplet regimen CAP chemotherapy in metastatic salivary gland carcinoma at National Cancer Hospital from Jan 2015 to Aug 2022. **Patients and method:** Retrospective analysis of 21 patients with metastatic salivary gland carcinoma were diagnosed and treated with chemotherapy of CAP regimen at National Cancer Hospital from Jan 2015 to Aug 2022. **Results:** The univariate analysis of response rate with factors including ages, sex, primary tumor location, pathology, ECOG, time to relapse and number of metastatic organ. There were no factors affecting the response rate of chemotherapy, and no significant difference with  $p > 0.05$ . The univariate analysis of survival outcome showed that clinical and subclinical factors including ages, sex, primary tumor location, pathology, ECOG, and number of metastatic organ did not influence survival outcome. **Conclusion:** The CAP chemotherapy is one of choice for the treatment of metastatic salivary gland cancer patients, there were no clinical, subclinical factors influencing response rate and survival outcome.

**Keywords:** Metastatic salivary gland cancer, CAP regimen, response rate, survival outcome.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến nước bọt là một trong những loại ung thư hiếm gặp, trong đó các thể giải phẫu bệnh hay gặp đó là carcinoma dạng tuyến nang, carcinoma biểu bì nhầy,... Đối với ung thư tuyến nước bọt giai đoạn muộn, bệnh nhân thường có một thời gian tiến triển kéo dài và biểu hiện đa dạng tùy từng bệnh nhân và thể bệnh, và thường không xuất hiện các triệu chứng trên lâm sàng. Chỉ định điều trị hoá chất toàn thân trong ung thư tuyến nước bọt giai đoạn muộn tùy thuộc vào sự tiến triển của bệnh, triệu chứng toàn thân của bệnh nhân, ảnh hưởng chức năng cơ quan đích và sự ảnh hưởng toàn trạng của người bệnh [1],[2].

Tại Việt Nam và Bệnh viện K, điều trị bước 1 ung thư tuyến nước bọt giai đoạn tái phát di căn vẫn là hóa chất toàn thân khi có chỉ định, trong đó phác đồ CAP được sử dụng phổ biến với tỷ lệ đáp ứng và độ an toàn đã được nhiều nghiên cứu trên thế giới chứng minh. Tuy nhiên, hiện nay chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả

của hóa chất toàn thân trên nhóm bệnh nhân Việt Nam, do đó chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: "*Phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ đáp ứng và thời gian sống thêm trên bệnh nhân bệnh nhân ung thư tuyến nước bọt giai đoạn muộn điều trị phác đồ hoá chất CAP tại bệnh viện K từ 01/2015 đến 08/2022*".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu 21 bệnh nhân chẩn đoán xác định ung thư tuyến nước bọt giai đoạn tái phát/di căn được điều trị hoá chất phác đồ CAP tại Bệnh viện K từ 01/2015 đến 08/2022.

### \* Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học là ung thư tuyến nước bọt
- Chẩn đoán giai đoạn theo AJCC 2010: ung thư tuyến nước bọt giai đoạn tái phát, di căn xa
- Chỉ số toàn trạng (PS) theo thang điểm ECOG=0; 1; 2.
- Có các tổn thương có thể đo được bằng các phương tiện chẩn đoán hình ảnh: CT, MRI.
- Được điều trị hóa chất phác đồ CAP ít nhất 3 chu kì.

### \* Tiêu chuẩn loại trừ:

- Mặc bệnh ung thư thứ 2
- Mặc các bệnh lý mãn tính hoặc cấp tính ảnh hưởng đến điều trị.
- Đã điều trị hóa chất giai đoạn muộn trước đó.
- Chức năng gan thận, tủy xương không cho phép điều trị hóa chất
- Không có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

### \* Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu từ 01/2015 – 08/2022

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện K

### \* Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang
- Mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu thuận tiện, lấy 21 BN đủ tiêu chuẩn.

### 2.3. Các bước tiến hành

**\* Nội dung nghiên cứu/Các biến số và chỉ số trong nghiên cứu:**

- Tuổi, giới, tiền sử bản thân
- Tiền sử điều trị bệnh trước đó: phương pháp điều trị, giai đoạn bệnh lúc phát hiện, đáp ứng điều trị trước đó, thời gian đến lúc bệnh tái phát,...
- Chỉ số toàn trạng bằng thang điểm ECOG
- Biểu hiện lâm sàng: ho khạc máu, chảy máu mũi, ù tai, hạch ngoại vi,...
- Các đặc điểm tổn thương trên chẩn đoán hình ảnh.

- Kết quả mô bệnh học bằng xét nghiệm giải phẫu bệnh.

- Đáp ứng điều trị: hoàn toàn, một phần, giữ nguyên, tiến triển

- Độc tính trên huyết học, gan thận và độc tính khác

**\* Quy trình nghiên cứu**

*Bước 1: Lựa chọn bệnh nhân theo các tiêu chuẩn nghiên cứu*

Trong vòng 14 ngày trước điều trị, bệnh nhân được thực hiện các xét nghiệm cơ bản, đánh giá trước điều trị bao gồm:

- Xét nghiệm máu: Công thức máu, sinh hóa máu

- Chẩn đoán hình ảnh đánh giá tổn thương trước điều trị: Chụp CLVT, MRI, ...

*Bước 2: Điều trị hoá chất toàn thân*

Giải thích cho BN về chẩn đoán bệnh, tiên lượng, phương pháp điều trị, nguy cơ, những tác dụng phụ không mong muốn, cách theo dõi phát hiện và phòng ngừa độc tính của thuốc.

Phác đồ điều trị trong nghiên cứu bao gồm: CAP

- Cyclophosphamide 500mg/m<sup>2</sup>, tĩnh mạch ngày 1

- Doxorubicine 50mg/m<sup>2</sup>, tĩnh mạch ngày 1

- Cisplatin 50mg/m<sup>2</sup>, tĩnh mạch ngày 1

Chu kỳ 28 ngày.

*Bước 3: Đánh giá kết quả điều trị*

Đánh giá đáp ứng: Bao gồm

- Thay đổi điểm chỉ số toàn trạng PS

- Đánh giá đáp ứng: CR, PR, SD, PD

- Thời điểm và phương pháp đánh giá:

Khám lâm sàng, xét nghiệm máu: Xét nghiệm máu và khám lâm sàng trước mỗi chu kỳ điều trị nhằm đánh giá tác dụng phụ không mong muốn của phác đồ

Xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh: sau điều trị mỗi 3 chu kỳ hoặc khi có bất thường.

- Phương pháp đánh giá đáp ứng: tiêu chuẩn RECIST 1.1.

- Đánh giá sống thêm bệnh không tiến triển theo phương pháp Kaplan-Meier.

**2.4. Xử lý số liệu.** Các thuật toán thống kê được sử dụng như sau:

+ So sánh các giá trị trung bình: sử dụng kiểm định T (T-Test).

+ Mỗi liên quan giữa đáp ứng với các yếu tố loại định tính: sử dụng kiểm định  $\chi^2$  hoặc kiểm định chính xác Fisher.

+ Giá trị  $p < 0,05$  được coi là có ý nghĩa thống kê. Ý nghĩa thống kê đặt ở mức 95%, khoảng tin cậy được xác định ở mức 95%.

+ Kết quả được thể hiện trên các bảng hoặc đồ thị thích hợp, dạng tỷ lệ phần trăm (%) hoặc

dưới dạng giá trị trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn (  $X \pm SD$ ).

+ Sử dụng phần mềm SPSS 16.0.

**2.5. Vấn đề y đức:** - Lợi ích của nghiên cứu: Các nghiên cứu trên thế giới đã đánh giá hiệu quả của điều trị toàn thân trên nhóm bệnh nhân ung thư tuyến nước bọt giai đoạn muộn, việc đánh giá kết quả điều trị giúp bác sỹ lâm sàng có cơ sở dữ liệu nhằm phục vụ điều trị cho bệnh nhân.

- Tính tự nguyện: Tất cả BN trong nghiên cứu đều hoàn toàn tự nguyện tham gia. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị, không nhằm mục đích nào khác. Những BN có đủ tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được giải thích đầy đủ, rõ ràng về các lựa chọn điều trị tiếp theo, về qui trình điều trị, các ưu, nhược điểm của từng phương pháp điều trị, các rủi ro có thể xảy ra. Tất cả các thông tin chi tiết về tình trạng bệnh tật, các thông tin cá nhân của người bệnh được bảo mật thông qua việc mã hoá các số liệu trên máy vi tính.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Qua nghiên cứu 21 bệnh nhân chẩn đoán xác định ung thư tuyến nước bọt giai đoạn tái phát/di căn được điều trị hoá chất phác đồ CAP tại Bệnh viện K từ 01/2015 đến 08/2022, chúng tôi có một số kết quả như sau:

**3.1. Các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ đáp ứng hóa chất CAP**

*Bảng 3.1. Phân tích yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ đáp ứng*

Đặc điểm	Tỷ lệ đáp ứng/ tổng số BN	Giá trị p
<b>Giới tính</b>		
Nam	6/13	0,332
Nữ	4/8	
<b>Nhóm tuổi</b>		
< 65 tuổi	8/15	0,541
≥ 65 tuổi	2/6	
<b>Vị trí u nguyên phát</b>		
Tuyến mang tai	4/9	0,689
Khác	6/12	
<b>Thể mô bệnh học</b>		
Dạng tuyến nang	8/16	0,752
Khác	2/5	
<b>Toàn trạng (ECOG)</b>		
ECOG 0	5/10	0,446
ECOG 1-2	5/11	
<b>Thời gian tái phát (tháng)</b>		
< 2 năm	7/14	0,691
> 2 năm	3/7	
<b>Số lượng cơ quan di căn</b>		

1-2 cơ quan	6/12	0,516
>2 cơ quan	4/9	

**Nhận xét:** Tỷ lệ đáp ứng của phác đồ CAP được phân tích với các yếu tố nhóm tuổi, giới tính, vị trí u nguyên phát, thể mô bệnh học, thể trạng ECOG, thời gian tái phát và số lượng di căn xa. Không có yếu tố nào gây ảnh hưởng đến tỷ lệ đáp ứng của phác đồ, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

### 3.2. Các yếu tố ảnh hưởng sống thêm bệnh không tiến triển

**Bảng 3.2. Phân tích các yếu tố ảnh hưởng sống thêm bệnh không tiến triển**

Đặc điểm	PFS trung bình (tháng)	P
<b>Nhóm tuổi</b>		0,352
< 65 tuổi	8,2 ± 1,2	
≥ 65 tuổi	6,3 ± 2,7	
<b>Giới tính</b>		0,552
Nam	9,87 ± 2,6	
Nữ	7,3 ± 3,3	
<b>Số lượng di căn xa</b>		0,09
< 2 cơ quan	10,1 ± 2,1	
> 2 cơ quan	7,5 ± 3,7	
<b>Toàn trạng (ECOG)</b>		0,088
0	9,2 ± 2,1	
1-2	7,5 ± 1,6	
<b>Vị trí u nguyên phát</b>		0,165
Tuyến mang tai	8,5 ± 2,8	
Khác	6,9 ± 2,7	
<b>Thể mô bệnh học</b>		0,441
Dạng tuyến nang	8,2 ± 1,8	
Khác	7,9 ± 4,7	

**Nhận xét:** Qua phân tích thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung bình và các yếu tố như nhóm tuổi, giới tính, thể trạng ECOG, số lượng di căn xa, vị trí u nguyên phát, thể mô bệnh học đều không ảnh hưởng đến thời gian sống thêm.

## IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 10/21 bệnh nhân đáp ứng, còn lại là bệnh giữ nguyên hoặc tiến triển sau 6 chu kỳ hóa chất CAP. Nhằm tìm ra yếu tố tiên lượng đáp ứng điều trị phác đồ CAP trên bệnh nhân ung thư tuyến nước bọt giai đoạn muộn, chúng tôi tiến hành phân tích sự khác nhau dưới nhóm về tỷ lệ đáp ứng. Các yếu tố so sánh bao gồm: nhóm tuổi, giới tính, vị trí u nguyên phát, thể mô bệnh học, thể trạng ECOG, thời gian tái phát và số lượng di căn xa. Không có yếu tố nào gây ảnh hưởng đến tỷ lệ đáp ứng của phác đồ qua phân tích của chúng tôi, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Nghiên cứu của tác giả Chris H.J năm 2014, phân tích đa biến cho thấy kiểm soát tại chỗ được dự báo bởi các yếu tố giai đoạn u, xâm lấn xương, vị trí u, tình trạng di căn và phương pháp điều trị. Trong khi kiểm soát tại vùng phụ thuộc vào yếu tố giai đoạn hạch, liệt thần kinh mặt và phương pháp điều trị. Khi so sánh giữa phẫu thuật đơn thuần và phẫu thuật kèm xạ trị bổ trợ, tỷ số nguy cơ tương đối cho tỷ lệ tái phát tại chỗ là 9.7 và tái phát tại vùng là 2.3. Phân tích yếu tố ảnh hưởng cho giai đoạn di căn xa, các yếu tố tiên lượng độc lập bao gồm giai đoạn u, giai đoạn hạch, giới tính, xâm lấn thần kinh, thể mô bệnh học và lâm sàng có xâm lấn da. Thời gian sống thêm toàn bộ phụ thuộc vào các yếu tố tuổi, giới, giai đoạn u và hạch, vị trí, xâm lấn da và xương. Tác giả nhận thấy đối với thể ung thư dạng tuyến nang, ước lượng sống thêm toàn bộ thời điểm 1 năm và 5 năm lần lượt là 68% và 32%. Đối với thể ung thư tế bào acinic, tỷ lệ này lần lượt là 80% và 30%. Khi so sánh với các thể mô bệnh học khác, tỷ lệ này rất thấp, lần lượt là 20% và 0% [1].

Cũng như phân tích yếu tố dự báo đáp ứng với phác đồ CAP, chúng tôi phân tích thời gian trung bình sống thêm bệnh không tiến triển để tìm ra các yếu tố tiên lượng bệnh. Các yếu tố được phân tích bao gồm: nhóm tuổi, giới tính, thể trạng ECOG, số lượng di căn xa, vị trí u nguyên phát, thể mô bệnh học. Tuy nhiên, qua phân tích đơn biến chúng tôi nhận thấy không có yếu tố nào ảnh hưởng đến thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trên bệnh nhân ung thư tuyến nước bọt giai đoạn muộn được điều trị bước 1 phác đồ CAP. Nghiên cứu của tác giả Hocwald trên đối tượng bệnh nhân giai đoạn tại chỗ, tại vùng chưa di căn xa. Tỷ lệ sống thêm không bệnh thời điểm 5 năm đạt 65%, yếu tố tiên lượng xấu bao gồm vị trí khối u dưới hàm có sống thêm thấp hơn so tuyến mang tai ( $p=0,02$ ), giai đoạn u càng cao thì thời gian sống thêm càng thấp ( $p=0,01$ ), thể mô bệnh học dạng tuyến nang hoặc độ mô học cao có thời gian sống thêm thấp hơn ( $p=0,02$ ), di căn hạch và xâm lấn thần kinh cũng là yếu tố tiên lượng xấu. Trong phân tích đa biến, di căn hạch và xâm lấn thần kinh là yếu tố tiên lượng độc lập trong phân tích sống thêm không bệnh [2].

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 21 bệnh nhân chẩn đoán xác định ung thư tuyến nước bọt giai đoạn tái phát/di căn được điều trị hoá chất phác đồ CAP tại Bệnh viện K từ 01/2015 đến 08/2022, chúng

tôi rút ra một số kết luận:

- Không có yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng ảnh hưởng đến tỷ lệ đáp ứng phác đồ CAP.
- Không có yếu tố nào ảnh hưởng đến thời gian sống thêm bệnh không tiến triển.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dreyfuss AI, Clark JR, Fallon BG** (1987). Cyclophosphamide, doxorubicin, and cisplatin combination chemotherapy for advanced carcinomas of salivary gland origin. *Cancer*. 1987; 60(12): 2869.
2. **Kaplan MJ, Johns ME, Cantrell RW** (1986). Chemotherapy for salivary gland cancer. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1986;95(2):165.
3. **Licitra L, Cavina R, Grandi C** (1996). Cisplatin, doxorubicin and cyclophosphamide in advanced salivary gland carcinoma. A phase II trial of 22 patients. *Ann Oncol*. 1996;7(6):640.
4. **Tsukuda M, Kokatsu T, Ito K, Mochimatsu I** (1993). Chemotherapy for recurrent adeno- and adenoidcystic carcinomas in the head and neck. *J Cancer Res Clin Oncol*. 1993;119(12):756.
5. **Dimery IW, Legha SS, Shirinian M** (1990). Fluorouracil, doxorubicin, cyclophosphamide, and cisplatin combination chemotherapy in advanced or recurrent salivary gland carcinoma. *J Clin Oncol*. 1990;8(6):1056.
6. **Venook AP, Tseng A Jr, Meyers FJ** (1987). Cisplatin, doxorubicin, and 5-fluorouracil chemotherapy for salivary gland malignancies: a pilot study of the Northern California Oncology Group. *J Clin Oncol*. 1987;5(6):951.
7. **Airoldi M, Pedani F, Brando V** (1989). Cisplatin, epirubicin and 5-fluorouracil combination chemotherapy for recurrent carcinoma of the salivary gland. *Tumori*. 1989; 75(3):252.

## VAI TRÒ CỦA CỘNG HƯỞNG TỪ TRONG ĐÁNH GIÁ BẤT THƯỜNG BẨM SINH TÚI TINH

Hoàng Đình Âu<sup>1</sup>, Doãn Văn Ngọc<sup>2</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục đích:** Bất thường bẩm sinh túi tinh là loại bệnh lý hiếm gặp nhưng lại là nguyên nhân chủ yếu của vô sinh nam do tắc nghẽn sau tinh hoàn. Trong số các phương pháp chẩn đoán thì cộng hưởng từ (CHT) được cho là an toàn, khách quan và hiệu quả nhất để đánh giá bất thường bẩm sinh túi tinh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên nhóm bệnh nhân nam (BN) chậm con đến khám tại Bệnh viện Đại học Y Hà nội trong khoảng thời gian từ 2017-2019 và 2020-2022, được chụp CHT 1.5 Tesla túi tinh - đường dẫn tinh theo các chuỗi xung T2W axial, coronal và sagittal độ phân giải cao, T1W FS và T2W FS 3D. **Kết quả:** Có 18 BN được chẩn đoán bất thường bẩm sinh túi tinh trong đó có 4 BN bất sản túi tinh hai bên, 3 BN bất sản túi tinh một bên đơn thuần, 2 BN bất sản túi tinh một bên và thiếu sản túi tinh bên còn lại, 6 BN thiếu sản túi tinh một bên, 1 BN nang túi tinh và 2 BN giãn túi tinh. Các bệnh nhân có bất sản và/hoặc thiếu sản túi tinh đều không có tinh trùng khi xét nghiệm tinh dịch đồ. Các bệnh nhân thiếu sản túi tinh và nang túi tinh không có bất thường bẩm sinh thận kết hợp. **Kết luận:** Cộng hưởng từ do không gây bức xạ, có độ phân giải mô mềm rất rõ nét, hình ảnh khách quan nên là phương pháp được lựa chọn hàng đầu trong chẩn đoán bất thường bẩm sinh túi tinh.

**Từ khóa:** cộng hưởng từ, túi tinh, bất thường bẩm sinh, bất sản, thiếu sản.

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại Học Y Hà nội

<sup>2</sup>Trường Đại Học Y Dược, Đại Học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu

Email: hoangdinhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2023

Ngày duyệt bài: 24.2.2023

#### SUMMARY

#### ROLE OF MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN THE EVALUATION OF CONGENITAL ANOMALIES OF SEMINAL VESICAL

**Purpose:** Congenital anomalies of seminal vesicle (SV) are rare but this entity is the most common cause of post- testicular obstruction of male infertility. Among the diagnosis modalities, magnetic resonance imaging (MRI) is considered as safe, objective and most efficacy in the evaluation of congenital anomalies of SV. **Material and method:** Descriptive study in the male patient group who were suspected male infertility in Hanoi Medical University Hospital from 2017 to 2019 and from 2020 to 2022, underwent a seminal vesical MRI 1.5 Tesla with high- resolution T2W sagittal, coronal, axial, 3D T2WFS and T1WFS. **Results:** Eighteen (18) patients were diagnosed as congenital anomalies of seminal vesicle in this study. Among them, 4 patients with bilateral agenesis, 3 patients with unilateral agenesis only, 2 patients with unilateral agenesis and contralateral hypoplasia, 6 patients with unilateral hypoplasia, 1 patient with bilateral SV cyst, 2 patients with SV dilatation. All patients with SV agenesis and/or hypoplasia were azospermia in the sperm count. The patients with SV hypoplasia and/or cyst were not associated with renal agenesis or hypoplasia. **Conclusion:** Because of non radiation, excellent soft tissue resolution, objective viewing and reporting, magnetic resonance imaging is the modality of choice to evaluate the congenital anomalies of seminal vesical.

**Keywords:** magnetic resonance imaging, congenital anomalies, seminal vesical, agenesis, hypoplasia.

#### I. ĐẶT VẤN ĐỀ