

nhân, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sử dụng kháng sinh trong nghiên cứu này của chúng tôi trên trẻ em là 17,8%, người lớn là 12,6%, không có sự khác biệt giữa hai nhóm Các nghiên cứu trên thế giới ghi nhận thấy khoảng 2% trẻ mắc COVID-19 phải điều trị trong phòng hồi sức tích cực, tỷ lệ tử vong vào khoảng 0,08%. Ở người lớn mắc COVID-19 tỷ lệ suy hô hấp phải vào phòng hồi sức khoảng 15-20%, tỷ lệ tử vong vào khoảng 1-5% [3], [7]. Như vậy so với các nghiên cứu đã báo cáo trên thế giới, kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi thấy tỷ lệ viêm phổi và suy hô hấp khá thấp, đó cũng là một điểm khác biệt rõ nét nhất trong nghiên cứu của chúng tôi so với các nghiên cứu trước đó.

V. KẾT LUẬN

➢ Tỷ lệ bệnh nhân không triệu chứng ở cả hai nhóm là khá cao, tuổi trung bình trong nhóm trẻ đi học, người lớn trong độ tuổi lao động

➢ Triệu chứng lâm sàng nghèo nàn, thay đổi các chỉ số xét nghiệm không đặc hiệu và cũng ít thay đổi hơn so với các nghiên cứu trên thế giới. Ở trẻ em tăng tiểu cầu cao hơn so người lớn, trong khi đó ở người lớn tăng D-dimer cao hơn

➢ Tỷ lệ viêm phổi thấp không có bệnh nhân nào phải vào điều trị tại phòng hồi sức tích cực, trong khi đó ở người lớn có tỷ lệ suy hô hấp và phải vào phòng điều trị tích cực cao hơn, không

có bệnh nhân tử vong ở cả 2 nhóm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ministry of Health, Dayly recorded of COVID-19, update in 31st, August (in Vietnamese).
2. World Health Organization, Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected: interim guidance, 28 January 2020, 1-10.
3. Yu Wang, Huaiyu Tian, Li Zhang et al, (2020). Reduction of secondary transmission of SARS-CoV-2 in households by face mask use, disinfection and social distancing: a cohort study in Beijing, China. *BMJ Glob Health*. 5(5): e002794.
4. CDC (Centers for Disease Control and Prevention), COVID-19 Response Team, Coronavirus Disease 2019 in children—United States, February 12–April 2, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 69:422–426. <https://doi.org/10.15585>.
5. Yuanyuan Dong, Xi Mo, Yabin Hu et al, Epidemiological characteristics of 2143 pediatric patients with 2019 Coronavirus disease in China. *J Emerg Med*, 58(4), 2020, 712–713, doi: 10.1016/j.jemermed.2020.04.006.
6. Niccolò Parri, Matteo Lenge and Danilo Buonsenso (2020). Children with Covid-19 in Pediatric Emergency Departments in Italy. *N Engl J Med*, Jul 9;383(2):187-190.
7. Jonas F. Ludvigsson, Systematic review of COVID-19 in children shows milder cases and a better prognosis than adults, *Acta Paediatr*, 2020 Jun;109(6):1088-1095.

CHI PHÍ - HIỆU QUẢ CỦA CÁC LIỆU PHÁP NỘI TIẾT TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÚ: NGHIÊN CỨU TỔNG QUAN HỆ THỐNG

Hoàng Thy Nhac Vũ¹, Lê Thị Như Quỳnh¹, Nguyễn Đỗ Hồng Nhung¹, Trần Thị Ngọc Vân¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Liệu pháp nội tiết (LPNT) là một phương pháp điều trị mới cho bệnh ung thư vú (UTV), giúp làm chậm hoặc ngừng quá trình phát triển các khối u nhạy cảm với hormone bằng cách ngăn chặn khả năng sản xuất hormone của cơ thể hoặc can thiệp vào tác động của hormone lên tế bào UTV. **Mục tiêu:** Nghiên cứu thực hiện nhằm tổng quan hệ thống kết quả các phân tích chi phí-hiệu quả của LPNT trong điều trị UTV, tạo căn cứ cho nhà hoạch định chính sách trong việc ra quyết định lựa chọn điều trị phù

hợp. **Đối tượng - Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tổng quan hệ thống, thực hiện thông qua việc tìm kiếm tài liệu được công bố trong giai đoạn 2015-2022 trên cơ sở dữ liệu Pubmed, SpringerLink, HINARI, ProQuest. Các nghiên cứu sẽ được hệ thống hóa theo kết quả liên quan đến đánh giá chi phí-hiệu quả của các thuốc. **Kết quả:** Trong 21 nghiên cứu được chọn lọc, có 11 nghiên cứu (52,5%) phân tích chi phí-hiệu quả của liệu pháp nội tiết kết hợp và 10 nghiên cứu phân tích chi phí-hiệu quả của liệu pháp nội tiết đơn thuần. Có 52,5% nghiên cứu thực hiện trên đối tượng là phụ nữ hậu mãn kinh, bị UTV giai đoạn di căn/ tiến triển, và có yếu tố tiên lượng HR+/HER2-. Nghiên cứu được thực hiện tại Hoa Kỳ và Châu Âu chiếm tỷ lệ 38,2%, và thực hiện trên quan điểm của bên cung cấp dịch vụ. Kết quả tổng quan ghi nhận việc lựa chọn LPNT đơn thuần là đạt chi phí-hiệu quả, và lựa chọn các LPNT kết hợp là không đạt chi phí-hiệu quả so với các thuốc so sánh. **Kết luận:** Chi

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thy Nhac Vũ

Email: hoangthyhacvu@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 6.12.2022

Ngày duyệt bài: 21.12.2022

phí điều trị UTV với LPNT khá cao, trở thành gánh nặng kinh tế không chỉ cho người bệnh, mà còn cho xã hội. Cần có những chính sách hỗ trợ tài chính để người bệnh có thể tăng khả năng tiếp cận liệu pháp tối ưu, phù hợp trong điều trị UTV.

Từ khóa: chi phí-hiệu quả, liệu pháp nội tiết, ung thư vú, tổng quan hệ thống.

SUMMARY

COST-EFFECTIVENESS ANALYSIS OF HORMONE THERAPIES FOR BREAST CANCER: A SYSTEMATIC REVIEW

Background: Hormone therapy is a novel method of treating breast cancer by slowing or stopping the growth of hormone-sensitive tumors by blocking the body's ability to produce hormones or blocking hormone effects. **Objective:** This study aimed to systematically review studies that evaluate the cost-effectiveness of hormone therapy, in order to provide evidence-based information to policymakers in choosing breast cancer treatments. **Method:** Pubmed, SpringerLink, HINARI, and ProQuest databases were searched comprehensively for this systematic review. This study collected and summarized CEA findings and economic evaluation components published during the period of 2015-2022. **Results:** Of the 21 selected studies, 11 (52.5%) examined hormone therapy combined with other drugs, while 10 appraised hormone therapy alone. In 52.5% of the studies, the population was postmenopausal women with HR+/HER2 metastatic or advanced breast cancer. Most studies were conducted in the US and Europe, from healthcare provider perspectives (38.2%). In most studies, hormone therapy alone was shown to be cost-effective, while combined hormone therapy was found to be not cost-effective when compared to their respective comparators. **Conclusion:** Breast cancer treatment with these hormone therapies is generally more expensive and can be a huge financial burden for not only patients but also society. Financial aid is necessary to enlarge access and affordability for breast cancer patients.

Keywords: cost-effectiveness, hormone therapy, breast cancer, systematic review.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dữ liệu thống kê của Tổ chức Y tế thế giới (World Health Organization – WHO) cho thấy ung thư vú (UTV) là bệnh ung thư phổ biến ở phụ nữ tại nhiều quốc gia, với hơn 2,3 triệu ca mắc mới và 685.000 ca tử vong vào năm 2020⁽¹⁾. Dựa trên báo cáo thực trạng ung thư toàn cầu (Globocan) năm 2019, khoảng 15.200 (20,6%) trường hợp UTV mới được chẩn đoán, hơn 6.100 ca tử vong, và UTV trở thành loại ung thư phổ biến mà phụ nữ Việt Nam mắc phải⁽²⁾. Bên cạnh đó, theo Cơ quan nghiên cứu Ung thư quốc tế (The International Agency for Research on Cancer – IARC), số lượng phụ nữ mắc UTV được dự đoán sẽ tăng lên hàng năm, với ước tính sẽ có 22.662 trường hợp phụ nữ Việt Nam mắc UTV

năm 2040, tăng 48,8% so với năm 2018⁽³⁾.

Theo thống kê, khoảng 83% trường hợp UTV có thụ thể nội tiết dương tính (HR+), đặc biệt tỷ lệ UTV trong giai đoạn tiến triển hoặc di căn có thụ thể nội tiết dương tính và thụ thể yếu tố tăng trưởng biểu bì loại 2 ở người âm tính (HR+/HER2-) chiếm 73% các phân nhóm UTV ở phụ nữ⁽⁴⁾. Trong đó, phụ nữ tiền/hậu mãn kinh mắc UTV di căn/tiến triển phần lớn có HR+/HER2-. Những số liệu trên đã cho thấy mối liên quan giữa những người mắc bệnh UTV với yếu tố thụ thể nội tiết. Chính vì thế, một số liệu pháp nội tiết (LPNT) trong việc điều trị UTV tương ứng với từng giai đoạn diễn tiến của bệnh đã và đang được quan tâm. Năm 2020, Bộ Y tế Việt Nam đã ban hành tài liệu chuyên môn: "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư vú"⁽⁵⁾, trong đó LPNT được chỉ định điều trị bổ trợ các trường hợp UTV giai đoạn sớm, giúp giảm thiểu nguy cơ tái phát hay điều trị UTV trong giai đoạn tiến triển hoặc di căn với LPNT kết hợp hoặc đơn trị liệu.

Nhiều nghiên cứu chi phí-hiệu quả của LPNT trong điều trị UTV đã được thực hiện nhằm cung cấp các bằng chứng hỗ trợ cho việc ra quyết định của các nhà hoạch định chính sách và cơ quan quản lý, đồng thời giúp dự đoán và đề xuất các liệu pháp phù hợp nhằm tối thiểu hóa chi phí và tối ưu hóa hiệu quả điều trị, góp phần giảm gánh nặng kinh tế và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Nghiên cứu được thực hiện nhằm tổng quan hệ thống các kết quả đánh giá chi phí-hiệu quả liên quan đến các LPNT sử dụng trong điều trị UTV trên thế giới, từ đó cung cấp thông tin một cách toàn diện về đánh giá chi phí-hiệu quả và lựa chọn thuốc tối ưu trong điều trị UTV tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tổng quan hệ thống, tiến hành tìm kiếm và tổng hợp kết quả các nghiên cứu về chi phí-hiệu quả liên quan đến các LPNT trong điều trị UTV, được công bố trong giai đoạn 2015-2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Trên cơ sở dữ liệu Pubmed kết hợp MeSH, HINARI, Springerlink, và ProQuest, sử dụng các từ khóa kết hợp với thuật ngữ BOOLEAN để tìm kiếm ở phạm vi tiêu đề/ tóm tắt, với công thức ("cost effectiveness" OR "cost-effectiveness" OR "cost utility" OR "cost-utility" OR "economic evaluation" OR "pharmacoeconomics") AND ("hormone therapy" OR "endocrine therapy" OR "fulvestrant" OR "tamoxifen" OR "toremifene" OR "anastrozole" OR "letrozole" OR "exemestane")

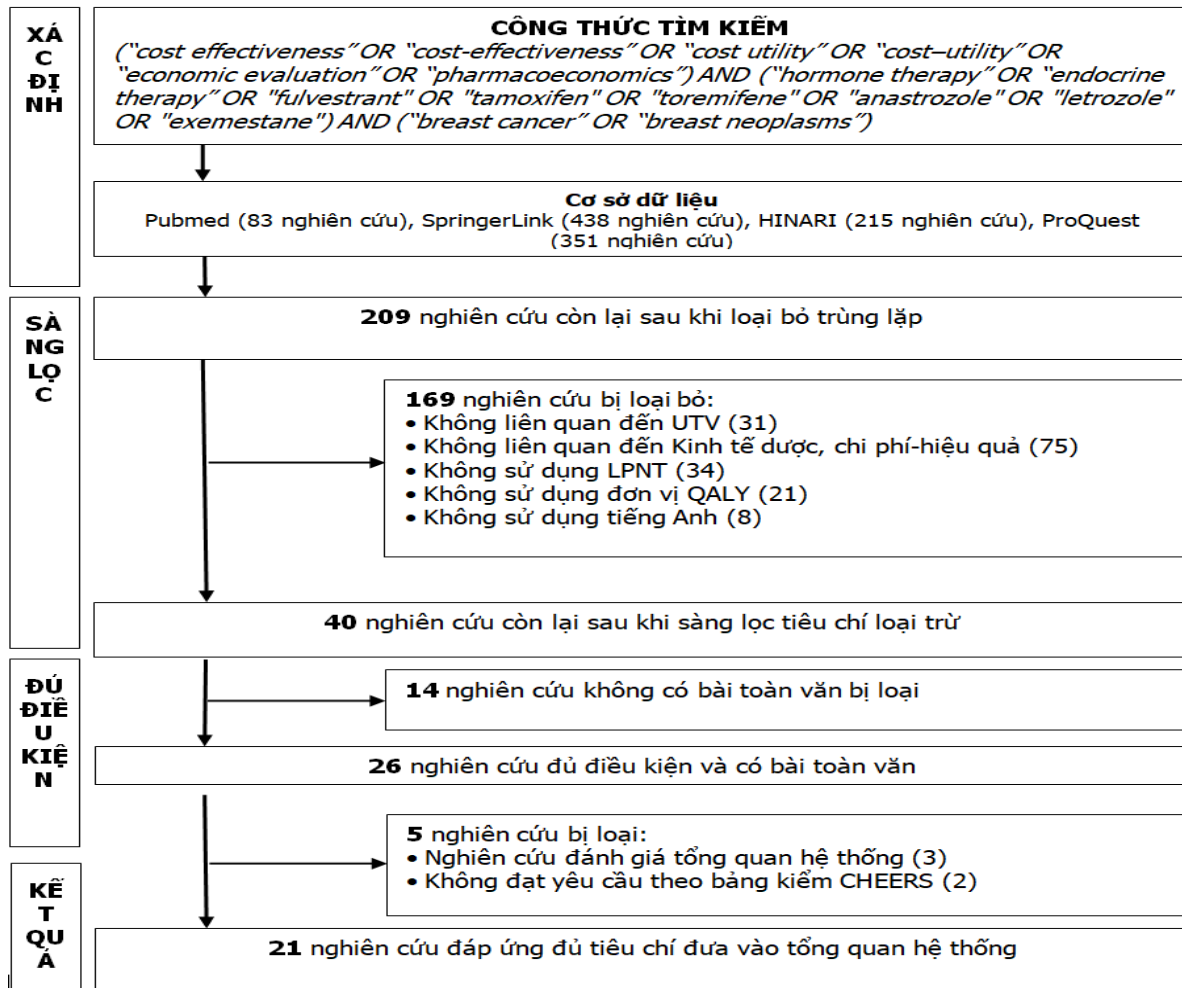
AND ("breast cancer" OR "breast neoplasms").

Các nghiên cứu có thời gian công bố trong giai đoạn 2015-2022, thỏa mãn các tiêu chí tổng hợp và có bài toàn văn sẽ được chọn, xem xét nội dung để đánh giá chất lượng theo 24 tiêu chí của bảng kiểm CHEERS (Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards), bảng kiểm được Bộ Y tế đề xuất sử dụng tại Việt Nam đánh giá chất lượng các nghiên cứu chi phí-hiệu quả. Quy trình tìm kiếm 21 nghiên cứu được mô tả trong Hình 1.

Các nghiên cứu đạt yêu cầu sẽ được chọn

cho quá trình tổng hợp và đánh giá các thông tin về quần thể mục tiêu, quan điểm chi trả, đối tượng nghiên cứu, đơn vị hiệu quả được lựa chọn, đặc điểm của mô hình nghiên cứu, thiết kế nghiên cứu, ngưỡng sẵn sàng chi trả (Willingness-to-pay threshold – WTP), và chỉ số chi phí-hiệu quả tăng thêm (Incremental Cost-Effectiveness Ratio – ICER).

Chi phí trong các nghiên cứu sẽ được quy đổi thống nhất sang đơn vị Việt Nam Đồng năm 2021 dựa vào Chỉ số giá tiêu dùng (Consumer price index – CPI).



Hình 1. Quy trình tìm kiếm và lựa chọn nghiên cứu đưa vào phân tích tổng quan

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm các nghiên cứu được đưa vào phân tích: Trong 21 nghiên cứu chi phí-hiệu quả được phân tích chi tiết, 52,5% nghiên cứu có quần thể mục tiêu là phụ nữ hậu mãn kinh, bị UTV giai đoạn di căn/ tiến triển, và có yếu tố tiên lượng HR+/HER2-. Có 38,2% nghiên

cứ được thực hiện tại Hoa Kỳ và Châu Âu, với quan điểm nghiên cứu là bên cung cấp dịch vụ. Trong tổng số 21 nghiên cứu, có 11 nghiên cứu (52,5%) thuộc LPNT kết hợp (với 8 nghiên cứu là LPNT kết hợp với nhóm ức chế CDK4/6), 9 nghiên cứu liên quan đến LPNT đơn thuần. (Bảng 1)

Bảng 1. Đặc điểm các nghiên cứu chi phí-hiệu quả của LPNT trong điều trị UTV giai đoạn 2015-2022

Số nghiên cứu Đặc điểm nghiên cứu	Liệu pháp nội tiết đơn thuần n=10 (47,5%)	Liệu pháp nội tiết kết hợp n=11 (52,5%)			Tổng N=21 (%)
		Nội tiết + CDK4/6 n=8 (38,2%)	Nội tiết + mTOR n=1 (4,8%)	Nội tiết + Xạ trị n=2 (9,5%)	
Đặc điểm quần thể nghiên cứu					
Giai đoạn đầu, HR ⁺ , hậu mãn kinh	5	0	0	2	7 (33,2)
Di căn/tiến triển, HR ⁺ , hậu mãn kinh	3	0	0	0	3 (14,3)
Di căn/tiến triển, HR ⁺ /HER2, tiên/hậu mãn kinh	2	8	1	0	11(52,5)
Quan điểm chi trả					
Người chi trả	3	1	0	0	4 (19,0)
Xã hội	1	1	0	2	4 (19,0)
Bên thứ ba	1	2	1	0	4 (19,0)
Nhà cung cấp dịch vụ	5	3	0	0	8 (38,2)
Không đề cập	0	1	0	0	1 (4,8)
Khung thời gian phân tích					
5 - 14 năm	0	2	1	0	3 (14,3)
15 - 30 năm	5	0	0	0	5 (23,8)
31 - 50 năm	0	2	0	0	2 (9,5)
Toàn thời gian sống	5	3	0	2	10(47,6)
Không đề cập	0	1	0	0	1 (4,8)
Chu kỳ					
1 tháng	7	5	1	0	13(61,9)
1 năm	1	0	0	2	3 (14,3)
Không đề cập	2	3	0	0	5 (23,8)
Tỷ lệ chiết khấu					
< 3%	1	0	0	0	1 (4,8)
3 - 5%	9	6	1	2	18(85,6)
> 5%	0	1	0	0	1 (4,8)
Không đề cập	0	1	0	0	1 (4,8)
Phân tích độ nhạy					
PSA + DSA	7	6	1	2	16(76,2)
PSA	2	1	0	0	3 (14,3)
Không đề cập	1	1	0	0	2 (9,5)
Phân tích kịch bản					
Có	5	3	0	1	9 (42,9)
Không	5	5	1	1	12(57,1)

CDK4/6 = cyclin-dependent kinase 4 and 6 inhibitors; mTOR = Mammalian target of rapamycin inhibitors; HR⁺= hormone receptor-positive; HER2⁻= human epidermal growth factor receptor 2-negative; HER2⁺= human epidermal growth factor receptor 2- positive; PSA= probabilistic sensitivity analysis; DSA= deterministic sensitivity analysis.

3.2. Kết quả phân tích chi phí-hiệu quả của liệu pháp nội tiết trong điều trị ung thư vú: Kết quả phân tích chi phí-hiệu quả của LPNT

trong điều trị UTV có sự khác nhau giữa các nghiên cứu được công bố. Trong 10 nghiên cứu thực hiện phân tích trên nhóm LPNT đơn thuần, có 7 nghiên cứu phân tích chi phí-hiệu quả so sánh các LPNT với sự có mặt của fulvestrant (FUL). Hoa Kỳ là quốc gia có ngưỡng sẵn sàng chi trả cho việc điều trị UTV cao nhất, dao động từ 2.483,2 triệu đồng đến 3.496,5 triệu đồng. Giá trị ngưỡng sẵn sàng chi trả tại Hoa Kỳ và một số quốc gia Châu Âu cao gấp 3-4 lần so với một số quốc gia tại châu Á (Trung Quốc). (Bảng 2)

Bảng 2. Mô tả kết quả phân tích chi phí-hiệu quả chứa LPNT trong điều trị UTV của các nghiên cứu

Tác giả (năm)	Quốc gia	Can thiệp đánh giá	Can thiệp so sánh	Giá trị ICER (triệu đồng/QALY) (2021)	Giá trị WTP (triệu đồng/QALY) (2021)
LPNT đơn thuần					
Djalalov S (2015)*	Canada	LET ☹	TAM	-16,0	912,1
Sabale U (2017)	Thụy Điển	FUL ☹	ANA	835,5	2.471,3
			EXE	1.348,1	
			LET	837,3	
Ding H (2017)	Trung Quốc	FUL	ANA ☹	7.371,7	599,6
Ye M (2018) *	Trung Quốc	LET ☹	TAM	146,1	631,7
Lertjanyakun V (2018) [6]**	Nhật Bản	TOR ☹	EXE	504,4	840,7
		FUL ▲	EXE	1.088,8	
Telford C (2019)	Anh	FUL ▲	ANA	976,7	859,1
Picot J (2019)	Anh	FUL	LET ☹	1.312,8	Không đề cập
			ANA ☹	1.016,5	
			TAM ☹	607,9	
Huang X (2020)	Trung Quốc	FUL+ANA ☹	ANA	371,7	697,1
Liao W (2020)	Hoa Kỳ	FUL+ANA	ANA ☹	4.532,6	3.496,5
Wang Y (2022)	Anh	Phẫu thuật ☹	TAM	-872,1	573,0
LPNT + CDK4/6					
Matter-Walstra K (2016) [7]	Thụy Sĩ	PAL+LET	LET ☹	8.051,6	2.672,9
Mamiya H (2017)	Hoa Kỳ	PAL+FUL	FUL ☹	24.566,6	2.483,2
		PAL+LET	LET ☹	20.562,2	
Mistry R (2018)	Hoa Kỳ	RIB+LET ▲	LET	5.415,6	Không đề cập
Zhang B (2019)	Hoa Kỳ	PAL+LET	RIB+LET	11.327,2	2.574,4
			LET ☹	16.321,4	2.574,4
Wan X (2019)	Trung Quốc	RIB+LET	LET ☹	1.418,5	697,1
Suri G (2019)	Anh	RIB+LET ☹	PAL+LET	-881,7	910,6
Zhang Y (2019)	Hoa Kỳ	PAL+FUL	FUL ☹	12.125,1	2.480,3
	Trung Quốc			4.533,5	697,1
Rosa DD (2022)	Brazil	RIB+LET/ANA	LET/ANA	1.156,9	Không đề cập
LPNT + mTOR					
Xie J (2015) [8]	Hoa Kỳ	EXE+EVE ☹	EXE	3.404,3	3.478,3
Lertjanyakun V (2018) [6]**	Nhật Bản	EXE+EVE	EXE ☹	2.965,9	840,7
LPNT + Xạ trị					
Ward MC (2019)	Hoa Kỳ	Xạ trị	ANA ☹	5.210,5	2.480,3
Ward MC (2020)	Hoa Kỳ	FUL + Xạ trị ▲	FUL	4.252,0	2.480,3
			Xạ trị	2.676,7	

LPNT: liệu pháp nội tiết; PAL = palbociclib; RIB = ribociclib; LET = letrozole; TAM = tamoxifen; FUL = fulvestrant; ANA = anastrozole; EVE = everolimus; EXE = exemestane; * (TAM + LET) trong thời gian 5 năm; **FUL 500mg; ☹ = Đạt chi phí-hiệu quả hoặc vượt trội ▲ = Cần có chính sách hỗ trợ

IV. BÀN LUẬN

Các nghiên cứu đủ điều kiện đưa vào tổng quan hệ thống đều thỏa mãn các tiêu chí theo

bảng kiểm CHEERS, đảm bảo độ tin cậy cho các kết quả được tổng hợp.

Các nghiên cứu đa phần tập trung vào nhóm phụ nữ hậu mãn kinh vì tỷ lệ mắc UTV ở nhóm này cao hơn các nhóm còn lại. Cụ thể, trong nghiên cứu so sánh rủi ro gây bệnh UTV giữa nhóm phụ nữ tiền mãn kinh và hậu mãn kinh tại một thành phố ở Parkistan giai đoạn 2008-2009⁽⁹⁾, 42,7% phụ nữ mắc UTV ở giai đoạn tiền mãn kinh và 57,3% phụ nữ mắc UTV ở giai đoạn hậu mãn kinh.

Theo "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư vú" của Bộ Y tế năm 2020, các LPNT được sử dụng trong điều trị UTV bao gồm fulvestrant, tamoxifen, toremifene, các chất ức chế aromatase (anastrozole, letrozole, exemestane)⁽⁵⁾. Kết quả phân tích gộp mạng lưới (network meta - analysis) năm 2017 về tính hiệu quả và an toàn của LPNT đơn trị liệu đối với phụ nữ hậu mãn kinh, UTV di căn/tiến triển, HR⁺/HER2⁻, các phương pháp điều trị được xếp hạng theo thứ tự giảm dần là letrozole > exemestane > anastrozole > fulvestrant 500mg > tamoxifen > fulvestrant 250mg (đối với ORR – tỷ lệ đáp ứng tổng thể) và fulvestrant 500mg > letrozole > anastrozole > exemestane > tamoxifen > fulvestrant 250mg (đối với PFS – thời gian sống không tiến triển bệnh). Vì vậy, fulvestrant 500mg và letrozole có thể là những lựa chọn đơn trị liệu nội tiết đầu tay đối với BN hậu mãn kinh, UTV di căn/tiến triển, HR⁺/HER2⁻⁽¹⁰⁾. Bên cạnh đó, các nhà nghiên cứu đặc biệt quan tâm đến LPNT phối hợp CDK4/6 như (PAL + FUL) vs FUL; (PAL + LET) vs LET; (RIB + LET) vs LET; (RIB + LET) vs (PAL + LET), do việc bổ sung FUL và LET đã được chứng minh đạt hiệu quả cao và an toàn hơn LPNT đơn thuần. Tuy nhiên, LPNT kết hợp với CDK4/6 thường không đạt chi phí-hiệu quả so với LPNT đơn thuần ở hầu hết các nghiên cứu, bởi vì CDK4/6 là các thuốc nhắm trúng đích mới được phát minh nên có giá thành cao. Chẳng hạn, phác đồ LET kết hợp với PAL hoặc RIB thuộc nhóm ức chế CDK4/6 có nghiên cứu⁽⁷⁾ cho rằng việc sử dụng liệu pháp này là ít chi phí-hiệu quả hơn khi so sánh với đơn trị liệu LET tại Thụy Sĩ. Phác đồ LET kết hợp với PAL so với LET đơn trị liệu ước tính tăng thêm 9.178,8 triệu đồng và thu được 1,14 năm tuổi thọ được điều chỉnh chất lượng, dẫn đến giá trị ICER là 8.051,6 triệu đồng cho một năm sống chất lượng tăng thêm. Vì vậy, phác đồ này không thể được xem là chi phí-hiệu quả theo quan điểm chi trả của nhà cung cấp dịch vụ. Nghiên cứu mới tại Brazil vào năm 2022 cũng có kết quả tương tự, LPNT kết hợp CDK4/6 dù mang lại hiệu quả cao hơn nhưng gây gánh nặng tài chính cho các bên chi trả. Chính vì thế, các nhà hoạch định chính sách cần xem xét ban hành những chính sách hỗ trợ tài chính phù hợp, nhằm giúp người bệnh có thể tiếp cận liệu pháp điều trị mang lại hiệu quả tối ưu với chi phí hợp lý.

Đối với các nghiên cứu thuộc nhóm LPNT kết hợp với nhóm ức chế mTOR, khi điều trị cho phụ nữ hậu mãn kinh, UTV tiến triển với HR⁺/HER2⁻, nghiên cứu⁽⁸⁾ tại Hoa Kỳ cho thấy rằng việc kết

hợp EVE với EXE đạt chi phí-hiệu quả và hỗ trợ giảm những tác dụng không mong muốn trong quá trình điều trị với EXE như tăng huyết áp, phù, mất ngủ và phản ứng viêm. Với ngưỡng chi trả thấp hơn tại Nhật Bản⁽⁶⁾, EVE+EXE cần một số chính sách hỗ trợ tài chính để đạt chi phí-hiệu quả.

V. KẾT LUẬN

Kết quả thu được đã cung cấp những thông tin tổng quan và có tính cập nhật về các nghiên cứu phân tích chi phí-hiệu quả của LPNT trong điều trị UTV, giúp cơ quan quản lý y tế có thể đưa ra những quyết định phù hợp, đồng thời dự đoán và đề xuất hướng nghiên cứu mới để khai thác tối đa tiềm năng của các LPNT, nhằm tối ưu hóa hiệu quả điều trị ung thư vú trong từng giai đoạn với chi phí tối thiểu, góp phần giảm gánh nặng kinh tế cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization** (2021). Cancer. Available from: <https://www.who.int/health-topics/cancer>.
2. **Tuyen D Q, Dung T V** (2019). Breast Self-Examination: Knowledge and Practice Among Female Textile Workers in Vietnam. *Cancer Control*, 26(1).
3. **Van Minh H, Van Thuan T, Shu X O** (2019). Scientific Evidence for Cancer Control in Vietnam. *Cancer Control*, 26 (1), pp. 1073274819866450.
4. **American Cancer Society** (2019). Breast cancer facts & figures 2019-2020. Available from: <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/breast-cancer-facts-and-figures/breast-cancer-facts-and-figures-2019-2020.pdf>.
5. **Bộ Y tế** (2020). Ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư vú. Quyết định 3128/QĐ-BYT ngày 17 tháng 07 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế, Hà Nội.
6. **Lertjanyakun V, Chaiyakunapruk N, Kunisawa S, et al.** (2018). Cost-Effectiveness of Second-Line Endocrine Therapies in Postmenopausal Women with Hormone Receptor-positive and Human Epidermal Growth Factor Receptor 2-negative Metastatic Breast Cancer in Japan. *Pharmacoeconomics*, 36 (9), p. 1113-1124.
7. **Matter-Walstra K, Ruhstaller T, Klingbiel D, et al.** (2016). Palbociclib as a first-line treatment in oestrogen receptor-positive, HER2-negative, advanced breast cancer not cost-effective with current pricing: a health economic analysis of the Swiss Group for Clinical Cancer Research (SAKK). *Breast Cancer Res Treat*, 158 (1), p. 51-57.
8. **Xie J, Hao Y, Zhou Z Y, et al.** (2015). Economic Evaluations of Everolimus Versus Other Hormonal Therapies in the Treatment of HR⁺/HER2⁻ Advanced Breast Cancer From a US Payer Perspective. *Clin Breast Cancer*, 15 (5), p. e263-276.
9. **Zeeshan Butt S F H, Shumaila A, Muhammad RK, et al.** (2012). Breast cancer

risk factors: a comparison between pre-menopausal and post-menopausal women. Journal Of Pakistan Medical Association, 62 (2), p. e120.

10. Zhang J, Huang Y, Wang C, et al. (2017). Efficacy and safety of endocrine monotherapy as first-line treatment for hormone-sensitive advanced breast cancer: A network meta-analysis. Medicine (Baltimore), 96 (33), pp. e7846.

U MÔ ĐỆM KHỔNG LỒ CỦA TÁ TRÀNG: CA LÂM SÀNG HIẾM GẶP VÀ ĐIỂM LẠI Y VĂN

Nguyễn Hoàng¹, Nguyễn Đức Anh¹

TÓM TẮT

U mô đệm đường tiêu hóa (Gastrointestinal stromal tumors -GIST) có nguồn gốc từ tế bào kẽ Cajal hay tế bào giống Cajal (Cajal-like), nằm trong lớp cơ trơn của ống tiêu hóa (1). GIST thường xuất hiện ở bệnh nhân (BN) độ tuổi từ 55- 60 tuổi, hiếm gặp ở bệnh nhân dưới 40 tuổi. Vị trí hay gặp nhất là dạ dày (60%), ruột non (30%), tá tràng (5%), trực tràng (5%) và thực quản khoảng dưới 1% (2). GIST tá tràng là bệnh lý hiếm gặp, chiếm khoảng 10-20% tổng số trường hợp GIST của ruột non, đặc biệt khối u có kích thước lớn trên 10cm lại càng ít gặp hơn (3). Tại đây chúng tôi trình bày một BN được chẩn đoán GIST tá tràng, khối u kích thước 10x15cm, nặng 1200gr. Từ đó điểm lại y văn nhằm giúp chẩn đoán sớm bệnh lý hiếm gặp này.

Từ khóa: GIST tá tràng, khổng lồ.

SUMMARY

GIANT STROMAL TUMOR OF THE DUODENUM: RARE CLINICAL CASE AND LITERATURE REVIEW

Gastrointestinal stromal tumors -GIST was at first attributed to Cajal's cells, in mesodermal tissue but it has nowadays been recognized that GISTs arise from multipotential mesenchymal stem cells. GISTs typically occur in older adults, and the median patient age in the major series has varied between 60–65 years. GISTs are relatively rare under the age 40 of years. GISTs in the stomach occur in 60%, 30% in the jejunum or ileum, 5% in the duodenum, 5% in the rectum, and <1% in the esophagus. Duodenal GIST comprises 10%-20% of small-intestinal GISTs. Giant duodenal GIST are rarely. We report a giant duodenal GIST and review of literature.

Keywords: duodenal GIST, giant

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

GIST được định nghĩa là các khối u trung mô đường tiêu hóa, thường dương tính với đột biến gen Kit (CD117) hoặc Kit và PDGFRA. GIST về

mặt mô học thay đổi từ các khối u tế bào hình thoi đến các khối u biểu mô và đa hình, có tính chất rất đa dạng dù xuất hiện ở bất kì vị trí nào trên đường tiêu hóa. Trước kia, GIST còn được gọi là u cơ trơn, u nguyên bào cơ trơn hoặc 'sarcoma' cơ trơn, vv. GIST có thể được phân biệt với các khối u trung mô bằng hóa mô miễn dịch: trái ngược với các khối u sarcoma, sarcoma cơ trơn và u nguyên bào cơ, chúng biểu thị gen Kit (CD117) trên nhuộm hóa mô miễn dịch (4). Tuy nhiên chỉ có GIST thực quản hoặc trực tràng mới thực sự được cho là có bản chất của cơ trơn, còn tại các vị trí khác bản chất GIST rất thay đổi. Kích thước khối u và hoạt động phân bào là những đặc điểm tiên lượng tốt nhất; khối u ruột non có mức độ ác tính hơn khối u dạ dày cùng kích thước. Triệu chứng lâm sàng của GIST thường gặp khi có biến chứng như chảy máu tiêu hóa hoặc u vỡ gây viêm phúc mạc. Chẩn đoán trước mổ chủ yếu dựa vào nội soi tiêu hóa và các phương pháp chẩn đoán hình ảnh lát cắt như cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ. Khi chưa có bằng chứng di căn, phẫu thuật là phương pháp điều trị duy nhất. Qua một trường hợp BN có khối u khổng lồ tính chất GIST, chúng tôi trình bày và điểm lại y văn về bệnh lý này.

II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam, 64 tuổi, giới tính nam, đến khám với lý do đau tức vùng thượng vị và hạ sườn trái 2 tuần. Bệnh nhân không có biểu hiện nôn, không sốt, không đại tiện phân đen. Khám lâm sàng khi vào viện bệnh nhân thể trạng trung bình, BMI 23,5kg/m², bụng không chướng, ấn tức vùng thượng vị và hạ sườn trái. Trên phim chụp cộng hưởng từ (CHT) ổ bụng có hình ảnh khối cạnh D3-D4 tá tràng kích thước 13x15x7cm, nhiều thùy múi, ranh giới không rõ với D3- D4 tá tràng, thâm nhiễm tổ chức mỡ xung quanh. Các xét nghiệm máu và chất chỉ điểm khối u trong giới hạn bình thường.

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng

Email: drhoangnt29@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 1.12.2022

Ngày duyệt bài: 12.12.2022