

hơn.^{5,6} Lý giải cho việc biến dạng môi mũi nhiều ở nhóm bệnh nhân mức độ nặng là vì nhóm bệnh nhân này thường không có cầu da Simonart và hay đi kèm có khe hở cung hàm, khe hở vòm miệng, các đặc điểm dị tật phối hợp này làm cho cánh mũi bị doãng rộng và xoắn vặn, trong khi nhóm trung bình thường có cầu da nên vị trí chân cánh mũi được định hình tốt hơn, nhờ đó cánh mũi ít bị biến dạng hơn.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân khe hở môi một bên toàn bộ tại bệnh viện Nhi Trung ương từ 10/2022 đến 02/2023:

- Tuổi trung bình của các bệnh nhân là 2,1 ± 1,0 tháng
- Tỷ lệ bệnh nhân nam/nữ = 27/12, nam nhiều hơn nữ, khe hở môi bên trái nhiều hơn bên phải.
- Tỷ lệ nhóm mức độ nặng là 80%, trung bình là 20%.
- Tỷ lệ khe hở môi kèm khe hở cung hàm là 95%, kèm khe hở vòm miệng là 77,5%, có cầu da Simonart chiếm 22,5%.
- Tỷ lệ nhóm chênh lệch chiều cao nhân trung ≥4mm là 80%, chênh lệch <4mm là 20%.
- Tỷ lệ biến dạng cánh mũi nhiều 82,5%, biến dạng ít là 17,5%.

- Độ lệch trụ mũi trung bình: 34,75±8,39 độ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Stone C, Allam E, Windsor J.** Cleft Lip and Palate: Etiology, Epidemiology, Preventive and Intervention Strategies. *Anatomy & Physiology*. 2014;04:1-6.
2. **Lê Văn Sơn.** Bệnh Lý và Phẫu Thuật Hàm Mặt. Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam; 2013.
3. **Shankar G.** Textbook of Orthodontics. Paras Medical Publication; 2011.
4. **Mortier PB, Martinot VL, Anastassov Y, Kulik JF, Duhamel A, Pellerin PN.** Evaluation of the results of cleft lip and palate surgical treatment: preliminary report. *Cleft Palate Craniofac J*. 1997;34(3):247-255.
5. **Nguyễn Hoàng Minh.** Đánh Giá Kết Quả Tạo Hình Khe Hở Môi Một Bên Toàn Bộ Bằng Phương Pháp Millard Cải Tiến Kết Hợp Tạo Hình Mũi Thị Đầu. Luận văn thạc sỹ Y học. Đại học Y Hà Nội; 2015.
6. **Trần Phương Bình.** Nhận Xét Kết Quả Phẫu Thuật Khe Hở Môi Toàn Bộ Một Bên Bằng Phương Pháp Millard. Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ. Đại học Y Hà Nội; 2013.
7. **Đặng Hoàng Thơm, Nguyễn Thanh Liêm.** Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình khe hở môi một bên ở trẻ sơ sinh bằng kỹ thuật Onizuka cải tiến. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*; 2013;17:1-7.
8. **Rajanikanth BR, Rao KS, Sharma SM, Rajendra Prasad B.** Assessment of Deformities of the Lip and Nose in Cleft Lip Alveolus and Palate Patients by a Rating Scale. *J Maxillofac Oral Surg*. 2012;11(1):38-46.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ BUỒNG TRỨNG GIAI ĐOẠN IIIB-IIIC BẰNG PHÁC ĐỒ PACLITAXEL - CARBOPLATIN KẾT HỢP BEVACIZUMAB TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Mậu Thái², Vũ Hồng Thăng²,
Lê Trí Chính¹, Lê Thị Yến¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào buồng trứng giai đoạn IIIB-IIIC được điều trị bằng phác đồ paclitaxel-carboplatin kết hợp Bevacizumab, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển của nhóm bệnh nhân nghiên cứu. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu có theo dõi dọc, đối tượng nghiên cứu là 39 bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng (UTBMBT) giai đoạn IIIB-IIIC được điều trị bằng phác

đồ paclitaxel-carboplatin kết hợp Bevacizumab tại bệnh viện K từ tháng 1/2020 đến tháng 4/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân UTBMBT giai đoạn IIIB-IIIC là 53 tuổi, phần lớn đến viện với biểu hiện đau tức hạ vi. Thăm khám lâm sàng thường không có triệu chứng đặc trưng. Thể hiện trên chẩn đoán hình ảnh thường là nhiều u, tính chất hỗn hợp âm kèm theo các dấu hiệu gợi ý ác tính. Nồng độ CA12-5 rất cao ở đa số các trường hợp, với mô bệnh học thể carcinoma thanh dịch chiếm tỉ lệ nổi trội. Giai đoạn IIIC chiếm phần lớn trong nhóm nghiên cứu. Thời gian sống bệnh không tiến triển đạt 26 ± 3,6 tháng khi sử dụng phác đồ Paclitaxel-Carboplatin kết hợp Bevacizumab trong điều trị nhóm bệnh nhân này. Không có sự khác biệt kết quả điều trị khi so sánh trong các vế tổ nhóm tuổi, giai đoạn bệnh, thể giải phẫu bệnh và liều Bevacizumab. **Kết luận:** Phác đồ Paclitaxel-Carboplatin kết hợp Bevacizumab mang lại hiệu quả cao trong điều trị bệnh nhân UTBMBT giai

¹Bệnh viện K Tân Triều

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mậu Thái

Email: mauthai97@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2023

Ngày duyệt bài: 28.8.2023

đoạn IIIB-IIIC.

Từ khoá: ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn IIIB-IIIC, paclitaxel-carboplatin kết hợp bevacizumab, điều trị hỗ trợ ung thư buồng trứng.

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT FOR STAGE IIIB-IIIC OVARIAN EPITHELIAL CANCER WITH THE REGIMEN PACLITAXEL - CARBOPLATIN COMBINED WITH BEVACIZUMAB AT NATIONAL CANCER HOSPITAL

Objective: Evaluation of some clinical and paraclinical characteristics of patients with stage IIIB-IIIC ovarian epithelial cancer treated with the paclitaxel-carboplatin regimen combined with Bevacizumab, progression-free survival of the study patient group. **Method:** This is a retrospective descriptive study with longitudinal follow-up. The study subjects were 39 patients with stage IIIB-IIIC ovarian epithelial cancer (EOC) treated with the paclitaxel-carboplatin regimen combined with Bevacizumab at National Cancer Hospital from January 2020 to April 2023. **Results:** The average age of patients with stage IIIB-IIIC EOC is 53 years old, most of them present with hypogastric pain. Clinical examinations often lack specific symptoms. Imaging diagnostics usually reveal multiple tumors of mixed nature accompanied by suggestive signs of malignancy. The CA12-5 concentration is markedly elevated in most cases, with the histological subtype of serous carcinoma being dominant. Stage IIIC accounts for the majority within the study group. The progression-free survival time reaches 26 ± 3.6 months with the Paclitaxel-Carboplatin regimen combined with Bevacizumab for the treatment of this patient cohort. There is no difference in treatment outcomes when comparing various factors such as age groups, disease stages, histopathological subtypes, and Bevacizumab dosage. **Conclusions:** The Paclitaxel-Carboplatin regimen combined with Bevacizumab demonstrates high effectiveness in treating patients with stage IIIB-IIIC ovarian epithelial cancer.

Keywords: Ovarian epithelial cancer stage IIIB-IIIC, treated with paclitaxel-carboplatin combined with bevacizumab, treatment adjustment in ovarian cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư buồng trứng (UTBT) là bệnh phổ biến thứ ba trong các ung thư phụ khoa, đứng thứ 8 trong các bệnh ung thư của phụ nữ trên toàn thế giới, ở Mỹ tỷ lệ tử vong đứng hàng đầu trong các ung thư phụ khoa. Tuổi trung bình mắc bệnh là từ 60 đến 64 tuổi, có khoảng hơn một phần ba xuất hiện sau tuổi 65. Theo GLOBOCAN năm 2020, tại Việt Nam, khoảng 1.404 ca mắc mới và 923 ca tử vong mỗi năm. [1]

Về mô bệnh học, có tới 80-90% UTBT là loại biểu mô, 5-10% là UT tế bào mầm và khoảng 5% là u đệm dây sinh dục [2]. Bệnh thường tiến triển âm thầm, khoảng 70% UTBT được chẩn

đoán ở giai đoạn tiến xa (III và IV) [3].

Đối với ung thư biểu mô buồng trứng (UTBMBT) phẫu thuật đóng vai trò chủ đạo. Điều trị phác đồ Paclitaxel-Carboplatin sau phẫu thuật công phá u với UTBMBT giai đoạn tiến xa được xem là điều trị tiêu chuẩn trên thế giới. Những năm gần đây, với các bước tiến trong điều trị đích, vai trò của Bevacizumab kết hợp hoá chất trong điều trị hỗ trợ nhóm bệnh nhân này cải thiện thời gian sống bệnh không tiến triển, thể hiện nổi bật qua hai thử nghiệm lớn GOG 0218 và ICON 7 kết luận hiệu quả điều trị tốt hơn so với sử dụng hoá chất đơn thuần. Tại bệnh viện K, phác đồ Paclitaxel-Carboplatin kết hợp Bevacizumab điều trị hỗ trợ cho bệnh nhân UTBMBT giai đoạn IIIB-IIIC được sử dụng phổ biến hơn những năm gần đây, bước đầu đã được kỳ vọng cải thiện kết quả điều trị của nhóm bệnh nhân này. Với sự mong muốn đánh giá đầy đủ hiệu quả của phác đồ này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với hai mục tiêu:

1. *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư buồng trứng giai đoạn IIIB-IIIC tại bệnh viện K*

2. *Đánh giá kết quả điều trị của nhóm bệnh nhân nghiên cứu bằng phác đồ Paclitaxel – Carboplatin kết hợp Bevacizumab.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm các bệnh nhân UTBMBT giai đoạn IIIB-IIIC đã phẫu thuật tại bệnh viện K và điều trị phác đồ Paclitaxel-Carboplatin kết hợp Bevacizumab từ tháng 1/2020-4/2023.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Tất cả các trường hợp UTBMBT giai đoạn IIIB-IIIC được phẫu thuật tại Bệnh viện K, điều trị hỗ trợ bằng phác đồ Paclitaxel-Carboplatin kết hợp Bevacizumab.

- Điều trị Bevacizumab tối thiểu 03 chu kỳ.

- Có hồ sơ bệnh án ghi chép đầy đủ và thông tin theo dõi sau điều trị.

- Không có bệnh ung thư khác kèm theo.

- Không mắc các bệnh lý cấp và hoặc mãn tính có nguy cơ tử vong gần.

- Không sử dụng kết hợp các thuốc điều trị ung thư buồng trứng

- Chỉ số toàn trạng theo ECOG: 0 – 2 điểm

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Các trường hợp UTBMBT không có thông tin đầy đủ như trên hoặc bệnh nhân từ chối cung cấp thông tin

- Những BN UTBMBT không phù hợp với một trong các tiêu chuẩn lựa chọn ở trên.

- Bệnh nhân di ứng với thuốc và không hoàn thành liệu trình điều trị không phải vì lý do bệnh tiến triển.

- Bệnh nhân bỏ điều trị không phải lý do chuyên môn

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 1/2020 đến tháng 4/2023 tại Bệnh viện K.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Mẫu nghiên cứu

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

- Trong nghiên cứu, chúng tôi đã thu thập được 39 bệnh nhân

2.2.2. Thiết kế nghiên cứu. Thiết kế nghiên cứu mô tả hồi cứu có theo dõi dọc

2.2.3. Phương pháp thu thập thông tin

- Công cụ thu thập số liệu: Bệnh án nghiên cứu

- Kỹ thuật thu thập số liệu:

➢ Thông tin đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng tại thời điểm bệnh nhân nhập viện được ghi chép trong hồ sơ bệnh án

➢ Thông tin kết quả điều trị. Thông qua khám lại, gọi điện, gửi thư, tra cứu hồ sơ bệnh án.

2.4. Xử lý số liệu. Các thông tin được mã hoá và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

| | Số bệnh nhân | Tỷ lệ phần trăm |
|---|--------------------|-----------------|
| Tuổi (năm) | 53,21±1,45 (20~69) | |
| < 50 tuổi | 15 | 28,3 |
| ≥ 50 tuổi | 38 | 71,7 |
| Thời gian phát hiện bệnh (tháng) | 0,5±0,746 (0 ~ 6) | |
| Triệu chứng cơ năng | | |
| Bụng to ra | 13 | 33,3 |
| Căng tức hạ vị | 22 | 56,4 |
| Ra máu âm đạo bất thường | 1 | 2,6 |
| Khám sức khỏe định kỳ | 3 | 7,7 |
| Triệu chứng thực thể | | |
| Sờ thấy u qua thành bụng | 11 | 28,2 |
| Sờ thấy u qua thăm âm đạo | 2 | 5,1 |
| Cổ chướng | 4 | 10,3 |
| Không phát hiện bất thường | 22 | 56,4 |

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 53,21 ±1,45 tuổi, thấp nhất là 20 tuổi, lớn nhất là 69 tuổi, độ tuổi ≥ 50 tuổi chiếm chủ yếu với 71,7%. Có 87,2% bệnh nhân chẩn đoán ở giai đoạn IIIC. Thời gian phát hiện bệnh

trung bình là 2 tuần, muộn nhất là 6 tháng. Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là căng tức hạ vị với 56,4%, khám sức khỏe định kỳ phát hiện bệnh chỉ chiếm 7,7%. Triệu chứng thực thể thường gặp nhất là khám không phát hiện dấu hiệu bất thường với 56,4%.

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

| | Số bệnh nhân | Tỷ lệ phần trăm |
|--|------------------|-----------------|
| Đặc điểm u trên phim CT/ Siêu âm | | |
| Đường kính lớn nhất (cm) | 7,93±4,21 (0~20) | |
| < 10 cm | 29 | 74,4 |
| ≥ 10 cm | 10 | 25,6 |
| Tính chất u | | |
| Nang | 6 | 15,4 |
| Đặc | 13 | 48,7 |
| Hỗn hợp | 19 | 33,3 |
| Thâm nhiễm | 1 | 2,6 |
| Số lượng u trên CDHA | | |
| Một u | 10 | 25,6 |
| Nhiều u | 29 | 74,4 |
| Dấu hiệu gợi ý ác tính | | |
| Vách không đều | 5 | 12,8 |
| Dịch ổ bụng | 15 | 38,5 |
| Xâm lấn xung quanh | 1 | 2,6 |
| Dịch ổ bụng, vách | 3 | 7,7 |
| Chất chỉ điểm u tại thời điểm chẩn đoán | | |
| CA 125 (U/mL) | 1741,52±1882,12 | |
| Tăng | 38 | 97,44 |
| Không tăng | 0 | 0 |
| Giai đoạn bệnh FIGO | | |
| IIIB | 5 | 12,8 |
| IIIC | 34 | 87,2 |
| Mô bệnh học sau mổ | | |
| Carcinoma thanh dịch độ cao | 36 | 92,3 |
| Khác | 3 | 7,7 |

Nhận xét: Trên siêu âm, đường kính u lớn nhất trung bình là 7,93 cm, 74,4% có kích thước ≥ 10cm, tính chất u hay gặp nhất là đặc (48,7%), các dấu hiệu gợi ý ác tính hay gặp nhất là dịch ổ bụng (38,5%), vách trong u (12,8%), kết hợp cả 2 (7,7%) và xâm lấn xung quanh (2,6%). Trên phim chụp phát hiện nhiều u chiếm tỉ lệ 74,6%. Có 38 bệnh nhân có tăng CA12-5 thời điểm chẩn đoán chiếm 97,44%. Theo giai đoạn FIGO, bệnh nhân ở giai đoạn IIIC chiếm tỷ lệ cao hơn (87,2%). Có 92,3% bệnh nhân có mô bệnh học sau mổ là Carcinoma thanh dịch độ cao.

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Đáp ứng sau điều trị hóa chất

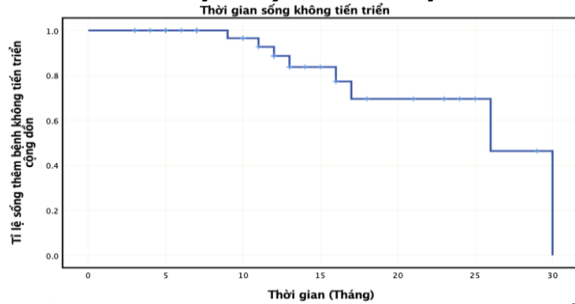
Bảng 3: Đặc điểm kết quả điều trị

| | Số bệnh nhân | Tỷ lệ % |
|--|--------------|---------|
|--|--------------|---------|

| | | |
|-----------------|----|------|
| Bệnh ổn định | 31 | 79,5 |
| Bệnh tiến triển | 8 | 20,5 |

Nhận xét: Tại thời điểm ngừng theo dõi, có 79,5% bệnh nhân có tình trạng bệnh ổn định và 20,5% có tình trạng bệnh tiến triển.

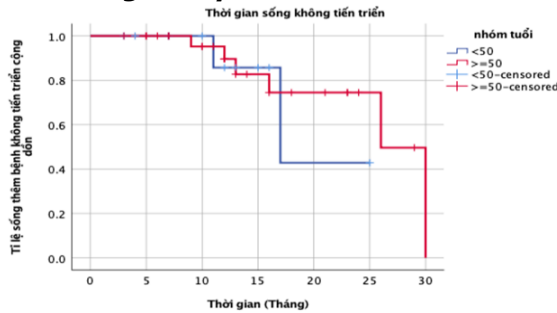
3.2.2. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển và một số yếu tố liên quan



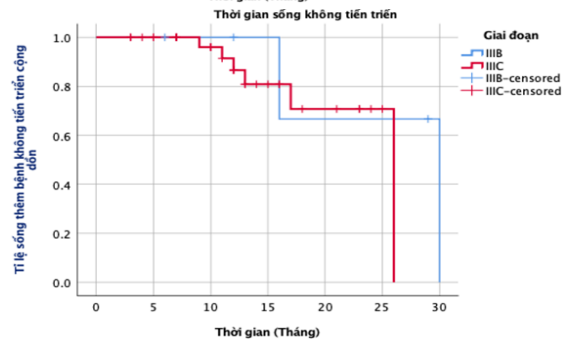
Biểu đồ 1. Thời gian sống bệnh không tiến triển

Nhận xét: Đánh giá sau điều trị, trung vị thời gian sống bệnh không tiến triển là 26 tháng (95%CI = 18,6 đến 33,5 tháng)

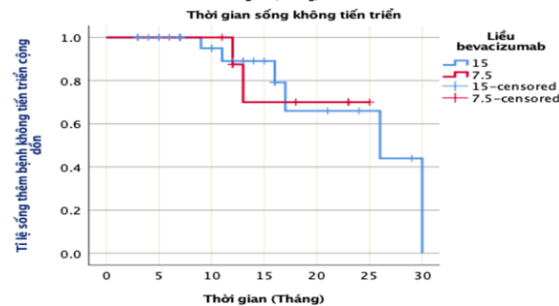
3.3. Các yếu tố liên quan Theo giai đoạn FIGO



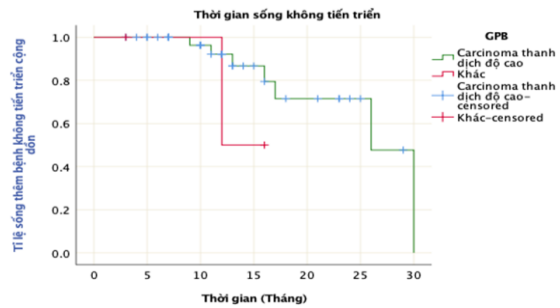
A



B



C



D

Biểu đồ 2: Thời gian sống bệnh không tiến triển và một số yếu tố liên quan

- (A) Liên quan với nhóm tuổi
- (B) Liên quan với giai đoạn bệnh
- (C) Liên quan với liều bevacizumab
- (D) Liên quan với thể giải phẫu bệnh

Nhận xét: Trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (mPFS) không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê liên quan đến nhóm tuổi, nó giảm dần theo giai đoạn bệnh, giai đoạn IIIB khoảng 30 tháng, giai đoạn IIIC khoảng 26 tháng. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê, với $p = 0,482 > 0,05$. Giữa hai phác đồ sử dụng liều bevacizumab 15mg/kg cân nặng và 7,5mg/kg cân nặng, trung vị thời gian sống bệnh không tiến triển không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Trong nhóm bệnh nhân có thể giải phẫu bệnh là carcinoma thanh dịch độ cao, mPFS đạt được 26 tháng so với 12 tháng của nhóm bệnh nhân có thể giải phẫu bệnh loại khác, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là $55,82 \pm 8,52$ tuổi, với độ tuổi thấp nhất là 36, cao nhất là 77 tuổi. Kết quả này tương đồng với thử nghiệm lâm sàng GOG 158 trên 792 bệnh nhân UTBMT giai đoạn III công bố năm 2003, độ tuổi trung bình hay gặp nhất là 50-70 tuổi, chiếm 58% [4]. Bệnh nhân thường đến viện với triệu chứng căng tức hạ vị, với 22 bệnh nhân chiếm 56,4%. So với nghiên cứu của Bankhead và cộng sự, đau bụng chiếm 64% trong UTBT kết quả cũng tương tự. [5]

Đối với UTBT, triệu chứng đau thường không điển hình và đặc hiệu, dễ nhầm với các bệnh lý khác trong khung chậu như tiêu hoá, tiết niệu. Đau có thể do khối u to lên, gây kéo căng, làm giãn mạch máu, dây chằng, thần kinh trong ổ bụng, hoặc do u chèn ép các cơ quan xung

quanh, có thể giải thích cho ung thư buồng trứng chủ yếu phát hiện ở giai đoạn tiến xa. Điều này đặt ra khó khăn trong việc chẩn đoán sớm UTBT.

Trong nghiên cứu, bệnh nhân giai đoạn IIIC chiếm đa số với 87,2%, kết quả này tương đối tương đồng với thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên AGO-OVAR trên ung thư buồng trứng tiến xa thì tỉ lệ bệnh nhân UTBT giai đoạn IIIC chiếm 73,8% trong giai đoạn III [6]

Ở nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân có thể mô bệnh học là Carcinoma độ cao chiếm phần lớn với 92,3%. Thử nghiệm lâm sàng GOG 158, tỉ lệ bệnh nhân có thể giải phẫu bệnh Carcinoma thanh dịch chiếm 70-74% [4]. Do khác nhau về độ ác tính, giá trị tiên lượng có thể sẽ ảnh hưởng đến kết quả cuối cùng của nghiên cứu.

4.2. Kết quả điều trị và độc tính của phác đồ Paclitaxel-Carboplatin kết hợp Bevacizumab điều trị ung thư buồng trứng giai đoạn IIIB-IIIC. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tại thời điểm kết thúc theo dõi với tất cả các giai đoạn bệnh, 79,5% bệnh nhân có tình trạng bệnh ổn định và 20,5% có tình trạng bệnh tiến triển. Thời gian sống bệnh không tiến triển (PFS) trung vị là 26 tháng (95% CI =18,6 đến 33,5 tháng). Trong thử nghiệm ngẫu nhiên GOG 218 thực hiện với 1873 bệnh nhân UTBT mới chẩn đoán giai đoạn III-IV, với nhóm bệnh nhân điều trị bổ trợ phác đồ Paclitaxel-Carboplatin kết hợp Bevacizumab và duy trì bằng Bevacizumab đạt được PFS trung vị 14,1 tháng [7]. Đối với ICON 7 nghiên cứu pha III thực hiện trên 1528 bệnh nhân ở 11 quốc gia mới chẩn đoán UTBT mới chẩn đoán giai đoạn IIB-IV hoặc IA-II kèm thể giải phẫu bệnh là carcinoma tế bào sáng hoặc mô độ học độ 3, PFS trung vị đạt được ở nhóm bệnh nhân điều trị kết hợp Paclitaxel-Carboplatin và Bevacizumab là 21,8 tháng [8]. Sự khác nhau về lựa chọn giai đoạn bệnh nhân trong hai nghiên cứu trên có thể giải thích cho kết quả điều trị khác nhau. Trong nghiên cứu GOG 218, việc lựa chọn bệnh nhân giai đoạn III sau phẫu thuật công phá u còn tồn dư >1cm và giai đoạn IV sau phẫu thuật trong khi nghiên cứu ICON 7 lựa chọn nhóm bệnh nhân ở giai đoạn sớm hơn. Việc sử dụng liều 15mg/kg cân nặng của Bevacizumab trong nghiên cứu GOG 218 và 7,5mg/kg của ICON 7 có tác động đến kết quả điều trị vẫn là vấn đề còn bỏ ngỏ. Trong nghiên cứu này, có thể cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi không đủ lớn hoặc việc tôi không lựa chọn những bệnh nhân ở giai đoạn IV và nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu được phẫu thuật đạt công phá u tối đa trước khi điều trị bổ trợ có thể

giải thích kết quả PFS trung vị cải thiện hơn so với hai nghiên cứu đã nêu ra.

Trong so sánh trên nhóm của thời gian sống bệnh không tiến triển đối với các yếu tố như tuổi, giai đoạn bệnh, thể mô bệnh học, liều bevacizumab là chưa có mối liên quan.

V. KẾT LUẬN

Về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng:

+ UTBMBT hay gặp phụ nữ lớn tuổi, bệnh thường chẩn đoán ở giai đoạn muộn với các triệu chứng không điển hình, thường biểu hiện là đau tức hạ vị. Việc thăm khám lâm sàng thường không có triệu chứng trong khi các dấu hiệu trên chẩn đoán hình ảnh và nồng độ CA12-5 tăng cao khá rõ rệt. Mô bệnh học thường chiếm ưu thế là thể carcinoma thanh dịch.

Về kết quả điều trị:

+ Trung vị PFS ở nhóm bệnh nhân này là 26 ± 3,6 tháng. Không có mối liên quan giữa kết quả điều trị với nhóm tuổi, giai đoạn IIIB-IIIC, thể giải phẫu bệnh và liều Bevacizumab.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cancer today.** Accessed November 5, 2022. <http://gco.iarc.fr/today/home>
2. **NBD Trần Văn Thuận, Nguyễn Tuyết Mai.** Ung thư buồng trứng. In: Điều Trị Nội Khoa Bệnh Ung Thư. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội; 2010:tr. 189-199.
3. **Cannistra SA.** Cancer of the ovary. *N Engl J Med.* 2004;351(24):2519-2529. doi:10.1056/NEJMra041842
4. **Ozols RF, Bundy BN, Greer BE, et al.** Phase III trial of carboplatin and paclitaxel compared with cisplatin and paclitaxel in patients with optimally resected stage III ovarian cancer: a Gynecologic Oncology Group study. *J Clin Oncol.* 2003;21(17):3194-3200. doi:10.1200/JCO.2003.02.153
5. **evidence-review-181688798.pdf.** Accessed November 13, 2022. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg122/evidence/evidence-review-181688798>
6. **du Bois A, Lück HJ, Meier W, et al.** A randomized clinical trial of cisplatin/paclitaxel versus carboplatin/paclitaxel as first-line treatment of ovarian cancer. *J Natl Cancer Inst.* 2003;95(17):1320-1329. doi:10.1093/jnci/djg036
7. **Tewari K.S., Burger R.A., Enserro D. và cộng sự.** (2019). Final Overall Survival of a Randomized Trial of Bevacizumab for Primary Treatment of Ovarian Cancer. *J Clin Oncol,* 37(26), 2317–2328.
8. **Oza A.M., Cook A.D., Pfisterer J. và cộng sự.** (2015). Standard chemotherapy with or without bevacizumab for women with newly diagnosed ovarian cancer (ICON7): overall survival results of a phase 3 randomised trial. *Lancet Oncol,* 16(8), 928–936.