

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ HOÁ TRỊ TÂN HỖ TRỢ
UNG THƯ BIỂU MÔ BUỒNG TRỨNG GIAI ĐOẠN III-IV
BẰNG PHÁC ĐỒ PACLITAXEL – CARBOPLATIN 3 CHU KỲ
TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2024-2025**

Nguyễn Đức Cần*, Huỳnh Quang Đạm, Hồ Long Hiền, Võ Văn Kha

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: 23210811715@student.ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 20/3/2025

Ngày phản biện: 23/5/2025

Ngày duyệt đăng: 25/5/2025

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư buồng trứng là một trong những ung thư đường sinh dục nữ thường gặp, tiên lượng xấu do khó chẩn đoán, đa phần phát hiện là giai đoạn III, IV. Để đạt được phẫu thuật tối ưu cần hóa trị tân hỗ trợ phác đồ Paclitaxel – Carboplatin và đánh giá lại sau ba chu kỳ ở những bệnh nhân giai đoạn III – IV không thể phẫu thuật ngay từ đầu. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, đánh giá kết quả hoá trị và các yếu tố liên quan đến đáp ứng của hoá trị tân hỗ trợ phác đồ Paclitaxel – Carboplatin 3 chu kỳ ở bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn III-IV. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, can thiệp lâm sàng không đối chứng trên 31 bệnh nhân tại Bệnh viện Ung bướu thành phố Cần Thơ. **Kết quả:** Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là đau bụng là (96,8%), carcinôm dịch trong độ cao thường gặp nhất (48,4%), giai đoạn IV chiếm ưu thế hơn (54,8%). Đáp ứng một phần chiếm ưu thế (77,4%), đáp ứng toàn bộ 6,5%. Các tác dụng phụ giảm bạch cầu (38,7%), giảm hồng cầu (32,1%), giảm tiểu cầu (22,6%), nôn-buồn nôn (21,6%), tiêu chảy (22,6%), rụng tóc (100%), tê bì chân tay (67,7%). Tỷ lệ đáp ứng hoá trị tân hỗ trợ có liên quan đến: giai đoạn bệnh, tràn dịch màng phổi. **Kết luận:** Phác đồ tân hỗ trợ Paclitaxel – Carboplatin 3 chu kỳ có hiệu quả làm giảm kích thước u, tỷ lệ đáp ứng 83,9%, thuận lợi cho quá trình phẫu thuật và tương đối an toàn.

Từ khóa: Ung thư buồng trứng, hóa trị tân hỗ trợ, phẫu thuật.

ABSTRACT

**EVALUATING THE OUTCOMES OF NEOADJUVANT
CHEMOTHERAPY WITH PACLITAXEL-CARBOPLATIN IN THREE
CYCLES FOR STAGE III-IV OVARIAN CARCINOMA
AT CAN THO ONCOLOGY HOSPITAL IN 2024-2025**

Nguyen Duc Can*, Huynh Quang Dam,

Ho Long Hien, Vo Van Kha

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Ovarian cancer is one of the most common female genital tract cancers and poor prognosis because of difficult diagnosis, as most cases are detected at stages III and IV. To achieve optimal surgery, neoadjuvant chemotherapy with the Paclitaxel-Carboplatin regimen is required, followed by reevaluation after three cycles in patients with stage III-IV cancer who are not eligible for immediate surgery. **Objectives:** To describe the clinical and subclinical characteristics and evaluate the outcomes of chemotherapy, as well as the factors related to the response to three cycles of neoadjuvant Paclitaxel-Carboplatin chemotherapy in patients with stage III-IV epithelial ovarian cancer. **Materials and methods:** A prospective, uncontrolled clinical intervention study was conducted on 31 patients at Can Tho Oncology Hospital. **Results:** The most

common symptom was abdominal pain (96.8%), serous carcinoma being the most frequent type (48.4%), and stage IV was more predominant (54.8%). Partial response was dominant (77.4%), complete response (6.5%). Side effects included leukopenia (38.7%), anemia (32.1%), thrombocytopenia (22.6%), nausea-vomiting (21.6%), diarrhea (22.6%), hair loss (100%), and limb numbness (67.7%). Neoadjuvant chemotherapy response rate is related to: stage, pleural effusion.

Conclusion: The three-cycle neoadjuvant Paclitaxel-Carboplatin regimen is effective in reducing tumor size, rate of response 83,9%, facilitating the surgical process and relatively safe.

Keywords: Ovarian Carcionoma, Neoadjuvant Chemotherapy, surgical.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư buồng trứng (UTBT) là một trong những ung thư đường sinh dục nữ thường gặp. Theo ghi nhận của GLOBOCAN năm 2022 trên thế giới có 324.603 trường hợp mắc mới, 206.956 ca tử vong do UTBT. Tại Việt Nam, có 1.534 trường hợp mới mắc[1]. Ung thư biểu mô buồng trứng (UTBMBT) là bệnh lý ác tính phụ khoa có tiên lượng xấu. Phần lớn UTBMBT được chẩn đoán ở giai đoạn bệnh đã tiến triển III-IV[2]. Điều trị tiêu chuẩn UTBMBT là phẫu thuật tối ưu sau đó là hóa trị hỗ trợ với phác đồ chứa platinum. Tuy nhiên, phẫu thuật trong giai đoạn tiến triển rất khó khăn do bệnh đã gieo rắc hoặc xâm lấn cơ quan lân cận [3], [4]. Do đó, để đạt được phẫu thuật tối ưu cần hóa trị tân hỗ trợ phác đồ Paclitaxel – Carboplatin và đánh giá lại sau ba chu kỳ ở những bệnh nhân giai đoạn III – IV không thể phẫu thuật tối ưu ngay từ đầu [4], [5], [6].

Tại Bệnh viện Ung bướu Thành phố Cần Thơ, cũng đã áp dụng phác đồ hoá trị tân hỗ trợ Paclitaxel – Carboplatin 3 chu kỳ đối với bệnh nhân UTBMBT giai đoạn III – IV không thể phẫu thuật ngay từ đầu. Vì vậy, nghiên cứu “Đánh giá kết quả hoá trị tân hỗ trợ ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn III – IV bằng phác đồ Paclitaxel – Carboplatin 3 chu kỳ tại Bệnh viện Ung bướu Thành phố Cần Thơ năm 2024-2025” được thực hiện với 2 mục tiêu nghiên cứu: 1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn III-IV có hóa trị tân hỗ trợ Paclitaxel – Carboplatin 3 chu kỳ. 2) Đánh giá kết quả hoá trị và các yếu tố liên quan đến đáp ứng của hoá trị tân hỗ trợ phác đồ Paclitaxel – Carboplatin 3 chu kỳ ở bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn III-IV.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán xác định UTBMBT giai đoạn III-IV theo FIGO năm 2021, được hoá trị tân hỗ trợ phác đồ Paclitaxel – Carboplatin 3 chu kỳ tại Bệnh viện Ung bướu Thành phố Cần Thơ từ tháng 05/2024 đến tháng 03/2025.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán xác định UTBMBT có kết quả mô bệnh học. Được xếp giai đoạn III, IV theo FIGO 2021. Có chỉ số ECOG 0-2. Điều trị đủ 03 chu kỳ Paclitaxel – Carboplatin. Có hồ sơ ghi chép đầy đủ thông tin theo dõi điều trị. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có ung thư thứ 2 đồng phát trong ổ bụng. Bệnh nhân bỏ dở trong lúc điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Hồi cứu, mô tả loạt.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Lấy mẫu thuận tiện, thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ từ 1/2024-2/2025 có 31 trường hợp.

- **Nội dung nghiên cứu:** Chúng tôi thực hiện các xét nghiệm: CA125, công thức máu, sinh hóa, chụp cắt lớp vi tính ổ bụng cho các trường hợp UTBMBT giai đoạn III, IV (theo FIGO 2021) không thể phẫu thuật. Sau đó hóa trị phác đồ Paclitaxel – Carboplatin đánh giá công thức máu, sinh hóa mỗi chu kỳ, chụp cắt lớp vi tính ổ bụng khi kết thúc chu kỳ 3 rồi đánh giá đáp ứng điều trị theo tiêu chuẩn RECIST (**Response Evaluation Criteria In Solid Tumors**) phiên bản 1.1:

+ Đáp ứng hoàn toàn: Tổn thương đích biến mất hoàn toàn sau điều trị.

+ Đáp ứng một phần: Giảm $\geq 30\%$ tổng đường kính lớn nhất

+ Bệnh ổn định (bệnh giữ nguyên): Không có đủ tiêu chuẩn đánh giá đáp ứng một phần và cũng không đủ tiêu chuẩn đánh giá bệnh tiến triển

+ Bệnh tiến triển: Tăng $\geq 20\%$ tổng đường kính lớn nhất.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 17, sử dụng kiểm định χ^2 và Fisher.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Đề tài đã được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học trường Đại học Y Dược Cần Thơ số 24.081.HV/PCT-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thu thập được 31 trường hợp thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu.

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 1. Triệu chứng cơ năng và thực thể

Đặc điểm	Số trường hợp (n=31)	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi		
<60	17	54,8
≥ 60	14	45,2
Tuổi nhỏ nhất 45 tuổi lớn nhất 74, trung bình $68,8 \pm 8$		
Triệu chứng		
Đau bụng	30	96,8
Tự sờ thấy u	7	22,6
Ra máu âm đạo	2	6,5
Báng bụng	17	54,8
Hạch ngoại vi	8	25,8

Nhận xét: Đau bụng là triệu chứng cơ năng thường gặp nhất (96,8%), báng bụng là triệu chứng thực thể thường gặp nhất (54,8%).

Bảng 2. Kết quả kích thước u, CA125 trước hóa trị, giải phẫu bệnh, giai đoạn

Đặc điểm	Số trường hợp (n=31)	Tỷ lệ %
Kích thước u	< 5 cm	32,3
	5-10 cm	38,7
	> 10 cm	29
CA125 trước hóa trị	<1000 U/ml	32,3
	>1000 U/ml	67,7
Giải phẫu bệnh	Carcinôm dịch trong độ thấp	9,7
	Carcinôm dịch trong độ cao	48,4
	Carcinôm dạng nội mạc độ 1	6,4

Đặc điểm		Số trường hợp (n=31)	Tỷ lệ %
	Carcinôm dạng nội mạc độ 2	7	22,6
	Carcinôm dạng nội mạc độ 3	4	12,9
Giai đoạn	III	14	45,2
	IV	17	54,8

Nhận xét: Nhóm u có kích thước từ 5-10 cm chiếm tỷ lệ cao nhất (38,7%), nhóm CA125>1000 U/ml (67,7%), carcinôm dịch trong độ cao thường gặp nhất (48,4%), giai đoạn IV chiếm ưu thế hơn (54,8%).

3.2. Đánh giá đáp ứng điều trị và các tác dụng không mong muốn

Bảng 3. Đáp ứng điều trị và tác dụng không mong muốn sau hóa trị

Nội dung	Mức độ	Số trường hợp (n=31)	Tỷ lệ %
Đáp ứng điều trị	Bệnh ổn định	5	16,1
	Đáp ứng một phần	24	77,4
	Đáp ứng hoàn toàn	2	6,5
Giảm bạch cầu	Độ I	8	25,8
	Độ II	4	12,9
Giảm tiểu cầu	Độ I	7	22,6
Giảm hồng cầu	Độ I	10	32,1
Suy thận	Độ I	1	3,2
Nôn-buồn nôn	Độ I	5	16,1
	Độ II	2	6,5
Tiêu chảy	Độ I	5	16,1
	Độ II	2	6,5
Rụng tóc	Độ I	6	19,4
	Độ II	25	80,6
Tê bì tay chân	Độ I	21	67,7

Nhận xét: Đáp ứng một phần chiếm ưu thế (77,4%), đứng thứ 2 là nhóm bệnh ổn định (16,1%), cuối cùng là nhóm đáp ứng hoàn toàn (6,5%). Các tác dụng phụ giảm bạch cầu (38,7%), giảm hồng cầu (32,1%), giảm tiểu cầu (22,6%), suy thận (3,2%), nôn-buồn nôn (21,6%), tiêu chảy (22,6%), rụng tóc (100%), tê bì chân tay (67,7%) tất cả đều từ độ I đến độ II.

Bảng 4. Mối liên quan giữa loại mô bệnh học, giai đoạn, kích thước u, tràn dịch màng phổi với đáp ứng điều trị

Giá trị		Đáp ứng điều trị			Tổng (n=31)	Giá trị p
		Bệnh ổn định	Một phần	Hoàn toàn		
Giải phẫu bệnh	Carcinôm dịch trong độ thấp	0	3 (100%)	0	3 (100%)	0,9
	Carcinôm dịch trong độ cao	2 (13,3%)	12 (80%)	1 (6,7%)	15(100%)	
	Carcinôm dạng nội mạc độ 1	0	2 (100%)	0	2 (100 %)	
	Carcinôm dạng nội mạc độ 2	2 (28,6%)	4 (57,1%)	1(14,3%)	7 (100%)	
	Carcinôm dạng nội mạc độ 3	1 (25%)	3 (75%)	0	4 (100%)	

Giá trị		Đáp ứng điều trị			Tổng (n=31)	Giá trị p
		Bệnh ổn định	Một phần	Hoàn toàn		
Giai đoạn	III	0	12(85,7%)	2 (14,3)	14	0,029
	IV	5 (29,4%)	12 70,6%)	0	17	
Kích thước u	<5 cm	1 (10%)	8 (80%)	1(10%)	10(100%)	0,8
	5-10 cm	3 (25%)	8 (66,7%)	1 (8,3%)	12(100%)	
	>10 cm	1 (11,1%)	8 (88,9)	0	9 (100%)	
Dịch màng phổi trước hóa trị	Ít	0	12 (100%)	0	12 100%)	0,001
	Vừa	2(40%)	3(60%)	0	5 (100%)	
	Nhiều	3 (75%)	1(25%)	0	4 (100%)	
	Không	0	8(80%)	2(20%)	10(100%)	
Dịch màng bụng trước hóa trị	Ít	3 (25%)	9 (75%)	0	12(100%)	0,5
	Vừa	1(11,1%)	8 (88,9%)	0	9(100%)	
	Nhiều	1 (12,5)	5 (62,5%)	2(25%)	8(100%)	
	Không	0	2 (100%)	0	2(100%)	

Nhận xét: Không có mối liên quan giữa loại mô học và đáp ứng điều trị. Có 29,4 % trường hợp giai đoạn IV không đáp ứng điều trị và không có trường hợp nào ở giai đoạn III không đáp ứng điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,029$). Nhóm kích thước >10cm có 11,1% có bệnh ổn định, 88,9% bệnh đáp ứng một phần và đáp ứng hoàn toàn, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0,8$). Có 5/9 (55,6%) có tràn dịch màng phổi lượng từ lượng vừa trở lên nằm trong nhóm bệnh ổn định, 100% tràn dịch lượng ít và không tràn dịch màng phổi bệnh đều đáp ứng 1 phần hoặc toàn bộ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p=0,001$. Không có mối liên quan giữa tràn dịch màng bụng và đáp ứng điều trị ($p=0,5$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi lớn hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thanh Loan và cộng sự[7] ($60 \pm 8,4$ tuổi), tác giả Ngô Văn Tỵ và cộng sự[8] ($60,5 \pm 7,5$ tuổi).

Trong nghiên cứu này, triệu chứng thường gặp nhất là đau bụng (96,8%) tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Mai Lương [9] và cộng sự (80,7%), tác giả Nguyễn Thị Thanh Loan [7] và cộng sự (85,5%), tác giả Nguyễn Thùy Linh [10] và cộng sự (86%). Báng bụng (54,8%) là triệu chứng thực thể thường gặp nhất tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Mai Lương [9] và cộng sự (59,6%), tác giả Nguyễn Thị Thanh Loan [7] và cộng sự (85,5%).

Nhóm có kích thước u 5-10 cm chiếm tỷ lệ cao nhất (38,7%) tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Mai Lương [9] và cộng sự (50%), tác giả Nguyễn Thị Thanh Loan [7] và cộng sự (47,8%). Đánh giá kích thước u dựa vào việc chụp cắt lớp vi tính (CLVT) ổ bụng để khảo sát kích thước u trước và sau khi hóa trị 3 chu kỳ việc đo kích thước thông qua CLVT vẫn chưa thể đánh giá chính xác kích thước u bởi đôi khi sau hóa trị tế bào ung thư bị tiêu diệt kèm theo đó là việc tăng sinh mô sợi bên trong nên kích thước có thể lớn hơn kích thước thực tế của u. Nhóm có CA125 >1000 U/ml chiếm tỷ lệ cao nhất (67,7%) tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thanh Loan [7] và cộng sự (55,1%), khác biệt so với tác giả Meyer [11] và cộng sự (35%).

Carcinôm dịch trong độ cao là thường gặp nhất (48,4%) tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Mai Lương [9] và cộng sự (78,8%), tác giả Nguyễn Thị Thanh Loan [7] và cộng sự (75,4%), tác giả Anna Fagotti [4] và cộng sự (98,9%).

Giai đoạn chúng tôi ghi nhận độ IV>III (54,8 % và 45,2) tương đồng với nghiên cứu tác giả Nguyễn Thị Thanh Loan [7] và cộng sự (50,7% và 49,3%), khác biệt với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Mai Lương [9] và cộng sự (28,8% và 71,25%), tác giả Anna Fagotti [4] và cộng sự (9,2% và 90,8 %). Giải thích cho sự khác biệt này do địa lý vùng miền, bệnh viện Ung bướu Thành phố Cần Thơ là tuyến tiếp nhận bệnh nhân ung thư từ các tỉnh Đồng bằng Sông Cửu Long đây là khu vực còn đang phát triển ý thức khám sức khỏe định kỳ hàng năm hay trình độ phát hiện sớm bệnh còn thấp nên khi triệu chứng lâm sàng rõ rệt bệnh nhân mới đi khám hoặc mới phát hiện được bệnh khi đó bệnh đã ở giai đoạn IV.

4.2. Đánh giá đáp ứng điều trị và các tác dụng không mong muốn

Chúng tôi nhận thấy phần lớn bệnh nhân có đáp ứng với hóa trị (83,9%) ít hơn trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Mai Lương [9] và cộng sự (92,5%), tác giả Nguyễn Thị Thanh Loan [7] và cộng sự (95,7%). Lý giải cho việc đáp ứng thấp hơn 2 nghiên cứu trên là do cỡ mẫu trong nghiên cứu chúng tôi khá thấp nên tỷ lệ bệnh ổn định cao hơn. Đồng thời trong 6 trường hợp bệnh ổn định thì có 4/6 trường hợp có thay đổi kích thước u chỉ có 2 trường hợp là kích thước u sau hóa trị lớn hơn trước hóa trị và hai trường hợp này đều có u ở mạc nối lớn và kích thước u ở mạc nối lớn thay đổi đáng kể. Bên cạnh đó, chúng tôi ghi nhận có 2 trường hợp đáp ứng hoàn toàn.

Chúng tôi ghi nhận tình trạng giảm bạch cầu, giảm hồng cầu, giảm tiểu cầu đều có nhưng chủ yếu là độ I tương đồng với nghiên cứu tác giả Nguyễn Thị Mai Lương [9] và cộng sự, tác giả Nguyễn Thị Thanh Loan [7] và cộng sự. Nôn-buồn nôn, tiêu chảy trong nghiên cứu của chúng tôi (21,6%) thấp hơn trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Mai Lương [9] và cộng sự (84%, 92,3%), thấp hơn trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thanh Loan [7] và cộng sự (2,9% và 3,4%).

Liên quan giai đoạn bệnh với đáp ứng điều trị: Nhóm bệnh nhân giai đoạn III đáp ứng 100% cao hơn nhóm giai đoạn IV là 70,5%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,029$). Điều này cũng hoàn toàn phù hợp vì các bệnh nhân giai đoạn III là giai đoạn sớm hơn giai đoạn IV, chưa có di căn xa, thể trạng bệnh nhân cũng tốt hơn, dễ hồi phục hơn sau mỗi chu kỳ điều trị. Điều này một lần nữa khẳng định bệnh ung thư phát hiện càng sớm điều trị càng hiệu quả.

Liên quan giữa tràn dịch màng phổi và đáp ứng điều trị: Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 5/9 bệnh nhân (55,6%) có tràn dịch màng phổi lượng từ lượng vừa trở lên nằm trong nhóm bệnh ổn định, 100% tràn dịch lượng ít và không tràn dịch màng phổi bệnh đều đáp ứng 1 phần hoặc toàn bộ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p=0,001$. Trong 5 trường hợp này đều thuộc giai đoạn IV (2 ca di căn gan 1 ca di căn hạch thượng đòn, 1 ca di căn phổi, 1 ca di căn màng phổi) nhưng chỉ có 2 ca có cell block ra carcinôm đều này có thể lý giải phổi-màng phổi là cơ quan xa của buồng trứng do đó nếu tràn dịch màng phổi lượng ít có thể do bệnh suy kiệt gây giảm đạm máu hoặc viêm phổi còn nếu tràn dịch màng phổi từ vừa tới nhiều là khả năng cao có di căn. Tuy nhiên cell block có thể chưa thể phát hiện được tế bào ung thư khi còn ít. Chính vì vậy việc đáp ứng hóa trị tốt hơn ở những trường hợp có tràn dịch màng phổi lượng ít hoặc không có tràn dịch.

V. KẾT LUẬN

Hóa trị tân hỗ trợ phác đồ Paclitaxel – Carboplatin 3 chu kỳ có hiệu quả làm giảm kích thước u, tỷ lệ đáp ứng 83,9%, thuận lợi cho quá trình phẫu thuật và tương đối an toàn. Tràn dịch màng phổi lượng vừa và nhiều đáp ứng kém, giai đoạn III đáp ứng tốt hơn giai đoạn IV.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. J. Ramakrishnan, M. N. Singh, B. Paul, và S. Puthen Parambath, Clinicopathological analysis of ovarian neoplasms at a tertiary care teaching institute of north malabar: a four-year retrospective study. *Cureus*. 2025. 17, 112-119. doi: 10.7759/cureus.77574.
 2. J. S. Berek, M. Renz, S. Kehoe, L. Kumar, và M. Friedlander, Cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum. *Int J Gynaecol Obstet*. 2021. 155 (1), 61–85. doi: 10.1002/ijgo.13878.
 3. J. M. Porter, M. Churchman, BS.Hons, James May. The survival benefit associated with complete macroscopic resection in epithelial ovarian cancer is histotype specific. *JNCI Cancer Spectr*. 2024. 8 (4), 49-56. doi: 10.1093/jncics/pkae049.
 4. A. Fagotti, M. G. Ferrandina, G. Vizzielli, T. Pasciuto, F. Fanfani, V. Gallott. *et al.*, Randomized trial of primary debulking surgery versus neoadjuvant chemotherapy for advanced epithelial ovarian cancer. *Int J Gynecol Cancer*. 2020. 30(1)1, 1657–1664. doi: 10.1136/ijgc-2020-001640.
 5. D. Marrelli, L. Ansaloni, O. Federici, S. Asero, L. Carbone, L. Marano, *et al.*, Cytoreductive Surgery and HIPEC for advanced ovarian cancer with peritoneal metastases: Italian PSM oncoteam evidence and study purposes. *Cancers (Basel)*. 2022. 14(23), 6010. doi: 10.3390/cancers14236010.
 6. A. Melamed, A. A. Gockley, R. Nitecki, P. T. Ramirez, D. L. Hershman, N. Keating *et al.*, Association between overall survival and the tendency for cancer programs to administer neoadjuvant chemotherapy for patients with advanced ovarian cancer, *JAMA Oncol*, 2021, 7(12), 1–9, doi: 10.1001/jamaoncol.2021.4252.
 7. Nguyễn Thị Thanh Loan, Lê Thanh Đức, Hàn Thị Thanh Bình, Đánh giá kết quả hóa trị tân bổ trợ phác đồ paclitaxel – carboplatin trong ung thư buồng trứng giai đoạn III - IV tại bệnh viện K. *VMJ*. 2023. 530 (2). doi: <https://doi.org/10.51298/vmj.v530i2.6822>.
 8. Ngô Văn Ty, Trần Đình Anh, Đào Tiến Lực, Đánh giá kết quả bước đầu điều trị hóa chất tiền phẫu ung thư buồng trứng FIGO IIIC-IV tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *TCNCYH*. 2021. 147(11),55-62. doi: <https://doi.org/10.52852/tcncyh.v147i11.530>.
 9. Thị Mai Lương Nguyễn, Vinh Quang Bùi, Hồng Thăng Vũ, Một số yếu tố liên quan đáp ứng của hóa trị phác đồ paclitaxel-carboplatin trên ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn IIIC, IV. *VMJ*. 2022. 517(1), 68-75. doi: <https://doi.org/10.51298/vmj.v517i1.3142>.
 10. Nguyễn Thùy Linh, Trần Ngọc Dũng. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng 50 bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng tít thanh dịch, *TC YHQS*. 2021. 352, 45–49. doi: <https://yhqs.vn/tcyhqs/article/view/170>.
 11. L. A. Meyer A. M. Cronin, C. C. Sun, K. Bixel, M. A. Bookman *et al.*, Use and effectiveness of neoadjuvant chemotherapy for treatment of ovarian cancer. *J Clin Oncol*. 2016. 34(32), 3854–3863. doi: 10.1200/JCO.2016.68.1239.
-