

KẾT QUẢ SỐNG THÊM VÀ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI BIỂU MÔ VÂY GIAI ĐOẠN MUỘN ĐIỀU TRỊ BƯỚC MỘT PACLITAXEL - CARBOPLATIN

Đỗ Hùng Kiên^{1,✉}, Nguyễn Văn Tài²

Bệnh viện K

Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả sống thêm và phân tích một số yếu tố tiên lượng trên bệnh nhân ung thư phổi biểu mô vảy giai đoạn muộn điều trị hoá chất bước một phác đồ paclitaxel - carboplatin tại Bệnh viện K từ 01/2017 đến 05/2022. Hồi cứu kết hợp tiến cứu 65 bệnh nhân ung thư phổi biểu mô vảy giai đoạn muộn được chẩn đoán và điều trị bước một phác đồ paclitaxel - carboplatin tại Bệnh viện K từ 01/2017 đến 05/2022. Kết quả cho thấy, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung bình $4,89 \pm 1,5$ tháng, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung vị $4,6$ tháng. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là $13,2 \pm 1,1$ tháng, thời gian sống thêm toàn bộ trung vị là $11,2$ tháng. Tỷ lệ thời gian sống thêm toàn bộ thời điểm 1 năm là $54,8\%$. Thể trạng bệnh nhân trước điều trị là yếu tố tiên lượng ảnh hưởng đến sống thêm toàn bộ có ý nghĩa thống kê. Ung thư phổi biểu mô vảy giai đoạn muộn có tiên lượng xấu, thời gian sống thêm toàn bộ tương đối thấp.

Từ khóa: ung thư phổi biểu mô vảy, giai đoạn tái phát/di căn, Bệnh viện K, paclitaxel - carboplatin.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là một loại ung thư thường gặp nhất và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư ở phạm vi toàn cầu. Theo GLOBOCAN 2020, tại Việt Nam, ung thư phổi đứng hàng thứ 2 chỉ sau ung thư gan với tỷ lệ mắc mới chiếm $15,4\%$ tổng số ung thư nhưng tỉ lệ tử vong lên đến $19,4\%$.¹

Theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới, mô bệnh học của UTP được chia làm hai nhóm chính là UTP tế bào nhỏ (TBN) và UTP không tế bào nhỏ (KTBN), trong đó UTPKTBN chiếm khoảng 80% . Trong UTPKTBN, ung thư biểu mô vảy chiếm tỷ lệ khoảng 30% các trường hợp, tiên lượng bệnh xấu hơn so với ung thư phổi biểu mô tuyến, thường không áp dụng các biện pháp điều trị đích bằng thuốc trọng lượng phân tử nhỏ.²⁻⁵

Các nghiên cứu trên thế giới về ung thư phổi không tế bào nhỏ, trong đó có nhóm tế bào vảy giai đoạn muộn cho thấy vai trò của hoá chất bước 1 bộ đôi platinum. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung vị khoảng 4 - 5 tháng với tỷ lệ đáp ứng $30 - 40\%$.^{6,7} Một số phác đồ thường áp dụng giữa carboplatin với các hoá chất paclitaxel, gemcitabine, docetaxel... Hầu hết các nghiên cứu bao gồm ung thư phổi không tế bào nhỏ, trong đó dưới nhóm ung thư biểu mô tế bào vảy gần như ít đánh giá và phân tích chi tiết về đáp ứng cũng như thời gian sống thêm.

Các nghiên cứu gần đây phân tích vai trò của điều trị miễn dịch trên bệnh nhân ung thư phổi tế bào vảy giai đoạn muộn. Theo nghiên cứu KEYNOTE-024 với nhóm bệnh nhân có bộc lộ miễn dịch PD-L1 cao $> 50\%$, điều trị bước 1 bằng pembrolizumab đơn trị hoặc phối hợp với hoá chất bộ đôi platinum cải thiện sống thêm toàn bộ so với nhóm điều trị hoá chất.⁸ Ngoài ra, theo nghiên cứu IMPOWER-110 cũng cho thấy vai trò atezolizumab so với hoá

Tác giả liên hệ: Đỗ Hùng Kiên

Bệnh viện K

Email: kiencc@gmail.com

Ngày nhận: 06/10/2022

Ngày được chấp nhận: 19/10/2022

trị trong ung thư phổi tế bào vảy có bộc lộ miễn dịch cao.⁷ Theo nghiên cứu KEYNOTE-407 đối với bệnh nhân có bộc lộ PD-L1 dưới 50% hoặc không bộc lộ PD-L1, điều trị pembrolizumab kết hợp hoá trị bộ đôi platinum có thời gian sống thêm trung vị 15,9 tháng cao hơn so với nhóm điều trị hoá chất là 11,3 tháng, khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ đáp ứng ở bệnh nhân phổi hợp pembrolizumab với hoá trị đạt 57,9% cao hơn so với hoá trị là 38,4%.⁸ Tại Việt Nam, liệu pháp miễn dịch còn chưa áp dụng nhiều vì chi phí cao, việc lựa chọn phác đồ hóa trị paclitaxel - carboplatin là lựa chọn hàng đầu trong điều trị ung thư phổi biểu mô vảy giai đoạn muộn.

Tại Bệnh viện K, chưa có nhiều đề tài đánh giá và phân tích riêng kết quả sống thêm và yếu tố tiên lượng trên nhóm bệnh nhân ung thư phổi biểu mô vảy giai đoạn muộn. Do đó, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả sống thêm và phân tích một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân ung thư phổi biểu mô vảy giai đoạn muộn điều trị hoá chất phác đồ paclitaxel - carboplatin tại Bệnh viện K từ 01/2017 đến 05/2022.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu bao gồm bệnh nhân ung thư phổi biểu mô vảy giai đoạn muộn được chẩn đoán và điều trị hoá chất bước 1 bằng phác đồ paclitaxel - carboplatin tại Bệnh viện K.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Chẩn đoán xác định bằng xét nghiệm mô bệnh học là ung thư biểu mô vảy của phổi.
- Không kể giới tính, tuổi ≥ 18 .
- Chẩn đoán giai đoạn IV hoặc tái phát, di căn theo AJCC phiên bản 8.
- Chỉ số toàn trạng theo thang điểm ECOG = 0; 1; 2.
- Có các tổn thương có thể đo được bằng các phương tiện chẩn đoán hình ảnh: CLVT,

MRI.

- Chức năng gan thận, tủy xương trong giới hạn cho phép điều trị.

- Tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Mức bệnh ung thư thứ 2.
- Di căn màng não.
- Mắc các bệnh lý mãn tính: suy tim, suy thận.

- Đã được điều trị trước đó.

- Không có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện K
- Thời gian nghiên cứu: từ 01/2017 đến 05/2022.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả, hồi cứu kết hợp tiến cứu.

Mẫu nghiên cứu: cỡ mẫu và cách chọn mẫu

Cỡ mẫu thuận tiện, ước tính khoảng 50 - 60 bệnh nhân theo tiêu chuẩn nghiên cứu.

Các bước tiến hành

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

- Sống thêm bệnh không tiến triển: thời gian từ lúc chẩn đoán bệnh cho đến khi bệnh tiến triển với phác đồ điều trị hoặc tử vong hoặc thời điểm kết thúc nghiên cứu bệnh nhân chưa tiến triển.

- Sống thêm toàn bộ: thời gian từ lúc chẩn đoán đến khi bệnh nhân tử vong hoặc thời điểm kết thúc nghiên cứu bệnh nhân chưa tử vong.

- Phân tích một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ thời gian sống thêm toàn bộ: nhóm tuổi, giới tính, số lượng cơ quan di căn xa, thể trạng, tình trạng bộc lộ PD-L1.

* *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:

Khai thác tiền sử và bệnh sử.

Xét nghiệm máu: công thức máu, sinh hóa máu.

Xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh đánh giá tổn thương trước điều trị: nội soi phế quản, chụp CLVT ngực bụng, MRI não...

Bước 2: Điều trị hóa chất phác đồ paclitaxel/ carboplatin

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.

Liều lượng:

Paclitaxel 175 - 200 mg/m² truyền tĩnh mạch ngày 1.

Carboplatin AUC 5, truyền tĩnh mạch ngày 1.

Chu kỳ 21 ngày

- Các phương pháp điều trị phối hợp: xạ não trong di căn não, xạ triệu chứng (chống chèn ép, ho máu, giảm đau...).

Bệnh nhân sau kết thúc 3 hoặc 6 chu kỳ hoá chất, hoặc khi có dấu hiệu bất thường được đánh giá đáp ứng điều trị theo tiêu chuẩn RECIST 1.1.

Đánh giá thời gian sống thêm: sống thêm bệnh không tiến triển và sống thêm toàn bộ.

Phân tích một số yếu tố liên quan đến thời gian sống thêm toàn bộ.

Các bệnh nhân tiến triển sau điều trị bước 1 hoặc kết thúc 4 - 6 đợt bệnh nhân kiểm soát bệnh sẽ được chỉ định hóa chất bước 2 đơn trị với các lựa chọn: docetaxel, gemcitabine, vinorelbine.

Xử lý số liệu

Các thuật toán thống kê được sử dụng như sau: ước lượng thời gian sống thêm theo Kaplan Meier. 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 ($\bar{x} \pm SD$). Sử dụng phần mềm SPSS 22.0.

3. Đạo đức nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân 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 bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được giải thích đầy đủ, rõ ràng về các lựa chọn điều trị tiếp theo, về quy 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

Qua thời gian nghiên cứu từ 01/2017 đến 05/2022, chúng tôi tiến hành đánh giá trên 65 bệnh nhân ung thư phổi biểu mô vảy giai đoạn muộn được điều trị hoá chất bước một phác đồ paclitaxel/carboplatin tại Bệnh viện K.

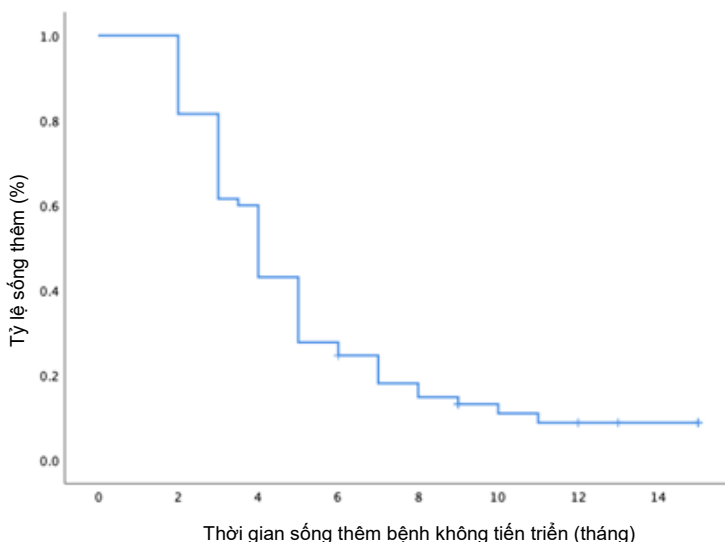
1. Thời gian sống thêm

Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển

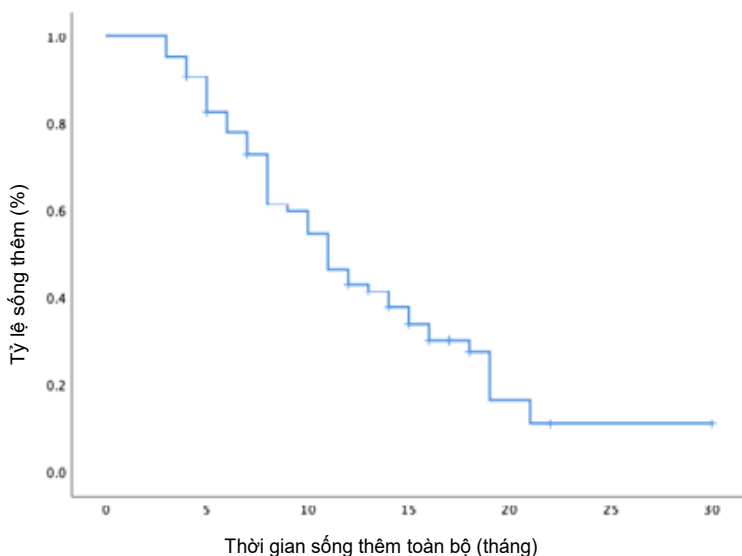
Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung vị 4,89 \pm 1,5 tháng, thời gian sống thêm trung vị 4,6 tháng. Tỷ lệ sống thêm bệnh không tiến triển thời điểm 6 tháng là 31,7% và thời điểm 1 năm là 10,9% (Biểu đồ 1).

Thời gian sống thêm toàn bộ

Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 13,2 \pm 1,1 tháng, thời gian sống thêm toàn bộ trung vị là 11,2 tháng. Tỷ lệ thời gian sống thêm toàn bộ thời điểm 1 năm là 54,8% (Biểu đồ 2).



Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển



Biểu đồ 2. Thời gian sống thêm toàn bộ

2. Phân tích mối liên quan giữa thời gian sống thêm toàn bộ và một số yếu tố

Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình nhóm bệnh nhân ECOG 0 cao hơn bệnh nhân ECOG 1 - 2 ($15,2 \pm 2,1$ tháng so với $7,15 \pm 1,6$ tháng), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,043$.

Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình nhóm bệnh nhân < 65 tuổi cao hơn nhóm ≥ 65

tuổi ($14,2 \pm 2,2$ tháng so với $10,3 \pm 1,7$ tháng), tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,572$. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình nhóm bệnh nhân nữ cao hơn nam giới ($15,3 \pm 2,3$ tháng so với $9,87 \pm 2,56$ tháng) tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,152$.

Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình nhóm bệnh nhân di căn xa 1 cơ quan cao hơn

Bảng 1. Mối liên quan giữa sống thêm toàn bộ và các yếu tố

Đặc điểm	Số bệnh nhân	OS trung bình (tháng)	p
Nhóm tuổi			
< 65 tuổi	51	14,2 ± 2,2	0,572
≥ 65 tuổi	14	10,3 ± 1,7	
Giới tính			
Nam	52	9,87 ± 2,56	0,152
Nữ	13	15,3 ± 2,3	
Số lượng di căn xa			
1 cơ quan	22	16,1 ± 3,1	0,07
> 1 cơ quan	43	9,55 ± 2,7	
Toàn trạng (ECOG)			
0	27	15,2 ± 2,1	0,043
1 - 2	38	7,15 ± 1,6	
Chỉ số PD-L1 (%)			
< 1%	15	11,15 ± 2,1	0,775
1 - 49%	16	9,89 ± 1,17	
≥ 50%	13	12,52 ± 2,2	

di căn nhiều cơ quan (16,1 ± 3,1 tháng so với 9,55 ± 2,7 tháng) tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,07$.

Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá chỉ số PD-L1 trên 44 bệnh nhân. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình nhóm 3 nhóm bệnh nhân phân chia theo mức độ bộc lộ PD-L1 không có sự khác biệt với $p = 0,775$.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của tác giả Luis Paz-Ares (2018) khi so sánh vai trò của pembrolizumab trên bệnh nhân ung thư phổi biểu mô vảy giai đoạn muộn, số liệu trên nhóm bệnh nhân chỉ điều trị hoá trị phác đồ paclitaxel/carboplatin cho thấy tỷ lệ sống thêm không tiến triển thời điểm 1 năm khoảng dưới 20%. Thời gian trung vị sống thêm không tiến triển là 4,8 tháng.⁶ Một

nghiên cứu ung thư phổi không tế bào nhỏ của Mohamed năm 2012, trong đó hơn 50% các bệnh nhân ung thư biểu mô vảy giai đoạn muộn, thời gian trung vị bệnh không tiến triển ở nhóm paclitaxel tuần/ carboplatin là 7 tháng (dao động 2,5 - 20) so với nhóm paclitaxel 3 tuần/ carboplatin là 5,6 tháng (2 - 13 tháng). Tỷ lệ sống thêm không tiến triển 1 năm nhóm paclitaxel 3 tuần là 15,3%.⁹ So sánh với các nghiên cứu ung thư phổi không tế bào nhỏ nói chung của tác giả R. Rosell năm 2002 với 38% ung thư biểu mô vảy, thời gian trung vị sống thêm bệnh không tiến triển là 3 tháng.¹⁰ Trong nghiên cứu của chúng tôi trên đối tượng ung thư phổi biểu mô vảy giai đoạn muộn được điều trị bước một với phác đồ paclitaxel/carboplatin, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung bình 4,89 ± 1,5 tháng, thời gian sống thêm trung

vị 4,6 tháng. Tỷ lệ sống thêm bệnh không tiến triển thời điểm 6 tháng là 31,7% và thời điểm 1 năm là 10,9%. Kết quả này tương tự với các báo cáo của các tác giả trên thế giới về ung thư biểu mô vảy, tuy nhiên thấp hơn so với thời gian PFS của ung thư biểu mô tuyến nói chung, cho thấy tiên lượng của nhóm bệnh này tương đối xấu khi tỷ lệ đột biến gen *EGFR*, *ALK* hiếm, tiến triển nhanh sau hoá trị.

Trong nghiên cứu của tác giả Luis Paz-Ares (2018), trong so sánh vai trò của pembrolizumab trên bệnh nhân ung thư phổi biểu mô vảy giai đoạn muộn, thời gian trung vị sống thêm toàn bộ là 11,3 tháng trên nhóm bệnh nhân chỉ điều trị với phác đồ paclitaxel/carboplatin. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ thời điểm 1 năm là 48,3%.⁶ Một nghiên cứu ung thư phổi không tế bào nhỏ của Mohamed năm 2012, trong đó hơn 50% các bệnh nhân ung thư biểu mô vảy giai đoạn muộn, thời gian trung vị toàn bộ ở nhóm paclitaxel tuần/ carboplatin là 10,8 tháng (dao động 4 - 37) so với nhóm paclitaxel 3 tuần/ carboplatin là 9 tháng (3 - 29 tháng). Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 1 và 2 năm nhóm paclitaxel 3 tuần lần lượt là 36,4% và 22,7%.⁹

So sánh với các nghiên cứu ung thư phổi không tế bào nhỏ nói chung của tác giả R. Rosell năm 2002 với 38% ung thư biểu mô vảy, thời gian trung vị sống thêm toàn bộ là 8,5 tháng. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ thời điểm 1 năm là 33%.¹⁰ Một nghiên cứu tại Pháp của tác giả P. Thomas năm 2001 cho thấy phác đồ paclitaxel/ carboplatin có thời gian trung vị sống thêm toàn bộ đạt 38 tháng trên bệnh nhân ung thư phổi tế bào nhỏ giai đoạn di căn, tỷ lệ sống thêm 1 năm đạt 22,5%.¹¹

Nghiên cứu của Salah Abbasi năm 2011 trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ nói chung, thời gian trung vị sống thêm toàn bộ cao hơn ở nhóm tuổi dưới 60, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,016$. Về nhóm tuổi, Salah

ghi nhận không có sự khác biệt giữa hai nhóm giới tính nam, nữ.¹² Nghiên cứu cũng phân tích yếu tố tiên lượng về số lượng cơ quan di căn, thời gian trung vị sống thêm toàn bộ ở nhóm có di căn 1 vị trí hay nhiều vị trí tương đồng nhau, không khác biệt. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian sống thêm toàn bộ trung bình nhóm bệnh nhân < 65 tuổi cao hơn nhóm ≥ 65 tuổi ($14,2 \pm 2,2$ tháng so với $10,3 \pm 1,7$ tháng), tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,572$. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình nhóm bệnh nhân nữ cao hơn nam giới ($15,3 \pm 2,3$ tháng so với $9,87 \pm 2,56$ tháng), tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,152$. Ngoài ra, khi phân tích dựa theo số lượng cơ quan di căn xa, thời gian sống thêm toàn bộ trung bình nhóm bệnh nhân di căn xa 1 cơ quan cao hơn di căn nhiều cơ quan ($16,1 \pm 3,1$ tháng so với $9,55 \pm 2,7$ tháng), tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,07$. Đây là yếu tố cần cân nhắc tiên lượng trước khi điều trị bệnh nhân.

Nghiên cứu của Salah Abbasi năm 2011 trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ nói chung, thời gian trung vị sống thêm toàn bộ cao hơn ở nhóm PS 0 điểm so với nhóm PS 1 và 2 điểm (8,3 tháng so với 6,7 tháng), tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Đối với nghiên cứu của chúng tôi, chúng tôi ghi nhận thời gian sống thêm toàn bộ trên nhóm thể trạng tốt (ECOG 0) dài hơn nhóm thể trạng xấu (ECOG 1 - 2), khác biệt có ý nghĩa thống kê. Sự khác biệt này có thể lý giải rằng đối với trường hợp thể trạng tốt, các bác sỹ sẽ ưu tiên điều trị với liều hoá trị đủ liều, ít gián đoạn trong quá trình điều trị. Đối với bệnh nhân ung thư phổi biểu mô vảy giai đoạn muộn, việc xét nghiệm PDL1 có vai trò quan trọng trong phân loại cũng như phối hợp với điều trị miễn dịch nếu bệnh nhân có điều kiện. Trong nghiên cứu của tác giả Luis Paz-Ares (2018), so sánh vai trò của

pembrolizumab trên bệnh nhân ung thư phổi biểu mô vảy giai đoạn muộn, tỷ lệ bệnh nhân có chỉ số PDL1 < 1% là 34,2 - 35,2%; chủ yếu gặp bệnh nhân có bộc lộ PD-L1 trong khoảng 1 - 49% (chiếm 63%), còn nhóm bệnh nhân có bộc lộ cao trên 50% chiếm 26,3%.⁶ Trong nghiên cứu này, chúng minh vai trò pembrolizumab kết hợp hoá trị kéo dài thời gian sống thêm so với hoá trị đơn thuần. Phân tích thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trên nhóm điều trị hoá trị paclitaxel/carboplatin đơn thuần, thời gian trung vị của 3 nhóm lần lượt là 5,3 tháng; 5,2 tháng và 4,2 tháng. Về thời gian sống thêm toàn bộ trung vị của 3 nhóm lần lượt là 10,2 tháng; 11,6 tháng và chưa xác định (dao động 7,4 tháng - chưa xác định). Trong nghiên cứu của chúng tôi, mặc dù các bệnh nhân không điều trị bước một với pembrolizumab, tuy nhiên có một phần các bệnh nhân được đánh giá bộc lộ PD-L1, tuy nhiên qua phân tích chúng tôi ghi nhận không có sự khác biệt về thời gian sống thêm giữa các nhóm bệnh nhân có bộc lộ PD-L1 khác nhau.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 65 bệnh nhân ung thư phổi biểu mô vảy giai đoạn muộn được điều trị hoá chất bước một phác đồ paclitaxel/carboplatin tại Bệnh viện K, chúng tôi kết luận như sau: Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung bình $4,89 \pm 1,5$ tháng, thời gian sống thêm trung vị 4,6 tháng. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là $13,2 \pm 1,1$ tháng, thời gian sống thêm toàn bộ trung vị là 11,2 tháng. Tỷ lệ thời gian sống thêm toàn bộ thời điểm 1 năm là 54,8%. Thở trạng bệnh nhân trước điều trị là yếu tố tiên lượng ảnh hưởng đến sống thêm toàn bộ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates

of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2021;71:209-249. doi: 10.3322/caac.21660.

2. Cheng T-YD, Cramb SM, Baade PD, Youlten DR, Nwogu C, Reid ME. The international epidemiology of lung cancer: Latest trends, disparities, and tumor characteristics. *Journal of Thoracic Oncology*. 2016;11:1653-1671. doi: 10.1016/j.jtho.2016.05.021.

3. Lortet-Tieulent J, Soerjomataram I, Ferlay J, Rutherford M, Weiderpass E, Bray F. International trends in lung cancer incidence by histological subtype: Adenocarcinoma stabilizing in men but still increasing in women. *Lung Cancer*. 2014;84:13-22. doi: 10.1016/j.lungcan.2014.01.009.

4. Socinski MA, Obasaju C, Gandara D, Hirsch FR, Bonomi P, Bunn PA, Kim ES, Langer CJ, Natale RB, Novello S, et al. Current and emergent therapy options for advanced squamous cell lung cancer. *Journal of Thoracic Oncology*. 2018;13:165-183. doi: 10.1016/j.jtho.2017.11.111.

5. Soldera SV, Leighl NB. Update on the treatment of metastatic squamous non-small cell lung cancer in New Era of personalized medicine. *Frontiers in Oncology*. 2017;7.

6. Paz-Ares L, Luft A, Vicente D, Tafreshi A, Gümmüş M, Mazières J, Hermes B, Çay Şenler F, Csőszi T, Fülöp A, et al. Pembrolizumab plus chemotherapy for squamous non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2018;379:2040-2051. doi: 10.1056/NEJMoa1810865.

7. Herbst RS, Giaccone G, de Marinis F, Reinmuth N, Vergnenegre A, Barrios CH, Morise M, Felip E, Andric Z, Geater S, et al. Atezolizumab for first-line treatment of PD-L1 - selected patients with NSCLC. *N Engl J Med*. 2020;383:1328-1339. doi: 10.1056/NEJMoa1917346.

8. Reck M, Rodríguez-Abreu D, Robinson

AG, Hui R, Csösz T, Fülöp A, Gottfried M, Peled N, Tafreshi A, Cuffe S, et al. Pembrolizumab versus Chemotherapy for PD-L1 -positive non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med*. 2016;375:1823-1833. doi: 10.1056/NEJMoa1606774.

9. El-Shenshawy HM, Taema S, El-Zahaf E, El-Beshbeshi W, Sharaf Eldeen D, Fathy A. Advanced non-small cell lung cancer in elderly patients: The standard every 3-weeks versus weekly paclitaxel with carboplatin. *Egyptian Journal of Chest Diseases and Tuberculosis*. 2012;61:485-493. doi: 10.1016/j.ejcdt.2012.08.019.

10. Rosell R, Gatzemeier U, Betticher DC, Keppler U, Macha HN, Pirker R, Berthet P, Breau JL, Lianes P, Nicholson M, et al. Phase

III randomised trial comparing paclitaxel/ carboplatin with paclitaxel/cisplatin in patients with advanced non-small-cell lung cancer: A cooperative multinational trial. *Annals of Oncology*. 2002;13:1539-1549. doi: 10.1093/annonc/mdf332.

11. Thomas P, Castelnau O, Paillot D, Léna H, Robinet G, Muir JF, Delaval P, Gouva S, Balmes P, Blanchon F, et al. Phase II trial of paclitaxel and carboplatin in metastatic small-cell lung cancer: A groupe français de pneumo-cancérologie study. *J Clin Oncol*. 2001;19:1320-1325. doi: 10.1200/JCO.2001.19.5.1320.

12. Abbasi S, Badheeb A. Prognostic factors in advanced non-small-cell lung cancer patients: Patient characteristics and type of chemotherapy. *Lung Cancer Int*. 2011;2011:152125. doi: 10.4061/2011/152125.

Summary

SURVIVAL AND PROGNOSTIC FACTORS IN RECURRENT/ METASTATIC SQUAMOUS CELL LUNG CANCER PATIENTS AFTER FIRST-LINE PACLITAXEL - CARBOPLATIN CHEMOTHERAPY

This study aimed to evaluate survival outcomes and analyze prognostic factors in 65 patients recurrent/ metastatic squamous cell lung cancer and received first-line paclitaxel - carboplatin chemotherapy at National Cancer Hospital from 01/2017 to 05/2022. This was retrospective study conducted from 01/2017 to 05/2022. The results showed that the average progression-free survival (PFS) was 4.89 ± 1.5 months and the median PFS was 4.6 months. The average overall survival (OS) was 13.2 ± 1.1 months and the median OS was 11.2 months. The 1-year OS rate was 54.8%. Survival is significantly associated with the patient's condition before treatment. Recurrent/metastatic squamous cell lung cancer typically has poor prognosis with low progression-free survival and overall survival.

Keywords: Squamous cell lung cancer, recurrent/ metastatic stage, National Cancer Hospital, paclitaxel-carboplatin.