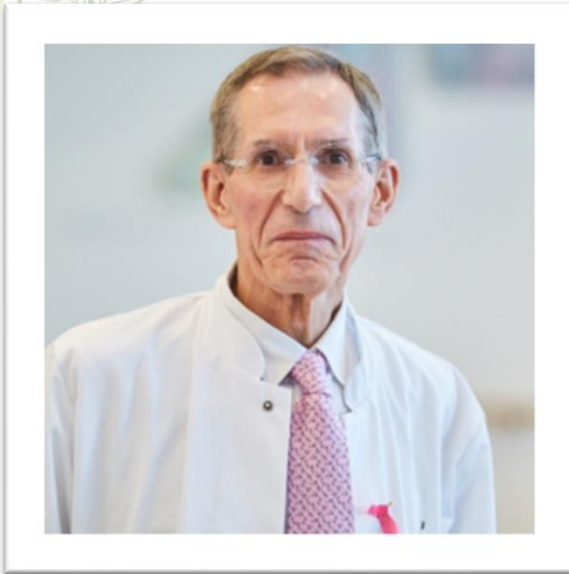




HỘI NGHỊ SẢN PHỤ KHOA
VIỆT - PHÁP - CHÂU Á
THÁI BÌNH DƯƠNG

LẦN THỨ

22



GS. Philippe Judlin

Trưởng khoa Phụ sản

Trưởng Phòng khám Sản Phụ khoa,

NANCY CHRU, Pháp

Thành viên Hội Sản Phụ khoa Pháp (CNGOF)



Tiếp cận ban đầu bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng

GS. P Judlin

Pôle du Gynécologie-Obstétrique

RPC CNGOF 2019



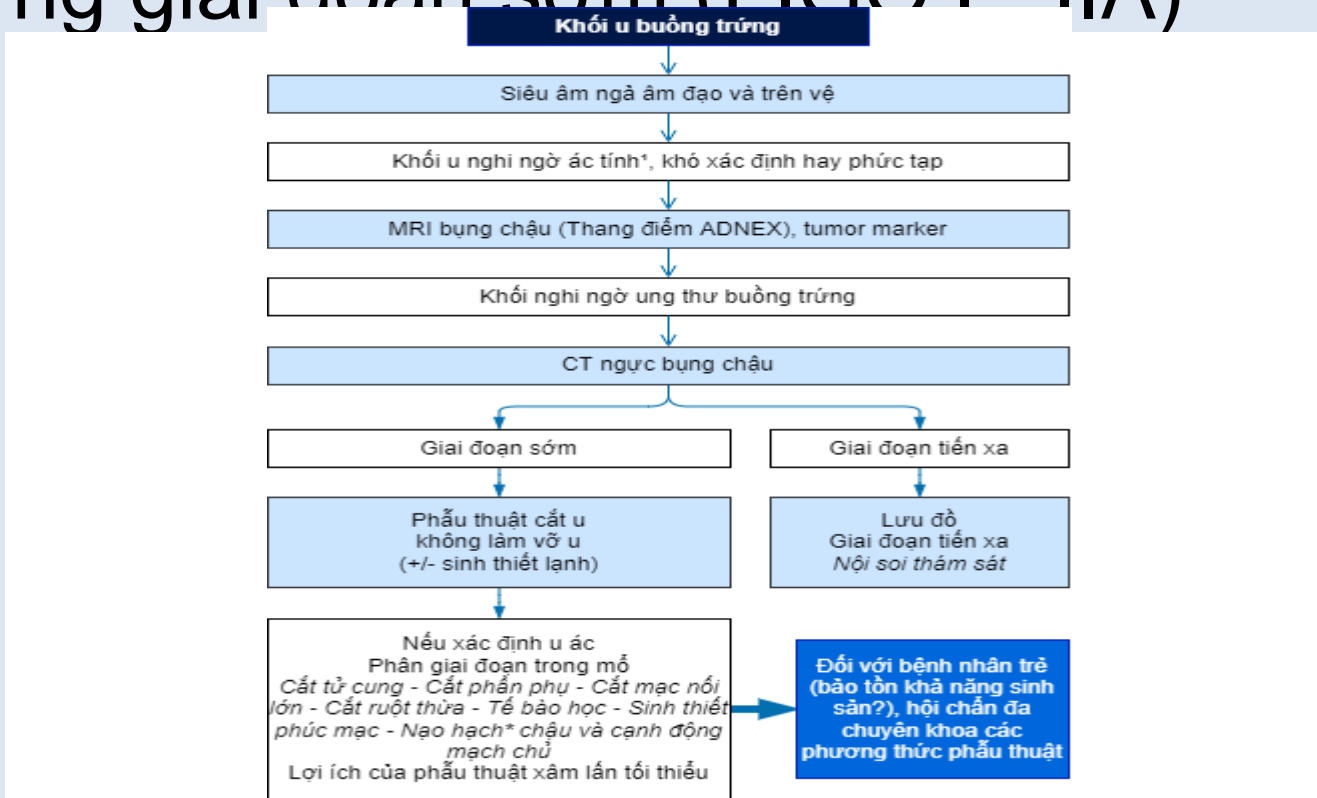
FRANCOGYN



Mục tiêu

- Cải thiện cách tiếp cận bệnh nhân ung thư biểu mô (trừ u giáp biên)
- Đánh giá bảo tồn khả năng sinh sản ở bệnh nhân trẻ tuổi
- Tiêu chuẩn hóa các bước tiếp cận và cải thiện tiên lượng
- Các biện pháp điều trị nội khoa không được trình bày trong bài này

Lưu đồ 1. Ung thư buồng trứng và ống dẫn trứng giai đoạn sớm (FIGO I - IIA)



* ngoại trừ u nhầy thâm nhiễm lan tỏa

¹ Định nghĩa sang thương nghi ngờ ác tính trên hình ảnh học

- siêu âm: khối u có ít nhất 1 dấu hiệu ác tính và không có dấu hiệu lành tính (IOTA simple rules)

Hình ảnh học u buồng trứng

Simple rules

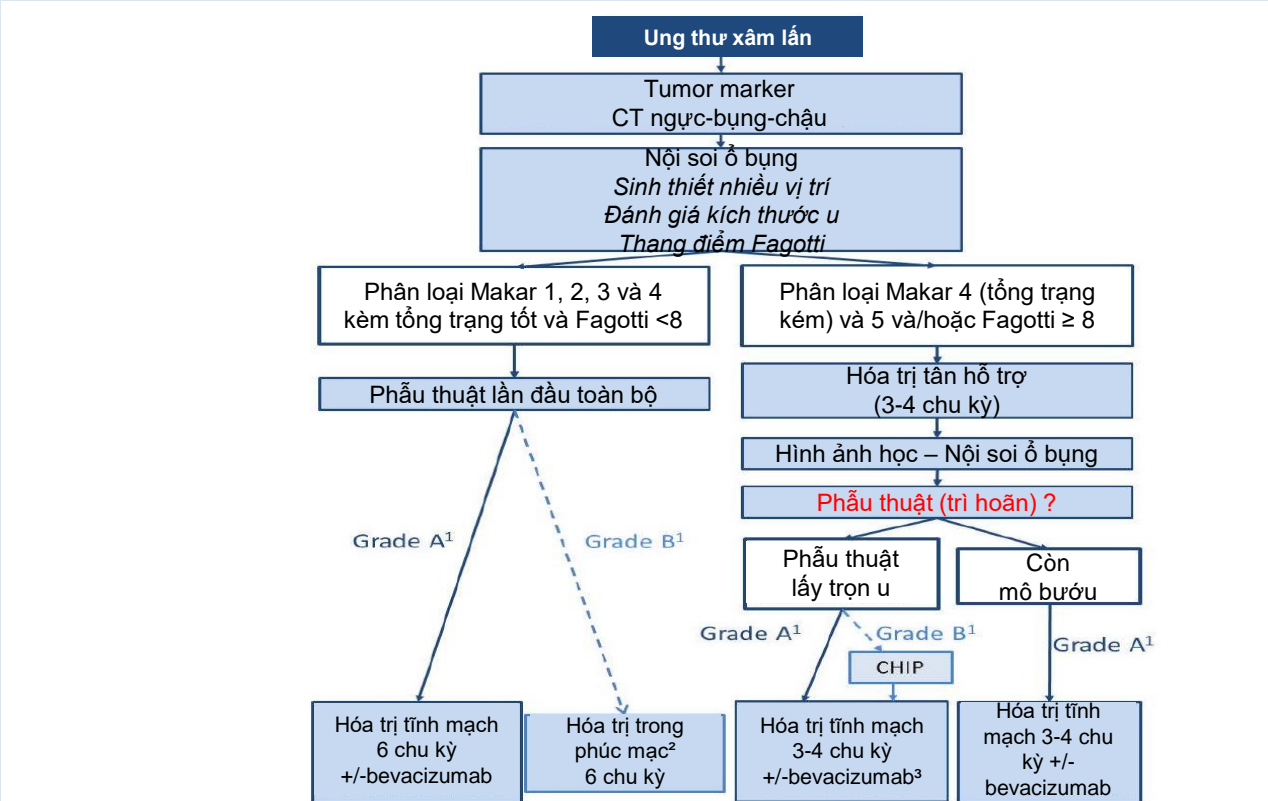
Quy tắc lành tính	Quy tắc ác tính
B1: U chỉ gồm một thùy đơn độc	M1: Khối u đặc không thuần nhất
B2: U có thành phần đặc, kích thước < 7 mm	M2: Có dịch báng bụng
B3: Có bóng lưng	M3: Có ≥ 4 chồi
B4: Khối u nhiều thùy, thành trơn láng, < 100 mm	M4: U đặc đa thùy có phần đặc và không thuần nhất, đường kính lớn nhất > 100 mm
B5: Không có dòng chảy	M5: Dòng chảy rất mạnh

ADNEX MR score system (Ruiz 2016)

	Nguy cơ ác tính*	Phân loại
Không có sang thương trên MRI	0%	Nguy cơ rất thấp
Nang đơn thùy hoặc vòi trứng tăng tín hiệu T2 (typ 5) không có phần mô đặc Nang đơn thùy lạc nội mạc, không tăng âm bên trong Sang thương mỡ, không có phần mô đặc Không tăng âm thành u Phần mô đặc giảm tín hiệu trên T2W và DW	0-1,7%	Nguy cơ thấp
Nang đơn thùy tăng tín hiệu T1 (typ 3-4) (không phải mỡ hay lạc nội mạc) Nang đa thùy, không chứa mô đặc Mô đặc với đường cong bắt thuốc typ 1	5,1-7,7%	Nguy cơ trung bình
Mô đặc với đường cong bắt thuốc typ 2	26,6-57,1%	Nguy cơ cao
Mô đặc với đường cong bắt thuốc typ 3 Cấy ghép phúc mạc	68,3-100%	Nguy cơ rất cao

* Phần trăm quan sát trong 2 nghiên cứu ngoại kiểm [Ruiz 2016, Pereira 2018]

Lưu đồ 2. Ung thư giai đoạn muộn FIGO III



¹ Mức độ khuyến cáo

² Độc tính đường tiêu hóa trong phúc mạc > tiêu tĩnh mạch

CHIP: chimiothérapie intrapéritonéale hyperthermique: hóa trị nhiệt độ cao trong phúc mạc

Phân giai đoạn ung thư

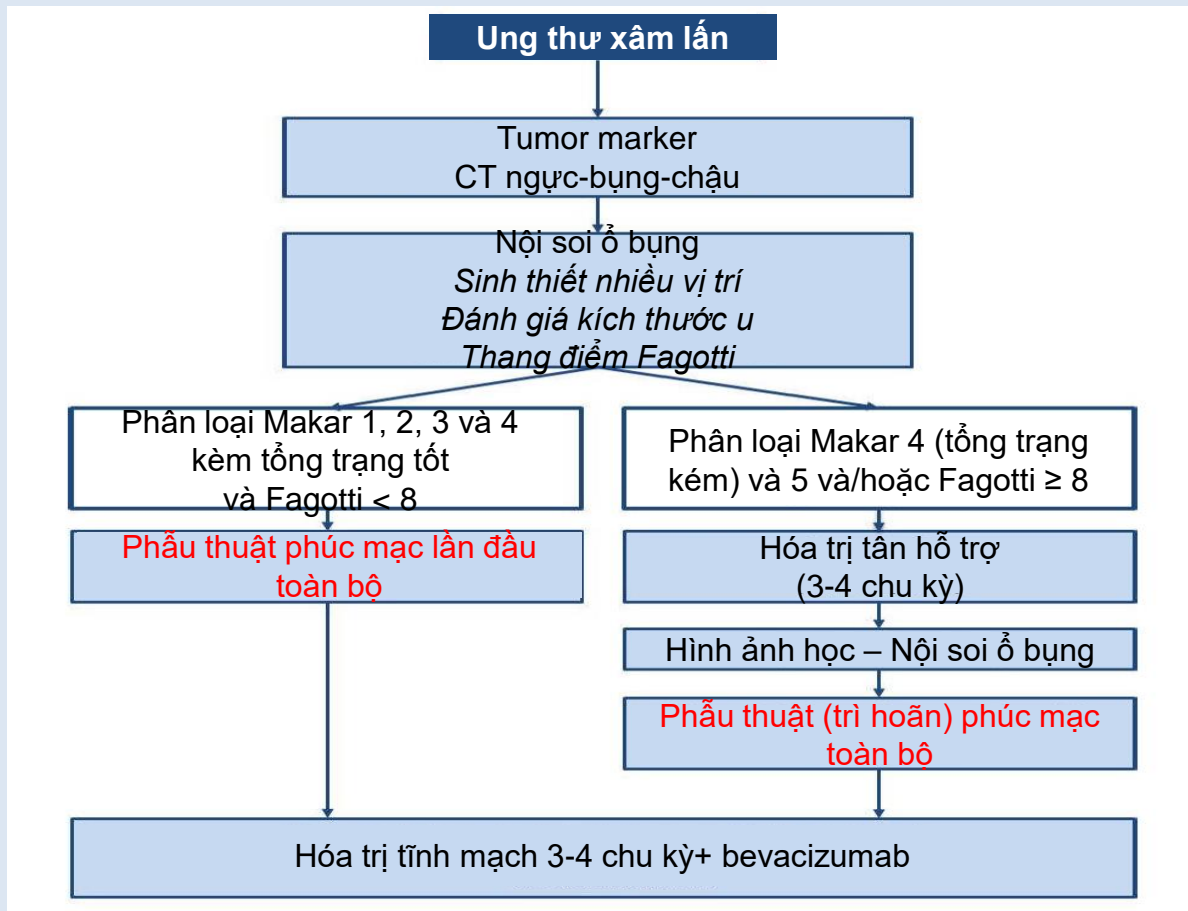
Nhóm 1	U khu trú vùng chậu Không hoặc có ít dịch báng Không cần cắt đoạn ống tiêu hóa
Nhóm 2	U khu trú vùng chậu Không hoặc có ít dịch báng Cần cắt đoạn ống tiêu hóa
Nhóm 3	Phần lớn u ở khoang trên đại tràng ngang Không hoặc có ít dịch báng Không cần cắt đoạn ống tiêu hóa
Nhóm 4	Phần lớn u ở khoang trên đại tràng ngang Không hoặc có ít dịch báng Cần cắt đoạn ống tiêu hóa
Nhóm 5	Phần lớn u ở khoang trên đại tràng ngang Nhiều dịch báng hoặc di căn mạc treo Cần cắt nhiều đoạn ống tiêu hóa

Phân giai đoạn Makar

Tham số	Điểm
Bánh mạc nối	2: xâm nhiễm lan tỏa đến bờ cong lớn dạ dày 0: khu trú đơn độc
Di căn phúc mạc	2: xâm nhiễm phúc mạc rộng không cắt bỏ được, hoặc dạng hạt kê 0: di căn giới hạn (rãnh đại tràng hoặc phúc mạc chậu, có thể cắt bỏ trong mổ)
Di căn cơ hoành	2: xâm nhiễm rộng hoặc các nốt dính chùm thâm nhiễm đa số bề mặt cơ hoành 0: các trường hợp khác
Cơ kéo mạc treo ruột	2: cơ kéo mạc treo ruột 0: không cơ kéo mạc treo
Thâm nhiễm ống tiêu hóa	2: cần cắt đoạn ống tiêu hóa 0: các trường hợp khác
Thâm nhiễm dạ dày	2: nốt thâm nhiễm dạ dày và/hoặc lách và/hoặc mạc nối nhỏ 0: các trường hợp khác
Di căn gan	2: sang thường bề mặt > 2cm 0: các trường hợp khác

Phân giai đoạn Fagotti

Lưu đồ 3. Ung thư giai đoạn FIGO IV



Lưu đồ 4. Theo dõi sau trị liệu

Đánh giá triệu chứng của bệnh nhân sau 3, 6, 12, 18, 24 tháng, sau đó mỗi năm 1 lần

Phẫu thuật lấy trọn u
ECOG=0

Phẫu thuật còn sót lại mô u
và/hoặc ECOG>0

6 tháng sau hóa trị
Theo dõi cận lâm sàng

Không theo dõi
cận lâm sàng

HE4 hoặc CA 125
mỗi 6 tháng

Nếu các chất đánh dấu tăng
Thực hiện hình ảnh học

Chẩn đoán ung thư buồng trứng

Hình ảnh học (siêu âm, MRI)

Chỉ định

- Khuyến cáo siêu âm ngã âm đạo và trên vệ để đánh giá khối u buồng trứng (Grade A)
- Đồng thuận phân tích chủ quan trong trường hợp siêu âm được thực hiện bởi chuyên gia kinh nghiệm (Grade A)
- Trường hợp siêu âm không phải bởi chuyên gia, khuyến cáo áp dụng **Simple Rules** (Grade A) và phải kết hợp với phân tích chủ quan để hội chẩn với chuyên gia về siêu âm (Grade A)
- Trường hợp siêu âm ngã âm đạo và trên vệ chưa xác định được loại sang thương buồng trứng, khuyến cáo thực hiện MRI vùng chậu (Grade A)

Quy trình MRI vùng chậu

- Nếu thực hiện MRI, khuyến cáo MRI chuỗi xung T1, T2, xóa mỡ, khuếch tán, tiêm khảo sát bắt thuốc gadolinium (Grade B)
- Khi mô tả hình ảnh khối u trên MRI, khuyến cáo kèm thêm điểm nguy cơ ác tính (ADNEX MR) (Grade C) trong báo cáo, để dự đoán về giải phẫu bệnh học (Grade C)

Chẩn đoán ung thư buồng trứng

Chất đánh dấu khối u, thang điểm lâm sàng và sinh học

Tumor marker

- Khuyến cáo định lượng CA125 huyết thanh để chẩn đoán u buồng trứng nghi ác tính trên hình ảnh học (Grade A)
- Khuyến cáo định lượng HE4 huyết thanh để chẩn đoán u buồng trứng chưa rõ bản chất trên hình ảnh học (Grade A).
- Trước một trường hợp u buồng trứng chưa rõ bản chất trên hình ảnh học, nếu chỉ sử dụng 1 marker huyết thanh, không có khuyến cáo ưu tiên lựa chọn CA125 hay HE4 để chẩn đoán u buồng trứng nghi ác tính (Grade B).
- Không khuyến cáo đo HE4 nước tiểu để chẩn đoán u buồng trứng nghi ác tính (Grade A)
- Không khuyến cáo xét nghiệm AND tự do của khối u trong máu tuần hoàn (Grade A) hay đo tự kháng thể kết hợp với khối u (Grade B) để chẩn đoán u buồng trứng nghi ác tính.
- Vì không đủ dữ kiện khoa học, không có khuyến cáo về sử dụng nồng độ ACE và CA19.9 trong u buồng trứng chưa rõ bản chất.

Thang điểm lâm sàng và sinh học

- Trước một khối buồng trứng chưa rõ bản chất trên hình ảnh học có thể đề nghị đánh giá theo thang điểm ROMA (**Risk of Ovarian Malignancy Algorithm**) (Grade A)

Sự lan rộng và khả năng phẫu thuật cắt hết u

Hình ảnh học

- Khuyến cáo chụp CT ngực-bụng-chậu tiêm cản quang trong bilan khảo sát sự lan rộng trước điều trị và khả năng cắt hết u trong trường hợp di căn phúc mạc (từ buồng trứng, vòi trứng hoặc tiên phát) (Grade B)
- Có thể đề nghị chụp MRI kèm CT ngực không tiêm thuốc trong trường hợp chống chỉ định tiêm thuốc tương phản chứa iod (suy thận nặng, độ lọc cầu thận < 30 ml/phút) (Grade C)

Báo cáo nên bao gồm (Grade C):

- Mức độ lan rộng của bệnh (bảng bụng lượng nhiều là 1 yếu tố);
- Di căn mạc treo ruột;
- Di căn ống tiêu hóa lan rộng;
- Di căn mạc nối nhỏ (rốn gan);
- Di căn hạch cạnh động mạch chủ trên thận;
- Di căn nhu mô bụng (gan...);
- Di căn ngoài phúc mạc (rốn hay thành bụng, phổi, hạch trung thất...).

Nội soi ổ bụng và thang điểm mô tả trong mổ

Nội soi ổ bụng

- Khuyến cáo nội soi ổ bụng để đánh giá trước điều trị và khả năng cắt hết u của ung thư buồng trứng, vòi trứng và phúc mạc nguyên phát (Grade A)

Thang điểm phẫu thuật

- Khuyến cáo sử dụng thang điểm (tối thiểu loại Fagotti) trong khi nội soi để đánh giá nguy cơ không thể cắt hết u trong phẫu thuật (lần đầu hoặc trì hoãn) bệnh ung thư buồng trứng, vòi trứng và phúc mạc nguyên phát (Grade C)
- Trong trường hợp mổ giảm khối ung thư buồng trứng, vòi trứng di căn phúc mạc hay ung thư phúc mạc nguyên phát, khuyến cáo đánh giá tổng khối u bằng thang điểm **Chỉ số ung thư ổ bụng(PCI)** (Grade C)

Giải phẫu bệnh

BỆNH HỌC

Lợi ích của sinh thiết lạnh trong trường hợp nghi ngờ carcinoma buồng trứng

- Có thể đề nghị sinh thiết lạnh khi phẫu thuật khối nghi ngờ từ buồng trứng nếu kết quả làm thay đổi chiến lược phẫu thuật (Grade B). Sự tương đồng giữa sinh thiết lạnh và kết quả GPB sau cùng có thể dao động tùy vào kinh nghiệm về bệnh học buồng trứng của bác sĩ GPB.

Tiêu chuẩn chất lượng cách lấy mẫu qua nội soi ổ bụng, phương thức vận chuyển, bảo quản mẫu

Lấy mẫu sinh thiết qua nội soi ổ bụng (số lượng, vị trí, thể tích mẫu)

- Trước khi hóa trị, khuyến cáo chẩn đoán xác định carcinoma buồng trứng (loại mô học và phân loại ung thư biểu mô) dựa trên mô sinh thiết, không phải tế bào học (Grade C).
- Khuyến cáo thực hiện sinh thiết nhiều vị trí khác nhau của u với kích thước đủ lớn trước hóa trị tân hỗ trợ (Grade C).
- Nếu thực hiện sinh thiết lõi dưới hướng dẫn hình ảnh học, khuyến cáo lấy ít nhất 3 lõi bằng kim kích thước > 16G (Grade C).

Phẫu thuật giai đoạn IA - IIA

Lợi ích và bản chất của việc phân lại giai đoạn trong phẫu thuật trường hợp phát hiện ung thư buồng trứng dự đoán giai đoạn I hoặc IIA

Cắt mạc nối lớn

- Khuyến cáo cắt mạc nối lớn (ít nhất đến dưới đại tràng) nhằm phân giai đoạn ban đầu trong ung thư buồng trứng được dự đoán giai đoạn sớm (Grade C).
- Trong trường hợp phân giai đoạn ban đầu không thực hiện, hoặc chưa đủ (chưa cắt mạc nối lớn), khuyến cáo phân giai đoạn lại kèm cắt mạc nối lớn, nhất là khi không có chỉ định hóa trị (Grade C).

Cắt ruột thừa

- Khuyến cáo cắt ruột thừa nhằm phân giai đoạn ban đầu trong ung thư buồng trứng dự đoán giai đoạn sớm (Grade C).
- Trong trường hợp phân giai đoạn ban đầu không thực hiện, hoặc chưa đủ (chưa thám sát hoặc chưa cắt ruột thừa), khuyến cáo phân giai đoạn lại kèm cắt ruột thừa, nhất là khi không có chỉ định hóa trị (Grade C).

Phẫu thuật giai đoạn IA - IIA

Tế bào học

- Khuyến cáo xét nghiệm tế bào học màng bụng nhằm phân giai đoạn ung thư buồng trứng dự đoán giai đoạn sớm (Grade C).

Sinh thiết phúc mạc

- Khuyến cáo sinh thiết phúc mạc phân giai đoạn đầu trong ung thư buồng trứng dự đoán giai đoạn sớm (Grade C).
- Nếu có chỉ định phân giai đoạn lại, khuyến cáo sinh thiết phúc mạc (Grade C).

Nạo hạch chậu và cạnh động mạch chủ

- Khuyến cáo nạo hạch chậu và cạnh động mạch chủ được thực hiện khi phẫu thuật phân giai đoạn đầu trong ung thư buồng trứng dự đoán giai đoạn sớm, ngoại trừ loại u dịch nhầy lan rộng (Grade B).
- Trong trường hợp phân giai đoạn hạch thì đầu không thực hiện hoặc chưa đủ, khuyến cáo phân giai đoạn lại kèm nạo hạch, nhất là khi không có chỉ định hóa trị, ngoại trừ loại u dịch nhầy lan rộng (Grade B).

Phẫu thuật xâm lấn tối thiểu trong phân giai đoạn (lại) ung thư buồng trứng dự đoán giai đoạn I hay IIA.

- Trong phẫu thuật phân giai đoạn đầu ung thư buồng trứng dự đoán giai đoạn sớm, việc lựa chọn đường phẫu thuật phụ thuộc vào những điều kiện tại chỗ (nhất là kích thước u) và kinh nghiệm phẫu thuật viên. Khuyến cáo phẫu thuật nội soi nếu có thể tránh làm vỡ u, và lấy bệnh phẩm không rơi vãi (Grade B). Ngược lại, khuyến cáo mổ mở đường giữa (Grade B).
- Ưu tiên nội soi ổ bụng trong mổ phân giai đoạn lại (Grade B).
- Không đủ dữ liệu, không có khuyến cáo nào so sánh việc thực hiện giữa nội soi ổ bụng có hỗ trợ robot so với nội soi ổ bụng truyền thống.

Thông tin bệnh nhân

- Khuyến cáo thông tin về khả năng điều trị bảo tồn cho bệnh nhân ung thư buồng trứng giai đoạn IA trong độ tuổi sinh sản (Grade C).

Chỉ định phẫu thuật bảo tồn chức năng sinh sản trong ung thư buồng trứng

- Ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, có thể đề nghị phẫu thuật bảo tồn tử cung và phần phụ đối bên sau cắt phần phụ trong ung thư buồng trứng giai đoạn IA, grade thấp, các yếu tố phân giai đoạn âm tính (phức mạc, hạch, và nạo sinh thiết lòng tử cung đối với u dạng lạc nội mạc tử cung hay u nhầy) (Grade C). Đặc biệt trường hợp u dịch nhầy buồng trứng lan rộng, phân giai đoạn hạch không cần thiết.
- Khi bệnh nhân mong muốn bảo tồn chức năng sinh sản, khuyến cáo thông tin về nguy cơ tái phát 6-13% ở buồng trứng còn lại (Grade C).
- Khuyến cáo đánh giá cân bằng nguy cơ/lợi ích của phẫu thuật bảo tồn trên giải phẫu bệnh bởi nhóm đa chuyên khoa gồm bác sĩ ung thư (nội và/hoặc ngoại khoa) và bác sĩ hỗ trợ sinh sản (Grade C).
- Không đủ dữ liệu, không có khuyến cáo về chiến lược cắt phần phụ 2 bên với bảo tồn tử cung để nhận trứng hiến tặng.

Chỉ định phẫu thuật bảo tồn chức năng sinh sản trong trường hợp ung thư buồng trứng trong những “tình huống giới hạn” (stade IC)

- Có thể đề nghị cắt phần phụ 2 bên, với bảo tồn tử cung để có thể đề nghị mang thai bằng trứng hiến tặng trong trường hợp ung thư dịch trong, dịch nhầy hay dạng nội mạc giai đoạn FIGO IA grade cao hay FIGO IC1 hoặc IC2 grade thấp (Grade C).
- Có thể thảo luận bảo tồn tử cung và phần phụ đối bên theo từng trường hợp cụ thể bởi hội chẩn đa chuyên khoa ung thư hiếm gặp đối với u tế bào sáng giai đoạn I.
- Không khuyến cáo bảo tồn tử cung trong trường hợp ung thư biểu mô lan xa khỏi buồng trứng, bất kể loại mô học (Grade C).

Trữ lạnh mô buồng trứng

- Vì không đủ dữ liệu, không có khuyến cáo về trữ lạnh buồng trứng nhằm ghép mô buồng trứng trong tương lai trong bệnh cảnh ung thư biểu mô buồng trứng.

Phẫu thuật ung thư muống giai đoạn IIB đến IV

Chỉ định

- Khuyến cáo phẫu thuật tận gốc (không sót u trên đại thể) trong ung thư giai đoạn muống của buồng trứng, vòi trứng và phúc mạc nguyên phát (Grade B).
- Khuyến cáo thực hiện phẫu thuật ở trung tâm điều trị có ít nhất 20 trường hợp ung thư gđ muống mỗi năm (Grade C).
- Khuyến cáo trì hoãn < 6 tuần giữa phẫu thuật và hóa trị hỗ trợ trong ung thư giai đoạn muống của buồng trứng, vòi trứng và phúc mạc nguyên thủy (Grade C).
- Khuyến cáo phẫu thuật trong ung thư buồng trứng, vòi trứng và phúc mạc nguyên thủy giai đoạn IV, khi còn có thể cắt toàn bộ phúc mạc bụng (Grade C).

Nạo hạch

- Khi lâm sàng hoặc hình ảnh học nghi ngờ di căn hạch, khuyến cáo nạo hạch chậu và cạnh động mạch chủ trong ung thư giai đoạn muống của buồng trứng, vòi trứng và phúc mạc nguyên thủy, bất kể typ mô học (Grade B).
- Khi lâm sàng và hình ảnh học không nghi ngờ di căn hạch, và đã thám sát ổ bụng toàn bộ, có thể bỏ qua bước nạo hạch, vì điều đó không làm thay đổi điều trị nội khoa hỗ trợ cũng như sống còn toàn bộ, nhưng lại tang nguy cơ tai biến (Grade B).
- Không khuyến cáo nạo hạch trên thận, mạc treo, gan, góc tâm hoành khi không có xâm lấn (Grade C).

Hóa trị tân hỗ trợ

- Khuyến cáo hóa trị tân hỗ trợ ung thư giai đoạn muống của buồng trứng, vòi trứng và phúc mạc nguyên thủy khi:
 - Không thể cắt toàn bộ u trong lần mổ đầu (Grade B);
 - Tổng trạng bệnh nhân yếu, bệnh lý nặng kèm theo (Grade B);
 - Giai đoạn IV (nhất là kèm di căn đa ổ trong gan hay phổi) hay báng bụng lượng nhiều với di căn dạng hạt kê (Grade B).

Đường vào

- Vì không đủ dữ liệu, không có khuyến cáo về nội soi điều trị (phân biệt nội soi chẩn đoán) trong phẫu thuật lần đầu ung thư buồng trứng giai đoạn FIGO III hay IV.

Phẫu thuật trường hợp sót u đại thể sau khi kết thúc can thiệp

- Khuyến cáo phẫu thuật tận gốc không còn lại mô u nhìn thấy (vd không còn u đại thể trên phúc mạc) trong ung thư buồng trứng giai đoạn FIGO III hay IV (Grade B).
- Vì không đủ dữ liệu, không có khuyến cáo về các bước phẫu thuật giảm khối (hay không thể lấy trọn u về đại thể) ở bệnh nhân ung thư giai đoạn FIGO III hay IV. Nếu thực hiện, cần tránh gây thêm các tổn thương cơ quan khác.

Giai đoạn sớm (I-IIA)

Hóa trị: khuyến cáo chung

- Đối với ung thư buồng trứng giai đoạn I, trước tiên cần bảo đảm phân giai đoạn trong mổ được thực hiện theo khuyến cáo. Trừ typ mô học, giai đoạn FIGO, độ biệt hóa (grade) là yếu tố cho phép chỉ định hóa trị bổ túc; do đó cần xác định thông tin này từ bác sĩ giải phẫu bệnh.

Hóa trị hỗ trợ

- Khuyến cáo hóa trị hỗ trợ trong ung thư buồng trứng, vòi trứng và phúc mạc nguyên thủy giai đoạn sớm (I-IIA) grade cao (thanh dịch, dạng nội mạc, không biệt hóa, carcinosarcoma) (Grade A).

Mô thức hóa trị hỗ trợ

- Khuyến cáo hóa trị hỗ trợ bằng muối platinum (Grade A), thường dùng nhất là carboplatine (Grade A) trong đơn trị liệu (Grade A), hay kết hợp thuốc khác (Grade B) trong ung thư buồng trứng hay vòi trứng giai đoạn sớm. Nếu kết hợp, khuyến cáo carboplatine (AUC 5-6) ngày 1 và paclitaxel (175 mg/m²) ngày 1 mỗi 3 tuần (Grade B).
- Khuyến cáo kết hợp thuốc so với đơn trị liệu trong carcinoma thanh dịch buồng trứng giai đoạn sớm có grade cao (Grade B).

Thời gian hóa trị

- Khuyến cáo hóa trị ít nhất 3 chu kỳ và nhiều nhất 6 chu kỳ trong ung thư buồng trứng giai đoạn IA hay IB (Grade A).
- Khuyến cáo hóa trị 6 chu kỳ trong ung thư buồng trứng hay vòi trứng giai đoạn \geq IC (Grade C).
- Khuyến cáo hóa trị 6 chu kỳ trong carcinoma thanh dịch grade cao của buồng trứng hay vòi trứng giai đoạn \geq IA (Grade C).

Liệu pháp nhắm trúng đích

- Vì không đủ dữ liệu, không có khuyến cáo về việc sử dụng thuốc chống sinh mạch, liệu pháp nhắm trúng đích hay liệu pháp miễn dịch trong ung thư buồng trứng hay vòi trứng giai đoạn sớm.

Giai đoạn muộn (IIB-IV)

Hóa trị

Hóa trị hệ thống

- Khuyến cáo hóa trị đối với ung thư buồng trứng, vòi trứng hay phúc mạc nguyên thủy giai đoạn muộn (IIB-IV) (Grade A).

Mô thức hóa trị

- Khuyến cáo hóa trị bằng muối platinum (Grade A), thường dùng nhất là carboplatine (Grade A) kết hợp với 1 phân tử khác (Grade A) trong hóa trị tiêu chuẩn ung thư buồng trứng, vòi trứng hay phúc mạc nguyên thủy giai đoạn muộn.
- Khuyến cáo sử dụng kết hợp carboplatine (AUC 5-6) ngày 1 và paclitaxel (175 mg/m²) ngày 1 mỗi 3 tuần, được xem như phác đồ chuẩn của chuẩn ung thư buồng trứng, vòi trứng hay phúc mạc nguyên thủy giai đoạn muộn (Grade A).
- Các phác đồ thay thế của ung thư buồng trứng, vòi trứng hay phúc mạc nguyên thủy giai đoạn muộn thường được đề nghị:
 - Phân liều mỗi tuần hóa trị carboplatine (AUC 2) ngày 1, 8, 15 và paclitaxel (60 mg/m²) ngày 1, 8, 15 mỗi 3 tuần để giảm tác dụng phụ (rụng tóc, độc thần kinh) (Grade B). Trong trường hợp chống chỉ định paclitaxel, có thể kết hợp carboplatine (AUC 5) ngày 1 và doxorubicine liposome PEG hóa (30 mg/m²) ngày 1 mỗi 4 tuần (Grade B), hoặc thậm chí đơn trị liệu carboplatine (AUC 5) mỗi 3 tuần (Grade B).
 - Trong trường hợp chống chỉ định carboplatine, có thể kết hợp cisplatin (75 mg/m²) và paclitaxel (175 mg/m²) mỗi 3 tuần (Grade A).

Thời gian hóa trị

- Khuyến cáo hóa trị ít nhất 6 chu kỳ trong ung thư buồng trứng, vòi trứng hay phúc mạc nguyên thủy giai đoạn muộn (Grade A).

Hóa trị chu phẫu

- Khuyến cáo hóa trị tân hỗ trợ bằng phác đồ carboplatine (AUC 5-6) và paclitaxel (175 mg/m²) mỗi 3 tuần, trong ung thư buồng trứng, vòi trứng hay phúc mạc nguyên thủy giai đoạn muộn (Grade A).
- Khuyến cáo thực hiện phẫu thuật sau 3-4 chu kỳ trong ung thư buồng trứng, vòi trứng hay phúc mạc nguyên thủy giai đoạn muộn (Grade C). Số chu kỳ hóa trị hỗ trợ sẽ là 2-4 sau phẫu thuật giảm khối, để tổng số chu kỳ (tân hỗ trợ + hỗ trợ) từ 6-9 (Grade C).

Khoảng cách giữa phẫu thuật giảm khối và hóa trị

- Khuyến cáo bắt đầu hóa trị sớm hơn 6 tuần sau mổ giảm khối trong ung thư buồng trứng, vòi trứng hay phúc mạc nguyên thủy giai đoạn muộn (Grade C).

Liệu pháp nhắm trúng đích

Điều trị chất chống sinh mạch

- Có thể dung bevacizumab điều trị ung thư buồng trứng, vôi trứng hay phúc mạc nguyên thủy giai đoạn muộn kết hợp hóa trị bằng carboplatine và paclitaxel đến 6 chu kỳ, sau đó duy trì đến khi bệnh ổn định, hay tối đa 15 tháng, hay khi độc tính cao không dung nạp được ở các bệnh nhân giai đoạn muộn (IIIB-IIIC-IV), nhất là các bệnh nhân tiên lượng xấu hơn (giai đoạn IV, còn sót u sau mổ hay không thể mổ) (Grade A).
- Tránh kết hợp bevacizumab với hóa trị ngay chu kỳ 1, nếu điều trị khởi đầu sớm hơn 4 tuần tính từ lần mổ đầu (Grade A) hay lần mổ giảm khối (Grade B).
- Vì không đủ dữ liệu và không có chỉ định sử dụng lâm sàng, không có khuyến cáo nào về kết hợp bevacizumab và hóa trị tân hỗ trợ. Có thể phẫu thuật sau bevacizumab (Grade B).

Chất ức chế PARP

- Khuyến cáo đơn trị liệu olaparib duy trì cho bệnh nhân người lớn mắc ung thư biểu mô giai đoạn muộn (III-IV), grade cao của buồng trứng, vôi trứng hay phúc mạc nguyên thủy, kèm đột biến gene BRCA1/2 (từ tế bào mầm hay tế bào soma) và bệnh nhân đáp ứng 1 phần hay toàn bộ với hóa trị đầu tay bằng platine (Grade B).

Bệnh nhân phải bắt đầu điều trị với olaparib trễ nhất 8 tuần sau khi kết thúc hóa trị bằng platine. Bệnh nhân có thể theo dõi điều trị đến khi bệnh cải thiện trên hình ảnh học, hay khi độc tính thuốc tăng quá mức chấp nhận được, hay đủ 2 năm điều trị mà không có dấu hiệu bệnh trên hình ảnh học. Tùy quan điểm bác sĩ điều trị, những bệnh nhân tái phát trong 2 năm vẫn có thể có lợi ích khi theo dõi điều trị, và có thể điều trị kéo dài hơn 2 năm.
- Để cho phép kê đơn olaparib trên bệnh nhân đột biến BRCA1/2 mắc ung thư grade cao giai đoạn muộn của buồng trứng, vôi trứng hay phúc mạc nguyên thủy, khuyến cáo xét nghiệm đột biến BRCA1/2 ngay từ khi chẩn đoán bệnh, khi nội soi lần đầu đánh giá (Grade B).

Hóa trị trong phúc mạc không kèm tăng thân nhiệt

- Có thể đề nghị hóa trị trong phúc mạc (IP) hỗ trợ (thực hiện bởi ekip đã được huấn luyện) sau phẫu thuật lần đầu kèm sót u < 10mm trong ung thư buồng trứng, vòi trứng hay phúc mạc nguyên phát.
- Không đủ dữ liệu cho phép khuyến cáo việc sử dụng bevacizumab sau hóa trị IP.

Hóa trị trong phúc mạc kèm tăng thân nhiệt (CHIP)

- Ở bệnh nhân ung thư buồng trứng, vòi trứng hay phúc mạc nguyên thủy giai đoạn FIGO III, không thể mổ cắt hết u lần đầu, đã được hóa trị tân hỗ trợ IV 3 chu kỳ, và phẫu thuật sau đó kèm sót mô u < 10 mm, có thể đề nghị thực hiện CHIP (Grade B).
- Phác đồ bao gồm: cisplatine 100 mg/m² phân bố như sau: 50 mg/m² khởi đầu, 25 mg/m² sau 30 phút và 25 mg/m² sau 60 phút, với tổng thời gian 90 phút ở 40-41°C, kết hợp với tăng bù dịch và bảo vệ thận bằng natri thiosulfat đường IV, bolus 9 g/m² khi bắt đầu CHIP, sau đó 12 g/m² trong 6 giờ (Grade B). Vào thời điểm xuất bản các khuyến cáo này, natri thiosulfate chỉ được cấp phép sử dụng tạm thời (ở Pháp).
- Không đủ dữ liệu cho phép khuyến cáo việc sử dụng bevacizumab sau hóa trị CHIP.

Nguyên tắc chung

- Vì có nhiều bệnh lý đi kèm và khả năng phẫu thuật tận gốc, khuyến cáo thực hiện phẫu thuật tận gốc ở bệnh nhân lớn tuổi (Grade B).

Áp dụng chiến lược phẫu thuật theo độ tuổi và/hoặc các tham số lão khoa

- Ở bệnh nhân lớn tuổi mắc ung thư buồng trứng, vòi trứng hay phúc mạc nguyên thủy, khuyến cáo thực hiện phẫu thuật giảm khối tại trung tâm phẫu thuật > 20 cas ung thư giai đoạn muộn mỗi năm (Grade C).
- Khuyến cáo đánh giá ung bướu-lão khoa trước điều trị bệnh nhân lớn tuổi mắc ung thư buồng trứng, vòi trứng hay phúc mạc nguyên thủy (Grade C).
- Khuyến cáo cân nhắc những yếu tố sau đây trong đánh giá tình trạng của bệnh nhân lớn tuổi mắc ung thư buồng trứng, vòi trứng hay phúc mạc nguyên thủy:
 - Tuổi ≥ 80 , albumin máu ≤ 37 g/L;
 - Tuổi ≥ 75 , giai đoạn FIGO IV
 - Tuổi ≥ 75 , giai đoạn FIGO III và ≥ 1 bệnh lý đi kèm (Grade C).

Áp dụng hóa trị theo độ tuổi và/hoặc các tham số lão khoa

- Khuyến cáo điều trị toàn thân giống như bệnh nhân trẻ tuổi (phác đồ 2 thuốc, dựa trên muối platinum) ở bệnh nhân lớn tuổi mắc ung thư buồng trứng, vòi trứng hay phúc mạc nguyên thủy (Grade B)

Trình tự điều trị giữa hóa trị và phẫu thuật

- Có thể đề nghị hóa trị trước ở bệnh nhân trên 70 tuổi có bệnh lý đi kèm và/hoặc di căn phúc mạc lan rộng đòi hỏi phẫu thuật phức tạp (Grade C).

Theo dõi sau điều trị

- Khuyến cáo đánh giá triệu chứng tại thời điểm 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng, 18 tháng, 24 tháng và sau đó 1 lần/năm sau điều trị ung thư biểu mô buồng trứng, vòi trứng và phúc mạc nguyên thủy (Grade B).
- Nếu có chỉ định theo dõi cận lâm sàng, đề nghị định lượng HE4 (Grade C). Khi không thể thực hiện được HE4, có thể thay thế bằng định lượng CA125 (Grade B).
- Khi nồng độ HE4 hay CA125 tăng lên sau điều trị ung thư biểu mô buồng trứng, vòi trứng hay phúc mạc nguyên thủy, khuyến cáo thực hiện hình ảnh học (Grade B).
- Khi không có bóng bụng, không khuyến cáo làm tế bào học dịch ổ bụng thường quy sau điều trị ung thư biểu mô buồng trứng, vòi trứng hay phúc mạc nguyên thủy (Grade C).
- Không khuyến cáo theo dõi bằng CT ngực-bụng-chậu thường quy sau điều trị ung thư biểu mô buồng trứng, vòi trứng hay phúc mạc nguyên thủy (Grade C).
- Để theo dõi ung thư biểu mô buồng trứng, vòi trứng hay phúc mạc nguyên thủy, khuyến cáo theo dõi ở những bệnh nhân được mổ lấy trọn u (không sót mô u trên đại thể, CC0), có tổng trạng tốt (ECOG 0) bằng định lượng HE4 hay CA125 kể từ 6 tháng sau kết thúc hóa trị, và sau đó mỗi 6 tháng, nếu các marker này ban đầu tăng cao (Grade C).

Điều trị nội tiết mãn kinh – ngừa thai sau ung thư buồng trứng

Sau carcinome tuyến thanh dịch grade cao của buồng trứng, vòi trứng hay phúc mạc nguyên thủy

- Khuyến cáo điều trị nội tiết mãn kinh (THM) ở bệnh nhân 45 tuổi trở lên sau điều trị không bảo tồn u thanh dịch grade cao của buồng trứng, vòi trứng hay phúc mạc nguyên thủy (Grade C).
- Có thể điều trị THM ở trường hợp có hội chứng tiền mãn kinh, nhưng cần phải đánh giá từng cá nhân về cân bằng nguy cơ/lợi ích ở bệnh nhân trên 45 tuổi có tiền sử u tuyến thanh dịch grade cao của buồng trứng, vòi trứng hay phúc mạc nguyên thủy (Grade B).

Sau carcinome tuyến nhầy buồng trứng

- Khuyến cáo điều trị THM ở bệnh nhân 45 tuổi trở lên sau điều trị không bảo tồn u dịch nhầy buồng trứng (Grade C).
- Có thể điều trị THM ở trường hợp có hội chứng tiền mãn kinh, nhưng cần phải đánh giá từng cá nhân về cân bằng nguy cơ/lợi ích ở bệnh nhân trên 45 tuổi có tiền sử u dịch nhầy buồng trứng (Grade C).

Sau carcinome tuyến thanh dịch grade thấp hoặc carcinome tuyến dạng nội mạc tử cung grade thấp

- Vì không đủ dữ liệu trên các loại mô học này, không có khuyến cáo nào về điều trị THM ở bệnh nhân có tiền sử u thanh dịch grade thấp hay u dạng nội mạc grade thấp.

Phương thức điều trị nội tiết mãn kinh

- Trong mọi trường hợp, cách thức điều trị THM dựa trên các khuyến cáo cho dân số chung [ANAES-AFSSAPS2004] [HAS2014].

Khả năng dùng thuốc ngừa thai sau điều trị ban đầu u biểu mô buồng trứng

- Vì không đủ dữ liệu, không có khuyến cáo nào về sử dụng phương pháp ngừa thai nội tiết sau điều trị bảo tồn khả năng sinh sản trong ung thư buồng trứng nội mạc tử cung.