

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ TỔN THƯƠNG TRONG MỔ CỦA UNG THƯ BIỂU MÔ BỤNG TRỨNG TÁI PHÁT

NGUYỄN VĂN TUYÊN - Bệnh viện K

NGUYỄN TRỌNG TẠO - Bệnh viện ung bướu tỉnh Nghệ An

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của ung thư biểu mô buồng trứng (UTBMBT) tái phát.

Đối tượng nghiên cứu: 60 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán là UTBMBT tại bệnh viện K từ 1.1.2005 đến 31.12.2011

Kết quả: 83,3% BN được phát hiện tái phát khi có triệu chứng lâm sàng rõ. 16,7% BN phát hiện nhờ cận lâm sàng. 93,3% BN UTBMBT tái phát có CA125 >35U/ml. Nồng độ CA125 trung bình là $271,5 \pm 1,3$ U/ml. Vị trí tái phát tại tiểu khung có ở 100% bệnh nhân, tại ổ phúc mạc 58,3% BN, tại hạch 20% BN. Số vị trí tái phát 1-2 vị trí có ở 26,7% BN, 73,3% BN có trên 3 vị trí tái phát. Kích thước u tái phát trên 5cm xuất hiện ở 65% BN. Điều trị phẫu thuật lấy u tối đa chiếm 61,7% BN, không tối ưu là 38,3% BN.

Kết luận: Đa số bệnh nhân UTBMBT tái phát được phát hiện tương đối muộn, 83,3% BN có triệu chứng lâm sàng rõ. điều trị bước hai bằng phẫu thuật lấy u tối đa 61,7% BN.

SUMMARY

Objects: Researching on clinical, paraclinical characteristics of recurrent ovarian carcinoma.

Subjects: 60 patients were diagnosed with ovarian carcinoma and were treated at K hospital from 01.01.2005 to 31.12.2011.

Results: 83.3% of patients have recurrence with specific clinical symptoms. 16.7% of patients were detected by paraclinical symptoms. 93.3% of patients

with recurrent ovarian carcinoma had CA125>35U/ml. Average CA125 level is 271.5 ± 1.3 U/ml. Recurrence rate in pelvis, peritoneal, lymph nodes is respectively 100%, 58.3%, 20%. Rate of patients with 1 or 2 site of recurrence is 26.7%, 73.3% of patients had 3 sites of recurrence. Recurrent tumor size > 5cm account for 65% of patients. Optimal surgery account for 61.7% of the patients, non-optimal surgery account for 38.3% of patients.

Conclusion: Most patients with recurrent ovarian carcinoma was detected relatively lately, the result of second treatment with surgery combined with chemotherapy is 23.4 ± 2.2 months of overall survival.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô buồng trứng (UTBMBT) là bệnh hay gặp trong các ung thư phụ khoa, chỉ đứng sau ung thư vú và ung thư cổ tử cung [1]. Về mô bệnh học, có 80 – 90% ung thư buồng trứng là loại biểu mô, 10 – 15% là ung thư tế bào mầm, và khoảng 5% ung thư có nguồn gốc mô đệm [2].

Khoảng 70 – 75% bệnh nhân (BN) UTBMBT được chẩn đoán ở giai đoạn bệnh đã lan tràn ra ổ phúc mạc [2], nên việc điều trị gặp nhiều khó khăn. Có tới 70-80% bệnh nhân UTBMBT tái phát sau điều trị [1]. Ung thư buồng trứng tái phát được định nghĩa là bệnh xuất hiện trở lại sau 6 tháng kể từ khi hoàn thành điều trị ban đầu. Cùng với sự tiến bộ của điều trị phẫu thuật và hóa chất, bệnh nhân UTBMBT tái phát có thể được điều trị bước hai, thời gian sống thêm trung bình, theo một số

tác giả là 20-30 tháng[1]. Thời gian này phụ thuộc nhiều vào việc bệnh nhân tái phát được phát hiện và điều trị sớm hay muộn.

Tại bệnh viện K, ngày càng nhiều BN UTBMBT tái phát đã được chẩn đoán và điều trị. Tuy vậy, vì là những BN đã được điều trị bằng phẫu thuật và hóa chất nên bệnh cảnh lâm sàng, cận lâm sàng có nhiều khác biệt gây khó khăn cho việc theo dõi và chẩn đoán tái phát. Mặt khác, cho tới thời điểm hiện tại, ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về UTBMBT tái phát. Nhằm góp phần tìm hiểu để phát hiện sớm tái phát trên những BN đã được điều trị UTBMBT, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tổn thương trong mổ của BN UTBMBT tái phát

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

+ Gồm 60 BN được chẩn đoán là UTBMBT tái phát được điều trị tại Bệnh viện K từ 01/01/2005 đến 31/12/2011, thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn dưới đây:

+ Đã được điều trị bằng phẫu thuật kết hợp với hóa chất bước 1, tái phát ổ bụng sau 6 tháng kể từ ngày kết thúc điều trị.

+ Được chẩn đoán mô bệnh học là UTBMBT

Có hồ sơ bệnh án ghi chép đầy đủ và được theo dõi sau điều trị (khám lại trực tiếp, thông tin qua thư và điện thoại).

2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu mô tả hồi cứu, theo dõi dọc

3. Các bước tiến hành.

- Ghi nhận các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, các triệu chứng báo hiệu tái phát, thời gian tái phát sau điều trị bước một.

- Ghi nhận tổn thương trong mổ: vị trí, kích thước tổn thương, kích thước tổn thương còn lại sau mổ

4. Xử lý số liệu: phần mềm spss 13.0

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng UTBMBT tái phát

1.1. Tuổi:

Bảng 1: Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

STT	Nhóm tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
1	≤ 40	5	8%
2	41 - 50	26	43%
3	51 - 60	22	37%
4	> 60	7	12%
5	Tổng	60	100%

Nhận xét: Tuổi trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu 51,7 ± 9,5. Trẻ nhất 31, cao tuổi nhất 75. Nhóm tuổi 41 - 60 chiếm đa số với 80% số bệnh nhân.

1.2. Thời gian tái phát sau điều trị bước

Bảng 2: Thời gian tái phát sau điều trị bước 1

Thời gian	Số BN	Tỷ lệ (%)
6 - 12 tháng	22	37
12 - 24 tháng	26	43
> 36 tháng	12	20
Tổng	60	100

Nhận xét: Thời gian tái phát trung bình 17,4 ± 9,8 tháng, sớm nhất là 7 tháng, muộn nhất là 45 tháng.

1.3. Triệu chứng tái phát đầu tiên

Bảng 3: Triệu chứng tái phát đầu tiên

Triệu chứng	Số BN	Tỷ lệ (%)
CA 125 tăng hoặc siêu âm có u	10	17
Tự sờ thấy u	12	20
Bụng to ra	18	30
Đau bụng hạ vị	17	28
Ra máu âm đạo bất thường	8	13
Rối loạn tiểu tiện	6	10
Gây sút, suy kiệt	18	30
Hạch to (cổ, bẹn)	2	3

Nhận xét: Đa số BN nhập viện khi có triệu chứng lâm sàng. Tỷ lệ BN chưa có triệu chứng lâm sàng thấp (17%).

1.4. Triệu chứng thực thể

Bảng 4: Triệu chứng thực thể

Triệu chứng	Số BN	Tỷ lệ (%)
Khám bụng thấy u	25	42
Thăm âm đạo, trực tràng thấy u	45	75
Dịch ổ bụng	35	58

Nhận xét: Triệu chứng hay gặp nhất là thăm âm đạo, trực tràng thấy u ở 75% BN.

1.5. Thể trạng bệnh nhân lúc vào viện

Bảng 5: Thể trạng bệnh nhân lúc vào viện

STT	Thể trạng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
1	Gầy	24	40
2	Trung bình	34	57
3	Béo	2	3
4	Tổng	60	100

Nhận xét: Cận nặng BN trung bình là 45,9 ± 5,6. Nhẹ cân nhất 35 Kg, nặng nhất 64 Kg. BN nặng cân nhất là BN đái tháo đường typ II.

1.6. Xét nghiệm CA 12.5 huyết thanh lúc vào viện

Bảng 6: Kết quả xét nghiệm CA 12.5 lúc BN vào viện

Nồng độ CA125	Số BN	Tỷ lệ (%)
< 35	4	6.7
35 - 99	16	26.7
100 - 199	4	6.7
200 - 299	8	13
300 - 399	7	13.3
400 - 499	2	3.3
≥ 500	19	31.7
Tổng	60	100%

Nhận xét: 93,3% BN có nồng độ CA 125 > 35 U/ml, nồng độ CA 12.5 trung bình là 271,5 ± 1,3. Thấp nhất 28 U/ml. Cao nhất 5000 U/ml.

1.7. Tổn thương trên siêu âm

Bảng 7: Tổn thương trên siêu âm

STT	Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
1	Tái phát tiểu khung	58	97
2	Dịch ổ bụng	39	65
3	Hạch ổ bụng	3	5
4	Tái phát ổ phúc mạc	23	38

Nhận xét: Siêu âm phát hiện tổn thương tái phát tiểu khung ở 58/60 trường hợp, dịch ổ bụng 39/60 BN, hạch ổ bụng chỉ phát hiện ở 3/60 BN.

1.8. Tổn thương trên chụp cắt lớp vi tính

Bảng 8: Tổn thương trên chụp cắt lớp vi tính.

STT	Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
1	Tái phát tiểu khung	58	100
2	Dịch ổ bụng	41	70,6
3	Hạch ổ bụng	7	12
4	Tái phát ổ phúc mạc	26	44,8
5	Di căn xa (màng phổi, hạch)	3	5,2
6	Tổng	58	100

Nhận xét: Trong số 58 BN có kết quả chụp cắt lớp vi tính ổ bụng, phát hiện 58/58 BN có u tái phát tiểu khung, 41/60 có dịch ổ bụng, 26/60 BN phát hiện được tổn thương ổ phúc mạc, 7/60 BN phát hiện hạch ổ bụng to.

2. Tổn thương trong mổ.

2.1. Tổn thương tái phát.

Bảng 9: Tổn thương tái phát

STT	Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
1	U tái phát tiểu khung	60	100
2	Dịch ổ bụng	43	71,7
3	Hạch ổ bụng	12	20
4	Tái phát phúc mạc	35	58,3

Nhận xét: Tái phát tiểu khung trong mổ có ở 100% BN. Dịch ổ bụng có ở 71,7% BN. Hạch to trong ổ bụng có tỷ lệ ít gặp nhất chiếm 20% BN.

2.2. Kích thước tổn thương tái phát lớn nhất trong mổ

Bảng 10: Kích thước tổn thương tái phát lớn nhất trong mổ

STT	Kích thước u	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
1	< 5cm	21	35
2	5 - 10 cm	22	36,7
3	> 10cm	17	28,3
4	Tổng	60	100%

Nhận xét: Kích thước u tái phát lớn nhất <5cm chiếm 35%, kích thước u tái phát trong khoảng (5-10cm) chiếm 36,7%, kích thước u lớn nhất >10cm chiếm 28,3%.

2.3. Số vị trí tổn thương tái phát trong mổ

Bảng 11: Số vị trí tổn thương tái phát trong mổ

STT	Số vị trí tổn thương	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
1	1 - 2 vị trí	16	26,7
2	≥ 3 vị trí	44	73,3
3	Tổng	60	100

Nhận xét: có 26,7% bệnh nhân chỉ có 1-2 vị trí tổn thương tái phát quan sát được trong mổ, 73,3% số bệnh nhân có ≥3 vị trí tái phát.

2.4. Đặc điểm mô bệnh học

Bảng 12: Mô bệnh học sau mổ UTBMBT tái phát

Mô bệnh học	Số BN	Tỷ lệ (%)
UTBM tuyến thanh dịch	33	55
UTBM dạng nội mạc	5	8,3
UTBM tuyến tế bào sáng	6	10
UTBM tuyến không biệt hoá	2	3,3
UTBM tuyến nhầy	14	23,4
Tổng	60	100

Nhận xét: UTBMBT tuyến thanh dịch có tỷ lệ cao nhất 55% BN. UTBMBT tuyến không biệt hóa có tỷ lệ thấp nhất 3,3% BN.

2.5. So sánh chẩn đoán siêu âm với tổn thương trong mổ

Bảng 13: So sánh chẩn đoán siêu âm với tổn thương trong mổ

STT	Triệu chứng	Siêu âm (BN)	TT trong mổ	Độ nhạy
1	Tái phát tiểu khung	58	60	96,7
2	Dịch ổ bụng	39	43	90,7
3	Hạch ổ bụng	3	12	40
4	Tái phát ổ phúc mạc	23	35	66

Nhận xét: Khả năng phát hiện u tiểu khung của siêu âm là tốt nhất, đạt 96,7% trong nhóm BN nghiên cứu. Khả năng phát hiện hạch ổ bụng to là thấp nhất, đạt 40% so với số BN có hạch to trong mổ.

2.6. So sánh chẩn đoán CLVT ổ bụng với tổn thương trong mổ

Bảng 14: So sánh chẩn đoán CLVT ổ bụng với tổn thương trong mổ

STT	Triệu chứng	CLVT (BN)	TT trong mổ	Độ nhạy
1	Tái phát tiểu khung	58	58	100%
2	Dịch ổ bụng	41	43	95
3	Hạch ổ bụng	6	12	50
4	Tái phát ổ phúc mạc	26	35	74,3

Nhận xét: Trong số 58/60 BN có kết quả chụp CLVT ổ bụng. Khả năng phát hiện tái phát tiểu khung của CLVT là tốt nhất, đạt 100%. Khả năng phát hiện hạch ổ bụng to là thấp nhất, đạt 50% trong số BN có hạch to trong ổ bụng

3. Khả năng giải quyết tổn thương trong mổ

Bảng 15: Khả năng giải quyết tổn thương trong mổ

STT	Tổn thương còn lại	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
1	Tối ưu ≤ 1cm	37	61,7
2	Không tối ưu	23	38,3
3	Tổng	60	100

Nhận xét: Có 37/60 BN được phẫu thuật tối ưu chiếm 61,7%, 38,3 BN được phẫu thuật nhưng không lấy được tổn thương tối ưu (sau mổ vẫn còn tổ chức u > 1cm).

4. Biến chứng của phẫu thuật

Bảng 16: Các biến chứng của phẫu thuật.

Biến chứng	Số lượng BN	Tỷ lệ (%)
Biến chứng sớm		
Chảy máu sau mổ	0	0
Nhiễm trùng vết mổ	2	3,3
Huyết khối	0	0
Rò mồm cắt âm đạo	0	0
Rối loạn cơ năng bàng quang	1	1,6
Biến chứng muộn		
Tắc ruột sau mổ	6	10
Động dịch tiểu khung	1	1,6

Nhận xét:

- Biến chứng cấp gặp 3/60 trường hợp chiếm 5%, trong đó có 1 BN rối loạn cơ năng bàng quang chiếm 1,6%, 2 BN nhiễm trùng vết mổ chiếm 3,3%.

- Biến chứng muộn: gặp 7 trường hợp chiếm 11,6% trong đó có 6 BN tắc ruột sau mổ chiếm 10%, 1 BN động dịch tiểu khung chiếm 1,6%.

BÀN LUẬN

1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của UTBMBT tái phát.

1.1. Tuổi

Trong số 60 BN nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của các BN vào viện điều trị UTBMBT tái phát là $51,7 \pm 9,5$, dao động từ 31 đến 75. Nhóm tuổi từ 41 - 60 chiếm đa số (80%). Một số tác giả nước ngoài khuyến cáo không nên phẫu thuật lại ở BN UTBMBT tái phát có tuổi trên 75 [5].

1.2. Thời gian tái phát sau điều trị bước 1

Thời gian tái phát sau điều trị bước 1 trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình là $17,4 \pm 9,8$ tháng. BN tái phát sớm nhất là 7 tháng, muộn nhất là 45 tháng. Một số tác giả cho rằng: thời gian tái phát càng muộn, tỷ lệ đáp ứng điều trị bước 2 càng cao. Nghiên cứu của R. Salani và CS [7] cho thấy: thời gian này trung bình là 32 tháng. Nhóm BN tái phát sau 18 tháng có thời gian sống thêm sau điều trị bước 2 là 49 tháng so với thời gian sống thêm 3 tháng của nhóm BN tái phát trước 18 tháng. Những bệnh nhân "tái phát" trước 6 tháng xem như là kháng lại điều trị bước 1, thường được điều trị hóa chất triệu chứng hoặc xạ trị triệu chứng, ít có lợi ích khi điều trị bước 2.

1.3. Triệu chứng tái phát đầu tiên

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 83,3% BN được phát hiện khi có các triệu chứng lâm sàng: bụng to ra (30% BN), gầy sút, suy kiệt (30% BN), đau bụng vùng hạ vị (28% BN), ra máu âm đạo bất thường (13% BN). Chỉ có 10 BN khám lại khi chưa xuất hiện triệu chứng lâm sàng (16,7%). Trong khi đó, nghiên cứu của các tác giả Menczer J và CS [5] trên 69 BN cho thấy chỉ có 4,6% BN được phát hiện tái phát bằng lâm sàng. Số còn lại phát hiện triệu chứng tái phát đầu tiên qua xét nghiệm cận lâm sàng như CA 12.5 huyết thanh, siêu âm, cắt lớp vi tính. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân được phát hiện tái phát muộn, khi đã có triệu chứng rõ trên lâm sàng. Ngược lại, các tác giả nước ngoài phát hiện UTBMBT tái phát bằng phương pháp quản lý, theo dõi chặt chẽ BN sau điều trị bước 1 bằng cận lâm sàng, chủ yếu phát hiện nhờ CA 12.5.

1.4. Triệu chứng thực thể

Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng hay gặp nhất là thâm âm đạo, trực tràng thấy u (75% BN), cổ tử cung (58% BN), sờ thấy u (42% BN).

Các tác giả Eng-Hscon và CS [4] khi nghiên cứu 46 BN UTBMBT tái phát cho kết quả về triệu chứng thực thể: đau bụng 17%, bụng to ra 17%, sút cân 6,5%, phù chân 2,2%. Các BN còn lại phát hiện nhờ tăng CA 12.5 huyết thanh và chẩn đoán hình ảnh.

1.5. Giá trị của CA 12.5 huyết thanh trong chẩn đoán tái phát

Theo dõi nồng độ CA 12.5 có giá trị cao trong chẩn đoán UTBMBT tái phát. Trong nghiên cứu của chúng tôi 56 BN (93,3%) UTBMBT tái phát có nồng độ CA 12.5 > 35 u/ml. Chỉ có 4 BN (6,7%) có nồng độ CA 12.5 ≤ 35 U/ml. Nồng độ CA 12.5 trung bình của 60 BN lúc nhập viện là $271,5 \pm 1,3$ U/ml, thấp nhất 28 U/ml, cao nhất 5000 U/ml. Giá trị phát cao. Mặc dù độ đặc hiệu của CA 12.5 trong UTBMBT tiên phát không cao nên người ta không dùng CA 12.5 để sàng lọc bệnh trong cộng đồng. Nhưng đối hiện tái phát của CA 12.5 được các tác giả nước ngoài đề với bệnh nhân đã điều

trị UTBMBT bước 1 (đã có chẩn đoán xác định rồi), giá trị phát hiện tái phát của CA 12.5 lại rất nhạy, nhất là khi xét nghiệm này được theo dõi, đối chiếu qua nhiều đợt xét nghiệm liên tiếp.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi không theo dõi được nồng độ CA12.5 của bệnh nhân định kỳ sau điều trị 1 như các tác giả nước ngoài. Thông thường chúng tôi có kết quả nồng độ CA 12.5 lúc BN nhập viện điều trị tái phát. Nồng độ CA 12.5 trung bình của 60 BN lúc nhập viện là $271,5 \pm 1,3$. Thấp nhất 28u/ml. Cao nhất 5000u/ml. Có 56 BN (chiếm 93.3%) có CA 12.5 > 35u/ml.

Nghiên cứu của các tác giả Varughese E, Kondalsamy-Chennakesavan S, Obermair A, CS [7] nghiên cứu về 56 bệnh nhân UTBMBT sau điều trị bước 1. Các tác giả này ghi nhận giá trị CA 12.5 tại thời điểm hoàn thành điều trị bước 1, gọi là giá trị "nền". Sau đó các BN trên được theo dõi và phân tích nồng độ CA 12.5 huyết thanh. Trong quá trình theo dõi 29 BN được phát hiện tái phát thì có 27 BN có nồng độ CA 12.5 tăng gấp 2 lần giá trị nền. Trong 27 BN trên có 3 BN có nồng độ CA 12.5 < 35u/ml nhưng tăng gấp đôi giá trị nền nên được kiểm tra kỹ bằng chẩn đoán hình ảnh và phát hiện tái phát. Nghiên cứu này chứng tỏ, việc theo dõi, vẽ thành đồ thị giá trị CA 12.5 huyết thanh của bệnh nhân sau điều trị bước 1 rất có giá trị trong chẩn đoán UTBMBT tái phát.

Tóm lại, bệnh nhân UTBMBT sau điều trị bước 1, cần được theo dõi định kỳ bằng lâm sàng, cận lâm sàng. Trong đó quan trọng nhất là xét nghiệm CA 12.5 định kỳ và theo dõi xem nồng độ CA 12.5 có chiều hướng tăng trở lại hay không.

1.6. Giá trị chẩn đoán của Chẩn đoán hình ảnh.

Trong chẩn đoán UTBMBT tiên phát, CA 12.5 có giá trị đặc hiệu thấp, chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò chính. Ngược lại, trong chẩn đoán UTBMBT tái phát, do đã được chẩn đoán xác định UTBMBT trước đó và xét nghiệm CA 12.5 được làm hàng loạt, lại có giá trị CA 12.5 "nền" để so sánh nên giá trị chẩn đoán tái phát UTBMBT của CA 12.5 tốt hơn. Thậm chí CA 12.5 cho ta biết BN có tái phát trước khi tìm được tổn thương tái phát trên chẩn đoán hình ảnh thông thường (siêu âm và CLVT).

Trong 60 BN chúng tôi nghiên cứu, BN thường được phát hiện tái phát ở giai đoạn muộn (65% BN có tổn thương lớn nhất > 5cm), nên 97% BN phát hiện được tái phát tiểu khung trên siêu âm, chỉ có 2 BN khối tái phát nhỏ, phải nhờ đến CLVT ổ bụng mới phát hiện được. Tỷ lệ phát hiện hạch to trong nghiên cứu của chúng tôi khi đem đối chiếu với tổn thương trong mổ chỉ đạt 40%.

Chụp CLVT được thực hiện ở 58/60 bệnh nhân, có giá trị tốt trong phát hiện tái phát tiểu khung (CLVT ổ bụng phát hiện được tái phát tiểu khung ở 100% được chụp CLVT), tái phát ổ phúc mạc. Nhưng CLVT có giá trị chưa cao trong chẩn đoán hạch to [chỉ phát hiện được 6/12 bệnh nhân có hạch to trong mổ, kết quả mô bệnh học hạch ấy sau mổ (+)].

Trong 60 BN chúng tôi nghiên cứu, có 1 bệnh nhân được chụp PET/CT trước mổ. Kết quả PET/CT cho biết

BN có dấu hiệu tái phát 1 hạch cạnh động mạch chậu trái, 2 hạch ở bờ phải động mạch chủ dưới (trên chỗ chia đôi của động mạch chủ bụng 2cm). Trong mổ nạo vét được các hạch như PET/CT mô tả, mô bệnh học sau mổ đều (+) tại các hạch trên.

Các tác giả Fehem T, Heller F, Kramer S và cộng sự [8] nghiên cứu về UTBMBT tái phát cho kết quả: 98% BN được chẩn đoán nhờ CA 125 và khám lâm sàng, 80% BN có tổn thương trên CLVT ổ bụng, 70% BN có tổn thương trên siêu âm đầu dò âm đạo. Từ kết quả này, họ khuyến cáo dùng CA 125 kết hợp với lâm sàng là đủ để chẩn đoán UTBMBT tái phát. Chỉ thực hiện chẩn đoán hình ảnh ở các bệnh nhân có chỉ định điều trị phẫu thuật hoặc điều trị can thiệp khác.

2. Tổn thương trong mổ

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% BN có tái phát tiểu khung, vị trí tái phát thường gặp ở mỏm cụt âm đạo hoặc cạnh điểm cắt động mạch buồng trứng. Tái phát ổ phúc mạc có ở 58,3% BN. Hạch di căn trong ổ bụng có tỷ lệ ít nhất gặp ở 20% BN. Dịch ổ bụng có ở 71,7% BN. Kích thước u tái phát < 5cm gặp ở 35% BN, 65% còn lại có tổn thương tái phát lớn nhất > 5cm. Số vị trí tái phát: 26,7% BN có 1-2 vị trí tái phát, 73,3% có 3 vị trí trở lên.

Nghiên cứu của các tác giả R. Salani và CS [6] cho kết quả: tái phát khung chậu 47,3%, mạc treo ruột 16%, hạch chậu 16%, phúc mạc thành 13%, bao gan và cơ hoành 7%. Cũng nghiên cứu này, tác giả cho biết có 76,4% BN của họ có 1-2 vị trí tái phát, 23,6% có trên 3 vị trí tổn thương.

Như vậy BN UTBMBT tái phát trong nghiên cứu của chúng tôi được phát hiện tương đối muộn. Bệnh tái phát ở nhiều vị trí, chủ yếu ở tiểu khung và ổ phúc mạc, ít gặp tại hạch. Kích thước khối tái phát lớn.

3. Phẫu thuật lấy u tối đa

Mục đích chính của phẫu thuật UTBMBT tái phát là lấy được tất cả các tổn thương tái phát, tối ưu là tổn thương còn lại ≤ 1 cm, tạo điều kiện thuận lợi cho hóa chất phát huy tác dụng diệt nốt các tế bào ung thư còn lại. Phẫu thuật không đạt được tối ưu do nhiều nguyên nhân: có thể do u nguyên phát xâm lấn rộng vùng Douglas, có thể do tổn thương lan tràn cả vùng cuống lách, mạc nối bé, cuống gan hoặc bệnh nhân quá suy kiệt, già yếu không cho phép cuộc mổ kéo dài. Trong nghiên cứu của chúng tôi 37/60 BN (61,7%) được phẫu thuật tối ưu. Có 27/60 BN (38,3%) phẫu thuật không tối ưu do nhiều nguyên nhân: u xâm lấn rộng vùng Douglas, lan rộng dưới vòm hoành; cũng có khi tổn

thương lan tràn cả vùng cuống lách, mạc nối bé, cuống gan hoặc BN quá suy kiệt, già yếu không cho phép cuộc mổ kéo dài.

Theo NC của R. Salani và CS [6] về phẫu thuật UTBMBT tái phát cho kết quả 74,5% BN không còn u tồn dư trên đại thể, 14,5% BN còn u tồn dư ≤ 1 cm, 10,9% BN còn u tồn dư > 1cm.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 60 BN UTBMBT tái phát tại Bệnh viện K, chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

Đa số BN (83%) được phát hiện tái phát tương đối muộn, khi đã có biểu hiện lâm sàng. Chỉ có 17% BN được phát hiện khi chưa có triệu chứng lâm sàng. Thời gian tái phát sau điều trị bước 1 trung bình là $17,4 \pm 9,8$ tháng. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình sau điều trị bước 2 là $23,4 \pm 2,2$ tháng, thấp nhất 3 tháng, cao nhất 57 tháng. Sống thêm không bệnh trung bình là $18,1 \pm 2,2$ tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Bá Đức (2010), "Ung thư buồng trứng", *Điều trị nội khoa bệnh ung thư*. Nhà xuất bản Y học, tr. 189 - 197.
2. Antonios-Apostolos K Tentis (2010), "Cytoreductive surgery and perioperative intraperitoneal chemotherapy in recurrent ovarian cancer", *Tumori*, 96:411-416.
3. Chi Denis S, McCaughy K, Diaz JP (2006). "Guidelines and selection criteria for secondary cytoreductive surgery in patients with recurrent platinum-sensitive epithelial ovarian cancer", *Cancer* 2006;106 (9):1933
4. Eng-Hseon Tay, Peter T Grant (2002), "Secondary cytoreductive surgery for recurrent epithelial ovarian cancer", *Obstetrics & Gynecology*, Vol.99, No.6, June 2002.
5. Menczer J, Chetrit A, et al (2006), "Follow-up ovarian and primary peritoneal carcinoma: the value of physical examination in patients with pretreatment elevated CA 125 levels". *Gynecol Oncol*, 2006;103:137-140.
6. Ruti Salani, Antonio Santillan (2007), "Secondary cytoreductive surgery for localized recurrent epithelial ovarian cancer", *American cancer society*, Publish online 11 January 2007.
7. Varughese E, Kondalsamy-Chennakesavan S, et al (2012), "The value of serum CA 125 for the development of virtual follow-up strategies for patients with epithelial ovarian cancer: a retrospective study". *Journal of ovarian research* 2012 Mar.
8. Felm T, Heller F, Kramer S, Jager W (2005). Evaluation of CA125, physical and radiological findings in follow-up of ovarian cancer patients.

TÓM TẮT

LÊ THỊ XUÂN MAI
NGUYỄN THỊ MINH YÊN, ĐẶNG VĨNH DŨNG
Khoa Phụ Sản- bệnh viện TWQĐ108