

Y HỌC SINH SẢN

HỘI NỘI TIẾT SINH SẢN VÀ VÔ SINH THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH • TẬP 47

UNG THƯ PHỤ KHOA



Nhà xuất bản Tổng hợp
Thành phố Hồ Chí Minh

MỤC LỤC Y HỌC SINH SẢN TẬP 47

UNG THƯ PHỤ KHOA

- 06 < Điều trị khối u buồng trứng giáp biên ác tính
Nguyễn Thị Ngọc Phượng, Hồ Ngọc Anh Vũ
- 10 < Ung thư nội mạc tử cung: đánh giá trước điều trị
Lê Thị Thu Hà
- 12 < Ung thư nội mạc tử cung: phân giai đoạn và điều trị phẫu thuật
Lê Thị Thu Hà
- 15 < Vai trò của X-quang trong tầm soát ung thư vú
Hồ Hoàng Thảo Quyên
- 18 < Siêu âm vú đàn hồi: một kiểu mẫu mới trong chẩn đoán hình ảnh vú
Phan Thị Mai Hoa
- 23 < Phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư buồng trứng
Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch
- 27 < Ảnh hưởng của điều trị ung thư đối với hệ sinh sản và bảo tồn khả năng sinh sản ở phụ nữ
Lê Khắc Tiến, Lê Long Hồ
- 31 < Bảo tồn khả năng sinh sản ở nữ giới
Nguyễn Khánh Linh
- 35 < Phẫu thuật bằng robot – gương mặt mới trong phẫu thuật ngoại phụ khoa
Nguyễn Hà Ngọc Thiên Thanh, Thân Trọng Thạch
- 39 < Tăng huyết áp mạn tính: đại cương và quản lý trước khi mang thai
Bùi Quang Trung
- 43 < Ngôi mộ: mổ lấy thai hay sinh ngã âm đạo
Vương Tú Như
- 46 < Xét nghiệm chẩn đoán nhiễm trùng huyết sơ sinh
Phan Đăng Nghị
- 49 < Nội mạc tử cung mỏng trong hỗ trợ sinh sản: cập nhật chẩn đoán và điều trị
Lê Thị Ngân Tâm
- 56 < Hiệu quả của Dienogest trong điều trị đau do lạc nội mạc tử cung
Lê Khắc Tiến, Giang Huỳnh Như
- 64 < Chất lượng noãn trên bệnh nhân lạc nội mạc tử cung
Lê Thị Ngân Tâm
- 72 < Kỹ thuật chuyển phôi
Hồ Ngọc Anh Vũ
- 76 < Đồng thuận ASRM về vô tinh ở nam giới
Lê Khắc Tiến, Mai Đức Tiến
- 82 < Tinh hoàn ẩn và vô sinh nam
Dương Quang Huy

JOURNAL CLUB

- 86 < Khuyến cáo mới của ACOG trong thực hành phụ khoa: Vai trò của siêu âm phụ khoa trong đánh giá nội mạc tử cung ở bệnh nhân xuất huyết sau mãn kinh
- 88 < NSAIDs không làm tăng huyết áp dai dẳng giai đoạn hậu sản
- 89 < Kết cục chu sinh ở thai phụ tăng huyết áp mạn tính nhưng có huyết áp bình thường trước 20 tuần tuổi thai
- 90 < [ACOG Committee Opinion] Sử dụng Aspirin liều thấp trong thai kỳ
- 92 < TIN ĐÀO TẠO Y KHOA LIÊN TỤC
- 02 < LỊCH HOẠT ĐỘNG ĐÀO TẠO LIÊN TỤC HOSREM

MỜI VIẾT BÀI Y HỌC SINH SẢN

Chuyên đề tập 49: “MẮN KINH”
Tập 49 sẽ xuất bản vào tháng 3/2019.
Hạn gửi bài cho tập 49 là 30/11/2018.

Chuyên đề tập 50: “HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG”
Tập 50 sẽ xuất bản vào tháng 6/2019.
Hạn gửi bài cho tập 50 là 28/02/2019.

Tập sách sẽ ưu tiên đăng tải các bài viết thuộc chủ đề như đã nêu ra ở từng tập. Ngoài ra, các bài viết khác trong lĩnh vực sức khỏe sinh sản có nội dung hay, hấp dẫn và mang tính cập nhật thông tin - kiến thức cũng sẽ được lựa chọn. Quy cách: 2.000 - 3.000 từ, font Times New Roman/Arial, bảng biểu rõ ràng, hình ảnh rõ và chất lượng cao, phần tài liệu tham khảo chính ở cuối bài vui lòng chỉ chọn 5 - 7 tài liệu tham khảo chính (quan trọng hoặc được trích dẫn nhiều nhất). **Journal Club** là chuyên mục nhằm giới thiệu đến độc giả các bài báo, đề tài quan trọng xuất hiện trên y văn trong thời gian gần, mang tính cập nhật cao. Quy cách bài cho mục Journal Club: 500-1.000 từ, bảng biểu rõ ràng và đính kèm y văn gốc.

Để gửi bài duyệt đăng, vui lòng liên hệ: BS. Huỳnh Thị Tuyết (huynhthituyet@hosrem.vn), văn phòng HOSREM (hosrem@hosrem.vn).

Để gửi trang quảng cáo, vui lòng liên hệ: Anh Bá Đức (ngoduc@hosrem.vn, 0934.024.906).

Hội viên liên kết Bạch kim 2018



MERCK



Hội viên liên kết Vàng 2018



Abbott



BẢO TỒN KHẢ NĂNG SINH SẢN Ở NỮ GIỚI

Nguyễn Khánh Linh

Bệnh viện Mỹ Đức Phú Nhuận



GIỚI THIỆU

So với nam giới, khả năng sinh sản của nữ giới có thời hạn nhất định. Khả năng sinh sản của phụ nữ thường đã giảm nhiều từ tuổi 40 trở đi, tức ngay cả trước lúc bước vào thời kỳ tiền mãn kinh. Khả năng sinh sản của nữ giới còn có thể bị ảnh hưởng nhiều bởi các bệnh lý lành tính lẫn ác tính cũng như bởi chính quá trình điều trị bệnh. Nếu người phụ nữ chưa có đủ số con mong muốn, việc điều trị các bệnh lý trên sẽ gặp phải nhiều khó khăn khi đưa ra hướng xử trí triệt để. Một nhu cầu ngày càng gia tăng hiện nay là việc bảo tồn khả năng sinh sản cho nữ khi họ có bệnh lý cần điều trị có thể ảnh hưởng đến việc có con sau này. Bài này sẽ đi qua một số chỉ định chính, các phương pháp bảo tồn khả năng sinh sản cho nữ và hiệu quả của từng phương pháp. Khái niệm “Bảo tồn khả năng sinh sản cho nữ giới” được bàn luận trong bài này chủ yếu đề cập đến các phương pháp lưu giữ tế bào sinh sản của nữ.

CHỈ ĐỊNH BẢO TỒN KHẢ NĂNG SINH SẢN NỮ

Có thể phân thành 3 nhóm chỉ định chính:

– Ung thư và tiến trình điều trị ung thư: đây có thể được xem là chỉ định đầu tiên của việc bảo tồn khả năng sinh sản. Bản thân bệnh lý ung thư và tiến trình điều trị ung thư gồm phẫu thuật, xạ trị và hóa trị đều có thể ảnh hưởng đến khả năng sinh sản. Các loại ung thư thường gặp nhất ở phụ nữ trẻ là ung thư vú, cổ tử cung, buồng trứng, hệ thần kinh

trung ương, bệnh bạch cầu và ung thư dòng lympho (Anderson và cs, 2017).

– Các bệnh lý lành tính có thể ảnh hưởng đến khả năng sinh sản: thường gặp nhất là bệnh lạc nội mạc tử cung và u lành buồng trứng phải phẫu thuật. Một số bệnh lý khác ít gặp hơn nhưng cũng có chỉ định bảo tồn khả năng sinh sản như bệnh tự miễn Lupus hệ thống, bệnh Behcet, hội chứng Churg-Strauss, viêm cầu thận kháng steroid, cấy tế bào gốc trong điều trị thiếu máu hồng cầu liềm, thalassemia, hội chứng Turner thể khảm, hội chứng đứt gãy nhiễm sắc thể X, hoặc trước khi phẫu thuật chuyển giới, v.v. (Francisca Martinez, 2017).

– Trữ lạnh noãn dự phòng: trữ lạnh noãn dự phòng hay trữ lạnh noãn xã hội (social egg freezing), còn gọi là trữ lạnh noãn không phải do nguyên nhân bệnh lý (non-medical egg freezing), thường được sử dụng để chỉ những phụ nữ khỏe mạnh dưới 38 tuổi muốn duy trì khả năng sinh sản để sử dụng noãn sau này. Trữ lạnh noãn xã hội mang lại hai lợi ích quan trọng: khả năng làm mẹ khi đã lớn tuổi bằng cách sử dụng noãn trữ lạnh – rã đông và giảm nguy cơ có con bị bất thường nhiễm sắc thể. Trữ lạnh noãn dự phòng có thể gặp ở (i) phụ nữ độc thân chưa có kế hoạch lập gia đình, (ii) phụ nữ đã có gia đình, có đủ con, muốn dự phòng tương lai có thể sinh con thêm, nhưng không muốn trữ lạnh phôi do lo ngại vấn đề đạo đức là phải hủy phôi nếu không sử dụng về sau.

CÁC PHƯƠNG PHÁP BẢO TỒN KHẢ NĂNG SINH SẢN NỮ

Trữ lạnh noãn trưởng thành MII

Trữ lạnh noãn trưởng thành hiện được khuyến cáo là lựa chọn hàng đầu trong bảo tồn khả năng sinh sản của nữ giới (Francisca Martinez, ESHRE-ASRM 2015 expert meeting). Hiện nay, trữ lạnh noãn MII bằng phương pháp vitrification đã được chứng minh có hiệu quả tương đương với noãn tươi khi đánh giá kết cục của thụ tinh trong ống nghiệm.

Tại Tây Ban Nha, Cobo và cộng sự (2011) báo cáo tỷ lệ sống của noãn sau rã với phương pháp vitrification là 97%, tỷ lệ thụ tinh, phân chia và hình thành phôi nang lần lượt là 76%, 94% và 49%. Tỷ lệ thai đạt 65% và sẩy thai là 20%. Nhóm Tây Ban Nha là đơn vị thụ tinh trong ống nghiệm lớn nhất châu Âu và đã sử dụng phương pháp thủy tinh hóa trong chương trình cho nhận noãn. Chỉ riêng nhóm này đã cho ra đời hơn 1.000 trẻ khỏe mạnh từ noãn đông lạnh.

Dự báo tỷ lệ sinh sống theo tuổi và số noãn trữ MII

Nghiên cứu của Cobo và cộng sự năm 2015 giúp xác định tỷ lệ sinh sống cộng dồn theo tuổi và theo số noãn trữ lạnh. Theo đó, để đạt tỷ lệ sinh sống cao, một phụ nữ ≤ 35 tuổi sẽ cần khoảng 15 noãn, từ 36 – 37 tuổi cần 16 noãn, 38 – 39 tuổi cần 18 noãn nhưng nếu từ 40 tuổi trở lên thì cần đến 55 noãn. Nếu chỉ căn cứ theo số noãn, nghiên cứu này

ước tính tỷ lệ sinh sống cộng dồn sẽ đạt 39% nếu có khoảng 10 noãn, 67,5% với 15 noãn, 80% nếu có 20 noãn và 95,5% nếu có 40 noãn. Trong khoảng 5 – 10 noãn, mỗi noãn thu hoạch được thêm sẽ tăng tỷ lệ sinh sống lên 3,9%, tỷ lệ này sẽ là 5,6% trong khoảng 10 – 15 noãn, nhưng chỉ tăng nhẹ từ 1 đến 2,6% ở khoảng 15 noãn trở lên.

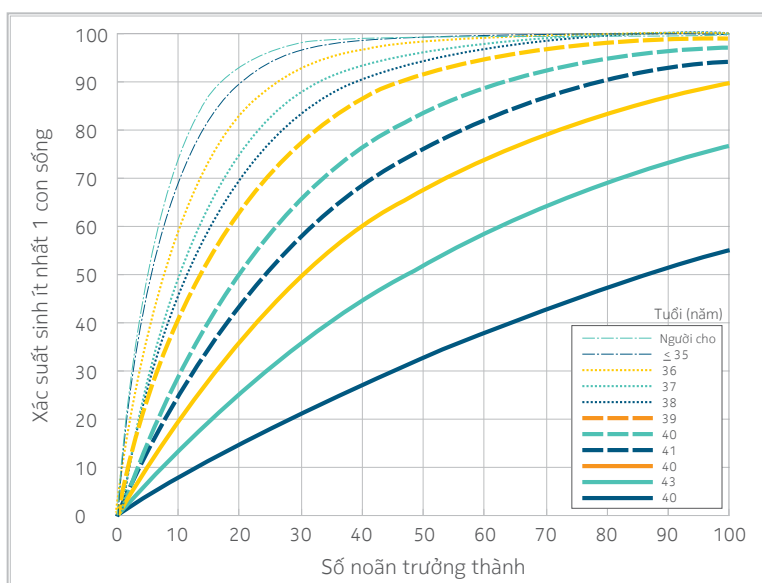
Các nhà nghiên cứu người Mỹ (Goldman và cs, 2017) đã xây dựng một phương trình nhằm dự đoán số noãn trưởng thành cần thu nhận dựa trên tuổi lúc trữ lạnh và tỷ lệ sinh sống thành công. Phương trình này được xây dựng dựa trên 520 chu kỳ điều trị ICSI tại chỗ từ tháng 01/2011 đến tháng 03/2015 của các phụ nữ có dự trữ buồng trứng bình thường và 14.500 phôi được thực hiện PGS của một lab xét nghiệm bên ngoài. Để có thể thiết lập phương trình dự đoán này, một số giả định được đặt ra gồm: tỷ lệ noãn sống sau rã là 95% đối với phụ nữ < 36 tuổi và phụ nữ cho noãn, và tỷ lệ này còn 85% đối với phụ nữ ≥ 36 tuổi, tỷ lệ sinh sống đối với 1 phôi nang nguyên bội là 60%.

Công thức ước tính tỷ lệ sinh sống dựa trên số noãn trưởng thành và tuổi bệnh nhân:

$$p(\text{sinh sống}) = 1 - [1 - 0,6 * p(\text{phôi nguyên bội}) * p(\text{phôi nang})] \text{ số noãn trưởng thành}$$

Trong đó p (phôi nang) và p (phôi nguyên bội) được tính dựa vào tuổi bệnh nhân và số noãn thu được. Công thức ước tính trên có thể được biểu đồ hóa theo **biểu đồ 1**.

Biểu đồ 1 cho thấy ở phụ nữ trẻ dưới 35 tuổi,



xác suất sinh ít nhất 1 con sống sẽ khoảng 80% nếu người đó có 15 noãn và 90% nếu người đó có 20 noãn. Đối với bệnh nhân ≥ 40 tuổi, cần ít nhất 30 noãn để đạt tỷ lệ sinh sống từ 20% đến 65%. Với người 44 tuổi, xác suất sinh sống tối đa chỉ đạt 55% khi người đó có thể trữ lạnh dự phòng 100 noãn.

Sức khỏe trẻ từ noãn trữ lạnh MII

Một tổng quan dữ liệu hồi cứu (Noyes và cs, 2009) gồm 58 báo cáo từ năm 1986 đến năm 2008 trên 609 trẻ sinh sống từ noãn trữ lạnh, trong đó có 308 trẻ từ kỹ thuật đông lạnh chậm, 289 trẻ từ kỹ thuật thủy tinh hóa và 12 trẻ từ cả hai kỹ thuật. Thêm vào đó, có 327 trẻ sinh sống khác cũng được xác định. Trong số tổng cộng 936 trẻ sinh sống, có 1,3% (12 trẻ) có bất thường khi sinh: 3 trẻ khiếm khuyết vách liên thất, 1 trẻ hẹp mũi sau, 1 trẻ hẹp đường mật, 1 trẻ bị hội chứng Rubinstein - Taybi, 1 trẻ bị hội chứng Arnold - Chiari, 1 trẻ hở hàm ếch, 3 trẻ bị bàn chân khoèo và 1 trẻ bị u máu ở da.

So với các bất thường bẩm sinh ở trẻ từ thai tự nhiên, không có khác biệt nào được ghi nhận. Theo Trung tâm kiểm soát bệnh (Centers for Disease Control and Prevention – CDC), bất thường bẩm sinh liên quan đến gen hoặc cấu trúc nặng xảy ra khoảng 3% trong số trẻ sinh sống tại Hoa Kỳ (Hoyert và cs, 2006).

Một nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu trên cỡ mẫu rất lớn được thực hiện bởi Cobo và cộng sự (2014) đánh giá kết cục sản khoa và sơ sinh của các trẻ sinh ra từ noãn trữ lạnh so với noãn tươi. Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 01/2007 đến tháng 05/2012 trên 2.281 trẻ sơ sinh từ 1.823 ca sinh, trong đó có 1.224 trẻ sinh từ noãn tươi và 1.027 trẻ sinh từ noãn trữ lạnh.

Về kết cục sản khoa, nhóm noãn trữ lạnh có kết cục tương đương với nhóm sử dụng noãn tươi ở hầu hết các kết cục quan trọng như đài tháo đường, tăng huyết áp thai kỳ, xuất huyết ba tháng giữa và cuối của thai kỳ, sinh non, tuổi thai trung bình lúc sinh và biến chứng sau sinh. Các kết cục sơ sinh khác, như cân nặng và chiều cao lúc sinh, chỉ số apgar, tử vong chu sinh, nhập NICU... cũng không có sự khác biệt, ngoại trừ tỷ lệ sinh bé gái có phần cao hơn trong nhóm noãn trữ lạnh ($p < 0,003$).

Trữ lạnh noãn non

So với noãn trưởng thành MII, trữ lạnh noãn non không hiệu quả bằng. Vì vậy, chỉ nên thực hiện trữ lạnh noãn non trong trường hợp bệnh nhân không thể trữ noãn MII do: (i) không còn đủ thời gian để kích thích buồng trứng, (ii) sự gia tăng nồng độ estrogen có thể làm nặng hơn bệnh lý ung thư, (iii) bảo tồn khả năng sinh sản ở trẻ gái chưa dậy thì.

Trong trường hợp chọc hút noãn non, nghiên cứu cho thấy nên nuôi cấy noãn GV trưởng thành rồi tiến hành trữ noãn MII. Joseph và cộng sự (2013) so sánh hiệu quả của trữ noãn GV và MI ngay sau chọc hút noãn non (nhóm 1) so với nuôi trưởng thành noãn rồi mới tiến hành trữ lạnh (nhóm 2). Nhóm 1 gồm 12 noãn GV và 15 noãn MI ($n = 27$). Nhóm 2 gồm 38 noãn GV và 31 noãn MI ($n = 69$). Nghiên cứu cho thấy nhóm 2 có tỷ lệ trưởng thành noãn cao hơn gấp đôi so với nhóm 1. Tỷ lệ trưởng thành noãn của nhóm 1 và nhóm 2 lần lượt là 39% và 77%. Tỷ lệ noãn sống sau rã đông thì không khác biệt giữa hai nhóm, lần lượt là 85% và 83%. Tổng kết chung, tỷ lệ thu hồi noãn khả dụng sau trữ lạnh noãn GV và MI, sau đó rã đông rồi nuôi trưởng thành chỉ là 33%, trong khi đó tỷ lệ này ở nhóm nuôi trưởng thành rồi mới trữ lạnh là 64%.

Trữ lạnh mô buồng trứng

Trữ lạnh noãn non có khuyết điểm là khó thu hồi được nhiều noãn ở bệnh nhân không có buồng trứng đa nang. Một giải pháp khác của bảo tồn khả năng sinh sản là trữ lạnh mô buồng trứng, trong đó toàn bộ mô lành buồng trứng sẽ được lấy ra ngoài, trữ lạnh và sẽ được cấy ghép lại vào cơ thể sau khi bệnh nhân hoàn tất quá trình điều trị ung thư. Tuy nhiên, kỹ thuật trữ lạnh mô buồng trứng chưa phổ biến như chọc hút và trữ lạnh noãn, và hiện vẫn được xem là một thử nghiệm. Trữ lạnh mô buồng trứng cũng như tiến trình cấy ghép lại mô buồng trứng vào cơ thể đòi hỏi đội ngũ có trình độ kỹ thuật cao và quy trình hoàn chỉnh.

Một yếu tố khác của việc trữ lạnh mô buồng trứng cần cân nhắc là bệnh nhân có khả năng chịu đựng được một cuộc phẫu thuật nội soi hay không. Cần đánh giá tổng thể chức năng đông cầm máu, nguy cơ nhiễm trùng, các nguy cơ về gây mê hồi sức

và nguy cơ di căn hoặc lây nhiễm tế bào ung thư vào mô buồng trứng.

Trường hợp có thai tự nhiên và sinh sống đầu tiên sau khi cấy ghép lại mô buồng trứng trữ lạnh vào cơ thể được báo cáo vào năm 2004 (Donnez và cs, 2004). Kể từ đó đến nay, đã có khoảng 100 trẻ ra đời sau kỹ thuật này. Một phân tích gồm 60 trường hợp cấy ghép mô buồng trứng ở Bỉ, Đan Mạch và Tây Ban Nha cho thấy hơn 90% phụ nữ được cấy ghép có biểu hiện hoạt động của buồng trứng, trong khoảng thời gian trung vị là 4 tháng sau cấy ghép. 18% số phụ nữ này đã có thai, phần lớn là thai tự nhiên và có 12 ca sinh sống từ 6 phụ nữ. Một số nghiên cứu khác cho thấy tỷ lệ có thai sau cấy ghép là 27,5 – 31% và tỷ lệ sinh sống là 22,5%. Có trường hợp được báo cáo đã mang thai 3 lần với mảnh cấy ghép hoạt động kéo dài đến 10 năm (Anderson và cs, 2017).

Việc cấy ghép lại mô buồng trứng vào cơ thể không phải lúc nào cũng thuận lợi, đặc biệt một số nhà khoa học quan ngại về việc có thể đưa tế bào ác tính trở lại cơ thể (tế bào ung thư của bản thân buồng trứng hoặc di căn từ cơ quan khác tới). Vì vậy, các nhà khoa học đang nghiên cứu kỹ thuật phân lập tế bào noãn từ mô buồng trứng, kích thích phát triển và gây trưởng thành noãn in vitro sau đó thực hiện thụ tinh trong ống nghiệm. Mô hình này đã thành công ở chuột, trong một ngày không xa quy trình và hệ thống nuôi cấy noãn phân lập từ mô trữ lạnh buồng trứng có thể sớm áp dụng thành công ở người.

KẾT LUẬN

Sự ra đời và ngày càng hoàn thiện của kỹ thuật trữ lạnh noãn và mô buồng trứng đã giúp cho nhiều bệnh nhân ung thư và không ung thư có cơ hội được làm mẹ sinh học với noãn của chính mình. Cho đến nay, trữ lạnh noãn được chứng minh là an toàn cho cả mẹ và sức khỏe của trẻ sơ sinh. Tỷ lệ sống của noãn sau rã tương đương phôi, có thể đạt 90 – 100%. Tỷ lệ thai và sinh sống của thụ tinh trong ống nghiệm với noãn trữ lạnh cũng tương đương thụ tinh trong ống nghiệm với noãn tươi. Tại Việt Nam, nhiều bệnh nhân ung thư vẫn chưa được tiếp cận với phương pháp bảo tồn khả năng sinh sản, trong khi nhiều bệnh nhân có thể sống sót nhiều năm sau điều trị. Do đó, việc bảo tồn khả năng sinh sản nên được phổ biến không những cho người dân, mà chủ yếu phải được phổ biến đến các nhân viên y tế đang tiếp cận với các bệnh lý có thể ảnh hưởng đến khả năng sinh sản của họ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH

1. Cobo A, Serra V, Garrido N, Olmo I, Pellicer A and Remohí J. Obstetric and perinatal outcome of babies born from vitrified oocytes. *Fertil Steril* 2014;102:1006-15.
2. Cobo A, Garrido N, Pellicer A and Remohí J. Six years' experience in ovum donation using vitrified oocytes: report of cumulative outcomes, impact of storage time, and development of a predictive model for oocyte survival rate. <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2015.08.020>.
3. Cobo A, Remohí J, Chang CC, Nagy ZP. Oocyte cryopreservation for donor egg banking. *Reprod Biomed Online* 2011; 11: 300-8.
4. Donnez J, Dolmans MM, Demylle D, Jadoul P, Pirard C, Squifflet J, Martinez-Madrid B, Van Laugendonck A. Livebirth after orthotopic transplantation of cryopreserved ovarian tissue. *Lancet* 2004;364:1405-1410.
5. Francisca Martinez. Update on fertility preservation from the Barcelona International Society for Fertility Preservation-ESHRE-ASRM 2015 expert meeting: indications, results and future perspectives. *Fertil Steril* 2017;108:407-15.
6. Goldman RH, Racowsky C, Farland LV, Munné S, Ribustello L and Fox JH. Predicting the likelihood of live birth for elective oocyte cryopreservation: a counseling tool for physicians and patients. *Human Reproduction*, Vol.32, No.4 pp. 853-859, 2017.
7. Hoyert D, Mathews T, Menacker F et al. 2006. Annual summary of vital statistics: 2004. *Pediatrics* 117, 168-183.
8. Joseph A, Lee, Jason Barritt, Rose Marie Moschini, Richard E. Slifkin and Alan B. Copperman. Optimizing human oocyte cryopreservation for fertility preservation patients: should we mature then freeze or freeze then mature? *Fertil Steril* 2013;99:1356-62.
9. Noyes N, Porcu E, Borini A. Over 900 oocyte cryopreservation babies born with no apparent increase in congenital anomalies. *Reproductive BioMedicine Online*. Vol 18 No 6. 2009, pages 769-776.
10. Anderson RA, Wallace WHB and Telfer EE. Ovarian tissue cryopreservation for fertility preservation: clinical and research perspectives. *Human Reproduction Open*, pp. 1-9, 2017.

Tiếp theo
trang 11

UNG THƯ NỘI MẠC TỬ CUNG: ĐÁNH GIÁ TRƯỚC ĐIỀU TRỊ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Beddy P, Moyle P, Kataoka M, et al. Evaluation of depth of myometrial invasion and overall staging in endometrial cancer: comparison of diffusion-weighted and dynamic contrast-enhanced MR imaging. *Radiology* 2012;262:530.
2. Chung HH, Kim JW, Park NH, et al. Use of preoperative serum CA-125 levels for prediction of lymph node metastasis and prognosis in endometrial cancer. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85:1501.
3. Dotters DJ. Preoperative CA 125 in endometrial cancer: is it useful? *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182:1328.
4. Horowitz NS, Dehdashti F, Herzog TJ, et al. Prospective evaluation of FDG-PET for detecting pelvic and para-aortic lymph node metastasis in uterine corpus cancer. *Gynecol Oncol* 2004; 95:546.
5. Hsieh CH, ChangChien CC, Lin H, et al. Can a preoperative CA 125 level be a criterion for full pelvic lymphadenectomy in surgical staging of endometrial cancer? *Gynecol Oncol* 2002; 86:28.
6. Kitajima K, Murakami K, Yamasaki E, et al. Accuracy of integrated FDG-PET/contrast-enhanced CT in detecting pelvic and paraaortic lymph node metastasis in patients with uterine cancer. *Eur Radiol* 2009; 19:1529.
7. Park JY, Kim EN, Kim DY, et al. Comparison of the validity of magnetic resonance imaging and positron emission tomography/computed tomography in the preoperative evaluation of patients with uterine corpus cancer. *Gynecol Oncol* 2008; 108:486.
8. Powell JL, Hill KA, Shiro BC, et al. Preoperative serum CA-125 levels in treating endometrial cancer. *J Reprod Med* 2005; 50:585.
9. Todo Y, Sakuragi N, Nishida R, et al. Combined use of magnetic resonance imaging, CA 125 assay, histologic type, and histologic grade in the prediction of lymph node metastasis in endometrial carcinoma. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188:1265.