

# **UNG THƯ BUỒNG TRỨNG TRONG THAI KỲ**

**BSCK II VÕ THANH NHÂN**  
**Khoa Ung Bướu Phụ Khoa**  
**Bệnh viện Từ Dũ**



**HỘI NGHỊ SẢN PHỤ**  
**VIỆT - PHÁP -**  
**THÁI BÌNH**



# NỘI DUNG

- GIỚI THIỆU
- CHẨN ĐOÁN UNG THƯ' BT TRONG THAI KỲ
- PHẪU THUẬT
- HÓA TRỊ TOÀN THÂN
- ĐIỀU TRỊ HỖ TRỢ
- THEO DÕI THAI KỲ
- KẾT LUẬN



HỘI NGHỊ SẢN PHỤ KHOA LẦN THỨ  
VIỆT - PHÁP - CHÂU Á **19**  
THÁI BÌNH DƯƠNG

# GIỚI THIỆU



- Các khối u buồng trứng trong thai kỳ lên đến 1 trong 1.000 ca mang thai.  
Trong số các khối u này có khoảng 3 - 6% là ác tính.
- Ung thư buồng trứng là bệnh ác tính phụ khoa phổ biến thứ hai trong thai kỳ sau ung thư cổ tử cung, ảnh hưởng đến 1 trong 12.500-25.000 phụ nữ mang thai.
- INCIP (International Network on Cancer, Infertility and Pregnancy ) :  
Trong số hơn 1.000 trường hợp được chẩn đoán ung thư trong thai kỳ, ung thư buồng trứng chiếm 5% trong tất cả các trường hợp.



- Khoảng 6% khối u phần phụ nghi ngờ được phẫu thuật trong thai kỳ là ác tính,  
trong đó 49% -75% là ung thư buồng trứng biểu mô,  
9% -16% là ung thư mô đệm dây sinh dục  
và 6% -40% là khối u tế bào mầm.
- Tần suất thấp của khối u ác tính buồng trứng trong thai kỳ  
>>> tài liệu khan hiếm chủ yếu bao gồm các báo cáo loạt  
ca nhỏ

# Leiserowitz GS et al: Gynecol Oncology 2006

- 1991 – 1999
- N: 4,846,505 thai
- 9375 khối u BT được chẩn đoán trong thai kỳ
- 87 ung thư BT (0.93%)
- 115 U giáp biên (1.2%)

HISTOLOGY	NUMBER OF CANCERS	NUMBER OF LPM TUMORS
Serrous ( including papillary)	14	82
Mucinous	10	33
Endometrioid	5	
Clear cell	3	
Other epithelial	12	
Pseudomyxoma peritonei	8	
Germ cell		
Dysgerminoma	14	
Malignant teratoma	12	
Endodermal sinus tumor	3	
Mixed germ cell tumor	3	
Choriocarcinoma	2	
Granulosa cell tumor		1
Total	87	



- Các hướng dẫn lâm sàng dựa trên bằng chứng về cách xử trí ung thư buồng trứng tốt nhất ở những bệnh nhân này vẫn chưa được phát triển do thiếu các thử nghiệm ngẫu nhiên và nghiên cứu đoàn hệ.
- Vì vậy, rất khó để quyết định điều trị cho bệnh nhân ung thư buồng trứng khi mang thai.

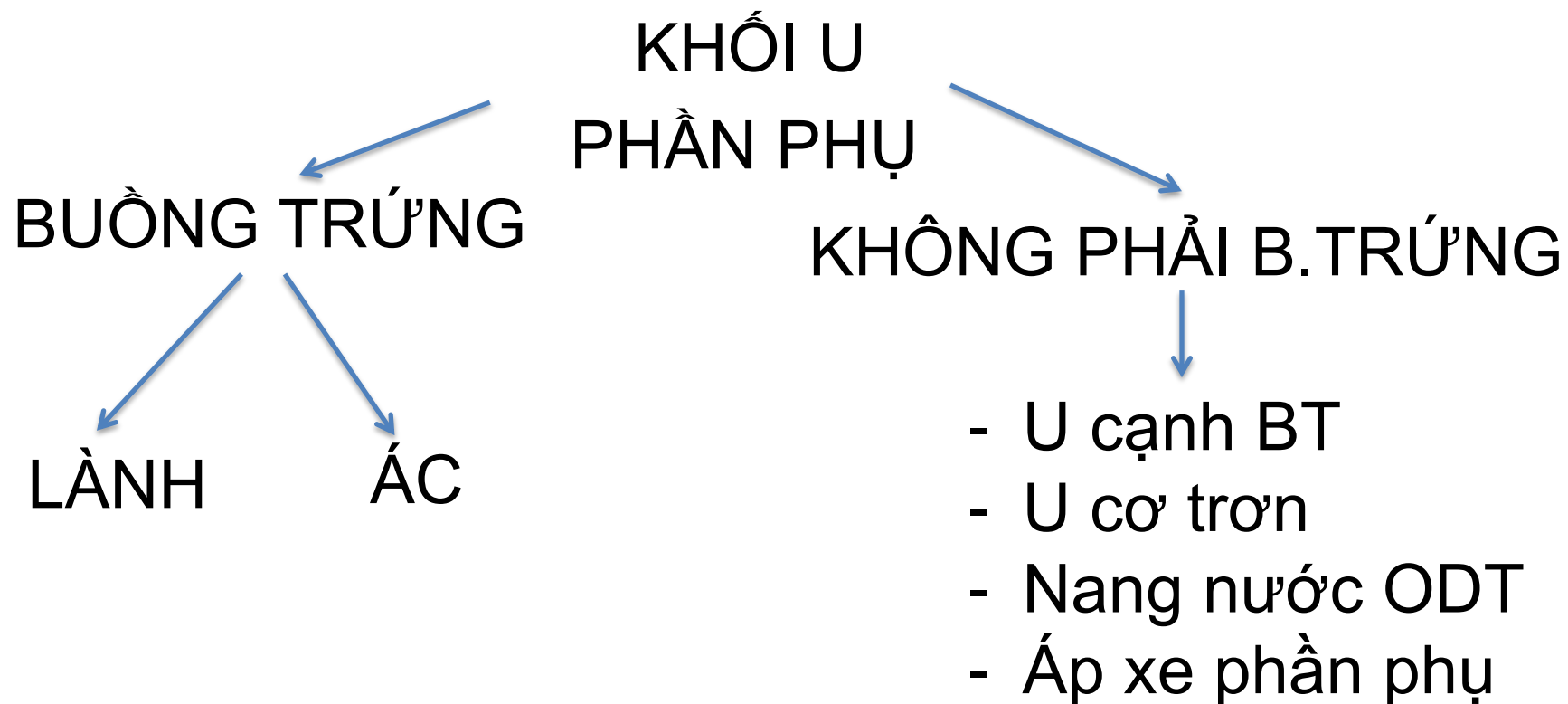
- Việc điều trị ung thư buồng trứng trong thai kỳ, thường đòi hỏi chuyên môn đa ngành, chủ yếu được xác định bởi các yếu tố :
  - + mong muốn giữ thai
  - + tiên lượng của mẹ
  - + giai đoạn bệnh
  - + tuổi thai lúc chẩn đoán
- Điều trị đòi hỏi phải hy sinh thai nhi. Tuy nhiên, trong hầu hết các trường hợp, có thể đưa ra cách điều trị phù hợp cho người mẹ mà không khiến thai nhi gặp nguy hiểm nghiêm trọng.



- Tại BV Từ Dũ, hàng năm số trường hợp phẫu thuật khối u phần phụ trong thai kỳ khoảng từ 130-150 trường hợp, trong đó ung thư BT khoảng 5% trường hợp.
- Phần lớn các trường hợp ung thư BT trong thai kỳ ở giai đoạn sớm, bảo tồn sinh sản và có chỉ định hóa trị.



# CHẨN ĐOÁN UNG THƯ BUỒNG TRỨNG TRONG THAI KỲ



# KHỐI U BUỒNG TRỨNG



## LÀNH TÍNH

Nang chức năng

Nang hoàng thể

Theca lutein cyst

Luteoma

Nang xuất huyết

U quái dạng nang lành

U thanh dịch

U dịch nhầy

## ÁC TÍNH

Biểu mô

Tế bào mầm

Mô đệm/dây sinh dục

Tế bào hạt

Di căn

- Hầu hết các khối u buồng trứng ác tính trong thời kỳ mang thai được chẩn đoán tình cờ ở phụ nữ không có triệu chứng khi khám thai định kỳ, trong đó siêu âm lặp lại nhiều lần, bao gồm siêu âm Doppler, đóng vai trò then chốt trong chẩn đoán.
- Hầu hết khối phần phụ vẫn không được ghi nhận cho đến khi mổ lấy thai hoặc có triệu chứng.
- Siêu âm + mổ lấy thai >>> Phát hiện ngẫu nhiên khối u phần phụ không triệu chứng



Swaroop Neelam, Ekta Singh, Kumari kalpana and Maya Singh. Huge Ovarian Mass with Pregnancy: a Case Report from Rural India. Case Report. J Gynecol Women's Health Volume 2 Issue 5 -March 2017



Swaroop Neelam, Ekta Singh, Kumari kalpana and Maya Singh. Huge Ovarian Mass with Pregnancy: a Case Report from Rural India. Case Report. J Gynecol Women's Health Volume 2 Issue 5 -March 2017

# SIÊU ÂM



- Kích thước > 10 cm + tỉ lệ phát triển u > 3.5 cm/tuần  
>>> Nguy cơ ác tính

Yen CF, et al: Risk analysis of torsion and malignancy for adnexal masses during pregnancy, Fertil Steril 2009.

- Khối u buồng trứng < 5 cm : lành tính  
(Nang chức năng BT hay Nang hoàng thể)
- Phần lớn khối u BT tồn tại  $\geq 5$  cm là u bì

- Hỗn hợp (Đặc–Nang): nhiều khả năng ác tính.
- Đặc đơn thuần hay nang đơn thuần: nhiều khả năng lành tính.
- Nang ác tính :
  - Thành dày
  - Nốt trên thành u
  - Vách dày > 3 mm
  - Chồi nhú
  - Thành phần đặc :yếu tố dự báo quan trọng nhất của bệnh ác tính
  - Dịch báng : giá trị tiên đoán (+) 95% ác tính

(Brown et al , 1998)

# MRI



- Chỉ định :
  - Nghi ngờ ác tính
  - Hình ảnh kém
  - Khu trú không đủ
- Bất lợi :
  - Giá thành cao
  - Tốn nhiều thời gian hơn siêu âm
- Thuận lợi :
  - An toàn trong thai kỳ (thiếu bức xạ ion hóa so với CT)
  - Tốt trong việc xác định u nang lạc nội mạc tử cung & u bì
  - Độ phân giải vượt trội khi so sánh với CT
  - Tạo hình ảnh trong một số mặt phẳng



# CT



- Chụp cắt lớp vi tính (CT) vùng chậu và bụng :
  - + gây ra sự phơi nhiễm đáng kể của thai nhi với bức xạ
  - + chắc chắn nên tránh trong ung thư buồng trứng và đánh giá giai đoạn trong thời kỳ mang thai.
- CT scan không được khuyến cáo trong thai kỳ do có thể gây hại cho thai nhi. Phơi nhiễm phóng xạ của thai nhi được báo cáo trong khoảng từ 20 đến 40 mGy.
- PET 18F-FDG có ít ứng dụng trong thai kỳ. Các hạt nhân phóng xạ có thể ảnh hưởng đến sức khỏe của thai nhi tùy thuộc vào dược động học của chất đánh dấu, sự tiếp cận của thai nhi với bàng quang của mẹ và tuổi thai.

# DẤU HIỆU SINH HỌC BƯỚU



- Kháng nguyên ung thư có liên quan đến các chức năng sinh học liên quan đến sự phát triển, biệt hóa và trưởng thành của thai nhi.
- Một số dấu hiệu sinh học bướu rất khó để giải thích trong thai kỳ.
- Kháng nguyên ung thư: AFP, CEA, HCG và CA - 125
- Nồng độ thường cao trong thời kỳ mang thai và dao động theo tuổi thai.

- **CA 125 :**

- ✓ CA125 có giá trị tiên đoán tích cực thấp hơn trong thai kỳ, với các biến thể dựa trên tuổi thai.
- ✓ CA125 tăng trong tam cá nguyệt thứ nhất, bình thường trong tam cá nguyệt thứ hai và thứ ba, và vẫn tăng ở thời điểm sanh và 48 giờ sau đó

Units	Nonpregnant Adult	First Trimester	Second Trimester	Third Trimester
U/ml	< 35	0 - 51.5	0 - 30.8	0 - 56.3



- **AFP and beta-HCG**

- ✓ tăng nhanh trong tam cá nguyệt thứ nhất và thứ hai
- ✓ nhưng chủ yếu được tiết ra bởi nguyên bào nuôi và do đó có thể không được sử dụng làm dấu ấn khối u.

Vì vậy, đánh giá dấu ấn sinh học chỉ nên được thực hiện **ít nhất 2 - 10 tuần sau sinh** để có được thông tin đáng tin cậy.

# ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT



## Xem xét trước phẫu thuật

- Nhóm đa chuyên khoa nên bao gồm bác sĩ ung thư phụ khoa, bác sĩ sản khoa, bác sĩ giải phẫu bệnh, bác sĩ sơ sinh, nhà tâm lý học và bác sĩ gây mê.
- Bệnh nhân và gia đình nên được thông báo về các lựa chọn khác nhau và nguy cơ cho thai nhi có thể xảy ra.
- Không có bằng chứng nào chứng minh lợi ích của phá thai bằng phương pháp y khoa, sau đó là điều trị chuẩn cho bệnh ung thư buồng trứng liên quan đến thai kỳ.
- Nên thảo luận cẩn thận với cha mẹ như một lựa chọn tiềm năng, đặc biệt là trong ba tháng đầu.
- Phụ nữ mang thai có thể coi phẫu thuật bụng là vi phạm tình trạng mẹ.

# Chỉ định phẫu thuật



- Mức độ nghi ngờ ác tính
- Phát triển biến chứng
  - Nghi ngờ vỡ u hay xoắn
  - có khả năng cản trở chuyển dạ
  - >10 cm (tăng nguy cơ ung thư )
  - Có vách ngăn, nốt, thành phần nhú hoặc thành phần đặc



## Khuyến cáo xử trí khối u phần phụ trong thai kỳ (Wiliam, 2010)

### Phẫu thuật cắt bỏ

>10 cm (nguy cơ ung thư hoặc xoắn).

6 to 10 cm: SÂ hay MRI hay cả 2 : đề nghị là u

<6cm: bắt đầu thể hiện tính chất ác tính, hay có triệu chứng.

### Theo dõi : siêu âm lập lại

Khối u nang được cho là lành tính

<6 cm

Phẫu thuật chọn lọc ở 14 đến 20 tuần (hầu hết các khối sẽ được thực hiện như vậy vào thời điểm này).

# Thời điểm phẫu thuật



- Phẫu thuật trong ba tháng đầu có thể liên quan đến tỷ lệ sảy thai cao hơn, do sự phá vỡ hoàng thể hoặc thao tác tử cung trực tiếp.
- Bất cứ khi nào có thể, trì hoãn phẫu thuật từ 14 đến 20 tuần tuổi thai là một lựa chọn an toàn hơn. Trong tam cá nguyệt thứ ba, nguy cơ sinh non nên được tính đến.
- Sự hình thành cơ quan đã hoàn tất: giảm thiểu nguy cơ gây quái thai do thuốc
  - + Nguy cơ sảy thai thấp.
  - + Cắt u nang hoặc cắt bỏ buồng trứng không ảnh hưởng đến nồng độ progesterone
  - + Hầu như tất cả các u nang chức năng đã biến mất
  - + Sảy thai tự phát do bất thường thai nhi xảy ra trong ba tháng đầu





- Nếu phẫu thuật được lên kế hoạch trong ba tháng đầu, progesterone tiêm bắp (IM) hàng ngày được đề nghị.
- Đối với phẫu thuật xảy ra trong khoảng từ 24 đến 34 tuần, nên tiêm corticosteroid để cho sự trưởng thành phổi của thai nhi 48 giờ trước khi phẫu thuật
- Tocolytics: không cần thiết thường xuyên, nhưng nếu tử cung kích thích : chế độ giảm co có thể được sử dụng.
- Trong một loạt 28 bệnh nhân được phẫu thuật trong tam cá nguyệt thứ ba, các thuốc giảm co (indomethacin hoặc terbutaline) đã được sử dụng, và không có cơn co tử cung rõ ràng nào được báo cáo trong 86% trường hợp, ngay cả khi không có nhóm chứng.

# Chăm sóc trong phẫu thuật



- Bệnh nhân nên được đặt ở tư thế nghiêng bên trái để ngăn ngừa chèn ép tĩnh mạch chủ dưới và hội chứng hạ HA cũng như cải thiện tưới máu tử cung >>> để giữ HA liên tục và tránh tình trạng thiếu oxy đe dọa đến thai nhi (hạ HA của mẹ, xuất huyết và giảm thể tích).
- Đánh giá thai nhi bằng thao dõi tim thai được chỉ định trước và sau khi phẫu thuật.
- Điều trị miễn dịch dự phòng sau phẫu thuật bằng huyết thanh chống Rh được khuyến cáo cho các bà mẹ Rh âm tính.
- Điều trị dự phòng huyết khối là bắt buộc trong một khoảng thời gian thích hợp để giảm nguy cơ huyết khối liên quan đến thai kỳ và ung thư.

# Đánh giá KT : PT nội soi hay mổ bụng

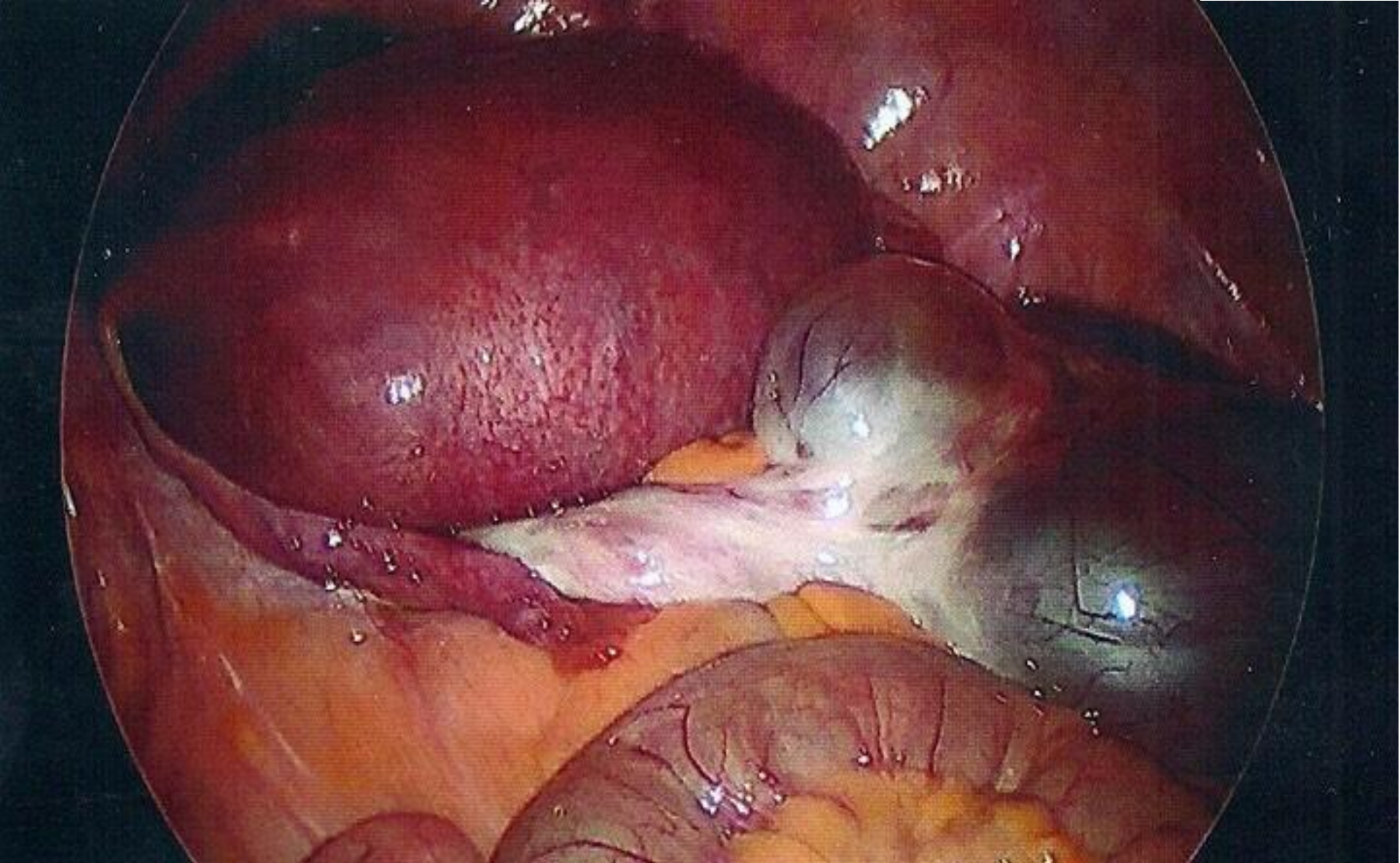


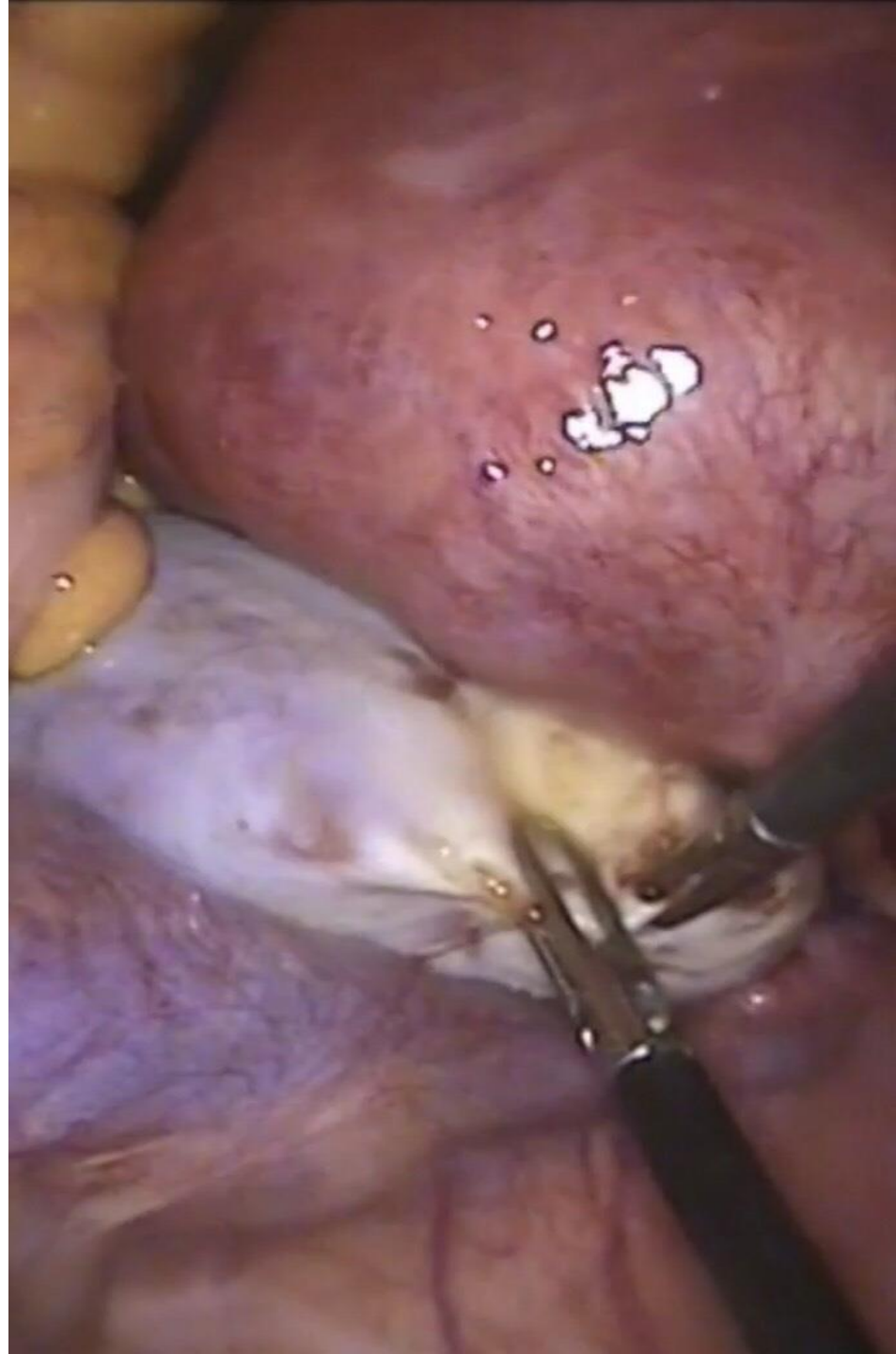
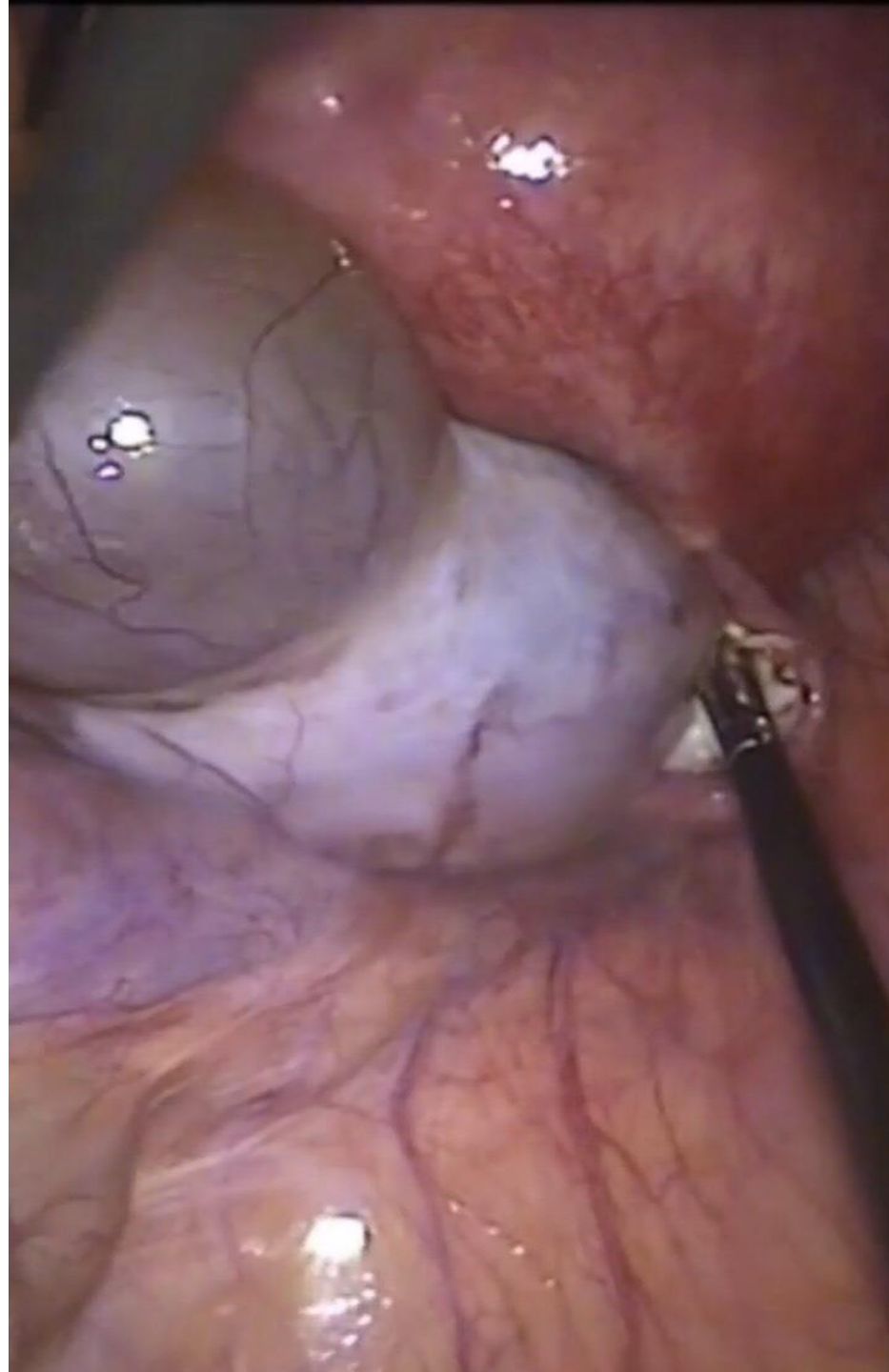
<http://www.macsforcancer.com/index.php/patient-ovary>

Prof. Dr. med. Michael D. Mueller, Department of  
Obstetrics and Gynecology, Inselspital Bern

- Nội soi có thể làm giảm máu tử cung bằng cách tăng áp lực trong ổ bụng
  - Hạ huyết áp thai nhi, thiếu oxy - thủng tử cung do trocar hoặc kim Veress - Nhiễm axit thai nhi do hấp thụ CO<sub>2</sub>.
- Hai nghiên cứu hồi cứu so sánh kết quả của mẹ và thai sau khi PT nội soi hoặc PT hở được thực hiện trong thai kỳ. 68 PT nội soi và 78 PT hở được so sánh, **không có sự khác biệt đáng kể về kết quả của thai nhi và mẹ.**
- Một nghiên cứu Thụy Điển đã so sánh bệnh nhân trải qua phẫu thuật bụng trong thai kỳ. Kết quả của thai nhi được so sánh trong 2181 PT nội soi và 1522 PT hở. Tăng nguy cơ cân nặng khi sinh <2500g, sinh non và hạn chế tăng trưởng trong tử cung được mô tả ở cả hai nhóm so với dân số nói chung. **Không có kết quả khác biệt đã được báo cáo.**

Phẫu thuật nội soi cắt u buồng trứng trên bệnh nhân nhân có thai tại BV Từ Dũ





- Tổng hợp hệ thống : nguy cơ vỡ u nang trong phẫu thuật, lan tràn mô ung thư và di căn vị trí các lỗ trocar khi nội soi được sử dụng trong ung thư buồng trứng ác tính giai đoạn sớm.
- Chuyển đổi sang mổ bụng hở nên được xem xét trong bất kỳ trường hợp ác tính, xem xét tuổi thai và sự cần thiết của đánh giá giai đoạn ung thư chính xác. Nên xem xét một đường mổ dọc giữa, có thể mang lại sự tiếp xúc rộng khung chậu.

# Đánh giá giai đoạn



- Sinh thiết lạnh nên được thực hiện để hướng dẫn xử trí PT
- Chẩn đoán xác định giải phẫu bệnh lý nên được thực hiện bởi nhà giải phẫu bệnh học được đào tạo tốt trong lĩnh vực ung thư phụ khoa.

## U giáp biên ác

- Chiếm 10% đến 20% trong tất cả các khối u ác tính buồng trứng.
- Đặc trưng bởi phân bố tuổi trẻ hơn, giai đoạn thấp hơn trong chẩn đoán và tiên lượng thuận lợi.
- Cắt bỏ khối u và tất cả các tổn thương đại thể là bắt buộc.
- Có xu hướng tiên lượng tích cực hơn và tần suất cao hơn của giai đoạn tiến xa ở phụ nữ không mang thai >>> kiểm tra chính xác bề mặt PM ổ bụng và sinh thiết của bất kỳ tổn thương nghi ngờ





# Ung thư buồng trứng biểu mô xâm lấn

- Phụ thuộc vào giai đoạn bệnh và mô bệnh học bướu.
- FIGO giai đoạn IA, độ 1: phẫu thuật đánh giá giai đoạn tương tự như trong u giáp biên. Đánh giá giai đoạn cũng nên được hoàn thành sau khi sanh.
- FIGO giai đoạn IA, cấp 2-3, IB, IC và IIA: phẫu thuật Nạo hạch vùng chậu và cạnh MMCB có hệ thống bên cạnh việc cắt bỏ khối u phần phụ.

- Trong giai đoạn tiến xa:
  - Chủ yếu phụ thuộc vào tuổi thai.
  - Nếu bệnh nhân mong muốn giữ thai, phẫu thuật cắt bỏ triệt để là không khả thi trong thai kỳ.
  - Các phương pháp thay thế bao gồm phẫu thuật debulking với chấm dứt thai kỳ hoặc lúc sanh, hoặc xử trí dự kiến cho đến khi sinh hoặc phẫu thuật trong khi mang thai tiếp theo là hóa trị.
  
- Để cho phép thai nhi đạt đến một điều kiện khả thi
  - >>> cần chẩn đoán qua phẫu thuật toàn diện như nội soi chẩn đoán, hóa trị hỗ trợ và phẫu thuật triệt để sau khi sinh.

- Ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn tiến xa trước tuần thai thứ 20 hầu như không tương thích với việc bảo tồn thai kỳ. Chấm dứt thai kỳ trong phẫu thuật cắt bỏ mở rộng với mục đích làm sạch khối u hoàn toàn và hóa trị liệu tiếp theo là lựa chọn điều trị ở những bệnh nhân này.
- Sau tuần thai thứ 20, việc duy trì thai kỳ cần được xem xét và ủng hộ. Nỗ lực phẫu thuật nên được giới hạn trong việc thiết lập chẩn đoán, hóa trị toàn thân nên được bắt đầu ngay lập tức và tiếp tục cho đến khi thai trưởng thành.

## Ung thư buồng trứng không phải biểu mô

- Chẩn đoán ở giai đoạn I (> 90%)
- Phẫu thuật cắt phần phụ một bên cho giai đoạn IA
- Cắt phần phụ hai bên cho giai đoạn IB
- Phẫu thuật cắt mạc nối lớn
- Sinh thiết mù phúc mạc và tế bào học phẫu thuật đường dọc giữa.
- Nạo hạch bạch huyết không được chỉ định trừ khi các hạch to được phát hiện trong phẫu thuật hoặc trong quá trình chẩn đoán hình ảnh.

**Table 13.2** Proposed management of OC in pregnancy

	First trimester	Second trimester	Third trimester
Borderline ovarian cancer	Close observation until second trimester	Surgery, frozen section diagnosis and intraperitoneal sampling	Close observation and postpartum treatment
Early-stage epithelial ovarian cancer	Close observation until second trimester	Surgery, frozen section diagnosis and chemotherapy (according to grade of nuclear differentiation and stage)	Close observation and postpartum treatment <i>or</i> surgery and postpartum chemotherapy .
Advanced-stage epithelial ovarian cancer	Close observation until second trimester	Debulking surgery and postoperative chemotherapy <i>or</i> diagnostic surgery and neoadjuvant chemotherapy (carboplatin and paclitaxel)	Neoadjuvant chemotherapy <i>or</i> preterm delivery and debulking surgery
Non-epithelial ovarian cancer	Close observation until second trimester	Surgery and chemotherapy (according to disease stage)	Close observation and postpartum treatment

Carboplatin AUC 6, Paclitaxel 175 mg/sqm q 21 days



# HÓA TRỊ TOÀN THÂN

- Hầu hết các loại thuốc có MW <600 KDa đều có khả năng đi qua nhau thai. Các tác nhân hóa trị có MW 250-400 Kda.
- Thay đổi PK trong thai kỳ: Tăng thể tích huyết tương, tăng thanh thải thận của thuốc, oxy hóa gan nhanh hơn, giảm nồng độ albumin, khoan thứ ba (nước ối)
- Trong hầu hết các trường hợp, tác dụng độc hại đã được báo cáo khi điều trị được đưa ra trong quá trình tạo phôi trong ba tháng đầu.
- Hầu hết các dữ liệu có sẵn về các nguy cơ gây quái thai của hóa trị liệu được dựa trên các báo cáo trường hợp và loạt hồi cứu. Cần thêm dữ liệu.

## Ảnh hưởng của hóa trị liệu theo giai đoạn thai



Stage	Effect
1st trimester	Abortion 20-30% Malformations 10-25%
2nd and 3rd trimesters	IUGR, low birth weight, miscarriage, premature birth 20-40%
Perinatal period	Maternal/foetal myelosuppression, infections, haemorrhage
Late effects	No detrimental effects on physical and neurocognitive function, gonads or second tumours

- Điều trị thuốc gây độc tế bào là chống chỉ định tuyệt đối trong ba tháng đầu
- Hóa trị không nên được dùng sau tuần thai thứ 35.



***Nếu hóa trị được chỉ định, chúng tôi khuyến cáo nên trì hoãn việc dùng thuốc, nếu có thể, cho đến sau khi sinh hoặc ít nhất là sau 20 tuần để giảm thiểu độc tính tiềm ẩn cho thai nhi.***

European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 149 (2010) 18–21



## Tiềm năng gây sẩy thai / dị tật theo loại thuốc

Cao	Thấp	Không biết
Aminopterin	5FU Doxorubicin	<b>Taxanes</b>
<b>Methotrexate</b>	Daunorubicin	<b>Platinum</b>
Chlorambucil	Vinca alkaloids	compounds
Busulfan	Interferon	Rituximab
Cyclophosphamide		Imatinib
Mustard		Trastuzumab
Procarbazine		Other mAbs
Ara-C		
Tamoxifen		

- Cisplatin có liên quan đến mất thính lực hai bên và phì đại tâm thất.
- Carboplatin có thể thay thế cisplatin
  - dao động từ AUC 5-7,5
  - giới hạn trên 800mg
- Vinblastine nên được dùng thay thế etoposide do thai nhi có thể mắc bệnh bạch cầu tăng sau khi dùng  
PEB >>> PVB
- Paclitaxel hàng tuần không thể được khuyến cáo trong thai kỳ



- Hóa trị trong phức mạc của thuốc gây độc tế bào hiện không có vai trò trong điều trị ung thư buồng trứng ở phụ nữ mang thai.
- Ức chế sự tân sinh mạch máu (thông qua V-EGF hoặc các con đường khác), bằng kháng thể đơn dòng được nhân hóa hoặc bằng các phân tử nhỏ
- Thuốc ức chế PARP cũng chống chỉ định trong thời kỳ mang thai do tác dụng có hại của chúng đối với hệ thống tạo máu của thai nhi.

# Chỉ định hóa trị trong thai kỳ

## Ung thư biểu mô buồng trứng

- Không có chỉ định hóa trị hỗ trợ trong giai đoạn IA, grade 1 hay u giáp biên ác của buồng trứng.
- Giai đoạn IA, grade 2-3 và nhiều hơn :  
Hóa trị dựa trên Platinum  
Chọn lựa : Paclitaxel + Carboplatin  
cho mỗi 3 tuần  
6 chu kỳ

## Ung thư buồng trứng không phải biểu mô

- Không có hóa trị liệu hỗ trợ cho FIGO giai đoạn IA, u nghịch mầm và FIGO giai đoạn IA, u quái chưa trưởng thành độ 1.
- Tất cả các giai đoạn FIGO cao hơn; u quái chưa trưởng thành độ 2-3 và u nghịch mầm hoặc u hỗn hợp với các thành phần của u túi noãn hoàng : hóa trị liệu bổ trợ
- Phác đồ: Carboplatin + Paclitaxel  
PVB (Cisplatin + Vinblastine + Bleomycine)  
PEB (Cisplatin + Etoposide + Bleomycine)
- 4 chu kỳ hóa trị có ý nghĩa đối với việc bảo tồn khả năng sinh sản, 6 chu kỳ cho khối u túi noãn hoàng.

# ĐIỀU TRỊ HỖ TRỢ



- Trong thời gian mang thai, methylprednisone và Hydrocortison:
  - được chuyển hóa trong nhau thai và chỉ qua khoang thai nhi ở một mức độ nhỏ.
  - được ưa chuộng hơn các loại corticoids có hiệu lực cao dexamethasone hoặc betamethasone
  - liều tương đương phải được tính toán với hệ số chuyển đổi phù hợp.

## Chống nôn

- Metoclopramide và 5-H<sub>3</sub> antagonists : sử dụng an toàn
- NK1 antagonist :
  - + có hiệu quả lớn để ngăn chặn sự nôn muộn
  - + không có dữ liệu trên con người.
- Granulocyte colony-stimulating factor (Filgastrim) + Erythropoietin : sử dụng an toàn ở phụ nữ mang thai

# THEO DÕI THAI KỲ



- Thai kỳ bị ảnh hưởng bởi u ác tính buồng trứng nên được theo dõi với chăm sóc trước sinh theo tiêu chuẩn được thiết lập cho các trường hợp mang thai có nguy cơ cao.
- Có thể sanh ngả âm đạo tùy thuộc vào tình trạng biểu hiện của mẹ và các chiến lược điều trị dự kiến
- Khi sanh nên được thực hiện trong một bệnh viện có đơn vị chăm sóc sơ sinh.
- Tốt nhất nên được trì hoãn cho đến > 35 tuần và không trước tuần thứ 32.
- Nếu sanh trước tuần thứ 34, thuốc cảm ứng trưởng thành phổi với betamethasone phải được xem xét.



# KẾT LUẬN



- Ung thư buồng trứng trong thai kỳ là một thách thức đặc biệt và phương pháp điều trị tối ưu vẫn khó nắm bắt vì các dữ liệu còn hạn chế từ các nghiên cứu hồi cứu với cỡ mẫu nhỏ.
- Do đó, các chiến lược điều trị nên được thảo luận và đúc kết một cách lý tưởng trong một cuộc họp đa ngành liên quan đến các chuyên gia: bác sĩ ung thư phụ khoa, bác sĩ sản khoa, nhà bệnh học, bác sĩ sơ sinh. Điều trị nên được bắt đầu không trì hoãn.
- Lựa chọn trị liệu nên xem xét cả sức khỏe của mẹ và thai nhi, bất cứ khi nào có thể.

A white, hand-drawn style speech bubble sticker is pinned to a corkboard. The sticker has a soft, irregular shape with a small tail at the bottom. The text 'Thank you!!' is written inside in a bold, black, sans-serif font. The corkboard background is a warm, textured brown color.

Thank  
you!!