

NHẬN XÉT VỀ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ CỦA UNG THƯ BIỂU MÔ NỘI MẠC TỬ CUNG GIAI ĐOẠN I TẠI BỆNH VIỆN K

NGUYỄN VĂN TUYẾN - Bệnh viện K

TÓM TẮT

Đối tượng: 96 bệnh nhân được chẩn đoán Ung thư nội mạc tử cung (UTNMTC) giai đoạn IA, IB, IC được điều trị phẫu thuật tia xạ tại bệnh viện (BV) K từ 1/2007 đến 1/2010. **Phương pháp:** phương pháp mô tả hồi cứu cắt ngang. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 58, dưới 40 thấp (1,1%), độ tuổi hay gặp là sau mãn kinh trên 50 tuổi 96,8%. Triệu chứng hay gặp nhất của UTMTC là ra dịch âm đạo là 57,3%, ra máu bất thường âm đạo sau mãn kinh là 33,3%. Siêu âm, MRI có giá trị cao trong chẩn đoán UTMTC, đặc biệt MRI còn đánh giá được mức độ xâm lấn UT và di căn hạch góp phần đánh giá giai đoạn. UTBMTC nội mạc tử cung chiếm tỷ lệ cao nhất 92,7%, các típ mô học khác rất ít gặp. Hầu hết các BN có độ mô học biệt hóa cao 60,4%, biệt hoá thấp chỉ chiếm 26%. Trong 96 BN, giai đoạn IB chiếm tỷ lệ cao nhất 52,1%, giai đoạn IA sớm chỉ gặp 12BN (12,5%) khi UT còn khu trú niêm mạc tử cung. Điều trị phẫu thuật chỉ định trên tất cả 96BN nghiên cứu trong đó nhóm vét hạch chiếm đa số với 89,6% do trong NC ít gặp UT giai đoạn sớm IA. Các biến chứng do phẫu thuật rất ít gặp cao nhất là biến chứng tiết niệu là 5,2%. Điều trị tia xạ sau mổ chỉ tiến hành trên 39BN (40,6%), chủ yếu với giai đoạn IC (97,2%). Các biến chứng do tia xạ cũng ít gặp và chủ yếu là viêm loét da chiếm 38,5%. **Kết luận:** UTMTC giai đoạn I có TC lâm sàng và cận lâm sàng điển hình, thường gặp ở phụ nữ mãn kinh, điều trị chủ yếu phẫu thuật và tia xạ, ít các biến chứng xảy ra trong có trình điều trị.

Từ khóa: Ung thư nội mạc tử cung, MRI

SUMMARY

Evaluation of clinical, subclinical and treatments of endometrial carcinoma stage I at K Hospital.

Subjects: 96 patients diagnosed with endometrial cancer stage IA, IB, IC were treated with surgery and radiotherapy from 1/2007 to 1/2010. **Methods:** cross-sectional retrospective method described. **Results:** The average age is 58, after menopause over 50 years is 96.8%. The vaginal symptoms was 57.3%, abnormal vaginal bleeding after menopause is 33.3%. Ultrasound, MRI has high value in the diagnosis of endometrial cancer, MRI evaluation of the degree of invasion and lymph node metastasis. The most frequent pathohistological type was Endometrioid adenocarcinoma (92.7%), the others were very low, with high histological grading accounted for 60.4%, low grade only was 26%. Stage IA accounted for 12.5%, 52.1% stage IB higher. Surgery performed

all of 96 patients with almost were total hysterectomy and pelvic lymphadenectomy (89.6%). The post operative complications were very rare, urinal disorder occurred in 5.3%. There were 39 patients received post operative radiotherapy with mostly stage IC (97.2%), with local dermatitis occurred 38.5%. **Conclusions:** Stage I endometrial carcinoma performed typical clinical symptoms, occurred in post menopausal women. Treatment with surgery and post operative radiotherapy, rare complications.

Keywords: endometrial cancer stage, K Hospital
ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư nội mạc tử cung (UTNMTC) thường gặp 70% ở phụ nữ sau mãn kinh, 25% tiền mãn kinh và 5% trong độ tuổi sinh đẻ. Tại Việt Nam, ung thư nội mạc tử cung có tỷ lệ mắc là 2,5/100.000 dân, tỷ lệ tử vong là 0,9/100.000 dân, đứng hàng thứ 12 trong các loại ung thư ở nữ giới. Trong 5 năm gần đây tỷ lệ mắc bệnh này có xu hướng gia tăng tại Việt Nam [3,4]. Tuổi ung thư nội mạc tử cung gặp chủ yếu ở phụ nữ sau mãn kinh (75%), đa số trong khoảng 55-60 tuổi, khoảng 5% xuất hiện ở tuổi dưới 40; mất cân bằng estrogen ở những người có vòng kinh không phóng noãn; điều trị nội tiết thay thế bằng estrogen; những người có kinh sớm (trước 12 tuổi) và mãn kinh muộn (sau 50 tuổi); không sinh con; béo phì; chế độ ăn nhiều mỡ động vật; mắc bệnh tăng huyết áp; đái tháo đường; mắc ung thư vú hoặc ung thư buồng trứng; dùng thuốc tamoxifen điều trị ung thư vú [1,2]. Phát hiện bệnh giai đoạn càng sớm thì tỷ lệ chữa khỏi càng cao, đó còn là cơ sở quan trọng giúp cho các bác sĩ lựa chọn các phương pháp điều trị phù hợp cho từng bệnh nhân. Phương pháp điều trị bệnh ung thư nội mạc tử cung: Bao gồm phẫu thuật, tia xạ, hóa chất và nội tiết. Hầu hết các BN được phát hiện đều ở giai đoạn sớm. Tại BV K hầu hết gặp các BN ở giai đoạn I, II và đã được điều trị kịp thời do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng chẩn đoán và phương pháp điều trị Ung thư nội mạc tử cung giai đoạn I.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

96 BN được chẩn đoán UTMTC giai đoạn IA, IB, IC được điều trị phẫu thuật tại BV K từ 1/2007 đến 1/2010

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân :

- Các BN ung thư NMTC giai đoạn I bao gồm IA, IB, IC theo FIGO 1988
- Các BN được điều trị lần đầu tại bệnh viện K
- Không mắc các bệnh UT khác trên cùng một

bệnh nhân

- Có hồ sơ theo dõi đầy đủ

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1 Thiết kế nghiên cứu; phương pháp mô tả hồi cứu có theo dõi dọc

2.2. Các bước tiến hành

- Thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu

Cụ thể như sau:

- Đặc điểm lâm sàng: Tuổi giới, tiền sử bản thân, các triệu chứng cụ thể tại chỗ cơ năng, thực thể như ra máu kéo dài sau mãn kinh hoặc rong kinh, đau bụng hạ vị

- Cận lâm sàng

Siêu âm ổ bụng, tử cung phần phụ, chụp cắt lớp vi tính (CT scanner), chụp cộng hưởng từ (MRI)

- Chẩn đoán giai đoạn bệnh:

Các BN trong NC được đánh giá giai đoạn sau khi phẫu thuật Theo FIGO 1988

Trong nghiên cứu này chúng tôi chỉ đánh giá giai đoạn I

Chẩn đoán mô bệnh học (giai đoạn bệnh): theo FIGO 1988 (Federation International de Genecologie et Obstetrique) [3,4,7]. Các BN trong nghiên cứu được đánh giá giai đoạn sau khi phẫu thuật. UTNMTC được phân loại mô bệnh học như sau:

Giai đoạn I : Khu trú ở tử cung.

Ia : Tổn thương ở niêm mạc tử cung

Ib: Tổn thương lan tràn vào cơ, dưới 50%

Ic: Tổn thương lan tràn vào cơ, trên 50%

Chẩn đoán mô bệnh học [3,9]:

Ung thư NMTC được phân loại như sau

Ung thư biểu mô tuyến (UTBMT) dạng nội mạc : hay gặp nhất, tiên lượng tốt

UTBMT thanh dịch : độ ác tính cao, gần giống với UT buồng trứng, hay gặp giai đoạn muộn

UTBMT tế bào sáng : lan tràn phúc mạc sớm, tiên lượng xấu

UTBMT tế bào nhỏ: độ mô học thấp, tiên lượng xấu, ít gặp

UTBM không biệt hóa: thường phát hiện giai đoạn muộn, di căn sớm tiên lượng tồi.

Chỉ định điều trị: bao gồm Phẫu thuật và tia xạ bổ trợ sau mổ, tùy theo từng giai đoạn và mô bệnh học.

Giai đoạn IA : Phẫu thuật đơn thuần bao gồm cắt tử cung toàn bộ và phần phụ hai bên, có hoặc không vét hạch chậu bịt hai bên

Giai đoạn IB: Phẫu thuật đơn thuần bao gồm cắt tử cung toàn bộ phần phụ hai bên vét hạch bắt buộc chậu bịt hai bên, điều trị bổ trợ tia xạ sau mổ đối với trường hợp khối u lớn > 4cm và mô bệnh học không thuận lợi (UT không phải UTBM dạng nội mạc và độ mô học thấp)

Giai đoạn IC: PT cắt tử cung toàn bộ, phần phụ hai bên vét hạch chậu bịt bắt buộc, tất cả BN đều được điều trị tia xạ sau mổ.

Tia xạ sau mổ: bổ trợ liều khung chậu bằng máy gia tốc liều 45-50Gy, trong một số TH có di căn hạch cao bổ sung thêm trường chiếu hạch.

Tất cả đều tiến hành khoa ngoại E và khoa Xạ 2

bệnh viện K.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 13.0

KẾT QUẢ

1. Đặc điểm lâm sàng

1.1. Tuổi

Bảng 1. Phân bố tuổi (n= 96)

Tuổi	SL	TL %
<40	1	1,1
40-50	2	2,1
>50	93	96,8
Tuổi trung bình	58	
Thấp nhất cao nhất	39- 75	

Trong đó trẻ nhất là 39 tuổi, cao tuổi nhất là 75 tuổi, hay gặp nhất trên 50, trung bình 58T

1.2. Triệu chứng lâm sàng

Bảng 2. Các dấu hiệu lâm sàng thường gặp(n=96)

Triệu chứng lâm sàng	SL	TL%
Đau bụng hạ vị	4	4,2
Ra máu âm đạo	32	33,3
Ngoài CK kinh	4	4,2
Sau mãn kinh	28	29,1
Ra dịch âm đạo	55	57,3
Không TC lâm sàng	1	1,1

Đa số BN ra dịch âm đạo là 57,3%, ra máu bất thường âm đạo sau mãn kinh là 33,3%. Có 1 trường hợp bệnh nhân tình cờ phát hiện qua khám sàng lọc qua siêu âm mà không có triệu chứng lâm sàng.

2. Cận lâm sàng

2.1. Chẩn đoán hình ảnh

Siêu âm : 85/96 BN chiếm 88,5% phát hiện dày niêm mạc tử cung hoặc u trong buồng tử cung, 9 BN tử cung to hơn bình thường hoặc không thấy tổn thương nghi ngờ chiếm 11,5%. 2/96 BN nghi ngờ hạch di căn. CTscanner, MRI: có 62 BN được chụp chụp CT hoặc MRI thì cả 62 BN có phát hiện tổn thương tại tử cung (100%). Trong đó 48BN chụp MRI và 14BN chụp CT scanner. 14/48 BN chụp MRI xác định được có xâm lấn lớp cơ thân tử cung hoặc cổ tử cung, có di căn hạch trong khi CT scanner không xác định được u xâm lấn cơ tử cung.

2.2. Mô bệnh học : Bao gồm tấp mô học và độ biệt hóa ung thư

Bảng 3. Kết quả mô bệnh học

Mô bệnh học	SL	Tỷ lệ
UTBMT dạng nội mạc	89	92,7
UTBM tế bào vảy	5	5,2
UTBMT thanh dịch	1	1,1
UTBMT tế bào sáng	1	1,1
UTBMT tế bào nhỏ	0	0
Độ biệt hóa mô học cao	58	60,4
Độ biệt hóa mô học vừa	13	13,5
Độ biệt hóa mô học thấp	25	26

Kết quả trên cho thấy hầu hết các BN trong nghiên cứu này là UTBMT dạng nội mạc chiếm tỷ lệ cao nhất 92,7%, ung thư biệt hóa cao chiếm tới 60,4%.

3. Xếp giai đoạn bệnh sau phẫu thuật

Bảng 4. Kết quả xếp giai đoạn (n=96)

Giai đoạn	BN	Tỷ lệ%
IA	12	12,5

IB	50	52,1
IC	34	35,4

Giai đoạn IA sớm chiếm tỉ lệ thấp nhất 12,5%, chủ yếu gặp giai đoạn IB chiếm 52,1%

4. Các phương pháp điều trị

4.1. Điều trị phẫu thuật

Tất cả 96BN đều được điều trị phẫu thuật

Bảng 5. Các phương pháp phẫu thuật (n=96)

Phương pháp PT	SL	TL%
Cắt TCTB – vét hạch chậu	86	89,6
Cắt TCTB – không vét hạch	10	10,4

Chỉ có 10% BN trong NC không vét hạch chậu.

Bảng 6. Các biến chứng phẫu thuật (n=96)

Các biến chứng	SL	TL%
Chảy máu	3	3,1
Rò bạch huyết	2	2,1
Tắc ruột	0	0
Rối loạn tiểu tiện	5	5,2
Nhiễm trùng vết mổ	3	3,1

Các biến chứng đều chiếm tỉ lệ thấp, cao nhất là BC tiết niệu chiếm 5,2%

4.2. Điều trị tia xạ sau mổ

Tiến hành trên 39BN chỉ định theo kết quả sau phẫu thuật

Bảng 7: Điều trị tia xạ với các giai đoạn (n=39BN)

Theo giai đoạn	SL	TL%
IA	0	0
IB	5	12,8
IC	34	97,2

Có 5BN giai đoạn IB có chỉ định tia xạ sau mổ chiếm 12,8%.

Biến chứng trong quá trình điều trị tia xạ

Bảng 8. biến chứng trong quá trình điều trị tia xạ (n=39)

Biến chứng tia xạ	SL	TL%
Viêm da	15	38,5
Viêm ruột	4	10,2
Viêm đường tiết niệu	8	20,5

Các BC trong quá trình tia xạ rất ít gặp cao nhất là viêm da tiếp xúc trường chiếu tia là 38,5%.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng

1.1. Tuổi

Trong nghiên cứu của chúng tôi BN trẻ nhất là 39 tuổi, cao tuổi nhất là 75 tuổi, tuổi trung bình là 58 tuổi tương tự với nghiên cứu của Phạm Văn Bùng (2005-2008) có độ tuổi TB là 54, trẻ nhất là 27 cao nhất là 77 tuổi, Creasman và cs (1984-2001) NC trên 1000BN tuổi TB cũng là 60 tuổi. Kết quả NC của chúng tôi cho thấy tỷ lệ BN dưới 40 tuổi chỉ chiếm 1,1%, tương tự với các kết quả các nghiên cứu Noriss, Gallup là dưới 5%. Bệnh hay gặp BN sau mãn kinh trên 50 tuổi trên 75%, kết quả nghiên cứu của chúng tôi là 81,7%.

Độ tuổi hay gặp nhất là 55 đến 70 tuổi chiếm trên 90%.

1.2. Triệu chứng lâm sàng

Dấu hiệu lâm sàng hay gặp nhất của UTNM TC là ra dịch âm đạo hoặc ra máu bất thường âm đạo ngoài chu kỳ kinh hoặc sau mãn kinh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi hoàn toàn phù hợp với đặc điểm này với triệu chứng ra dịch âm đạo là 53%, ra máu bất thường âm đạo sau mãn kinh là 32,5%. Có một trường hợp bệnh nhân tình cờ phát hiện qua khám sàng lọc qua siêu âm mà không có triệu chứng lâm sàng rõ ràng. Các triệu chứng lâm sàng trên rất có giá trị trong phát hiện UTNMTC, các BN đều được phát hiện giai đoạn tương đối sớm do các dấu hiệu bất thường ở trên hay xảy ra sau mãn kinh là độ tuổi thường gặp nhất của UTNMTC.

2. Cận lâm sàng

2.1. Chẩn đoán hình ảnh

Siêu âm : 85/96 BN chiếm 88,5% phát hiện dày niêm mạc tử cung hoặc u trong buồng tử cung, 9 BN tử cung to hơn bình thường hoặc không thấy tổn thương nghi ngờ chiếm 11,5%. 2/96 BN nghi ngờ hạch di căn. CTscanner, MRI: có 62 BN được chụp chụp CT hoặc MRI thì cả 62 BN có phát hiện tổn thương tại tử cung (100%). Trong đó 48BN chụp MRI và 14BN chụp CT scanner. 14/48 BN chụp MRI xác định được có xâm lấn lớp cơ thân tử cung hoặc cổ tử cung, có di căn hạch trong khi CT scanner không xác định được u xâm lấn cơ tử cung. Từ kết quả trên cho thấy siêu âm là phương pháp chẩn đoán nhanh đơn giản có thể phát hiện tổn thương sớm nhưng chỉ phát hiện được tổn thương tại tử cung, khó đánh giá được mức độ xâm lấn và di căn hạch. Hình ảnh siêu âm thường là phát hiện u trong buồng tử cung hoặc dày bất thường nội mạc tử cung. MRI là phương pháp chẩn đoán hình ảnh có giá trị nhất với độ nhạy cao, có thể đánh giá được mức độ xâm lấn UT và di căn hạch [10].

2.2. Kết quả Mô bệnh học:

Trong nghiên cứu của chúng tôi UTBMT dạng nội mạc tử cung chiếm tỷ lệ 92,7% tương tự với các nghiên cứu Creasman và cs trên 90% [2]. Hai thể mô học khác rất ít gặp là UTBM thanh dịch chiếm 1,1% và tế bào sáng 1,1% tương tự với nghiên cứu Creasman các thể mô bệnh học này chỉ gặp dưới 10% và là thể mô học không thuận lợi. Về xếp độ mô học ung thư, theo NC của chúng tôi cho thấy hầu hết các BN là UT với độ mô học biệt hóa cao (60,4%), biệt hoá thấp chỉ chiếm 26%. Kết quả trên tương tự với tác giả Phạm Văn Bùng, Grad I 45%, Grad II 33,3%, Grad III ít gặp nhất 15,3% [1].

3. Xếp giai đoạn bệnh sau phẫu thuật

Bảng 3 cho thấy 96 BN giai đoạn I thì tỉ lệ IA, IB, IC tương ứng là 12,5%. 52,1%, 35,4%. NC của Phạm

Văn Bùng 2008 GD IA,IB,IC là 26,7%, 41,3%, 17,3% [1] tương tự NC chúng tôi chủ yếu gặp GD IB, tuy nhiên NC chúng tôi BN giai đoạn IC gặp nhiều hơn. UTNMTC thường phát hiện ở giai đoạn sớm, ung thư thường khu trú tại tử cung, ít di căn xa và xâm lấn xung quanh, tiên lượng tốt ở giai đoạn sớm.

4. Các phương pháp điều trị

4.1. Điều trị phẫu thuật

Trong NC chúng tôi chỉ định phẫu thuật trên 100% BN nghiên cứu. Bao gồm 2 phương pháp : Cắt TCTB và buồng trứng hai bên đơn thuần không vét hạch chậu bịt áp dụng trên nhóm BN giai đoạn IA u nhỏ và thể mô bệnh học thuận lợi. Nhóm này chỉ chiếm 10,4% do hầu hết BN NC ở giai đoạn IB,IC, giai đoạn IA chỉ có 10BN. Kết quả này tương tự với NC của Hsieh và Scott. Các BN giai đoạn sớm khi UT còn khu trú ở niêm mạc tử cung, tổn thương nhỏ thường có tiên lượng tốt và không di căn sớm. Trong NC của chúng tôi chỉ có 2BN nhân giai đoạn IA có vét hạch là do 1BN khối u >4cm và 1BN sờ thấy hạch trên lâm sàng. Cắt tử cung toàn bộ, buồng trứng hai bên và vét hạch chậu bịt hai bên áp dụng trên các BN GD IB, IC. Nhóm này chiếm đa số trong NC của chúng tôi là 89,6% bởi GD IB, IC chiếm đa số. Theo kết quả NC của Creasmans trên 500BN thì di căn hạch IA, IB, IC là 2%, 15%,35%. Kết quả trên cho thấy vét hạch với giai đoạn IB, IC là cần thiết.

Biến chứng trong và sau khi phẫu thuật : Theo NC này tỉ lệ các biến chứng là rất thấp bao gồm chảy máu, tắc ruột sau mổ, rò bạch huyết do vét hạch rộng rãi, rối loạn tiểu tiện do cắt tử cung rộng và vét hạch, nhiễm trùng vết mổ. Trong các biến chứng trên hay gặp nhất là biến chứng tiết niệu 5/96Bn (5,2%) chủ yếu do vét hạch rộng rãi và cắt rộng vùng paramet cạnh TC trong một số BN có u to xâm lấn thanh mạc.

4.2. Điều trị tia xạ sau PT

Chỉ có 39BN trong NC có chỉ định tia xạ sau mổ, chỉ xạ trị khung chậu bằng máy gia tốc từ ngoài vào, chủ yếu là BN ở giai đoạn IC. Các BN giai đoạn IA, IB chỉ điều trị tia xạ hỗ trợ khi có di căn hạch hoặc u lớn >4cm. Kết quả NC cho thấy chỉ có 5BN IA,IB có chỉ định điều trị tia xạ chiếm 12,8%. Còn lại giai đoạn IC là 97,2%.

Biến chứng do điều trị trong quá trình điều trị tia xạ cũng thấp bao gồm viêm da tại chỗ tia xạ, viêm ruột có rối loạn tiêu hóa, viêm tiết niệu có rối loạn tiểu tiện đái buốt rất do viêm bàng quang. Tuy nhiên hay gặp nhất vẫn là viêm da tại chỗ chiếm 38,5%.

KẾT LUẬN

Tuổi trung bình là 58, dưới 40 thấp (1,1%), độ tuổi hay gặp là sau mãn kinh trên 50 tuổi 96,8%. Triệu chứng hay gặp nhất của UTNM TC là ra dịch âm đạo là 57,3%, ra máu bất thường âm đạo sau mãn kinh là

33,3%.

Siêu âm, MRI có giá trị cao trong chẩn đoán UTNMTC, đặc biệt MRI còn đánh giá được mức độ xâm lấn UT và di căn hạch góp phần đánh giá giai đoạn.

Trong NC của chúng tôi UTBMT nội mạc tử cung chiếm tỷ lệ cao nhất 92,7%, các tip mô học khác rất ít gặp. Hầu hết các BN trong nghiên cứu này là UT với độ mô học biệt hóa cao 60,4%, biệt hoá thấp chỉ chiếm 26%.

Trong 96 BN, giai đoạn IB chiếm tỷ lệ cao nhất 52,1%, giai đoạn IA sớm chỉ gặp 12BN(12,5%) khi UT còn khu trú niêm mạc tử cung.

Điều trị phẫu thuật chỉ định trên tất cả 96BN nghiên cứu trong đó nhóm vét hạch chiếm đa số với 89,6% do trong NC ít gặp UT giai đoạn sớm IA. Các biến chứng do phẫu thuật rất ít gặp cao nhất là biến chứng tiết niệu chiếm 5,2%.

Điều trị tia xạ sau mổ chỉ tiến hành trên 39BN chiếm 40,6%, chủ yếu với giai đoạn IC (97,2%). Các biến chứng do tia xạ cũng ít gặp và chủ yếu là viêm loét da tại trường chiếu tia có 15/96BN (38,5%)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Văn Bùng. Nghiên cứu di căn hạch chậu của Ung thư nội mạc tử cung GD I, II. Luận án TSYH 2011
2. Creasman W, Odicino F, Maisonneuve P, et al. Carcinoma of the corpus uteri. Int J Gynecol Obstet 2006;95(Suppl 1):S105-S143.
3. Bùi Diệu, Nguyễn Văn Tuyên, Trần Văn Thuấn. Ung thư nội mạc tử cung. Chẩn Đoán và điều trị Bệnh ung thư. NXB Y học. Trang 334-338.
4. Nguyễn Bá Đức. Ung thư nội mạc tử cung. Hóa chất điều trị ung thư. NXB Y học. 123-126
5. Gallup DG, Stock RJ. Adenocarcinoma of the endometrium in women 40 years of age or younger. Obstet Gynecol 1984;64:417-420.
6. Hsieh CH, Chang Chien CC, Lin H, et al. Criterion for full pelvic lymphadenectomy in surgical staging of endometrial cancer? Gynecol Oncol 2002;86:28-33
7. NCCN clinical practice guidelines in oncology.v.1.2009
8. Norris HJ, Tavassoli FA, Kurman RJ. Endometrial hyperplasia and carcinoma, diagnostic consideration. Am J Surg Pathol 1988;7:839-847.
9. Scott M, Kaled M al. Corpus, Epithelial tumor. Principales and practice of Gynecologic oncology 2009. Limpicott William and Wilins. P 683-732
10. Trimble EL, Harlan LC, Clegg L, et al. Pre-operative imaging, surgery, and adjuvant therapy for women diagnosed with cancer of the corpus uteri in community practice in the US. Gynecol Oncol 2005;96:741-748.