

cholesteatoma xương thái dương do biểu mô còn sót lại[6], một trường hợp tái phát lại cholesteatoma xoang trán sau khi phẫu thuật lấy bỏ không hoàn toàn được ghi nhận trong y văn[5].

Điều trị đối với răng lạc chỗ là cần thiết khi có triệu chứng, lựa chọn kỹ thuật dựa vào quyết định của bệnh nhân[7], [8]. Ở các trường hợp, các tác giả ưa thích việc kết hợp nội soi mũi xoang và phẫu thuật Caldwell-Luc. Trong kỹ thuật nội soi mũi xoang khó tiếp cận thành ngoài, trước, dưới của xoang hàm. Do đó kết hợp 2 kỹ thuật là cần thiết trong một số trường hợp[8].

Ở ca lâm sàng của chúng tôi, việc lựa chọn kỹ thuật nội soi mũi xoang mở rộng lỗ thông xoang hàm nhằm mục đích dẫn lưu tốt dịch mủ đục, lấy bệnh tích trong lòng xoang thực hiện xét nghiệm giải phẫu bệnh và cấy mủ tìm vi khuẩn và làm kháng sinh đồ. Răng lạc chỗ nằm tại thành trước và ngoài xoang hàm việc tiếp cận bằng dụng cụ phẫu thuật khó. Bệnh nhân được phối hợp Caldwell-Luc lấy răng lạc chỗ và lấy sạch bệnh tích trong lòng xoang hàm tránh bỏ sót.

IV. KẾT LUẬN

Cholesteatome và răng lạc chỗ là 2 bệnh lý hiếm gặp. Tuy nhiên trường hợp kết hợp Cholesteatoma và răng lạc chỗ cùng xuất hiện trong xoang hàm hiện chưa được báo cáo và ghi nhận trong y văn. Nhân một trường hợp hiếm,

chúng tôi báo cáo về lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị, phục vụ cho việc nghiên cứu thêm về tình trạng bệnh lý này trong thời gian sắp tới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **W. Bourchom and P. Jaruchinda**, "Cholesteatoma of the maxillary sinus," R. Thai Army Med. J., vol. 72, no. 1, pp. 83–87, 2019.
2. **A. N. A. Ahmed, M. M. Elsharnouby, and M. M. Elbegermi**, "Nasal sinuses cholesteatoma: case series and review of the English literature," Eur. Arch. Otorhinolaryngol., vol. 280, no. 2, pp. 743–756, 2023.
3. **A. VAROL**, "Ectopic Tooth in Mandibular Canal, Maxillary Sinus, and Mandibular Condyle," 2022.
4. **Ö. Topal and E. H. Dayisoylu**, "Ectopic tooth in the maxillary sinus," Turk. Arch. Otorhinolaryngol., vol. 55, no. 3, p. 151, 2017.
5. **F. Vaz, V. Callanan, S. Leighton, and R. A. Risdon**, "Congenital maxillary sinus cholesteatoma," Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol., vol. 52, no. 3, pp. 283–286, 2000.
6. **B. Viswanatha, L. K. Nayak, and S. Karthik**, "Cholesteatoma of the maxillary sinus," Ear. Nose. Throat J., vol. 86, no. 6, pp. 351–353, 2007.
7. **S. Elango and S. P. Palaniappan**, "Ectopic tooth in the roof of the maxillary sinus," Ear. Nose. Throat J., vol. 70, no. 6, pp. 365–366, 1991.
8. **J. S. Schneider, A. Day, M. Clavenna, P. T. Russell, and J. Duncavage**, "Early practice: external sinus surgery and procedures and complications," Otolaryngol. Clin. North Am., vol. 48, no. 5, pp. 839–850, 2015.

LIÊN QUAN GIỮA SỰ THAY ĐỔI NIÊM MẠC TỬ CUNG SAU KHI DÙNG PROGESTERONE VỚI KẾT QUẢ CÓ THAI Ở CHU KỲ CHUYỂN PHÔI NANG ĐÔNG LẠNH

Đoàn Thị Hằng¹, Nguyễn Minh Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự thay đổi độ dày niêm mạc tử cung sau khi sử dụng progesterone đối với kết quả có thai trong các chu kỳ chuyển phôi nang đông lạnh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu trên 120 chu kỳ chuyển phôi đông lạnh giai đoạn phôi nang tại Viện Mô phôi lâm sàng Quân đội, sử dụng phác đồ nội tiết ngoại sinh để chuẩn bị nội mạc tử cung. Đo độ dày niêm mạc tử cung (mm) trước khi dùng progesterone và trước khi chuyển phôi bằng siêu âm đầu dò âm đạo. Đánh giá tỷ lệ β -hCG

(+), tỷ lệ thai lâm sàng và thai tiến triển 12 tuần. **Kết quả:** Chu kỳ có niêm mạc tử cung nén chiếm đa số với 50,83%. Độ dày niêm mạc tử cung trước khi dùng progesterone là $9,82 \pm 1,48\text{mm}$, vào ngày chuyển phôi, độ dày niêm mạc tử cung là $9,42 \pm 1,31\text{mm}$, giảm có ý nghĩa thống kê với $p = 0,036$. Tỷ lệ β -hCG dương tính, thai lâm sàng và thai tiến triển 12 tuần của 3 nhóm có sự thay đổi độ dày niêm mạc là giảm, tăng và không đổi đều không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Độ dày niêm mạc tử cung vào ngày chuyển phôi giảm đáng kể so với thời điểm mở cửa sổ làm tổ. Không thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kết quả có thai giữa các nhóm có độ dày niêm mạc tăng, giảm hoặc không đổi sau khi dùng progesterone.

Từ khóa: Thay đổi độ dày niêm mạc tử cung, progesterone, chuyển phôi đông lạnh.

SUMMARY

ENDOMETRIAL THICKNESS CHANGE IN

¹Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thị Hằng

Email: doanthihang@vmmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.9.2023

Ngày duyệt bài: 5.10.2023

RESPONSE TO PROGESTERONE ADMINISTRATION AND PREGNANCY OUTCOMES IN FROZEN BLASTOCYST TRANSFER CYCLES

Objective: To evaluate the effect of endometrial thickness change in response to progesterone administration on pregnancy outcomes in frozen blastocyst transfer cycles. **Subjects and methods:** Prospective study includes 120 frozen blastocyst transfer cycles at the Military Institute of clinical Embryology and Histology, using hormone replacement therapy for endometrial preparation. Endometrial thickness (mm) was measured before progesterone administration and before embryo transfer by transvaginal ultrasound. Evaluation of β -hCG (+) rate, clinical pregnancy rate and ongoing pregnancy rate. **Results:** Cycles with endometrial compaction accounted for the majority with 50.83%. The endometrial thickness before progesterone administration was 9.82 ± 1.48 mm, and the endometrial thickness on the day of embryo transfer was 9.42 ± 1.31 mm, a statistically significant decrease with $p = 0.036$. The β -hCG positive rate, clinical pregnancy rate and ongoing pregnancy rate were no statistical differences among the groups with changes in endometrial thickness. **Conclusion:** The endometrial thickness on the day of embryo transfer was significantly decreased compared with the time before progesterone administration. There were no statistically significant differences in pregnancy outcomes among the groups with changes in endometrial thickness after progesterone administration.

Keywords: Endometrial thickness change, progesterone, frozen embryo transfer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong một chu kỳ kinh nguyệt, sự tiến triển của niêm mạc tử cung chịu ảnh hưởng của hormon estradiol thường trực xen kẽ với progesterone. Phôi làm tổ cần có sự chấp nhận của niêm mạc tử cung và sự chấp nhận này đòi hỏi phải có sự hiện diện của 2 hormone trên với một tỷ lệ thích hợp, niêm mạc tử cung khi đó ở giai đoạn chế tiết với sự hỗ trợ của hoàng thể. Không phải bất cứ thời điểm nào trong giai đoạn phát triển của niêm mạc tử cung phôi cũng có thể bám dính và phát triển, ngoại trừ một giai đoạn ngắn gọi là "cửa sổ làm tổ của phôi", thường kéo dài khoảng 4 ngày từ ngày 20-24 của một chu kỳ kinh 28 ngày [1], do đó việc xác định được khoảng thời gian vàng này là điều rất quan trọng nhằm cải thiện tối đa tỷ lệ có thai. Trong các chu kỳ chuyển phôi đông lạnh hiện nay, việc đánh giá độ dày và hình thái niêm mạc tử cung bằng cách sử dụng siêu âm đầu dò âm đạo có thể xem là một phương pháp thay thế cho các kỹ thuật xâm lấn như sinh thiết nội mạc tử cung để xác định thời điểm tối ưu cho phôi làm tổ. Độ dày niêm mạc tử cung vào ngày mở cửa sổ làm tổ được công nhận rộng rãi như là

một chỉ số tiên lượng cho khả năng tiếp nhận của niêm mạc tử cung, dù kết quả cũng như các ngưỡng khuyến cáo còn một số tranh cãi [2], [3].

Bên cạnh độ dày và hình thái của niêm mạc tử cung trong pha tăng sinh thì độ dày và hình thái niêm mạc trong pha hoàng thể cũng là một yếu tố quan trọng. Một số nghiên cứu được công bố đã quan sát thấy sự thay đổi độ dày và hình thái niêm mạc tử cung để đáp ứng với progesterone, cũng như đánh giá tác động của thay đổi này đối với kết quả có thai trong các chu kỳ chuyển phôi tươi và chu kỳ chuyển phôi đông lạnh, tuy nhiên những kết luận đưa ra còn trái ngược nhau [4], [5], [6]. Vì vậy nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện nhằm mục tiêu đánh giá sự thay đổi độ dày niêm mạc tử cung sau khi sử dụng progesterone đối với kết quả có thai trong các chu kỳ chuyển phôi nang đông lạnh sử dụng phác đồ nội tiết ngoại sinh để chuẩn bị niêm mạc tử cung.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 120 chu kỳ chuyển phôi đông lạnh giai đoạn phôi nang tại Viện Mô phôi lâm sàng Quân đội – Học viện Quân y từ tháng 01/2021 đến tháng 06/2022.

– **Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu:**
+ Bệnh nhân chuyển 1-2 phôi đông lạnh giai đoạn phôi nang, trong đó có ít nhất 1 phôi chất lượng tốt.

+ Được chuẩn bị niêm mạc bằng phác đồ sử dụng nội tiết ngoại sinh.

+ Niêm mạc tử cung vào ngày mở cửa sổ ≥ 7 mm.

– **Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Bệnh nhân chuyển phôi đông lạnh do xin phôi hoặc xin noãn.

+ Bệnh nhân có bất thường giải phẫu vùng tử cung như u xơ tử cung dưới niêm mạc, polyp buồng tử cung, dính buồng tử cung...

+ Bệnh nhân có dịch trong lòng tử cung.

+ Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu quan sát mô tả, tiến cứu.

2.2.2. Các bước tiến hành nghiên cứu

Chuẩn bị niêm mạc tử cung theo phác đồ sử dụng nội tiết ngoại sinh:

- Ngày 2 của chu kỳ kinh bệnh nhân sẽ được siêu âm xác định tình trạng tử cung, buồng tử cung và nang trứng tồn dư. Nếu bình thường sẽ được sử dụng Estradiol 2mg, liều 4mg - 12 mg/ngày.

- Theo dõi sự phát triển của độ dày và hình

thái niêm mạc tử cung bằng siêu âm đầu dò âm đạo từ ngày 9 của chu kỳ kinh, sau đó kiểm tra lại mỗi 2 đến 3 ngày tùy theo độ dày và hình thái của niêm mạc

- Khi niêm mạc trên 7mm là thời điểm lý tưởng để mở cửa sổ làm tổ. Bệnh nhân sẽ được sử dụng phối hợp progesterone đặt âm đạo liều 800mg/ngày với dydrogesterone đường uống 20mg/ngày và estradiol 4mg/ngày.

- Ngay trước chuyển phôi, bệnh nhân được tiến hành siêu âm lại để đánh giá độ dày niêm mạc tử cung trước chuyển phôi và so sánh với thời điểm trước khi dùng progesterone, sau đó được phân loại thành 3 nhóm là niêm mạc tử cung nén (giảm độ dày), niêm mạc tử cung không đổi (độ dày không thay đổi) và niêm mạc tử cung tăng độ dày nhằm so sánh kết quả có thai giữa các nhóm.

Rã phôi và đánh giá chất lượng phôi nang sau rã đông

Rã phôi sử dụng môi trường Kitazato. Đánh giá hình thái và chất lượng phôi theo tiêu chuẩn phân loại của Alpha năm 2011, sau đó sẽ phân chia phôi thành 3 loại: tốt, trung bình và xấu. Tiến hành chuyển phôi. Số phôi chuyển từ 1 đến 2 phôi.

Đánh giá kết quả thai. Xét nghiệm β -hCG sau 14 ngày chuyển phôi. β -hCG dương tính khi có giá trị $>25\text{mIU/mL}$. Siêu âm đánh giá thai lâm sàng và thai tiến triển 12 tuần. Bệnh nhân tiếp tục duy trì đơn thuốc hỗ trợ hoàng thể đến khi thai 10-12 tuần tuổi trong trường hợp có thai.

2.2.3. Các chỉ tiêu chính đánh giá

- Độ dày niêm mạc tử cung (mm) trước khi dùng progesterone và trước khi chuyển phôi.
- Tỷ lệ β -hCG (+)
- Tỷ lệ thai lâm sàng
- Tỷ lệ thai tiến triển 12 tuần

2.3. Xử lý số liệu. Các số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS 22.0 (IBM SPSS Inc, Chicago III, USA). Các số liệu được trình bày dưới dạng Mean \pm SD hoặc tỷ lệ phần trăm (%). So sánh giá trị trung bình: nếu các biến phân phối chuẩn sử dụng kiểm định Student t-test và t-test ghép cặp, nếu không phân phối chuẩn sử dụng kiểm định tham số Wilcoxon test. So sánh các tỷ lệ sử dụng kiểm định Chi bình phương (χ^2). Giá trị $p < 0,05$ trong các so sánh được coi là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đôi tượng nghiên cứu

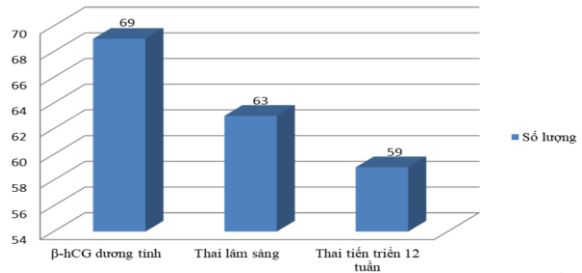
Bảng 1. Các đặc điểm cơ bản của đôi

tượng nghiên cứu

Chỉ tiêu nghiên cứu	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Tuổi (năm)	31,33 \pm 4,46	23	44
BMI (kg/m ²)	21,30 \pm 2,61	17,22	29,90

120 bệnh nhân chuyển phôi trữ có độ tuổi trung bình là 31,33 \pm 4,46 (trẻ nhất 23 tuổi và lớn nhất 44 tuổi). Chỉ số BMI trung bình là 21,30 \pm 2,61 trong giới hạn bình thường.

Kết quả có thai



Hình 1. Kết quả có thai của chu kỳ chuyển phôi đông lạnh

Tỷ lệ bệnh nhân có β -hCG dương tính là 57,5% (69/120), tỷ lệ thai lâm sàng là 52,5% (63/120), và tỷ lệ thai tiến triển 12 tuần là 49,17% (59/120).

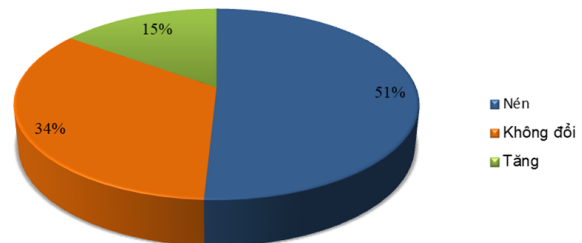
3.2. Đặc điểm thay đổi niêm mạc tử cung và mối liên quan với kết quả có thai

Bảng 2. Độ dày niêm mạc tử cung (NMTC) trước và sau dùng progesterone

Chỉ tiêu nghiên cứu	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất	P
Độ dày NMTC trước khi dùng progesterone (mm)	9,82 \pm 1,48	7	14	0,036
Độ dày NMTC trước chuyển phôi (mm)	9,42 \pm 1,31	7	14	

Độ dày niêm mạc tử cung trước khi dùng progesterone là 9,82 \pm 1,48 mm, tại thời điểm trước chuyển phôi, độ dày niêm mạc tử cung là 9,42 \pm 1,31 mm, giảm có ý nghĩa thống kê so với trước khi dùng progesterone.

Thay đổi niêm mạc tử cung



Hình 2. Tỷ lệ thay đổi niêm mạc tử cung

Sau khi sử dụng progesterone, có 61 chu kỳ có niêm mạc tử cung nén, chiếm đa số với 50,83%. Số chu kỳ niêm mạc không đổi và tăng

lần lượt là 41 và 18 chu kỳ, chiếm tỷ lệ 34,17% và 15%.

Bảng 3. Tỷ lệ có thai của các nhóm

	Nén (n=61)	Không đối (n=41)	Tăng (n=18)	p
β-hCG dương tính	35 (57,38%)	21 (51,23%)	13 (72,22%)	0,322
Thai lâm sàng	32 (52,46%)	19 (46,34%)	12 (66,67%)	0,355
Thai tiến triển 12 tuần	30 (49,18%)	19 (46,34%)	10 (55,56%)	0,809

Bảng 3 cho thấy tỷ lệ β-hCG dương tính, thai lâm sàng và thai tiến triển 12 tuần của 3 nhóm đều không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận thấy độ dày niêm mạc tử cung vào ngày chuyển phôi giảm đáng kể so với thời điểm mở cửa sổ làm tổ, với $p = 0,036$, tuy nhiên không thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kết quả β-hCG dương tính, thai lâm sàng và thai tiến triển 12 tuần giữa các nhóm có độ dày niêm mạc tăng, giảm hoặc không đổi. Haas và cs (2019) đã đưa ra giả thuyết rằng độ dày niêm mạc tử cung sẽ giảm đi trong giai đoạn hoàng thể tự nhiên hoặc nhân tạo do niêm mạc trở nên dày đặc hơn (hiện tượng niêm mạc đậm âm trên siêu âm), đây là kết quả của những biến đổi do progesterone gây ra [4].

Hiện nay có rất ít bài viết về ảnh hưởng của sự thay đổi độ dày niêm mạc tử cung đến kết quả có thai sau khi dùng progesterone trong các chu kỳ chuyển phôi và các kết luận cũng không giống nhau. Nghiên cứu đầu tiên của tác giả Haas và cs (2019) cũng bao gồm các bệnh nhân sử dụng phác đồ nội tiết ngoại sinh để chuẩn bị niêm mạc tử cung đã quan sát thấy nhóm có niêm mạc nén sau khi sử dụng progesterone cho tỷ lệ thai tiến triển cao hơn [4]. Kết luận trong nghiên cứu của tác giả Zilberberg và cs (2020) [7] cũng đồng tình với quan điểm trên. Trái ngược với kết quả trên, nghiên cứu của Bu và cs (2019) cho thấy rằng bất kể quy trình chuẩn bị niêm mạc tử cung nào được sử dụng, nhóm có niêm mạc tử cung tăng lên sau khi sử dụng progesterone có tỷ lệ mang thai lâm sàng cao hơn [5]. Kết quả trong nghiên của chúng tôi tương đồng với các tác giả Jin và cs (2021) [6], Ye và cs (2020) [8] khi nhận thấy không có sự khác biệt về kết quả có thai giữa các nhóm có sự tăng, giảm hoặc không đổi về độ dày niêm mạc tử cung sau khi sử dụng progesterone, ngoài ra

các tác giả này cũng không quan sát thấy sự khác biệt về tỷ lệ sảy thai giữa các nhóm, điều này khiến chúng tôi đặt ra câu hỏi liệu có cần thiết phải đánh giá lại độ dày niêm mạc tử cung trước thời điểm chuyển phôi hay không.

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ sử dụng các bệnh nhân được chuẩn bị niêm mạc bằng phác đồ nội tiết ngoại sinh với một liều lượng thuốc progesterone như nhau, cũng như chỉ chuyển phôi giai đoạn phôi nang với ít nhất 1 phôi chất lượng tốt, được thực hiện tại cùng một cơ sở duy nhất, do đó có thể đồng bộ được các đối tượng nghiên cứu và giảm tối đa yếu tố gây nhiễu. Tuy nhiên, cỡ mẫu còn chưa đủ lớn và mặc dù độ dày niêm mạc tử cung được đánh giá bởi cùng một loại máy siêu âm với quy trình siêu âm được thống nhất chuẩn hóa tại cùng một cơ sở nghiên cứu thì những sai số xuất hiện trong phép đo là điều không thể tránh khỏi. Do đó chúng tôi cho rằng cần tiếp tục đánh giá thêm với một số lượng bệnh nhân lớn hơn trước khi đưa ra câu trả lời cho câu hỏi có cần thiết phải đo độ dày niêm mạc tử cung ở pha hoàng thể hay không.

V. KẾT LUẬN

Độ dày niêm mạc tử cung vào ngày chuyển phôi giảm đáng kể so với thời điểm mở cửa sổ làm tổ. Không thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kết quả β-hCG dương tính, thai lâm sàng và thai tiến triển 12 tuần giữa các nhóm có độ dày niêm mạc tăng, giảm hoặc không đổi sau khi dùng progesterone.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bergh P.A. và Navot D.** (1992). The impact of embryonic development and endometrial maturity on the timing of implantation. *Fertil Steril*, 58(3), 537–542.
2. **Oron G., Hirsch L., Rona S. và cộng sự.** (2018). Endometrial thickness of less than 7.5 mm is associated with obstetric complications in fresh IVF cycles: a retrospective cohort study. *Reprod Biomed Online*, 37(3), 341–348.
3. **Kasius A., Smit J.G., Torrance H.L. và cộng sự.** (2014). Endometrial thickness and pregnancy rates after IVF: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*, 20(4), 530–541.
4. **Haas J., Smith R., Zilberberg E. và cộng sự.** (2019). Endometrial compaction (decreased thickness) in response to progesterone results in optimal pregnancy outcome in frozen-thawed embryo transfers. *Fertil Steril*, 112(3), 503-509.e1.
5. **Bu Z., Yang X., Song L. và cộng sự.** (2019). The impact of endometrial thickness change after progesterone administration on pregnancy outcome in patients transferred with single frozen-thawed blastocyst. *Reprod Biol Endocrinol*, 17(1), 99.
6. **Jin Z., Shi H., Lu M. và cộng sự.** (2021). Endometrial thickness changes after progesterone administration do not affect the pregnancy

outcomes of frozen-thawed euploid blastocyst transfer: a retrospective cohort study. *Fertility and Sterility*, 116(6), 1502–1512.

7. **Zilberberg E., Smith R., Nayot D. và cộng sự.** (2020). Endometrial compaction before frozen euploid embryo transfer improves ongoing pregnancy rates. *Fertility and Sterility*, 113(5), 990–995.

8. **Ye J., Zhang J., Gao H. và cộng sự.** (2020). Effect of Endometrial Thickness Change in Response to Progesterone Administration on Pregnancy Outcomes in Frozen-Thawed Embryo Transfer: Analysis of 4465 Cycles. *Front Endocrinol (Lausanne)*, 11, 546232.

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG UNG THƯ CỔ TỬ CUNG GIAI ĐOẠN DI CĂN ĐIỀU TRỊ BẰNG PHÁC ĐỒ HÓA CHẤT KẾT HỢP THUỐC ỨC CHẾ ĐIỂM KIỂM SOÁT MIỄN DỊCH

Phạm Tuấn Anh¹, Nguyễn Tiến Quang¹, Nguyễn Hữu Thắng²

TÓM TẮT

Trong kỷ nguyên của thuốc miễn dịch, phác đồ hóa chất kết hợp Pembrolizumab đã trở thành điều trị tiêu chuẩn mới trong ung thư cổ tử cung (UTCTC) giai đoạn tái phát, di căn. Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân nữ 62 tuổi, chẩn đoán UTCTC giai đoạn FIGO IVB được điều trị bằng phác đồ này và đạt được kết quả ấn tượng.

Từ khóa: Ung thư cổ tử cung, Liệu pháp miễn dịch, Pembrolizumab.

SUMMARY

CASE REPORT: PATIENT WITH METASTATIC CERVICAL CANCER TREATED WITH CHEMOTHERAPY COMBINED WITH AN IMMUNE CHECKPOINT INHIBITOR

In the era of immunotherapy, the combination of chemotherapy and Pembrolizumab has become the new standard treatment in recurrent and metastatic cervical cancer. We report a case of a 62-year-old female patient diagnosed with FIGO IVB cervical cancer who was treated with this regimen and achieved impressive results.

Keywords: Cervical cancer, Immunotherapy, Pembrolizumab.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

UTCTC là bệnh ung thư phổ biến thứ tư ở phụ nữ trên toàn thế giới. Tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong của UTCTC giữa các nước phát triển và đang phát triển chênh lệch rõ rệt. Hơn 85% trường hợp mắc mới và 80% trường hợp tử vong do UTCTC xảy ra ở các nước có thu nhập thấp và trung bình¹. Theo GLOBOCAN, tại Việt Nam, năm 2020 có 4132 bệnh nhân được chẩn đoán mới và

2223 bệnh nhân tử vong². Điều trị đa mô thức có thể đem lại cơ hội chữa khỏi bệnh UTCTC giai đoạn tái phát, di căn. Trong giai đoạn di căn xa, phác đồ hóa chất nền tảng Cisplatin kết hợp với thuốc kháng sinh mạch Bevacizumab được coi là lựa chọn hàng đầu trong nhiều năm qua, tuy nhiên kết quả sống thêm còn hạn chế. Tháng 11 năm 2021, nghiên cứu KEYNOTE-826 báo cáo kết quả phân tích tại thời điểm 22 tháng, đem đến cơ hội kéo dài thời gian sống thêm cho bệnh nhân UTCTC giai đoạn di căn với việc kết thêm hợp thuốc ỨC CHẾ ĐIỂM KIỂM SOÁT MIỄN DỊCH vào phác đồ tiêu chuẩn³. Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân UTCTC giai đoạn FIGO IVB được điều trị bằng hóa chất bộ đôi kết hợp Pembrolizumab và Bevacizumab.

II. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân nữ 62 tuổi, có tiền sử hen phế quản, hiện tại ổn định, tăng huyết áp kiểm soát tốt bằng thuốc Amlodipin/Valsartan (huyết áp hàng ngày là 120-130/70-80 mmHg). Bệnh nhân đã mãn kinh 13 năm, tiền sử thai sản PARA 3003 (ba con sinh thường). Bệnh nhân đến khám và nhập khoa Điều Trị A Bệnh viện K với triệu chứng ra máu âm đạo số lượng ít. Đánh giá thể trạng chung của bệnh nhân tốt. Thăm âm đạo thấy cổ tử cung tăng kích thước, có khối cứng chắc, di động kém, lan đến thành trên âm đạo, ấn đau, kèm nhầy máu ra theo găng. Khám hạch ngoại vi sờ thấy hạch bẹn phải kích thước khoảng 1x1,5cm, cứng chắc, còn di động được. Bệnh nhân được soi cổ tử cung, phát hiện tổn thương sùi loét chảy máu, bắt màu Lugol không đều tại cổ tử cung. Sinh thiết tổn thương làm giải phẫu bệnh thu được kết quả: Carcinoma vảy không sừng hóa, xâm nhập, độ II. Bệnh nhân được chụp phim MRI tiểu khung và chụp PET-CT chẩn đoán giai đoạn bệnh. MRI ghi nhận cổ tử cung to, có khối thâm nhiễm kích thước

¹Bệnh viện K

²Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Tuấn Anh

Email: phamtuananh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.8.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.9.2023

Ngày duyệt bài: 4.10.2023