

NHẬN XÉT VỀ CÁC TRƯỜNG HỢP U NGUYÊN BÀO NUÔI ĐIỀU TRỊ THẤT BẠI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG NĂM 2016

Nguyễn Văn Thắng⁽¹⁾, Vũ Bá Quyết⁽¹⁾, Nguyễn Thái Giang⁽²⁾
(1) Bệnh viện Phụ Sản Trung ương (2) Trường Đại học Y Hà Nội

Từ khóa: U nguyên bào nuôi, hóa chất, kháng hóa chất.
Keywords: Gestational trophoblastic neoplasm, chemotherapy, chemoresistance.

Tóm tắt

U nguyên bào nuôi - một bệnh lý nguyên bào nuôi ác tính được điều trị chủ yếu bằng hóa chất và phẫu thuật là bệnh có tỷ lệ điều trị khỏi tới gần 99%.

Mục tiêu: phân tích các yếu tố nguy cơ của nhóm bệnh nhân điều trị thất bại nhằm tìm ra nguyên nhân của sự thất bại.

Đối tượng: tất cả 5 bệnh nhân điều trị U nguyên bào nuôi thất bại ở Bệnh viện Phụ sản Trung Ương năm 2016.

Phương pháp: mô tả hồi cứu.

Kết quả: tỷ lệ điều trị U nguyên bào nuôi thất bại là 2%. 100% bệnh nhân thất bại này thuộc nhóm nguy cơ cao, 2 bệnh nhân bỏ điều trị và theo dõi sau điều trị nhiều tháng. Tiền sử thai nghén: 1 trường hợp sau đẻ đủ tháng, 4 trường hợp sau chữa trứng. Vị trí di căn nhiều nhất là phổi rồi đến âm đạo, thận và gan. Tại thời điểm ngừng điều trị, có 2 trường hợp kháng tất cả phác đồ hóa chất, 3 trường hợp xuất hiện dấu hiệu tác dụng phụ của hóa chất nên không thể tiếp tục dùng hóa chất.

Kết luận: các trường hợp thất bại điều trị đều thuộc nhóm nguy cơ rất cao theo phân loại của WHO, liên quan tới không tuân thủ liệu trình điều trị, không theo dõi đúng sau điều trị.

Từ khóa: u nguyên bào nuôi, hóa chất, kháng hóa chất.

Abstract

ASSESSMENT OF UNSUCCESSFUL TREATMENT FOR GESTATIONAL TROPHOBLASTIC NEOPLASM PATIENTS IN NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY IN 2016

Gestational trophoblastic neoplasm can be cured mainly by chemotherapy and surgery with high success rate but there still are failures.

Objective: to evaluate risk factor and possible causes of treatment failure for gestational trophoblastic neoplasm.

Subjects: 5 failure cases among the 250 gestational trophoblastic neoplasm patients treated in 2016 at National Hospital of Obstetrics and Gynecology were included.

Methodology: descriptive retrospective.

Results: the rate of unsuccessful treatment for gestational trophoblastic neoplasm was 2%. All patients were at high risk group, 1 patient after term pregnancy, 4 patients after hydatidiform mole. 2 patients did not follow treatment and/or follow-up sufficiently. Most frequent metastatic position: lung, vagina, kidney and liver. At time of treatment cessation: 2 patients developed chemoresistance, 3 patients had serious side-effects.

Conclusion: all treatment failures cases were high risk group according to WHO's criteria; and are related related to lack of adherence, or inappropriate follow-up after treatment.

Key words: gestational trophoblastic neoplasm, chemotherapy, chemoresistance.

1. Đặt vấn đề

U nguyên bào nuôi (UNBN) là bệnh lý ác tính của nguyên bào nuôi, biểu hiện dưới 3 hình thái: ung thư biểu mô màng đệm, chữa trứng xâm nhập và bệnh ung thư vùng rau cấm sau đẻ. Tỷ lệ bệnh UNBN nói chung là 1,67/1000 ca có thai. Điều trị bệnh UNBN có nhiều phương pháp gồm: hóa chất Methotrexat (MTX) đơn thuần, phác đồ phối hợp Etoposid + Methotrexat + Actinomycin D + Cyclophosphamid + Vincristin (EMACO), hoặc phối hợp Etoposid + Methotrexat + Actinomycin D + Platinum (EMAEP) hoặc phối hợp Cisplatin + Etoposid + Bleomycin (BEP); phẫu thuật cắt bỏ tử cung - nơi xuất phát của bệnh hoặc cắt bỏ tổ chức ung thư ở vị trí di căn: cắt thùy phổi, bóc nhân di căn âm đạo, cắt bỏ thận... Tỷ lệ điều trị khỏi bệnh nói chung là khá cao, tùy theo giai đoạn của bệnh [1], [2]. Tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương (BVPSTU) hàng năm điều trị hàng trăm ca bệnh UNBN với tỷ lệ khỏi bệnh rất cao, nhưng vẫn còn một số ít trường hợp điều trị thất bại. Để tổng kết và đánh giá cũng như nhìn nhận lại những ca điều trị thất bại, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: phân tích các nguyên nhân điều trị UNBN thất bại.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu: tất cả bệnh

nhân được chẩn đoán u nguyên bào nuôi và điều trị thất bại trong năm 2016 ở BVPSTU.

Tiêu chuẩn điều trị thất bại:

- Kháng với tất cả các phác đồ điều trị hóa chất: MTX, EMACO, EMAEP, BEP.
- Xuất hiện các tác dụng phụ trầm trọng của hóa chất dẫn đến không thể tiếp tục điều trị hóa chất: suy gan, suy tủy, suy thận.

Qua nghiên cứu hồ sơ chúng tôi thu được 5 bệnh nhân.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: mô tả hồi cứu.

3. Kết quả

Năm 2016 chúng tôi ghi nhận có 245 bệnh nhân UNBN được điều trị khỏi ra viện và 5 bệnh nhân điều trị thất bại, chiếm tỷ lệ $5/(245+5)=2\%$.

Tuổi của bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 29, cao nhất là 45. Về tiền sử thai nghén: có 1 bệnh nhân xuất hiện bệnh UNBN sau đẻ thường đủ tháng. 4 bệnh nhân còn lại xuất hiện bệnh sau chữa trứng, trong đó 3 bệnh nhân là sau chữa trứng lớn tuổi.

Tiền sử điều trị trước đó: tất cả 5 bệnh nhân đều đã cắt tử cung và hóa trị liệu nhiều đợt, với tổng số đợt hóa chất là từ 11 đến 20 đợt. Cả 5 bệnh nhân đều ra vào viện nhiều lần với chẩn đoán bệnh UNBN tái phát.

Tác giả liên hệ (Corresponding author): Nguyễn Văn Thắng, email: nguyenvanthang02@yahoo.com
Ngày nhận bài (received): 20/4/2017
Ngày phản biện đánh giá bài báo (revised): 19/5/2017
Ngày bài báo được chấp nhận đăng (accepted): 16/6/2017

Bảng 1. Tóm tắt đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị của các bệnh nhân

STT	Đặc điểm	Bệnh nhân 1	Bệnh nhân 2	Bệnh nhân 3	Bệnh nhân 4	Bệnh nhân 5
1	Tuổi	29	47	58	30	53
2	TS thai nghén	Đẻ thường	Chửa trứng	Chửa trứng	Chửa trứng	Chửa trứng
3	βhCG khi nhập viện trước điều trị (IU/l)	> 1000000	3750	510	217	459
4	Vị trí di căn	Gan, phổi, âm đạo	Dây chằng rộng	Phổi, thận	Phổi, âm đạo	Phổi
5	βhCG sau khi điều trị đợt cuối cùng (IU/l)	> 1000000	81000	9	6053	13717
6	Tổng số đợt hóa chất	20	18	11	18	17
7	Không tuân thủ điều trị	Bỏ điều trị 5 tháng	Bỏ theo dõi ngoài trú			
8	Lí do ngừng điều trị	Kháng hóa chất	Kháng hóa chất	Suy thận	Kháng hóa chất và suy tủy	Kháng hóa chất và suy tủy
9	Diễn biến sau ra viện	Tử vong	Suy kiệt	Suy thận	Tử vong	Tử vong

Bảng 2. Bảng điểm nguy cơ bệnh u nguyên bào nuôi của WHO [4]

Điểm số	0	1	2	4
Tuổi	< 40	> 40		
Thai kỳ trước	Chửa trứng	Sảy thai	Thai đủ tháng	
Khoảng cách với lần có thai trước (tháng)	< 4	4 - 6	7 - 12	> 12
Nồng độ β hCG trước điều trị (IU/l)	< 10 ³	10 ³ - 10 ⁴	10 ⁴ - 10 ⁵	> 10 ⁵
Kích thước khối u lớn nhất tại tử cung (cm)		3 - 4	≥ 5	
Vị trí di căn	Phổi	Lách, thận	Ổng tiêu hóa	Gan, não
Số lượng di căn		1 - 4	5 - 8	> 8
Điều trị hóa chất thất bại trước đó			Đơn hóa chất	Đa hóa chất

Về vị trí di căn của UNBN: 4 bệnh nhân bị di căn phổi, 1 bệnh nhân bị di căn dây chằng rộng, 1 bệnh nhân bị di căn thận, 2 bệnh nhân bị di căn âm đạo và 1 bệnh nhân bị di căn gan. Số lượng nhân di căn: 1 trường hợp có 3 nhân, 3 trường hợp có 2 nhân và 1 trường hợp có 1 nhân di căn. Về kích thước: nhân lớn nhất là ở dây chằng rộng kích thước 10 cm còn lại ở các vị trí khác: âm đạo, phổi, gan từ 1 - 2 cm.

Nồng độ β hCG trước khi bắt đầu điều trị ở lần nhập viện cuối cùng của 5 bệnh nhân là: >1000000, 3750, 510, 217 và 549 IU/l. Đánh giá yếu tố nguy cơ theo WHO của 5 bệnh nhân đều có số điểm ≥ 7, thuộc nhóm nguy cơ cao.

Nồng độ β hCG khi ngừng điều trị tương ứng: >1000000, 81000, 9, 6053, 13717 IU/l. Trong 5 bệnh nhân này có 1 bệnh nhân hCG đã xuống thấp 9UI nhưng do suy thận nên không tiếp tục điều trị được. 4 bệnh nhân có tình trạng kháng hóa chất: β hCG tăng cao so với khi mới nhập viện dù vẫn đang

truyền hóa chất. Trong số các bệnh nhân này, có 2 trong 4 bệnh nhân vừa kháng hóa chất, vừa suy tủy.

Diễn biến sau ra viện: hiện tại có 3 bệnh nhân đã tử vong, 1 bệnh nhân có biểu hiện suy thận và đái máu đại thể do di căn thận, 1 bệnh nhân suy kiệt.

Yếu tố liên quan đến việc không tuân thủ điều trị và bỏ theo dõi sau điều trị: 1 bệnh nhân bỏ điều trị 5 tháng do thấy mệt mỏi nên tìm đến phương pháp điều trị khác, 1 trường hợp bỏ theo dõi sau điều trị 11 tháng nên không phát hiện sớm sự tái phát.

4. Bàn luận

Năm 2016, tại BVPSTU có tổng số 250 bệnh nhân điều trị UNBN, trong đó chỉ có 5 bệnh nhân điều trị thất bại, tương ứng với tỷ lệ điều trị khỏi bệnh UNBN 98% là phù hợp với kết quả nghiên cứu khác trên thế giới [3].

Tuổi của bệnh nhân UNBN gặp nhiều nhất là trong độ tuổi sinh đẻ. Tuy nhiên, có tới 3 trường hợp bệnh nhân có độ tuổi; 47, 53 và 58, nằm ngoài độ tuổi sinh đẻ vẫn có thể có thai, đặc biệt là nguy cơ cao bị chửa trứng và UNBN. Những bệnh nhân này rất dễ chủ quan dẫn đến phát hiện muộn, dẫn đến biến chứng UNBN.

Về vị trí di căn của UNBN, chúng tôi nhận thấy vị trí di căn gặp nhiều nhất là ở phổi, có 4 trong tổng số 5 bệnh nhân. Điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu khác. Đặc biệt có 1 bệnh nhân di căn dây chằng rộng với kích thước tới 10cm. Các vị trí khác là âm đạo, thận và gan. Cả 5 bệnh nhân này không có trường hợp nào di căn não.

Theo bảng điểm phân loại nguy cơ của WHO (bảng 2), các bệnh nhân trong nghiên cứu này đều thuộc nhóm nguy cơ cao. Đặc biệt bệnh số 1 có rất nhiều yếu tố tiên lượng xấu của bệnh bao gồm: bệnh UNBN xuất hiện sau đẻ thường, đã điều trị hóa chất nhiều đợt (20 đợt), nồng độ β hCG rất cao (> 1.000.000 IU/l), có di căn nhiều vị trí (gan, phổi, âm đạo). Theo WHO, nguy cơ thấp là ≤ 6 điểm, nguy cơ cao là ≥ 7 điểm. Nguy cơ cao là yếu tố căn bản tiên lượng mức độ phức tạp của việc điều trị. Nguy cơ cao là một trong những nguyên nhân của kháng hóa chất.

Các bệnh nhân này đã được điều trị bằng cả phẫu thuật và hóa chất. Phẫu thuật cắt tử cung thường được tiến hành ngay trước khi điều trị hóa

chất để làm giảm lượng hóa chất phải truyền vào cơ thể, tránh nguy cơ kháng hóa chất cũng như nhiễm độc hóa chất. Với bệnh nhân số 2 chưa thể cắt tử cung được ngay (do di căn dây chằng rộng nguy cơ chảy máu trong mổ) chúng tôi đã truyền hóa chất ba đợt rồi phẫu thuật, sau đó lại tiếp tục điều trị hóa chất. Theo Lutrain (2011), có tới một nửa số bệnh nhân UNBN nguy cơ cao sẽ cần tới ít nhất một hình thức điều trị phẫu thuật nào đó trong suốt quá trình điều trị của mình [5]. Ngoài ra, phương pháp phẫu thuật còn được áp dụng để cắt thùy phổi, cắt thận, bóc nhân di căn âm đạo. Theo Feng F (2009), những yếu tố giúp tiên lượng khả năng đáp ứng của bệnh UNBN đối với phẫu thuật bao gồm: tuổi, lần có thai trước đó, nồng độ β hCG trước phẫu thuật thời gian từ lúc chẩn đoán đến lúc phẫu thuật, số ổ UNBN trước phẫu thuật, điểm số nguy cơ theo WHO và loại mô bệnh học [6].

Hóa chất là phương pháp điều trị cơ bản và có thể chữa khỏi bệnh UNBN. Nó được áp dụng cho bệnh nhân liên tục tới khi β hCG về âm tính và thêm 2-3 chu kỳ củng cố. Việc phải điều trị hóa chất nhiều đợt, dài ngày tới nhiều tháng - hàng năm ở bệnh viện là gánh nặng cho bệnh nhân, gia đình, xã hội do mệt mỏi về thể xác, hao tổn về kinh tế. Mỗi đợt hóa chất chu kỳ 3 tuần, chưa kể thời gian nghỉ cách quãng để dùng thuốc kích thích tăng bạch cầu, hồng cầu... Với số lượng hơn chục đợt hóa chất, thời gian điều trị của bệnh nhân có thể kéo dài tới hàng năm.

Trong quá trình điều trị cho bệnh nhân UNBN, chúng tôi nhận thấy thường thời gian đầu mới điều trị, nồng độ β hCG thường cao. Khi cắt bỏ tử cung, tức là loại bỏ tổ chức UNBN lớn khối cơ thể thì nồng độ β hCG giảm đáng kể. Sau những đợt hóa chất đầu tiên β hCG giảm nhanh. Tới khi còn vài chục, vài trăm IU/l thì β hCG bắt đầu giảm chậm. Sự kháng thuốc thường xuất hiện ở thời điểm này. Trong số 5 bệnh nhân này chỉ có 1 bệnh nhân β hCG giảm thấp còn 9 IU/l. Tuy vậy, bệnh nhân này không điều trị được nữa vì xuất hiện suy thận nặng. Ở 4 bệnh nhân còn lại, nồng độ β hCG thời gian đầu điều trị có giảm nhưng sau đó, do kháng hóa chất nên lại tăng cao dần.

Kháng hóa chất và thất bại trong điều trị UNBN khá phổ biến. Theo nghiên cứu của M Bower (1997) trên 272 bệnh nhân UNBN nguy cơ cao được điều

trị EMACO (trong đó 121 bệnh nhân đã từng điều trị trước đó), có tới 17% tiến triển kháng phác đồ EMACO. Tỷ lệ sống trên 5 năm tích lũy chỉ là 86,2%. Tác giả đã sử dụng mô hình hồi quy đa biến để tìm ra các yếu tố tiên lượng xấu của điều trị thất bại bao gồm: di căn gan (p < 0,0001), khoảng cách của lần có thai trước đó (p < 0,0001), di căn não (p = 0,008), tiền sử đẻ thường trước đó (p = 0,045) [7].

Theo Lybol (2012), những yếu tố giúp tiên lượng khả năng kháng hóa chất và tái phát bao gồm: chẩn đoán mô bệnh học - lâm sàng của UNBN, nồng độ β hCG ban đầu, sự lan tràn của UNBN (di căn não, gan, ống tiêu hóa có tiên lượng tồi và điểm số nguy cơ theo WHO cao (≥ 7 điểm). Tuy những bệnh nhân có tiên lượng kháng hóa chất vẫn có thể điều trị khỏi bằng hóa trị liệu nhưng có tới 20% cuối cùng sẽ thật sự trở thành kháng hóa chất và tử vong [8]. Theo Powles (2007), tỷ lệ sống > 5 năm đối với những bệnh nhân UNBN tái phát là gần 100% đối với nhóm nguy cơ thấp song chỉ còn 85% đối với nhóm nguy cơ cao [9]. Như vậy, tiên lượng đối với bệnh nhân UNBN kháng hóa chất tồi hơn đối với nhóm UNBN tái phát. Theo nghiên cứu của Feng F (2010) trên 81 bệnh nhân UNBN, tỷ lệ khỏi bệnh hoàn toàn UNBN (dựa vào theo dõi lâu dài nồng độ β hCG) là 76,7 % đối với nhóm bệnh nhân UNBN tái phát song chỉ còn 52,6% ở nhóm kháng hóa chất [10].

Theo Báo cáo về Ung thư của FIGO (2012) về bệnh UNBN, phác đồ điều trị hóa chất EMAEP được cân nhắc ở những bệnh nhân đã kháng EMACO hoặc những bệnh nhân tái phát sau điều trị đa hóa trị liệu [4]. Ngoài ra còn những phác đồ khác có thể sử dụng như: Etoposid + Methotrexat + Actinomycin D (EMA) phối hợp với Cisplatin và Doxorubicin. Đối với trường hợp đã kháng với EMAEP, có thể sử dụng Paclitaxel + Cisplatin (TP) hoặc Paclitaxel + Etoposid (TE) hoặc Paclitaxel+ 5-Fluorouracil hoặc Isosfamide + Cisplatin + Etoposid (ICE), hoặc BEP [4].

Tại Khoa Phụ ung thư BVPSTU, chúng tôi nhận thấy phác đồ BEP giúp chữa khỏi cho nhiều bệnh nhân kháng EMACO - EMAEP nên nó là lựa chọn cho kháng đa hóa chất. Thực tế một số trường hợp bệnh nhân có kháng với phác đồ EMAEP chúng tôi chuyển sang dùng phác đồ BEP thấy có đáp ứng tốt. Kết quả là nhiều bệnh nhân khỏi bệnh, được ra viện.

Trong 5 bệnh nhân trên, có 2 bệnh nhân (1 và 2) đã dùng đủ phác đồ đa hóa chất cả BEP vẫn kháng thuốc, 3 bệnh nhân còn lại do suy thận và suy tủy nên chỉ dùng đến EMACO-EMAEP, chưa dùng BEP.

Một trong những yếu tố chính tạo ra giới hạn tổng liều hóa chất điều trị trong phác đồ đa hóa chất là nguy cơ suy tủy. Tại Khoa Phụ ung thư BVPSTU, bệnh nhân có biểu hiện suy tủy (giảm dòng bạch cầu, hồng cầu) còn hồi phục sẽ được điều trị bằng các thuốc kích bạch cầu, hồng cầu và truyền máu nếu cần thiết, để tránh phải trì hoãn truyền hóa chất hoặc giảm liều hóa chất. Trong nghiên cứu của chúng tôi, cả 2 bệnh nhân suy tủy và kháng hóa chất đều biểu hiện giảm các tế bào máu dòng bạch cầu, hồng cầu trong nhiều đợt điều trị trước đó, tiến triển tới suy tủy thực sự không còn đáp ứng với các thuốc tăng sinh bạch cầu, hồng cầu.

Tại một số trung tâm ung thư trên thế giới, bên cạnh việc nghiên cứu và thử nghiệm điều trị bằng những hóa chất mới như Paclitaxel, Gemcitabine hoặc phối hợp hóa trị liệu liều cao, bệnh nhân còn được điều trị hỗ trợ bằng các phương pháp ghép tủy xương, hoặc hỗ trợ bằng tế bào gốc ngoại biên để hạn chế nguy cơ suy tủy do hóa chất [11], [12].

Về việc tuân thủ điều trị: do trình độ hiểu biết hạn chế nên bệnh nhân số 1 không tin tưởng vào việc điều trị, dẫn đến bỏ điều trị giữa chừng để điều trị bằng thuốc Đông y, tới khi bệnh tiến triển

nặng lên (β hCG tăng cao, xuất hiện nhiều di căn mới) mới quay lại viện. Bệnh nhân số 2 không tuân thủ theo dõi sau điều trị, không phát hiện được bệnh tái phát cho đến khi bệnh ở giai đoạn rất muộn. Những trường hợp này tạo ra rất nhiều khó khăn trong công tác quản lý và điều trị cho người bệnh, mang lại kết quả điều trị kém, nguy cơ biến chứng và thất bại cao.

5. Kết luận

+ Tỷ lệ điều trị UNBN thất bại tại BVPSTW năm 2016 là 2%

+ Toàn bộ số điều trị thất bại đều thuộc nhóm nguy cơ cao theo phân loại của WHO

+ Trong số điều trị thất bại: 2/5 ca do nguyên nhân đầu tiên là thiếu tuân thủ điều trị, sau đó dẫn đến kháng hóa chất; 1 ca do suy tủy đơn thuần và 2/5 ca còn lại là kháng hóa chất kết hợp suy tủy.

Khuyến cáo:

- Bệnh nhân chữa trứng cần theo dõi đúng quy trình nhằm phát hiện sớm biến chứng.

- Bệnh nhân UNBN cần tuân thủ điều trị nghiêm ngặt, theo dõi sau điều trị đầy đủ.

- Đối với bệnh nhân UNBN nguy cơ cao, điều trị cần có sự hợp tác của người bệnh, kiên trì tuân thủ chế độ điều trị và lựa chọn phác đồ đa hóa chất phù hợp.

UNG THƯ BIỂU MÔ LIÊN KẾT TỬ CUNG

Vũ Bá Quyết, Nguyễn Ngọc Phương, Phạm Duy Duẩn
Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

Từ khóa: Ung thư biểu mô liên kết tử cung, sinh thiết niêm mạc tử cung, mô bệnh học, phẫu thuật, điều trị bổ trợ.
Keywords: Uterine carcinosarcoma, endometrial biopsy, histology, surgery, adjuvant treatment.

Tóm tắt

Mục tiêu: 1. Mô tả đặc điểm dịch tễ và chẩn đoán ung thư biểu mô liên kết tử cung. 2. Nhận xét thái độ xử trí ung thư biểu mô liên kết tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu trên 8 bệnh nhân ung thư biểu mô liên kết tử cung được chẩn đoán và xử trí tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương từ 11/2015 đến 11/2016.

Kết quả: tuổi trung bình của các bệnh nhân 59,8. 37,5% số bệnh nhân bị thừa cân, béo phì. Ra máu âm đạo bất thường là triệu chứng khởi phát, gặp ở tất cả các bệnh nhân. Triệu chứng lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh không đặc hiệu. Xét nghiệm mô bệnh học giúp chẩn đoán bệnh nhưng có thể âm tính giả. Chẩn đoán xác định trước mổ ung thư biểu mô liên kết tử cung chỉ trong 25%. Phẫu thuật là điều trị đầu tiên. Trong 8 ca, 2 giai đoạn IA, 3 giai đoạn IB, 1 giai đoạn II, 1 giai đoạn IIIA và 1 giai đoạn IIIC. Chưa có đồng thuận về điều trị bổ trợ.

Kết luận: ung thư biểu mô liên kết tử cung là loại ung thư hiếm gặp, chẩn đoán trước mổ còn khó khăn. Phẫu thuật là phương pháp điều trị hiệu quả, xét nghiệm dịch ổ bụng, cắt tử cung hoàn toàn và 2 phần phụ kèm vét hạch, có thể cắt mạc nối lớn và sinh thiết phúc mạc nếu nghi ngờ. Vai trò của điều trị bổ trợ còn nhiều tranh cãi.

Từ khóa: ung thư biểu mô liên kết tử cung, sinh thiết niêm mạc tử cung, mô bệnh học, phẫu thuật, điều trị bổ trợ.

Abstract

UTERINE CARCINOSARCOMA

Objectives: 1. Describe the epidemiological characteristics and diagnosis of uterine carcinosarcoma. 2. Comment management of uterine carcinosarcomas in the National Hospital of Obstetrics and Gynecology.

Subjects and Methods: Retrospective study of 8 uterine carcinosarcomas patients who underwent surgery treatment at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology from 11/2015 to 11/2016.

Tác giả liên hệ (Corresponding author):
Nguyễn Ngọc Phương, email:
nguyenngocphuong589@gmail.com
Ngày nhận bài (received): 20/4/2017
Ngày phản biện đánh giá bài báo (revised):
19/5/2017
Ngày bài báo được chấp nhận đăng
(accepted): 16/6/2017

Tài liệu tham khảo

1. F. Stevens NK, C. Tempfer, U. Kreimer, G. Bizjak, M. Fleisch, T. Fehm. Gestational Trophoblastic Disorders: An Update in 2015. Geburtshilfe und Frauenheilkunde. 2015; 75(10): 1043 – 50.
2. Ritu Salani EE, Inbar Ben-Shachar and all. Gestational trophoblastic disease. In: Eric J.Bieber JSS, editor. Clinical Gynecology. 2nd: Cambridge; 2015. p. 813 – 29.
3. Hextan Y.S. Ngan ELK, Laurence A.Cole et al. Trophoblastic Disease. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2012;119S2 (2012): S130 - S6.
4. Ngan HY, Kohorn EI, Cole LA, Kurman RJ, Kim SJ, Lurain JR, et al. Trophoblastic disease. Int J Gynaecol Obstet. 2012;119(Suppl 2):S130-6.
5. Lurain JR. Gestational trophoblastic disease II: classification and management of gestational trophoblastic neoplasia. Am J Obstet Gynecol. 2011; 204(1): 11 – 8.
6. Feng F, Xiang Y, Li L, Wan X, Yang X. Clinical parameters predicting therapeutic response to surgical management in patients with chemotherapy-resistant gestational trophoblastic neoplasia. Gynecol Oncol. 2009; 113(3): 312 – 5.
7. M Bower, E S Newlands, L Holden, D Short, C Brock, G J Rustin, R H Begent, K D Bagshawe. EMA/CO for high-risk gestational trophoblastic tumors: results from a cohort of 272 patients. Journal of Clinical Oncology 15, no.7 (July 1997): 2636 – 43.
8. Lybol C, Sweep FC, Harvey R, Mitchell H, Short D, Thomas CM, et al. Relapse rates after two versus three consolidation courses of methotrexate in the treatment of low-risk gestational trophoblastic neoplasia. Gynecol Oncol. 2012; 125(3): 576 – 9.
9. Powles T, Savage PM, Stebbing J, Short D, Young A, Bower M, et al. A comparison of patients with relapsed and chemo-refractory gestational trophoblastic neoplasia. Br J Cancer. 2007; 96(5): 732 – 7.
10. Feng F, Xiang Y, Wan X, Zhou Y. Prognosis of patients with relapsed and chemoresistant gestational trophoblastic neoplasia transferred to the Peking Union Medical College Hospital. BJOG. 2010; 117(1): 47 – 52.
11. El-Helw LM, Seckl MJ, Haynes R, Evans LS, Lorigan PC, Long J, et al. High-dose chemotherapy and peripheral blood stem cell support in refractory gestational trophoblastic neoplasia. Br J Cancer. 2005; 93(6): 620 – 1.
12. Benigno BB. High-dose chemotherapy with autologous stem cell support as salvage therapy in recurrent gestational trophoblastic disease. Int J Gynecol Cancer. 2013; 23(7): 1331 – 3.