

# Phẫu thuật ung thư vú giai đoạn sớm với tái tạo bằng túi độn có sử dụng miếng độn prolene

Huỳnh Quang Khánh, Trần Lê Bảo Châu, Nguyễn Văn Khôi

Bệnh viện Chợ Rẫy

## Địa chỉ liên hệ:

Huỳnh Quang Khánh,  
Bệnh viện Chợ Rẫy  
201B Nguyễn Chí Thanh, Phường  
12, Quận 5, Hồ Chí Minh, Việt Nam  
Điện thoại: 0908 115 780  
Email: huynhquangkhanhbvcr@gmail.com

**Ngày nhận bài: 15/9/2022**

**Ngày chấp nhận đăng:**  
**25/10/2022**

**Ngày xuất bản: 31/10/2022**

## Tóm tắt

**Đặt vấn đề:** Ngày nay có nhiều lựa chọn tái tạo tuyến vú tức thì sau mổ ung thư tuyến vú giai đoạn sớm, tùy vào điều kiện người bệnh, kinh nghiệm và khả năng của phẫu thuật viên. Có thể sử dụng túi ngực nhân tạo hoặc chuyển vạt da cơ để tái tạo lại tuyến vú, phẫu thuật này được thực hiện dưới gây mê và ngay sau phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú. Trong khi nếu sử dụng túi dẫn mô thì phải cần đến hai lần phẫu thuật.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi nghiên cứu loạt trường hợp ung thư vú giai đoạn sớm được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú và tái tạo vú bằng túi nhân tạo sau cơ ngực lớn có sử dụng prolene mesh. Nghiên cứu thực hiện tại Đơn vị Tuyến vú bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 4/2020 đến tháng 04/2021.

**Kết quả:** Có 25 trường hợp ung thư vú giai đoạn sớm (Giai đoạn 0: 6 trường hợp, giai đoạn IA: 2 trường hợp, giai đoạn IIA: 17 trường hợp), trong đó có 2 trường hợp hóa trị tiền phẫu. Có 17 trường hợp đoạn nhũ tiết kiệm da chữa núm vú tái tạo, 8 trường hợp đoạn nhũ tiết kiệm da tái tạo được thực hiện. Tuổi trung bình  $45,7 \pm 9,2$  tuổi, nhỏ nhất 30 tuổi, lớn nhất 63 tuổi. Thời gian mổ trung bình  $239 \pm 26,4$  phút. Không có trường hợp nào biến chứng lớn, có 1 trường hợp đổ da sau mổ, 1 trường hợp thiếu máu núm vú sau mổ, các trường hợp này đều ổn định khi xuất viện. Về mặt thẩm mỹ, kết quả xuất sắc 20% và tốt 80%. Các người bệnh sau phẫu thuật được theo dõi và điều trị tiếp theo phác đồ đã hội chẩn đa chuyên khoa, không có trường hợp nào xạ trị sau mổ. Chưa ghi nhận trường hợp nào tái phát hay di căn xa.

**Kết luận:** Phẫu thuật cắt vú và tái tạo vú một thì trong ung thư vú giai đoạn sớm có thể thực hiện với những điều kiện cần thiết, tuy nhiên cần có nhiều nghiên cứu với lượng bệnh lớn hơn và theo dõi lâu dài để có thể kết luận xác thực hơn.

**Từ khóa:** Ung thư vú, tái tạo tuyến vú một thì, túi độn.

## Đặt vấn đề

Ung thư vú là một trong những loại ung thư thường gặp ở nữ giới và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư ở phụ nữ trên toàn thế giới. Mỗi năm ở Việt Nam có khoảng hơn 15.230 phụ nữ mới mắc và hơn 6.100 trường hợp tử vong do ung thư vú [1]. Điều trị ung thư vú ngày nay có nhiều thay đổi và tiến bộ nhằm mục tiêu nâng cao tỷ lệ sống còn và đồng thời hướng tới việc mang lại chất lượng cuộc sống sau điều trị tốt hơn cho người bệnh. Do đó, đưa người bệnh trở về cuộc sống bình thường và không còn những khiếm khuyết cơ thể sau điều trị là một trong những vấn đề được quan tâm hiện nay trong phẫu thuật ung thư vú.

Tại Việt Nam, trước đây đa số các phẫu thuật viên lựa chọn phương pháp phẫu thuật đoạn nhũ toàn bộ và nạo hạch nách cho các người bệnh ung thư vú kể cả đối với người bệnh ung thư ở giai đoạn sớm nhằm mục tiêu đạt được tính an toàn về phẫu thuật cho người bệnh. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng, các phẫu thuật bảo tồn, hoặc cắt vú tiết kiệm da, cắt vú bảo tồn núm vú vẫn đạt được tính an toàn và hiệu quả cho người bệnh có chỉ định nếu đảm bảo kỹ thuật mổ cũng như thực hiện sinh thiết lạnh trong mổ để xác định các biên phẫu thuật an toàn. Tác giả Woosung Lim [4] đã nghiên cứu cho thấy kết quả về thời gian sống không bệnh và tỷ lệ sống còn toàn bộ trong 5 năm của nhóm người bệnh phẫu thuật đoạn nhũ tiết kiệm da không kém hơn so với nhóm phẫu thuật đoạn nhũ thông thường ở tất cả các giai đoạn, đồng thời tỷ lệ tái phát tại chỗ giữa hai nhóm không có khác biệt có ý nghĩa thống kê. Eva Singletary [5] áp dụng phương pháp phẫu thuật đoạn nhũ tiết kiệm da và tái tạo tức thì ở 545 người bệnh ung thư vú giai đoạn đầu đã kết luận tái phát tại chỗ sau phẫu thuật có liên quan đến bản chất sinh học của u và giai đoạn bệnh, nhưng không liên quan đến phương pháp tái tạo hoặc cắt bỏ vú bảo tồn da.

Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Phẫu thuật ung thư vú giai đoạn sớm với tái tạo bằng túi độn có sử dụng miếng độn Prolene” tại Đơn vị Tuyến Vú - Bệnh viện Chợ Rẫy nhằm đưa ra kết quả về tính hiệu quả và an toàn sau mổ của phương

pháp phẫu thuật này, cũng như đánh giá sự hài lòng của người bệnh sau khi được điều trị

## Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

**Phương pháp nghiên cứu:** Tiến cứu mô tả hàng loạt ca

**Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Từ tháng 04/2020 đến tháng 04/2021 tại Đơn vị Tuyến vú - Bệnh viện Chợ Rẫy.

**Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả người bệnh ung thư vú đã được phẫu thuật đoạn nhũ nạo hạch và tái tạo vú tức thì bằng túi độn.

**Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Tất cả người bệnh đã được chẩn đoán ung thư vú giai đoạn từ T2 trở xuống và điều trị phẫu thuật cắt tuyến vú kèm nạo vét hạch và tái tạo vú tức thì bằng túi độn ngực.

**Tiêu chuẩn loại trừ:**

Người bệnh có u ác vú xâm lấn da hoặc cơ ngực lớn

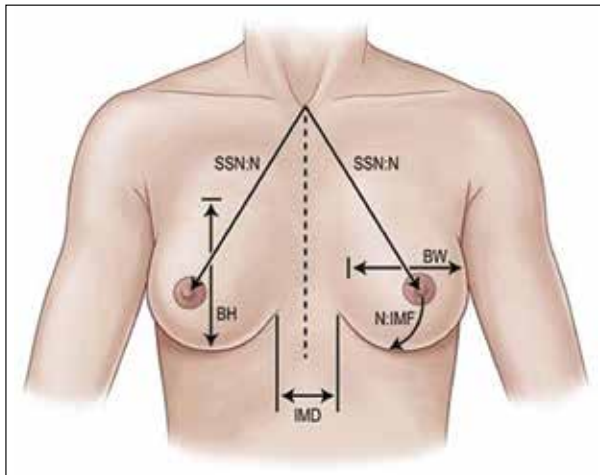
Người bệnh có tiền căn đã phẫu thuật đặt túi ngực

### Quy trình phẫu thuật

**Chẩn đoán:** Người bệnh được chẩn đoán ung thư vú sau khi đã có kết quả giải phẫu bệnh lý và hóa mô miễn dịch. Sau đó người bệnh được chẩn đoán giai đoạn bao gồm đánh giá khối u và hạch vùng qua khám lâm sàng và siêu âm tuyến vú hai bên, đánh giá di căn xa qua các kết quả siêu âm bụng, X-Quang ngực thẳng hoặc chụp cắt lớp vi tính hoặc PET-CT nếu cần thiết.

**Hội chẩn đa chuyên khoa (MDT):** Người bệnh đã được chẩn đoán xác định sẽ được hội chẩn liên chuyên khoa để đưa ra hướng điều trị phù hợp. Các người bệnh có chỉ định phẫu thuật trong hội chẩn Ung bướu sẽ được xét chỉ định phương pháp phẫu thuật phù hợp tùy theo đánh giá khối u và giai đoạn bệnh. Những trường hợp người bệnh có khối u T1 hoặc T2, Tis lan rộng hoặc u sát núm vú và có mong muốn tái tạo vú tức thì sẽ được chọn thực hiện phương pháp phẫu thuật đoạn nhũ nạo hạch và tái tạo vú tức thì bằng túi độn ngực.

**Quy trình phẫu thuật:** Người bệnh có chỉ định phẫu thuật được chuẩn bị đầy đủ các xét nghiệm tiền phẫu. Người bệnh được đo các kích thước ngực để chọn túi ngực phù hợp.



Hình 1: Các kích thước cần đo trước khi phẫu thuật bao gồm: SSN:N (hôm ực đến núm vú), BW (chiều ngang của vú), BH (chiều cao của vú), IMD (khoảng cách trong giữa hai vú) và N:IMF (núm vú đến nếp lằn vú dưới)

Các kích thước cần đo bao gồm: khoảng cách từ hôm ực đến núm vú, khoảng cách trong giữa hai vú, chiều ngang của vú, đường từ núm vú đến nếp lằn vú dưới.

Chúng tôi sử dụng túi ngực Motiva không chip để đặt cho các người bệnh, do đó sau khi đo các kích thước cần thiết, chúng tôi căn chỉnh theo bằng kích thước sau để lựa chọn túi ngực phù hợp cho người bệnh.

#### Phương pháp phẫu thuật:

Cắt tuyến vú tiết kiệm da và nạo vết hạch nách: Người bệnh nằm ngửa, kê gối dưới vai. Đường rạch da hình oval tiết kiệm da theo hướng vị trí u, chứa núm vú hoặc bỏ núm vú nếu u gần núm hoặc có

xâm lấn núm vú đã được đánh giá dưới siêu âm trước đó. Tiến hành bóc tách cắt toàn bộ tuyến vú. Cần gửi sinh thiết lạnh xác định mô sau núm vú nếu có giữ núm vú. Nếu kết quả sinh thiết lạnh ghi nhận mô sau núm vú không có tế bào u thì giữ lại núm vú. Sau khi đo đạc, tiến hành nạo hạch nách nhóm 1 và nhóm 2.

Tạo khoang đặt túi ngực: Chúng tôi chọn phương pháp đặt túi dưới cơ nên bắt đầu bóc tách mặt dưới cơ ngực lớn tạo khoang đặt túi ngực. Tiến hành đặt túi ngực và khoang đã được tạo. Chúng tôi sử dụng thêm mô đệm nhân tạo (mèche prolene) để hỗ trợ đóng kín khoang túi ngực và nâng đỡ túi nhằm làm giảm độ căng của lớp cơ, đồng thời tạo sự sa trễ tự nhiên hơn cho túi ngực. Đặt 2 dẫn lưu vết mổ ở ngực và vùng nách cho người bệnh. Khâu da thẩm mỹ. Trong nghiên cứu này chúng tôi chỉ đặt túi ở một bên vú bị bệnh, không đặt túi ở bên còn lại.

Theo dõi hậu phẫu: Theo dõi các biến chứng hậu phẫu bao gồm chảy máu, nhiễm trùng vết mổ hoặc hoại tử núm vú nếu người bệnh có giữ lại núm vú. Đồng thời đánh giá mức độ đau và sự căng tức do túi ngực.

Tái khám: Người bệnh được xuất viện sau khi đã rút hết hai ống dẫn lưu và không có các biến chứng hậu phẫu. Hẹn tái khám sau xuất viện 1 tuần và tiếp tục các quy trình điều trị sau phẫu thuật cho người bệnh.

Đánh giá kết quả sớm: ghi nhận biến chứng: nhiễm trùng, đỏ da, lộ túi, xơ cứng túi. Để đánh giá sự hài lòng của người bệnh, theo Satsuki Ueda sử dụng bảng 25 câu hỏi



Hình 2. Chuẩn bị trước mổ



Hình 3. Sau đặt túi độn và Prolene



Hình 4. Prolene mesh

## Kết quả nghiên cứu

### Tuổi

Tuổi trung bình của người bệnh trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là  $45,4 \pm 9,1$  tuổi, trong đó người bệnh trẻ nhất là 30 tuổi và người bệnh lớn tuổi nhất là 63 tuổi.

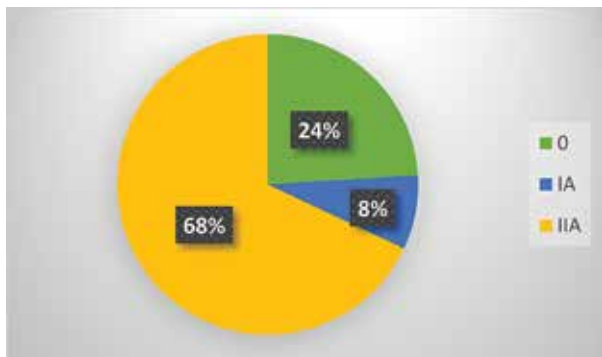
### Giai đoạn bệnh ung thư vú

Kích thước u: đánh giá trên lâm sàng trung bình là 2,28 cm và kích thước u đánh giá trên siêu âm trung bình là  $12,3 \times 17$  mm. Trên lâm sàng không có di căn hạch hay di căn xa.

Bảng 1: Giai đoạn ung thư vú của nhóm nghiên cứu (n =25)

|          | T (n = 25) | %   |
|----------|------------|-----|
| TisN0M0  | 4          | 16% |
| ycT0N0M0 | 2          | 8%  |
| T1N0M0   | 2          | 8%  |
| T2N0M0   | 17         | 68% |

Nhận xét: Có 4 trường hợp ung thư vú tại chỗ có tổn thương lan rộng cần phải đoạn nhũ. Có 2 trường hợp hóa trị tân bổ trợ có đáp ứng tốt trên lâm sàng.



Biểu đồ 1: Giai đoạn ung thư vú theo TMN (n=25)

Nhận xét: Đa số các trường hợp ở giai đoạn IIA (68%)

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 4 trường hợp người bệnh có kết quả giải phẫu bệnh là carcinoma tại chỗ nên được đánh giá cTis chiếm tỷ lệ 16%, có 2 trường hợp sau hóa trị khám không còn thấy u đồng thời cũng không có hình ảnh u trên siêu âm nên được đánh giá ycT0 sau hóa trị chiếm tỷ lệ 8%, còn lại đa số người bệnh được đánh giá T2 (68%), tất cả người bệnh đều ở giai đoạn N0M0 (100%). Do

đó, tỷ lệ người bệnh được đánh giá giai đoạn theo TMN nhiều nhất là giai đoạn IIA (68%).

### Đặc điểm phương pháp phẫu thuật

Bảng 2: Phương pháp phẫu thuật

| Phương pháp phẫu thuật                       | Số người bệnh (n = 25) | %   |
|----------------------------------------------|------------------------|-----|
| Đoạn nhũ nạo hạch chứa núm vú + Đặt túi ngực | 17                     | 68% |
| Đoạn nhũ nạo hạch + Đặt túi ngực             | 8                      | 32% |

Chúng tôi có 17 trường hợp (68%) phẫu thuật đoạn nhũ nạo hạch chứa núm vú và đặt túi ngực; 8 trường hợp (32%) phẫu thuật đoạn nhũ nạo hạch thông thường và đặt túi ngực.

Sinh thiết lạnh trong mổ chúng tôi ghi nhận 17 kết quả là mô sau núm vú không tế bào u, 1 kết quả mô sau núm vú còn tế bào u, ngoài ra các trường hợp khác có chỉ định bỏ núm vú ngay từ đầu.

Thời gian phẫu thuật trung bình là  $239 \pm 26,4$  phút.

Tất cả các trường hợp đều sử dụng túi ngực Motiva không chip, có 22 trường hợp chiếm tỷ lệ 88% chúng tôi có sử dụng miếng mèche prolene và 3 (12%) trường hợp không cần hỗ trợ thêm mô đệm nhân tạo.

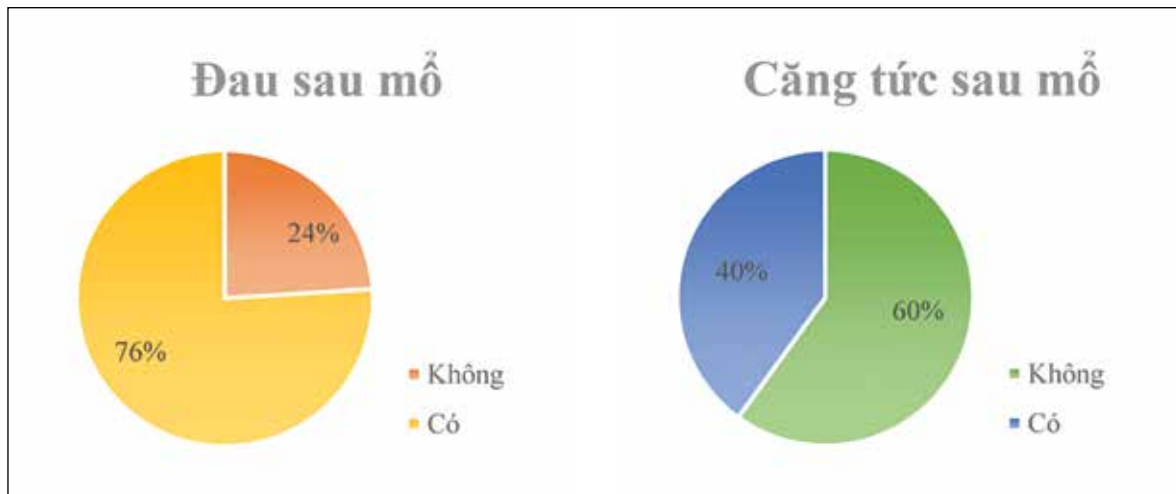
Bảng 3: Kích thước túi của người bệnh (n =25)

| Kích thước túi (cc) | Số người bệnh (n = 25) | %   |
|---------------------|------------------------|-----|
| 185                 | 1                      | 4%  |
| 205                 | 1                      | 4%  |
| 230                 | 1                      | 4%  |
| 245                 | 1                      | 4%  |
| 255                 | 5                      | 20% |
| 265                 | 4                      | 16% |
| 285                 | 10                     | 40% |
| 300                 | 2                      | 8%  |

Nhận xét: Kích thước túi chúng tôi sử dụng chủ yếu trong khoảng 255 - 285cc, nhiều nhất là túi với thể tích 285cc chiếm tỷ lệ 40%, chỉ có 4 trường hợp dùng túi nhỏ hơn 255cc bao gồm các túi 185cc, 205cc, 230cc và 245cc và 2 trường hợp dùng túi lớn 300cc.

Trong mổ chúng tôi ghi nhận chỉ có 1 trường hợp có biến chứng rách khoang cơ ngực lớn khi đặt túi, chiếm tỷ lệ 4%, ngoài ra không ghi nhận các biến chứng khác.

### Đánh giá hậu phẫu



Biểu đồ 2: Đánh giá đau sau mổ và căng tức sau mổ

Tỷ lệ đau sau mổ là 76% và tỷ lệ căng tức ngực sau mổ là 49%.

Thời gian rút dẫn lưu ngực trung bình là  $4,4 \pm 1,1$  ngày và thời gian rút dẫn lưu nách trung bình là  $7,9 \pm 2,2$  ngày.

Thời gian hậu phẫu trung bình là  $9,6 \pm 2,5$  ngày và thời gian nằm viện trung bình là  $14 \pm 3,1$  ngày.

### Kết quả sớm của phẫu thuật

Bảng 4: Mức độ hài lòng của người bệnh sau mổ

| Mức độ hài lòng của người bệnh sau mổ | Số người bệnh (n=25) | %   |
|---------------------------------------|----------------------|-----|
| Không hài lòng                        | 0                    | 0%  |
| Hài lòng                              | 20                   | 80% |
| Rất hài lòng                          | 5                    | 20% |

Sau mổ có 80% người bệnh hài lòng với việc tái tạo lại ngực và 20% người bệnh rất hài lòng với việc

tái tạo bằng túi ngực. Chúng tôi không ghi nhận có trường hợp nào người bệnh không hài lòng, hay yêu cầu phải lấy túi ngực ra. Ngoài ra không có trường hợp nào có biến chứng vỡ túi hay co thắt túi sau mổ dẫn đến phải phẫu thuật lại lấy túi ngực.



Hình 5. Sau mổ có chứa núm vú



Hình 6. Sau mổ không chứa núm vú



Hình 7, 8. Sau mổ 3 tháng

## Bàn luận

### Lựa chọn giai đoạn ung thư vú có thể phẫu thuật tái tạo vú tức thì bằng túi độn ngực

Phẫu thuật cắt bỏ vú tiết kiệm da (SSM) đã được Toth và Lappert mô tả đầu tiên năm 1991 [2]. Cắt bỏ vú tiết kiệm da theo định nghĩa mô tả quy trình cắt bỏ vú, đơn giản hoặc triệt để đã sửa đổi, với lượng cắt bỏ da tối thiểu. Việc cắt bỏ da phẫu thuật phải: (1) bao gồm phức hợp núm vú-quầng vú, (2) bao gồm vị trí sinh thiết và (3) cho phép tiếp cận

với nách để có thể bóc tách [2]. Tính an toàn về ung thư của phẫu thuật cắt bỏ vú tiết kiệm da và tái tạo tức thì (IR) đối với ung thư vú giai đoạn đầu đã được chứng minh trong một số nghiên cứu. Tuy nhiên, phẫu thuật này được coi là chống chỉ định tương đối đối với ung thư vú tiến triển tại chỗ (được định nghĩa là T3N0 hoặc giai đoạn III) do nguy cơ tái phát tại chỗ (LR), trì hoãn điều trị bổ trợ và các ảnh hưởng về mặt thẩm mỹ của xạ trị hỗ trợ đến vú đã tạo hình [1].

Theo tác giả Woosung Lim, phẫu thuật cắt bỏ vú tiết kiệm da và tái tạo tức thì đã được chứng minh là một thủ thuật an toàn về mặt ung thư trong một số nghiên cứu về ung thư vú giai đoạn đầu. Trong nghiên cứu của Toth và cộng sự phân tích hồi cứu trên 50 người bệnh trải qua phẫu thuật này đã báo cáo không có tái phát tại chỗ sau 57 tháng theo dõi, trong đó 48% người bệnh ở giai đoạn 0. Foster và cộng sự phân tích trên 25 người bệnh giai đoạn IIB hoặc III đã phẫu thuật báo cáo rằng chỉ 1 (4%) người bệnh có tái phát tại chỗ xảy ra sau 49,2 tháng theo dõi. Tính an toàn ung thư của phẫu thuật cắt bỏ vú tiết kiệm da và tái tạo tức thì đối với các khối u T1 và T2 đã được chứng minh trong một số nghiên cứu [4]. Trong nghiên cứu của Newman và cộng sự, 372 lượt phẫu thuật đã được thực hiện cho các người bệnh ung thư vú T1 và T2 ghi nhận tỷ lệ tái phát tại chỗ là 6,2% sau 26 tháng theo dõi. Kroll và cộng sự cũng ghi nhận trong 114 người bệnh với T1 hoặc T2 đã được phẫu thuật có tỷ lệ tái phát tại chỗ là 7,5% được báo cáo sau khi theo dõi 6 năm hoặc lâu hơn. Tương tự, Drucker-Zeruche và Robles-Vidal báo cáo rằng chỉ có 1 trường hợp tái phát tại chỗ xảy ra trong 105 người bệnh đã phẫu thuật sau 51 tháng theo dõi [3].

Có rất ít nghiên cứu đã báo cáo về phẫu thuật cắt bỏ vú tiết kiệm da và tái tạo sau ung thư vú tiến triển tại chỗ (được định nghĩa là T3N0 hoặc giai đoạn III) và khối u T3. Một số tác giả như Foster và cộng sự báo cáo trên 25 người bệnh và Downes báo cáo trên 34 trong số 38 người bệnh ở giai đoạn IIB bao gồm 8 người bệnh với T3 cho kết quả rằng phẫu thuật cắt bỏ vú tiết kiệm da sau ung thư vú tiến triển tại chỗ là an toàn về mặt ung thư tuy nhiên số liệu quá nhỏ cho nhóm người bệnh này. Trong nghiên cứu của Woosung Lim, tác giả cho rằng người bệnh ung thư vú tiến triển cục bộ và khối u T3 được phẫu thuật cắt bỏ vú thông thường và tái tạo vú tức thì vì bằng chứng về sự an toàn của cắt bỏ vú tiết kiệm da cho những người bệnh này ít rõ ràng hơn [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các người bệnh đều ở giai đoạn từ IIA trở xuống, có 1 trường hợp người bệnh ở giai đoạn IIB trước hóa trị tuy

nhiên khối u người bệnh là T2N1, trước mổ chúng tôi đánh giá lại người bệnh ở giai đoạn IIA. Như vậy, tất cả người bệnh chúng tôi đều ở giai đoạn < T2. Chúng tôi thấy rằng, đối với giai đoạn này, khối u tương đối nhỏ do đó việc rạch da tiết kiệm dễ dàng hơn và nếu khối u ban đầu nằm các xa núm vú thì tỷ lệ bị xâm nhập núm vú cũng thấp hơn. Do đó đây là nhóm người bệnh phù hợp được lựa chọn để thực hiện phẫu thuật ung thư vú tiết kiệm da và tái tạo tức thì bằng túi.

### **Những khó khăn trong phẫu thuật cắt tuyến vú kèm nạo vét hạch nách và tái tạo vú tức thì bằng túi độn ngực**

Trong phẫu thuật chúng tôi ghi nhận một số khó khăn về mặt kỹ thuật khi thực hiện phương pháp phẫu thuật đoạn nhũ nạo hạch tiết kiệm da và tái tạo vú tức thì bằng túi độn ngực. Ở thì đoạn nhũ, đối với những người bệnh được rạch da tiết kiệm, đường mổ nhỏ hơn với mục tiêu lấy trọn u nhưng vẫn đảm bảo biên phẫu thuật an toàn, tuy nhiên như vậy sẽ gây khó khăn khi bóc tách cắt trọn vú. Với những góc sâu, có thể bỏ sót mô vú. Hoặc phẫu thuật viên gặp khó khăn khi đánh giá mức độ bóc tách cắt mô vú tới đâu là vừa đủ do phần mô vú nằm sâu phía không rạch da khó tiếp cận. Để xác định chính xác biên phẫu thuật, chúng tôi có gửi sinh thiết lạnh các bờ da để xác định biên phẫu thuật an toàn. Với mô vú bên trong, nhằm đảm bảo mức độ bóc tách, trong những ca đầu, chúng tôi có gửi những mẫu mô vú ở giới hạn trong làm giải bệnh nhằm xác định mô cắt tới đó là mô vú hay mô mỡ. Khi có kết quả giải phẫu bệnh chúng tôi có thể xác định giới hạn lấy của mình là đủ và về sau xác định giới hạn bóc tách cắt mô vú phù hợp [5].

Ở thì đặt túi ngực, khó khăn lớn nhất về mặt kỹ thuật là khoang túi ngực được tạo không đủ rộng để đưa túi ngực vào. Hoặc sau khi đã đưa được túi ngực vào thì khoang quá căng dẫn đến việc khâu đóng khoang khó khăn, có thể rách khoang cơ ngực lớn và sau mổ tạo hình ngực của người bệnh cứng và không có độ sa trễ tự nhiên. Do đó, để tạo thêm thể tích cho khoang, chúng tôi sử dụng miếng mô đệm nhân tạo để tạo hình sau khi đã đưa túi ngực vào

khoang. Vật liệu nhân tạo sinh học được sử dụng trong những trường hợp này là ADM (Acellular Dermal Matrices), là vật liệu được chế tạo từ tế bào biểu bì của người thông qua quá trình loại bỏ hoàn toàn tế bào và chỉ giữ lại cấu trúc nền. Tuy nhiên, loại vật liệu này có chi phí đắt đỏ, nên chúng tôi đã sử dụng vật liệu thay thế với giá thành phù hợp hơn cho người bệnh ung thư. Chúng tôi có hai loại vật liệu được sử dụng là vascular patch và mèche prolene. Loại vật liệu được chọn tùy theo loại có sẵn khi phẫu thuật. Với sự hỗ trợ của mô đệm nhân tạo, chúng tôi ghi nhận giảm sự căng kéo khi đóng khoang túi, giảm nguy cơ rách khoang cơ ngực lớn và tạo nên sự sa trễ tự nhiên cho người bệnh ngay sau phẫu thuật.

Chúng tôi ghi nhận có 1 trường hợp người bệnh do cơ ngực lớn quá mỏng, sau khi đặt túi ngực khoang cơ ngực lớn bị rách hoàn toàn. Để xử trí, chúng tôi hầu như tạo lại khoang túi ngực cho người bệnh với mèche prolene khâu bám vào những phần cơ ngực lớn còn lại.

Như vậy, chúng tôi ghi nhận hai khó khăn chính trong phẫu thuật là khó khăn khi bóc tách cắt trọn mô vú do đường mổ tiết kiệm da và biến chứng rách khoang túi ngực khi đặt túi.

#### **Kết quả sớm của phẫu thuật cắt tuyến vú kèm nạo vét hạch nách có tái tạo vú tức thì bằng túi độn ngực**

##### ***Các biến chứng phẫu thuật***

Phẫu thuật đoạn nhũ tiết kiệm da có chứa quầng núm vú làm tăng kết quả thẩm mỹ và mang lại tâm lý tốt hơn cho người bệnh sau mổ. Tuy nhiên sẽ có nguy cơ biến chứng hoại tử quầng-núm vú gây ảnh hưởng đến kết quả thẩm mỹ sau cùng. Tỷ lệ biến chứng này thay đổi từ 0-16% [4]. Cho đến nay vẫn đề được đặt ra là lựa chọn đường mổ, diện bóc tách vật da, cách cắt mô sau quầng vú ít gây hoại tử nhất, đồng thời cân nhắc nguy cơ tái phát tại chỗ. Theo Stoller có các khuyến cáo về kỹ thuật mổ. Thứ nhất, đường mổ hợp lý. Thứ hai, bóc tách mô sau quầng vú nhẹ nhàng và cầm máu từng điểm bằng đốt lưỡng cực. Thứ ba, không bóc tách vật da đoạn nhũ quá xa các giới hạn làm tổn thương mạch máu cung cấp cho

vật da vú. Tỷ lệ của biến chứng hoại tử quầng núm vú trong nghiên cứu của tác giả Trần Văn Thiệp là 4,6%. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 1 trường hợp, chiếm tỷ lệ 4%, có biến chứng hoại tử quầng núm vú.

Ngoài ra chúng tôi không có biến chứng khác như tụ dịch sau mổ, chảy máu hay vỡ túi. Ngoài trường hợp hoại tử quầng núm vú, chúng tôi cũng không ghi nhận biến chứng nhiễm trùng vết mổ. Sau mổ chúng tôi đều dùng kháng sinh điều trị từ 5-7 ngày cho toàn bộ người bệnh được đặt túi ngực.

##### ***Sự hài lòng của người bệnh***

Để đánh giá sự hài lòng của người bệnh, Satsuki Ueda [6] sử dụng bảng 25 câu hỏi khảo sát trên 71 người bệnh phẫu thuật cắt bỏ vú tiết kiệm da và tái tạo tức thì, 158 người bệnh đoạn nhũ hoàn toàn và 154 người bệnh phẫu thuật bảo tồn. Tỷ lệ người bệnh phản hồi lần lượt là 70%, 77% và 81%. Kết quả nghiên cứu của tác giả ghi nhận phẫu thuật cắt bỏ vú tiết kiệm da và tái tạo tức thì có tỷ lệ tái phát tại chỗ thấp và tương đương như đối với phẫu thuật bảo tồn và phẫu thuật đoạn nhũ hoàn toàn. Tuy nhiên, phẫu thuật này đem đến kết quả thẩm mỹ khả quan hơn và người bệnh có mức hài lòng tương tự như nhóm phẫu thuật bảo tồn và sự hài lòng về mặt hình thể này cao hơn so với phẫu thuật cắt bỏ vú hoàn toàn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 80% người bệnh hài lòng với kết quả phẫu thuật và 20% người bệnh rất hài lòng với kết quả này. Chúng tôi đánh giá sự hài lòng của người bệnh dựa vào sự thăm khám hàng ngày sau mổ và đặt câu hỏi đánh giá của người bệnh về vú đã được tái tạo trước khi xuất viện. Nhóm người bệnh rất hài lòng với kết quả phẫu thuật cho biết họ cảm thấy rất vừa ý với ngực đã được tái tạo lại, đánh giá ngực nhìn tự nhiên và không căng tức hay đau sau mổ. Nhóm người bệnh hài lòng với kết quả phẫu thuật cho biết họ vừa ý với kết quả tái tạo tuy nhiên cảm thấy không thoải mái do còn đau và căng tức sau mổ ít. Do nghiên cứu của chúng tôi chỉ nhằm đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nên chúng tôi chỉ ghi nhận các ý kiến của người bệnh tại thời điểm nằm viện hậu phẫu và hỏi ý kiến người bệnh trước xuất viện. Tuy nhiên

chúng tôi cũng ghi nhận không có người bệnh nào phải phẫu thuật lại sau đó vì các biến chứng co thắt túi hoặc nhiễm trùng, hoặc người bệnh không vừa ý muốn lấy túi ngực ra. Với kết quả này, chúng tôi cho rằng, phẫu thuật đoạn nhũ nạo hạch và tái tạo tức thì bằng túi độn ngực thật sự đem lại sự hài lòng cho người bệnh. Việc tạo hình lại ngực sau khi cắt bỏ do ung thư đem lại sự lạc quan, tự tin về mặt thẩm mỹ cho người bệnh, giúp người bệnh vượt qua mặc cảm bệnh tật, nâng cao chất lượng cuộc sống và dễ dàng hòa nhập lại đời sống xã hội sau điều trị.

### Kết luận

Phẫu thuật cắt tuyến vú kèm nạo vét hạch nách và tái tạo vú tức thì bằng túi độn ngực là phương pháp điều trị phẫu thuật ung thư vú đã cho thấy được về tính an toàn và hiệu quả. Việc lựa chọn người bệnh phù hợp với khối u ở giai đoạn sớm đem lại kết quả phẫu thuật và kết quả thẩm mỹ sau mổ tốt hơn cho người bệnh, giúp người bệnh tránh cuộc phẫu thuật đoạn nhũ hoàn toàn dẫn đến khiếm khuyết cơ thể sau mổ và tạo mặc cảm tâm lý cho người bệnh. Việc sử dụng Prolene Mesh che khoang túi giúp cho việc tạo khoang đặt túi được lớn hơn và tạo được độ trễ của ngực sau tái tạo. Kết quả sau mổ cho thấy đa phần người bệnh hài lòng với ngực được tái tạo lại, dù phần mô ngực chưa được hoàn hảo và tự nhiên như ban đầu nhưng hiệu quả tâm lý tốt đạt được ở hầu hết tất cả người bệnh, giúp người bệnh trở lại cuộc sống bình thường nhất có thể và nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh sau điều trị ung thư.

### Tài liệu tham khảo

1. Bộ Y tế (2020), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư vú (Ban hành kèm theo Quyết định số 3128/QĐ-BYT ngày 17 tháng 07 năm 2020)
2. Downes KJ, Glatt BS, Kanchwala SK, et al.: Skin-sparing mastectomy and immediate reconstruction is an acceptable treatment option for patients with high-risk breast carcinoma. *Cancer* 2005;103:906–913.
3. Drucker-Zertuche M, Robles-Vidal C: A 7-year experience with immediate breast reconstruction after skin sparing mastectomy for cancer. *Eur J Surg Oncol* 2007;33:140–146.
4. Fabinsky Thangarajah. Comparison of Subpectoral versus Prepectoral Immediate Implant Reconstruction after Skin- and Nipple-Sparing Mastectomy in Breast Cancer Patients: A Retrospective Hospital-Based Cohort Study. *Breast Care* 2019;14:382–387
5. Fisher B, Anderson S, Bryant J, Margolese RG, Deutsch M, Fisher ER, et al. Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. *N Engl J Med* 2002;347:1233-41.
6. Lim, W., Ko, B.-S., Kim, H.-J., Lee, J.W., Eom, J.S., Son, B.H., Lee, T.J. and Ahn, S.-H. (2010), Oncological safety of skin sparing mastectomy followed by immediate reconstruction for locally advanced breast cancer. *J. Surg. Oncol.*, 102: 39-42. <https://doi.org/10.1002/jso.21573>
7. Stoller (2008) “Technical Considerations in Nipple-Sparing Mastectomy: 82 Consecutive Cases without Necrosis”, *Annals of Surgical Oncology*, Vol 15, pp.1341–1347
8. Ueda S, Tamaki Y, Yano K, Okishiro N, Yanagisawa T, Imasato M, Shimazu K, Kim SJ, Miyoshi Y, Tanji Y, Taguchi T, Noguchi S. Cosmetic outcome and patient satisfaction after skin-sparing mastectomy for breast cancer with immediate reconstruction of the breast. *Surgery*. 2008 Mar;143(3):414-25. doi: 10.1016/j.surg.2007.10.006. Epub 2007 Dec 21. PMID: 18291263.
9. Yang Woo Kim (2014): Use of the Pectoralis Major, Serratus Anterior, and External Oblique Fascial Flap for Immediate One-stage Breast Reconstruction with Implant. 38: 704-710