

UNG THƯ BUỒNG TRỨNG VÀ THAI

Ths. Bs Nguyễn Hoàng Lam
BS CKII. Trần Chánh Thuận



1

1. Sơ lược về ung thư buồng trứng trong thai kỳ



- Tỷ suất: 1/18.000 thai kỳ.
- Triệu chứng lâm sàng giống như ở người không mang thai.
- Cận lâm sàng:
 - Siêu âm: Đa số phát hiện được khối u vùng chậu nhờ SA thai thường quy
 - Các chất chỉ thị: CA 125, AFP, β hCG, CEA, HE4, Inhibin A, LDH.
 - MRI: được chỉ định nếu SA nghi ngờ giai đoạn tiến xa, để xác định qui mô phẫu thuật.

2

2. Điều trị ung thư buồng trứng trong thai kỳ:



- Vấn đề điều trị ung thư buồng trứng trong thai kỳ cần lưu ý:
 - Cân bằng lợi ích và nguy cơ cho mẹ và thai.
 - Phối hợp giữa nhiều chuyên khoa: ung thư, sản khoa, nhi khoa, giải phẫu bệnh.
 - Tham vấn đầy đủ với bệnh nhân và thân nhân bệnh nhân về tình trạng bệnh và phương thức điều trị.

3

Các bước điều trị bao gồm:



- 2.1. Phẫu trị.
- 2.2. Hóa trị.
- 2.3. Tính toán thời điểm sinh, cách sinh và chăm sóc sau sinh.

4

2.1. Phẫu trị:

2.1.1. Mục đích phẫu thuật:

- Chẩn đoán xác định ung thư (sinh thiết lạnh).
- Loại bỏ tối đa mô u.
- Phân giai đoạn ung thư.



5

2.1.3. Chỉ định phẫu thuật khối u buồng trứng trong thai kỳ:

- Còn tồn tại đến tam cá nguyệt giữa, hoặc
- Kích thước u lớn hơn 10cm, hoặc
- Phản âm hỗn hợp trên siêu âm (vừa đặc, vừa nang) → nghi ngờ ác tính cao.

Đối với phẫu thuật trước sanh, nên để lại càng nhiều cơ quan sinh sản càng tốt (trong mức độ cho phép). Tuy nhiên, nếu là ung thư giai đoạn tiến triển (có kèm ascite), cần cân nhắc việc loại bỏ thai kỳ ở TCN 1 và cắt bỏ hoàn toàn tử cung, 2PP.



7

2.1.2. Thời điểm phẫu thuật:

- Nên tiến hành vào tam cá nguyệt II vì:
 - Thai nhi đã hoàn chỉnh các cơ quan → hạn chế nguy cơ quái thai khi dùng thuốc trong phẫu thuật.
 - Chức năng bánh nhau đã hoàn chỉnh → giảm nguy cơ lưu thai, sảy thai.
 - Hầu hết nang chức năng sẽ biến mất ở giai đoạn này.
 - Sảy thai tự phát thường ở TCN I → tránh bị gán sảy thai là do sai lầm của phẫu thuật.



6

2.1.4. Phương pháp phẫu thuật:

- Thông thường chỉ cắt PP bên u + sinh thiết MNL + sinh thiết hạch + sinh thiết phúc mạc ở các vùng khác nhau (nếu ung thư chỉ khu trú tại 1 BT).
- Nếu ung thư đã có dấu hiệu lan rộng: tốt nhất phải loại bỏ tử cung và PP còn lại (tùy thời điểm thai kỳ mà có hướng xử trí thích hợp)



8

2.2. Hóa trị:



- Tác nhân hóa trị được xếp loại D trong thai kỳ → có tác dụng ngoại ý đã được ghi nhận.
- Sự ảnh hưởng của hóa trị tùy thuộc vào tuổi thai.
- Phác đồ dùng trong thai kỳ cũng tương tự như người không có thai.

9

2.2. Hóa trị:



- Thông tin về các tác dụng ngoại ý của hóa chất còn hạn chế, chỉ được ghi nhận trong báo cáo trường hợp bệnh, báo cáo loạt ca mẫu nhỏ hoặc rút ra từ các nghiên cứu của nhiều loại ung thư khác.
- Có rất ít dữ liệu nghiên cứu về ảnh hưởng lâu dài của hóa chất lên con cái của họ.

11

2.2. Hóa trị:



- * Nhìn chung:
 - Trong 4 tuần đầu sau thụ thai: “hoặc có tất cả hoặc không”
 - Từ tuần thứ 5-10: giai đoạn hình thành thai nhi: nguy cơ gây dị tật thai, sẩy thai, thai lưu.
 - TCN 2-3: nguy cơ dị tật thai rất ít, thai chậm tăng trưởng trong tử cung, nhẹ cân lúc sinh, thai lưu, suy tủy mẹ và thai.
- *Vì những nguy cơ trên cần cân nhắc lợi ích của việc hóa trị tức thời hay trì hoãn (sau sinh).*

10

2.2. Hóa trị:



- Hóa trị 3 tuần trước sinh hoặc sau 35 tuần tuổi thai không được khuyến cáo để tránh:
 - Con: suy tủy sơ sinh thoáng qua, tiềm năng của biến chứng xuất huyết, nhiễm khuẩn và chết khi sinh.
 - Mẹ: giảm BC → dễ nhiễm khuẩn.
giảm HC, TC → dễ băng huyết sau sinh.

12

2.2.1. Ung thư biểu mô buồng trứng:



- **2.2.1.1. Bệnh diễn tiến xa: (gđ III hoặc IV)**
 - Phẫu trị làm giảm tối ưu tế bào ung thư.
 - Phác đồ đề nghị: Hóa trị 6 chu kỳ Platinum và Taxane (có hiệu quả hơn chỉ dùng đơn hóa trị Platinum)
- **2.2.1.2. Hóa trị trong khoang phúc mạc:** không khuyến cáo cho phụ nữ mang thai, nhưng có thể dùng sau sinh với những phụ nữ chưa được phẫu trị làm giảm tối ưu tế bào buồng.

13

2.2.1. Ung thư biểu mô buồng trứng:



2.2.1.3. Hóa trị hỗ trợ ở giai đoạn sớm:

- Phác đồ kết hợp Platinum và Taxane có ý nghĩa cải thiện tỷ lệ sống 5 năm ở ung thư biểu mô buồng trứng gđ I hoặc II có nguy cơ cao.
- Tiêu chuẩn của nguy cơ cao:
 - + Gđ IA hoặc IB grade 2 hoặc 3.
 - + Gđ IC hoặc II bất kỳ grade.
 - + Carcinoma tế bào sáng.

14

2.2.2. U tế bào mầm:



- Phần lớn xảy ra ở phụ nữ trẻ và ở 1 buồng trứng.
- Phẫu trị lấy tổng thể tế bào buồng cần được thực hiện trước tiên.
- Hóa trị hỗ trợ khuyến cáo để giảm nguy cơ tái phát sau phẫu trị (ngoại trừ buồng nghịch mầm gđ IA hoặc gđ I grade 1 của buồng quái không trưởng thành).

15

2.2.2. U tế bào mầm:



- Phác đồ thường dùng: BEP
- Tác dụng ngoại ý trong các báo cáo loạt ca:
 - Có 01 trường hợp sinh vào tuần thứ 28 và ghi nhận phi đại tam thất, bất sản não, thiếu máu và giảm bạch cầu hạt sau phẫu thuật phân giai đoạn và 1 chu kỳ BEP hỗ trợ được cho 1 tuần trước sinh → có phải do hóa chất?
 - Etoposide có thể gây thai chậm tăng trưởng và suy tủy sơ sinh.
- Ung thư tế bào mầm nhạy với hóa trị Platinum → sự trì hoãn hóa trị có thể làm tăng nguy cơ tái phát.

16

2.2.3. Bước mô đệm dây giới bào:



- Phần lớn giới hạn ở 1 buồng trứng, khả năng ác tính thấp, tiến triển chậm → đề nghị phẫu trị đơn thuần và trì hoãn hóa trị đến sau sinh cho giai đoạn từ IB đến IV.

17

2.3. Thời điểm sinh:



- Nếu hóa trị không thể trì hoãn trong thời kỳ mang thai, có thể cho sinh sớm khi phổi thai nhi đã trưởng thành ở thời điểm > 34 tuần để hạn chế cho thai nhi tiếp xúc với hóa chất.

19

Nhìn chung:



- Ung thư giai đoạn IA-IIA: có thể bảo tồn thai, phẫu thuật bảo tồn cơ quan sinh sản, hóa trị từ TCN 2 hoặc hóa trị trì hoãn.
- Ung thư giai đoạn IIB-IV hoặc những ung thư tế bào sáng, u đa phôi, ung thư nguyên bào nuôi nguyên phát, bệnh diễn tiến nhanh, tiên lượng xấu nên cân nhắc bỏ thai (nếu ở TCN 1-2) hoặc chấm dứt thai kỳ sớm nhất có thể nuôi được (ở TCN 3, sau khi đã hỗ trợ phổi thai nhi), sau đó phẫu thuật triệt để và hóa trị ngay lập tức.

18

2.3. Chăm sóc sau sinh:



- **Cho con bú:**
Nếu tiếp tục hóa trị thì không cho con bú vì hóa chất có thể qua sữa mẹ và gây độc tế bào, điều này có thể gây suy giảm miễn dịch, tác động chưa được biết lên sự tăng trưởng và liên quan đến quá trình sinh ung thư.
- **Hóa trị sau sinh:**
Sau sinh vấn đề hóa trị có thể tích cực hơn vì không còn lo ngại ảnh hưởng lên thai nhi.

20

2.4. Theo dõi:

- Sau khi hoàn tất hóa trình trị liệu, việc theo dõi cũng tương tự như những phụ nữ bị ung thư buồng trứng khác. Phác đồ theo dõi điển hình bao gồm khám tổng thể và đánh giá các chất chỉ thị trong huyết thanh mỗi 3 tháng trong 2 năm đầu tiên và sau đó mỗi 6 tháng cho đến khi bệnh không còn nữa.



21

3. Tình hình điều trị K buồng trứng tại BV Từ Dũ từ năm 2004 -2011:

- Tổng số ca: 23
- Tuổi thường gặp: 20-30 tuổi (82.6%).
- Lần mang thai: 15 trường hợp mang thai lần đầu (65.2%)
- Loại u:
 - Tế bào mầm: 34.7%
 - Biểu mô: 61.0%
 - Dây giới bào: 4.3%



23

2.5. Tiên lượng:

- Tiên lượng cho ung thư buồng trứng trong thai kỳ cũng tương tự như không có thai kỳ, phụ thuộc vào loại u, giai đoạn và phân lớp (grade). Tỷ lệ sống 5 năm là 72-90%.
- Nếu có báng bụng trong thời điểm chẩn đoán thường tiên lượng xấu vì gợi ý khả năng tiến triển của bệnh.



22

3. Tình hình điều trị K buồng trứng tại BV Từ Dũ từ năm 2004 -2011:

- Giai đoạn:
 - IA: 30.4%
 - IC: 56.5%
 - II: 12.9%
- Tình hình hóa trị:
 - Không hóa trị: 07 ca (giai đoạn IA)
 - Hóa trị trong thai kỳ: 06 ca (bắt đầu từ tuần thứ 28), đa số là u tế bào mầm.
 - Hóa trị trì hoãn sau sinh: 06
 - Chuyển viện: 02
 - Bỏ điều trị: 02



24

3. Tình hình điều trị K buồng trứng tại BV Từ Dũ từ năm 2004 -2011:



- Trẻ sơ sinh có mẹ hóa trị trong thai kỳ: được chấm dứt thai kỳ ở tuần 35-36.
 - Nhẹ cân: 1/6 (16.7%)
 - Sinh non: 1/6 (16.7%)
 - Không có trường hợp tử vong sơ sinh, dị tật bẩm sinh hoặc các tác dụng ngoại ý khác.

26

Tổng kết và các khuyến cáo



- Ung thư buồng trứng ở phụ nữ mang thai có triệu chứng lâm sàng giống như ở phụ nữ không mang thai. Sự phát hiện tình cờ khối u buồng trứng khi siêu âm sản khoa cùng với việc đánh giá các chất chỉ thị gia tăng không thể giải thích được đối với một thai kỳ bình thường gợi ý bệnh lý ung thư buồng trứng.
- Mổ thám sát được chỉ định để chẩn đoán và điều trị khởi đầu đối với các khối u buồng trứng tồn tại đến tam cá nguyệt 2, kích thước lớn hơn 5-10cm đường kính, siêu âm có phần âm đặc hoặc vừa đặc vừa nang (mức khuyến cáo 2C).

26

Tổng kết và các khuyến cáo



- Việc đánh giá kết quả giải phẫu học nên được làm bởi bác sĩ bệnh học giàu kinh nghiệm. Điều trị thai phụ ung thư buồng trứng cần phải cân nhắc nguy cơ cho mẹ và thai, nhấn mạnh vai trò tự quyết của bệnh nhân và thân nhân bệnh nhân; hội chẩn nhiều chuyên khoa: sản khoa, ung thư phụ khoa và nhi khoa để đưa ra lời khuyên điều trị hợp lý.
- Phẫu thuật trước sanh để đánh giá và phân giai đoạn, nên để lại càng nhiều cơ quan sinh sản càng tốt (mức khuyến cáo 2C).

27

Tổng kết và các khuyến cáo



- Nếu có chỉ định hóa trị, cố gắng trì hoãn hóa trị cho đến tam cá nguyệt giữa để giảm tối đa ảnh hưởng bất lợi cho thai nhi (mức khuyến cáo 1B).
- Tránh hóa trị trong vòng 3 tuần trước sanh (mức khuyến cáo 2C).

28

Tài liệu tham khảo



1. Chemotherapy in pregnancy. Buekers TE, Lallas TA. Source: Department of Obstetrics and Gynecology, University of Iowa Hospitals and Clinics, Iowa City, USA.
2. Chemotherapy and pregnancy, Organization of Teratology Information Specialists – www.otispregnancy.org
3. Chemotherapy of ovarian cancer in pregnancy – Uptodate 19.2

29

Tài liệu tham khảo



4. Ovarian cancer in pregnancy. Grendys EC Jr, Branes WA. Source: Division of Gynecologic Oncology, New England Medical Center, Boston, Massachusetts.
5. Ovarian cancer and Pregnancy: Treatment of Ovarian Cancer During Pregnancy. Steven Vasilev, M.D., former About.com Guide *Update September 11, 2008*. About.com Health's Disease and Condition content is reviewed by the Medical Review Board.

30

