

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CÙNG CỐ DURVALUMAB SAU HÓA XẠ ĐỒNG THỜI UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN III

Trần Thị Hậu^{1,✉}, Đỗ Hùng Kiên², Nguyễn Thị Thu Hường²

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Điều trị tiêu chuẩn bệnh ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III không phẫu thuật được là hóa xạ đồng thời và điều trị cùng cố durvalumab nếu bệnh không tiến triển sau hóa xạ đồng thời. Hiện nay có rất ít nghiên cứu về bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ được điều trị durvalumab tại Việt Nam. Nghiên cứu nhằm đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị cùng cố durvalumab trên nhóm bệnh nhân Việt Nam. Đây là nghiên cứu mô tả có theo dõi dọc trên 49 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III được điều trị cùng cố durvalumab tại Bệnh viện K từ tháng 3/2021 đến tháng 3/2025 nhằm đánh giá hiệu quả và khả năng dung nạp của phác đồ. Nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình là $60,9 \pm 9,7$ tuổi, phần lớn bệnh nhân ở lứa tuổi trẻ < 65 tuổi chiếm 61,2 %. Nam giới chiếm 81,6%. Hút thuốc lá chiếm 71,4%. 75,5% bệnh nhân có ECOG = 0. Ung thư biểu mô tuyến là mô bệnh học thường gặp nhất chiếm 81,6%. Giai đoạn IIIB chiếm 57,1%. Đột biến EGFR và ALK chiếm 24,5% bệnh nhân. PD-L1 dương tính chiếm 22,4%. Tỷ lệ đáp ứng là 46,9%, tỷ lệ kiểm soát bệnh là 91,8%. Trung vị PFS là 26 tháng, trung vị OS chưa đạt tới. Tác dụng không mong muốn ở mọi mức độ chiếm 61,2%; tác dụng không mong muốn dẫn tới ngừng điều trị chiếm 6,1%; tác dụng không mong muốn độ 3-4 thường gặp nhất là viêm phổi chiếm 6,1%. Điều trị cùng cố durvalumab sau hóa xạ đồng thời ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III là phương pháp điều trị hiệu quả, với các tác dụng không mong muốn có thể kiểm soát được.

Từ khóa: Ung thư phổi không tế bào nhỏ, điều trị cùng cố durvalumab, PD-L1.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBNN) giai đoạn III chiếm 1/3 trong tổng số bệnh nhân ung thư phổi tại thời điểm chẩn đoán.¹ Trừ một số trường hợp giai đoạn IIIA có thể phẫu thuật được, điều trị tiêu chuẩn cho bệnh là điều trị hóa xạ đồng thời.² Tuy nhiên, điều trị hóa xạ đồng thời cho kết quả hạn chế với trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS) là 8 tháng và tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 5 năm là 15%.¹ Nhiều biện pháp điều trị được đặt ra với

mong muốn giúp kéo dài thời gian sống thêm cho bệnh nhân nhưng không có biện pháp nào đem lại hiệu quả cho đến khi có sự ra đời của thuốc miễn dịch durvalumab.

Durvalumab là kháng thể đơn dòng IgG1 ở người có ái tính chọn lọc cao với thụ thể PD-L1 và gắn với thụ thể PD-L1 nhằm khôi phục hoạt tính kháng u của tế bào T. Nghiên cứu tiền lâm sàng cho thấy hóa chất và xạ trị kích thích sự tăng bộc lộ PD-L1 của tế bào u do đó điều trị cùng cố durvalumab giúp khôi phục khả năng hoạt động chống u tối đa của tế bào T, do đó làm tăng hiệu quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III.³ Nghiên cứu pha III PACIFIC so sánh nhóm bệnh nhân ung thư

Tác giả liên hệ: Trần Thị Hậu

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: tranhauhmu@gmail.com

Ngày nhận: 09/05/2025

Ngày được chấp nhận: 16/07/2025

phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III được điều trị củng cố durvalumab so với nhóm giả dược cho thấy điều trị durvalumab giúp cải thiện thời gian sống thêm bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ với các tác dụng không mong muốn có thể quản lý được.^{4,5} Chính vì vậy, durvalumab đã được chấp thuận trong điều trị củng cố sau hóa xạ trị đồng thời cho bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III không thể phẫu thuật.

Tại Việt Nam, durvalumab cũng đã được Bộ Y Tế phê duyệt cho nhóm bệnh nhân này từ tháng 3/2021, và trên thực tế ngày càng có nhiều bệnh nhân được điều trị củng cố bằng durvalumab và đem lại kết quả khả quan. Nhằm hiểu rõ về đặc điểm bệnh nhân và hiệu quả của điều trị durvalumab trên nhóm bệnh nhân Việt Nam chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với 2 mục tiêu:

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III được điều trị củng cố durvalumab sau hoá xạ đồng thời.

2. Kết quả điều trị và tác dụng không mong muốn của phác đồ trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Gồm 49 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III, bệnh không có khả năng phẫu thuật, bệnh không tiến triển sau điều trị hóa xạ đồng thời được điều trị củng cố durvalumab tại Bệnh viện K từ tháng 3/2021 đến tháng 3/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Từ 18 tuổi trở lên.
- Được chẩn đoán xác định mô bệnh học ung thư phổi không tế bào nhỏ, giai đoạn III theo AJCC 2017.

- Bệnh nhân có bệnh không tiến triển sau hóa xạ đồng thời với liều tia xạ là 54 - 66Gy, có kết hợp ít nhất 2 chu kỳ hóa chất bộ đôi có platinum.

- Bệnh nhân được bắt đầu điều trị durvalumab sau khi kết thúc tia xạ cho đến khi bệnh tiến triển hoặc gặp các tác dụng không mong muốn gây đe dọa tính mạng, thời gian điều trị tối đa là 1 năm và tối thiểu là điều trị 2 chu kỳ.

- Chỉ số toàn trạng trước điều trị (ECOG PS): 0, 1 được ghi nhận trước khi bệnh nhân bắt đầu tham gia nghiên cứu.

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

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không dung nạp được thuốc miễn dịch như có bệnh tự miễn kèm theo hoặc các bệnh lý suy giảm miễn dịch nguyên phát.

- Bệnh nhân có bệnh lý nhiễm trùng không kiểm soát được hoặc có các độc tính từ độ 2 trở lên sau hóa xạ đồng thời.

- Phụ nữ có thai hoặc cho con bú.

- Bệnh nhân có bệnh ung thư thứ 2 kèm theo.

- Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả có theo dõi dọc.

Thời gian địa điểm nghiên cứu

Từ 03/2021 đến 03/2025 tại Bệnh viện K.

Mẫu nghiên cứu

Chọn mẫu thuận tiện, lấy được 49 bệnh nhân vào nghiên cứu.

Nội dung/chỉ số nghiên cứu:

- Thông tin đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bao gồm: tuổi, giới, chỉ số toàn trạng, đặc điểm khối u, tình trạng di căn hạch, tình trạng đột biến gen và mức độ bộc lộ PD-L1.

- Tỷ lệ đáp ứng là lệ phần trăm bệnh nhân có đáp ứng một phần hoặc đáp ứng hoàn toàn. Tỷ lệ kiểm soát bệnh là tỷ lệ phần trăm bệnh nhân có đáp ứng hoàn toàn hoặc đáp ứng một phần hoặc bệnh ổn định. Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển là khoảng thời gian từ lúc tham gia nghiên cứu đến khi bệnh tiến triển hoặc chết vì bất cứ nguyên nhân gì. Thời gian sống thêm toàn bộ là thời gian từ lúc tham gia nghiên cứu cho đến khi chết vì bất cứ nguyên nhân gì.

Độc tính của phác đồ: độc tính liên quan đến thuốc miễn dịch được đánh giá theo CTCAE phiên bản 4.0.

Quy trình tiến hành nghiên cứu:

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

Bước 2: Bệnh nhân được thu thập thông tin lâm sàng, cận lâm sàng.

Bước 3: Điều trị thuốc miễn dịch: Durvalumab liều 10 mg/kg mỗi 2 tuần hoặc 1500mg mỗi 4 tuần đến khi bệnh tiến triển hoặc không dung nạp được hoặc tối đa 12 tháng.

Bước 4: Đánh giá kết quả điều trị: đánh giá đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST1.1 (2009), ước lượng sống thêm bằng phương pháp Kaplan-Meier, đánh giá độc tính theo CTCAE phiên bản 4.0. Phương pháp Kaplan-Meier dùng để ước tính thời gian sống thêm của bệnh nhân dựa trên các mốc thời gian xảy ra sự kiện (thường là tử vong), kể cả khi có người mất theo dõi (censoring).

Cách tính thời gian sống thêm bằng Kaplan-Meier

Phương pháp Kaplan-Meier dùng để ước tính thời gian sống thêm của bệnh nhân dựa trên các mốc thời gian xảy ra sự kiện (thường là tử vong), kể cả khi có người mất theo dõi (censoring). Tại mỗi thời điểm có sự kiện, xác suất sống được tính theo công thức:

$$P_i = (n_i - d_i)/n_i$$

- n_i : số người còn theo dõi ngay trước thời điểm i .

- d_i : số sự kiện (tử vong) xảy ra tại thời điểm đó.

$$S(t) = P_1 \times P_2 \times \dots \times P_t$$

Thời gian sống trung vị là thời điểm đầu tiên mà $S(t) \leq 0.5$, tức là chỉ còn 50% người còn sống.

Xử lý số liệu:

Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Thống kê mô tả: tỷ lệ phần trăm, trung bình, độ lệch chuẩn, ước lượng sống thêm bằng phương pháp Kaplan-Meier.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng đạo đức tại Trường Đại Học Y Hà Nội số 1313/GCN-HMUIRB ngày 26 tháng 3 năm 2024. Tất cả các bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều được giải thích rõ và ký cam kết ICF trước khi tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm lâm sàng nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi		
Tuổi trung bình: $60,9 \pm 9,7$ (Thấp nhất: 32 - Cao nhất: 77)		
> 65 tuổi	30	61,2

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 65 tuổi	19	38,8
Giới		
Nam	40	81,6
Nữ	9	18,4
Hút thuốc		
Không hút thuốc	14	28,6
Có hút thuốc	35	71,4
ECOG		
0	37	75,5
1	12	24,5
Mô bệnh học		
UTMB tuyến	40	81,6
UTBM vảy	7	14,3
Khác	2	4,1
Giai đoạn bệnh		
IIIA	6	12,2
IIIB	28	57,1
IIIC	15	30,7
Đột biến gen EGFR		
Có	10	20,4
Không	19	38,8
Không rõ	20	40,8
Đột biến gen ALK		
Có	2	4,1
Không	22	44,8
Không rõ	25	51,1
Bộc lộ PD-L1		
≥ 1	11	22,4
< 1	5	10,2
Không rõ	33	67,4

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Hóa chất		
Bộ đôi có cisplatin	28	57,1
Bộ đôi có carboplatin	21	42,9
Đáp ứng sau điều trị HXĐT		
Hoàn toàn	3	6,1
Một phần	28	57,1
Bệnh ổn định	18	36,8
Thời gian từ khi kết thúc tia xạ đến khi điều trị durvalumab		
< 14 ngày	23	46,9
≥ 14 ngày	26	53,1

Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là $60,9 \pm 9,7$ tuổi, phần lớn bệnh nhân ở lứa tuổi trẻ < 65 tuổi chiếm 61,2%. Nam giới chiếm đa số, chiếm tỷ lệ 81,6%. Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu có hút thuốc chiếm tỷ lệ 71,4%. Bệnh nhân có ECOG = 0 chiếm đa số, chiếm 75,5%. Ung thư biểu mô tuyến là mô bệnh học thường gặp nhất chiếm 81,6%. Bệnh nhân giai đoạn IIIB chiếm đa số chiếm tỷ lệ 57,1%. Đột biến EGFR và ALK gặp ở 24,5%

số bệnh nhân. PD-L1 dương tính chiếm tỷ lệ 22,4%. Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu được điều trị hóa chất bộ đôi có cisplatin chiếm 57,1%. Tỷ lệ đáp ứng sau hóa xạ đồng thời là 63,2%. Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu bắt đầu điều trị durvalumab sau khi kết thúc hóa xạ trị trên 14 ngày chiếm 53,1%.

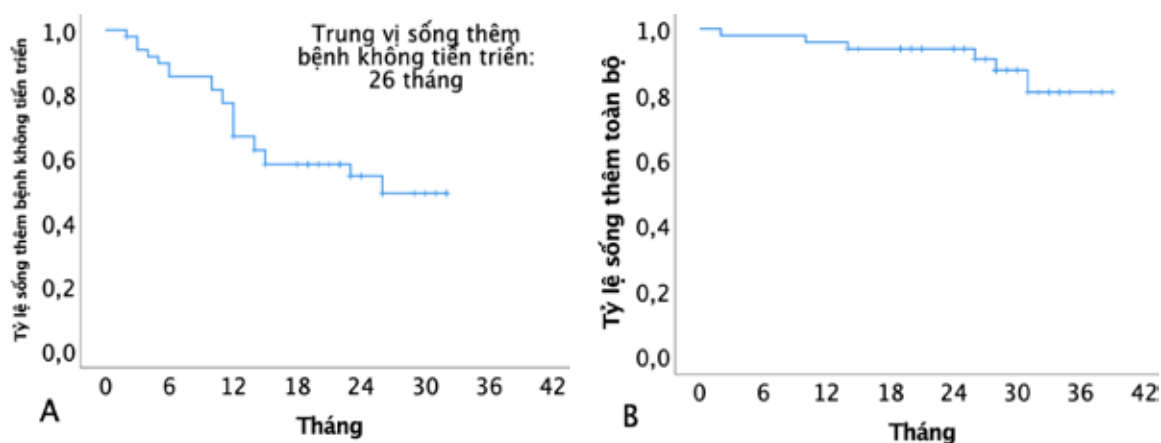
2. Kết quả điều trị

Đáp ứng điều trị

Bảng 2. Đáp ứng điều trị

Đáp ứng điều trị	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Đáp ứng hoàn toàn	3	6,1
Đáp ứng một phần	20	40,8
Bệnh ổn định	22	44,9
Bệnh tiến triển	4	8,2

Tỷ lệ đáp ứng là 46,9%, tỷ lệ kiểm soát bệnh là 91,8%.



Biểu đồ 1. (A) và (B) Thời gian sống thêm toàn bộ

Trung vị thời gian sống thêm không bệnh tiến triển là 26 tháng, tỷ lệ PFS 1 năm là 66,7%; tỷ lệ PFS 2 năm là 54,3%. Tỷ lệ sống thêm toàn

bộ 2 năm là 87,4%, trung vị thời gian sống thêm toàn bộ chưa đạt tới.

3. Tác dụng không mong muốn của phác đồ

Bảng 3. Tác dụng không mong muốn của phác đồ

Tác dụng không mong muốn	Số bệnh nhân (tỷ lệ phần trăm)
Tất cả các mức độ	30 (61,2%)
Tác dụng không mong muốn đòi hỏi can thiệp	15 (30,6%)
Tác dụng không mong muốn dẫn tới ngừng điều trị	3 (6,1%)

Tác dụng không mong muốn	Tất cả các mức độ	Độ 3 - 5
Viêm phổi	9 (18,3%)	3 (6,1%)
Viêm giáp hoặc suy giáp	4 (8,2%)	0
Viêm đại tràng	1 (2%)	1 (2%)
Viêm gan	0	0
Ngứa	3 (6,1%)	0
Nổi ban	2 (4,1%)	0
Suy thượng thận	0	0

Độc tính liên quan đến điều trị gặp ở 61,2% trong tổng số các bệnh nhân; tác dụng không mong muốn dẫn tới ngừng điều trị chiếm 6,1% trong tổng số các bệnh nhân; viêm phổi là tác dụng không mong muốn thường gặp nhất

chiếm 18,3%; tác dụng không mong muốn độ 3-4 thường gặp nhất là viêm phổi chiếm 6,1%. Nghiên cứu cũng ghi nhận có một bệnh nhân gặp tác dụng viêm đại tràng do miễn dịch ở mức độ 3.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là $60,9 \pm 9,7$, trong đó 61,2% bệnh nhân dưới 65 tuổi. Nam giới chiếm đa số (81,6%) và phần lớn có tiền sử hút thuốc lá (71,4%). Đa số bệnh nhân có chỉ số toàn trạng ECOG = 0 (75,5%). Ung thư biểu mô tuyến là loại mô bệnh học phổ biến nhất (81,6%). Đột biến EGFR hoặc ALK được ghi nhận ở 24,5% bệnh nhân, trong khi tỷ lệ PD-L1 dương tính là 22,4%. Đáng chú ý, 53,1% bệnh nhân bắt đầu điều trị durvalumab sau hơn 14 ngày kể từ khi hoàn tất hóa xạ đồng thời. Các kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước, cho thấy ung thư phổi không tế bào nhỏ thường gặp ở người lớn tuổi và có liên quan chặt chẽ với tiền sử hút thuốc.⁶ Tỷ lệ bệnh nhân có ECOG = 0 cao phản ánh tình trạng toàn trạng tốt, một yếu tố tiên lượng quan trọng ở bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn III.⁷ Tỷ lệ đột biến EGFR trên 20% đặt ra nghi vấn về hiệu quả của durvalumab trong nhóm này, mặc dù các bằng chứng hiện tại chủ yếu đến từ các nghiên cứu hồi cứu với cỡ mẫu nhỏ.⁸ Ngoài ra, việc bắt đầu điều trị durvalumab muộn hơn mốc 14 ngày sau hóa xạ trị, như khuyến cáo từ nghiên cứu PACIFIC, có thể ảnh hưởng bất lợi đến thời gian sống không bệnh tiến triển (PFS).⁵

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đáp ứng đạt 46,9%, trung vị PFS là 26 tháng và tỷ lệ sống toàn bộ (OS) sau 2 năm là 87,4%, trong khi trung vị OS chưa đạt. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu PACIFIC (tỷ lệ đáp ứng 28,4%, trung vị PFS 16,9 tháng, trung vị OS 47,5 tháng), và cao hơn so với các nghiên cứu đời thực khác như với PACIFIC-R – nghiên cứu trên 1.399 bệnh nhân tại 11 quốc gia, ghi nhận trung vị trung vị PFS là 21,7 tháng. PACIFIC-R cũng cho thấy bệnh nhân có biểu hiện PD-L1 đạt PFS cao hơn so với nhóm âm tính (23,7 so với 19,3 tháng).^{4,9} Tại

Singapore, nghiên cứu cho thấy trung vị PFS là 17,5 tháng, còn trung vị OS chưa đạt.¹⁰ Kết quả của chúng tôi cao hơn nghiên cứu tại Hàn Quốc với tỷ lệ đáp ứng 51%, trung vị rwPFS 25,9 tháng và tỷ lệ rwPFS tại 1, 2 và 3 năm lần lượt là 59,4%, 51,8% và 43,5%.¹¹ Một nghiên cứu khác tại Trung tâm Asan (Hàn Quốc) ghi nhận tỷ lệ đáp ứng 26,8%, trung vị PFS 20,9 tháng, và trung vị OS vẫn chưa đạt sau thời gian theo dõi 35,9 tháng.¹² Nhìn chung, các kết quả củng cố hiệu quả của liệu pháp durvalumab sau hóa xạ đồng thời ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III với khả năng kiểm soát bệnh tốt và thời gian sống thêm kéo dài.

Tác dụng không mong muốn ở mọi mức độ được ghi nhận ở 61,2% bệnh nhân; trong đó, 6,1% ngừng điều trị do độc tính. Viêm phổi là tác dụng không mong muốn phổ biến nhất (18,3%) và cũng là độc tính độ 3-4 thường gặp nhất (6,1%), cao hơn so với một số nghiên cứu trước. Trong nghiên cứu PACIFIC, tác dụng không mong muốn ở mọi mức độ xảy ra ở 96,8% bệnh nhân, độc tính độ 3-4 chiếm 29,9%, viêm phổi độ 3-4 là 4,4%, và tỷ lệ ngừng điều trị do tác dụng không mong muốn là 15,4%.⁵ Dữ liệu thực tế từ PACIFIC-R cho thấy tác dụng không mong muốn xảy ra ở 46,7% bệnh nhân, với tỷ lệ viêm phổi kể 17,9% và hai trường hợp tử vong do viêm phổi.⁹ Tại Hàn Quốc, ADR liên quan đến thuốc miễn dịch được ghi nhận ở 33,8%, trong đó độc tính độ ≥ 3 chiếm 3,2%; viêm phổi và rối loạn chức năng tuyến giáp là các độc tính phổ biến nhất.¹¹ objective response rate, and adverse events including radiation pneumonitis (RP Sự khác biệt về tỷ lệ viêm phổi giữa các nghiên cứu có thể liên quan đến đặc điểm dân số, thể tích chiếu xạ (V20), và các bệnh lý phổi đi kèm như COPD hoặc bệnh phổi kẽ.¹³

V. KẾT LUẬN

Điều trị củng cố durvalumab sau hoá xạ đồng thời bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III là phương pháp điều trị hiệu quả với các tác dụng không mong muốn có thể chấp nhận được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aupérin A, Le Péchoux C, Rolland E, et al. Meta-analysis of concomitant versus sequential radiochemotherapy in locally advanced non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol*. 2010; 28(13): 2181-2190. doi:10.1200/JCO.2009.26.2543.
2. Yoon SM, Shaikh T, Hallman M. Therapeutic management options for stage III non-small cell lung cancer. *World J Clin Oncol*. 2017; 8(1): 1-20. doi:10.5306/wjco.v8.i1.1.
3. Deng L, Liang H, Burnette B, et al. Irradiation and anti-PD-L1 treatment synergistically promote antitumor immunity in mice. *J Clin Invest*. 2014; 124(2): 687-695. doi:10.1172/JCI67313.
4. Spigel DR, Faivre-Finn C, Gray JE, et al. Five-Year Survival Outcomes From the PACIFIC Trial: Durvalumab After Chemoradiotherapy in Stage III Non-Small-Cell Lung Cancer. *JCO*. 2022; 40(12): 1301-1311. doi:10.1200/JCO.21.01308.
5. Antonia SJ, Villegas A, Daniel D, et al. Durvalumab after Chemoradiotherapy in Stage III Non-Small-Cell Lung Cancer. *N Engl J Med*. 2017; 377(20): 1919-1929. doi:10.1056/NEJMoa1709937.
6. White C. Research on smoking and lung cancer: a landmark in the history of chronic disease epidemiology. *Yale J Biol Med*. 1990; 63(1): 29-46.
7. Effectiveness of durvalumab consolidation in stage III non-small-cell lung cancer: focus on treatment selection and prognostic factors - PubMed. Accessed March 20, 2025. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35822656/>.
8. Naidoo J, Antonia S, Wu YL, et al. Brief Report: Durvalumab After Chemoradiotherapy in Unresectable Stage III EGFR-Mutant NSCLC: A Post Hoc Subgroup Analysis From PACIFIC. *Journal of Thoracic Oncology*. 2023; 18(5): 657-663. doi:10.1016/j.jtho.2023.02.009.
9. Girard N, Bar J, Garrido P, et al. Treatment Characteristics and Real-World Progression-Free Survival in Patients With Unresectable Stage III NSCLC Who Received Durvalumab After Chemoradiotherapy: Findings From the PACIFIC-R Study. *Journal of Thoracic Oncology*. 2023; 18(2): 181-193. doi:10.1016/j.jtho.2022.10.003.
10. Huang Y, Zhao JJ, Soon YY, et al. Real-world experience of consolidation durvalumab after concurrent chemoradiotherapy in stage III non-small cell lung cancer. *Thorac Cancer*. 2022; 13(22): 3152-3161. doi:10.1111/1759-7714.14667.
11. Park CK, Oh HJ, Kim YC, et al. Korean Real-World Data on Patients With Unresectable Stage III NSCLC Treated With Durvalumab After Chemoradiotherapy: PACIFIC-KR. *Journal of Thoracic Oncology*. 2023; 18(8): 1042-1054. doi:10.1016/j.jtho.2023.04.008.
12. Jang JY, Song SY, Shin YS, et al. Contribution of Enhanced Locoregional Control to Improved Overall Survival with Consolidative Durvalumab after Concurrent Chemoradiotherapy in Locally Advanced Non-Small Cell Lung Cancer: Insights from Real-World Data. *Cancer Res Treat*. 2024; 56(3): 785-794. doi:10.4143/crt.2023.1014.
13. Facheris G, Cossali G, Imbrescia J, et al. Real-World Insights into the Impact of Durvalumab on Stage III Unresectable Non-Small Cell Lung Cancer-A Narrative Review. *Cancers*. 2025; 17(5): 874. doi:10.3390/cancers17050874.

Summary

CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES OF CONSOLIDATION DURVALUMAB FOLLOWING CONCURRENT CHEMORADIOOTHERAPY IN STAGE III NON-SMALL CELL LUNG CANCER

The standard treatment for unresectable stage III non-small cell lung cancer (NSCLC) is concurrent chemoradiotherapy (CCRT) followed by durvalumab consolidation if there is no disease progression after CCRT. Currently, there are very few studies on Vietnamese NSCLC patients treated with durvalumab. This study aimed to evaluate the clinical and subclinical characteristics as well as the outcomes of durvalumab consolidation therapy in a Vietnamese patient population. This is a descriptive longitudinal study of 49 stage III NSCLC patients who received durvalumab consolidation therapy at K Hospital from March 2021 to March 2025, aiming to assess the effectiveness and tolerability of the regimen. The study found that the mean age was 60.9 ± 9.7 years, with the majority of patients under 65 years old (61.2%). Male patients accounted for 81.6%, and 71.4% had a history of smoking. About 75.5% had an ECOG performance status of 0. Adenocarcinoma was the most common histological subtype, accounting for 81.6%. Stage IIIB accounted for 57.1%. EGFR and ALK mutations were found in 24.5% of patients, and PD-L1 positivity was seen in 22.4%. The objective response rate was 46.9%, and the disease control rate was 91.8%. The median progression-free survival (PFS) was 26 months, and the median overall survival (OS) was not reached. Adverse events of any grade occurred in 61.2% of patients; treatment discontinuation due to adverse events occurred in 6.1%; and the most common grade 3-4 adverse event was pneumonitis, seen in 6.1% of patients. Durvalumab consolidation therapy after CCRT in stage III NSCLC patients is an effective treatment approach, with manageable adverse events.

Keywords: Non-small cell lung cancer, consolidation durvalumab, PD-L1.