

**NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐÁNH GIÁ  
KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ NỘI MẠC  
TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU THÀNH PHỐ CẦN THƠ  
NĂM 2021 – 2023**

*Lê Võ Nhật Thành<sup>1\*</sup>, Hồ Long Hiền<sup>2</sup>*

*1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ*

*2. Bệnh viện Ung bướu Thành phố Cần Thơ*

*\*Email: levonhatthanh@gmail.com*

*Ngày nhận bài: 29/5/2023*

*Ngày phản biện: 30/6/2023*

*Ngày duyệt đăng: 07/7/2023*

**TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề:** Ung thư nội mạc tử cung là ung thư phổ biến, đứng thứ hai trong ung thư phụ khoa, sau ung thư cổ tử cung. Phẫu thuật triệt căn điều trị ung thư nội mạc tử cung giai đoạn sớm bao gồm cắt tử cung toàn phần kèm nạo hạch chậu 2 bên. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư nội mạc tử cung và đánh giá kết quả phẫu thuật cắt tử cung toàn phần kèm nạo hạch chậu hai bên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế mô tả cắt ngang, tiến cứu trên 59 bệnh nhân ung thư nội mạc tử cung điều trị bằng phẫu thuật cắt tử cung toàn phần kèm nạo hạch chậu hai bên tại Bệnh viện Ung bướu Thành phố Cần Thơ từ tháng 03/2021 đến tháng 03/2023. Bệnh nhân được ghi nhận đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, giai đoạn bệnh theo FIGO và đánh giá trong mổ kích thước khối u, tai biến và biến chứng của phẫu thuật, mô bệnh học, tình trạng di căn hạch. Xử lý số liệu bằng SPSS 20.0. **Kết quả:** Ra huyết âm đạo là triệu chứng cơ năng thường gặp nhất, tỉ lệ 91,5%. Triệu chứng thực thể thường gặp nhất là tử cung to 45,8%. Không ghi nhận xâm lấn trực tràng, bàng quang, buồng trứng trên CT scan. Số hạch nạo được tối thiểu là 3 hạch, tối đa là 40 hạch. Tỉ lệ di căn hạch là 13,6%. Giai đoạn IA chiếm tỉ lệ cao nhất 50,8%. Phân độ biến chứng theo Clavien - Dindo độ 0 tỉ lệ 74,6%, độ 1 là 8,5%, độ 2 là 13,5%, độ 5 là 3,4%. Loại mô học và độ mô học có liên quan đến di căn hạch chậu ( $p < 0,05$ ). **Kết luận:** Phẫu thuật cắt tử cung toàn phần kèm nạo hạch chậu 2 bên là phẫu thuật an toàn và hiệu quả trong điều trị ung thư nội mạc tử cung.

**Từ khóa:** Ung thư nội mạc tử cung, Phân độ Clavien – Dindo, biến chứng.

**ABSTRACT**

**THE CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND  
ASSESSMENT TREATMENT RESULTS ON ENDOMETRIAL CANCER  
PATIENTS AT CAN THO ONCOLOGY HOSPITAL 2021–2023**

*Le Vo Nhat Thanh<sup>1\*</sup>, Ho Long Hien<sup>2</sup>*

*1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy*

*2. Can Tho Oncology Hospital*

**Background:** Endometrial cancer ranks second among gynaecological malignancies, after cervical cancer. Surgical treatment, including radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy, is the most important component and is often applied to the majority of patients. **Objectives:** To determine clinical, paraclinical characteristics and assessment of treatment results of radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy. **Materials and method:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 38 patients with endometrial cancer. They underwent laparotomy hysterectomy and pelvic lymphadenectomy at Can Tho City Oncology Hospital from March 2021 to March 2023. Patients were recorded for clinical characteristics, paraclinical, stage according to

FIGO, and intraoperative assessment of tumor size, complications and complications of surgery, histopathology, and lymph node status. All the data was analyzed by SPSS 20.0. **Results:** Vaginal bleeding is the most common symptom of endometrial cancer, with 91.5% of cases. Palpable uterine can be found in 45.8%. There was no rectal invasion, bladder invasion, or ovarian invasion on the CT scan. The minimum number of dissected lymph nodes is 3 nodes, the maximum is 40 nodes. The rate of lymph node metastasis is 13.6%. Stage IA accounts for the highest proportion (50.8%). Intraoperative complications rate was low. Surgical complications using Clavien– Dindo classification grade 0 was 74.6%, grade 1 was 8.5%, grade 2 was 13.5%, and grade 5 was 3.4%. Tumor type and histology grade are predictive factors for lymph node metastasis ( $P < 0.05$ ). **Conclusion:** Radical hysterectomy with pelvic lymphadenectomy is a safe and effective surgery that improves survival in the treatment of endometrial cancer.

**Keywords:** Hysterectomy, Clavien–Dindoclassification, complication.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư nội mạc tử cung là ung thư khá phổ biến, đứng hàng thứ hai trong ung thư phụ khoa, sau ung thư cổ tử cung. Phẫu thuật là phương pháp điều trị quan trọng nhất, có vai trò chủ đạo cho hầu hết các giai đoạn bệnh nhất là giai đoạn sớm. Phẫu thuật triệt căn trong điều trị ung thư nội mạc tử cung bao gồm cắt tử cung toàn phần kèm nạo hạch chậu 2 bên. Phẫu thuật giúp cung cấp thông tin đánh giá chính xác giai đoạn bệnh cũng như là phương pháp giúp điều trị hiệu quả bệnh ở giai đoạn sớm khi còn khu trú ở thân tử cung mà chưa có di căn xa.

Tại Việt Nam, phẫu thuật cắt tử cung toàn phần kèm nạo hạch chậu hai bên điều trị ung thư nội mạc tử cung đã được thực hiện từ lâu. Bệnh viện Ung bướu Thành phố Cần Thơ đã triển khai phương pháp này nhiều năm, tuy nhiên chưa có công trình nghiên cứu nào đánh giá kết quả điều trị của phương pháp này. Xuất phát từ thực tế trên, nghiên cứu được tiến hành thực hiện với 2 mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư nội mạc tử cung tại Bệnh viện Ung bướu Thành phố Cần Thơ năm 2021-2023. (2) Đánh giá kết quả cắt tử cung toàn phần kèm nạo hạch chậu hai bên điều trị ung thư nội mạc tử cung tại Bệnh viện Ung bướu Thành phố Cần Thơ năm 2021-2023.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân ung thư nội mạc tử cung (NMTC) được chỉ định cắt tử cung toàn phần kèm nạo hạch chậu hai bên tại Bệnh viện Ung bướu Thành phố Cần Thơ từ tháng 03/2021 đến tháng 03/2023.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân được sinh thiết NMTC, có kết quả là carcinôm. Giai đoạn bệnh là I, II và III theo FIGO 2018. Tình trạng sức khỏe ASA là I, II, III.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có chống chỉ định phẫu thuật như rối loạn đông máu, bệnh hệ thống, bệnh nội khoa nặng, suy hô hấp mất bù.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu.

- **Cỡ mẫu:** Công thức tính cỡ mẫu:

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

Trong đó:  $Z_{1-\alpha/2}$ : trị số từ phân phối chuẩn.

$\alpha$ : xác suất sai lầm loại I. Chọn  $\alpha = 0,05$  nên  $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

p: là trị số ước đoán. Trong nghiên cứu này chúng tôi chọn tỉ lệ xảy ra biến chứng chảy máu trong phẫu thuật là 7,2% theo nghiên cứu của Rodrigo và cộng sự trên 457 bệnh nhân phẫu thuật điều trị UTNMTC [1].

d: sai số cho phép. Chọn sai số cho phép là 7%.

Dựa theo công thức trên, cỡ mẫu tính được  $n \geq 52$ .

Thực tế nghiên cứu trên 59 bệnh nhân

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện không xác suất: chọn tất cả bệnh nhân thỏa điều kiện chọn mẫu trong suốt thời gian tiến hành thu thập số liệu.

- **Nội dung nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu: tuổi, triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể, hình ảnh CT scan. Đánh giá kết quả điều trị: kích thước khối u, mô bệnh học sau mổ, tình trạng xâm lấn mạch bạch huyết (LVI), đánh giá số lượng và vị trí di căn hạch, giai đoạn bệnh theo FIGO, tai biến và biến chứng của phẫu thuật, phân độ biến chứng phẫu thuật theo Clavien-Dindo dựa vào diễn tiến và can thiệp điều trị biến chứng sau mổ.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học trường Đại học Y Dược Cần Thơ số 65/PCT-HĐĐĐ.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 33 tuổi, lớn nhất là 76 tuổi.

Tuổi trung bình là  $56,95 \pm 8,059$  tuổi.

Bảng 1. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng của ung thư nội mạc tử cung

		Số trường hợp (n=59)	Tỉ lệ %
<b>Triệu chứng cơ năng</b>			
Ra huyết âm đạo	Có	54	91,5
	Không	5	8,5
Ra dịch hôi âm đạo	Có	10	16,9
	Không	49	83,1
Đau bụng hạ vị	Có	14	23,7
	Không	45	76,3
<b>Triệu chứng thực thể</b>			
Tử cung to	Có	27	45,8
	Không	32	54,2
Sờ thấy u buồng trứng	Có	1	1,7
	Không	58	98,3

Nhận xét: Ra huyết âm đạo là triệu chứng cơ năng thường gặp nhất với tỉ lệ 91,5%. Triệu chứng ra dịch hôi âm đạo chiếm 16,9%. Đau bụng vùng hạ vị chiếm 23,7%. Triệu chứng thực thể thường gặp nhất là khám được tử cung to ở 27 trường hợp chiếm tỉ lệ 45,8%.

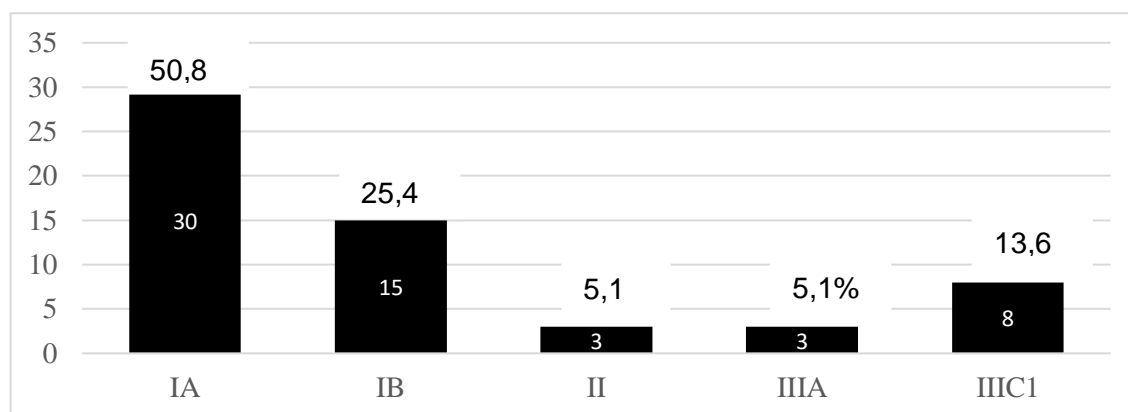
Bảng 2. Đặc điểm CT scan của ung thư nội mạc tử cung

Đặc điểm		Số trường hợp (n=59)	Tỉ lệ %
Xâm lấn trực tràng	Có	0	0
	Không	59	100
Xâm lấn bàng quang	Có	0	0
	Không	59	100
Xâm lấn buồng trứng	Có	0	0

**TẠP CHÍ Y DƯỢC HỌC CẦN THƠ – SỐ 61/2023**

Đặc điểm		Số trường hợp (n=59)	Tỉ lệ %
Nhân xơ tử cung	Không	59	100
	Có	6	10,2
	Không	53	89,8
U buồng trứng	Có	4	6,8
	Không	55	93,2

Nhận xét: Không ghi nhận tình trạng xâm lấn tử cung, bàng quang và buồng trứng. Nhân xơ tử cung có trong 6 trường hợp, tỉ lệ 89,8%. Có 4 trường hợp ghi nhận u buồng trứng, tỉ lệ 6,8%.



Biểu đồ 1. Phân bố giai đoạn bệnh theo FIGO

Nhận xét: Giai đoạn IA có số lượng cao nhất với 30 trường hợp, tỉ lệ 50,8%.

**3.2. Đánh giá kết quả phẫu thuật**

Kích thước khối u trên đại thể nhỏ nhất là 10 mm, kích thước lớn nhất là 130 mm.

Kích thước khối u trung bình là 44,97 ± 22,64 mm.

Bảng 3. Đặc điểm loại mô bệnh học sau phẫu thuật

Phân loại	Số trường hợp (n=59)	Tỉ lệ %
Carcinôm tuyến dạng nội mạc	57	96,6
Carcinôm tế bào sừng	1	1,7
Carcinosarcôm	1	1,7
Tổng	59	100

Nhận xét: Đa số các trường hợp UTMTC được phẫu thuật có phân loại mô bệnh học carcinôm tuyến dạng nội mạc, chiếm tỉ lệ 96,6%. Carcinôm tế bào sừng và carcinosarcôm có 1 trường hợp chiếm tỉ lệ 1,7%.

Bảng 4. Các đặc điểm mô bệnh học sau phẫu thuật

Đặc điểm mô bệnh học		Số trường hợp (n=59)	Tỉ lệ %
Độ mô học	Độ 1	4	6,8
	Độ 2	45	76,3
	Độ 3	10	16,9
Loại mô học	Loại 1	48	81,4
	Loại 2	11	18,6
Tình trạng LVI	Dương tính	17	28,8
	Âm tính	42	71,2

**TẠP CHÍ Y DƯỢC HỌC CẦN THƠ – SỐ 61/2023**

Đặc điểm mô bệnh học		Số trường hợp (n=59)	Tỉ lệ %
Xâm lấn cơ tử cung	< ½ lớp cơ	33	55,9
	> ½ lớp cơ	26	44,1
Xâm lấn cổ tử cung	Có	4	6,8
	Không	55	93,2
Xâm lấn / di căn phần phụ	Có	4	6,8
	Không	55	93,2

Nhận xét: Đa số các trường hợp sau phẫu thuật có độ mô bệnh học độ 2, tỉ lệ 76,3%. UTNMTC loại 1 chiếm đa số với tỉ lệ 81,4%. Tình trạng LVI dương tính gặp ở 28,8% trường hợp. Khối u xâm lấn dưới ½ lớp cơ tử cung, chiếm tỉ lệ 55,9%.

Đa số trường hợp sau phẫu thuật không ghi nhận xâm lấn cổ tử cung, chiếm tỉ lệ 93,2%. Không có di căn phần phụ chiếm tỉ lệ 93,2%.

**Bảng 5. Kết quả nạo hạch của phẫu thuật ung thư nội mạc tử cung**

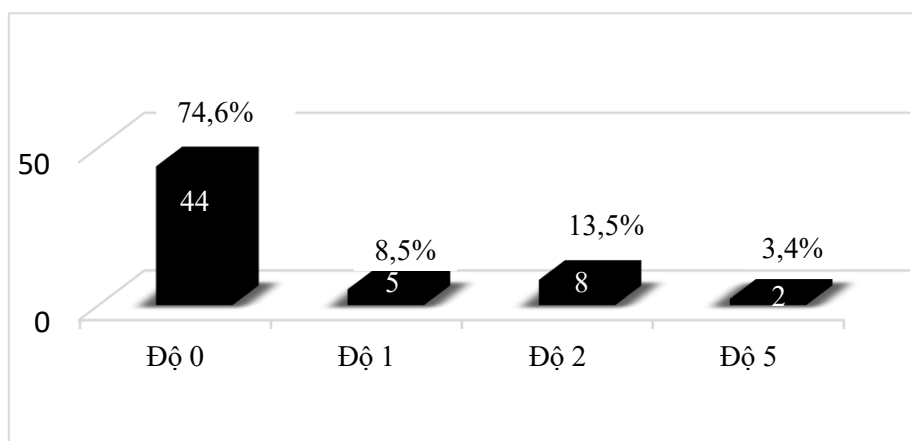
Số hạch chậu nạo được	Giá trị	Đơn vị
Tối thiểu	3	Hạch
Tối đa	40	Hạch
Trung bình	16,29 ± 6,85 hạch	Hạch
Số hạch di căn lớn nhất	15	Hạch
Tỉ lệ di căn hạch	13,6	%

Nhận xét: Số hạch nạo được tối thiểu là 3 hạch, tối đa là 40. Số hạch trung bình là 16,29 ± 6,85 hạch. Số lượng hạch di căn nhiều nhất là 15 hạch. Tỉ lệ di căn hạch là 13,6%.

**Bảng 6. Biến chứng sau phẫu thuật**

Biến chứng	Số trường hợp (n=59)	Tỉ lệ %
Liệt bàng quang tạm thời	3	5,1
Nhiễm trùng nông vết mổ	3	5,1
Tử vong	2	3,4

Nhận xét: Liệt bàng quang tạm thời sau phẫu thuật là 5,1% với 3 trường hợp. Nhiễm trùng nông vết mổ được ghi nhận ở 3 trường hợp, chiếm tỉ lệ 5,1%. Có 2 trường hợp tử vong trong thời gian hậu phẫu, chiếm tỉ lệ 3,4%.



**Biểu đồ 2. Phân độ biến chứng phẫu thuật theo Clavien-Dindo**

Nhận xét: Đa số có phân độ Clavien-Dindo độ 0 chiếm 44 trường hợp, tỉ lệ 74,6%.

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

UTNMTC có tần suất mắc bệnh cao nhất ở phụ nữ độ tuổi tiền mãn kinh và mãn kinh. Trong nghiên cứu này, tuổi trung bình là  $56,95 \pm 8,059$  tuổi, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 33 tuổi, lớn tuổi nhất là 76 tuổi. Nhiều nghiên cứu cho thấy ở độ tuổi từ 50 đến 70 cùng với tình trạng mãn kinh thường hay gặp những biểu hiện bệnh lý ở NMTC. Phù hợp với Hoàng Trọng Bằng nghiên cứu ở bệnh nhân UTMTC giai đoạn I, độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 57,77 tuổi. Bệnh nhân ở nhóm tuổi trên 60 chiếm 30,2% [2].

Ra huyết âm đạo bất thường là lý do để bệnh nhân đến khám bệnh trong hầu hết các trường hợp, chiếm 91,5% bệnh nhân trong nghiên cứu này. Đây cũng là một triệu chứng dễ nhận biết và gây lo lắng nên bệnh nhân thường đi khám khi có triệu chứng, giúp phát hiện bệnh ngay từ giai đoạn sớm. Tác giả Phạm Văn Hùng ghi nhận tỉ lệ là 84,2%, Vũ Đình Giáp là 87% [3], [4]. Triệu chứng thực thể gặp nhiều nhất là tử cung to ghi nhận thông qua khám tiểu khung, chiếm tỉ lệ 45,8%. Nhiều nghiên cứu khác được thực hiện trong nước cũng ghi nhận triệu chứng tử cung to với các tỉ lệ thay đổi như 56,5% số trường hợp theo Vũ Đình Giáp; 39,6% trường hợp theo Hoàng Trọng Bằng [2], [4].

Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều được chụp CT scan bụng tiểu khung đánh giá trước phẫu thuật. Không có trường hợp nào ghi nhận xâm lấn trực tràng, xâm lấn bàng quang, buồng trứng. 10,2% trường hợp phát hiện tổn thương nhân xơ tử cung trên CT scan, và 6,8 % có khối u buồng trứng. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Hoàng Trọng Bằng và Phạm Văn Hùng khi đều ghi nhận được các hình ảnh chủ yếu là dày NMTC và không có xâm lấn cơ quan lân cận trên đối tượng UTMTC giai đoạn sớm [2], [3].

Nhiều nghiên cứu về giai đoạn UTMTC trong dân số chung cũng ghi nhận tỉ lệ UTMTC giai đoạn sớm chiếm tỉ lệ cao nhất. Phạm Văn Hùng nghiên cứu năm 2004 ghi nhận tỉ lệ giai đoạn I chiếm tỉ lệ 56,2% [3]. Dữ liệu trong nghiên cứu SEER ghi nhận tỉ lệ này là 69,2% [5]. Các tỉ lệ này thấp hơn trong nghiên cứu của chúng tôi vì báo cáo trên dân số chung, trải dài trên tất cả các giai đoạn của bệnh. Còn 59 bệnh nhân trong nghiên cứu chủ yếu ghi nhận từ giai đoạn I đến giai đoạn III được phẫu thuật chẩn đoán giai đoạn bệnh.

### 4.2. Đánh giá kết quả phẫu thuật

Trong nghiên cứu này, kích thước khối u dựa vào đường kính lớn nhất của bệnh phẩm sau phẫu thuật. Kích thước nhỏ nhất trong nghiên cứu là 10mm và lớn nhất là 130mm, trung bình là  $44,97 \pm 22,64$  mm. Theo Hội Ung thư Châu Âu (ESMO), khối u có kích thước hơn 2 cm là một yếu tố tiên lượng nguy cơ tái phát sau điều trị [6].

Bệnh nhân có mô bệnh học là carcinôm tuyến dạng NMTC chiếm 96,6% trường hợp. Kết quả này tương đồng với y văn và nhiều nghiên cứu khác đều có tỉ lệ carcinôm tuyến dạng NMTC là loại chiếm đa số [6], [7].

Trong nghiên cứu, trường hợp có số hạch nạo được lớn nhất là 40 hạch, trung bình là  $16,3 \pm 6,9$  hạch. Số hạch nạo được trung bình của hạch chậu phải và hạch chậu trái là tương đương nhau. Có 3 trường hợp di căn hạch 2 bên, 5 trường hợp di căn hạch một bên. Tỉ lệ có di căn hạch chậu là 13,6%. Số lượng hạch này phù hợp với tỉ lệ di căn hạch chậu trong UT NMTC giai đoạn sớm trên thế giới [6], [8], [9].

Trong nghiên cứu này, biến chứng tại chỗ sau phẫu thuật được ghi nhận bao gồm liệt bàng quang tạm thời sau phẫu thuật 3 trường hợp và nhiễm trùng nông vết mổ được ghi nhận ở 3 trường hợp. Đối với liệt bàng quang sau phẫu thuật, bệnh nhân được tiến hành đặt sonde tiểu và tập tiểu trong vòng 3 ngày hậu phẫu tiếp theo. Cả 3 bệnh nhân hồi phục tốt,

có phản xạ tiêu lại và được rút sonde tiêu trước khi xuất viện. Kết quả này có khác nhau so với nghiên cứu của Jason D. Wright, tỉ lệ tai biến trong các trường hợp phẫu thuật cắt tử cung ngã bụng, bao gồm biến chứng tại chỗ như nhiễm trùng vết mổ, áp xe, chảy máu, tắc ruột chiếm 23.1%; biến chứng toàn thân như thuyên tắc phổi, nhồi máu cơ tim, suy thận, suy hô hấp chiếm 23%. Nghiên cứu không báo cáo số lượng trường hợp tử vong. Tác giả cũng thừa nhận rằng nghiên cứu được hưởng lợi từ việc bao gồm một lượng lớn bệnh nhân tham gia từ thử nghiệm SEER, nên dữ liệu được báo cáo không nắm bắt được rõ tính xác thực của các biến chứng. Thứ hai, phân tích của tác giả chỉ giới hạn ở những người lớn tuổi nên không khái quát cho tất cả phụ nữ. Mặt khác, đa số các bệnh nhân được phẫu thuật từ năm 2006 đến 2011 nên có thể khác nhau trong quá trình hoàn thiện về kỹ thuật và quy trình phẫu thuật [10].

## V. KẾT LUẬN

Tuổi mắc bệnh trung bình là  $56,95 \pm 8,059$  tuổi. Tuổi mãn kinh trung bình là  $53,72 \pm 2,374$  tuổi. Ra huyết âm đạo là triệu chứng cơ năng thường gặp nhất với tỉ lệ 91,5%. Triệu chứng thực thể thường gặp nhất là tử cung to tỉ lệ 45,8%. Giai đoạn IA chiếm tỉ lệ cao nhất là 50,8%. Số hạch nạo được trung bình là  $16,29 \pm 6,85$  hạch. Số lượng hạch di căn nhiều nhất là 15 hạch. Tỉ lệ di căn hạch là 13,6%. Tỉ lệ tai biến là 25,4%. Phân độ Clavien - Dindo độ 0 tỉ lệ 74,6%, độ 1 là 8,5%, độ 2 là 13,5%, độ 5 là 3,4%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rodrigo I. A., Álvaro M. C., Marco L. 5,926 hysterectomies: complications described by Clavien–Dindo classification, *Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2021. 41(7), 1102-1106, doi: 10.1080/01443615.2020.1835843.
2. Hoàng Trọng Bằng. Đánh giá kết quả điều trị ung thư nội mạc tử cung giai đoạn FIGO I tại bệnh viện K. Đại học Y Hà Nội. 2020. 108.
3. Phạm Văn Bùng. Di căn hạch chậu của ung thư nội mạc tử cung. *Tạp chí y học TP Hồ Chí Minh*. 2004. 8(1), 184-191.
4. Vũ Đình Giáp. Nhận xét kết quả điều trị ung thư nội mạc tử cung giai đoạn III, IV tại bệnh viện K. Đại học Y Hà Nội; 2016. 82.
5. Hou X., Yue S., Liu J., Qiu Z., Xie L. et al. Association of Tumor Size With Prognosis in Patients With Resectable Endometrial Cancer: A SEER Database Analysis. *Frontiers in Oncology*. 2022. 12(887157), 1-9, doi: 10.3389/fonc.2022.887157.
6. Colombo N., Creutzberg C., Amant F., Bosse T., Gonzalez A. et al. ESMO-ESGO-ESTRO Consensus Conference on Endometrial Cancer: diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*. 2016. 27(1), 16-41, doi: 10.1093/annonc/mdv484.
7. Martin K., Frédéric A., Mansoor R. M., Creutzberg C. L. Cancer of the corpus uteri: 2021 update, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2021. 155(1), 45-60, doi: 10.1002/ijgo.13866.
8. Wang Z., Zhang S., Ma Y., Li W., Tian J. et al. A nomogram prediction model for lymph node metastasis in endometrial cancer patients, *BMC Cancer*. 2021. 21(1), 748, doi: 10.1186/s12885-021-08466-4.
9. Xingchen L., Cheng Y., Dong Y., Zhou J., Wang Z. et al. Development and validation of predictive model for lymph node metastasis in endometrial cancer: a SEER analysis, *Annals of Translational Medicine*. 2021. 9(7), 1-13, doi: 10.21037/atm-20-5034.
10. Wright J. D., Burke W. M., Tergas A. I., Hou J., Huang Y. et al. Comparative Effectiveness of Minimally Invasive Hysterectomy for Endometrial Cancer, *J Clin Oncol*. 2016. 34(10), 1087-1096, doi: 10.1200/jco.2015.65.3212.