

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ HÓA TRỊ TÂN BỔ TRỢ PHÁC ĐỒ PACLITAXEL – CARBOPLATIN TRONG UNG THƯ BUỒNG TRỨNG GIAI ĐOẠN MUỘN KHÔNG MỒ ĐƯỢC TẠI BỆNH VIỆN K

Hàn Thị Thanh Bình<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thanh Loan<sup>1</sup>,  
Nguyễn Thị Thùy Dung<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả hóa trị tân bổ trợ phác đồ paclitaxel - carboplatin trên bệnh nhân ung thư buồng trứng giai đoạn muộn không mổ được.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu, đối tượng nghiên cứu là 36 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư buồng trứng giai đoạn III - IV được hóa trị tân bổ trợ phác đồ paclitaxel - carboplatin tại Bệnh viện K từ tháng 1/2018 – 8/2022.

**Kết quả:** Độ tuổi trung bình là  $60,0 \pm 8,6$ . Có 55,6% bệnh nhân giai đoạn IV; có 30,6% bệnh nhân có chỉ số toàn trạng ECOG 2. Thể mô bệnh học chủ yếu là carcinoma thanh dịch độ cao (72,7%). Vị trí di căn xa hay gặp nhất là màng phổi (19,4%), hạch cổ (27,8%). Tỷ lệ đáp ứng trên lâm sàng là 97,2%, tỷ lệ đạt được phẫu thuật tối ưu là 88,8%, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn trên lâm sàng là 16,6%. Tác dụng không mong muốn hay gặp nhất là hạ bạch cầu (27,8%) và chủ yếu độ I - II.

**Kết luận:** Phác đồ cho kết quả tốt và tương đối an toàn.

**Từ khóa:** ung thư buồng trứng, hóa trị tân bổ trợ.

### SUMMARY

#### EVALUATING THE RESULTS OF NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY PACLITAXEL - CARBOPLATIN IN INOPERABLE ADVANCED OVARIAN CANCER AT K HOSPITAL

**Objectives:** Evaluation of the results of neoadjuvant chemotherapy paclitaxel - carboplatin in inoperable advanced ovarian cancer patient.

**Patients and methods:** Prospective combined retrospective descriptive study. 36 patients diagnosed with stage III - IV ovarian cancer who received neoadjuvant chemotherapy with paclitaxel - carboplatin regimen at K Hospital from 1/2018 – 8/2022.

**Research results:** The mean age was  $60,0 \pm 8,6$ . There are 55,6% patients with stage IV; 30,6% of patients had ECOG 2 overall status. The main histopathological type is high-grade serous carcinoma (72,7%). The most common sites of distant metastases were the pleura (19,4%), cervical lymph nodes (27,8%). The clinical response rate is 97,2%, the optimal surgery rate is 88,8%, the pathology complete response rate is 16,6%. The most common adverse effects is leukopenia (27,8%) and mainly at grade I - II.

**Conclusions:** The regimen has good efficacy and relatively safe.

**Keywords:** ovarian cancer, neoadjuvant chemotherapy.

<sup>1</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Hàn Thị Thanh Bình

Email: hanbinh08@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 12/9/2022

Ngày phản biện: 30/9/2022

Ngày chấp nhận đăng: 25/10/2022

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô buồng trứng (UTBMBT) là nguyên nhân tử vong hàng đầu ở phụ nữ mắc bệnh ác tính phụ khoa và là nguyên nhân gây tử vong do ung thư đứng hàng thứ 5 ở phụ nữ ở Hoa Kỳ. Bệnh diễn biến âm thầm và không có triệu chứng đặc hiệu, khoảng 70% phụ nữ mắc UTBMBT được chẩn đoán ở giai đoạn bệnh đã tiến triển[1]. Hiện tại, điều trị tiêu chuẩn cho bệnh nhân bị UTBMBT tiến triển là phẫu thuật tối ưu bao gồm cắt tử cung toàn bộ, hai phần phụ, mạc nối lớn và lấy u tối đa, sau đó là hóa trị bổ trợ với paclitaxel và carboplatin[2]. Tuy nhiên, việc cắt bỏ hoàn toàn khối u thường gặp khó khăn đối với những trường hợp có bệnh lan rộng. Gần đây, phẫu thuật sau một đợt ngắn hóa trị tân bổ trợ thường là ba chu kỳ, phác đồ chuẩn paclitaxel - carboplatin như trong hóa trị bổ trợ đã trở thành một lựa chọn điều trị thay thế khả thi so với điều trị tiêu chuẩn ở những bệnh nhân giai đoạn III - IV không thể đạt được phẫu thuật tối ưu hoặc những bệnh nhân có thể trạng kém, không phải là ứng viên phẫu thuật ngay từ đầu nhưng có khả năng chịu được phẫu thuật sau hóa trị[3]. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài “Đánh giá kết quả hóa trị tân bổ trợ phác đồ paclitaxel - carboplatin trong ung thư buồng trứng giai đoạn muộn không mổ được tại Bệnh viện K” với hai mục tiêu:

1. Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn muộn không mổ được.
2. Đánh giá đáp ứng và tác dụng không mong muốn của phác đồ.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu

Gồm 36 bệnh nhân ung thư buồng trứng giai đoạn muộn được hóa trị tân bổ trợ phác đồ paclitaxel - carboplatin tại Bệnh viện K từ tháng 1/2018 – 8/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Có chẩn đoán mô bệnh học ung thư biểu mô buồng trứng tại Bệnh viện K.
- Giai đoạn III - IV theo hệ thống phân loại giai đoạn của FIGO 2017, được đánh giá không mổ được bởi các bác sỹ phẫu thuật chuyên ngành phụ khoa.
- Điểm toàn trạng ECOG 0 - 2.
- Xét nghiệm đánh giá chức năng gan thận, huyết học trước điều trị ở giới hạn cho phép điều trị.

- Có hồ sơ ghi nhận thông tin đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân không đủ các tiêu chuẩn nói trên.

**2.2. Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu.

**Cỡ mẫu nghiên cứu:** Gồm 36 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

**Các biến số nghiên cứu**

- Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.
- Đánh giá đáp ứng: Đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần, bệnh giữ nguyên, bệnh tiến triển.
- Đánh giá độc tính: Độc tính trên hệ tạo huyết và ngoài hệ tạo huyết.

**Các bước tiến hành**

- Đánh giá lâm sàng và cận lâm sàng trước điều trị.
- + Tuổi.
- + Các triệu chứng cơ năng, thực thể, toàn thân.
- + Mô bệnh học.
- + Giai đoạn bệnh.
- Điều trị phác đồ paclitaxel - carboplatin cho BN đủ tiêu chuẩn.
- Paclitaxel 175mg/m<sup>2</sup>, TM, ngày 1.

Carboplatin AUC = 5 - 6, TM, ngày 2.  
Chu kì 21 ngày.

- Đánh giá kết quả điều trị

+ Đánh giá đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST 1.1.

+ Tác dụng không mong muốn của hóa chất theo CTCAE 4.0.

**2.3. Xử lý số liệu:** Các thông tin được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số BN (n)	Tỷ lệ(%)
Tuổi	< 60 tuổi	17	47,2
	≥ 60 tuổi	19	52,8
Thể trạng (ECOG)	0 - 1	25	69,4
	2	11	30,6
Giai đoạn bệnh	IIIc	16	44,4
	IV	20	55,6
Vị trí di căn	Màng phổi	7	19,4
	Gan	2	5,6
	Hạch cổ	10	27,8
	Phổi	2	5,6
	Phần mềm	1	2,8
Giải phẫu bệnh (dựa trên xét nghiệm trước và sau phẫu thuật)	Carcinoma thanh dịch độ cao	26	72,7
	Carcinoma thanh dịch độ thấp	1	2,8
	Carcinoma thanh dịch không rõ độ	5	13,9
	Carcinoma tế bào sáng	2	5,6
	Carcinoma dạng nội mạc	0	0
Carcinoma tế bào vảy	1	2,8	

#### Nhận xét:

- Độ tuổi trung bình là  $60,0 \pm 8,6$ , lớn nhất là 76 tuổi, nhỏ nhất là 42 tuổi. Nhóm tuổi ≥ 60 chiếm 52,8%. Chỉ số toàn trạng ECOG 2 chiếm 30,5%.

- Giai đoạn IV chiếm 55,6%. Vị trí di căn hay gặp nhất là hạch cổ (27,8%) và màng phổi (19,4%).

- Thể mô bệnh học chiếm chủ yếu là carcinoma thanh dịch độ cao (72,7%).

#### 3.2. Đánh giá đáp ứng điều trị

- Đáp ứng trên lâm sàng.

Đáp ứng	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Đáp ứng hoàn toàn	0	0
Đáp ứng một phần	35	97,2
Bệnh giữ nguyên	1	2,8
Bệnh tiến triển	0	0
<b>Tổng</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ đáp ứng một phần là 97,2%, không có trường hợp nào đáp ứng hoàn toàn. Có 1 trường hợp bệnh giữ nguyên, chiếm 2,8%.

- Đánh giá tỷ lệ đạt được phẫu thuật tối ưu sau hóa trị.

Phẫu thuật	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Tối ưu	32	88,8
Không tối ưu	2	5,6
<b>Không xác định:</b> Bệnh nhân từ chối phẫu thuật	2	5,6
<b>Tổng</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ phẫu thuật đạt tối ưu sau hóa trị là 88,8%. Chỉ có 2 trường hợp không đạt được phẫu thuật tối ưu, chiếm 5,6%.

- Đánh giá đáp ứng trên mô bệnh học sau mổ.

Đáp ứng theo phân loại Bohm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
<b>CRS 1:</b> Hầu hết các khối u còn tồn tại	2	5,6
<b>CRS 2:</b> Một phần các khối u thoái hóa	26	72,2
<b>CRS 3:</b> Còn một số lượng nhỏ các tế bào ung thư còn tồn tại (kích thước < 2mm) hoặc không còn tế bào ung thư	6	16,6
Không xác định: Bệnh nhân từ chối phẫu thuật hoặc không mổ được sau hóa trị.	2	5,6
<b>Tổng</b>	<b>36</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn trên mô bệnh học (CRS3) là 16,6%. Mô bệnh học sau mổ chủ yếu là đáp ứng một phần, chiếm 72,2%.

### 3.3. Đánh giá độc tính

- Trên huyết học

Tác dụng không mong muốn	Số CK HC tân bổ trợ % (n = 108)	Số BN % (n = 36)
<b>Bạch cầu hạt</b>		
Không giảm	72,2% (n = 78)	61,1% (n = 22)
Hạ độ 1 - 2	18,5% (n = 20)	25,0% (n = 9)
Hạ độ 3 - 4	9,3% (n = 10)	13,9% (n = 5)
<b>Tiểu cầu</b>		
Không giảm	91,7% (n = 99)	88,9% (n = 32)
Hạ độ 1 - 2	8,3% (n = 9)	11,1% (n = 4)
Hạ độ 3 - 4	0% (n = 0)	0% (n = 0)
<b>Thiếu máu</b>		
Không thiếu máu	61,1% (n = 66)	52,8% (n = 19)
Thiếu máu trước ĐT	-	25,0% (n = 9)
Thiếu máu độ 1 - 2	38,9% (n = 42)	22,2% (n = 8)
Thiếu máu độ 3 - 4	0% (n = 0)	0% (n = 0)

**Nhận xét:** Tác dụng phụ hay gặp nhất trên hệ tạo huyết là hạ bạch cầu hạt, chiếm 27,8% trên tổng số 108 chu kỳ, hạ độ II I -IV chiếm 9,3%. Các tác dụng phụ thiếu máu, hạ tiểu cầu ít gặp hơn và chỉ ở mức độ nhẹ.

- Ngoài huyết học

Tác dụng không mong muốn	Số CK HC tân bổ trợ % (n = 108)	Số BN % (n = 36)
<b>Men gan</b>		
Không tăng	81,5% (n = 88)	72,2% (n = 26)
Tăng độ 1 - 2	18,5% (n = 20)	27,8% (n = 10)
Tăng độ 3 - 4	0% (n = 0)	0% (n = 0)
<b>Creatinin</b>		
Không tăng	99,1% (n = 107)	97,2% (n = 35)
Tăng độ 1 - 2	0,9% (n = 1)	2,8% (n = 1)
Tăng độ 3 - 4	0% (n = 0)	0% (n = 0)
<b>Nôn</b>		
Không nôn	100% (n = 108)	100% (n = 36)
Nôn độ 1 - 2	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Nôn độ 3 - 4	0% (n = 0)	0% (n = 0)
<b>Thần kinh</b>		
Không có biến chứng thần kinh	90,7% (n = 98)	72,2% (n = 26)
Biến chứng thần kinh độ 1	9,3% (n = 10)	27,8% (n = 10)
Biến chứng thần kinh độ 2	0% (n = 0)	0% (n = 0)
<b>Ỉa chảy</b>		
Không ỉa chảy	100% (n = 108)	100% (n = 36)
Ỉa chảy độ 1 - 2	0% (n = 0)	0% (n = 0)
Ỉa chảy độ 3 - 4	0% (n = 0)	0% (n = 0)

**Nhận xét:** Tác dụng phụ hay gặp nhất ngoài hệ tạo huyết là tăng men gan (27,8%) nhưng chỉ ở độ I - II. Các tác dụng phụ khác ít gặp và ở mức độ nhẹ.

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Độ tuổi trung bình được chẩn đoán ung thư buồng trứng là 63 tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả phù hợp với độ tuổi trung bình là  $60 \pm 8,6$ ; tuổi nhỏ nhất là 42, lớn nhất 76; nhóm tuổi từ 60 tuổi trở lên chiếm 52,8%. Trong các nghiên cứu bệnh nhân UTBMBT điều trị hóa chất tân bổ trợ như EORTC55971 và CHORUS cũng cho kết quả này tương tự với tuổi trung bình của

các đối tượng lần lượt là 62 và 65 tuổi[4,5]. Tuổi trung bình đối tượng nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu trong nước của tác giả Nguyễn Đức Phúc (2010) là 52,8[6]. Có thể vì phác đồ hóa trị bổ trợ trước trong nghiên cứu được lựa chọn chủ yếu trên đối tượng bệnh nhân lớn tuổi, thể trạng yếu, không phù hợp với phẫu thuật ngay từ đầu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có chỉ số toàn trạng ECOG 2 chiếm 30,6%, cao hơn so với các nghiên cứu trên

thế giới về hóa trị tân bổ trợ UTBMBT như EORTC55971, CHORUS, JCOG0602 với tỷ lệ dao động từ 13,2 - 18% [4,5,7]. Lý giải điều này vì đây là các nghiên cứu so sánh giữa hóa chất trước với phẫu thuật trước, nên đối tượng nghiên cứu được phân đồng đều vào 2 nhánh và chủ yếu có thể trạng tốt.

Có 20/36 bệnh nhân đã có di căn xa, chiếm 55,6%. Tỷ lệ này cao hơn so với các nghiên cứu trên thế giới, có thể vì số lượng bệnh nhân nghiên cứu chúng tôi còn ít nên có sự chênh lệch. Trong số đó, vị trí di căn hay gặp nhất là hạch cổ (27,8%), màng phổi (19,4%), tiếp theo là gan, phổi, phần mềm. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu EORTC55971 với tỷ lệ di căn màng phổi là 18,6% [5].

Thể mô bệnh học thường gặp nhất của UTBMBT là carcinoma thanh dịch, chủ yếu là độ cao. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả phù hợp với 72,2% bệnh nhân carcinoma thanh dịch độ cao, 2,8% carcinoma thanh dịch độ thấp và 13,8% carcinoma thanh dịch không rõ độ. Ở các nghiên cứu lớn trên thế giới về hóa trị tân bổ trợ UTBMBT bao gồm EORTC55971, CHORUS, JCOG0602, SCORPION, tỷ lệ carcinoma thanh dịch độ cao cũng chiếm phần lớn, dao động từ 58,1 - 98,9% [4,5,7,8].

#### 4.2. Kết quả điều trị

**Về đáp ứng điều trị:** Với hiệu quả đã được khẳng định trong điều trị bổ trợ, phác đồ hóa chất paclitaxel - carboplatin tiếp tục được nghiên cứu và được khuyến cáo bước đầu trong vai trò bổ trợ trước mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đánh giá sau điều trị có 35/36 bệnh nhân đáp ứng một phần trên lâm sàng chiếm 97,2%, có 1 trường hợp bệnh giữ nguyên chiếm 2,8%. Kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu của Miranda (2013) trên bệnh nhân bị UTBMBT, UTBM

ống dẫn trứng hoặc UTBM phúc mạc nguyên phát giai đoạn tiến triển IIIc - IV được điều trị hóa chất tân bổ trợ paclitaxel - carboplatin với tỷ lệ đáp ứng 80,5% [9]. Các trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi đều được hội chẩn lại với phẫu thuật sau 3 chu kỳ hóa trị tân bổ trợ, có 2 trường hợp từ chối mổ. Phẫu thuật tối ưu (tổn thương còn lại sau mổ < 10mm) được xem là mục tiêu quan trọng trong điều trị UTBMBT, là một yếu tố tiên lượng liên quan đến sống thêm của người bệnh. Trong số các bệnh nhân được phẫu thuật, có 34/36 bệnh nhân đạt phẫu thuật tối ưu chiếm 88,8%, tương tự với kết quả của nghiên cứu SCORPION tỷ lệ phẫu thuật tối ưu ở nhánh hóa chất trước là 90,4% [8]. Cũng như vậy, trong nghiên cứu EORTC55971 tiến hành trên 718 bệnh nhân UTBMBT giai đoạn IIIc - IV, tỷ lệ phẫu thuật đạt tối ưu ở nhánh hóa chất trước là 80,6% còn nhánh phẫu thuật trước là 41,6% [5]. Tại hội nghị ASCO 2018, Takashi Onda và cộng sự đã công bố kết quả của nghiên cứu JCOG0602, so sánh giữa phẫu thuật ban đầu với phẫu thuật sau điều trị hóa chất tân bổ trợ của bệnh nhân UTBMBT giai đoạn tiến triển. Tỷ lệ đạt phẫu thuật tối ưu ở nhóm hóa chất tân bổ trợ còn cao vượt trội hơn so với nhóm phẫu thuật ngay từ đầu, tương ứng là 82% và 37% ở 2 nhóm [7]. Có thể thấy, hóa chất tiền phẫu đã giúp cải thiện tỷ lệ phẫu thuật tối ưu trên bệnh nhân UTBMBT giai đoạn muộn một cách đáng kể. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phẫu thuật không đạt được tối ưu gặp ở 2 trường hợp có giải phẫu bệnh là UTBM tế bào sáng (là trường hợp bệnh duy nhất giữ nguyên sau 3 chu kỳ hóa trị) và UTBM thanh dịch độ thấp - đều là những thể mô bệnh học kém nhạy cảm với hóa chất. Cần thêm nhiều dữ liệu để có thể xác định phương pháp phù

hợp điều trị ban đầu với từng thể giải phẫu bệnh UTBMBT.

Theo một số nghiên cứu, đáp ứng trên mô bệnh học là một yếu tố tiên lượng đến thời gian sống thêm của người bệnh. Vào năm 2015, một hệ thống tính điểm tiêu chuẩn đánh giá đáp ứng UTBMBT được đề xuất bởi Böhm và các đồng nghiệp, dựa trên các mức độ thay đổi về mô bệnh học đã phân tầng đáp ứng hóa trị thành 3 cấp bao gồm đáp ứng hoàn toàn/ gần hoàn toàn (CRS3), một phần (CRS2) và không đáp ứng/ đáp ứng tối thiểu (CRS1). Hệ thống tính điểm này sau đó đã được Tổ chức Hợp tác Quốc tế về Báo cáo Ung thư (ICCR) khuyến nghị sử dụng thành tiêu chuẩn hóa và khách quan để đánh giá đáp ứng trên mô bệnh học của UTBMBT sau hóa trị tân bổ trợ[10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn trên mô bệnh học (còn một số lượng nhỏ các tế bào ung thư còn tồn tại (kích thước < 2mm) hoặc không còn tế bào ung thư) trong nghiên cứu của chúng tôi là 16,7%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu tổng hợp của tác giả Cohen (2019) cũng áp dụng phân loại của Böhm trên 1365 bệnh nhân UTBMBT sau điều trị hóa chất trước mổ với tỷ lệ 15,4%[11].

**Về tác dụng phụ:** Phác đồ hóa chất trước mổ paclitaxel - carboplatin cho thấy khả năng dung nạp thuốc tốt với tỷ lệ tác dụng không mong muốn thấp và chủ yếu ở mức độ nhẹ (độ I - II). Trên huyết học, tác dụng phụ hạ bạch cầu và bạch cầu hạt là thường gặp nhất với tỷ lệ 27,8% trên tổng số 108 chu kỳ; có 38,9% bệnh nhân gặp tác dụng phụ này và chủ yếu là hạ độ I - II, chỉ có 9,3% số chu kỳ bệnh nhân bị hạ bạch cầu độ III - IV, không sốt, không có dấu hiệu nhiễm trùng. Kết quả

này thấp hơn rất nhiều so với nghiên cứu của Miranda (2013) tỷ lệ hạ bạch cầu độ III - IV là 29,2%. Lý giải điều này có thể vì trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân thể trạng yếu cao hơn nên việc sử dụng liều hóa chất tối đa cũng hạn chế hơn, đặc biệt là chu kỳ đầu tiên. Các tác dụng phụ trên huyết học khác cũng ít gặp hơn với tỷ lệ thiếu máu là 22,2% số bệnh nhân, hạ tiểu cầu là 11,1%, không có trường hợp nào hạ độ III - IV. Ngoài hệ tạo huyết, tác dụng không mong muốn thường gặp nhất là tăng men gan với tỷ lệ 18,5% trên tổng số chu kỳ, 28,7% trên tổng số bệnh nhân và chỉ gặp độ I - II. Có 1 trường hợp duy nhất tăng creatinine độ I, chiếm 2,8%. Tác dụng phụ trên hệ thần kinh ngoại vi chỉ gặp ở độ I, biểu hiện chủ yếu là tê bì tay chân, chiếm 9,3% tổng số chu kỳ điều trị.

## V. KẾT LUẬN

Phác đồ hóa chất tân bổ trợ paclitaxel - carboplatin có hiệu quả tốt trong điều trị UTBMBT giai đoạn muộn không mổ được, với tỷ lệ đáp ứng trên lâm sàng là 97,2%, tỷ lệ phẫu thuật đạt tối ưu là 88,8%, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn trên mô bệnh học là 16,6%. Tác dụng phụ ít gặp và chủ yếu độ I - II, không ảnh hưởng nhiều đến quá trình điều trị.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A. Cancer statistics, 2022. CA Cancer J Clin. 2022;72(1):7-33.
2. National Comprehensive Cancer Network - Home. NCCN. Accessed June 14, 2022. <https://www.nccn.org>.

3. **Wright AA, Bohlke K, Armstrong DK, et al.** Neoadjuvant Chemotherapy for Newly Diagnosed, Advanced Ovarian Cancer: Society of Gynecologic Oncology and American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 2016;34(28):3460-3473.
4. **Kehoe S, Hook J, Nankivell M, et al.** Chemotherapy or upfront surgery for newly diagnosed advanced ovarian cancer: Results from the MRC CHORUS trial. *J Clin Oncol.* 2013;31(15\_suppl):5500-5500.
5. **Vergote I, Tropé CG, Amant F, et al.** Neoadjuvant chemotherapy or primary surgery in stage IIIc or IV ovarian cancer. *N Engl J Med.* 2010;363(10):943-953.
6. **Nguyễn Đức Phúc.** Nghiên cứu kết quả điều trị và một số yếu tố tiên lượng của ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn III điều trị tại bệnh viện K (1998-2001), Luận văn thạc sỹ y khoa, Đại học Y Hà Nội 2001.
7. **Onda T, Satoh T, Saito T, et al.** Comparison of survival between upfront primary debulking surgery versus neoadjuvant chemotherapy for stage III/IV ovarian, tubal and peritoneal cancers in phase III randomized trial: JCOG0602. *J Clin Oncol.* 2018;36(15\_suppl):5500-5500.
8. **Fagotti A, Ferrandina MG, Vizzielli G, et al.** Randomized trial of primary debulking surgery versus neoadjuvant chemotherapy for advanced epithelial ovarian cancer (SCORPION-NCT01461850). *Int J Gynecol Cancer Off J Int Gynecol Cancer Soc.* 2020;30(11):1657-1664.
9. **da Costa Miranda V, de Souza Fêde ÂB, Dos Anjos CH, et al.** Neoadjuvant chemotherapy with six cycles of carboplatin and paclitaxel in advanced ovarian cancer patients unsuitable for primary surgery: Safety and effectiveness. *Gynecol Oncol.* 2014;132(2):287-291.
10. **Böhm S, Faruqi A, Said I, et al.** Chemotherapy Response Score: Development and Validation of a System to Quantify Histopathologic Response to Neoadjuvant Chemotherapy in Tubo-Ovarian High-Grade Serous Carcinoma. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 2015;33(22):2457-2463.
11. **Cohen PA, Powell A, Böhm S, et al.** Pathological chemotherapy response score is prognostic in tubo-ovarian high-grade serous carcinoma: A systematic review and meta-analysis of individual patient data. *Gynecol Oncol.* 2019;154(2):441-448.