

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ HOÁ CHẤT TIỀN PHẪU UNG THƯ BUỒNG TRỨNG FIGO IIIC-IV TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Ngô Văn Ty^{1,✉}, Trần Đình Anh², Đào Tiên Lục¹

¹Bộ môn Ung thư - Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Mục tiêu của nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả bước đầu điều trị hoá chất tiền phẫu ung thư buồng trứng FIGO IIIC-IV tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Nghiên cứu 10 bệnh nhân ung thư buồng trứng (UTBT) giai đoạn IIIC- IV được điều trị hóa chất tiền phẫu phác đồ paclitaxel-carboplatin tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2020 đến tháng 7/2021. Độ tuổi trung bình là $60,5 \pm 7,5$, nhỏ nhất là 49, lớn nhất là 71. 3 bệnh nhân giai đoạn IIIC và 7 bệnh nhân giai đoạn IV; có 4 bệnh nhân có chỉ số toàn trạng ECOG-2. Tỷ lệ bệnh nhân mổ được sau hóa chất tiền phẫu đạt 9/10 bệnh nhân, có 1 bệnh nhân từ chối không phẫu thuật. Trong 9 bệnh nhân được phẫu thuật, có 8 bệnh nhân đáp ứng với u tồn dư < 1cm, 1 bệnh nhân đạt đáp ứng với u tồn dư > 1cm sau hóa trị. Hạ bạch cầu trung tính là tác dụng không mong muốn hay gặp nhất (gặp ở 5/10 bệnh nhân), hạ bạch cầu độ 3,4 chỉ gặp ở 1 trường hợp. Các tác dụng không mong muốn khác: thiếu máu, nôn/buồn nôn, tiêu chảy, độc tính thần kinh ngoại vi gặp với tỷ lệ thấp và tất cả đều ở mức độ nhẹ (độ 1,2). Sau phẫu thuật, có 1 bệnh nhân gặp biến chứng bán tắc ruột, các bệnh nhân còn lại hậu phẫu ổn định.

Từ khóa: Ung thư buồng trứng giai đoạn IIIC-IV, hoá chất tiền phẫu.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư buồng trứng (UTBT) là một trong những ung thư phụ khoa hay gặp. Trên thế giới ung thư buồng trứng đứng ở vị trí thứ 8 trong các loại ung thư thường gặp ở phụ nữ; tỷ lệ mắc bệnh cao nhất hay gặp ở nhóm phụ nữ da trắng (châu Âu và Bắc Mỹ), tỷ lệ thấp ở các nước châu Á.¹ Theo GLOBOCAN 2020, tại Việt Nam, bệnh phổ biến đứng hàng thứ 3 trong các bệnh ung thư phụ khoa với tỷ lệ mắc là 2,1/100.000 phụ nữ.²

Về mô bệnh học, 80 - 90% ung thư buồng trứng là loại biểu mô, 5 - 10% là ung thư tế bào mầm và khoảng 5% ung thư có nguồn gốc mô đệm. Hơn 70% bệnh nhân được chẩn

đoán ở giai đoạn muộn (giai đoạn III, IV), nguyên nhân do buồng trứng là cơ quan nằm ở sâu trong tiểu khung và các triệu chứng của bệnh thường mơ hồ, dễ nhầm với các bệnh nội khoa khác.²

Điều trị chuẩn của ung thư biểu mô buồng trứng (UTBMBT) là phẫu thuật triệt căn, phẫu thuật công phá u tối đa nhằm giảm thể tích u, tạo điều kiện cho hóa trị hỗ trợ tác dụng tối ưu và hóa trị hỗ trợ bước 1 phác đồ có platinum.² Tuy nhiên, phần lớn bệnh nhân ung thư buồng trứng giai đoạn IIIC, IV có hình thái lâm sàng phức tạp, khối lượng u lớn, thể trạng bệnh nhân kém ảnh hưởng tới kết quả phẫu thuật công phá u tối đa không đạt được tối ưu. Mặt khác, phẫu thuật công phá u tối đa thì đầu là phẫu thuật nặng đi kèm nhiều biến chứng nên thời gian chăm sóc hậu phẫu dài chất lượng cuộc sống không tốt, điều này ảnh hưởng

Tác giả liên hệ: Ngô Văn Ty

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: ngovanty@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 17/09/2021

Ngày được chấp nhận: 13/10/2021

không tốt đến thời gian bệnh nhân bắt đầu được điều trị hóa chất. Điều trị hóa chất tiền phẫu được nhiều nghiên cứu chứng minh làm giảm khối lượng u và mức độ nặng của phẫu thuật công phá u tối, giảm tỷ lệ tử vong và biến chứng sau mổ, tăng tỷ lệ đạt phẫu thuật tối ưu.^{3,4} Điều trị hóa chất tiền phẫu đã được tiến hành tại Khoa Ung bướu và Chăm sóc giảm nhẹ - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, qua bước đầu cho thấy hiệu quả điều trị tốt trên bệnh nhân ung thư buồng trứng giai đoạn IIIC-IV. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài “Đánh giá kết quả bước đầu điều trị hóa chất tiền phẫu ung thư buồng trứng FIGO IIIC-IV tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội” với 2 mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư buồng trứng FIGO IIIC-IV được điều trị hóa chất tiền phẫu tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2020 đến tháng 7/2021.

2. Nhận xét kết quả bước đầu điều trị tiền phẫu ung thư buồng trứng FIGO IIIC-IV được điều trị hóa chất tiền phẫu tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2020 đến tháng 7/2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Bao gồm 10 bệnh nhân ung thư buồng trứng giai đoạn IIIC-IV được điều trị hóa chất tiền phẫu tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2020 đến tháng 7/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Có chẩn đoán xác định ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn IIIC-IV.
- Bệnh nhân điều trị lần đầu.
- Điều trị hóa chất tiền phẫu phác đồ paclitaxel-carboplatin (paclitaxel 175mg/m² ngày 1, carboplatin AUC5 ngày 1, chu kỳ 3 tuần x 03 chu kỳ).
- Bệnh nhân đồng ý điều trị theo phác đồ.

- Có hồ sơ ghi chép đầy đủ.

- Thẻ trạng chung: Chỉ số toàn trạng từ 0-2 theo thang điểm ECOG. Chức năng tuỷ xương, gan, thận trong giới hạn bình thường.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có hai ung thư đồng thời.
- Bệnh nhân đã được điều trị trước đó (phẫu thuật, hóa trị).
- Bệnh nhân bỏ điều trị giữa chừng không do bệnh tiến triển.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh.

Phương pháp thu thập số liệu

Chọn mẫu thuận tiện (tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trên được điều trị từ tháng 01/2020 - 07/2021 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội).

Các thông tin cần thu thập

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: tuổi, giai đoạn bệnh tại thời điểm chẩn đoán ban đầu, thể mô bệnh học.

Đánh giá đáp ứng điều trị

Đánh giá các độc tính của phác đồ.

3. Xử lý số liệu

Bằng phần mềm SPSS 22.0.

4. Đạo đức nghiên cứu

Việc tiến hành nghiên cứu có xin phép và được sự đồng ý của lãnh đạo Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và gia đình bệnh nhân. 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 đối tượng chỉ nhằm mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 1. Phân bố các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng	Số lượng
Tình trạng kinh nguyệt	
Mãn kinh	9
Chưa mãn kinh	1
Tuổi	
< 50	1
50 - 59	5
≥ 60	4
Giai đoạn bệnh	
IIIC	3
IV	7
ECOG	
0 - 1	6
2	4
Giai đoạn bệnh	
II	9
IIIA	27
Tổng	10

Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng được thể hiện trong **Bảng 1**. Độ tuổi trung bình là $60,5 \pm 7,5$, nhỏ nhất là 49, lớn nhất là 71, trong đó 9/10 bệnh nhân đã mãn kinh. Trong

10 bệnh nhân nghiên cứu có 3 bệnh nhân giai đoạn IIIC và 7 bệnh nhân giai đoạn I; có 4 bệnh nhân có chỉ số toàn trạng ECOG-2.

2. Kết quả điều trị

Bảng 2. Kết quả điều trị theo giai đoạn

Đáp ứng theo giai đoạn	Tồn thương tồn dư < 1cm	Tồn thương tồn dư > 1cm
FIGO IIIC	3	0
FIGO IV	5	1

Kết quả đáp ứng được thể hiện trong **Bảng 2**. Tỷ lệ bệnh nhân mổ được sau hóa chất tiền phẫu đạt 9/10 bệnh nhân, có 1 bệnh nhân từ chối không phẫu thuật. Trong 9 bệnh nhân

phẫu thuật, có 8 bệnh nhân đáp ứng với u tồn dư < 1cm tương ứng với 8 bệnh nhân đạt phẫu thuật tối ưu, 1 bệnh nhân đạt đáp ứng với u tồn dư > 1cm sau hóa trị.

Bảng 3. Tỷ lệ bệnh nhân có tác dụng không mong muốn

Hóa chất tiền phẫu					
Độc tính	Độ 0	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4
Ngoài huyết học					
Nôn	0	2	0	0	0
Tiêu chảy	0	1	0	0	0
Tăng men gan	0	1	0	0	0
Độc tính	Độ 0	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4
Tăng creatinine	0	0	0	0	0
Tê bì tay chân	1	3	0	0	0
Huyết học					
Hạ HST	0	1	1	0	0
Hạ BC	0	1	4	1	0
Hạ BCH	0	1	4	1	0
Hạ TC	0	0	0	0	0
Biến chứng sau mổ					
Số lượng					
Tử vong	0				
Chảy máu	0				
Nhiễm trùng	0				
Bán tắc ruột	1				

Độc tính của phác đồ được thể hiện trong **Bảng 3**. Trong quá trình điều trị hóa chất, hạ bạch cầu trung tính là tác dụng không mong muốn hay gặp nhất, gặp ở 5/10 bệnh nhân nghiên cứu, trong đó hạ bạch cầu độ 3,4 chỉ gặp ở 1 bệnh nhân. Các tác dụng không mong muốn khác: thiếu máu, nôn/buồn nôn, tiêu chảy, độc tính thần kinh ngoại vi lần lượt chỉ gặp ở 1 - 2 bệnh nhân và tất cả đều ở mức độ nhẹ (độ 1,2). Sau phẫu thuật, có 1 bệnh nhân gặp biến chứng bán tắc ruột, các bệnh nhân còn lại hậu phẫu ổn định.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là $60,5 \pm 7,5$ tuổi và 9 bệnh nhân đã mãn kinh, có 1 bệnh nhân ở độ tuổi tiền mãn kinh. Kết quả này tương đồng với kết quả của các tác giả Yan Gao (2019) với độ tuổi trung bình là 58 tuổi và nghiên cứu của Vergote (2010) với tuổi trung bình là 63 tuổi ở nhánh điều trị hóa chất tiền phẫu.^{3,4} Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với kết quả của các nghiên cứu trong nước khác như Phạm Thị Diệu Hà (2012) (51,1 tuổi).⁵ Có thể một phần

do phác đồ hóa trị tiền phẫu được ưu tiên hơn ở các bệnh nhân tuổi cao, toàn trạng kém, các bệnh lý nội khoa kèm theo chưa phù hợp cho phẫu thuật ngay.

Trong 10 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, có 7 bệnh nhân đã có tổn thương di căn xa (giai đoạn IV). Các tổn thương di căn được ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi là màng phổi (5 bệnh nhân), gan (2 bệnh nhân), màng tim (1 bệnh nhân), hạch cổ (1 bệnh nhân), lách (1 bệnh nhân). Tỷ lệ bệnh nhân giai đoạn IV trong chùm ca bệnh của chúng tôi cao hơn so với kết quả của các nghiên cứu khác như nghiên cứu của Vergote (2010) và Yong Jae Lee (2018) với tỷ lệ này lần lượt là 24,3% và 42,5%.^{4,6} Sự sai khác có thể do số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi còn ít. Các nghiên cứu trong và ngoài nước đều cho thấy các vị trí di căn thường gặp nhất là màng phổi và gan.

Trong nghiên cứu chùm ca bệnh này, 6 bệnh nhân có chỉ số toàn trạng ECOG 0-1, 4 bệnh nhân còn lại có chỉ số ECOG 2, không có bệnh nhân nào có chỉ số ECOG > 2, kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Peter E. Schwartz (1999).⁷ Các bệnh nhân có thể trạng kém hoặc có các bệnh lý kèm theo và không thuận lợi để phẫu thuật lấy u tối đa ngay từ đầu là một nhóm bệnh nhân nằm trong chỉ định điều trị hóa chất tiền phẫu.

CA125 là một protein, còn được gọi là chất chỉ điểm ung thư (là chất được tìm thấy với nồng độ cao trong tế bào của khối u). CA125 thường tập trung nhiều trong các tế bào ung thư buồng trứng hơn các loại tế bào khác. CA 125 thường được đo trong mẫu máu, giá trị bình thường tùy thuộc từng phòng xét nghiệm, đa phần là dưới 35 U/mL, là chất chỉ điểm sinh học được sử dụng rộng rãi nhất trong ung thư buồng trứng. Tuy nhiên, độ nhạy và độ đặc hiệu của CA125 chỉ phát hiện khoảng 80% bệnh nhân bị ung thư buồng trứng nhưng chỉ trong 50% phụ nữ

bị bệnh ở giai đoạn sớm. Độ nhạy, độ đặc hiệu CA125 có giới hạn, có thể tăng cao trong một loạt các bệnh lành tính phổ biến như lạc nội mạc tử cung và viêm nhiễm vùng chậu.... Đối với những ung thư biểu mô buồng trứng thể thanh dịch có xu hướng tăng nồng độ CA125 cao hơn (> 85%), trong khi ở thể chế nhầy tỷ lệ tăng CA125 thấp hơn.^{2,8}

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ CA 125 trung bình tại thời điểm chẩn đoán là 1642,7 U/mL, và cả 10 bệnh nhân nghiên cứu đều có giá trị nồng độ CA 125 > 35 U/mL. Kết quả này tương đồng với Vergote (2010), Yong Jae Lee (2018) và Yan Gao (2019).³⁻⁵

Về mô bệnh học, trong 10 bệnh nhân nghiên cứu có 8 bệnh nhân có thể mô bệnh học là ung thư biểu mô thanh dịch, 1 trường hợp ung thư biểu mô tế bào sáng và 1 trường hợp không xác định thể mô bệnh học. Cụ thể hơn, bệnh nhân không xác định được chính xác thể mô bệnh học do không đồng ý tiến hành phẫu thuật, bệnh phẩm ban đầu được đánh giá lấy từ hạch cổ di căn (kết quả nhuộm HMMD ung thư biểu mô có nguồn gốc từ buồng trứng). Các nghiên cứu cũng cho thấy thể thanh dịch là thể mô bệnh học chiếm đa số trong ung thư buồng trứng, tỷ lệ dao động, từ 58% - 87%.^{3,4}

Điều trị hóa chất tiền phẫu hay còn gọi là hóa chất tân bổ trợ đối với ung thư buồng trứng giai đoạn tiến triển là một phương pháp mới được chú ý nhiều và trở nên phổ biến hơn trong thực hành lâm sàng ở nước ta. Tuy nhiên, trên thế giới đã có khá nhiều các thử nghiệm, nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị này. Hóa chất tiền phẫu hiện tại được chỉ định đối với ung thư buồng trứng giai đoạn IIIC và IV, được đánh giá không có khả năng đạt phẫu thuật tối ưu (không còn tổn thương ung thư hoặc tổn thương tồn dư sau mổ < 10mm) dưới đánh giá của bác sĩ phẫu thuật ung thư phụ khoa có kinh nghiệm; hoặc

ở các bệnh nhân ung thư buồng trứng có toàn trạng kém, bệnh lý nền kèm theo chưa thích hợp cho cuộc phẫu thuật xâm lấn rộng.⁷ Trong nghiên cứu của chúng tôi, chòm ca bệnh tập trung vào nhóm bệnh nhân giai đoạn tiến triển IIIC - IV, tiên lượng khó đạt được phẫu thuật tối ưu ngay từ đầu. Lựa chọn phác đồ hóa trị đối với điều trị tiền phẫu vẫn đang được đánh giá qua nhiều nghiên cứu. Hiện tại, với các bằng chứng mạnh mẽ về hiệu quả của phác đồ TC (paclitaxel-carboplatin) trong điều trị hỗ trợ cũng như vai trò của nhóm platin đã được khẳng định qua nhiều thử nghiệm lớn, phác đồ paclitaxel-carboplatin là phác đồ được sử dụng rộng rãi nhất cho phương pháp điều trị hóa chất tiền phẫu.⁷ Trong nghiên cứu chòm ca bệnh này, cả 10 bệnh nhân đều được sử dụng phác đồ trên, phác đồ TC đã cho thấy khả năng dung nạp tốt với tỷ lệ các tác dụng không mong muốn thấp và chủ yếu ở mức độ nhẹ (độ 1,2). Tác dụng phụ không mong muốn hay gặp nhất là hạ bạch cầu trung tính (gặp ở 6 bệnh nhân), trong đó chủ yếu là độ 1,2; hạ bạch cầu độ 3,4 gặp ở 1 bệnh nhân và không có biến chứng sốt hay nhiễm trùng được ghi nhận.

Về kết quả điều trị, không có bệnh nhân nào có bệnh tiến triển trong quá trình điều trị, 9 bệnh nhân được phẫu thuật debulking, 1 bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật, tuy nhiên bệnh nhân này được đánh giá bệnh đáp ứng tốt điều trị (các tổn thương tồn dư trên phim cắt lớp vi tính có kích thước < 1cm, tổn thương di căn hạch cổ biến mất, chỉ số CA 125 giảm từ 565 xuống còn 6,67 sau 3 đợt hóa trị). Như đã đề cập ở trên, phẫu thuật tối ưu đạt được khi không còn tổn thương ung thư hoặc tổn thương tồn dư sau mổ < 10mm. Phẫu thuật tối ưu được xem là mục tiêu điều trị quan trọng đối với ung thư buồng trứng, nhiều nghiên cứu đã cho thấy việc đạt được phẫu thuật tối ưu có liên quan đến tiên lượng

tốt hơn về thời gian sống thêm toàn bộ (OS) và thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS). Hóa trị tiền phẫu với mục tiêu nhằm đạt được tỷ lệ phẫu thuật đạt tối ưu cao hơn và giảm tỷ lệ tử vong và biến chứng trong và sau mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 8 trên 9 bệnh nhân đạt được phẫu thuật tối ưu, trong đó có 1 bệnh nhân đạt đáp ứng hoàn toàn (lấy bỏ được hết các tổn thương trong mổ và các bệnh phẩm sau mổ đều không còn tế bào ung thư) và 7 bệnh nhân đạt đáp ứng một phần với các tổn dư < 1cm. Trong chòm ca bệnh, có 1 trường hợp không đạt được phẫu thuật tối ưu do còn các tổn thương xâm lấn tại rốn gan và đầu tụy không có khả năng cắt bỏ (với các tổn thương tồn dư > 1cm). Tỷ lệ đạt phẫu thuật tối ưu trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối cao, không có bệnh nhân nào tử vong sau mổ, 1 bệnh nhân có biến chứng bán tắc ruột sau 2 tuần sau mổ, đã ổn định sau điều trị nội khoa, không cần phẫu thuật lại.

Thử nghiệm EORTC (1995) được xem là một trong các thử nghiệm đầu tiên so sánh giữa phẫu thuật ngay từ đầu (Primary Debulking Surgery - PDS) hay phẫu thuật sau khi điều trị tiền phẫu (Interval Debulking Surgery - IDS). Kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian sống thêm toàn bộ ở nhóm PDS đạt trung vị 20 tháng, trong khi đó, nhóm IDS sau điều trị hóa chất tiền phẫu đạt thời gian sống thêm toàn bộ là 26 tháng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,01$. Kết quả của thử nghiệm EORTC (1995) đã mở đường cho các nghiên cứu khác về sau.⁹

Thử nghiệm GOG (2004) của hiệp hội ung thư phụ khoa là thử nghiệm pha III, ngẫu nhiên trên 550 bệnh nhân ung thư buồng trứng giai đoạn III - IV cũng được chia làm 2 nhóm đối đầu, một nhánh là PDS, nhánh còn lại là IDS sau khi hóa trị tiền phẫu. Khác với thử nghiệm EORTC (1995), kết quả cho thấy không có sự

khác biệt về thời gian sống thêm bệnh không tiến triển và tỷ lệ tử vong ở hai nhóm nghiên cứu.¹⁰ Nghiên cứu của Vergote (2010) thực hiện trên 670 bệnh nhân ung thư buồng trứng FIGO IIIC-IV, với thiết kế nghiên cứu tương tự như 2 thử nghiệm trên. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật (được định nghĩa là tử vong trong vòng 28 ngày sau mổ) xảy ra ở 2,5% nhóm bệnh nhân PDS và 0,7% ở nhóm bệnh nhân IDS. Chảy máu sau mổ (độ 3,4) ở hai nhóm PDS và IDS lần lượt là 7,4% và 4,1%; tương tự lần lượt nhiễm trùng sau mổ với tỷ lệ 8,1% và 1,7%, biến chứng mạch máu 2,6% và 0%. Kết quả ban đầu cho thấy tỷ lệ tử vong và biến chứng sau mổ được giảm thiểu ở nhóm bệnh nhân điều trị hóa chất tiền phẫu và IDS. Tuy nhiên, nghiên cứu này của Vergote cũng cho kết quả âm tính về sống thêm với trung vị về OS và PFS không có sự khác biệt giữa hai nhóm.³

Nhiều nghiên cứu khác cũng đã được tiến hành và cho thấy rằng hóa trị tiền phẫu và phẫu thuật sau có hiệu quả không thua kém với điều trị phẫu thuật ngay từ đầu, đồng thời giảm tỷ lệ tử vong và biến chứng sau mổ. Bên cạnh đó, hóa trị tiền phẫu còn có lợi ích đánh giá được khả năng đáp ứng của khối u đối với hóa chất.^{4,6,7,9,10}

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu điều trị hóa chất tiền phẫu phác đồ TC trên 10 bệnh nhân ung thư buồng trứng giai đoạn IIIC-IV cho kết quả tốt về tỷ lệ đáp ứng, với 9/10 bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật, trong đó 8/9 bệnh nhân đạt phẫu thuật tối ưu. Tỷ lệ tác dụng phụ do hóa trị thấp, trong đó hay gặp nhất là hạ bạch cầu (gặp ở 5 bệnh nhân). Về hậu phẫu, chỉ duy nhất 1 bệnh nhân có biến chứng bán tắc ruột sau mổ. Như vậy, phác đồ hóa trị tiền phẫu được áp dụng tại Khoa Ung bướu

và Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội bước đầu cho kết quả tốt và tỷ lệ biến chứng thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung, Ferlay, Siegel et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 2021; 71(3): 209-249.
2. Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L. et al. Global cancer statistics: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2021; 71(3): 209-249 .
3. Gao, Zhang, Han et al. Evaluating the benefits of neoadjuvant chemotherapy for advanced epithelial ovarian cancer: a retrospective study. *Journal of ovarian research*. 2019; 12(1): 1-8.
4. Vergote, I., Tropé, Amant, F., Kristensen et al. Neoadjuvant chemotherapy or primary surgery in stage IIIC or IV ovarian cancer. *New England Journal of Medicine*, 2010; 363(10): 943-953.
5. Phạm Thị Diệu Hà, *Nhận xét giá trị của chất chỉ điểm u CA₁₂₅ và HE4 trong chẩn đoán ung thư buồng trứng*, Luận văn Thạc sĩ Y học, 2012; Trường Đại học Y Hà Nội.
6. Lee, Chung, Nam et al. Impact of increased utilization of neoadjuvant chemotherapy on survival in patients with advanced ovarian cancer: experience from a comprehensive cancer center. *Journal of gynecologic oncology*, 2018; 29(4).
7. Schwartz, Rutherford, Chambers et al. Neoadjuvant chemotherapy for advanced ovarian cancer: long-term survival. *Gynecologic oncology*. 1999; 72(1): 93-99.
8. Võ Văn Khoa, Nguyễn Vũ Quốc Huy. Nghiên cứu giá trị của HE4, CA-125, thuật toán

nguy cơ ác tính buồng trứng (ROMA) trong chẩn đoán trước mổ ung thư buồng trứng. *Tạp chí Phụ sản*. 2018; 16(2): 79-85.

9. Van Der Burg ME, Van Lent M, Buyse M et al. The effect of debulking surgery after induction chemotherapy on the prognosis in advanced epithelial ovarian cancer. *New*

England Journal of Medicine. 1995; 332(10): 629-634.

10. Look KY, Sandler A, Blessing J A et al. Phase II trial of gemcitabine as second-line chemotherapy of uterine leiomyosarcoma: a Gynecologic Oncology Group (GOG) Study. *Gynecologic oncology*. 2004; 92(2) 644-647.

Summary

INITIAL RESULTS OF NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY ON EPITHELIAL OVARIAN CANCER FIGO IIIC-IV AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective of our study was carried out among 10 patients with stage IIIC-IV ovarian cancer who received preoperative chemotherapy with paclitaxel-carboplatin regimen at Hanoi Medical University Hospital from January 2020 to July 2021. The mean age was 60.5. There were 3 patients with stage IIIC, 7 patients with stage IV, and 4 patients with performance status score ECOG-2. There were 9 patients were operated after preoperative chemotherapy, and 1 patient who refused surgery. In terms of postoperative results, there were 8 patients responding with residual tumors < 1cm, 1 patient achieving response with residual tumors > 1cm after chemotherapy. Neutropenia was the most common side effect, accounting for 5/10 patients; leukopenia grade 3.4 was reported in 1 patient. Other side effects: anemia, vomiting/nausea, diarrhea, peripheral neurotoxicity occur at the low rate and all were mild (degree 1,2). After surgery, 1 patient had a part obstructive complication; there was no evidence of other postoperative complications.

Keywords: Ovarian cancer, Neoadjuvant chemotherapy.