

DOI: 10.58490/ctump.2025i91.3586

ĐÁNH GIÁ ĐÁP ỨNG ĐIỀU TRỊ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRONG UNG THƯ BIỂU MÔ BUỒNG TRỨNG TÁI PHÁT, DI CĂN BẰNG HÓA TRỊ KẾT HỢP BEVACIZUMAB TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2023 - 2025

Thạch Thị Hoài Thương, Lê Thanh Vũ, Lê Hoàng Phúc, Lâm Vĩnh Hảo, Huỳnh Minh Đông, Phạm Minh Chiến, Dương Lê Tấn Trường*

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

**Email: tththuong.bv@ctump.edu.vn*

Ngày nhận bài: 05/4/2025

Ngày phản biện: 29/5/2025

Ngày duyệt đăng: 25/9/2025

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư buồng trứng là một trong những ung thư đường sinh dục nữ thường gặp nhất trên thế giới. Mặc dù tiêu chuẩn điều trị bằng phẫu thuật kết hợp hóa trị với phác đồ có Platinum trong giai đoạn đầu, nhưng khoảng 70% bệnh nhân ung thư buồng trứng tái phát bệnh trong 5 năm sau khi được chẩn đoán. Điều trị ung thư buồng trứng tái phát, di căn cải thiện nhờ kết hợp Bevacizumab. Do đó, nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả điều trị. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả điều trị trên bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng tái phát, di căn được hóa trị kết hợp Bevacizumab và một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị tại Bệnh viện Ung bướu Thành phố Cần Thơ năm 2023-2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu 31 bệnh nhân chẩn đoán xác định ung thư biểu mô buồng trứng tái phát, di căn hóa trị kết hợp Bevacizumab từ 3 chu kỳ đến khi tiến triển hoặc không dung nạp thuốc. **Kết quả:** Tuổi trung bình $56,94 \pm 10,34$, phần lớn chỉ số ECOG PS <2 (67,7%). Mô bệnh học chủ yếu là ung thư biểu mô tuyến thanh dịch (48,4%) và ung thư biểu mô tuyến dạng nội mạc tử cung (41,9%). CA12-5 tăng phần lớn bệnh nhân (83,9%). Tỷ lệ đáp ứng điều trị sau 3 và 6 chu kỳ hóa trị lần lượt 67,7% và 68%. Một số yếu tố nguy cơ như sử dụng thuốc tránh thai kéo dài, không mang thai, không cho con bú, tiền sử gia đình có mối liên quan với bệnh. **Kết luận:** Điều trị kết hợp Bevacizumab trong ung thư buồng trứng tái phát, di căn cho thấy hiệu quả cải thiện tỷ lệ đáp ứng điều trị và kiểm soát bệnh. Một số yếu tố lâm sàng và tiền sử bệnh có thể ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

Từ khóa: Ung thư buồng trứng, hóa trị, Bevacizumab.

ABSTRACT

EVALUATION OF TREATMENT OUTCOMES AND ASSOCIATED FACTORS IN RECURRENT AND METASTATIC EPITHELIAL OVARIAN CANCER WITH CHEMOTHERAPY COMBINED WITH BEVACIZUMAB AT CAN THO ONCOLOGY HOSPITAL IN 2023 - 2025

Thạch Thị Hoài Thương, Lê Thanh Vũ, Lê Hoàng Phúc, Lâm Vĩnh Hảo, Huỳnh Minh Đông, Phạm Minh Chiến, Dương Lê Tấn Trường*

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Ovarian cancer is one of the most common gynecologic malignancies worldwide. Despite the standard first-line treatment consisting of cytoreductive surgery followed by platinum-based chemotherapy, approximately 70% of patients experience disease relapse within five years of diagnosis. However, the addition of Bevacizumab, an anti-angiogenic monoclonal antibody, to chemotherapy regimens has demonstrated improved progression-free survival and overall outcomes in patients with recurrent and metastatic ovarian cancer. Therefore, this study aims to evaluate the therapeutic outcomes and identify prognostic factors influencing treatment

response. **Objectives:** To assess the clinical efficacy and treatment outcomes of chemotherapy combined with Bevacizumab in patients with recurrent and metastatic epithelial ovarian cancer and to analyze prognostic factors associated with treatment response at Can Tho Oncology Hospital from 2023 to 2025. **Materials and methods:** This prospective cohort study included 31 patients with histologically confirmed recurrent and metastatic epithelial ovarian carcinoma. Patients received systemic chemotherapy in combination with Bevacizumab for a minimum of three cycles or until disease progression or treatment intolerance. Treatment response and survival outcomes were evaluated based on radiologic and clinical assessments. **Result:** The average age of the patients was 56.94 ± 10.34 , with the majority having an ECOG PS score <2 (67.7%). The predominant histological types were ovarian serous carcinoma (48.4%) and Endometrioid ovarian carcinoma (41.9%). CA12-5 was elevated in the majority of patients (83.9%). The treatment response rates after 3 and 6 cycles of chemotherapy were 67.7% and 68%, respectively. Some risk factors such as prolonged use of oral contraceptives, not being pregnant, not breastfeeding, and a family history were associated with the disease. **Conclusion:** The combination treatment with Bevacizumab in recurrent and metastatic ovarian cancer shows improved response rates and disease control. Some clinical factors and medical history may influence the treatment outcomes.

Keywords: Ovarian cancer, chemotherapy, Bevacizumab.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư buồng trứng (UTBT) là một trong những ung thư đường sinh dục nữ thường gặp nhất tại các nước trên thế giới. Theo số liệu từ GLOBOCAN 2022, ung thư buồng trứng đứng thứ 18 về số ca mắc mới trên toàn cầu, chiếm 1,6% tổng số ca ung thư. Về tỉ lệ tử vong, ung thư buồng trứng xếp thứ 14, chiếm 2,1% tổng số ca tử vong do ung thư [1]. UTBT là bệnh khó phòng ngừa, khó phát hiện vì buồng trứng là cơ quan nằm sâu trong tiêu khung, các triệu chứng thường âm thầm, mơ hồ, không đặc hiệu dễ nhầm lẫn với các bệnh nội, phụ khoa khác, khi triệu chứng đã rõ bệnh thường ở giai đoạn muộn [2]. Mặc dù tiêu chuẩn điều trị bằng phẫu thuật kết hợp hóa trị liệu với phác đồ có platinum trong giai đoạn đầu, nhưng khoảng 70% bệnh nhân UTBT tái phát bệnh trong vòng 5 năm sau khi được chẩn đoán. UTBT tái phát là một tình trạng không thể chữa khỏi với thời gian sống sót trung bình 12-24 tháng [3]. Việc điều trị UTBT tái phát, di căn đã được cải thiện nhờ kết hợp Bevacizumab [4]. Bevacizumab là một kháng thể đơn dòng nhân hóa tái tổ hợp gắn chọn lọc và trung hoà hoạt tính sinh học của yếu tố tăng trưởng nội mạc mạch máu người. Bevacizumab ngăn không cho yếu tố này gắn với thụ thể của nó trên bề mặt tế bào nội mạc mạch máu, từ đó làm giảm sinh mạch máu của khối u [5].

Do đó, để góp phần làm rõ hiệu quả Bevacizumab, đồng thời để hoàn thiện phác đồ điều trị, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: “Đánh giá kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan trong ung thư biểu mô buồng trứng tái phát, di căn bằng hóa trị kết hợp Bevacizumab tại Bệnh viện Ung Bướu Thành phố Cần Thơ năm 2023-2025”, với hai mục tiêu: 1) Đánh giá kết quả điều trị trên bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng tái phát, di căn được hóa trị kết hợp Bevacizumab; 2) Xác định một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị ung thư biểu mô buồng trứng tái phát, di căn được hóa trị kết hợp Bevacizumab.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả bệnh nhân nữ được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô buồng trứng tái phát, di căn được hóa trị kết hợp với Bevacizumab tại Khoa Nội Bệnh viện Ung Bướu Thành Phố Cần Thơ.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân được chẩn đoán xác định có kết quả mô bệnh học là ung thư biểu mô buồng trứng (tại u nguyên phát hay tại vị trí di căn); Chỉ số ECOG 0-2; Điều trị ít nhất 03 chu kỳ, đủ để đánh giá hiệu quả của hóa trị liệu; Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Ung thư biểu mô buồng trứng tái phát, di căn được phẫu thuật triệt để bướu; Bệnh nhân có chống chỉ định hoá trị như suy thận, suy gan, suy tim nặng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu:

+ Phương pháp nghiên cứu: Can thiệp lâm sàng, không đối chứng

+ Cỡ mẫu nghiên cứu:

Cỡ mẫu nghiên cứu được tính theo công thức:

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \times p(1-p)}{d^2}$$

n: cỡ mẫu tối thiểu.

$Z_{1-\alpha/2}$: hệ số tin cậy.

Chọn hệ số tin cậy là 95%, $\alpha = 0,05$ nên $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

d: sai số cho phép (mức chính xác). Chọn sai số cho phép là 7%.

p: tham số ước đoán.

Chọn $p = 0,96$ là tỉ lệ đáp ứng của bệnh nhân Trung Quốc trong nghiên cứu Bước đầu sử dụng Bevacizumab kết hợp Paclitaxel – Carboplatin trong ung thư biểu mô buồng trứng.

Thay vào công thức trên, tính ra $n=31$.

Từ tháng 03/2023 đến tháng 12/2024 thỏa các tiêu chuẩn chọn mẫu. Chúng tôi thu thập được 31 mẫu.

- Nội dung nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung: tuổi, chỉ số toàn trạng, tiền sử gia đình, tiền sử bệnh tật, tiền sử sinh sản, tiền sử sử dụng nội tiết.

+ Đặc điểm liên quan đến u: Thể mô bệnh học, vị trí di căn, số vị trí di căn, nồng độ CA12-5.

+ Điều trị: Phác đồ kết hợp với Bevacizumab, đánh giá đáp ứng sau 3 chu kỳ, 6 chu kỳ, tỉ lệ đáp ứng.

- **Tiêu chuẩn đánh giá đáp ứng điều trị:** Đánh giá đáp ứng khối u dựa theo tiêu chuẩn RECIST phiên bản 1.1. Được phân thành 4 nhóm:

+ Đáp ứng hoàn toàn (CR): Tổn thương đích biến mất hoàn toàn sau điều trị.

+ Đáp ứng một phần (PR): Giảm $\geq 30\%$ tổng đường kính lớn nhất của các tổn thương đích so với tổng đường kính lớn nhất các tổn thương ban đầu và không xuất hiện tổn thương mới.

+ Bệnh ổn định (SD) (bệnh giữ nguyên): Không có đủ tiêu chuẩn đánh giá đáp ứng một phần và cũng không đủ tiêu chuẩn đánh giá bệnh tiến triển so với tổng đường kính lớn nhất ở mức thấp nhất từ lúc bắt đầu điều trị.

+ Bệnh tiến triển (PD): Tăng $\geq 20\%$ tổng đường kính lớn nhất của các tổn thương đích so với tổng đường kính lớn nhất các tổn thương được ghi nhận từ lúc bắt đầu điều trị hoặc xuất hiện tổn thương mới. (Đáp ứng toàn bộ = Đáp ứng hoàn toàn + Đáp ứng một phần).

- **Phương pháp xử lý số liệu:** xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS version 27.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức nghiên cứu trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ phê duyệt theo phiếu chấp thuận số 23.013.HV/PCT-HĐĐĐ cấp ngày 30 tháng 3 năm 2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung

- Tuổi: Tuổi nhỏ nhất 20; Tuổi lớn nhất 76; Tuổi trung bình: $56,94 \pm 10,34$.

Bảng 1. Chỉ số toàn trạng

Chỉ số toàn trạng (ECOG PS)	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
0	10	32,3
1	11	35,4
2	10	32,3
Tổng cộng	31	100

Nhận xét: ECOG PS =0 chiếm 32,3%. ECOG PS =1 chiếm 35,4%. ECOG PS =2 chiếm 32,3%.

Đặc điểm liên quan đến u

Bảng 2. Thể mô bệnh học

Thể mô bệnh học	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
UTBM tuyến thanh dịch	15	48,4
UTBM tuyến dạng NMTC	13	41,9
UTBM tế bào sáng	2	6,5
UTBM tuyến thể nhầy	1	3,2
Tổng cộng	31	100

Nhận xét: Thể mô bệnh học chiếm tỉ lệ cao nhất là UTBM tuyến thanh dịch (48,4%). UTBM tuyến dạng NMTC chiếm 41,9% đứng thứ hai. Thể UTBM tế bào sáng chiếm 6,5%. Thể UTBM tuyến thể nhầy chiếm 3,2%.

Bảng 3. Số vị trí di căn

Số vị trí tái phát di căn	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
1	19	63,3
≥ 2	12	36,7
Tổng cộng	31	100

Nhận xét: Tỉ lệ bệnh nhân có 1 vị trí di căn chiếm 63,3%. Bệnh nhân có từ 2 vị trí di căn trở lên chiếm 36,7%.

Bảng 4. Nồng độ CA12-5

Nồng độ CA12-5	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
≤ 35	5	16,1
> 35	26	83,9
Tổng cộng	31	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có nồng độ CA12-5 > 35 U/mL (chiếm 83,9%). Chỉ có 16,1% bệnh nhân có nồng độ CA12-5 ≤ 35 U/mL.

Kết quả điều trị

Bảng 5. Phác đồ kết hợp với Bevacizumab

Phác đồ	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Paclitaxel + Carboplatin + Bevacizumab	19	61,3
Gemcitabine + Carboplatin + Bevacizumab	6	19,4
Docetaxel + Bevacizumab	1	3,2
Gemcitabine + Bevacizuma	4	12,9
Doxorubicin Liposom + Bevacizumab	1	3,2
Tổng cộng	31	100

Nhận xét: Phác đồ Paclitaxel + Carboplatin + Bevacizumab chiếm tỉ lệ cao nhất (61,3%). Gemcitabine + Carboplatin + Bevacizumab chiếm 19,4%. Các phác đồ còn lại như Gemcitabine đơn thuần, Docetaxel hay Doxorubicin Liposom kết hợp Bevacizumab chiếm tỉ lệ thấp.

Bảng 6. Đánh giá đáp ứng sau 3 chu kỳ, 6 chu kỳ

Đáp ứng	Sau 3 chu kỳ		Sau 6 chu kỳ	
	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Đáp ứng hoàn toàn	3	9,7	2	8
Đáp ứng một phần	18	58	15	60
Bệnh ổn định	4	12,9	4	16
Bệnh tiến triển	6	19,4	4	16
Tổng số	31	100	25	100

Nhận xét: Tỉ lệ đáp ứng của phác đồ sau 3 chu kỳ là 67,7%; sau 6 chu kỳ là 68%. Trong số 25 bệnh nhân đáp ứng sau 6 chu kỳ, có 9 bệnh nhân tiếp tục duy trì.

Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị

Bảng 7. Liên quan tỉ lệ đáp ứng theo tuổi sau 3 chu kỳ

Nhóm tuổi	Đáp ứng sau 3 chu kỳ		
	Tổng	Có	Không
< 60	16 (51,6)	10 (32,2)	6 (19,4)
≥ 60	15 (48,4)	8 (25,8)	7 (22,6)
Tổng	31 (100)	18 (58)	13 (42)
p= 0,605			

Nhận xét: Tỉ lệ đáp ứng ở nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi cao hơn nhóm trên 60 tuổi, nhưng sự khác biệt giữa hai nhóm vẫn không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 8. Liên quan tỉ lệ đáp ứng theo tuổi sau 6 chu kỳ

Nhóm tuổi	Đáp ứng sau 6 chu kỳ		
	Tổng	Có	Không
< 60	13 (56,5)	5 (21,7)	8 (34,8)
≥ 60	10 (43,5)	6 (26,1)	4 (43,4)
Tổng	23 (100)	11 (47,8)	12 (52,2)
p= 0,305			

Nhận xét: Tỉ lệ đáp ứng ở nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi thấp hơn nhóm trên 60 tuổi, nhưng sự khác biệt giữa hai nhóm vẫn không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 9. Liên quan tỉ lệ đáp ứng theo chỉ số toàn trạng sau 3 chu kỳ

ECOG	Đáp ứng sau 3 chu kỳ		
	Tổng	Có	Không
0	6 (19,4)	4 (12,9)	2 (6,5)
1,2	25 (48,4)	14 (45,2)	11 (35,5)
Tổng	31 (100)	18 (58,1)	13 (41,9)
p= 0,605			

Nhận xét: Tỉ lệ đáp ứng theo chỉ số ở nhóm bệnh nhân ECOG 0 cao hơn nhóm ECOG 1,2 nhưng sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 10. Liên quan tỉ lệ đáp ứng theo chỉ số toàn trạng sau 6 chu kỳ

ECOG	Đáp ứng sau 6 chu kỳ		
	Tổng	Có	Không
0	6 (26,1)	3 (13)	3 (13)
1,2	17 (43,5)	8 (34,8)	9 (39,1)
Tổng	23 (100)	11 (47,8)	12 (52,2)
p= 0,901			

Nhận xét: Không có sự khác biệt giữa các nhóm.

Bảng 11. Liên quan đáp ứng với thể mô bệnh học sau 3 chu kỳ

Mô bệnh học	Đáp ứng sau 3 chu kỳ		
	Tổng	Có	Không
Tế bào sáng	2 (6,5)	2 (6,5)	0
Thể nội mạc	11 (35,5)	6 (19,4)	5 (16,1)
Thể thanh dịch	17 (54,8)	10 (32,3)	7 (22,6)
Thể nhầy	1 (3,2)	0 (0)	1 (3,2)
Tổng	31 (100)	18 (58,1)	13(41,9)
p= 0,409			

Nhận xét: Liên quan đáp ứng với thể mô bệnh học có ý nghĩa thống kê.

Bảng 12. Liên quan đáp ứng với thể mô bệnh học sau 6 chu kỳ

Mô bệnh học	Đáp ứng sau 6 chu kỳ		
	Tổng	Có	Không
Tế bào sáng	2 (8,6)	1 (4,3)	1 (4,3)
Thể nội mạc	8 (34,9)	6 (26,2)	2 (8,7)
Thể thanh dịch	13 (56,5)	4 (17,4)	9 (39,1)
Thể nhầy	0	0	0
Tổng	23 (100)	11 (47,8)	12 (52,2)
p= 0,143			

Nhận xét: Liên quan đáp ứng với thể mô bệnh học có ý nghĩa thống kê.

Bảng 13. Liên quan đáp ứng với số vị trí di căn sau 3 chu kỳ

Số di căn	Đáp ứng sau 3 chu kỳ		
	Tổng	Có	Không
1	21 (66,7)	13 (39,9)	8 (26,6)
≥ 2	10 (33,3)	6 (20,1)	4 (13,2)
Tổng	31 (100)	19 (60,2)	12 (39,8)
p= 0,902			

Nhận xét: Số vị trí tổn thương không dự báo được tỉ lệ đáp ứng hay không đáp ứng sau điều trị. Tỉ lệ đáp ứng ở nhóm di căn 1 vị trí và trên 1 vị trí là như nhau.

Bảng 14. Liên quan đáp ứng với số vị trí di căn sau 6 chu kỳ

Số di căn	Đáp ứng sau 6 chu kỳ		
	Tổng	Có	Không
1	16 (69,6)	7 (30,4)	9 (39,1)
≥ 2	7 (30,4)	4 (17,4)	3 (13)
Tổng	23 (100)	11 (47,8)	12 (52,2)
	p= 0,554		

Nhận xét: Số vị trí tổn thương không dự báo được tỉ lệ đáp ứng hay không đáp ứng sau điều trị. Tỉ lệ đáp ứng ở nhóm di căn 1 vị trí và trên 1 vị trí là như nhau.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi là một trong các yếu tố tiên lượng của UTBT tái phát, di căn. UTBMBT thường gặp ở phụ nữ sau mãn kinh và tỉ lệ mắc tăng theo độ tuổi [6]. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $56,94 \pm 10,34$ tuổi, thấp nhất là 20 tuổi, cao nhất là 76 tuổi. Nghiên cứu pha 3- OCEANS- được Aghajanian C và cộng sự công bố năm 2012 với cỡ mẫu 484 bệnh nhân chẩn đoán UTBT tái phát, di căn còn nhạy cảm với nhóm platinum, tuổi trung bình của các bệnh nhân là 60,5 tuổi [7].

Tiền sử sử dụng thuốc tránh thai kéo dài trên 5 năm có tỉ lệ cao nhất (25,8%), phù hợp với các nghiên cứu trước đây về nguy cơ gia tăng ung thư buồng trứng. Yếu tố không có con và không cho con bú có tỉ lệ tương đương (12,9%), nhấn mạnh vai trò bảo vệ của việc mang thai và cho con bú đối với ung thư buồng trứng. Tỉ lệ bệnh nhân có kinh sớm (6,5%) và mãn kinh muộn (16,1%) phản ánh ảnh hưởng của thời gian tiếp xúc với estrogen nội sinh kéo dài. Mọi liên quan giữa tiền sử gia đình và nguy cơ ung thư buồng trứng (9,7%) cũng tương đồng với các báo cáo dịch tễ học trước đây [8].

Trong 31 bệnh nhân tham gia nghiên cứu thì có 21 bệnh nhân có chỉ số ECOG PS 0-1 chiếm 67,7% (nhóm bệnh nhân còn khả năng sinh hoạt bình thường). Chỉ số ECOG PS 2 chiếm 32,3% (giới hạn hoạt động nhẹ). Việc chọn bệnh nhân có ECOG PS ≤ 2 phù hợp với hướng dẫn điều trị Bevacizumab trên bệnh nhân ung thư tái phát, di căn.

Về mô bệnh học trong nghiên cứu của chúng tôi UTBM tuyến thanh dịch chiếm tỉ lệ cao nhất 48,4% sau đó tới UTBM tuyến dạng NMTC 41,9%. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đình Tạo (2012) nghiên cứu 60 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến tái phát thấy u tuyến thanh dịch chiếm tỉ lệ 55%.

Kết quả nghiên cứu chúng tôi cho thấy 63,3% bệnh nhân chỉ có một vị trí tái phát di căn, trong khi 36,7% có từ hai vị trí trở lên. Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu trước đây, trong đó phần lớn bệnh nhân có tái phát khu trú trước khi bệnh lan rộng. Theo nghiên cứu của du Bois và cộng sự (2009), tiên lượng sống sót của bệnh nhân ung thư buồng trứng phụ thuộc nhiều vào số lượng vị trí di căn, với những trường hợp tái phát đa ổ có tiên lượng xấu hơn [9].

Phần lớn bệnh nhân tái phát ung thư biểu mô buồng trứng có nồng độ CA12-5 >35 U/ml (83,9%). So sánh nghiên cứu của Rustin và cộng sự (2010), trong đó 86% bệnh nhân có tăng CA12-5 trước khi tái phát, kết quả của nghiên cứu này cũng thể hiện sự tương đồng [10]. Tuy nhiên, một số bệnh nhân có tái phát nhưng không tăng CA12-5 (16,1%), điều này cho thấy cần kết hợp với các phương pháp chẩn đoán hình ảnh để phát hiện tái phát chính xác hơn.

Nghiên cứu của chúng tôi đã đánh giá hiệu quả điều trị và các yếu tố tiên lượng ở bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng tái phát. Kết quả cho thấy tỉ lệ đáp ứng của phác đồ hóa trị sau 3 chu kỳ là 67,7%, tăng nhẹ lên 68% sau 6 chu kỳ. Tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thanh Nhân năm 2022 kết luận rằng phác đồ Gemcitabin-Carboplatin- Bevacizumab được sử dụng để điều trị ung thư biểu mô buồng trứng tái phát di căn nhạy Platinum. Tỉ lệ đáp ứng đạt 72,1% sau 3 chu kỳ và 73,1% sau 6 chu kỳ.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình bệnh nhân là $56,94 \pm 10,34$, phần lớn có chỉ số ECOG PS <2 (67,7%). Một số yếu tố nguy cơ như sử dụng thuốc tránh thai kéo dài, không mang thai, không cho con bú, và tiền sử gia đình có mối liên quan với bệnh. Mô bệnh học chủ yếu là UTBM tuyến thanh dịch (48,4%) và UTBM tuyến dạng NMTC (41,9%). CA12-5 tăng ở phần lớn bệnh nhân (83,9%). Tỉ lệ đáp ứng điều trị sau 3 và 6 chu kỳ hóa trị lần lượt là 67,7% và 68%. Thể mô bệnh học có liên quan đến kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel R L, *et al.* Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal Clinicians*. 2024. 74(3), 229-263, doi: 10.3322/caac.21834.
 2. Bộ Y Tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh ung bướu. Nhà xuất bản Y học Hà Nội. 2022. 364-365.
 3. Konstantinopoulos, Matulonis. Clinical and translational advances in ovarian cancer therapy. *Nat Cancer*. 2023. 4(9), 1239-1257, doi: 10.1038/s43018-023-00617-9.
 4. Bartoletti M, Pelizzari G, Gerratana L, Bortot L, Lombardi D *et al.* Bevacizumab or PARP-Inhibitors Maintenance Therapy for Platinum-Sensitive Recurrent Ovarian Cancer: A Network Meta-Analysis. *Int J Mol Sci*. 2021. 21(11), doi: 10.3390/ijms21113805.
 5. Ghosh R, Lahiri D, Ghosh D, Sen K, *et al.* Bevacizumab in recurrent epithelial ovarian cancer: real-world experience from a tertiary cancer hospital in India. *Ecancermedalscience*. 2025. 32(13), 1302-8, doi: 10.3332/ecancer.2025.1897.
 6. DiSilvestro P, Banerjee S, Colombo N, Scambia G, *et al.* Overall Survival With Maintenance Olaparib at a 7-Year Follow-Up in Patients With Newly Diagnosed Advanced Ovarian Cancer and a BRCA Mutation: The SOLO1/GOG 3004 Trial. *J Clin Oncol*. 2023. 71(2 Suppl), 524-9, doi: 10.1200/JCO.22.01549.
 7. Aghajanian C, Blank S V, Goff B A, Judson P L, Teneriello M G, *et al.* OCEANS: a randomized, double-blind, placebo-controlled phase III trial of chemotherapy with or without bevacizumab in patients with platinum-sensitive recurrent epithelial ovarian, primary peritoneal, or fallopian tube cancer. *Journal Clinical Oncology*. 2012. 30(17), 2039-45. doi: 10.1200/JCO.2012.42.0505.
 8. Gadducci A, Landoni F, Maggino T, Sartori E, Zola P, *et al.* Serum CA125 assay at the time of relapse has no prognostic relevance in patients undergoing chemotherapy for recurrent ovarian cancer: a multicenter Italian study. *International Journal of Gynecological Cancer*. 1997. 7(1), 78-83, doi: 10.1046/j.1525-1438.1997.00424.x.
 9. Miller and Rustin. How to follow-up patients with epithelial ovarian cancer. *Current Opinion Oncology*. 2010. 22(5), 498-502, doi: 10.1097/CCO.0b013e32833ae8b6.
 10. Berek J S, Renz M, Kehoe S, Kumar L, Friedlander. Cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum: 2021 update. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*. 2021. 155(1), 61-85, doi: 10.1002/ijgo.13878.
-