

kết quả thẩm mỹ.⁵

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt bỏ tuyến giáp có hỗ trợ bằng video xâm lấn tối thiểu chứng minh được những ưu điểm như sự hài lòng của bệnh nhân cao, tỷ lệ biến chứng thấp, cải thiện kết quả thẩm mỹ. Chỉ định phù hợp cho phương pháp phẫu thuật này là với các trường hợp các khối u nhỏ <35mm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Miccoli P, Minuto MN, Berti P, Materazzi G.** Update on the diagnosis and treatment of differentiated thyroid cancer. *Q J Nucl Med Mol Imaging.* 2009;53(5):465-472.
2. **Zhang P, Zhang HW, Han XD, Di JZ, Zheng Q.** Meta-analysis of comparison between minimally invasive video-assisted thyroidectomy and conventional thyroidectomy. *Eur Rev Med*

Pharmacol Sci. 2015;19(8):1381-1387.

3. **Tartaglia F, Giuliani A, Sorrenti S, Ulisse S.** Minimally invasive video-assisted thyroidectomy and transoral video-assisted thyroidectomy: A comparison of two systematic reviews. *J Minim Access Surg.* 2020;16(4):315-322. doi:10.4103/jmas.JMAS_123_19
4. **Pisanu A, Podda M, Reccia I, Porceddu G, Uccheddu A.** Systematic review with meta-analysis of prospective randomized trials comparing minimally invasive video-assisted thyroidectomy (MIVAT) and conventional thyroidectomy (CT). *Langenbecks Arch Surg.* 2013;398(8):1057-1068. doi:10.1007/s00423-013-1125-y
5. **Miccoli P, Minuto MN, Ugolini C, Pisano R, Fosso A, Berti P.** Minimally invasive video-assisted thyroidectomy for benign thyroid disease: an evidence-based review. *World J Surg.* 2008; 32(7):1333-1340. doi:10.1007/s00268-008-9479-y

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ BUỒNG TRỨNG TÁI PHÁT NHẠY PLATINUM BẰNG PHÁC ĐỒ PACLITAXEL-CARBOPLATIN TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN

Vũ Thị Mỹ Linh¹, Phùng Thị Huyền²,
Nguyễn Văn Hiếu³, Đỗ Anh Tú²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phác đồ paclitaxel-carboplatin trên bệnh nhân ung thư buồng trứng tái phát nhạy platinum tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu kết hợp tiền cứu trên 44 bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng (UTBMBT) tái phát nhạy platinum được điều trị phác đồ carboplatin kết hợp paclitaxel tại bệnh viện Ung Bướu Nghệ An từ 1/2017 đến tháng 9/2022. **Kết quả:** Một số đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân: Tuổi trung bình mắc bệnh là 59,5 tuổi. Nhóm tuổi từ 50-69 là nhóm hay gặp nhất chiếm tỉ lệ 79,5%. Ung thư biểu mô thanh dịch độ cao là thể mô học phổ biến nhất với 84,1%. Có 29,5% số bệnh nhân tái phát trong vòng 6-12 tháng sau điều trị triệt căn và 70,5% tái phát trên 1 năm. Nồng độ CA12.5 tăng ở 86,4% số bệnh nhân. 43,2% số bệnh nhân được phẫu thuật công phá u tối đa khi tái phát. Kết quả điều trị: Tỷ lệ đáp ứng là 69,7% (23/33), 11 bệnh nhân đạt đáp ứng hoàn toàn chiếm 33,3%, 12 bệnh nhân đáp ứng một phần chiếm 36,4%. Trung vị thời gian sống thêm không tiến triển

(PFS) là 11,1 tháng (CI 95%: 9,4 – 12,7); trung vị thời gian sống thêm toàn bộ (OS) là 30,1 tháng (CI 95%: 18,2 – 40,0). Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu có 20 bệnh nhân còn sống chiếm 45,5%. Độc tính thường gặp là rụng tóc, độc tính thần kinh, hạ bạch cầu và tiểu cầu chủ yếu là độ 1-2, không có bệnh nhân nào tử vong do điều trị. Có 4 bệnh nhân ngừng điều trị phác đồ kết hợp paclitaxel-carboplatin do độc tính hóa trị, trong đó có 1 bệnh nhân shock phản vệ được điều trị thay thế carboplatin bằng cisplatin, 1 bệnh nhân dùng hóa chất do độc tính thần kinh độ 3 và được điều trị thay thế bằng gemcitabin, 2 bệnh nhân hạ tiểu cầu độ 3 và độ 4 chậm phục hồi được điều trị tiếp paclitaxel đơn chất. **Kết luận:** Phác đồ có Paclitaxel-Carboplatin là phác đồ có hiệu quả và độc tính chấp nhận được ở bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng tái phát di căn nhạy platinum.

Từ khóa: Ung thư buồng trứng tái phát, nhạy platinum, paclitaxel - carboplatin

SUMMARY

ASSESSING THE EFFECTIVENESS OF PACLITAXEL – CARBOPLATIN REGIMEN IN PATIENTS WITH PLATINUM-SENSITIVE RECURRENT OVARIAN CANCER

Objectives: Evaluating the results of paclitaxel-carboplatin regimen in patients with platinum-sensitive recurrent ovarian cancer at Nghe An Oncology Hospital. **Subjects and methods:** Descriptive, retrospective, and prospective study on 44 patients with platinum-sensitive recurrent epithelial ovarian

¹Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An

²Bệnh viện K

³Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Mỹ Linh

Email: vumylinh148109@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2023

Ngày duyệt bài: 20.9.2023

carcinoma who were treated with carboplatin plus paclitaxel at Nghe An Oncology Hospital from January 2017 to September 2022. **Results:** Some general characteristics of the group of patients: The mean age was 59.5 years old. The age group from 50-69 is the most common group, accounting for 79.5%. High-grade serous carcinoma was the most common histology subtype with 84.1%. 29.5% of patients relapse within 6-12 months after primary treatment and 70.5% relapse over 12 months. CA12.5 levels increased in 86.4% of patients. 43.2% of the patients underwent surgery to reduce the total tumor at recurrence. Treatment results: The response rate was 69.7% (23/33), 11 patients with complete response accounted for 33.3%, 12 patients with partial response accounted for 36.4%. Median progression-free survival was 11.1 months (95% CI: 9.4 – 2.7); Median overall survival was 30.1 months (95% CI: 18.2 – 40.0). At the end of the study, there were 20 patients alive, accounting for 45.5%. Common toxicity was hair loss, neurotoxicity, leukopenia and thrombocytopenia, almost all were grade 1-2. There were 4 patients who stopped chemotherapy due to toxicity, including 1 patient with anaphylaxis of carboplatin, 1 patient with grade 3 neurotoxicity and 2 patients with grade 3 and 4 thrombocytopenia. No patient died of toxicities. **Conclusion:** Paclitaxel-Carboplatin-based regimen is an effective regimen and tolerable for patients with platinum-sensitive recurrent ovarian carcinoma. **Keywords:** Recurrent ovarian cancer, platinum-sensitive, paclitaxel – carboplatin

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư buồng trứng (UTBT) đứng thứ 8 trong các loại ung thư thường gặp và là ung thư phụ khoa phổ biến thứ 3 sau ung thư tử cung và ung thư cổ tử cung ở phụ nữ. UTBT có tiên lượng xấu, là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong các ung thư phụ khoa.¹ Mặc dù đã được điều trị ban đầu bằng các liệu pháp như phẫu thuật, hóa trị, điều trị đích, nhưng đa số bệnh nhân sẽ tái phát trong vòng 3 năm đầu tiên. Những bệnh nhân có thời gian tái phát từ 6 tháng trở lên sau khi kết thúc điều trị với phác đồ hóa trị có platinum được gọi là nhóm nhạy platinum. Trong đó tái phát từ sau 6 đến 12 tháng gọi là nhạy một phần platinum, nhóm tái phát trên 12 tháng gọi là nhạy platinum. Bệnh nhân tiến triển trong khi điều trị bước đầu hoặc tái phát dưới 6 tháng được xếp vào nhóm kháng platinum.

Phác đồ hóa chất kết hợp có platinum đã được chứng minh là có hiệu quả đối với UTBMBT tái phát còn nhạy với platinum, thường phối hợp platinum với một số hóa chất như paclitaxel, gemcitabin, pegylated liposomal doxorubicin.² Phác đồ paclitaxel-carboplatin qua các nghiên cứu (như nghiên cứu ICON4/AGO-VAR-2.2 và GEICO) cho thấy có tỷ lệ đáp ứng tốt với

UTBMBT tái phát.^{3,4} Hiện nay có nhiều phương pháp điều trị mới làm tăng hiệu quả điều trị UTBMBT tái phát, di căn như thuốc ức chế tăng sinh mạch (bevacizumab), các thuốc ức chế PARP, tuy nhiên chi phí điều trị cao nhiều bệnh nhân không có cơ hội tiếp cận. Phác đồ paclitaxel-carboplatin vẫn là lựa chọn phù hợp với bối cảnh trong nước, mang lại lợi ích trên thực tế lâm sàng. Hiện nay phác đồ paclitaxel-carboplatin điều trị UTBMBT tái phát còn nhạy với platinum được sử dụng rộng rãi tại bệnh viện Ung Bướu Nghệ An tuy nhiên chưa có nghiên cứu đánh giá. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư biểu mô buồng trứng tái phát nhạy platinum và đánh giá kết quả điều trị phác đồ paclitaxel-carboplatin trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 44 bệnh nhân được chẩn đoán UTBMBT tái phát nhạy platinum được điều trị bằng phác đồ paclitaxel - carboplatin tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ tháng 1/2017 đến tháng 9/2022

***Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán UTBMBT tái phát sau điều trị phẫu thuật triệt căn và hóa trị bổ trợ phác đồ có platinum, thời gian từ khi kết thúc hóa trị có platinum đến thời điểm phát hiện tái phát 6 tháng trở lên. Chẩn đoán xác định tái phát dựa vào chẩn đoán hình ảnh hoặc mô bệnh học hoặc tế bào học. Có hồ sơ bệnh án ghi chép đầy đủ và thông tin theo dõi sau điều trị. Chỉ số toàn trạng theo ECOG ≤ 2 . Chức năng gan, thận, tủy xương bình thường. Điều trị ít nhất 3 chu kỳ hóa trị paclitaxel - carboplatin chu kỳ 3 tuần. Bệnh nhân không được điều trị kết hợp với bevacizumab và điều trị duy trì với thuốc ức chế PARP.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân không đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn trên. Mặc các bệnh cấp và mãn tính trầm trọng nguy cơ gây tử vong gần. Bệnh nhân mắc ung thư thứ 2.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả, hồi cứu kết hợp tiến cứu. Cỡ mẫu nghiên cứu: thuận tiện.

2.2.2. Các bước tiến hành

- *Lựa chọn, đánh giá bệnh nhân, thu thập thông tin trước điều trị:* Tuổi, chỉ số toàn trạng, giai đoạn bệnh ban đầu, phương pháp điều trị trước đó; Thời gian tái phát; Phương pháp chẩn đoán: lâm sàng, mô bệnh học, chẩn đoán hình ảnh.

- **Điều trị:** Bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn trên được hóa trị phác đồ paclitaxel 175 mg/m² và carboplatin AUC= 5 hoặc 6, truyền tĩnh mạch ngày 1, chu kỳ 21 ngày. Mỗi bệnh nhân được điều trị ít nhất 3 chu kỳ hóa trị. Sau mỗi 3 chu kỳ điều trị, bệnh nhân được đánh giá đáp ứng và ghi nhận thời gian bệnh tiến triển, tử vong.

- **Chỉ tiêu đánh giá:** Đánh giá đáp ứng: Đánh giá các tỷ lệ đáp ứng khách quan theo RECIST 1.1. Đánh giá độc tính: theo tiêu chuẩn CTCAE 5.0 (Common Terminology Criteria for Adverse Events) của Viện ung thư quốc gia Hoa Kỳ. Đánh giá sống thêm không tiến triển (PFS): được tính từ lúc bắt đầu điều trị đến khi bệnh tiến triển hoặc tử vong vì bất cứ nguyên nhân nào. Đánh giá sống thêm toàn bộ sau tái phát (OS): tính từ lúc bắt đầu tham gia nghiên cứu đến lúc bệnh nhân tử vong vì bất cứ nguyên nhân nào.

2.2.3. Xử lý số liệu. Các thông tin được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các thuật toán thống kê sử dụng trong nghiên cứu: Mô tả: trung bình, độ lệch chuẩn, khoảng tin cậy 95%, giá trị lớn nhất, giá trị nhỏ nhất. Ước tính với thời gian sống thêm sử dụng phương pháp Kaplan - Meier.

2.2.4. Đạo đức nghiên cứu. Phác đồ nghiên cứu đã được phê duyệt trong "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư buồng trứng" của Bộ Y Tế. Đảm bảo thông tin mà bệnh nhân và người nhà cung cấp được giữ bí mật, không công bố danh tính người tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung. Có 44 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu có các đặc điểm.

Bảng 3.1: Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	Số bệnh nhân (N=44)	Tỷ lệ (%)
Giai đoạn		
I	5	11,4
II	10	22,7
III	24	54,5
IV	5	11,4
Mô bệnh học		
UTBM thanh dịch độ cao	37	84,1
UTBM dạng nội mạc	5	11,4
UTBM nhầy	2	4,5
Thời gian tái phát		
6-12 tháng	13	29,5
> 12 tháng	31	70,5
Vị trí tái phát di căn		
Bụng-phúc mạc	35	79,6
Gan	8	18,2

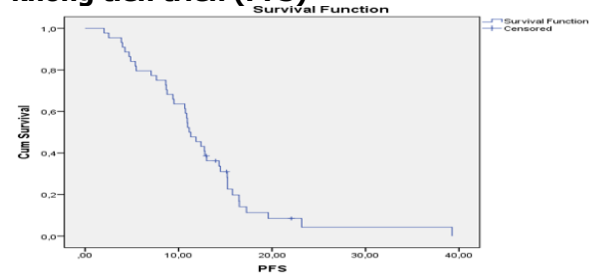
Phổi	1	2,3
Hạch	6	13,7
CA125		
Tăng	38	86,4
Không tăng	6	13,6
Tình trạng phẫu thuật khi tái phát		
Có phẫu thuật	19	43,2
Không phẫu thuật	25	56,8
Tổn thương đích trước điều trị hóa chất		
Còn tổn thương	33	75
Không còn tổn thương	11	25

3.2. Đánh giá đáp ứng. Trong số 44 bệnh nhân nghiên cứu có 19 bệnh nhân được phẫu thuật, trong nhóm này có 8 bệnh nhân có tổn thương đích trước hóa trị, như vậy có 33 bệnh nhân còn tổn thương đích. Nhóm bệnh nhân này được đánh giá đáp ứng hóa trị phác đồ paclitaxel - carboplatin. Có 11 bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn, chiếm 33,3%, 12 bệnh nhân đáp ứng một phần, chiếm 36,4%, tỷ lệ đáp ứng chung là 69,7%. Có 1 bệnh nhân chiếm 3,0% bệnh giữ nguyên, 27,3% bệnh tiến triển, tỷ lệ kiểm soát bệnh là 72,7%.

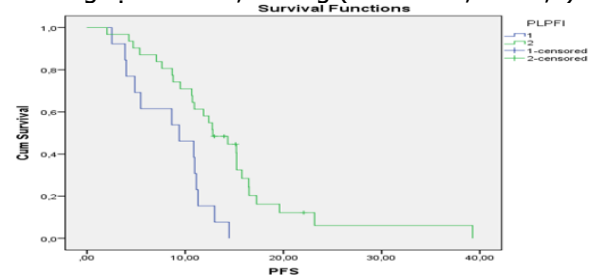
Bảng 3.2: Đánh giá đáp ứng khách quan theo RECIST 1.1

Đáp ứng	Bệnh nhân (n=33)	Tỷ lệ (%)
Hoàn toàn	11	33,3
Một phần	12	36,4
Bệnh ổn định	1	3,0
Tiến triển	9	27,3

3.3. Đánh giá thời gian sống thêm không tiến triển (PFS)



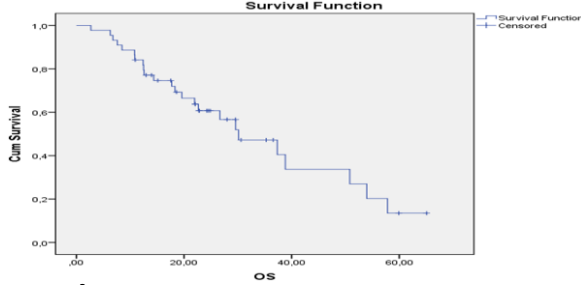
Biểu đồ 1: Thời gian sống thêm không tiến triển
Trung vị PFS là 11,1 tháng (CI 95%: 9,4 – 12,7)



Biểu đồ 2: Liên quan PFS với mức độ nhay platinum

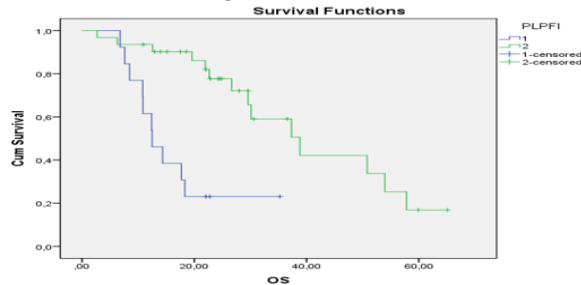
Trung vị PFS ở nhóm nhạy platinum một phần là $9,4 \pm 3,2$ tháng, ở nhóm nhạy platinum là $12,8 \pm 1,6$ tháng với $p = 0,001$

3.4. Thời gian sống thêm toàn bộ (OS)



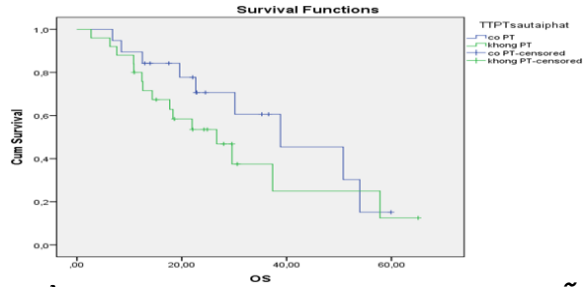
Biểu đồ 3: Thời gian sống thêm toàn bộ

Trung vị OS là 30,1 tháng (CI 95% 18,2 – 42,0). Thời gian ngắn nhất 2,7 tháng, thời gian dài nhất 65,1 tháng



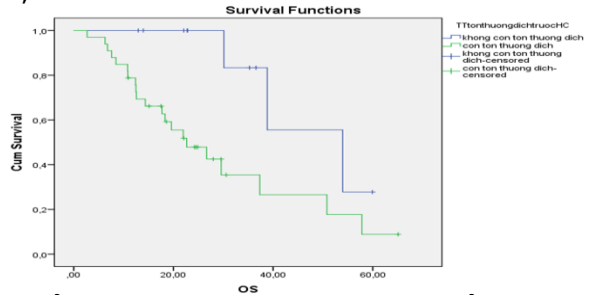
Biểu đồ 4: Liên quan OS với độ nhạy platinum

Trung vị OS ở nhóm nhạy platinum một phần là $12,4 \pm 2,0$ tháng, ở nhóm nhạy platinum là $38,8 \pm 6,6$ tháng với $p = 0,001$



Biểu đồ 5: Liên quan OS với tình trạng phẫu thuật khi tái phát

Trung vị OS ở nhóm có phẫu thuật khi tái phát là $38,8 \pm 11,2$ tháng, ở nhóm không phẫu thuật khi tái phát là $26,6 \pm 5,9$ tháng với $p = 0,244$



Biểu đồ 6: Liên quan OS với còn tổn thương đích trước hóa chất

Trung vị OS nhóm còn tổn thương đích trước hóa chất là $22,6 \pm 5,0$ tháng, nhóm không còn tổn thương đích trước hóa chất là $53,9 \pm 12,6$ tháng với $p = 0,017$

3.5. Tác dụng không mong muốn

Bảng 3.3: Tác dụng không mong muốn

	Mọi độ Số BN (%)	ĐỘ 1 Số BN (%)	ĐỘ 2 Số BN (%)	ĐỘ 3 Số BN (%)	ĐỘ 4 Số BN (%)
Hạ bạch cầu	22(50,0)	9(20,5)	7(15,9)	3(6,8)	3(6,8)
Hạ tiểu cầu	17(38,6)	12(27,3)	2(4,5)	2(4,5)	1(2,3)
Thiếu máu	25(56,6)	19(43,2)	4(9,1)	2(4,5)	0
Tăng creatinin	2(4,5)	2(4,5)	0	0	0
Buồn nôn	21(47,7)	13(29,5)	8(18,2)	0	0
Nôn	13(29,5)	8(18,2)	5(11,4)	0	0
Rụng tóc	44(100,0)	9(20,5)	41(79,5)	-	-
Dị ứng	3(6,8)	2(4,5)	0	0	1(2,3)
Thần kinh cảm giác	20(45,5)	12(27,3)	7(15,9)	1(2,3)	0
Tiêu chảy	1(2,3)	1(2,3)	0	0	0
Táo bón	11(25,0)	9(20,5)	2(4,5)	0	0
Đau cơ/ Đau khớp	12(27,3)	9(20,5)	3(6,8)	0	0

Tác dụng không mong muốn độ 4 ghi nhận ở 3 bệnh nhân hạ BC, chiếm 6,8%; 1 bệnh nhân (2,3%) hạ tiểu cầu và 1 bệnh nhân (2,3%) shock phản vệ. Tác dụng không mong muốn độ 3 ở 8 bệnh nhân, trong đó 3 bệnh nhân (6,8%) hạ bạch cầu, 2 bệnh nhân hạ tiểu cầu và 1 bệnh nhân có độc tính thần kinh cảm giác. Các tác

dụng không mong muốn khác đều chỉ ở độ 1,2.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này của chúng tôi, paclitaxel-carboplatin là phác đồ phối hợp có hiệu quả với carboplatin trong điều trị bệnh nhân UTBMBT tái phát nhạy platinum. Tỷ lệ đáp ứng

chung là 69,7%, tỷ lệ kiểm soát bệnh (bao gồm đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần và bệnh giữ nguyên) là 72,7%. Trung vị thời gian sống thêm toàn bộ là 30,1 tháng, đây là kết quả rất đáng khích lệ trong bối cảnh điều trị UTBMBT tái phát còn gặp nhiều khó khăn. Nghiên cứu ICON4/AGO - OVAR trên 802 bệnh nhân UTBMBT tái phát nhạy platinum được hóa trị phác đồ paclitaxel kết hợp carboplatin với thời gian theo dõi trung bình 42 tháng cho kết quả OS 29 tháng.³ Trong một phân tích hồi cứu của Don S. Didon, Martee L. Hensley và các cộng sự (2002) trên 89 bệnh nhân UTBMBT tái phát nhạy platinum được hóa trị phác đồ paclitaxel kết hợp carboplatin với thời gian theo dõi trung bình 27 tháng. Tỷ lệ đáp ứng chung là 70%, PFS là 13 tháng (C 95%, 10,7 đến 13,8 tháng).⁵ Phân tích tổng hợp CALYPSO là nghiên cứu phase III, ngẫu nhiên, đa trung tâm, của Pujade - Lauraine E và CS trên 976 bệnh nhân, được thiết kế để kiểm tra tính hiệu quả và sự an toàn của kết hợp liposomal doxorubicin (PLD) với carboplatin (CD) so với carboplatin chuẩn và paclitaxel (CP) tiêu chuẩn ở những bệnh nhân UTBT tái phát còn nhạy cảm platinum với thời gian theo dõi trung bình 49 tháng, OS ở nhóm điều trị với phác đồ CP là 33 tháng.⁶ Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả OS phù hợp với các nghiên cứu trên. Tuy nhiên tại thời điểm kết thúc nghiên cứu của chúng tôi có 20 bệnh nhân còn sống tương ứng 45,5%, dự đoán theo dõi thêm thì kết quả mang lại khả quan hơn, có thể do bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là tái phát lần thứ nhất, chỉ có 2 bệnh nhân tái phát lần thứ hai. Và khoảng thời gian không điều trị platinum trên 12 tháng là 31 bệnh nhân chiếm 70,4%. Khoảng thời gian không điều trị platinum có giá trị tiên đoán về thời gian sống còn toàn bộ, PFS và đáp ứng điều trị của bệnh nhân ung thư buồng trứng tái phát, thời gian này càng dài tiên lượng bệnh càng tốt cả về OS và PFS. AGO DESKTOP III là nghiên cứu pha III trên 407 bệnh nhân UTBMBT tái phát nhạy cảm platinum tái phát lần đầu, phân nhóm ngẫu nhiên có kiểm soát đánh giá kết quả phẫu thuật lấy u tối đa, sau đó được hóa trị phác đồ có platinum, kết quả trung vị OS cao hơn 7,7 tháng ở nhóm được phẫu thuật với $p < 0.001$ (53,7 tháng ở nhóm được phẫu thuật, 46,0 tháng ở nhóm không được phẫu thuật.⁷ Trong nghiên cứu của chúng tôi trung vị OS ở nhóm bệnh nhân có phẫu thuật là 38,8; ở nhóm không phẫu thuật là 26,6 với $p = 0,244$. Có thể lý giải điều này do trong nghiên cứu của chúng tôi có

19 bệnh nhân được phẫu thuật, nhưng chỉ có 11 bệnh nhân đạt phẫu thuật u tối đa, 8 bệnh nhân còn tổn thương đích trước hóa chất một số bệnh nhân kéo dài thời gian bắt đầu hóa chất do tình hình covid. Khi phân tích mối tương quan giữa OS và khoảng thời gian không điều trị platinum, OS ở nhóm nhạy platinum cao hơn nhóm nhạy một phần platinum ($38,8 \pm 6,6$ tháng so với $12,4 \pm 2,0$ tháng), sự liên quan này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,001$. Điều này cũng phù hợp với các yếu tố tiên lượng trong UTBMBT tái phát. Khoảng thời gian không điều trị platinum là yếu tố tiên lượng quan trọng trong UTBMBT, khoảng thời gian không điều trị platinum có giá trị tiên đoán về thời gian sống còn toàn bộ, PFS và đáp ứng điều trị của bệnh nhân ung thư buồng trứng tái phát, thời gian này càng dài tiên lượng bệnh càng tốt cả về OS và PFS. Kết quả từ nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu trước.

Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 10 trường hợp có tác dụng không mong muốn từ độ 3 trở lên. Có 4 bệnh nhân dừng điều trị phác đồ kết hợp paclitaxel-carboplatin do độc tính hóa trị, trong đó có 1 bệnh nhân shock phản vệ, 1 bệnh nhân ngừng hóa chất do độc tính thần kinh độ 3, 2 bệnh nhân hạ tiểu cầu độ 3 và độ 4 chậm phục hồi. Các tác dụng không mong muốn khác đều ở độ 1-2, phục hồi hoàn toàn sau khi xử trí tích cực trong thời gian ngắn và không ảnh hưởng đến điều trị.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu tiến hành trên 44 bệnh nhân UTBMBT tái phát nhạy platinum được điều trị phác đồ paclitaxel kết hợp với carboplatin tại Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An từ tháng 01/2017 đến tháng 9/2022 cho thấy: trung vị OS là 30,1 tháng, trung vị PFS là 11,1 tháng. Khoảng thời gian không điều trị platinum là khoảng thời gian giữa ngày hóa chất (có platinum) cuối cùng đến ngày phát hiện tái phát. Có mối tương quan giữa OS và PFS với khoảng thời gian không điều trị platinum. Tác dụng không mong muốn độ 3-4 ghi nhận ở 10 bệnh nhân chiếm 22,7%, trong đó hạ bạch cầu chiếm 13,6%; hạ tiểu cầu chiếm 6,8%; độc tính thần kinh cảm giác 2,3% và shock phản vệ 2,3%. Qua nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu ngoài nước cho thấy phác đồ paclitaxel-carboplatin là phác đồ phù hợp về tính hiệu quả trong điều trị UTBMBT tái phát nhạy platinum.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, 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. doi:10.3322/caac.21660
2. **Raja FA, Counsell N, Colombo N, et al.** Platinum versus platinum-combination chemotherapy in platinum-sensitive recurrent ovarian cancer: a meta-analysis using individual patient data. Annals of Oncology. 2013;24(12):3028-3034. doi:10.1093/annonc/mdt406
 3. **M K B Parmar, J A Ledermann, N Colombo, A du Bois.** Paclitaxel plus platinum-based chemotherapy versus conventional platinum-based chemotherapy in women with relapsed ovarian cancer: the ICON4/AGO-OVAR-2.2 trial. The Lancet. 2003;361(9375):2099-2106. doi:10.1016/S0140-6736(03)13718-X
 4. **González-Martín AJ, Calvo E, Bover I, et al.** Randomized phase II trial of carboplatin versus paclitaxel and carboplatin in platinum-sensitive recurrent advanced ovarian carcinoma: a GEICO (Grupo Español de Investigación en Cáncer de Ovario) study. Annals of Oncology. 2005;16(5):749-755. doi:10.1093/annonc/mdi147
 5. **Dizon DS, Hensley ML, Poyner EA, et al.** Retrospective Analysis of Carboplatin and Paclitaxel as Initial Second-Line Therapy for Recurrent Epithelial Ovarian Carcinoma: Application Toward a Dynamic Disease State Model of Ovarian Cancer. JCO. 2002;20(5):1238-1247. doi:10.1200/JCO.2002.20.5.1238
 6. **Wagner U, Marth C, Largillier R, et al.** Final overall survival results of phase III GCIG CALYPSO trial of pegylated liposomal doxorubicin and carboplatin vs paclitaxel and carboplatin in platinum-sensitive ovarian cancer patients. Br J Cancer. 2012;107(4):588-591. doi:10.1038/bjc.2012.307
 7. **Harter P, Sehouli J, Vergote I, et al.** Randomized Trial of Cytoreductive Surgery for Relapsed Ovarian Cancer. N Engl J Med. 2021;385(23):2123-2131. doi:10.1056/NEJMoa2103294

KẾT QUẢ XỬ TRÍ CHỮA SẼO MỔ LẤY THAI TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI TỈNH BẮC NINH

Đỗ Thị Như¹, Bùi Thanh Thủy¹,
Nguyễn Minh Hồng¹, Quách Hữu Tùng¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Chửa đẻ mổ lấy thai ngày càng gia tăng trong những năm gần đây và có thể đe dọa đến tính mạng người bệnh nếu không được chẩn đoán và xử trí sớm. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng và nhận xét kết quả xử trí chửa đẻ mổ lấy thai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, gồm các bệnh nhân được chẩn đoán chửa đẻ mổ lấy thai điều trị tại bệnh viện Sản Nhi tỉnh Bắc Ninh từ 01/01/2018 đến 31/12/2022. **Kết quả và kết luận:** Độ tuổi trung bình của các đối tượng này là $33,36 \pm 5,46$ tuổi. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là ra máu âm đạo có hoặc không kèm theo đau bụng chiếm 40,4%. Bệnh nhân vào viện không có triệu chứng chiếm 48,4%. Tuổi thai hay gặp nhất là dưới 6 tuần chiếm tỉ lệ 61,2%. Tuổi thai trung bình phát hiện là $5,422 \pm 1,189$ tuần. Bệnh nhân có tiền sử mổ lấy thai từ 2 lần chiếm tỉ lệ cao 62,24%. Phương pháp hút thai dưới siêu âm có hoặc không sử dụng MTX trước hút là phương pháp đơn giản, an toàn và hiệu quả, tỉ lệ thành công là 98,4%. Thời gian nằm viện trung bình là $8,07 \pm 2,878$ ngày.

Từ khóa: Chửa đẻ mổ lấy thai, hút thai, Methotrexat

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT OF CESAREAN SCAR PREGNANCY AT BAC NINH PROVINCE'S GYNECOLOGY AND CHILDREN'S HOSPITAL

Background: Cesarean scar pregnancy (CSP) has been increased over the years and can be life threatening if it is not diagnosed and treated early. **Objectives:** To describe clinical, paraclinical and to evaluate results of treatment of cesarean scar pregnancy. **Materials and methods:** A cross-sectional description, including patients was diagnosed with cesarean scar pregnancy and treated at Bac Ninh province's Gynecology and Children's hospital from 01/01/2018 to 31/12/2022. **Results and Conclusions:** The mean age of these subjects was $33,36 \pm 5,46$ years old. The most common symptom was vaginal bleeding with or without abdominal pain, accounting for 40,4 %. The most common gestational ages is <6 weeks, rate 61,2%. The mean gestational age was $5,422 \pm 1,189$ weeks. The patients who had cesarean twice rate 62,24%. The method of ultrasound- guided vacuum aspiration with or without using MTX before suction is a simple, safe and effective treatment with a success of 98,4%. Mean time stayed at hospital is $8,07 \pm 2,878$ days.

Keywords: cesarean scar pregnancy (CSP), vacuum aspiration, Methotrexat

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chửa tại sẹo mổ lấy thai (CSMLT) là một dạng thai ngoài tử cung do thai làm tổ ở vết sẹo

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Như
Email: dothinhuytn96bn@gmail.com
Ngày nhận bài: 12.7.2023
Ngày phản biện khoa học: 28.8.2023
Ngày duyệt bài: 20.9.2023