

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BƯỚC MỘT CETUXIMAB KẾT HỢP HÓA TRỊ NỀN TẢNG OXALIPLATIN TRÊN UNG THƯ ĐẠI TRÀNG GIAI ĐOẠN IV

Nguyễn Xuân Đại¹, Trịnh Lê Huy^{1,2} và Phạm Tuấn Anh^{3,✉}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện K

Nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả của phác đồ Cetuximab kết hợp hóa trị nền Oxaliplatin bước một trên 51 bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn IV, có gen RAS tự nhiên (từ 01/2021 đến 05/2026). Phân tích so sánh giữa nhóm dùng hóa trị bộ đôi (mFOLFOX6/CAPEOX, n = 36) và bộ ba (mFOLFIRINOX, n = 15) cho thấy tỷ lệ đáp ứng khách quan đạt 82,4%, kiểm soát bệnh 90,2% và chuyển đổi phẫu thuật R0 đạt 25,5%. Trung vị thời gian sống thêm không tiến triển (PFS) là 13,7 tháng và sống thêm toàn bộ (OS) là 35,9 tháng. Không có sự khác biệt thống kê về hiệu quả (ORR, R0, PFS, OS) giữa hai nhóm. Phẫu thuật u nguyên phát trước hóa trị làm tăng thời gian sống thêm PFS. Phác đồ mang lại tỷ lệ đáp ứng cao, tăng cơ hội phẫu thuật triệt căn và kéo dài thời gian sống thêm cá thể hóa điều trị.

Từ khóa: Ung thư đại tràng giai đoạn IV, Cetuximab, Oxaliplatin, phẫu thuật chuyển đổi.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại tràng là một trong những bệnh lý ác tính phổ biến và có tỷ lệ tử vong cao hàng đầu toàn cầu.^{1,2} Đối với ung thư đại tràng giai đoạn IV có gen RAS tự nhiên, đặc biệt là u nguyên phát ở đại tràng trái, kết hợp thuốc kháng EGFR (như Cetuximab) cùng hóa trị bước một đã trở thành tiêu chuẩn điều trị theo các hướng dẫn thực hành lâm sàng quốc tế (NCCN, ESMO) và Việt Nam.^{3,4} Sự kết hợp này mang lại tỷ lệ đáp ứng khách quan (ORR) cao, giúp co nhỏ khối u sâu và mở ra cơ hội phẫu thuật chuyển đổi triệt căn (R0) - yếu tố cốt lõi để kéo dài sống còn. Các thử nghiệm lâm sàng kinh điển như TAILOR hay CELIM đã chứng minh hóa trị nền tảng bộ đôi (FOLFOX) kết hợp kháng EGFR cải thiện mạnh mẽ ORR (đạt 60 - 70%) và thời gian sống thêm không bệnh tiến

triển (PFS).^{5,6} Tuy nhiên, trong thực hành lâm sàng hiện nay, để tối đa hóa tỷ lệ chuyển đổi phẫu thuật cho những ca bệnh có gánh nặng khối u lớn, hóa trị bộ ba (FOLFIRINOX) kết hợp Cetuximab đang được ứng dụng như một chiến lược tăng cường. Dù các dữ liệu quốc tế gần đây (như thử nghiệm DEEPER hay VOLFI) ghi nhận mức ORR có thể vượt 85%, dù phác đồ bộ ba luôn đi kèm thách thức lớn về quản lý độc tính.⁷ Tại Việt Nam, dữ liệu đời thực so sánh hiệu quả chuyển đổi, sống còn giữa hóa trị bộ đôi và bộ ba kết hợp Cetuximab bước một vẫn còn rất hạn chế. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá kết quả điều trị phác đồ Cetuximab kết hợp hóa trị nền tảng Oxaliplatin bước một trên bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn IV.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

51 bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn IV, không đột biến gen RAS, điều trị bước một bằng

Tác giả liên hệ: Phạm Tuấn Anh

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: phamtuananh@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 04/05/2026

Ngày được chấp nhận: 01/06/2026

Cetuximab kết hợp hóa trị nền tảng Oxaliplatin tại Bệnh viện K và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 01/2021 đến tháng 05/2026. Trong nghiên cứu này, khái niệm hóa trị nền tảng Oxaliplatin được định nghĩa là tất cả các phác đồ có chứa Oxaliplatin, bao gồm nhóm phác đồ bộ đôi (FOLFOX, CAPEOX) và nhóm phác đồ bộ ba (FOLFIRINOX).

Tiêu chuẩn lựa chọn: Ung thư biểu mô tuyến; giai đoạn IV theo AJCC phiên bản 8th; chỉ số ECOG 0 - 2; hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin về đánh giá đáp ứng.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có ung thư thứ hai đồng thì hoạt động, thiếu thông tin do mất dấu hoặc bỏ điều trị trong quá trình theo dõi.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu, có theo dõi dọc.

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Lấy mẫu thuận tiện.

Các chỉ số nghiên cứu: Đặc điểm bệnh nhân (tuổi, giới, ECOG, vị trí u, số vị trí di căn). Đáp ứng khối u đánh giá theo tiêu chuẩn

RECIST 1.1, trong đó: tỷ lệ đáp ứng khách quan (ORR) = tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn (CR) và đáp ứng một phần (PR); tỷ lệ kiểm soát bệnh (DCR) = tổng của tỷ lệ CR, PR và bệnh ổn định (SD). Hiệu quả hạ giai đoạn được đánh giá qua tỷ lệ chuyển đổi phẫu thuật triệt căn (diện cắt R0).

Xử lý số liệu: Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm R (phiên bản 4.3.1). Sự khác biệt của các biến định tính được kiểm định bằng Chi-bình phương (χ^2) hoặc Fisher's exact. Thời gian sống thêm (PFS, OS) được ước tính bằng thuật toán Kaplan-Meier và so sánh bằng Log-rank test. Mức ý nghĩa thống kê là $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng bảo vệ đề cương Thạc sĩ Định hướng Nghiên cứu, Trường Đại học Y Hà Nội (Quyết định số: 3811/QĐ-ĐHYHN, ngày 02/07/2025). Mọi thông tin của bệnh nhân được bảo mật và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Chung (n = 51)	Nhóm Bộ đôi FOLFOX/CAPEOX (n = 36)	Nhóm Bộ ba FOLFIRINOX (n = 15)	Giá trị p
Đặc điểm bệnh nhân				
Tuổi trung bình, năm ($\bar{x} \pm SD$)	55,4 \pm 13,1	55,8 \pm 12,3	54,6 \pm 15,3	0,770
Nam/Nữ, n	29 / 22	20 / 16	9 / 6	1,000
ECOG 0/1, n (%)	27 (52,9%)/ 10 (19,6%)	16 (44,4%)/ 8 (22,2%)	11 (73,3%)/ 2 (13,3%)	0,440
Đặc điểm u nguyên phát				
U đại tràng phải, n (%)	6 (11,8%)	3 (8,3%)	3 (20,0%)	0,331
U đại tràng trái, n (%)	45 (88,2%)	33 (91,7%)	12 (80,0%)	0,331
Phẫu thuật u nguyên phát giải quyết biến chứng (tắc ruột, chảy máu) trước hóa trị bước 1, n (%)	36 (70,6%)	29 (80,6%)	7 (46,7%)	0,022

Đặc điểm	Chung (n = 51)	Nhóm Bộ đôi FOLFOX/CAPEOX (n = 36)	Nhóm Bộ ba FOLFIRINOX (n = 15)	Giá trị p
<i>Đặc điểm sinh học phân tử</i>				
BRAF tự nhiên (Wild-type), n (%)	37 (72,5%)	31 (86,1%)	6 (40,0%)	0,002
- BRAF không có thông tin, n (%)	13 (25,5%)	5 (13,9%)	8 (53,3%)	
MSI/MMR: MSS hoặc pMMR, n (%)	36 (70,6%)	24 (66,7%)	12 (80,0%)	0,470
- MSI/MMR không có thông tin, n (%)	15 (29,4%)	12 (33,3%)	3 (20,0%)	
HER2 âm tính (0, 1+, 2+/FISH-), n (%)	34 (66,7%)	25 (69,4%)	9 (60,0%)	0,744
- HER2 không có thông tin, n (%)	16 (31,4%)	10 (27,8%)	6 (40,0%)	
<i>Đặc điểm cận lâm sàng</i>				
Di căn gan, n (%)	44 (86,3%)	31 (86,1%)	13 (86,7%)	1,000
- Di căn gan đa ổ/hai thùy	34 (66,7%)	22 (61,1%)	12 (80,0%)	0,328
Di căn phổi, n (%)	21 (41,2%)	14 (38,9%)	7 (46,7%)	0,840
Di căn hạch xa, n (%)	33 (64,7%)	25 (69,4%)	8 (53,3%)	0,438
Di căn phúc mạc, n (%)	17 (33,3%)	15 (41,7%)	2 (13,3%)	0,103
Kích thước u lớn nhất (mm), trung vị (IQR)	37,0 (20,8 – 55,8)	37,0 (17,0 – 60,8)	35,5 (24,2 – 53,8)	0,943
CEA trước điều trị (ng/mL), trung vị (IQR)	24,9 (4,2 – 103,6)	16,1 (3,8 – 51,1)	44,7 (8,5 – 208,0)	0,153

Đối tượng nghiên cứu có tuổi trung bình 55,4; nam giới chiếm 56,9% và phần lớn có thể trạng tốt. U đại tràng trái chiếm 88,2%. 100% mang gen RAS tự nhiên; trong các trường hợp có dữ liệu, tất cả đều ghi nhận BRAF tự nhiên, MSS/pMMR và HER2 âm tính. Đặc điểm di căn: 86,3% di căn gan, kích thước u lớn nhất trung vị 37 mm. Có 70,6% bệnh nhân đã phẫu thuật u nguyên phát giải quyết biến chứng trước hóa trị, tỷ lệ này ở nhóm dùng phác đồ bộ đôi cao hơn đáng kể so với nhóm bộ ba (80,6% so với

46,7%, $p = 0,022$).

2. Đặc điểm điều trị bước một và đáp ứng điều trị

Phác đồ mFOLFOX6 + Cetuximab phổ biến nhất (64,7%), trung vị điều trị 8 chu kỳ. Tỷ lệ cần chỉnh/hoãn liều là 35,3% và ngừng trị do độc tính 15,7%. ORR và DCR chung đạt mức cao, lần lượt là 82,4% và 90,2%. ORR nhóm bộ ba cao hơn nhóm bộ đôi (93,3% so với 77,8%, $p = 0,251$). Tỷ lệ tiến triển bệnh (PD) ở nhóm bộ ba chỉ ghi nhận 6,7%.

Bảng 2. Đặc điểm điều trị bước một và đáp ứng khách quan theo RECIST 1.1

Chỉ số	Chung (n = 51)	Nhóm Bộ đôi FOLFOX/CAPEOX (n = 33 / n = 3)	Nhóm Bộ ba FOLFIRINOX (n = 15)	p
<i>Đặc điểm chu kỳ và liều lượng</i>				
Số chu kỳ trung vị (IQR)	8,0 (6,0 – 12,0)	8,5 (6,0 – 12,0)	7,0 (6,0 – 12,0)	0,821
Thay đổi liều/hoãn, n (%)	18 (35,3%)	11 (30,6%)	7 (46,7%)	0,336
Ngừng do độc tính, n (%)	8 (15,7%)	5 (13,9%)	3 (20,0%)	0,683
<i>Đáp ứng khách quan (theo RECIST 1.1)</i>				
Đáp ứng hoàn toàn (CR), n (%)	2 (3,9%)	2 (5,6%)	0 (0,0%)	1,000
Đáp ứng một phần (PR), n (%)	40 (78,4%)	26 (72,2%)	14 (93,3%)	0,141
Bệnh ổn định (SD), n (%)	4 (7,8%)	4 (11,1%)	0 (0,0%)	0,307
Bệnh tiến triển (PD), n (%)	5 (9,8%)	4 (11,1%)	1 (6,7%)	1,000
Tỷ lệ đáp ứng khách quan (ORR), %	42 (82,4%)	28 (77,8%)	14 (93,3%)	0,251
Tỷ lệ kiểm soát bệnh (DCR), %	46 (90,2%)	32 (88,9%)	14 (93,3%)	1,000

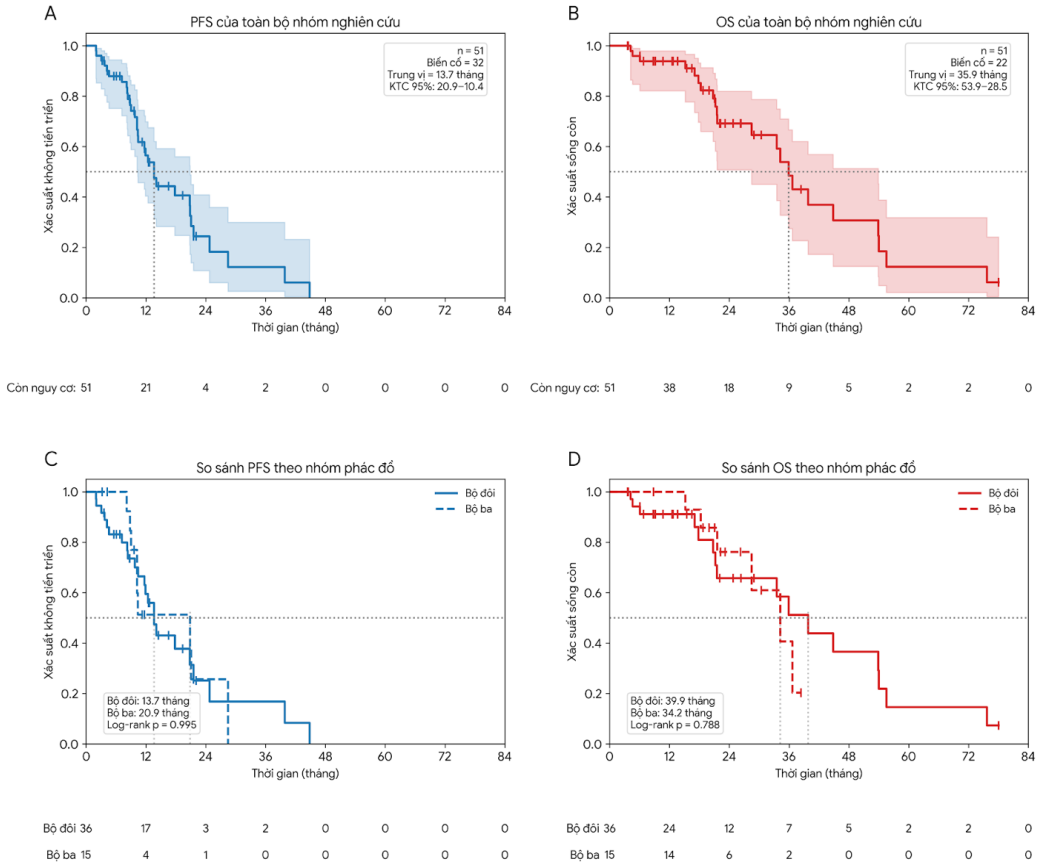
4. Kết quả chuyển đổi phẫu thuật triệt căn sau điều trị toàn thân

Sau điều trị toàn thân, 14/51 bệnh nhân (27,5%) được phẫu thuật triệt căn; trong đó 4 trường hợp phẫu thuật u nguyên phát, 4 trường hợp phẫu thuật tổn thương di căn và 6 trường hợp phẫu thuật đồng thời u nguyên phát và tổn thương di căn. Tỷ lệ diện cắt R0 đạt 13/51 bệnh nhân (25,5%). Tỷ lệ chuyển đổi R0 giữa nhóm bộ đôi và bộ ba lần lượt là 27,8% và 20,0%, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,730$). Trung vị thời gian từ khởi trị đến phẫu

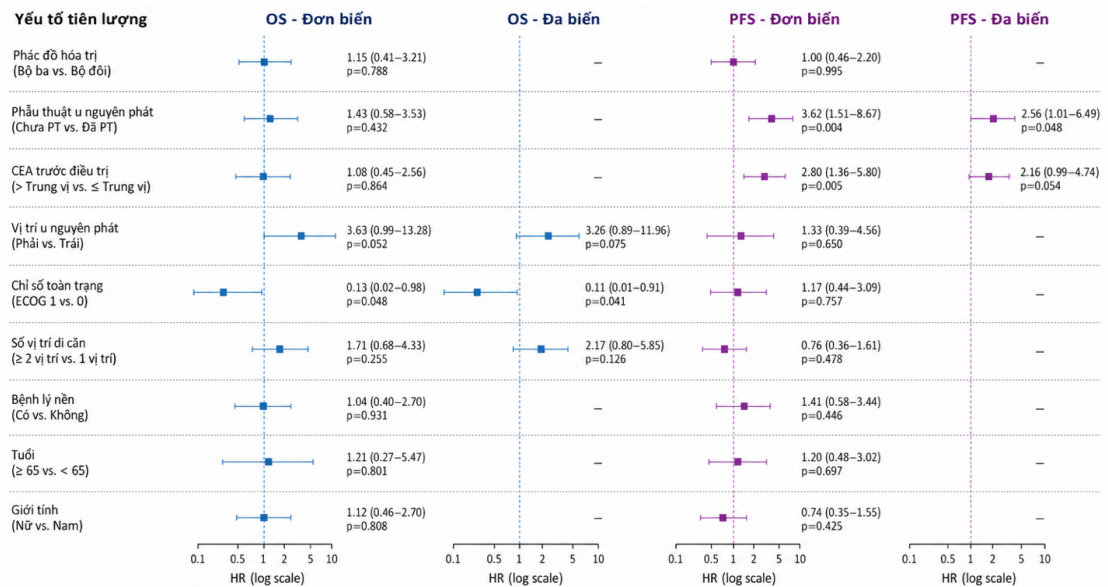
thuật là 4,6 tháng (IQR: 0,9–6,1).

5. Thời gian sống thêm và các yếu tố tiên lượng

Thời gian theo dõi trung vị là 24,80 tháng. Trung vị PFS và OS toàn bộ lần lượt là 13,7 tháng (KTC 95%: 10,4–20,9) và 35,9 tháng (KTC 95%: 28,5–53,9). Không có sự khác biệt thống kê về thời gian sống thêm giữa nhóm bộ đôi và bộ ba: trung vị PFS lần lượt là 13,7 và 20,9 tháng ($p = 0,995$); trung vị OS lần lượt là 39,9 và 34,2 tháng ($p = 0,788$).



Biểu đồ 1. Đường cong Kaplan–Meier về thời gian sống thêm không tiến triển và sống thêm toàn bộ



Biểu đồ 2. Biểu đồ hồi quy Cox các yếu tố ảnh hưởng đến PFS và OS

HR > 1 biểu thị tăng nguy cơ tiến triển hoặc tử vong; các biến có p < 0,05 được xem là có ý nghĩa thống kê

Phân tích đơn biến PFS cho thấy chưa phẫu thuật u nguyên phát và mức CEA > trung vị 25 ng/mL làm tăng nguy cơ tiến triển lần lượt 3,62 lần ($p = 0,004$) và 2,80 lần ($p = 0,005$). Phân tích đa biến khẳng định chưa phẫu thuật u nguyên phát là yếu tố độc lập giảm PFS (HR = 2,56; 95% CI: 1,01 – 6,49; $p = 0,048$), trong khi CEA cao có xu hướng tiên lượng xấu ($p = 0,054$). Về OS, u đại tràng phải có xu hướng tiên lượng xấu hơn 3,63 lần so với đại tràng trái ($p = 0,052$). Phân tích đa biến OS ghi nhận ECOG có tác động đáng kể ($p = 0,041$); tình trạng đa di căn (≥ 2 vị trí) và u đại tràng phải tăng rủi ro tử vong nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê. Lựa chọn phác đồ (bộ đôi/bộ ba) không ảnh hưởng đến tiên lượng PFS ($p = 0,995$) và OS (HR = 1,15; $p = 0,788$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi trên 51 bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn IV, RAS tự nhiên, cho thấy phác đồ Cetuximab kết hợp hóa trị nền tảng Oxaliplatin bước một mang lại hiệu quả cao. Tỷ lệ đáp ứng khách quan (ORR) đạt 82,4%, tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 90,2%, trung vị sống thêm không tiến triển (PFS) đạt 13,7 tháng và sống thêm toàn bộ (OS) đạt 35,9 tháng. Đáng chú ý tỷ lệ chuyển đổi phẫu thuật triệt căn đạt 27,5%, với tỷ lệ cắt bỏ R0 toàn mẫu là 25,5%. Kết quả này cho thấy vai trò của Cetuximab không chỉ trong kiểm soát bệnh mà còn thúc đẩy chiến lược điều trị đa mô thức thông qua việc giảm mạnh gánh nặng khối u.

Về đặc điểm bệnh nhân, độ tuổi trung bình là $55,4 \pm 13,1$ tuổi, nam giới chiếm ưu thế (56,9%), đa số có chỉ số ECOG 0 (52,9%). Đặc biệt, 88,2% u nguyên phát nằm ở đại tràng trái. Cấu trúc quần thể này lý giải một phần kết quả ORR rất cao (82,4%), bởi y văn thế giới và hướng dẫn của ESMO đều khẳng định lợi ích tối đa của thuốc kháng EGFR đạt được ở nhóm bệnh nhân u đại tràng trái có RAS tự nhiên.³ So sánh

với các thử nghiệm lâm sàng bản lề, ORR 82,4% trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn đáng kể so với mức 61,1% trong thử nghiệm TAILOR (FOLFOX4 + Cetuximab).⁵ Trung vị PFS (13,7 tháng) cũng vượt trội so với mức 9,2 tháng của TAILOR. Bắt nguồn từ việc lựa chọn bệnh nhân trên thực tế lâm sàng tại Việt Nam ngày càng tối ưu hơn (u đại tràng trái chiếm 88,2%), phối hợp phác đồ bộ ba (mFOLFIRINOX) cho 29,4% bệnh nhân. Phân tích dưới nhóm cho thấy ORR ở nhánh bộ ba đạt 93,3% so với 77,8% ở nhánh bộ đôi ($p = 0,251$). Xu hướng ORR tương đồng với kết quả từ thử nghiệm VOLFI hay DEEPER gần đây, khi mFOLFOXIRI kết hợp Cetuximab đạt tỷ lệ đáp ứng trên 85%.^{7,8} Dù khác biệt chưa đạt ý nghĩa thống kê trên cỡ mẫu nhỏ, sử dụng phác đồ bộ ba phản ánh xu hướng điều trị cá thể hóa: lựa chọn cường độ hóa trị mạnh cho bệnh nhân thể trạng tốt. Do đây là nghiên cứu quan sát, lựa chọn phác đồ phụ thuộc vào đặc điểm bệnh nhân và đánh giá của bác sĩ điều trị. Nhóm được lựa chọn phác đồ bộ ba gồm những bệnh nhân có gánh nặng bệnh cao và đặt mục tiêu chuyển đổi phẫu thuật ngay từ ban đầu. Vì vậy, kết quả so sánh giữa hai nhóm chỉ mang tính thăm dò.

Kết quả chuyển đổi phẫu thuật R0 từ nghiên cứu đạt 25,5% là minh chứng cho hiệu quả của chiến lược hạ giai đoạn. Tỷ lệ này tương đồng với thử nghiệm CELIM, nơi Cetuximab giúp đạt tỷ lệ cắt bỏ R0 34% ở nhóm bệnh nhân di căn gan không thể triệt căn ban đầu.⁶ Sự khác biệt về tỷ lệ chuyển đổi phẫu thuật giữa nhóm bộ đôi (27,8%) và bộ ba (20,0%) là không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,730$). Trong thực hành lâm sàng ung thư đại tràng, thay vì cố gắng tăng cường độ hóa trị lên phác đồ bộ ba một cách thường quy, việc lựa chọn bệnh nhân có đặc điểm sinh học thuận lợi (như u đại tràng trái, di căn khu trú) để áp dụng phác đồ bộ đôi phối hợp Cetuximab vẫn đủ sức mang lại cơ hội phẫu thuật tối ưu. Tuy nhiên, phân tích

hồi quy Cox đa biến của chúng tôi ghi nhận việc chưa phẫu thuật u nguyên phát trước khi hóa trị là một yếu tố tiên lượng độc lập làm giảm PFS (HR = 2,56; 95% CI: 1,01 – 6,49; p = 0,048). Trong bối cảnh cả phác đồ bộ đôi và bộ ba đều cho tỷ lệ hạ giai đoạn tương đương, phát hiện này củng cố quan điểm rằng gánh nặng khối u nguyên phát chưa được giải quyết là một thách thức làm giảm PFS, cần phối hợp chặt chẽ giữa nội khoa và ngoại khoa để theo dõi và can thiệp kịp thời ngay khi đạt đáp ứng, mang lại lợi ích kiểm soát bệnh lâu dài cao hơn so với việc chỉ đơn thuần dựa vào gia tăng cường độ thuốc hóa chất⁹. Về thời điểm can thiệp phẫu thuật triệt căn, trung vị số chu kỳ hóa trị phối hợp Cetuximab trước mổ là 8 chu kỳ (IQR: 6 – 11; [4 – 18]), tương ứng khoảng 4,6 tháng từ khi khởi trị. Kết quả này phù hợp với thực hành và khuyến cáo ESMO, trong đó nhấn mạnh việc hội chẩn đánh giá lại khả năng cắt bỏ mỗi 2 tháng.³ Phẫu thuật thành công quanh thời điểm 8 chu kỳ cho thấy đây là khoảng thời gian hợp lý: đủ để đạt đáp ứng sâu, nhưng chưa kéo dài hóa trị quá mức. Việc duy trì Oxaliplatin lâu, đặc biệt trên 12 chu kỳ, có thể làm tăng độc tính tích lũy như tổn thương xoang gan hoặc bệnh lý thần kinh ngoại biên, từ đó gây khó khăn cho phẫu thuật và tăng biến chứng hậu phẫu. Vì vậy, cần theo dõi sát đáp ứng và can thiệp ngoại khoa khi tổn thương nguyên phát và di căn có khả năng cắt bỏ R0.

Về thời gian sống thêm, trung vị OS toàn bộ 35,9 tháng. Giữa hai nhánh phác đồ, không có sự khác biệt về PFS (p = 0,995) và OS (p = 0,788). Tuy nhiên, phân tích hồi quy Cox ghi nhận ECOG (1 với 0) là yếu tố tác động độc lập đến OS (p = 0,041), trong khi u đại tràng phải cho thấy xu hướng tiên lượng OS xấu hơn (HR = 3,26; p = 0,075). Việc chưa ghi nhận khác biệt về sống còn giữa hai nhóm có thể phản ánh quá trình lựa chọn phác đồ theo đặc điểm lâm sàng, tuy nhiên cần nghiên cứu với cỡ mẫu lớn

hơn để khẳng định.

Nghiên cứu của chúng tôi có hạn chế về bản chất hồi cứu và cỡ mẫu nhỏ (đặc biệt ở nhánh bộ ba), dẫn đến một số xu hướng lâm sàng chưa đạt ý nghĩa thống kê. Dù vậy, với bản chất là dữ liệu thực tế, nghiên cứu khẳng định tính khả thi và hiệu quả vượt trội của Cetuximab kết hợp hóa trị bước một trong việc nâng cao tỷ lệ đáp ứng, mở ra cơ hội phẫu thuật chuyển đổi và kéo dài thời gian sống thêm cho bệnh nhân ung thư đại tràng tại Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Phác đồ bước một Cetuximab kết hợp hóa trị nền tảng Oxaliplatin trong ung thư đại tràng giai đoạn IV mang lại tỷ lệ đáp ứng 82,4%, tỷ lệ chuyển đổi phẫu thuật triệt căn (R0) 25,5%. Trung vị PFS và OS lần lượt là 13,7 và 35,9 tháng. Tình trạng chưa phẫu thuật u nguyên phát trước hóa trị có liên quan độc lập với PFS ngắn hơn. Hiệu quả sống thêm và tỷ lệ chuyển đổi phẫu thuật giữa phác đồ bộ đôi và bộ ba là tương đương ủng hộ chiến lược điều trị cá thể hóa điều trị.

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(3):229-263.
2. Bộ Y tế. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư đại trực tràng*. Ban hành kèm theo Quyết định số 3129/QĐ-BYT; 2020.
3. Cervantes A, Adam R, Roselló S, et al. Metastatic colorectal cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2023;34(1):10-32.
4. National Comprehensive Cancer Network. *Colon Cancer (Version 1.2026)*. Truy cập ngày 1 tháng 5, 2026.
5. Qin S, Li J, Wang L, et al. Efficacy and Tolerability of First-Line Cetuximab Plus

Leucovorin, Fluorouracil, and Oxaliplatin (FOLFOX-4) in Patients With RAS Wild-Type Metastatic Colorectal Cancer: The Open-Label, Randomized, Phase III TAILOR Trial. *J Clin Oncol*. 2018;36(30):3031-3039.

6. Folprecht G, Gruenberger T, Bechstein WO, et al. Tumour response and secondary resectability of colorectal liver metastases following neoadjuvant chemotherapy with cetuximab: the CELIM randomised phase 2 trial. *Lancet Oncol*. 2010;11(1):38-47.

7. Tsuji A, Sunakawa Y, Ichikawa W, et al. Efficacy of Cetuximab Plus mFOLFOXIRI vs Bevacizumab Plus mFOLFOXIRI as First-Line Treatment for RAS Wild-Type Metastatic Colorectal Cancer: The DEEPER Randomized Clinical Trial. *JAMA Oncol*. 2024;10(5):603-611.

8. Modest DP, Martens UM, Riera-

Knorrenschild J, et al. FOLFOXIRI plus cetuximab versus FOLFOXIRI plus bevacizumab as first-line treatment for BRAF-mutated metastatic colorectal cancer: an analysis of the VOLFI and FIRE-4.5 trials. *Eur J Cancer*. 2022;167:131-139.

9. Hu H, Wang K, Huang M, et al. Primary tumor resection provides survival benefits for asymptomatic colorectal cancer with unresectable metastasis. *Cancer Med*. 2021;10(14):4783-4795.

10. Jatoi A, Nguyen PL. Understanding and managing cetuximab-induced acneiform rash. *J Support Oncol*. 2005;3(2):149-155.

11. Argyriou AA, Bruna J, Marmioli P, Cavaletti G. Chemotherapy-induced peripheral neurotoxicity (CIPN): an update. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2012;82(1):51-77.

Summary

TREATMENT OUTCOMES OF STAGE IV COLON CANCER BY FIRST-LINE CETUXIMAB PLUS OXALIPLATIN-BASED CHEMOTHERAPY

This study evaluates the efficacy of first-line Cetuximab plus Oxaliplatin-based chemotherapy in 51 patients with stage IV, RAS wild-type colon cancer (from 01/2021 to 05/2026). A comparative analysis between the doublet (n = 36) and triplet (n = 15) chemotherapy groups showed an objective response rate of 82.4%, a disease control rate of 90.2%, and an R0 resection conversion rate of 25.5%. Median progression-free survival (PFS) was 13.7 months, and overall survival (OS) was 35.9 months. There were no statistically significant differences in efficacy (ORR, R0, PFS, OS) between the two groups. Not undergoing primary tumor resection prior to chemotherapy was associated with a shorter PFS. Overall, the regimen yields a high response rate, increases the chances of curative resection, and prolongs survival with a manageable, specific toxicity profile, facilitating individualized treatment.

Keywords: Colon cancer stage IV, Cetuximab, Oxaliplatin, conversion surgery.