

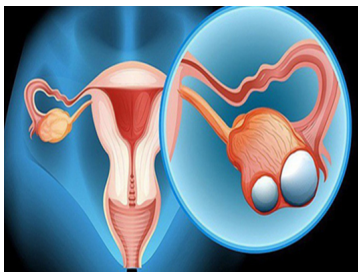
Bs Ph₀ m Ng₀ c Na -₀

1. T₀ ng quan

Ung th₀ bu₀ ng tr₀ ng là lo₀ i ung th₀ ph₀ khoa ph₀ bi₀ n th₀ hai ₀ các n₀ c phát tri₀ n và ph₀ bi₀ n th₀ ba ₀ các n₀ c đang phát tri₀ n (ung th₀ c₀ t₀ cung là ph₀ bi₀ n nh₀ t) [2]. Ph₀ n l₀ n các kh₀ i u ác tính ₀ bu₀ ng tr₀ ng (95%) là bi₀ u mô; ph₀ n còn l₀ i phát sinh t₀ các lo₀ i t₀ bào bu₀ ng tr₀ ng khác (u t₀ bào m₀ m, u mô đ₀ m dây sinh d₀ c).

T₀ i Vi₀ t Nam theo GLOBOCAN 2022, m₀ i năm có kho₀ ng 1.400 tr₀ ng h₀ p m₀ i m₀ c và kho₀ ng 900 ca t₀ vong do ung th₀ bu₀ ng tr₀ ng. T₀ l₀ m₀ c b₀ nh chu₀ n theo tu₀ i là 2,7/100.000 dân. T₀ l₀ m₀ c tăng đ₀ n theo tu₀ i, ph₀ n l₀ n ung th₀ bi₀ u mô bu₀ ng tr₀ ng g₀ p ₀ l₀ a tu₀ i h₀ u m₀ n kinh, tu₀ i m₀ c trung bình là 63. Ng₀ c l₀ i, ung th₀ t₀ bào m₀ m bu₀ ng tr₀ ng th₀ ng th₀ ng g₀ p ₀ ph₀ n₀ tr₀, t₀ 15-20 tu₀ i[1].

Ch₀ có kho₀ ng 25% ph₀ n₀ đ₀ c ch₀ n đoán m₀ c b₀ nh ung th₀ bu₀ ng tr₀ ng giai đ₀ n giai đ₀ n I và giai đ₀ n II. Đ₀ i v₀ i nh₀ ng ph₀ n₀ m₀ c ung th₀ bu₀ ng tr₀ ng giai đ₀ n IA, IB và/ho₀ c các kh₀ i u bi₀ t hóa t₀ t, tiên l₀ ng r₀ t t₀ t v₀ i t₀ l₀ s₀ ng còn toàn b₀ ít nh₀ t 90% ch₀ sau ph₀ u thu₀ t đ₀ n thu₀ n [3,4]. Đ₀ i v₀ i t₀ t c₀ nh₀ ng b₀ nh nh₀ n giai đ₀ n khác, hóa trị b₀ tr₀ đ₀ c khuy₀ n kh₀ i ch.



2. M₀ c tiêu

Hóa trị b₁ tr₁ trong ung thư buồng trứng giai đoạn sớm

Viết bởi: Biên tập viên
Thứ 6, 20 Tháng 3 2024 17:23 -

Mục tiêu của hóa trị hóa trị b₁ tr₁ cho ung thư buồng trứng giai đoạn sớm là kéo dài thời gian sống còn bệnh không tái phát (DFS), sống còn bệnh không tiến triển (PFS) và sống còn toàn bộ (OS) [5,6].

3. Chỉ định

Những bệnh nhân ung thư buồng trứng giai đoạn đầu có nguy cơ tái phát cao hơn gồm:

- Giai đoạn IC hoặc giai đoạn II.
- Ung thư biểu mô tế bào sáng biệt kỷ giai đoạn.
- Phân độ mô học độ 3 (Grade 3).

Những đặc điểm nguy cơ này được sử dụng để làm tiêu chí xác định điều kiện cho liệu pháp bệnh nhân nhân môc bệnh giai đoạn đầu [7].

Đối với bệnh nhân có những đặc điểm này, tỷ lệ sống sót sau 5 năm không bệnh là từ 40 đến 80% [4,9,10], so sánh với tỷ lệ sống sót sau 5 năm ít nhất là 90% những phụ nữ có khả năng biệt hóa tốt (độ 1) giai đoạn buồng trứng (giai đoạn IA hoặc IB) [3,4].

4. Hóa trị b₁ tr₁ cho ung thư buồng trứng giai đoạn sớm

a. Hóa trị đường tĩnh mạch

Liệu pháp bệnh cho những bệnh nhân môc ung thư buồng trứng giai đoạn đầu có các đặc điểm nguy cơ cao, thời gian là từ 21 đến 35 ngày sau khi phẫu thuật cắt bỏ khối u, có một số bệnh chứng sống còn toàn bộ xảy ra khi trì hoãn hơn 35 ngày [12].

Phác đồ hóa trị b₂ tr₂ tại u v₂ n ch₂ a rõ ràng, h₂ u h₂ t các bác sĩ lâm sàng đ₂ u đ₂ a ra phác đồ hóa trị b₂ đôi đ₂ a trên Platinum, như Paclitaxel và Carboplatin, là do h₂ u qu₂ đã đ₂ c ch₂ ng minh trong li₂ u pháp b₂ tr₂ ở ph₂ n ung thư buồng trứng giai đoạn tiến triển [13,14].

Tuy nhiên, do đ₂ li₂ u có s₂ n ch₂ a đ₂ y đ₂ đ₂ đ₂ a ra phác đồ tại u, Carboplatin đ₂ n đ₂ c có th₂ là m₂ t l₂ a ch₂ n thay th₂ có th₂ ch₂ p nh₂ n đ₂ c [14,15]. C₂ n thêm nh₂ ng th₂ nghi₂ m đ₂ xác đ₂ nh phác đồ hóa trị tại u cho nhóm b₂ nh nhân này.

S₂ chu k₂ hóa trị:

S₂ chu k₂ tại u c₂ a hóa trị li₂ u b₂ tr₂ cho ung thư buồng trứng giai đoạn đ₂ u v₂ n ch₂ a đ₂ c xác đ₂ nh, th₂ ng dùng Paclitaxel c₂ ng v₂ i Carboplatin trong sáu chu k₂. L₂ i ích c₂ a sáu chu k₂ có th₂ ch₂ gi₂ i h₂ n ung thư thanh đ₂ ch ho₂ c b₂ nh giai đoạn II. Nên cá nhân hóa s₂ chu k₂ đ₂ a trên các y₂ u t₂ nguy c₂ c₂ a b₂ nh nhân và kh₂ năng dung n₂ p li₂ u pháp, v₂ i t₂ i thi₂ u là ba chu k₂.

Trong th₂ nghi₂ m GOG 157, 457 b₂ nh nhân giai đoạn đ₂ u có nguy c₂ cao đ₂ c đ₂ u tr₂ b₂ ng ba ho₂ c sáu đ₂ t paclitaxel (175 mg/m²) c₂ ng v₂ i carboplatin đ₂ c chuy₂ n ba tu₂ n m₂ t l₂ n [16]. So v₂ i ba chu k₂, sáu chu k₂ có liên quan đ₂ n các k₂ t qu₂ sau:

- Nguy c₂ tái phát th₂ p h₂ n không đáng k₂ (20 so v₂ i 25%).
- T₂ l₂ s₂ ng sốt sau 5 năm t₂ ng đ₂ ng (83 so v₂ i 81%).
- Đ₂ c tính nhi₂ u h₂ n (đ₂ c tính th₂ n kinh, gi₂ m b₂ ch c₂ u h₂ t và thi₂ u máu).

Trong m₂ t phân tích đ₂ c bi₂ t t₂ p theo c₂ a cùng m₂ t th₂ nghi₂ m, nguy c₂ tái phát th₂ p h₂ n đáng k₂ trong sáu chu k₂ hóa trị thay vì ba chu k₂ ở b₂ nh nhân ung thư thanh đ₂ ch (t₂ l₂ r₂ i ro 0,33, KTC 95% 0,14-0,77) [17]. So sánh sáu chu k₂ v₂ i ba chu k₂, t₂ l₂ s₂ ng sốt chung sau 5 năm không khác bi₂ t đáng k₂ ở ung thư thanh đ₂ ch (86 so v₂ i 73%). Đ₂ i v₂ i các típ mô h₂ c khác, không có s₂ khác bi₂ t v₂ t₂ l₂ s₂ ng sốt chung sau ba ho₂ c sáu chu k₂ (79% ở c₂ hai nhóm).

Do đó, cách đ₂ u tr₂ t₂ t nh₂ t là hóa trị ít nh₂ t ba chu k₂ và đánh giá kh₂ năng dung n₂ p c₂ a b₂ nh nhân v₂ i đ₂ u tr₂. N₂ u có đ₂ c tính t₂ i thi₂ u, t₂ i p t₂ c th₂ c h₂ i n các chu k₂ t₂ i p theo lên đ₂ n

Hóa trị b² tr² trong ung thư buồng trứng giai đoạn sớm

Vị trí bài Biên tập viên

Thứ 7, 20 Tháng 3 2024 17:23 -

Tài liệu đã sáu chu kỳ, cùng với việc đánh giá lại mô hình chu kỳ.

Đối với mô hình bào sảng:

Ung thư biểu u mô bào sảng kém đáp ứng với hóa trị liệu dựa trên bằng chứng kim hoàn so với ung thư biểu u mô tủy thanh dịch. Điều này đã được chứng minh trong một nghiên cứu hồi cứu [18]. So ung thư biểu u mô thanh dịch, ung thư biểu u mô bào sảng có liên quan đến:

- Tỷ lệ đáp ứng thấp hơn đáng kể đối với liệu pháp dựa trên bằng chứng kim hoàn (11 so với 72,5%).
- Thời gian sống sót toàn bộ thấp hơn đáng kể so với nhóm bệnh nhân mắc bệnh giai đoạn I/II (31,8 so với 42,3 tháng) hoặc bệnh giai đoạn III (12,7 so với 26,8 tháng). Tuy nhiên, tỷ lệ sống sót chung là tương đương đáng kể so với nhóm bệnh nhân mắc bệnh giai đoạn IV (17,8 so với 19,4 tháng).

Do tiên lượng xấu đối với ung thư buồng trứng mô bào sảng, ưu tiên điều trị theo các thử nghiệm lâm sàng với các thuốc mới. Như: Temsirolimus + carboplatin và paclitaxel trong GOG 268 (liệu pháp duy trì) và sunitinib trong GOG 254 (điều trị bệnh tái phát).

b. Hóa trị trong phúc mạc

Hóa trị liệu b² tr² trong phúc mạc (IP) cho bệnh nhân ở giai đoạn đầu đang được chứng minh, đánh giá trong các thử nghiệm lâm sàng. Dựa trên các nghiên cứu về hóa trị liệu IP trong ung thư buồng trứng giai đoạn tiến triển được chứng minh về hiệu quả, hóa trị trong phúc mạc cho thấy sự cải thiện về cả PFS và OS, nhưng có nguy cơ biến chứng liên quan đến catheter và nhiễm trùng đáng kể tiêu hóa nghiêm trọng. Kết quả từ GOG252, nhưng phải chờ đợi kết quả của ung thư buồng trứng giai đoạn II đến III, cho thấy kết quả PFS tương đương giữa liệu pháp IV và liệu pháp IV+IP.

c. Liệu pháp duy trì

Đối với hầu hết bệnh nhân mắc bệnh ở giai đoạn đầu, khuyến nghị theo dõi sau hóa trị b² tr² thay vì sử dụng liệu pháp duy trì cho bệnh giai đoạn đầu. Tuy nhiên, đối với những người mắc bệnh ung thư buồng trứng liên quan đến BRCA giai đoạn sớm (có đột biến soma hoặc đột biến

dòng m̄ m), khuyn̄ n ngh̄ s̄ đ̄ng līu pháp duy trì b̄ng ch̄ t̄ c ch̄ poly(ADP-ribose) polymerase (PARP) [19], đ̄ c bī t̄ đ̄ i v̄ i b̄nh giai đ̄n II.

5. Tiên l̄ng:

- Trong m̄ t báo cáo t̄ Nhóm Ung th̄ Ph̄ khoa (GOG) đã đánh giá 506 ph̄ n̄ đ̄ c đ̄ u tr̄ trong hai th̄ nghī m līu pháp b̄ tr̄ cho ung th̄ būng tr̄ng giai đ̄n đ̄ u, t̄ l̄ s̄ng còn b̄nh không tái phát (DFS) và s̄ng còn toàn b̄ (OS) sau 5 năm l̄n l̄ t̄ là 76 và 82% [10]

l

- Các ȳ u t̄ đ̄ đoán đ̄ c l̄p v̄ kh̄ năng s̄ng còn toàn b̄ (OS) th̄ p h̄n bao ḡm l̄n tū i, b̄nh giai đ̄n II, đ̄ mô h̄ c u cao và đ̄ ch r̄ a phức m̄ c đ̄ng tính. Trong m̄ t phân tích riêng bī t̄ v̄ k̄ t qū đ̄ i v̄ i nh̄ng ph̄ n̄ m̄ c ung th̄ būng tr̄ng giai đ̄n đ̄ u đ̄ c đ̄ u tr̄ b̄ng GOG 157, t̄ l̄ tái phát là 25% [7].

6. Tóm t̄ t:

- Ung th̄ būng tr̄ng là lō i ung th̄ ph̄ khoa ph̄ bīn th̄ hai ̄ các n̄ c phát trīn và ph̄ bīn th̄ ba ̄ các n̄ c đang phát trīn. T̄ l̄ m̄ c tăng đ̄n theo tū i, ph̄n l̄n ung th̄ bīu mô būng tr̄ng ḡp ̄ l̄ a tū i h̄ u m̄n kinh, tū i m̄ c trung bình là 63. Nḡ c l̄ i, ung th̄ t̄ bào m̄ m būng tr̄ng th̄ng ḡp ̄ ph̄ n̄ tr̄, t̄ 15-20 tū i. Ch̄ có khōng 25% ph̄ n̄ đ̄ c ch̄n đoán m̄ c b̄nh ung th̄ būng tr̄ng giai đ̄n I và giai đ̄n II.

- Không ph̄ i t̄ t c̄ b̄nh nhân m̄ c ung th̄ būng tr̄ng giai đ̄n đ̄ u đ̄ u c̄n hóa tr̄ b̄ tr̄. Quȳ t̄ đ̄nh th̄ c hīn hóa tr̄ ch̄ ȳ u đ̄ a vào giai đ̄n b̄nh và đ̄ c đ̄ i m kh̄ i u.

- Đ̄ i v̄ i nh̄ng ph̄ n̄ đ̄ c c̄ t b̄ hoàn toàn, đ̄ mô h̄ c 1, giai đ̄n IA hō c IB, khuyn̄ ngh̄ ch̄ nên theo dõi (M̄ c đ̄ khuyn̄ n cáo/b̄ng ch̄ng: IC)

- Đ̄ i v̄ i nh̄ng ph̄ n̄ m̄ c ung th̄ būng tr̄ng có nguy c̄ cao (giai đ̄n IC hō c II, ung th̄ t̄ bào sáng hō c đ̄ mô h̄ c 3 b̄ t k̄ giai đ̄n nào), khuyn̄ ngh̄ hóa tr̄ b̄ tr̄ (M̄ c đ̄ khuyn̄ n cáo/b̄ng ch̄ng: IC)

- C̄n nh̄ c hóa tr̄ b̄ tr̄ cho ung th̄ būng tr̄ng đ̄ mô h̄ c 2, giai đ̄n I hō c II (M̄ c đ̄ khuyn̄ n cáo/b̄ng ch̄ng: 2C). Theo dõi có th̄ ch̄ p nh̄n đ̄ c đ̄ i v̄ i ung th̄ būng tr̄ng giai đ̄n I, không có ȳ u t̄ nguy c̄ cao.

- Khuyn̄ n ngh̄ phác đ̄ hóa tr̄ b̄ tr̄ k̄ t h̄ p hai lō i thū c đ̄ a trên platinum (M̄ c đ̄ khuyn̄ n cáo/b̄ng ch̄ng: 2C). Cá nhân hóa s̄ chu k̄ đ̄ a trên các ȳ u t̄ nguy c̄ c̄ a b̄nh nhân và kh̄ năng dung n̄p đ̄ u tr̄, t̄ i thī u ba chu k̄.

- Sau hóa tr̄ b̄ tr̄, khuyn̄ n ngh̄ theo dõi thay vì hóa tr̄ līu duy trì do thī u b̄ng ch̄ng v̄ l̄ i ích s̄ng còn toàn b̄, ngō i tr̄ ung th̄ būng tr̄ng liên quan đ̄n BRCA (M̄ c đ̄ khuyn̄ n cáo/b̄ng ch̄ng: 2B).

- Hóa tr̄ trong phức m̄ c k̄ t h̄ p hóa tr̄ t̄nh m̄ ch cho ph̄ n̄ b̄ ung th̄ būng tr̄ng giai

đầu tiên không được khuyến khích, nên dành cho các thử nghiệm lâm sàng.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ y tế (2020), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh ung thư u (Ban hành kèm theo Quyết định số 1514/QĐ-BYT ngày 01 tháng 04 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế), Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 472-483.
2. Torre LA, Bray F, Siegel RL, et al. Global cancer statistics, 2012. CA Cancer J Clin 2015; 65:87.
3. Young RC, Walton LA, Ellenberg SS, et al. Adjuvant therapy in stage I and stage II epithelial ovarian cancer. Results of two prospective randomized trials. N Engl J Med 1990; 322:1021.
4. Ahmed FY, Wiltshaw E, A'Hern RP, et al. Natural history and prognosis of untreated stage I epithelial ovarian carcinoma. J Clin Oncol 1996; 14:2968.
5. Elit L, Chambers A, Fyles A, et al. Systematic review of adjuvant care for women with Stage I ovarian carcinoma. Cancer 2004; 101:1926.
6. Winter-Roach BA, Kitchener HC, Lawrie TA. Adjuvant (post-surgery) chemotherapy for early stage epithelial ovarian cancer. Cochrane Database Syst Rev 2012; :CD004706.
7. Chan JK, Tian C, Teoh D, et al. Survival after recurrence in early-stage high-risk epithelial ovarian cancer: a Gynecologic Oncology Group study. Gynecol Oncol 2010; 116:307.
8. Vergote IB, Vergote-De Vos LN, Abeler VM, et al. Randomized trial comparing cisplatin with radioactive phosphorus or whole-abdomen irradiation as adjuvant treatment of ovarian cancer. Cancer 1992; 69:741.
9. Chan JK, Tian C, Monk BJ, et al. Prognostic factors for high-risk early-stage epithelial ovarian cancer: a Gynecologic Oncology Group study. Cancer 2008; 112:2202.
10. Seagle BL, Butler SK, Strohl AE, et al. Chemotherapy delay after primary debulking surgery for ovarian cancer. Gynecol Oncol 2017; 144:260.
11. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Ovarian Cancer/Fallopian Tube Cancer/Primary Peritoneal Cancer. Version 2.2023. Available at: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/ (Accessed on June 2, 2023).
12. Adams G, Zekri J, Wong H, et al. Platinum-based adjuvant chemotherapy for early-stage epithelial ovarian cancer: single or combination chemotherapy? BJOG 2010; 117:1459.
13. du Bois A, Quinn M, Thigpen T, et al. 2004 consensus statements on the management of ovarian cancer: final document of the 3rd International Gynecologic Cancer Intergroup Ovarian Cancer Consensus Conference (GIG OCCC 2004). Ann Oncol 2005; 16 Suppl 8:viii7.
14. Bell J, Brady MF, Young RC, et al. Randomized phase III trial of three versus six cycles of adjuvant carboplatin and paclitaxel in early stage epithelial ovarian carcinoma: a Gynecologic Oncology Group study. Gynecol Oncol 2006; 102:432.
15. Chan JK, Tian C, Fleming GF, et al. The potential benefit of 6 vs. 3 cycles of chemotherapy in subsets of women with early-stage high-risk epithelial ovarian cancer: an exploratory analysis of a Gynecologic Oncology Group study. Gynecol Oncol 2010; 116:301.

16. Sugiyama T, Kamura T, Kigawa J, et al. Clinical characteristics of clear cell carcinoma of the ovary: a distinct histologic type with poor prognosis and resistance to platinum-based chemotherapy. *Cancer* 2000; 88:2584.

17. omaro F, Boccia SM, Sassu CM, et al. First-Line Treatment with Olaparib for Early Stage BRCA-Positive Ovarian Cancer: May It Be Possible? Hypothesis Potentially Generating a Line of Research. *Cancer Manag Res* 2020; 12:5479.