

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ TÌNH TRẠNG CHUYỂN ĐỔI THỤ THỂ ER, PR VÀ HER-2/NEU Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ TÁI PHÁT HAY TIẾN TRIỂN DI CĂN

Đỗ Văn Lợi¹, Nguyễn Thị Kỳ Giang², Phan Thị Đỗ Quyên²,
Nguyễn Thị Thủy¹, Hồ Xuân Dũng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư vú ngày nay là một trong những bệnh ung thư đứng hàng đầu ở nữ giới. Việc điều trị ung thư vú cần phối hợp đa mô thức gồm phẫu thuật, hóa trị, xạ trị, hormon trị liệu, liệu pháp nhắm trúng đích, miễn dịch trị liệu. Kế hoạch điều trị ngày càng mang tính cá thể hóa, nhất là khi lựa chọn hóa trị, hormon trị liệu và liệu pháp trúng đích. Người ta thường lựa chọn chiến lược điều trị chủ yếu dựa vào trạng thái hormon, và Her-2 của khối bướu. Các dấu ấn hormon, Her-2 trên tổ chức tái phát hay tiến triển di căn có thể thay đổi so tổn thương nguyên phát, do vậy cần dựa vào trạng thái thụ thể của tổn thương mới để có chọn lựa điều trị thích hợp. Có nhiều nghiên cứu chỉ ra có sự thay đổi này và cần sinh thiết tại tổn thương tiến triển di căn hay tái phát. Tuy nhiên vẫn có những nghiên cứu có kết quả khác nhau và đặc biệt các nghiên cứu về vấn đề này ở Việt Nam vẫn còn hạn chế, do đó chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu:

Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh ung thư vú (UTV) tái phát, tiến triển di căn và đánh giá sự chuyển đổi trạng thái ER, PR, Her-2 ở bệnh nhân UTV tái phát, di căn so với u ban đầu.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu thuần tập mô tả hồi cứu trên 36 BN UTV được điều trị triệt căn nay nhập viện vì tái phát, di căn từ 5/2015 đến 12/2016 tại Trung tâm Ung bướu Bệnh viện Trung ương Huế.

Kết quả: Thời gian tái phát, tiến triển di căn trung bình là 28 tháng. Trong toàn bộ nghiên cứu có 20 trường hợp di căn 1 cơ quan chiếm tỷ lệ 55.56%, 2 cơ quan chiếm tỷ lệ 16.67%, 3 cơ quan chiếm tỷ lệ 22.22%. Vị trí tái phát di căn thường gặp nhất theo thứ tự lần lượt là xương, hạch nách, phổi, gan, hạch thượng đòn. Ghi nhận có 11/14 chiếm 78.57 trường hợp có sự chuyển đổi trạng thái ER, PR, HER-2 giữa ung thư vú nguyên phát và ung thư vú tái phát, tiến triển di căn.

Kết luận: Vị trí tái phát di căn thường gặp nhất theo thứ tự lần lượt là xương, hạch nách, phổi, gan, hạch thượng đòn. Ghi nhận có 11/14 trường hợp chuyển đổi trạng thái ER, PR, HER-2 giữa ung thư vú nguyên phát và ung thư vú tái phát.

Từ khóa: ung thư vú tái phát, tái phát, tiến triển di căn, hóa mô miễn dịch, bất đồng thụ thể ER, PR và Her-2, chuyển đổi thụ thể

ABSTRACT

CLINICAL AND SUBCLINICAL FEATURES OF RECURRENT BREAST CANCER AND THE CONVERSION OF HORMONAL RECEPTORS AND HER-2 STATUS

Do Van Loi¹, Nguyen Thi Ky Giang², Phan Thi Do Quyen²,
Nguyen Thi Thuy¹, Ho Xuan Dung¹

1. Trường Đại học Y Dược Huế
1. Trung Tâm Ung bướu Bệnh viện
Trung ương Huế

- Ngày nhận bài (Received): 29/7/2018; Ngày phản biện (Revised): 14/8/2018;
- Ngày đăng bài (Accepted): 27/8/2018
- Người phản hồi (Corresponding author): Hồ Xuân Dũng
- Email: xuandung59@gmail.com. ĐT: 0982558945

Background: Breast cancer is now the leading cancer in females. Treatment of breast cancer requires multimodalities with combination of surgery, chemotherapy, radiation and hormonotherapy and targeted therapy. The treatment is now personalized, especially in selecting chemotherapy, hormonotherapy and targeted therapy due to hormonal and Her-2 status. Hormonal receptors and her-2 status of the recurrent or metastatic lesions can be conversed in comparision with primary tumors and the new treatment should be adapted to this changes. Many studies proved this conversion and rebiopsy of recurrent or metastatic lesions was needed. However there were some studies did not reveal this finding. This problem has not been mentioned clearly in Vietnam. So we carried out this study with aims: To describe clinical and subclinical features of recurrent breast cancer and to evaluate the conversion of ER, PR and Her-2 status of the recurrent/ metastatic lesions compared to primary sites.

Subjects and methods: a descriptive retrospective cohort study on 36 breast cancer patients got curative treatment hospitalized because of recurrence or metastatic progression, from may 2015 to December 2016 at the oncology center of Hue Central Hospital, Vietnam.

Results: time to recurrence or metastatic progression was 28 months in average. Metastasis in only one organ, two organs and from 3 organs was 55.56%, 16.67%, 22.22% respectively. Most common metastatic sites were bone, axillary node, lungs, liver, supraclavicular nodes in order with rate of 50%, 41.67%, 36.11%, 27.78%, 22.22% respectively. Eleven of fourteen cases were found to have hormonal receptors and Her-2 status conversion between primary tumor and metastatic lesions. There were 4 patients with 3 discordances, 4 with 2 discordances and 3 with one discordance. Rate of hormonal receptors discordance was higher than Her-2 conversion.

Conclusion: The most common sites of recurrence and or metastases were bone, axillary adenopathies, lungs, liver, supra-clavicular adenopathies in decending order. Eleven of fourteen cases were found to have conversion of ER, PR, and Her-2 status between primary site and secondary sites which accounted for 78.57%.

Key words: recurrent breast cancer, immunohistochemistry, ER, PR and Her-2 discordance, receptors conversion.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là một trong những ung thư phổ biến nhất ở phụ nữ trên thế giới [6]. Năm 2012, có 1,7 triệu phụ nữ được chẩn đoán mắc bệnh ung thư vú [4]. Tại Việt Nam, ghi nhận ung thư năm 2010, tỷ lệ mắc UTV chuẩn theo tuổi là 29,9/100.000 [1].

Bệnh nhân UTV được phát hiện ở giai đoạn sớm có thể được chữa khỏi, tuy nhiên hơn 20% trong số này sẽ phát triển thành di căn [7]. Các thụ thể estrogen (ER), progesterone (PR), và thụ thể yếu tố tăng trưởng biểu bì người 2 (HER-2) là những yếu tố quan trọng để xác định tiên lượng bệnh và có chiến lược điều trị thích hợp cho bệnh nhân. Từ các thụ thể này UTV có thể được phân

thành bốn phân nhóm sau: Luminal A (ER+và / PR+, HER-2-), Luminal B (ER+và /PR+, HER-2+), HER-2 dương tính (HR-/HER-2+), và bộ ba âm tính (HR-/HER-2-)[11]. Cách phân nhóm này giúp hướng dẫn chọn lựa điều trị cá nhân hóa cho bệnh nhân[4],[12]. Với UTV tái phát di căn việc điều trị nên dựa vào kết quả của khối u ban đầu hoặc cần sinh thiết và làm lại HMMD trên mô bướu thứ phát. Việc sinh thiết cơ quan tái phát/ tiến triển di căn giúp chẩn đoán chắc chắn là có ung thư tái phát/ di căn và đặc biệt là đánh giá lại đặc điểm của khối u. Các nghiên cứu trước đây cho thấy sự thay đổi trạng thái ER, PR giữa UTV nguyên phát và tái phát, di căn với tỉ lệ bất đồng lên tới 40%. Sự bất đồng Her-2 đã được ghi nhận nhưng không

Bệnh viện Trung ương Huế

phổ biến. Sự chuyển đổi trạng thái ER, PR, Her-2 có thể dẫn đến thay đổi điều trị. [7]

Vấn đề này ở Việt Nam hiện nay còn ít quan tâm. Các nhà lâm sàng thường dựa vào kết quả HMMD ban đầu để điều trị cho UTV tái phát di căn. Thông tin về vấn đề này còn chưa rõ ràng và thực tế điều trị còn nhiều bất đồng vì vậy liệu có nên sinh thiết lại tổn thương tái phát di căn hay không? Do vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu như sau:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng BN UTV tái phát di căn sau điều trị triệt căn.

2. Đánh giá sự chuyển đổi trạng thái ER, PR, HER-2 giữa UTV nguyên phát và tổn thương tái phát di căn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

36 bệnh nhân UTV đã được điều trị triệt căn (Phẫu thuật-Hóa trị-Xạ trị-Nội tiết) nay được chẩn đoán tái phát hay tiến triển di căn trong thời gian từ 5/2015 đến 12/2016 tại Trung tâm Ung bướu Bệnh viện Trung ương Huế.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu thuần tập hồi cứu mô tả

2.2.2. Phương pháp nghiên cứu

Các kỹ thuật thu thập thông tin bao gồm phỏng vấn, tham khảo hồ sơ bệnh án, khám lâm sàng, xét nghiệm. Phương pháp chẩn đoán tái phát di căn dựa vào lâm sàng, X Quang phổi, Xạ hình xương, siêu âm gan bụng, cắt lớp vi tính, tế bào học, sinh thiết.

Giải phẫu bệnh và hóa mô miễn dịch được thực hiện cùng kỹ thuật tại khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện Trung ương Huế.

2.3. Phân tích số liệu

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm ung thư vú nguyên phát

Bảng 1: Đặc điểm ung thư vú nguyên phát

Đặc điểm	n	%
Tuổi		
Tuổi trung bình ung thư vú nguyên phát: 49.8 (tuổi)		
Giai đoạn UTV		
I	0	0
IIA	10	27.78
IIB	14	38.89
IIIA	8	22.22
IIIB	4	11.11
Số hạch nạo được trung bình: 3.58		
Số hạch dương tính trung bình: 2.36		
Thể giải phẫu bệnh		
Ung thư biểu mô ống xâm nhập	33	91.67
Ung thư biểu mô thùy xâm nhập	3	8.33
Độ mô học		
I	1	2.78
II	24	66.67
III	11	30.56
Phân loại dưới nhóm		
Luminal A(ER+và /PR+, Her-2-)	16	44.44
Luminal B(ER+và /PR+,Her-2+)	4	11.11
Her2+ (ER-)	10	27.78
Bộ ba âm (HR-, Her-2-)	6	16.67
Tổng	36	100

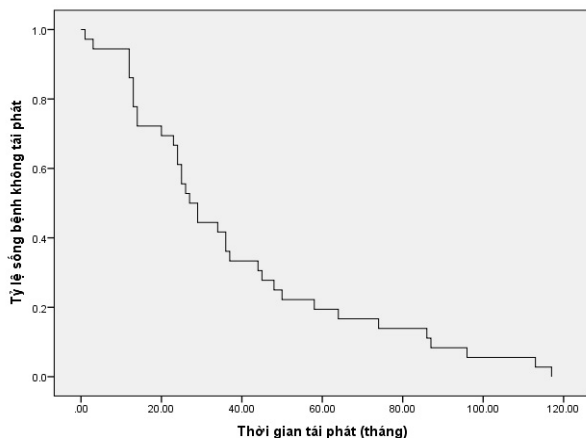
Tuổi trung bình mắc ung thư vú ban đầu là 49,8 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân theo nhóm như bảng trên.

3.2. Điều trị ung thư vú nguyên phát

Bảng 2: Đặc điểm điều trị ung thư vú nguyên phát

Đặc điểm	n	%
Phẫu thuật		
Cắt vú+nạo hạch	36	100
Hóa chất		
Có	29	80.56
Không	7	19.44
Xạ trị		
Có	15	41.67
Không	21	58.33
Nội tiết		
TAMOXIFEN	10	27.78
AROMATASE INHIBITOR	5	13.88
Không	21	58.14
Tổng	36	100

3.3. Thời gian tái phát/ di căn ung thư vú



Hình 1: Đánh giá thời gian sống không tái phát/di căn

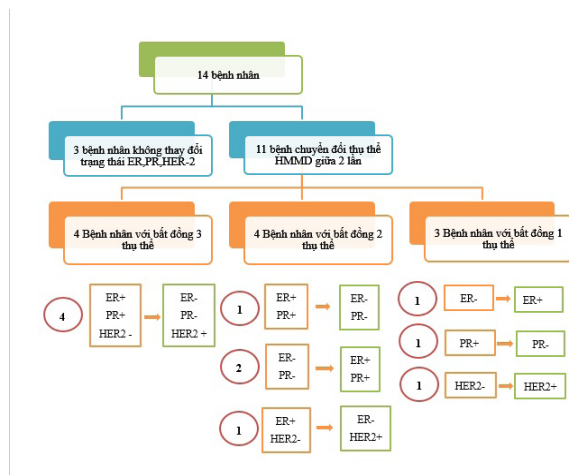
Thời gian sống không tái bệnh trung bình: 28 (tháng)

3.4. Đặc điểm ung thư vú tái phát, tiến triển di căn.

Bảng 3: Đặc điểm ung thư vú tái phát, tiến triển di căn

Đặc điểm	n	%
Số cơ quan di căn		
1	20	55.56
2	6	16.67
3	8	22.22
4	2	5.55
Vị trí di căn thường gặp		
Hạch thượng đòn	8	22.2
Hạch nách	15	41.67
Gan	10	27.78
Phổi	13	36.11
Não	2	5.56
Xương	15	50.00

3.5. Đánh giá tình trạng chuyển đổi thụ thể HMMD giữa ung thư nguyên phát và ung thư tái phát/ tiến triển di căn



Hình 2: Đánh giá sự chuyển đổi trạng thái ER, PR, Her-2 ở bệnh nhân UTV tái phát, di căn so với u ban đầu.

Trong nghiên cứu ghi nhận 14 trường hợp có HMMD 2 lần. Trong đó có 3 trường hợp không thay đổi trạng thái ER, PR, HER-2. Có 11/14 trường hợp chuyển đổi thụ thể HMMD giữa UTV nguyên phát và UTV tái phát/ tiến triển di căn chiếm tỷ lệ 78.57%. Nghiên cứu ghi nhận có 4 bệnh nhân chuyển đổi cả 3 trạng thái ER, PR, HER-2, 4 bệnh

nhân với bất đồng 2 thụ thể và 3 bệnh nhân với bất đồng 1 thụ thể. Nghiên cứu ghi nhận có 9 trường hợp ER(+) sang ER(-), 3 trường hợp ER(-) sang ER(+), 6 trường hợp PR(+) sang PR(-), 2 trường hợp PR(-) sang PR(+) và 6 trường hợp HER-2(-) sang HER-2(+). Điều này cho thấy tỷ lệ thay đổi trạng thái HR nhiều hơn HER-2.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm ung thư vú nguyên phát

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 49,8 tuổi, khá tương đồng với các tác giả từng công bố với độ tuổi trung bình dao động từ 45,7 đến 49,7 [2,3]

Về giai đoạn bệnh, có 13 bệnh nhân ung thư vú nguyên phát ở giai đoạn IIB chiếm tỷ lệ cao nhất 38,89%, giai đoạn IIA chiếm tỷ lệ 27,78%, IIIA là 22,22%, IIIB chiếm tỷ lệ 11,11%, không có bệnh nhân nào trong nghiên cứu ở giai đoạn I.

Về thể mô bệnh học, trong nghiên cứu của chúng tôi ung thư biểu mô ống xâm nhập chiếm tỷ lệ cao nhất với 91,67%, ung thư biểu mô thùy xâm nhập chiếm tỷ lệ 8,33%. Nhìn chung tỷ lệ phân bố loại mô bệnh học có sự tương đồng với các nghiên cứu ở trong và ngoài nước. Theo tác giả T.V Tờ tỷ lệ UTBM thể ống xâm nhập chiếm cao nhất là 79% [6].

Theo nghiên cứu của chúng tôi phân nhóm luminal A và Her-2 (ER-) chiếm tỷ lệ cao (44,44 và 27,78). Nhóm ER (+) chiếm 55,55% cao hơn so với nhóm ER(-) 44,45%.

4.2. Về điều trị ung thư vú nguyên phát

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều được điều trị triệt căn bằng phẫu thuật cắt vú và nạo hạch. Trong đó có 29 bệnh nhân được hóa trị sau mổ chiếm tỷ lệ 80,56% và có 15 bệnh nhân được xạ trị sau mổ chiếm tỷ lệ 41,67%. Có 10 bệnh nhân được điều trị với Tamoxifen chiếm tỷ lệ 27,78%, điều trị với Anastrozole chiếm tỷ lệ 8,33%, Letrozole chiếm tỷ lệ 5,55%.

4.3. Thời gian tái phát

Thời gian sống không bệnh trung bình trong

nghiên cứu của chúng tôi là 28 tháng. Thời gian tái phát ngắn nhất là 1 tháng (1 trường hợp) và dài nhất là 117 tháng.

4.4. Đặc điểm ung thư vú tái phát, tiến triển di căn

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận có 20 trường hợp di căn 1 cơ quan chiếm tỷ lệ 55,56%. Di căn 4 cơ quan chiếm tỷ lệ thấp 5,55% và không có trường hợp nào di căn trên 4 cơ quan.

Vị trí tái phát di căn thường gặp nhất theo thứ tự lần lượt là xương, hạch nách, phổi, gan, hạch thượng đòn chiếm tỷ lệ lần lượt 50%, 41,67%, 36,11%, 27,78% và 22,22%. Di căn não và tái phát tại chỗ chiếm tỷ lệ thấp 5,56%.

Theo Cao Khả Châu, Nguyễn Đình Tùng, di căn xương và phổi (41,3% ; 27,6%) [2]. Điều này cho thấy tỷ lệ di căn xương giữa nghiên cứu các nghiên cứu về ung thư vú tái phát/ tiến triển di căn có nét tương đồng. Từ đó có thể đặt ra giả thiết tập trung khám lâm sàng và xét nghiệm tầm soát di căn của ung thư vú trên các cơ quan có tỷ lệ di căn cao.

4.5. Đánh giá tình trạng chuyển đổi thụ thể HMMĐ giữa ung thư nguyên phát và ung thư tái phát/ tiến triển di căn

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có tỷ lệ chuyển đổi trạng thái thụ thể ER, PR, Her-2 là cao với 78,57%. Nghiên cứu ghi nhận có 9 trường hợp ER(+) sang ER(-), 3 trường hợp ER(-) sang ER(+), 6 trường hợp PR(+) sang PR(-), trường hợp PR(-) sang PR(+) và 6 trường hợp HER2(-) sang HER-2(+). Theo Nghiên cứu “Bất đồng trạng thái thụ thể estrogen, progesterone, Her2 giữa ung thư vú nguyên phát và di căn” của Elsa Curtit và cộng sự tiến hành từ 1/1/1998-31/12/2010 có 99/235 trường hợp thay đổi trạng thái thụ thể giữa ung thư vú nguyên phát và ung thư vú tiến triển di căn, trong đó có (12%) chuyển từ ER+ sang ER- và 11(5%) chuyển từ ER- sang ER+, bất đồng trạng thái ER, PR, Her-2 giữa u ban đầu với ut di căn lần lượt là: 17%, 29%, 4%. [7]

Như vậy có thể thấy nghiên cứu của chúng tôi

ghi nhận một tỉ lệ quan trọng có chuyển đổi thụ thể. Sự khác biệt có thể do mẫu còn ít và cần được nghiên cứu thêm. Vấn đề chuyển đổi thụ thể trên bệnh nhân ung thư vú tái phát/ di căn có thể giúp thích ứng điều trị nên cần được lưu tâm trong thực hành lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 37 bệnh nhân ung thư vú đã điều trị triệt căn nay tái phát, tiến triển di căn chúng tôi rút ra các kết luận sau: Tuổi trung bình của bệnh nhân 49,8 tuổi, chiếm đa phần là ung thư biểu mô

ống xâm nhập (91,67%). Thời gian tái phát/ di căn trung bình là 28 tháng. Vị trí di căn xa hay gặp theo thứ tự là xương, phổi, gan. Chuyển đổi trạng thái ER, PR, HER-2 giữa ung thư vú nguyên phát và ung thư vú tái phát, tiến triển di căn được ghi nhận ở 11/14 trường hợp chiếm tỷ lệ 78,57. Tỷ lệ thay đổi trạng thái HR nhiều hơn HER-2.

Nghiên cứu này cho thấy nhu cầu cần sinh thiết lại tổn thương tiến triển di căn để điều chỉnh điều trị cho bệnh nhân. Để có kết quả thuyết phục hơn, số lượng đối tượng nghiên cứu cần được tăng thêm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. B. I. Reporting, "Tình hình bệnh lý tuyến vú của bệnh nhân nữ trên 40 tuổi tại Bệnh viện Đại học Y được thành phố Hồ Chí Minh," *vol. 93, no. 1, pp. 1–9, 2008*.
2. Đỗ Thị Kim Anh (2008). "Đánh giá kết quả điều trị hóa chất hỗ trợ phác đồ 4AC-4Paclitaxel trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn II-III". *Tạp Chí Ung thư học Việt Nam*, 1, 260–266.
3. K. C. Cao và N. Đình Tùng, "Nhận xét kết quả điều trị triệu chứng trong ung thư vú giai đoạn muộn." .
4. Phùng Thị Huyền và cộng sự (2012). "Đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học bệnh nhân ung thư vú có bộ ba thụ thể âm tính ER (-), PR (-), Her 2 (-) giai đoạn 2005-2007 tại Bệnh viện K". *Tạp chí học Việt Nam*, 389, 15–18.
5. Tạ Văn Tờ (2004). "Nghiên cứu hình thái học, hóa mô miễn dịch và giá trị của chúng trong ung thư biểu mô tuyến vú". *Luận văn Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội*.
6. GLOBOCAN Cancer Fact Sheets: Breast cancer. <http://globocan.iarc.fr/old/FactSheets/cancers/breast-new.asp>. [29-Dec-2015].
7. D. a Berry, et al, "Effect of screening and adjuvant therapy on mortality from breast cancer.," *N. Engl. J. Med.*, vol. 353, no. 17, pp. 1784–1792, 2005.
8. M. V Dieci, et al, "Discordance in receptor status between primary and recurrent breast cancer has a prognostic".
9. Elsa Curtit, et al. "Discordances in Estrogen Receptor Status, Progesterone Receptor Status, and HER-2 status Between Primary Breast Cancer and Metastasis". *The oncologist* 2013, 18:667-674.doi:10.1643/theoncologist.2012-0305 originally published online May 30,2013.

ĐÁNH GIÁ TỈ LỆ MẤT KINH DO HOÁ TRỊ TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ ĐIỀU TRỊ BỔ TRỢ PHÁC ĐỒ AC-T

Phạm Tuấn Anh¹, Nguyễn Tiến Quang¹, Trần Văn Thuận¹, Nguyễn Văn Hải¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Hoá trị bổ trợ ung thư vú có thể gây mất kinh dẫn đến các triệu chứng thời kỳ mãn kinh như bốc hỏa, rối loạn chức năng sinh dục, căng thẳng tâm lý, và thậm chí bao gồm cả bệnh loãng xương. Hóa trị bổ trợ phác đồ 4AC-4T hiện được sử dụng rộng rãi tại Việt Nam, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đánh giá đầy đủ tỉ lệ mất kinh của phác đồ này.

Đối tượng, phương pháp nghiên cứu: 48 bệnh nhân nữ còn kinh được chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến vú điều trị phác đồ hoá trị bổ trợ 4AC – 4T liều dày tại Bệnh viện K trong khoảng thời gian từ tháng 8/2016 đến tháng 8/2018.

Kết quả nghiên cứu: Sau 4 chu kì tỉ lệ mất kinh là 67%, sau 8 chu kì là 83%. Tại thời điểm 6 tháng là 58% và 12 tháng là 33%. Trong số 40 bệnh nhân mất kinh, sau 6 tháng có 30% có kinh trở lại và sau 12 tháng tỉ lệ này là 60%. Tỉ lệ mất kinh và có kinh trở lại liên quan chặt chẽ đến tuổi. Trên 40 tuổi tỉ lệ mất kinh cao hơn và khả năng hồi phục thấp hơn.

Từ khóa: mất kinh, ung thư vú

ABSTRACT

INCIDENCE OF CHEMOTHERAPY INDUCED AMENORRHEA IN PATIENTS WITH BREAST CANCER AFTER ADJUVANT CHEMOTHERAPY CONTAINING ANTHRACYCLINE AND TAXANE

Pham Tuan Anh¹, Nguyen Tien Quang¹, Tran Van Thuan¹

Background: 25% of women with carcinoma of breast are premenopausal and are at risk for chemotherapy-induced menopause. The objective of this study is to determine the rates of chemotherapy-induced amenorrhea in breast cancer patient with Anthracycline and Taxane containing dose dense adjuvant regimens. There are inadequate data about the impact of these adjuvant regimens on menstrual function in Vietnamese breast cancer patients.

Methods: 48 premenopausal women with carcinoma of breast who were treated with adjuvant anthracycline and taxane-based chemotherapy at National Cancer Hospital of Viet Nam from August 2016 to August 2018. Menstrual status were obtained prospectively.

Results: 48 patients had sufficient follow-up for evaluation. 67% of patients aged 40 years and younger. All patients had regular menses before chemotherapy. 40 patients (83%) developed amenorrhea after

1. Bệnh viện K Trung ương

- Ngày nhận bài (Received): 27/7/2018; Ngày phân biện (Revised): 14/8/2018;
- Ngày đăng bài (Accepted): 27/8/2018
- Người phản hồi (Corresponding author): Phạm Tuấn Anh
- Email: phamtuananh@hmu.edu.vn ; ĐT: 098 480 9008)