

TÌNH HÌNH CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BUỒNG TRỨNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG TỪ 1/2003 - 12/2007

LÊ QUANG VINH - Bệnh viện Phụ sản trung ương

TÓM TẮT

Đề tài được tiến hành từ 01/01/2003 đến 31/12/2007, chúng tôi thu thập được 250 hồ sơ của bệnh nhân điều trị ung thư tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Phân tích các triệu chứng lâm sàng cho thấy: Theo triệu chứng cơ năng: 14,4% bệnh nhân được phát hiện bệnh tình cờ; 58,8% BN có đau bụng; 64,8% BN tự sờ thấy u, có triệu chứng gầy sút là 24,8%, u 1 bên chiếm 70%, U di động hạn chế chiếm tới 56%. Triệu chứng đau khi khám chiếm 84,8%. nhóm u không rõ ranh giới chiếm tỷ lệ 56,4%. BN được phẫu thuật triệt để cao hơn nhiều so với BN phẫu thuật bảo tồn chiếm 74%. BN điều trị hóa chất nhiều hơn BN không điều trị hóa chất chiếm 92,4%.

Từ khóa: ung thư buồng trứng, điều trị bảo tồn, điều trị hóa chất.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF OVARIAN CANCERS IN THE NATIONAL OBGYN HOSPITAL IN THE PERIOD FROM JANUARY 2003 TO DECEMBER 2007

SUMMARY

This study was conducted from January 2003 to December 2007 with totally 250 cancer patient records filed in the National OBGYN Hospital. Statistical description of clinical signs is shown as below: 14.4% of the patients were identified accidentally; 58.8% of the patients had abdominal pain; 64.8% of the patient could palpate the tumor by themselves, 24.8% had weight loss, 70% had unilateral tumor, 56% had fluctuated tumor. There were 84.8% of the patients experienced pain during examination, while 56.4% of the tumors were unbound. There were 74% of patients received total resection of the tumor, while the left were received conservative therapy. There were 92.4% of the patients received chemotherapy.

Keyword: ovarian tumor, conservative therapy, chemotherapy.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo nhiều thống kê trên thế giới, tỷ lệ ung thư buồng trứng (UTBT) chiếm khoảng 30% tổng số các ung thư sinh dục nữ. Ở Việt Nam, theo ghi nhận ung thư của Nguyễn Bá Đức giai đoạn 2001 - 2004, tại 5 tỉnh thành của Việt Nam, gồm Hà Nội, Hải Phòng, Thái Nguyên, Thừa Thiên Huế và Cần Thơ, tỷ lệ mắc UTBT chuẩn theo tuổi/100 ngàn dân lần lượt như sau: 4,7 (xếp thứ 6); 2,5 (xếp thứ 8); 1,2 (xếp thứ 12); 2,1 (xếp thứ 9) và 6,5 (xếp thứ 5) [4,5]. Tỷ lệ tử vong cao này thường được cho là các triệu chứng của UTBT chỉ xuất hiện khi bệnh đã ở giai đoạn muộn (70% các trường hợp), do vậy làm chậm trễ việc

chẩn đoán và điều trị [6]. Buồng trứng là một tạng nằm sâu trong chậu hông bé nên u thường khó phát hiện khi kích thước còn nhỏ vì không có triệu chứng hoặc các triệu chứng không rõ ràng.

Chẩn đoán u buồng trứng thường không khó nếu kết hợp khám lâm sàng với siêu âm ổ bụng và/hoặc chụp cắt lớp vi tính hay MRI, định lượng CA 125, CA19-9 huyết thanh. Tuy nhiên có rất nhiều trường hợp việc chẩn đoán lành tính hay ác tính trước mổ lại là một thách thức lớn đối với các phẫu thuật viên do không có chẩn đoán tế bào và/hoặc mô bệnh học trước phẫu thuật bởi rất ít trường hợp UBT thực hiện sinh thiết trước mổ và giúp quyết định điều trị các trường hợp u buồng trứng. Vì những lý do trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm các mục tiêu:

- Nêu nên một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trong chẩn đoán khối u buồng trứng.
- Tình hình điều trị khối u buồng trứng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Địa điểm và thời gian: Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 01/01/2003 đến 31/12/2007.

2. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn

Có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư buồng trứng nguyên phát.

Được chẩn đoán và phẫu thuật bằng mổ bụng hoặc nội soi. Có đầy đủ thông tin cần nghiên cứu trong bệnh án, Có kết quả giải phẫu chẩn đoán là ung thư buồng trứng nguyên phát.

Tiêu chuẩn loại trừ

- + Ung thư buồng trứng thứ phát.
- + U buồng trứng giáp biên.
- + Bệnh nhân được phẫu thuật từ nơi khác chuyển đến.

3. Phương pháp nghiên cứu:

3.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang, hồi cứu

3.2. Mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu được tính theo công thức:

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \cdot \frac{p \cdot q}{(p \cdot \epsilon)^2}}$$

Trong đó

$Z_{(1-\alpha/2)}^2$ Hệ số tin cậy ở mức xác suất 95% = 1,96

p: Tỷ lệ ung thư buồng trứng = 0,14[11]

q: Tỷ lệ u buồng trứng lành tính = 0,86

ϵ : Là khoảng cách sai lệch tương đối, $\epsilon = 0.1$

Thay vào công thức trên ta có $n = 235$, lấy tròn là $n = 250$

3.3. Các biến số nghiên cứu:

Tuổi: Chia thành các nhóm tuổi: < 18 tuổi; 18 - 49 tuổi; ≥ 50 tuổi.

Các triệu chứng cơ năng và toàn thân:

Các đặc điểm của u trên lâm sàng: Vị trí, ranh giới, tính chất di động, tình trạng đau.

Các đặc điểm của u trên SA: Kích thước u, có vách, có nhú, có tổ chức đặc, âm vang hỗn hợp.

Các phương pháp điều trị:

- Phẫu thuật: bảo tồn, triệt để.
- Hóa trị liệu.

4. Xử lý số liệu:

Các số liệu được mã hóa và xử lý bằng chương trình EPI-INFO 6.04, sử dụng thuật toán kiểm định test T và test χ^2 , test Fisher.

5.. Đạo đức:

Nghiên cứu không can thiệp trên người bệnh, không làm sai lệch hồ sơ bệnh án. Tất cả các thông tin cá nhân đều được giữ bí mật.

Đề cương được hội đồng y đức BVPSTW.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Phân bố theo tuổi

Tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
<18	33	13,2
18 - 49	119	47,6
≥50	97	38,8
Tổng	250	100%

Chỉ có 13,2% số bệnh nhân ung thư buồng trứng trong nhóm tuổi dưới 18; chiếm đa số là nhóm tuổi sinh đẻ 18 – 49 với 47,6%; nhóm tuổi từ 50 trở lên chiếm 38,8%.

Bảng 2: Phân bố BN KBT theo triệu chứng toàn thân và cơ năng

Triệu chứng	BN		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
	Có	Không		
Sốt	Có	32	32	12,8
	Không	218	218	87,2
	Tổng	250	250	100
Gầy sút	Có	62	62	24,8
	Không	188	188	75,2
	Tổng	250	250	100
Đau bụng	Có	147	147	58,8
	Không	103	103	41,2
	Tổng	250	250	100
Rối loạn kinh nguyệt	Có	56	56	22,4
	Không	194	194	77,6
	Tổng	250	250	100
Rối loạn đại tiện	Có	64	64	25,6
	Không	186	186	74,4
	Tổng	250	250	100
Tự sờ thấy u	Có	162	162	64,8
	Không	88	88	35,2
	Tổng	250	250	100
Phát hiện ngẫu nhiên	Có	36	36	14,4
	Không	214	214	85,6
	Tổng	250	250	100

- Theo triệu chứng thực thể thì tỷ lệ BN KBT có sốt là 12,8% và tỷ lệ có triệu chứng gầy sút là 24,8%.

- Theo triệu chứng cơ năng thì có 14,4% bệnh nhân được phát hiện bệnh tình cờ mà không có bất kỳ triệu chứng cơ năng bất thường nào; 58,8% BN có triệu chứng đau bụng; 64,8% BN tự sờ thấy u; 22,4% BN có rối loạn kinh nguyệt; 25,6% trường hợp kèm theo rối loạn đại tiện.

Bảng 3. Phân bố BN KBT theo triệu chứng thực thể

Triệu chứng thực thể	BN		Số BN	Tỷ lệ %
	Có	Không		
Vị trí u	1 bên	175	175	70
	2 bên	75	75	30
	Tổng	250	250	100
Di động	Đễ	52	52	20,8
	Hạn chế	140	140	56
	Không	58	58	23,2
Đau khi khám	Có	212	212	84,8
	Không	38	38	15,2
	Tổng	250	250	100
Ranh giới	Rõ	109	109	43,6
	Không rõ	141	141	56,4
	Tổng	250	250	100

- Vị trí u 1 bên chiếm đa số với 70%, u cả 2 bên buồng trứng chiếm 30%.

- U di động dễ chiếm tỷ lệ thấp nhất với 20,8%; tiếp theo là u không di động với 23,2% và cao nhất là u di động hạn chế chiếm tới 56%.

- Triệu chứng đau khi khám chiếm tỷ lệ rất cao (84,8%).

- Nhóm u có ranh giới rõ chiếm tỷ lệ 43,6% còn nhóm u không rõ ranh giới chiếm tỷ lệ cao hơn với 56,4%.

Bảng 4: phân bố BN KBT theo các đặc điểm siêu âm/CT/MRI

Đặc điểm	BN		Số BN	Tỷ lệ %
	Có	Không		
Có vách	Có	197/250	197	78,8
	Không	53/250	53	21,2
Có nhú	Có	207/250	207	82,8
	Không	43/250	43	17,2
Có tổ chức đặc	Có	214/250	214	85,6
	Không	36/250	36	14,4
Kích thước u	>10cm	171/250	171	68,4
	≤10cm	79/250	79	31,6
Dịch cổ chướng	Có	167/250	167	66,8
	Không	83/250	83	33,2

Tỷ lệ có vách, có nhú, có tổ chức đặc trong u rất cao (78,8%; 82,8%; 85,6%).

Tỷ lệ nhóm kích thước u trên 10cm cao hơn nhóm u dưới 10cm (68,8 % so với 31,2%).

Tỷ lệ BN KBT có dịch cổ chướng cao hơn nhóm không có dịch cổ chướng (66,8% so với 33,2%).

Bảng 5. phân bố BN KBT theo phương pháp điều trị

BN	PPĐT		Số BN	Tỷ lệ %
	PP phẫu	Triệt để		
			185	74

thuật	Bảo tồn	65	26
	Tổng	250	100
Điều trị hóa chất	Có	231	92,4
	Không	19	7,6
	Tổng	250	100

Về phương pháp phẫu thuật thì tỷ lệ BN được phẫu thuật triệt để cao hơn nhiều so với BN phẫu thuật bảo tồn (74% so với 26%).

Tỷ lệ BN điều trị hóa chất cao hơn nhiều so với BN không điều trị hóa chất (92,4% so với 7,6%).

BÀN LUẬN

* Tuổi.

Tuổi trong các trường hợp bệnh lý KBT là một yếu tố rất quan trọng, đó là một trong những yếu tố dễ có thể hướng tới chẩn đoán cũng như trong tiên lượng bệnh và sự chọn hướng điều trị của thầy thuốc. Trong 250 bệnh nhân được nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân ít tuổi nhất là 10 tuổi và cao nhất là 84 tuổi, trung bình là $41,12 \pm 17,7$. Theo kết quả nghiên cứu của Zhao Y (năm 2011) thì tuổi trung bình của bệnh nhân KBT là $42,3 \pm 14,95$. Theo Nguyễn Văn Định và cộng sự (năm 1999) KBT gặp nhiều nhất ở độ tuổi 41-49.

Chúng tôi chia tuổi các đối tượng nghiên cứu thành 3 nhóm: nhóm 1 dưới 18 tuổi, nhóm 2 trong độ tuổi sinh đẻ 18-49 tuổi, nhóm 3 từ 50 tuổi trở lên.

* Triệu chứng toàn thân và cơ năng

Các triệu chứng như sốt, gầy sút cân, đau hoặc tức bụng, rối loạn đại tiểu tiện không có sự khác biệt giữa các nhóm. Triệu chứng đau tức nặng vùng hạ vị thường là mơ hồ trong một thời gian dài và không khiến BN phải đi khám ngay trừ trường hợp đau bụng cấp tính dữ dội trong trường hợp xoắn u buồng trứng. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 16 trường hợp xoắn u BT phải mổ cấp cứu thì có 12 BN thuộc typ u TB mầm-bào thai.

Tỷ lệ rối loạn kinh nguyệt gặp cao nhất ở nhóm u TB mầm- bào thai, có thể là do bản chất nội tiết của khối u gây nên.

Nói chung, triệu chứng cơ năng của bệnh nhân KBT thường đa dạng, không rầm rộ, không đặc hiệu cho các typ MBH nên ít có giá trị trong chẩn đoán. Việc khám và siêu âm kiểm tra phụ khoa định kỳ có ý nghĩa rất quan trọng trong việc chẩn đoán sớm KBT.

* Triệu chứng thực thể

Đánh giá kích thước khối u khi thăm khám thường không chính xác vì còn phụ thuộc nhiều yếu tố như độ dày thành bụng, ranh giới u với tổ chức xung quanh, vị trí u... nên chúng tôi đánh giá kích thước u trên siêu âm có đối chiếu với đặc điểm đại thể giải phẫu bệnh sau mổ.

Nhìn chung các triệu chứng cơ năng và thực thể của KBT thường nghèo nàn, không đặc hiệu cho các typ MBH. Vì vậy không thể thiếu sự hỗ trợ thêm của các phương pháp cận lâm sàng trong chẩn đoán.

* Đặc điểm KBT trên siêu âm (CT/MRI nếu có) phối hợp đặc điểm đại thể GPB: trong nghiên cứu của chúng tôi số BN chụp CT và MRI là rất ít chỉ có

12 trường hợp có thể vì giá thành khá cao và không quá cần thiết vì siêu âm cũng cho kết quả gần như tương đương, trừ những nhú nhỏ dưới 0,5mm thì siêu âm thường bị bỏ sót nhưng CT/MRI và đặc biệt là GPB sẽ hỗ trợ cho siêu âm trong những trường hợp này.

Kích thước KBT ở cả 3 typ MBH đa số là trên 10cm (69% typ K biểu mô, 50% typ mô đệm-dây SD, 74% typ u TB mầm-bào thai). Điều này cũng phù hợp theo như Malmstrom và CS (1994) kích thước u trung bình là 11 cm, giới hạn từ 0,5 - 30 cm.

Tỷ lệ có vách trong u cao nhất ở typ K biểu mô (89%) so với typ u mô đệm-dây SD (52%) và typ u TB mầm - bào thai (61%). Tỷ lệ có nhú không khác biệt nhiều giữa 3 typ MBH. Tỷ lệ có tổ chức đặc cao nhất ở nhóm u TB mầm - bào thai (98%).

* Cách thức điều trị: Trong 250 đối tượng nghiên cứu chúng tôi nhận thấy tỷ lệ BN được phẫu thuật triệt để rất cao: 100% nếu đã đủ con hoặc BN ở giai đoạn III và IV. Các trường hợp mở bụng ra không thể can thiệp thì chúng tôi đã loại khỏi nghiên cứu.

Chỉ phẫu thuật bảo tồn cho các bệnh nhân trẻ chưa có con và ung thư ở giai đoạn I, II. Chính vì vậy trong nghiên cứu của chúng tôi thì tỷ lệ phẫu thuật bảo tồn ở typ U TB mầm - bào thai cao hơn typ K biểu mô và u mô đệm - dây SD (63% so với 26% và 12,5%).

Tỷ lệ điều trị hóa chất sau phẫu thuật rất cao (gần 100%) ở cả 3 typ MBH, trừ những trường hợp thể trạng BN quá suy kiệt hoặc do BN và gia đình xin không điều trị dù đã có chỉ định. Hóa chất được chỉ định chủ yếu là carboplatin và endoxan, thường dùng 6 liệu trình cho một BN.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu hồi cứu 250 trường hợp UTBT được điều trị tại bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 1- 2003 đến 12- 2007 về một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và cách thức điều trị chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

1. Các triệu chứng lâm sàng:

- Theo triệu chứng cơ năng: 14,4% bệnh nhân được phát hiện bệnh tình cờ; 58,8% BN có đau bụng; 64,8% BN tự sờ thấy u.

- Theo triệu chứng thực thể:

+ BN KBT có sốt là 12,8% và tỷ lệ có triệu chứng gầy sút là 24,8%.

+ Vị trí u 1 bên chiếm đa số với 70%. u cả 2 bên buồng trứng chiếm 30%.

+ U không di động với 23,2% và cao nhất là u di động hạn chế chiếm tới 56%.

+ Triệu chứng đau khi khám chiếm 84,8% nhóm u không rõ ranh giới chiếm tỷ lệ 56,4%.

2. Cách thức điều trị

- BN được phẫu thuật triệt để cao hơn nhiều so với BN phẫu thuật bảo tồn (74% và 26%).

- BN điều trị hóa chất nhiều hơn BN không điều trị hóa chất (92,4% và 7,6%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Thị Hoàng Anh, Nguyễn Bá Đức và CS

(2001), *Tình hình bệnh ung thư ở Việt Nam năm 2000*. Tạp chí Thông tin Y Dược, Số 2; 23 - 25.

2. Nguyễn Như Bách (2004): *Nhận xét tình hình u buồng trứng tại BVPSTU năm 2003*. Khóa luận tốt nghiệp bác sĩ y khoa, Hà Nội.

3. Nguyễn Bá Đức và CS (2006): *Tình hình ung thư buồng trứng ở Việt Nam giai đoạn 2001 - 2004 qua ghi nhận ung thư tại 5 tỉnh thành Việt Nam*. Y học thực hành, Số 541 - 2006, 9 - 17.

4. Lý Thị Bạch Như (2004): *Nghiên cứu đối chiếu các chẩn đoán trước mổ, trong mổ với chẩn đoán giải phẫu bệnh các khối u buồng trứng*. Luận văn Tiến Sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội.

5. Nguyễn Thị Ngọc Phượng và CS (2002): *Chẩn đoán và điều trị khối u buồng trứng tại Bệnh*

viện Phụ sản Từ Dũ năm 2001. Nội san sản phụ khoa, Số đặc biệt, tháng 7/2002; 73 - 80.

6. Barnhill D, Heller P, Brzozowski P, et al (1985): *Epithelial ovarian carcinoma of low malignant potential*. Obstet Gynecol. 65; 53 - 9.

7. Bell DA, Scully RE (1990): *Ovarian serious borderline tumors with stromal microinvasion: a report of 21 cases*. Hum Pathol 1990; 21: 397- 403.

8. Christopher D.M. Fletcher (2003): *Tumors of ovary: Diagnostic Histopathology of tumors, 2nd edition, Vol 1*. Churchill Livingstone; 567- 630.

9. Globocan (2000): *Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide*. Lyon, IARC Press, 2000.

10. Kricker A (2002): *Ovarian cancer in Australian women*. National Breast Cancer Centre.