

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG DI CĂN BẰNG PHÁC ĐỒ mFOLFOXIRI PHỐI HỢP BEVACIZUMAB

Mai Thị Kim Ngân^{1,2,✉}, Trịnh Lê Huy^{1,2}, Phạm Tuấn Anh³
Nguyễn Văn Hùng^{1,2}, Trần Đình Anh^{1,2}, Nguyễn Thị Phương Thảo²

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện K

Ung thư đại tràng (UTĐT) là một trong những ung thư phổ biến và có tỉ lệ tử vong cao ở giai đoạn di căn. Phác đồ mFOLFOXIRI kết hợp bevacizumab đã được nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả điều trị ở bệnh nhân UTĐT di căn không thể phẫu thuật. Nghiên cứu mô tả theo dõi dọc được thực hiện trên 50 bệnh nhân UTĐT di căn điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội giai đoạn 2020 – 2024. Hiệu quả được đánh giá qua tỷ lệ đáp ứng chung (ORR), đáp ứng sớm (ETS), độ sâu đáp ứng (DpR) và thời gian sống không tiến triển (PFS). Kết quả: nam giới chiếm 72%, tuổi trung vị 60,5 (25 – 76), 100% có chỉ số toàn trạng ECOG 0–1, 76% u bên trái, 74% có di căn gan, 54% mang đột biến RAS. Trung vị số chu kỳ điều trị và có bevacizumab lần lượt là 11,2 và 10,3. ORR đạt 76%, ETS 62%, mDpR 48%, mPFS 14,6 tháng. Kết luận: phác đồ mFOLFOXIRI kết hợp bevacizumab có hiệu quả cao và kéo dài PFS ở bệnh nhân UTĐT di căn không thể phẫu thuật.

Từ khóa: Ung thư đại tràng di căn, mFOLFOXIRI, bevacizumab, đáp ứng sớm, độ sâu đáp ứng, sống thêm bệnh không tiến triển.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

UTĐT là một trong những bệnh lý ác tính phổ biến với tỷ lệ tử vong cao trên toàn thế giới. Khoảng 20 – 25% bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn di căn, và thêm 25 – 30% sẽ xuất hiện di căn sau điều trị triệt căn u nguyên phát. Tiên lượng của nhóm bệnh nhân này nhìn chung còn hạn chế, với tỷ lệ sống thêm 5 năm chỉ đạt khoảng 10 – 14%, và mục tiêu điều trị chủ yếu là kéo dài thời gian sống cũng như cải thiện triệu chứng.¹

Trong điều trị bước một UTĐT di căn, các phác đồ hai thuốc (FOLFOX, FOLFIRI, XELOX) hoặc ba thuốc (FOLFOXIRI/mFOLFOXIRI) thường được phối hợp với liệu pháp nhắm

trúng đích tùy theo vị trí khối u và đặc điểm đột biến gen, như bevacizumab, cetuximab hoặc panitumumab. Các dữ liệu quốc tế cho thấy phác đồ ba thuốc, đặc biệt FOLFOXIRI kết hợp bevacizumab, mang lại hiệu quả vượt trội. Nghiên cứu TRIBE cho thấy FOLFOXIRI + bevacizumab cải thiện ORR (65% so với 53%), PFS (12,1 so với 9,7 tháng) và OS (29,8 so với 25,8 tháng) so với FOLFIRI + bevacizumab.^{2,3} Tuy nhiên, độc tính cao bao gồm hạ bạch cầu trung tính độ 3 – 4 tới 50% và tiêu chảy 18,8% gây hạn chế việc áp dụng rộng rãi phác đồ liệu chuẩn.

Để tối ưu hóa cân bằng giữa hiệu quả và độc tính, phác đồ mFOLFOXIRI với liều giảm của irinotecan và 5-FU đã được phát triển tại Nhật Bản và Trung Quốc. Nghiên cứu JACCRO CC-11 ghi nhận ORR 75,8%, DCR 96,8%, ETS 73,8%, mDpR 49,2% và PFS trung vị 11,5 tháng; độc tính độ 3 – 4 gồm hạ bạch cầu trung tính

Tác giả liên hệ: Mai Thị Kim Ngân

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: maithikimngan91@gmail.com

Ngày nhận: 13/10/2025

Ngày được chấp nhận: 11/12/2025

64% và tiêu chảy 13%.⁴ Nghiên cứu của Shen tại Trung Quốc cũng cho thấy mFOLFOXIRI + bevacizumab mang lại ORR, DpR, PFS và OS cao hơn ở nhóm bệnh nhân có mục tiêu điều trị chuyển đổi.⁵

Tại Việt Nam, dữ liệu về phác đồ ba thuốc còn hạn chế. Nghiên cứu của Trịnh Lê Huy (2019) về FOLFOXIRI liều chuẩn cho thấy tỷ lệ đáp ứng 74,9% và PFS 13,4 tháng, nhưng độc tính huyết học vẫn cao (48,9%).⁶ Đáng chú ý, chưa có nghiên cứu nào trong nước đánh giá phác đồ mFOLFOXIRI phối hợp bevacizumab, dù phác đồ này có thể phù hợp hơn với thể trạng và khả năng dung nạp của bệnh nhân Việt Nam.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân UTĐT di căn được điều trị bằng mFOLFOXIRI + bevacizumab; (2) Đánh giá bước đầu hiệu quả điều trị của phác đồ này trong thực hành lâm sàng tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

50 bệnh nhân UTĐT di căn không còn khả năng phẫu thuật triệt căn được điều trị tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 10/2020 đến hết tháng 10/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân có mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến. Được điều trị ít nhất là 4 chu kỳ phác đồ bevacizumab phối hợp mFOLFOXIRI ở bước 1.

- Có tổn thương đích đo được trên các phương tiện chẩn đoán hình ảnh.

- Điểm toàn trạng là 0-1 theo ECOG.

- Chức năng gan, thận, huyết học trước điều trị cho phép điều trị phác đồ.

- Không mắc các bệnh có nguy cơ tử vong gần.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Có bệnh ung thư khác kèm theo đã điều trị

trong vòng 5 năm trở lại đây.

- Đã điều trị phác đồ có Oxaliplatin trong vòng 24 tháng gần đây.

- Phụ nữ mang thai hoặc đang cho con bú.

- Di căn não hoặc di căn màng não.

- Tăng huyết áp không kiểm soát được.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả có theo dõi dọc.

Quy trình nghiên cứu: Lựa chọn bệnh nhân đủ tiêu chuẩn, ghi nhận biến số nghiên cứu.

- Các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng theo mẫu bệnh án thống nhất gồm: thông tin người bệnh tuổi, giới, đặc điểm khối u: vị trí nguyên phát (đại tràng phải: manh tràng, đại tràng lên, đại tràng góc gan, 2/3 đoạn gần đại tràng ngang; đại tràng trái: 1/3 đoạn xa đại tràng ngang, đại tràng góc lách, đại tràng xuống, đại tràng Sigma), vị trí di căn, số lượng di căn, có hay không phẫu thuật cắt u nguyên phát, đặc điểm sinh học phân tử đột biến RAS, BRAF, PIK3CA và MSI (xét nghiệm gen được thực hiện bằng xét nghiệm NGS hoặc PCR trên mẫu mô, trường hợp mẫu mô bị lỗi không xác định được sử dụng kết quả của mẫu máu; đánh giá MSI được thực hiện bằng hóa mô miễn dịch hoặc NGS trên mẫu mô).

- Bệnh nhân được điều trị phác đồ mFOLFOXIRI + bevacizumab. Chụp cắt lớp vi tính toàn thân đánh giá kích thước u sau mỗi 4 chu kỳ hoặc khi có bất thường để đánh giá đáp ứng khối u theo tiêu chuẩn RECIST 1.1. Bệnh nhân đáp ứng và dung nạp được với phác đồ được điều trị đủ 12 chu kỳ, sau đó chuyển duy trì bằng capecitabin có hoặc không có bevacizumab; bệnh nhân dung nạp kém có thể chuyển duy trì sau 4 hoặc 8 chu kỳ hoặc chuyển phác đồ 2 thuốc; bệnh tiến triển được đổi sang phác đồ điều trị bước sau như

bevacizumab + TAS 102 hoặc regorafenib. Bệnh nhân tiến triển ở các lần đánh giá khi điều trị phác đồ mFOFLOXIRI + bevacizumab được chuyển ngay sang bước sau được xếp vào nhóm bệnh nhân “không duy trì”. Bệnh nhân tiến triển chuyển chăm sóc giảm nhẹ đơn thuần hoặc bỏ điều trị hóa chất được xếp vào nhóm “dừng điều trị”.

Phác đồ điều trị: Bevacizumab 5 mg/kg, truyền tĩnh mạch trong 1 giờ, irinotecan 150 mg/m², truyền tĩnh mạch trong 1 giờ, oxaliplatin 85 mg/m², truyền tĩnh mạch trong 2 giờ, calcium folinat 200 mg/m², truyền tĩnh mạch trong 2 giờ ngày 1; 5FU 2400 mg/m², truyền tĩnh mạch liên tục trong 46 giờ; Chu kỳ mỗi 2 tuần.

Mục tiêu nghiên cứu chính gồm: đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các kết quả ETS (Early Tumor Shrinkage - đáp ứng sớm), DpR (Depth of Response - độ sâu đáp ứng), ORR (Overall Response Rate- tỉ lệ đáp ứng chung), DCR (Disease Control Rate - tỉ lệ kiểm soát bệnh), PFS (Progression Free Survival- thời gian sống bệnh không tiến triển).

ETS trong nghiên cứu này được định nghĩa: Đạt được khi tổng đường kính lớn nhất các tổn thương đích giảm tối thiểu 20% tại thời điểm

đánh giá 8 tuần. DpR là tỷ lệ phần trăm thu nhỏ tối đa của tổng đường kính các tổn thương đích so với giá trị ban đầu, được ghi nhận tại bất kỳ thời điểm nào trong quá trình điều trị, theo tiêu chuẩn đánh giá đáp ứng khối u RECIST 1.1.

Xử lý số liệu: Phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

Các thuật toán sử dụng:

+ Mô tả: tần suất, tỷ lệ, số trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị min, max.

+ Kiểm định so sánh. Đối với biến định tính sử dụng test so sánh χ^2 , các so sánh có ý nghĩa thống kê với $p \leq 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng đạo đức của Trường Đại học Y Hà Nội số 1099/GCN-HMUIRB ngày 05/01/2024.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm bệnh nhân

Thu thập thông tin 50 bệnh nhân UTĐT di căn được điều trị bằng phác đồ mFOLFOXIRI phối hợp bevacizumab từ tháng 10/2020 đến tháng 10/2024 đủ tiêu chuẩn lựa chọn. Đặc điểm bệnh nhân được thể hiện ở Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

	Đặc điểm	Số lượng (n = 50)	Tỉ lệ
Giới	Nam	36	72%
	Nữ	14	28%
Tuổi (trung vị)		60,5 (25 - 76)	
Toàn trạng	ECOG 0	26	52%
	ECOG 1	24	48%
Vị trí u nguyên phát	Phải	12	24%
	Trái	38	76%
Thời điểm di căn	Không đồng thì	2	4%
	Đồng thì	48	96%

	Đặc điểm	Số lượng (n = 50)	Tỉ lệ
Số vị trí di căn	1	29	58%
	≥ 2	21	42%
Vị trí di căn	Gan	37	74%
	Phổi	13	26%
	Phúc mạc	19	38%
	Hạch ổ bụng	8	16%
	Các cơ quan khác	6	12%
Số lượng ổ di căn	> 5	36	72%
	2 - 5	12	24%
	Không đánh giá được	2	4%
Cắt u nguyên phát	Có	29	58%
	Không	21	42%
Đột biến RAS	Đột biến	27	54%
	Không đột biến	20	40%
	Không đánh giá	3	6%
Đột biến BRAF V600E	Đột biến	2	4%
	Không đột biến	45	90%
	Không đánh giá	3	6%
Đột biến PIK3CA	Đột biến	3	6%
	Không đột biến	44	88%
	Không đánh giá	3	6%
Tình trạng MSI	MSI-H	1	2%
	MSS	25	50%
	Không đánh giá	24	48%

Bệnh nhân chủ yếu là nam giới (72%) với trung vị tuổi là 60.5. Phần lớn u ở bên trái (76%), với tỷ lệ di căn gan chiếm ưu thế (74%), theo sau là di căn phổi (26%) và di căn phúc mạc (38%). Gần một nửa số bệnh nhân có ≥ 2 vị trí di căn (42%) và số lượng ổ di căn > 5 chiếm tỷ lệ cao (72%).

2. Đặc điểm phác đồ điều trị

Chúng tôi ghi nhận các thông tin về đặc điểm phác đồ điều trị tại Bảng 2. Trung vị số chu kỳ điều trị là 11,2 và 10,3 chu kỳ sử dụng bevacizumab. Tỷ lệ sử dụng biệt dược Avastin (46%) và biosimilar (38%) cho thấy sự phân bố khá đồng đều giữa các biệt dược. Liều điều trị phần lớn ở mức 90-100% (68%), với một số ít bệnh nhân nhận liều thấp hơn < 80% (6%).

Bảng 2. Đặc điểm về phác đồ điều trị

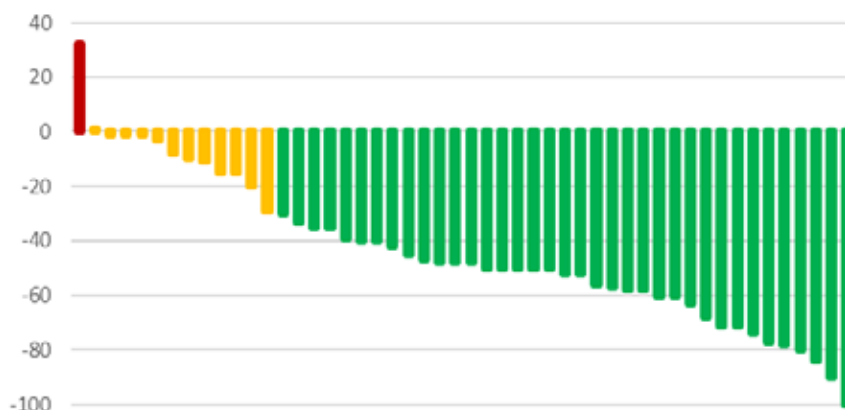
Đặc điểm		Số lượng (n = 50)	Tỉ lệ
Số chu kì (trung vị)		11,2	
Số chu kì có bevacizumab (trung vị)		10,3	
<i>Biệt dược bevacizumab</i>	Avastin	23	46%
	Biosimilar	19	38%
	Cả hai	8	16%
% Liều điều trị	90 - 100%	34	68%
	80 - <90%	13	26%
	< 80%	3	6%
<i>Điều trị duy trì</i>	Beva + Capecitabin	25	50%
	Capecitabin	7	14%
	Xen kẽ	9	18%
	Không duy trì	7	14%
	Dừng điều trị	2	4%

3. Kết quả điều trị**Bảng 3. Kết quả điều trị**

Đáp ứng	Số lượng (n = 50)	Tỉ lệ
ORR	38	76%
SD	11	22%
DCR	49	98%
PD	1	2%
ETS	31	62%
mDpR	48% (-32 - >100%)	

Kết quả điều trị bước đầu được đánh giá qua các kết cục nghiên cứu gồm ORR, ETS, DpR, PFS được thể hiện tại Bảng 3 và Biểu đồ 1. Kết quả điều trị trong nghiên cứu cho thấy tỷ lệ đáp ứng cao, ORR đạt 76%. Tỷ lệ bệnh

nhân có SD (bệnh ổn định) là 22%, trong khi chỉ có 2% bệnh nhân có PD (tiến triển bệnh), DCR đạt 98%, phản ánh hiệu quả điều trị cao. Tỷ lệ bệnh nhân đạt ETS là 62% và mDpR là 48%.

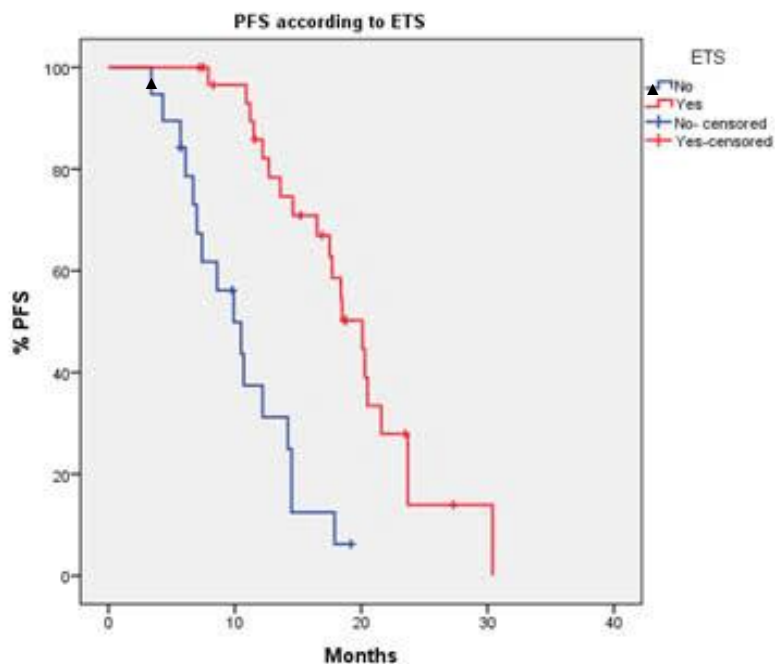


Biểu đồ 1. Độ sâu đáp ứng DpR
Bảng 4. ETS và một số yếu tố liên quan

Đặc điểm		ETS	Không ETS	p
RAS	Đột biến	15	12	0,31
	Không đột biến	14	6	
Vị trí u	Phải	8	4	0,7
	Trái	23	15	
Biệt dược Bevacizumab	Avastin	14	9	0,66
	Biosimilar	13	6	
	Cả hai	4	4	
Cắt u nguyên phát	Có	21	8	0,08
	Không	10	11	
Vị trí di căn	Gan	21	16	0,2
	Ngoài gan	10	3	
Số vị trí di căn	1	17	12	0,56
	≥ 2	14	7	

Bảng 4 trình bày các yếu tố ảnh hưởng đến khả năng đạt ETS của bệnh nhân. Kết quả cho thấy không có sự khác biệt đáng kể giữa các nhóm về đột biến RAS ($p = 0,31$), vị trí u ($p = 0,7$), biệt dược bevacizumab ($p = 0,66$), vị trí di căn ($p = 0,2$), và số vị trí di căn ($p = 0,56$). Tuy

nhiên, yếu tố cắt u nguyên phát có xu hướng ảnh hưởng đến khả năng đạt ETS, với tỷ lệ bệnh nhân đạt ETS cao hơn ở nhóm có cắt u nguyên phát ($p = 0,08$), mặc dù không đạt mức ý nghĩa thống kê.



Biểu đồ 2. Biểu đồ Kaplan – Meier PFS theo tình trạng ETS

Bảng 5. PFS và một số yếu tố liên quan

		Số lượng (n = 50)	PFS tháng	95% CI	p
Tổng			14,6	10,6 - 18,6	
ETS	Có	31	20,1	16,6 - 23,6	< 0,05
	Không	19	9,9	6,3 - 13,5	
RAS	Đột biến	27	14,6	8,9 - 20,3	0,56
	Không đột biến	20	16,5	9,6 - 23,4	
Vị trí u	Phải	12	18,4	9,9 - 26,9	0,21
	Trái	38	14,5	11,3 - 17,6	
Biệt dược Bevacizumab	Avastin	23	14,6	8,4 - 20,8	0,83
	Biosimilar	19	16,5	8,0 - 25,0	
	Cả hai	8	14,5	13,9 - 15,1	
Cắt u nguyên phát	Có	29	17,7	13,1 - 22,2	0,08
	Không	21	12,7	8,2 - 17,1	
Vị trí di căn	Gan	37	14,5	12,2 - 16,8	0,56
	Ngoài gan	13	18,5	14,9 - 22,1	
Số vị trí di căn	1	29	17,9	12,1 - 23,7	0,17
	≥ 2	21	12,7	9,6 - 15,8	

Trong thời gian theo dõi trung vị 24,5 tháng (3,6 - 51,6), có 36 bệnh nhân chiếm 72% tiến triển, PFS trung vị là 14,6 tháng (95% CI: 10,6 - 18,6 tháng). Biểu đồ 2 thể hiện thời gian PFS theo 2 nhóm có hay không đạt ETS cho thấy PFS kéo dài hơn đáng kể ở nhóm đạt ETS so với nhóm không đạt ETS. Nhóm bệnh nhân đạt ETS có mPFS là 20,1 tháng (95% CI: 6,3 - 13,5 tháng) so với 9,9 tháng (95% CI: 16,6 - 23,6 tháng), $p < 0,05$. Các yếu tố khác như RAS, vị trí u, biệt được bevacizumab, số vị trí di căn và vị trí di căn không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong việc ảnh hưởng đến PFS. Tuy nhiên, cắt u nguyên phát có xu hướng kéo dài PFS ($p = 0,08$), mặc dù không đạt mức ý nghĩa thống kê (Bảng 5).

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm bệnh nhân trong nghiên cứu này tương đồng với nhiều nghiên cứu tại Việt Nam cũng như trên thế giới. Kết quả cho thấy ung thư đại tràng gặp ở nam nhiều hơn nữ và hay gặp ở tuổi trung niên. Gan là vị trí di căn hay gặp nhất trong ung thư đại tràng. Gần một nửa số bệnh nhân có ≥ 2 vị trí di căn (42%) và số lượng ổ di căn > 5 ổ chiếm tỷ lệ cao (72%). Điều này phản ánh mức độ di căn lan tràn của bệnh nhân trong nghiên cứu. Tỷ lệ bệnh nhân có RAS đột biến là 54%, trong khi tỷ lệ BRAF và PIK3CA đột biến khá thấp (4% và 6%, tương ứng). Điều này là do trong thực hành lâm sàng có một tỉ lệ nhất định bệnh nhân không có đột biến RAS điều trị thuốc kháng EGFR (Cetuximab).

Về kết quả điều trị bước đầu, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận phác đồ mFOLFOXIRI + bevacizumab có hiệu quả đáng khích lệ trong việc kéo dài PFS. mPFS đạt 14,6 tháng, cao hơn một số nghiên cứu quốc tế. Cụ thể, nghiên cứu JACCRO CC-11 (2019) đánh giá phác đồ mFOLFOXIRI + bevacizumab trên bệnh nhân ung thư đại tràng di căn tại Nhật Bản có đột biến RAS có mPFS đạt 11,5 tháng, nghiên

cứu của Shen nhánh điều trị mFOLFOXIRI + bevacizumab có mPFS 12,6 tháng, nghiên cứu TRIBE nhánh sử dụng phác đồ FOLFOXIRI + bevacizumab có mPFS trung vị là 12,1 tháng. Một số nghiên cứu pha III về phác đồ 2 thuốc phối hợp bevacizumab cho thấy PFS dao động từ 9,7 đến 10,3 tháng.^{7,8} Nghiên cứu tại Việt Nam của tác giả Trịnh Lê Huy sử dụng FOLFOXIRI liều chuẩn không phối hợp thuốc đích mPFS đạt 13,4 tháng.⁶ Tỷ lệ đáp ứng chung (ORR) trong nghiên cứu của chúng tôi là 76%, tương đương với tỷ lệ ORR của nghiên cứu JACCRO CC-11 đạt 75,8%, và cao hơn nhánh FOLFOXIRI + bevacizumab trong TRIBE (2015) với tỷ lệ đáp ứng là 65,1%.^{2,4} Tương tự trong nghiên cứu của Shen (2022), với tỷ lệ đáp ứng đạt 60% ở nhóm bệnh nhân chỉ điều trị mFOLFOXIRI và 77,4% ở nhánh điều trị phối hợp với bevacizumab với mục đích chuyển đổi tại Trung Quốc.⁵ Điều này chỉ ra rằng phác đồ mFOLFOXIRI + bevacizumab của chúng tôi có thể mang lại kết quả điều trị tương đương với các bệnh nhân UTĐT di căn tại Việt Nam. Kết quả mPFS trong nghiên cứu của chúng tôi dài hơn so với một số nghiên cứu khác trên thế giới có thể do nghiên cứu của chúng tôi bao gồm cả bệnh nhân có và không có đột biến RAS trong khi nghiên cứu tại Nhật chỉ bao gồm các bệnh nhân mang đột biến RAS. Bệnh nhân mang đột biến này đã được chứng minh có tiên lượng kém hơn bệnh nhân không mang đột biến.

ETS đạt được ở 62% bệnh nhân, và nhóm này có thời gian PFS trung vị là 20,1 tháng, cao hơn đáng kể so với nhóm không đạt ETS (9,9 tháng). Kết quả này có sự tương đồng với một số nghiên cứu quốc tế cho thấy bệnh nhân có đáp ứng sớm có liên quan đến kéo dài PFS.^{4,9} Như vậy, có thể sử dụng ETS như một yếu tố tiên lượng thời gian sống cho bệnh nhân. Ngoài ETS, một số yếu tố có liên quan đến kéo dài PFS. Trong nghiên cứu này, PFS có xu hướng kéo dài hơn ở bệnh nhân không có đột biến RAS mặc dù không có ý nghĩa thống

kê ($p = 0,96$). Nhiều nghiên cứu quốc tế chỉ ra rằng bệnh nhân không có đột biến RAS có thể có PFS kéo dài hơn. Bên cạnh đó, việc cắt u nguyên phát có liên quan đến PFS kéo dài, với nhóm bệnh nhân đã cắt u nguyên phát có mPFS cao hơn (17,7 tháng) so với nhóm không cắt u (12,7 tháng). Tuy nhiên, cỡ mẫu nhỏ nên có thể có sai số trong việc tính toán ảnh hưởng của yếu tố này. Các yếu tố khác như vị trí di căn và số lượng vị trí di căn cũng ảnh hưởng, nhưng sự khác biệt không đạt mức ý nghĩa thống kê. Những yếu tố này giúp tiên đoán và tối ưu hóa lựa chọn điều trị cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Kết quả bước đầu cho thấy mFOLFOXIRI + bevacizumab là lựa chọn điều trị đầy hứa hẹn cho ung thư đại tràng di căn tại Việt Nam. Tuy nhiên, nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn vẫn cần thiết để đánh giá rõ hiệu quả ở các phân nhóm và tác động lên sống còn toàn bộ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Guo L, Wang L, Cai L, et al. Global Distribution of Colorectal Cancer Staging at Diagnosis: An Evidence Synthesis. *Clin Gastroenterol Hepatol Off Clin Pract J Am Gastroenterol Assoc*. Published online December 16, 2024:S1542-3565(24)01104-2. doi:10.1016/j.cgh.2024.11.019
2. Loupakis F, Cremolini C, Masi G, et al. Initial therapy with FOLFOXIRI and bevacizumab for metastatic colorectal cancer. *N Engl J Med*. 2014;371(17):1609-1618. doi:10.1056/NEJMoa1403108
3. Cremolini C, Loupakis F, Antoniotti C, et al. FOLFOXIRI plus bevacizumab versus FOLFIRI plus bevacizumab as first-line treatment of patients with metastatic colorectal cancer: updated overall survival and molecular subgroup analyses of the open-label, phase 3 TRIBE study. *Lancet Oncol*. 2015;16(13):1306-

1315. doi:10.1016/S1470-2045(15)00122-9

4. Satake H, Sunakawa Y, Miyamoto Y, et al. A phase II trial of 1st-line modified-FOLFOXIRI plus bevacizumab treatment for metastatic colorectal cancer harboring RAS mutation: JACCRO CC-11. *Oncotarget*. 2018;9(27):18811-18820. doi:10.18632/oncotarget.24702

5. Shen C, Hu H, Cai Y, et al. mFOLFOXIRI with or without bevacizumab for conversion therapy of RAS/BRAF/PIK3CA mutant unresectable colorectal liver metastases: the FORBES non-randomized phase II trial. *Ann Transl Med*. 2022;10(4):171. doi:10.21037/atm-21-6731

6. Huy TL, Hanh BM. Research on the treatment of metastatic colon cancer patients treated by FOLFOXIRI: Efficacy and toxicity of first-line treatment in stage IV metastatic colorectal cancer patients. *Clin Invest*. 2018;08(03). doi:10.4172/Clinical-Investigation.1000138

7. Heinemann V, von Weikersthal LF, Decker T, et al. FOLFIRI plus cetuximab versus FOLFIRI plus bevacizumab as first-line treatment for patients with metastatic colorectal cancer (FIRE-3): a randomised, open-label, phase 3 trial. *Lancet Oncol*. 2014;15(10):1065-1075. doi:10.1016/S1470-2045(14)70330-4

8. Cremolini C, Antoniotti C, Stein A, et al. Individual Patient Data Meta-Analysis of FOLFOXIRI Plus Bevacizumab Versus Doublets Plus Bevacizumab as Initial Therapy of Unresectable Metastatic Colorectal Cancer. *J Clin Oncol*. 2020;38(28):3314-3324. doi:10.1200/JCO.20.01225

9. Cremolini C, Loupakis F, Lonardi S, et al. Early tumor shrinkage (ETS) and deepness of response (DoR) to predict progression-free, postprogression, and overall survival: Results from the phase III TRIBE trial. *J Clin Oncol*. 2014;32(3_suppl):521-521. doi:10.1200/jco.2014.32.3_suppl.521

Summary

PRELIMINARY OUTCOMES OF FIRST-LINE TREATMENT FOR METASTATIC COLON CANCER WITH MFOLFOXIRI COMBINED WITH BEVACIZUMAB

Colon cancer is one of the most common malignancies and a leading cause of cancer-related mortality, particularly at the metastatic stage. This longitudinal descriptive study evaluated the efficacy of the mFOLFOXIRI regimen combined with bevacizumab in patients with unresectable metastatic colon treated at Hanoi Medical University Hospital between 2020 and 2024. Treatment outcomes were assessed by overall response rate (ORR), early tumor shrinkage (ETS), depth of response (DpR), and progression-free survival (PFS). Results: Fifty patients were included, of whom 72% were male, with a median age of 60.5 years old (range 25 – 76). All had an ECOG performance status of 0–1. Left-sided tumors accounted for 76%, liver metastases 74%, and RAS mutations were detected in 54% of patients. The median numbers of total treatment cycles and bevacizumab-containing cycles were 11.2 and 10.3, respectively. The ORR was 76%, ETS 62%, mDpR 48%, and mPFS 14.6 months. Conclusion: The mFOLFOXIRI plus bevacizumab regimen demonstrated high efficacy and prolonged progression-free survival in patients with unresectable metastatic colon cancer.

Keywords: Metastatic colon cancer, mFOLFOXIRI, bevacizumab, early tumor shrinkage, depth of response, progression-free survival.