

ÁP DỤNG KỸ THUẬT TẠO HÌNH KIỂU CHỮ B CẢI TIẾN TRONG PHẪU THUẬT BẢO TỒN UNG THƯ VÚ TẠI BỆNH VIỆN K

Lê Hồng Quang*

TÓM TẮT.

Điều trị bảo tồn ung thư vú là một bước tiến lớn trong điều trị bệnh ung thư vú. Phẫu thuật bảo tồn kiểu chữ B cải tiến là kỹ thuật tạo hình ung thư được áp dụng rộng rãi và đóng vai trò quan trọng trong điều trị ung thư tuyến vú giai đoạn I, II. **Mục tiêu:** (1) Đánh giá mức độ an toàn về mặt ung thư học và (2) đánh giá kết quả thẩm mỹ sau điều trị ngoại khoa bảo tồn ung thư vú sử dụng kỹ thuật tạo hình kiểu chữ B cải tiến. **Đối tượng và phương pháp:** 78 bệnh nhân ung thư vú $\frac{1}{4}$ trên ngoài giai đoạn I, II được phẫu thuật tại khoa Ngoại vú, bệnh viện K trong giai đoạn 2015-2019. Nghiên cứu cắt ngang. **Kết quả và kết luận:** Kỹ thuật để áp dụng, không có tai biến, biến chứng. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình 5.9 ngày. Tỷ lệ diện cắt thường quy dương tính và cắt lại 2.6%. Vú đẹp và tốt chiếm 94.9%, tỷ lệ rất hài lòng và hài lòng 100%.

Từ khóa: ung thư vú, vạt chữ B

SUMMARY

APPLICATION OF MODIFIED B TECHNIQUE IN BREAST-CONSERVING SURGERY OF BREAST CANCER AT K HOSPITAL

Background: Breast conserving therapy (BCT) is a big step in treating breast cancer. Breast conservative surgery using modified B technique plays an important role in the surgical treatment of stage I,II breast cancer. **Objectives:** (1) To evaluate the oncologic safety and (2) to evaluate cosmetic results after conservative surgical treatment of breast cancer using modified B technique. **Methods:** The study recruited 78 stage I, II breast-cancer patients at the Breasts surgery Department, K Hospital from 2015 to 2019. This was a cross-sectional study. **Results and conclusions** This is an applicable and safe technique with no complications. The average duration of hospitalization was 5.9 days. Positive margin rate and re-excision rate were 2.6%. Excellent and good cosmetic results were 94.9%. Satisfaction rate was 100%.

Keywords: breast cancer, B technique

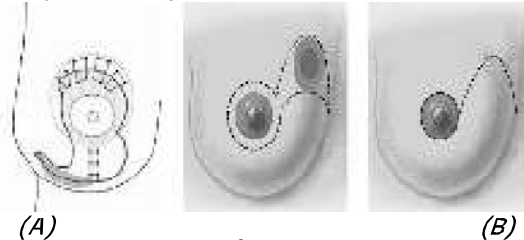
I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị bảo tồn ung thư vú bao gồm phẫu thuật bảo tồn và xạ trị toàn vú sau mổ là một bước tiến lớn trong điều trị bệnh ung thư vú. Các nghiên cứu lớn gần đây đều khẳng định điều trị bảo tồn không kém hơn phẫu thuật triệt căn về

sống thêm [1].

Trong phẫu thuật bảo tồn ung thư vú, hai đối tượng được quan tâm nhiều nhất là khả năng đạt được diện cắt an toàn và hiệu quả thẩm mỹ. Diện cắt dương tính làm tăng nguy cơ tái phát tại chỗ hơn 2.5 lần [2]. Mặt khác, hiệu quả thẩm mỹ của phẫu thuật bảo tồn kém hơn khi thể tích tuyến vú bị cắt nhiều hơn. Do vậy, cần cắt rộng bao nhiêu để đảm bảo diện cắt an toàn nhưng vẫn đạt được kết quả thẩm mỹ tốt là vấn đề cần cân nhắc khi tiến hành phẫu thuật bảo tồn. Phẫu thuật tạo hình ung thư cho phép cắt được thể tích mô vú lớn hơn, tỉ lệ diện cắt an toàn cao hơn, tỉ lệ tái phát thấp hơn trong khi hiệu quả thẩm mỹ cao hơn khi so sánh với phẫu thuật cắt rộng đơn thuần [3].

Kỹ thuật tạo hình chữ B được mô tả lần đầu bởi Regnault P năm 1974 trong phẫu thuật tạo hình tuyến vú phì đại, sa trễ [4]. Kỹ thuật tạo hình kiểu chữ B cải tiến được áp dụng trong phẫu thuật bảo tồn nhờ ưu điểm cho phép cắt rộng nhu mô vú và cho phép hai vạt da với chiều dài khác nhau được khâu khép lại dễ dàng cho kết quả thẩm mỹ cao.



Hình 1: Kỹ thuật cắt giảm thể tích kiểu chữ B của Regnault (A) và đường rạch trong phẫu thuật bảo tồn kiểu chữ B cải tiến (B)

Tại Việt Nam, kích thước tuyến vú tương đối nhỏ khi so sánh với các nước phương Tây. Đặc thù này đặt ra nhu cầu áp dụng thường xuyên các kỹ thuật tạo hình ung thư trong điều trị bảo tồn ung thư vú. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm giải quyết hai mục tiêu: thứ nhất, đánh giá mức độ an toàn về mặt ung thư học và thứ hai là đánh giá kết quả thẩm mỹ sau điều trị ngoại khoa bảo tồn ung thư vú sử dụng kỹ thuật tạo hình kiểu chữ B cải tiến.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân nữ ung thư biểu mô tuyến vú giai đoạn I, II theo xếp

*Khoa Ngoại Vú – Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hồng Quang

Email: bslequang@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.2.2020

Ngày phản biện khoa học: 24.3.2020

Ngày duyệt bài: 30.3.2020

loại TNM của UICC năm 2010, có u ở vị trí 1/4 trên ngoài. Bệnh nhân được phẫu thuật bảo tồn vú sử dụng kỹ thuật tạo hình kiểu chữ B cải tiến tại khoa Ngoại vú, bệnh viện K trong giai đoạn 2015 - 2019.

Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu cắt ngang với cỡ mẫu thuận tiện

Các bước tiến hành

- Chọn bệnh nhân và đánh giá trước điều trị:
- + Khám lâm sàng xác định vị trí u, lựa chọn các bệnh nhân có u ở góc 1/4 trên-ngoài.
- + Đánh giá đặc điểm u trên lâm sàng, siêu âm, XQ tuyến vú và MRI tuyến vú
- + Bệnh nhân có khối u vú kích thước lớn và/hoặc thể tích tuyến vú nhỏ nhưng có nguyên vọng bảo tồn được đánh dấu vị trí u và chuyển điều trị hóa chất hỗ trợ trước.

- Điều trị phẫu thuật bảo tồn sử dụng kỹ thuật kiểu chữ B cải tiến

- Đánh giá kết quả gần điều trị phẫu thuật.

Quy trình phẫu thuật

- Tiến hành dưới gây mê nội khí quản, sát trùng rộng rãi bên vú phẫu thuật.
- Rạch da theo đường thiết kế vật.
- Cắt bỏ rộng rãi khối u kèm da vú trên u, đặt clip đánh dấu giường u.
- Lấy các diện cắt làm xét nghiệm tức thì, cắt lại diện cắt nếu diện cắt tức thì dương tính.
- Vào hố nách vét hạch chằng 1,2 kiểm tra hạch chằng 3. Trường hợp bệnh nhân làm sinh thiết hạch cửa, tiến hành sinh thiết hạch cửa trước khi cắt u.
- Giải phóng tuyến vú, khâu phục hồi tuyến che phủ khuyết hồng do cắt u, chuyển vị trí quầng núm vú.
- Cầm máu, đặt dẫn lưu, khâu da.
- Phẫu thuật bên đối diện tạo cân xứng hai vú nếu cần thiết.



Hình 2 : Mô tả kỹ thuật bảo tồn vú kiểu chữ B cải tiến

Chỉ tiêu nghiên cứu

- Cỡ áo ngực.
- Đặc điểm u vú: số lượng, kích thước u, khoảng cách u-núm vú trên lâm sàng, siêu âm, mammography, cộng hưởng từ.
- Đặc điểm mô bệnh học.

- Thời gian phẫu thuật tính bằng phút, thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ và thời gian hậu phẫu tính bằng ngày. Tỷ lệ tai biến, biến chứng hậu phẫu.

- Đánh giá diện cắt:

- + Tính tỉ lệ diện cắt tức thì dương tính
- + Tính tỉ lệ diện cắt thường quy dương tính
- + Các yếu tố liên quan tới tỉ lệ diện cắt dương tính

- Kết quả thẩm mỹ ngay sau mổ, 1 tháng sau mổ. Các yếu tố ảnh hưởng tới kết quả thẩm mỹ. Điểm thẩm mỹ được chấm theo thang điểm Lowery – Carlson, sự hài lòng của bệnh nhân được chấm trên thang điểm ba mức độ: rất hài lòng, hài lòng và không hài lòng.

Bảng 1 : Thang điểm Lowery – Carlson đánh giá kết quả thẩm mỹ

Yếu tố	0 điểm	1 điểm	2 điểm
Thể tích vú	Mất cân xứng rõ	Mất cân xứng nhẹ	Cân đối
Đường cong vú	Biến dạng rõ	Biến dạng nhẹ	Tự nhiên, cân đối
Vị trí mô vú	Lệch rõ	Lệch nhẹ	Cân xứng
Lép dưới vú	Không nhận ra	Nhận ra nhưng không đối xứng	Rõ, cân xứng

Xếp loại: Đẹp: 7 - 8 điểm, tốt: 6 điểm, trung bình: 5 điểm, kém: < 5 điểm

Công cụ và kỹ thuật thu thập thông tin

Các thông tin được ghi nhận theo mẫu bệnh án thống nhất

Phân tích và xử lý số liệu

Các thông tin được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi ghi nhận được 78 trường hợp, trong đó:

Cỡ áo ngực 36 và 38 chiếm đa số lần lượt 51.2% và 35.9%.

Bảng 2 : Đặc điểm u vú trên lâm sàng và MRI vú

Đặc điểm	Thăm khám lâm sàng	MRI vú
Số lượng u		
1 ổ	75 (96.2%)	69 (88.5%)
Đa ổ	3 (3.8%)	9 (11.5%)
Khoảng cách u-núm vú		
< 3 cm	9 (11.5%)	
3-5 cm	61 (78.3%)	
> 5 cm	8 (10.2%)	
Kích thước u		
≤ 2cm	53 (67.9%)	51 (65.4%)
> 2 cm	25 (32.1%)	27 (34.6%)

Khoảng cách u-núm vú trung bình là 3.8 cm.

Kích thước u trung bình của bệnh nhân đo trên MRI là $1.73 \pm 0.05\text{cm}$. 69 bệnh nhân (88,5%) có thể mô bệnh học là carcinoma thể ống xâm nhập, độ mô học đa số là độ 2 với 73,1%.

Thời gian mổ trung bình là 76,3 phút, trong đó thời gian mổ trung bình của 20 ca đầu là 98 phút, thời gian mổ trung bình của 58 ca sau là 69,2 phút ($p < 0.001$). Không có bệnh nhân nào phải dùng thuốc giảm đau quá 2 ngày, thời gian hậu phẫu trung bình 5,9 ngày. Không có trường hợp tai biến, biến chứng nào được ghi nhận.

Ba trường hợp (3,8%) diện cắt tức thì dương tính và bốn trường hợp (5,1%) diện cắt tức thì có quá sần không điển hình. Kết quả xét nghiệm tức thì lần hai âm tính ở cả bảy trường hợp. Kết quả xét nghiệm mô bệnh học diện cắt thường quy có 1 trường hợp (1,3%) diện cắt còn quá sần không điển hình và 1 trường hợp (1,3%) diện cắt dương tính. Bệnh nhân diện cắt quá sần được tiến hành phẫu thuật cắt lại và lấy diện cắt lần hai làm xét nghiệm, kết quả âm tính ở lần cắt hai. Bệnh nhân diện cắt dương tính được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú do thể tích tuyến vú nhỏ.

Kết quả thẩm mỹ đẹp và tốt chiếm đa số: sau mổ (93,6%), sau mổ 1 tháng (94,9%)

Một số hình ảnh minh họa kết quả phẫu thuật



Bảng 3: Liên quan điểm thẩm mỹ sau mổ với một số yếu tố

Yếu tố	P
Cổ áo ngực	0,07
Số lượng u trên MRI	0,476
Kích thước u trên MRI	0,004
Khoảng cách u-núm vú	0,192
Thể mô bệnh học	0,415
Cắt lại diện cắt	< 0,001

Tỉ lệ bệnh nhân rất hài lòng và hài lòng về kết quả thẩm mỹ lần lượt là 82% và 18%. Không có trường hợp nào không hài lòng với kết quả điều trị phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

Cùng với các phương pháp điều trị hỗ trợ, phẫu thuật tạo hình áp dụng trong điều trị ung thư vú cho phép tiếp cận điều trị bệnh ung thư vú theo hướng tích cực hơn. Phẫu thuật tạo hình ung thư cho phép cải thiện kết quả thẩm mỹ sau phẫu thuật. Với kỹ thuật tạo hình kiểu chữ B cải tiến, qua nghiên cứu 78 trường hợp tại khoa Ngoại vú, Bệnh viện K chúng tôi nhận thấy đây là một kỹ thuật an toàn về ngoại khoa. Tỉ lệ tai biến và biến chứng của phẫu thuật rất thấp. Thời gian phẫu thuật của 20 ca đầu và 58 ca sau trong nghiên cứu này khác biệt có ý nghĩa ($p < 0.001$). Kết quả này cho thấy trong ngoại khoa nói chung và ngoại khoa ung thư nói riêng, kỹ năng có thể được cải thiện qua thực hành.

Trong nghiên cứu của chúng tôi ba bệnh nhân có u kích thước trên 3cm, ba bệnh nhân này được điều trị hóa chất tiên phẫu. Sau điều trị hóa chất, phẫu thuật bảo tồn được tiến hành với kết quả an toàn về diện cắt. Với các khối u lớn, điều trị tân bổ trợ được khuyến cáo, đặc biệt là với các bệnh nhân có kích thước tuyến vú nhỏ và trung bình. Trong số chín bệnh nhân có tổn thương u đa ổ, chỉ ba trường hợp phát hiện được trên lâm sàng, các trường hợp còn lại phát hiện được trên MRI vú. Tác giả Fancellu A và CS tiến hành nghiên cứu trên 237 bệnh nhân ung thư giai đoạn sớm, các bệnh nhân này được chỉ định chụp MRI vú trước khi điều trị bảo tồn. Kết quả nghiên cứu cho thấy MRI vú làm thay đổi kế hoạch điều trị ở 16,5% trường hợp [5].

Một trong các mục tiêu cốt lõi của phẫu thuật bảo tồn ung thư vú đó là đạt được diện cắt an toàn về mặt ung thư học. Vì vậy, cần thiết phải phát triển các phương pháp làm giảm tỷ lệ diện cắt dương tính. Một cách sơ lược, có hai hướng kỹ thuật đã được phát triển. Thứ nhất là các kỹ thuật nhằm phát hiện tổn thương trước và trong phẫu thuật. Hướng còn lại là các kỹ thuật nhằm đánh giá diện cắt trong mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân được làm xét nghiệm diện cắt tức thì (diện cắt lạnh). Bảy trường hợp (9,0%) có bất thường diện cắt bao gồm ba trường hợp diện cắt dương tính và bốn trường hợp có quá sần không điển hình. Chương trình nâng cao chất lượng phẫu thuật quốc gia của Mỹ tiến hành phân tích dữ liệu về điều trị ung thư vú trong giai đoạn 2006-2010, với trên 24 000 trường hợp được phẫu thuật bảo tồn. Kết quả cho thấy xét nghiệm cắt lạnh diện cắt làm giảm số ca mổ lại vì lý do liên quan tới diện cắt [6]. Tỉ lệ phải cắt thêm liên quan tới diện cắt trong nghiên cứu của chúng tôi là 9,0%. Tác giả

Losken A và CS tiến hành một phân tích gộp lớn bao gồm trên 8000 bệnh nhân được phẫu thuật bảo tồn tại Mỹ, chia vào 2 nhóm: nhóm phẫu thuật bảo tồn đơn thuần và nhóm phẫu thuật bảo tồn kết hợp sử dụng các kỹ thuật tạo hình. Kết quả phân tích cho thấy ở nhóm được phẫu thuật bảo tồn đơn thuần, tỉ lệ phẫu thuật cắt lại chung là 14,6%, so với 4% ở nhóm còn lại ($p < 0,0001$). Tỉ lệ diện cắt dương tính của hai nhóm lần lượt là 21% và 12% ($p < 0,0001$) [3].

Qua nghiên cứu chúng tôi thấy kỹ thuật tạo hình kiểu chữ B cải tiến đem lại kết quả thẩm mỹ và mức độ hài lòng cao của người bệnh. Tác giả SchÖndorf NK tiến hành nghiên cứu trên 62 bệnh nhân ung thư vú giai đoạn sớm được phẫu thuật bảo tồn sử dụng kỹ thuật tạo hình kiểu chữ B cải tiến tại Đức. Nghiên cứu cho thấy trên 75% bệnh nhân có kết quả thẩm mỹ đẹp và tốt [7]. Tìm hiểu tác động của các yếu tố khác đến kết quả thẩm mỹ sau điều trị bảo tồn. Chúng tôi tiến hành phân tích mối liên quan giữa một số yếu tố và điểm thẩm mỹ (Bảng 3), kết quả bước đầu cho thấy kích thước u trên MRI và sự cắt lại do diện cắt dương tính liên quan có ý nghĩa thống kê với điểm thẩm mỹ. Một số yếu tố khác bao gồm cỡ áo ngực, số lượng u, khoảng cách u-núm vú và thể mô bệnh học chưa chứng minh được mối liên quan với điểm thẩm mỹ. Gần đây nhiều tác giả sử dụng tỉ lệ thể tích u - thể tích tuyến vú để tiên lượng kết quả thẩm mỹ [8]. Khi tỉ lệ thể tích u - thể tích tuyến vú lớn (>20%), việc kết hợp các kỹ thuật tạo hình là một lựa chọn phù hợp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng khẳng định phẫu thuật cắt lại làm giảm điểm thẩm mỹ ($p < 0,001$).

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật tạo hình kiểu chữ B cải tiến an toàn về mặt ngoại khoa và cho phép đạt được kết quả thẩm mỹ và sự hài lòng cao trong khi vẫn đảm bảo kết quả điều trị bệnh ung thư vú.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **B. Fisher, S. Anderson, J. Bryant và CS. (2002)**, 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*, **347(16)**, tr. 1233-41.
2. **A. Bodilsen, K. Bjerre, B. V. Offersen và CS. (2016)**, Importance of margin width in breast-conserving treatment of early breast cancer, *J Surg Oncol*, **113(6)**, tr. 609-15.
3. **A. Losken, C. S. Dugal, T. M. Styblo và CS. (2014)**, A meta-analysis comparing breast conservation therapy alone to the oncoplastic technique, *Ann Plast Surg*, **72(2)**, tr. 145-9.
4. **P. Regnauk (1974)**, Reduction mammoplasty by the "B" technique, *Plast Reconstr Surg*, **53(1)**, tr. 19-24.
5. **A. Fancellu, D. Soro, P. Castiglia và CS. (2014)**, Usefulness of magnetic resonance in patients with invasive cancer eligible for breast conservation: a comparative study, *Clin Breast Cancer*, **14(2)**, tr. 114-21.
6. **J. C. Boughey, T. J. Hieken, J. W. Jakub và CS. (2014)**, Impact of analysis of frozen-section margin on reoperation rates in women undergoing lumpectomy for breast cancer: evaluation of the National Surgical Quality Improvement Program data, *Surgery*, **156(1)**, tr. 190-7.
7. **N. K. Schondorf (2001)**, The technique of B-, S-, or W-reduction mammoplasty in the conservative therapy of breast carcinomas: experiences with a new surgical technique, *Breast*, **10(6)**, tr. 501-7.
8. **M. Lagendijk, E. L. Vos, A. H. J. Koning và CS. (2017)**, Tumor-volume to breast-volume RAtio for improving COSmetic results in breast cancer patients (TURACOS): a randomized controlled trial, *BMC Cancer*, **17(1)**, tr. 336.

NGHIÊN CỨU CÁC TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA BUPIVACAIN SO VỚI LEVOBUPIVACAIN HOẶC ROPIVACAIN CÙNG PHỐI HỢP VỚI FENTANYL TRONG GÂY TÊ TỦY SỐNG ĐỂ MỔ LẤY THAI

Nguyễn Đức Lam*, Lương Thị Ngọc Vân**, Nguyễn Hữu Tú*

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh các tác dụng không mong muốn của bupivacain với levobupivacain hoặc

ropivacain cùng phối hợp với fentanyl trong gây tê tủy sống để mổ lấy thai. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có so sánh trên 99 bệnh nhân được gây tê tủy sống để mổ lấy thai chia làm ba nhóm: 35 bệnh nhân ở nhóm 1 (bupivacain 8 mg + fentanyl 30 mcg); 33 bệnh nhân ở nhóm 2 (levobupivacain 8 mg + fentanyl 30 mcg); 31 bệnh nhân ở nhóm 3 (ropivacain 12 mg + fentanyl 30 mcg). **Kết quả:** Tỷ lệ tụt huyết áp trên 20% ở phút thứ 3 sau gây tê tủy sống của nhóm bupivacain tương đương với nhóm levobupivacain nhưng cao hơn nhóm ropivacain (82,1%; 90,9% so với và 29%), nhóm

*Trường Đại học Y Hà Nội

**Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Lam

Email: lamgmhs75@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.2.2020

Ngày phân biên khoa học: 20.2.2020

Ngày duyệt bài: 24.3.2020