

BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA PHÁC ĐỒ CHỨA RAMUCIRUMAB TRONG UNG THƯ DẠ DÀY GIAI ĐOẠN MUỘN TẠI BỆNH VIỆN K

Đỗ Anh Tú và Vũ Huyền Trang[✉]

Bệnh viện K

Ramucirumab là một kháng thể đơn dòng gắn với VEGFR-2 đã chứng minh được hiệu quả trong nhiều loại ung thư như ung thư dạ dày, ung thư phổi, ung thư đại trực tràng. Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 22 bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn muộn tại bệnh viện K từ tháng 3/2023 đến tháng 6/2024 được điều trị bằng phác đồ chứa ramucirumab. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $60,1 \pm 8,8$ tuổi. Phần lớn bệnh nhân ở giai đoạn 4, chiếm tỷ lệ 77,3%. Các phác đồ được sử dụng là paclitaxel-ramucirumab, irinotecan-ramucirumab và ramucirumab đơn trị với tỷ lệ lần lượt là 68,2%, 22,7% và 9,1%. Số chu kỳ ramucirumab được sử dụng trung bình là 7. Tỷ lệ đáp ứng (ORR) là 31,8%, bệnh ổn định đạt 22,7%, kiểm soát bệnh đạt 54,5%. Trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS) đạt 3,2 tháng. Trung vị sống còn toàn bộ (OS) đạt 8,5 tháng.

Từ khóa: Ung thư dạ dày, ramucirumab.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là loại ung thư phổ biến trên thế giới với hơn 90% là ung thư biểu mô. Theo thống kê của GLOBOCAN Việt Nam năm 2022, ung thư dạ dày đứng thứ 5 về tỷ lệ mới mắc - hàng năm có khoảng 16.277 ca ung thư dạ dày mới - chiếm 9,0%.¹ Tuy nhiên, tỷ lệ tử vong đứng thứ 3 trong các bệnh ung thư với 13.264 ca tử vong mỗi năm. Điều này phản ánh mức độ phổ biến cũng như ác tính cao của ung thư dạ dày. Đối với ung thư dạ dày tiến triển không có khả năng phẫu thuật hoặc tái phát di căn, các liệu pháp điều trị toàn thân đóng vai trò chủ đạo. Từ lâu, phác đồ hóa chất nền tảng với fluoropyrimidine (5FU) và platin được coi là phác đồ tiêu chuẩn cho điều trị bước 1 ở ung thư dạ dày. Không có nhiều lựa chọn điều trị sau thất bại với bước 1 với trung vị sống còn

thường nhỏ hơn 6 tháng.^{2,3} Trong thời gian qua, với sự hiểu biết ngày càng sâu rộng về sinh học phân tử, các liệu pháp điều trị đích và miễn dịch đã và đang được ứng dụng, mang lại những cải thiện rõ rệt về tiên lượng bệnh ung thư. Tuy nhiên với ung thư dạ dày giai đoạn muộn, những lợi ích này còn khá khiêm tốn, một lí do nữa liên quan chi phí điều trị tốn kém nên các liệu pháp điều trị mới chưa ứng dụng rộng rãi ở Việt Nam. Ramucirumab là kháng thể đơn dòng tái tổ hợp của lớp IgG1 gắn với các VEGFR-2, ái lực của cao gấp 8 lần so với VEGF-A ngăn chặn kích hoạt thụ thể, dẫn tới ức chế sự quá trình tân tạo mạch máu cũng như tăng trưởng và di chuyển của tế bào ung thư.⁴ Qua thử nghiệm REGARD và RAINBOW thuốc được FDA phê duyệt cho chỉ định sử dụng đơn trị liệu hoặc kết hợp với paclitaxel bước 2 ung thư dạ dày giai đoạn di căn xa, tiến triển tại vùng không phẫu thuật được hoặc thất bại sau một phác đồ có 5FU hoặc platin (bước 2 và các bước tiếp theo) lần lượt vào tháng 4 và tháng

Tác giả liên hệ: Vũ Huyền Trang

Bệnh viện K

Email: vuhuyentrang.hmu@gmail.com

Ngày nhận: 01/07/2024

Ngày được chấp nhận: 12/07/2024

10 năm 2014. Tuy nhiên phải đến gần một thập kỷ sau đó, năm 2023 ramucirumab mới có mặt ở Việt Nam và đã có một số bệnh nhân ung thư dạ dày tại bệnh viện K được sử dụng thuốc. Vì tính mới và số lượng bệnh nhân dùng thuốc còn hạn chế nên chưa có một nghiên cứu nào thống kê cũng như đánh giá hiệu quả của thuốc này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với 2 mục tiêu:

1) Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển thất bại sau phác đồ có 5FU hoặc platin được điều trị với phác đồ chứa ramucirumab.

2) Đánh giá kết quả điều trị của phương pháp này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

22 bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn muộn được điều trị với phác đồ chứa ramucirumab bước 2 trở đi.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư dạ dày giai đoạn 3 quá chỉ định phẫu thuật hoặc di căn đã điều trị thất bại với phác đồ trước đó chứa 5 FU/platinum hoặc tái phát trong vòng 6 tháng từ khi kết thúc điều trị hỗ trợ.

- Được điều trị bằng phác đồ chứa ramucirumab liều 8mg/kg mỗi 2 tuần kết hợp với paclitaxel hoặc irinotecan hoặc đơn trị. Điều trị tối thiểu 2 chu kỳ thuốc ramucirumab.

- Tuổi \geq 18, PS 0-2, chức năng gan, thận huyết học cho phép điều trị thuốc.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có 2 ung thư trở lên.
- Bệnh nhân có di căn não.
- Mắc các bệnh khác có nguy cơ tử vong trong thời gian gần hoặc huyết khối động mạch trong vòng 6 tháng trước khi vào nghiên cứu.

- Bệnh nhân kết thúc điều trị không vì lý do chuyên môn.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả hồi cứu loạt ca bệnh.

Thời gian nghiên cứu

Tháng 3/2023 - tháng 6/2024.

Cỡ mẫu: thuận tiện. Nghiên cứu thu nhận 22 bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn nghiên cứu.

Phác đồ được sử dụng trong nghiên cứu: bệnh nhân được sử dụng 1 trong 3 phác đồ sau:

- Paclitaxel 80 mg/m² ngày 1, 8, 15 chu kỳ 28 ngày kết hợp ramucirumab 8 mg/kg ngày 1, 15 chu kỳ 28 ngày.

- Ramucirumab 8 mg/kg mỗi 2 tuần.

- Irinotecan 150 mg/m² kết hợp ramucirumab 8 mg/kg mỗi 2 tuần.

Chỉ số nghiên cứu:

Theo mục tiêu 1:

- Lâm sàng: tuổi, giới.

- Cận lâm sàng: độ mô bệnh học, xét nghiệm HER2, MSI/CPS, kết quả chẩn đoán hình ảnh đánh giá vị trí di căn.

- Đặc điểm điều trị trước đó: phẫu thuật, hóa chất, thời gian tiến triển.

Theo mục tiêu 2:

- Tên phác đồ điều trị, bước điều trị thứ mấy.

- Ghi nhận kết quả điều trị của phác đồ.

- Theo dõi sau tiến triển: các điều trị tiếp theo đó, tình trạng sống còn tại thời điểm kết thúc nghiên cứu.

- Đánh giá đáp ứng điều trị mỗi 6 - 8 tuần hoặc khi có triệu chứng bất thường theo tiêu chuẩn RECIST 1.1.

- Phân tích sống thêm theo phương pháp Kaplan - Meier.

Xử lý số liệu

Nghiên cứu sử dụng phần mềm xử lý số liệu SPSS 20.0.

3. Đạo đức nghiên cứu

Phác đồ nghiên cứu được chấp thuận và ban hành trong hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của Bộ Y tế. Việc tiến hành nghiên cứu có

xin phép và được sự đồng ý của lãnh đạo Bệnh viện K. Thông tin về tình trạng bệnh và thông tin cá nhân khác của bệnh nhân được giữ bí mật. Các thông tin thu được của bệnh nhân chỉ nhằm mục đích nghiên cứu để nâng cao chất lượng điều trị cho bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ**Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân**

	Đặc điểm	Số ca (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 40	1	4,5
	40 - 49	2	9,1
	50 - 59	5	22,7
	60 - 69	11	50
	≥ 70	3	13,7
Giới	Nam	16	72,7
	Nữ	6	27,3
Giai đoạn	3 không mổ được	3	13,6
	3 nối vị tràng	2	9,1
	4	17	77,3
U nguyên phát	Phẫu thuật	7	31,8
	Không phẫu thuật	15	68,2
Thời gian tiến triển từ phác đồ trước đó	< 6 tháng	14	63,6
	≥ 6 tháng	8	36,4
Vị trí di căn	Chỉ hạch	2	9,1
	Chỉ gan	3	13,6
	Phức mạc	11	50
	Nhiều vị trí	8	36,3
	Buồng trứng	2	9,1
Độ mô bệnh học	Biệt hóa cao, vừa	8	36,4
	Biệt hóa kém	11	50
	Không đánh giá	3	13,6
Xét nghiệm HER2	Âm tính	20	90,9
	Không đánh giá	2	9,1

	Đặc điểm	Số ca (n)	Tỷ lệ (%)
Xét nghiệm MSI/ CPS	MSS	6	27,2
	MSI-H	0	0
	CPS < 1	4	18,2
	CPS 1 - 10	2	9,1
	CPS > 10	1	4,5
	Không đánh giá	9	41
Điều trị với phác đồ	Paclitaxel - ramucirumab	15	68,2
	Irinotecan - ramucirumab	5	22,7
	Ramucirumab đơn trị	2	9,1
Bước điều trị	Bước 2	18	81,8
	Bước 3	4	18,2

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $60,1 \pm 8,8$ tuổi. Đa số các bệnh nhân ở giai đoạn 4, chiếm tỷ lệ là 77,3%. Các vị trí di căn thường gặp nhất là phúc mạc và gan. Tỷ lệ bệnh nhân có độ mô học u là kém biệt hóa

chiếm 50%. Phác đồ được sử dụng nhiều nhất là paclitaxel- ramucirumab chiếm tỷ lệ 68,2%. Số đợt ramucirumab trung bình được sử dụng là 7 đợt, trong đó ít nhất là 2 đợt và nhiều nhất là 16 đợt.

Bảng 2. Đáp ứng điều trị

Độ đáp ứng	Số ca (n)	Tỷ lệ (%)
Hoàn toàn	0	0
Một phần	7	31,8
Giữ nguyên	5	22,7
Tiến triển	10	45,5
Tổng	22	100

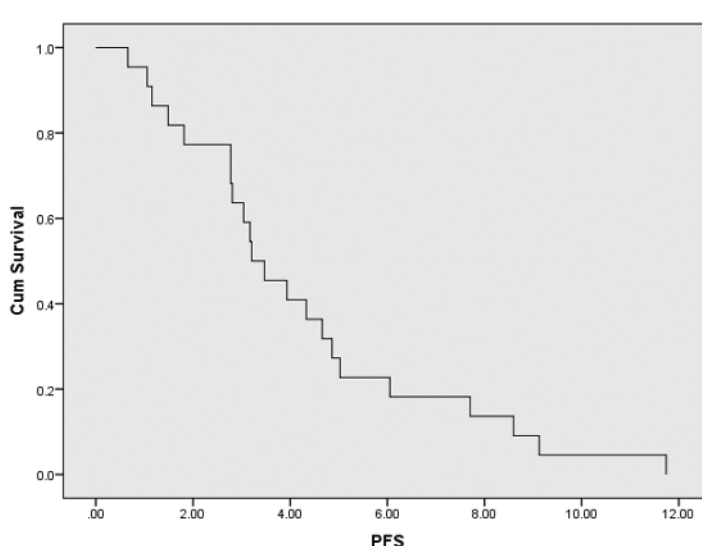
Không có bệnh nhân nào đạt đáp ứng hoàn toàn. Tỷ lệ đáp ứng là 31,8%. Tỷ lệ kiểm soát bệnh là 54,5%.

Bảng 3. Kết quả sống còn

	Trung vị (tháng)	95% CI (tháng)
PFS	3,2	2,2 – 4,2
OS	8,5	4,6 -12,4

Phân tích dưới nhóm trên 15 bệnh nhân được điều trị phác đồ paclitaxel - ramucirumab có tỷ lệ đáp ứng là 40%, kiểm soát bệnh là 60%, trung vị

PFS là 3,5 tháng (95% CI: 2 - 4,9 tháng) và trung vị OS là 10 tháng (95% CI: 4,9 - 15,1 tháng). Tỷ lệ sống còn tại thời điểm 6 tháng đạt 64,2%.



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

Bảng 5. Trung vị PFS của các dưới nhóm

Đặc điểm di căn	Trung vị PFS (tháng)	p
Di căn gan	3,2	0,825
Không di căn gan	3,9	
Di căn 1 vị trí (trừ phúc mạc)	4,9	0,53
Di căn nhiều vị trí hoặc di căn phúc mạc	3,0	
Tiến triển sau 6 tháng	5,0	0,02
Tiến triển trước 6 tháng	2,7	

Nhóm có di căn phúc mạc, tiến triển trong vòng 6 tháng trong phác đồ điều trị trước đó hoặc di căn nhiều vị trí có PFS ngắn hơn nhóm

đối chứng. Tuy nhiên, sự khác biệt chỉ có ý nghĩa ở nhóm tiến triển trước 6 tháng với trung vị PFS = 2,7 tháng.

Bảng 6. Đặc điểm bệnh nhân sau tiến triển

	Số ca (n)	Tỷ lệ (%)	
Điều trị sau tiến triển	Hóa chất	8	36,4
	Pembrolizumab	1	4,5
	Ramucirumab + hóa chất	1	4,5
	Triệu chứng	12	54,6
Sống còn	Còn sống	9	40,9
	Đã tử vong	13	59,1

Sau khi tiến triển với phác đồ chứa ramucirumab đa số bệnh nhân điều trị hóa chất hoặc điều trị triệu chứng. Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu có tới gần 60% bệnh nhân đã tử vong.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thu nhận tất cả những bệnh nhân được sử dụng ramucirumab trong ung thư dạ dày tại Bệnh viện K từ khi thuốc có mặt. Vì vậy, cả những nhóm đối tượng có yếu tố tiên lượng xấu cũng được ghi nhận để đánh giá. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ di căn phúc mạc là 50% (11 bệnh nhân), không phẫu thuật cắt u nguyên phát là 68,2%, tiến triển trong vòng 6 tháng từ phác đồ điều trị trước đó là 63,6%, ung thư kém biệt hóa chiếm 50%. Nghiên cứu RAINBOW là nghiên cứu pha III với 330 bệnh nhân được điều trị với phác đồ paclitaxel - ramucirumab bước 2 trong ung thư dạ dày có đối tượng bệnh nhân đa dạng từ châu Âu, châu Á, châu Úc với tỷ lệ các bệnh nhân có di căn phúc mạc là 49%, ung thư kém biệt hóa là 56% và tiến triển trong vòng 6 tháng từ phác đồ trước đó là 76%.⁵ Như vậy, đối tượng đầu vào của 2 nghiên cứu phân tích trên một vài khía cạnh khá tương đồng. Không ghi nhận trường hợp nào có HER2 dương tính. Chỉ có 13/22 bệnh nhân được đánh giá tình trạng MSI/CPS. Điều này phản ánh thực trạng các bệnh nhân ung thư dạ dày chưa được đánh giá đầy đủ trước điều trị cũng như khả năng tiếp cận với thuốc miễn dịch trong ung thư dạ dày chưa nhiều. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ đáp ứng là 31,8%, tỷ lệ kiểm soát bệnh là 54,5%. Trung vị PFS và OS lần lượt là 3,2 tháng và 8,5 tháng. Chúng tôi phân tích dưới nhóm với 15 bệnh nhân được điều trị bằng phác đồ paclitaxel- ramucirumab với tỷ lệ kiểm soát bệnh là 60%, trung vị PFS và OS lần lượt là 3,5 tháng và 10 tháng, tỷ lệ sống còn tại 6 tháng là 64,2%. Đối chiếu với kết quả của nghiên cứu

RAINBOW đạt được kết quả điều trị với tỷ lệ đáp ứng là 28%, tỷ lệ kiểm soát bệnh là 80%, trung vị PFS đạt 4,4 tháng, trung vị OS đạt 9,6 tháng và tỷ lệ sống còn tại thời điểm 6 tháng đạt 72%. Nghiên cứu RAINBOW chỉ ra những yếu tố tiên lượng xấu với điều trị là tiến triển trong vòng 6 tháng với điều trị trước đó, di căn phúc mạc/di căn nhiều vị trí hoặc đã phẫu thuật cắt u nguyên phát. Kết quả kiểm soát bệnh cũng như trung vị PFS trong nghiên cứu này thấp hơn nghiên cứu RAINBOW có lẽ do chúng tôi thu nhận cả những bệnh nhân điều trị bước 3. Phân tích dưới nhóm của nghiên cứu RAINBOW trên 2 nhóm là bệnh nhân Nhật Bản và người da trắng (châu Âu, Úc, Mỹ) thì nhóm bệnh nhân Nhật Bản có tiên lượng tốt hơn hẳn với ORR là 41,2% và sống còn tại thời điểm 6 tháng 94,1% trong khi nhóm kia là 28,6% và 66%.⁶ Các tác giả lý giải là nhóm bệnh nhân Nhật Bản “khỏe mạnh” hơn - gánh nặng u thấp hơn khi được tuyển chọn vào nghiên cứu. Tuy nhiên, không có bệnh nhân Việt Nam nào trong nghiên cứu RAINBOW. RAMoss là nghiên cứu đời thực tiến hành tại Italia năm 2018 thu nhận cả những bệnh nhân điều trị paclitaxel - ramucirumab (150 bệnh nhân) hoặc ramucirumab đơn trị (17 bệnh nhân) có kết quả tỷ lệ kiểm soát bệnh là 59,4%. Trung vị PFS và OS lần lượt là 4,3 tháng và 8 tháng.⁷ Sự có mặt của di căn phúc mạc là yếu tố tiên lượng xấu. Kết quả của chúng tôi cũng ghi nhận các yếu tố tiên lượng xấu là di căn phúc mạc, tiến triển trong vòng 6 tháng trong phác đồ điều trị trước đó hoặc di căn nhiều vị trí. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi với cỡ mẫu nhỏ nên sự khác biệt không có ý nghĩa.

Vai trò của ramucirumab khi điều trị đơn trị trong ung thư dạ dày cũng được thể hiện qua kết quả của nghiên cứu REGARD với trung vị OS là 5,2 tháng so với chăm sóc triệu chứng là 3,8 tháng.⁸ Kết quả của nghiên cứu pha II tiến hành trên 35 bệnh nhân ung thư dạ dày tại Nhật Bản được điều trị bằng ramucirumab kết hợp

với irinotecan cũng mang lại kết quả đầy hứa hẹn với tỷ lệ đáp ứng là 26%, tỷ lệ kiểm soát bệnh là 85%, trung vị PFS và OS lần lượt là 4,2 và 9,6 tháng.⁹ Thực tế, chúng tôi thấy rằng việc điều trị bằng ramucirumab kết hợp với irinotecan giúp giảm số lần bệnh nhân phải nhập viện điều trị hơn so với kết hợp với paclitaxel tuy nhiên dung nạp của bệnh nhân với phác đồ paclitaxel hàng tuần thường cao hơn. Điều này cũng được thể hiện qua nghiên cứu pha III WJOG 4007 so sánh phác đồ irinotecan mỗi 2 tuần với paclitaxel ngày 1, 8, 15 mỗi 4 tuần thì phác đồ paclitaxel có ít tác dụng phụ hơn.¹⁰ Có lẽ đó là nguyên nhân các tác giả trong nghiên cứu RAINBOW lại lựa chọn hóa chất kết hợp với ramucirumab là paclitaxel. Trong các bệnh nhân của chúng tôi, bệnh nhân được điều trị lâu nhất lên tới 16 chu kỳ ramucirumab được cá thể hóa điều trị bằng ramucirumab kết hợp với irinotecan mỗi 3 tuần, tuy nhiên bệnh nhân phải giảm liều và gián đoạn điều trị 1 lần do độc tính sót hạ bạch cầu độ 4 và tiêu chảy độ 2.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 22 bệnh nhân UTDD giai đoạn muộn được điều trị bằng phác đồ chứa ramucirumab, bước đầu chúng tôi rút ra những kết luận sau: Tỷ lệ đáp ứng chung đạt 31,8%, tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 54,5%. Trung vị PFS đạt được 3,2 tháng, trung vị OS đạt 8,5 tháng. Các yếu tố tiên lượng tốt với PFS bao gồm không di căn phúc mạc, tiến triển sau 6 tháng từ phác đồ trước đó hoặc di căn đơn vị trí. Phác đồ điều trị chứa ramucirumab mang thêm cơ hội cho UTDD giai đoạn muộn. Cần có thêm nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, thời gian theo dõi dài hơn để có thể đưa ra kết luận đầy đủ hơn về lựa chọn điều trị cho các bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn muộn tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al.

Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA. Cancer J. Clin.* 2024; 74:229-263. doi: 10.3322/caac.21834.

2. Ford H E R, Marshall A, Bridgewater J A, et al. Docetaxel versus active symptom control for refractory oesophagogastric adenocarcinoma (COUGAR-02): an open-label, phase 3 randomised controlled trial. *Lancet Oncol.* 2014; 15: 78-86. doi: 10.1016/S1470-2045(13)70549-7.

3. Thuss-Patience P C, Kretschmar A, Bichev D, et al. Survival advantage for irinotecan versus best supportive care as second-line chemotherapy in gastric cancer – A randomised phase III study of the Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie (AIO). *Eur. J. Cancer.* 2011; 47:2306-2314. doi: 10.1016/j.ejca.2011.06.002.

4. Spratlin J L, Roger B Cohen, Matthew Eadens, et al. Phase I Pharmacologic and Biologic Study of Ramucirumab (IMC-1121B), a Fully Human Immunoglobulin G1 Monoclonal Antibody Targeting the Vascular Endothelial Growth Factor Receptor-2. *J. Clin. Oncol.* 2010; 28:780-787. doi: 10.1200/JCO.2009.23.7537.

5. Wilke H, Muro K, Cutsem E V, et al. Ramucirumab plus paclitaxel versus placebo plus paclitaxel in patients with previously treated advanced gastric or gastro-oesophageal junction adenocarcinoma (RAINBOW): a double-blind, randomised phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 2014; 15:1224-1235. doi: 10.1016/S1470-2045(14)70420-6.

6. Shitara K, Muro K, Shimada Y, et al. Subgroup analyses of the safety and efficacy of ramucirumab in Japanese and Western patients in RAINBOW: a randomized clinical trial in second-line treatment of gastric cancer. *Gastric Cancer.* 2016; 19:927-938. doi:

10.1007/s10120-015-0559-z.

7. Di Bartolomeo M, Niger M, Tirino G, et al. Ramucirumab as Second-Line Therapy in Metastatic Gastric Cancer: Real-World Data from the RAMoss Study. *Target. Oncol.* 2018; 13: 227-234. doi: 10.1007/s11523-018-0562-5.

8. Fuchs C S, Tomasek J, Yong C J, et al. Ramucirumab monotherapy for previously treated advanced gastric or gastro-oesophageal junction adenocarcinoma (REGARD): an international, randomised, multicentre, placebo-controlled, phase 3 trial. *The Lancet.* 2014; 383: 31-39. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61719-5.

9. Kawamoto Y, Yuki S, Sawada K, et al.

Results of a phase II trial of ramucirumab plus irinotecan as second-line treatment for patients with advanced gastric cancer (HGCSG 1603). *J. Clin. Oncol.* 2021; 39: 217-217. doi: 10.1200/JCO.2021.39.3_suppl.217.

10. Hironaka S, Ueda S, Yasui H, et al. Randomized, open-label, Phase III study comparing irinotecan with paclitaxel in patients with advanced gastric cancer without severe peritoneal metastasis after failure of prior combination chemotherapy using fluoropyrimidine plus platinum: WJOG 4007 Trial. *J. Clin. Oncol. Off. J. Am. Soc. Clin. Oncol.* 2013; 31. doi: 10.1200/JCO.2012.48.5805.

Summary

INITIAL EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF RAMUCIRUMAB IN ADVANCED GASTRIC CANCER AT K HOSPITAL

Ramucirumab is a monoclonal antibody that binds to VEGFR-2 has been proven to be effective in the treatment of many types of cancer such as stomach, lung, and colorectal cancers. This is a retrospective descriptive study of 22 patients with advanced stage of gastric cancer at K Hospital treated with a regimen containing ramucirumab from March 2023 to June 2024. The median age was 60.1 ± 8.8 years old. The majority of patients are in stage 4, accounting for 77.3%. The percentage of patient who use regimen paclitaxel - ramucirumab, irinotecan - ramucirumab, ramucirumab monotherapy was 68.2%, 22.7% and 9.1%, respectively. The mean cycle ramucirumab is 7. Objective response rate (ORR) was 31.8%. Stable disease was observed in 22.7% of patients with a disease control rate of 54.5%. Median progression free survival (PFS) was 3.2 months, whereas median overall survival (OS) was 8.5 months.

Keywords: Gastric cancer, ramucirumab.