

PHƯƠNG PHÁP HYBRID ĐIỀU TRỊ PHÒNG ĐỘNG MẠCH CHỦ NGỰC BỤNG VÀ PHÒNG ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG TRÊN THẬN

Nguyễn Hữu Ước^{1,2}, Nguyễn Tùng Sơn^{1,2}, Lê Nhật Tiên^{1,2},
 Dương Ngọc Thắng^{1,2}, Hoàng Trọng Hải¹, Lê Hồng Quân¹,
 Nguyễn Hữu Phong², Nguyễn Thế Kiên³, Cao Mạnh Thấu¹,
 Trần Hà Phương¹, Nguyễn Kim Dân^{1,2}, Phạm Tiến Quân^{1,2},
 Nguyễn Quốc Kính^{1,2}, Đoàn Quốc Hưng^{1,2}, Phùng Duy Hồng Sơn^{1,2}

TÓM TẮT

Phẫu thuật điều trị phòng động mạch chủ trên thận và phòng động mạch chủ ngực bụng là phẫu thuật phức tạp, nguy cơ biến chứng cao^{1,2}. Phương pháp hybrid, dựa trên sự phối hợp giữa phẫu thuật và can thiệp nội mạch bằng ống ghép nội mạch (stent graft) ra đời và được kỳ vọng là một phương án thay thế cho phẫu thuật và can thiệp nội mạch đơn thuần³. Tuy nhiên, các kết quả thực tế có được khá thay đổi³. Kỹ thuật này do đó chủ yếu được áp dụng đối với những trường hợp có nguy cơ phẫu thuật cao. Chúng tôi phân tích 2 trường hợp lâm sàng áp dụng phương pháp hybrid tại Bệnh viện Việt Đức tháng 6 năm 2021 đồng thời nhìn nhận lại một số đặc điểm về phương pháp này.

SUMMARY

HYBRID PROCEDURES FOR THE TREATMENT OF THORACOABDOMINAL AND SUPRARENAL AORTIC ANEURYSMS

Surgical repair of suprarenal and thoracoabdominal aortic aneurysms are complex with high morbidity and mortality. Hybrid procedures, based on a combination of conventional open techniques and endovascular intervention with a stent graft were described and expected to be alternative approaches.³ However actual results are quite variable.³ Those techniques are therefore mainly applied to subsets of patients with high surgical risk. We analyzed two clinical cases, who underwent hybrid technique at the Viet Duc University Hospital in June 2021 and review some characteristics of these techniques.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phòng động mạch chủ (ĐMC) trên thận và phòng ĐMC ngực bụng có thể ảnh hưởng đến tất cả hoặc một nhánh chính của động mạch chủ bụng như động mạch (ĐM) thân tạng, ĐM mạc treo tràng trên, hay ĐM mạc treo tràng dưới.¹ Phẫu thuật sửa chữa các tổn thương này phức

tạp với tỷ lệ tử vong chu phẫu trong phòng ĐMC ngực bụng là 20-23%^{1,2} và tỷ lệ biến chứng lên tới trên 50%². Hiện nay, can thiệp nội mạch trong phòng ĐMC ngày càng phổ biến với nhiều ưu điểm nổi bật. Tuy nhiên can thiệp nội mạch toàn bộ chỉ phù hợp đối với một nhóm bệnh nhân và phẫu thuật hiện vẫn là giải pháp chính đối với những trường hợp phức tạp³. Phương pháp hybrid, dựa trên sự phối hợp giữa phẫu thuật và can thiệp nội mạch bằng ống ghép nội mạch (stent graft) được giới thiệu lần đầu tiên bởi Quinones-Baldrich và cộng sự từ năm 1999 như là một phương án thay thế cho phẫu thuật và can thiệp nội mạch đơn thuần³. Trên lý thuyết, phương pháp này giúp tránh được việc phải bóc lộ rộng rãi hai khoang (ngực bụng), tránh phải cạy ĐMC và hỗ trợ tuần hoàn và được kỳ vọng là giải pháp ít xâm lấn hơn.³ Tuy nhiên, thực tế cho thấy các kết quả sau áp dụng phương pháp hybrid thay đổi nhiều tùy theo cả yếu tố từ phía bệnh nhân và phẫu thuật viên.³ Phương pháp này do đó chủ yếu được áp dụng đối với những trường hợp có nguy cơ phẫu thuật cao. Chúng tôi phân tích 2 trường hợp lâm sàng áp dụng phương pháp hybrid tại bệnh viện Việt Đức trong tháng 6 năm 2021 đồng thời nhìn nhận lại một số đặc điểm về phương pháp này.

II. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trường hợp 1: Bệnh nhân nam, 35 tuổi. Tiền sử tăng huyết áp 1 năm, hình ảnh túi ĐMC bụng trên thận đã được phẫu thuật tạo hình ĐMC bằng miếng vá cách 9 tháng tại một bệnh viện tuyến Trung ương. Bệnh nhân xuất hiện đau bụng âm ỉ thượng vị và quanh rốn 5 ngày vào viện với chẩn đoán phòng ĐMC bụng ngang thận tái phát, dọa vỡ được chuyển BV Việt Đức. Trên phim chụp cắt lớp vi tính (CLVT) cho thấy tổn thương hình ĐMC bụng hình túi ngay trên chỗ chia ĐM thận, đường kính lớn nhất 41mm, có huyết khối bám thành, tắc mạn tính ĐM mạc treo tràng trên (MTTT) có bàng hệ lớn từ ĐM mạc treo tràng dưới (Hình 1). BN được chỉ định phương pháp hybrid:

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

²Trường đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Quân y 103- Học viện Quân y

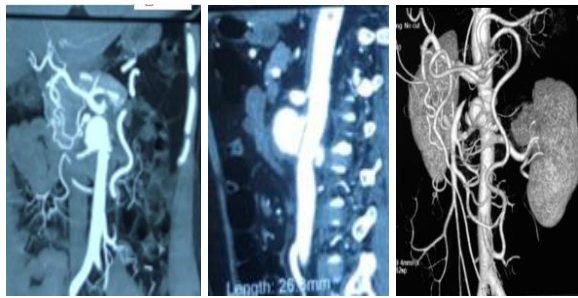
Chịu trách nhiệm chính: Phùng Duy Hồng Sơn

Email: hongsony81@yahoo.com

Ngày nhận bài: 12.5.2021

Ngày phản biện khoa học: 28.6.2021

Ngày duyệt bài: 13.7.2021

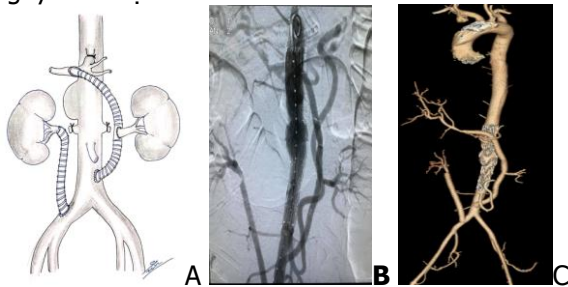


Hình 1. Hình ảnh CLVT ĐMC: Phòng hình túi ĐMCB bụng trên thận. ĐM mạc treo tràng dưới cấp máu nuôi các đoạn ruột.

Thì 1: BẮC CẦU ĐM CHẬU PHẢI – ĐM THẬN PHẢI, ĐMC – ĐM THẬN TRÁI – ĐM THẬN TẠNG (ĐM GAN CHUNG) BẰNG ĐOẠN MẠCH NHÂN TẠO PTFE CÓ VÒNG XOẮN (HÌNH 2A). Ở BỆNH NHÂN NÀY ĐM MTTT TẮC SÁT GỐC VÀ ĐM MẠC TREO TRÀNG DƯỚI PHÁT TRIỂN CÁC VÒNG NỔI TỐT ĐỂ ĐẢM BẢO TỚI MÁU TOÀN BỘ RUỘT, DO VẬY, CHÚNG TÔI KHÔNG LÀM CẦU NỐI VÀO ĐM MTTT.

Thì 2: ĐẶT STENT-GRAFT ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG TRÊN – DƯỚI THẬN, ĐẦU DƯỚI ĐƯỢC ĐẶT SẮT GỐC ĐỘNG MẠCH MẠC TREO TRÀNG DƯỚI. TOÀN BỘ CUỘC MỔ DIỄN RA NGÀY 04/06/2021 TRONG 7 TIẾNG TRONG ĐÓ THỜI GIAN PHẪU THUẬT THÌ 1 LÀ 6 TIẾNG. THỜI GIAN CẤP ĐỘNG MẠCH THẬN TRÁI VÀ THẬN PHẢI ĐỀU LÀ 15 PHÚT VÀ THỜI GIAN CẤP ĐỘNG MẠCH THẬN TẠNG LÀ 20 PHÚT. BN ĐƯỢC RÚT ỚNG SAU MỔ 8 TIẾNG VÀ CHUYỂN VỀ PHÒNG BỆNH THƯỜNG SAU 6 NGÀY.

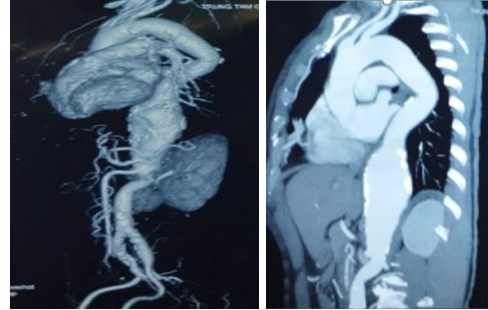
CÂY MÁU TRƯỚC MỔ CHO KẾT BURKHOLDERIA CEPACIA VÀ BỆNH NHÂN ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ THEO KHÁNG SINH ĐỒ NGAY SAU MỔ. TRONG QUÁ TRÌNH ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN CÓ BIỂU HIỆN VIÊM TỤY CẤP VÀO TUẦN THỨ 2. CÁC KẾT QUẢ ĐÁNH GIÁ SAU MỔ CHO THẤY CÁC CHỨC NĂNG GAN, THẬN ỔN ĐỊNH. HÌNH ẢNH CHỤP PHIM SAU 1 TUẦN CÁC CHỨC NĂNG CẦU NỐI VÀ STENT GRAFT TỐT (HÌNH 2C), BỆNH NHÂN RA VIỆN SAU 25 NGÀY ĐIỀU TRỊ.



Hình 2. A- Sơ đồ bắc cầu, B- Hình ảnh chụp trong can thiệp mạch, C- Hình ảnh CLVT kiểm tra sau 1 tuần.

Trường hợp 2: BN nam, 57 tuổi. Tiền sử hen suyễn điều trị 4 năm. BN đi khám sức khỏe phát hiện phồng ĐMC ngực – bụng, chuyển BV Việt Đức. Trên phim CLVT phát hiện phồng ĐMC ngực bụng từ trên cơ hoành đến vị trí xuất phát

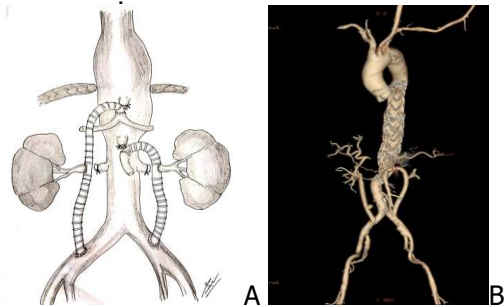
của ĐM MTTT, trên đoạn dài 125 mm thành xơ vữa, vôi hóa, có huyết khối bám thành (Hình 3). BN với chẩn đoán phình ĐMC ngực bụng type IV được chỉ định phẫu thuật hybrid:



Hình 3. Phim CLVT động mạch chủ bệnh nhân 02.

Thì 1: BẮC CẦU ĐM CHẬU CHUNG PHẢI – ĐM THẬN PHẢI – ĐM THẬN TẠNG; BẮC CẦU ĐM CHẬU CHUNG TRÁI – ĐM THẬN TRÁI – ĐM MTTT. (HÌNH 4A).

Thì 2 (sau 1 ngày): ĐẶT STENT-GRAFT ĐMC NGỰC ĐOẠN XƯƠNG – ĐMCB TỪ TRÊN CƠ HOÀNH 15 CM ĐẾN DƯỚI 2 ĐM THẬN.



Hình 4: A- Sơ đồ bắc cầu, B- Hình ảnh CLVT kiểm tra sau Hybrid.

Thời gian phẫu thuật thì 1 là 5 tiếng. Thời gian cấp động mạch thận trái và thận phải đều là 15 phút và thời gian cấp động mạch thận tạng là 20 phút và thời gian cấp động mạch mạc treo tràng trên là 10 phút. BN ĐƯỢC RÚT ỚNG SAU MỔ 6 TIẾNG VÀ CHUYỂN VỀ PHÒNG BỆNH THƯỜNG SAU 5 NGÀY. CÁC KẾT QUẢ ĐÁNH GIÁ SAU MỔ CHO THẤY CÁC CHỨC NĂNG GAN, THẬN ỔN ĐỊNH, TUY NHIÊN XÉT NGHIỆM LIPASE TĂNG (210U/L) VÀO TUẦN THỨ 2 THEO DÕI TÌNH TRẠNG VIÊM TỤY CẤP. HÌNH ẢNH CLVT SAU 1 TUẦN CÁC CHỨC NĂNG STENTGRAFT TỐT, TẮC CẦU NỐI VÀO ĐỘNG MẠCH THẬN TẠNG, CÁC ĐỘNG MẠCH GAN CHUNG, ĐỘNG MẠCH LÁCH, ĐỘNG MẠCH VỊ TRÁI NGẮM THUỐC NHỜ TUẦN HOÀN BÀNG HỆ, CÁC CHỨC NĂNG CẦU NỐI KHÁC TỐT (HÌNH 4B). BN ĐIỀU TRỊ ỔN ĐỊNH VÀ RA VIỆN SAU MỔ 14 NGÀY.

III. BÀN LUẬN

Điều trị phồng ĐMC bụng trên thận và phồng ĐMC ngực – bụng vẫn là thách thức đối với cả bệnh nhân lẫn phẫu thuật viên⁴. Mặc dù kết quả

phẫu thuật ở một số trung tâm chuyên khoa lớn tương đối tốt, các kết quả chung lại không lặp lại điều này⁴. Hiện nay, điều trị can thiệp nội mạch trong phòng ĐMC ngày càng phổ biến với nhiều ưu điểm nổi bật. Các tiến bộ trong kỹ thuật can thiệp nội mạch với các loại ống ghép nội mạch có lỗ và nhánh bên giúp làm giảm tỷ lệ biến chứng và tử vong tuy nhiên các nghiên cứu đang chỉ hạn chế ở một trung tâm chuyên khoa⁴. Hơn nữa, kỹ thuật này không phù hợp trong những trường hợp các yếu tố bất lợi về giải phẫu như đường kính các ĐM thận nhỏ, gập góc lớn của ĐMC ở vị trí các nhánh ĐM thận tạng hay có rối loạn mô liên kết⁴. Phương pháp hybrid là một hướng đi mới, kỹ thuật này lần đầu tiên được Quinones-Baldrich và cộng sự từ năm 1999, dựa trên sự phối hợp giữa phẫu thuật kinh điển nhằm bắc cầu các ĐM tạng và sau đó là đặt ống ghép nội mạch ĐMC³. Trên lý thuyết, kỹ thuật này giúp tránh được việc phải mở khoang ngực, tránh phải cạo ĐMC và việc phải hỗ trợ tuần hoàn ngoài cơ thể, cũng như không đòi hỏi các kỹ thuật can thiệp nội mạch phức tạp (với ống ghép nội mạch có lỗ và nhánh bên)³. Tuy nhiên, chỉ có một vài trung tâm báo cáo kết quả ban đầu khả quan, các nghiên cứu đơn trung tâm và đa trung tâm khác đều chỉ ra tỷ lệ biến chứng và tử vong cao của kỹ thuật này⁴. Tỷ lệ tử vong trong vòng 30 ngày được báo cáo từ 13 – 23%, tương tự như với phẫu thuật kinh điển⁵.

Chiến lược bắc cầu vẫn là vấn đề còn nhiều bàn luận, mặc dù có được sự hưởng ứng ban đầu⁵. Một trong những vấn đề chính liên quan đến tỷ lệ tử vong cao trong kỹ thuật hybrid đó là yêu cầu về kỹ thuật mổ do cần phải phẫu tích rộng rãi ĐMC và thời gian gián đoạn lưu dòng chảy từ ĐMC vào các nhánh mạch tạng khi làm miệng nối⁵. Các cải tiến kỹ thuật gần đây tập trung làm rút ngắn thời gian thiếu máu cục bộ

này như kỹ thuật tái thông mạch mở Viabahn⁵. Phương pháp hybrid đối với phòng ĐMC ngực bụng và phòng ĐMC bụng trên thận được thực hiện qua hai thì: bắc cầu các nhánh ĐM tạng và can thiệp nội mạch.

Thì can thiệp nội mạch có thể thực hiện ngay sau khi bắc cầu tại phòng mổ hybrid hoặc có thể tiến hành trì hoãn³. Cách tiếp cận trì hoãn có ưu điểm là cho phép bệnh nhân có thời gian hồi phục sau các tổn thương khi thực hiện bắc cầu trước khi tiếp tục phải đối diện với các nguy cơ liên quan đến can thiệp nội mạch. Điều này đặc biệt quan trọng đối với chức năng thận vì nó cho phép thận hồi phục sau thời gian thiếu máu cục bộ khi bắc cầu trước khi phải tiếp nhận các độc tính do thuốc cản quang từ quá trình can thiệp nội mạch³.

Ở bệnh nhân thứ nhất, chúng tôi thấy rằng ĐM mạc treo tràng trên của bệnh nhân đã tắc hoàn toàn trước mổ, và ĐM mạc treo tràng dưới với những vòng nối tốt đã đóng vai trò đảm bảo tưới máu ruột. Do vậy, trong thì phẫu thuật, chúng tôi sử dụng đoạn mạch nhân tạo có vòng xoắn để bắc cầu từ ĐM chậu chung trái lên ĐM gan chung phải (tận – bên), động mạch thận trái được nối tận – bên vào đoạn mạch nhân tạo, bắc cầu ĐM chậu chung phải với ĐM thận phải (tận – tận). Đầu gần của các ĐM thận và ĐM thân tạng được thắt lại. Tái tưới máu ĐM thân tạng được thực hiện qua cầu nối vào ĐM gan chung và được thực hiện theo cách để bảo đảm tưới máu gan và dạ dày. Bằng cách thắt ĐM thân tạng, các ĐM lách và ĐM vị trái được tưới máu bằng dòng ngược từ ĐM gan chung³. Ở bệnh nhân thứ hai, chúng tôi thực hiện bắc cầu toàn bộ cả bốn nhánh với việc bắc cầu từ ĐM chậu chung trái vào ĐM thận trái (tận – bên) và ĐM mạc treo tràng trên (tận – tận), bắc cầu từ ĐM chậu chung phải lên ĐM thận phải và ĐM thân tạng.

Các kết quả báo cáo

Tác giả	Năm	Số bệnh nhân	Tử vong 30 ngày	Chức năng cầu nối	Thời gian theo dõi trung bình (tháng)
Tsilimparis ⁴	2018	22	32%	-	16,4 ± 5
Setacci ⁵	2016	13	15%	95%	24,8
Moulakakis ⁶	2011	507	12,8%	96,5%	34,5
Ambroise ⁷	2019	10	0%	100%	24.3 ± 21
Quinones-Baldrich ⁸	2009	20	0%	100%	17

Tsilimparis và cộng sự⁴ đã nghiên cứu trên 98 bệnh nhân phòng ĐMC ngực bụng được điều trị bằng can thiệp nội mạch với ống ghép nội mạch có nhánh hoặc phương pháp hybrid trong vòng 5 năm từ 2010 đến 2015, trong đó phẫu thuật hybrid chiếm 22,4% (22 trường hợp) trong

nghiên cứu. Kết quả trong nhóm phẫu thuật hybrid cho thấy tỷ lệ tử vong trong vòng 30 ngày là 32%. Các biến chứng gặp phải bao gồm biến chứng về hô hấp (20%), thiếu máu mạc treo (18%), phải lọc máu khi ra viện (18%), nhồi máu não (9%), yếu chi dưới (9%), thiếu máu đại

tràng (5%). Trong thời gian theo dõi (16,4±5 tháng) cho thấy tỷ lệ tử vong của nhóm phẫu thuật hybrid lên tới 45%⁴.

Setacci và cộng sự⁵ nghiên cứu trên 13 bệnh nhân phồng ĐMC ngực bụng và phồng ĐMC trên thận được áp dụng phương pháp hybrid sử dụng mạch nhân tạo Gore Hybrid Vascular Graft đã báo cáo tỷ lệ tử vong chu phẫu là 15% với nguyên nhân là thiếu máu ruột và suy đa tạng thứ phát do thuyên tắc mạch nhiều vị trí. Tác giả cũng báo cáo tỷ lệ gặp biến chứng chu phẫu là 23% bao gồm tụ máu thận, suy hô hấp phải thở máy kéo dài, và thiếu máu ruột do huyết khối cầu nối vào ĐM mạc treo tràng trên⁵.

Moulakakis và cộng sự⁶ tổng hợp 19 nghiên cứu đa trung tâm với tổng số 507 bệnh nhân bệnh lý động mạch chủ bụng được áp dụng phương pháp hybrid cho thấy tỷ lệ tử vong trong vòng 30 ngày là 12,8% với các nguyên nhân tử vong chính là suy đa tạng (16,9%), nhồi máu ruột (16,9%), suy hô hấp (10,2%), vỡ trước khi can thiệp nội mạch (10,2%). Tỷ lệ cộng gộp về biến chứng liệt không hồi phục là 4,5% và suy thận là 8,8%. Một số nghiên cứu khác cũng cho thấy tỷ lệ tử vong sớm từ 12,5 - 34%.

Tuy nhiên, cũng có những báo cáo cho kết quả tốt. Gần đây, tác giả Ambroise và cộng sự theo dõi 10 trường hợp phồng ĐMC phức tạp được điều trị bằng phương pháp hybrid từ năm 2005 đến 2017 (2 trường hợp phồng ĐMC bụng và 8 trường hợp phồng ĐMC ngực bụng) không thấy trường hợp nào tử vong (0%) trong thời gian theo dõi 24.3 ± 21 tháng. Điều này tương tự với kết quả nghiên cứu của Quinones-Baldrich và cộng sự theo dõi trên 20 trường hợp với kết quả tỷ lệ tử vong chu phẫu 0% và chức năng cầu nối đạt 100%, tỷ lệ sống sau 2 năm đạt 76%.⁸ Dựa vào đó, các tác giả này kết luận rằng phương pháp hybrid có ưu điểm so với phẫu thuật kinh điển đặc biệt với những bệnh nhân nguy cơ cao^{7,8}.

Qua 2 trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi, bước đầu đều cho thấy kết quả tích cực của phương pháp này. Thời gian rút ống nội khí quản tương đối sớm (từ 6 – 8 giờ), và thời gian nằm viện sau phẫu thuật khoảng 2 – 3 tuần. Chức năng các cầu nối sau 1 tuần về cơ bản đều đảm bảo. Chức năng gan, thận trong cả 2 trường hợp này đều ổn định suốt thời gian điều trị. Tuy nhiên bên cạnh đó, chúng tôi cũng nhận thấy rằng trong cả 2 trường hợp có biểu hiện tình trạng viêm tụy cấp sau mổ, điều này có thể liên quan đến những sang thương trong mổ và thường ở mức độ nhẹ, điều trị ổn định sớm.

Chỉ định áp dụng hiện nay. Phương pháp

hybrid là một lựa chọn đối với những trường hợp phồng ĐMC ngực bụng và phồng ĐMC bụng trên thận có nguy cơ phẫu thuật cao. Tuy nhiên tỷ lệ biến chứng và tử vong của phương pháp này còn cao⁶. Mặc dù các kết quả sau phương pháp hybrid ở nhóm bệnh nhân này tương tự như những số liệu phổ biến được công bố của phẫu thuật kinh điển, tại các trung tâm phẫu thuật lớn giàu kinh nghiệm, kết quả của phương pháp này là kém hơn so với mổ mở kể cả khi chúng được thực hiện tại cùng trung tâm³. Ở những bệnh nhân được cho là không phù hợp với mổ mở đường cũng không phù hợp đối với phương pháp hybrid³.

Cũng có một số trung tâm báo cáo kết quả thuận lợi của phương pháp hybrid^{7,8}, các số liệu có được từ nhiều nghiên cứu khác không thực sự ủng hộ cho việc áp dụng và phổ biến kỹ thuật này⁶. Vai trò rõ ràng nhất của phẫu thuật hybrid có lẽ ở những trường hợp có nguy cơ phẫu thuật cao do đặc điểm khó khăn về mặt giải phẫu, đặc biệt là các trường hợp mổ lại^{3,4,6}. Đối với những trường hợp nguy cơ phẫu thuật cao khác, vai trò của phương pháp này ít rõ ràng và chỉ là một lựa chọn khác bên cạnh phẫu thuật kinh điển³. Chọn lựa bệnh nhân một cách thận trọng đóng vai trò chìa khóa khi áp dụng phương pháp này³. Chỉ định trong hai trường hợp trên của chúng tôi:

- Trường hợp thứ nhất bệnh nhân đã được phẫu thuật tạo hình động mạch chủ bụng trên thận và có tình trạng tái phồng dạng hình túi dọa vỡ, việc mổ lại trên động mạch chủ sẽ khó khăn về mặt kỹ thuật với nguy cơ trong mổ và sau mổ cao.

- Trường hợp thứ 2 bệnh nhân phồng ĐMC ngực bụng (type IV theo Crawford) có tổn thương giải phẫu phức tạp với bệnh nền là bệnh hen suyễn 4 năm.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp hybrid điều trị phồng ĐMC ngực bụng và phồng ĐMC bụng trên thận là giải pháp tốt đối với những trường hợp có khó khăn về mặt giải phẫu đối với mổ mở, đặc biệt là trong các trường hợp mổ lại và cũng là một lựa chọn với những trường hợp nguy cơ phẫu thuật cao. Chọn lựa bệnh nhân một cách thận trọng đóng vai trò then chốt khi áp dụng phương pháp này. Bệnh viện Việt Đức đã áp dụng phương pháp này đối với những trường hợp phồng ĐMC ngực bụng và phồng ĐMC bụng trên thận có nguy cơ phẫu thuật cao với kết quả bước đầu thuận lợi. Cần tiến hành đánh giá và theo dõi dài hơn về phương pháp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mark D. Morasch, William H. Pearce & James

- S. T. Yao.** Modern Trends in Vascular Surgery: Surgery of the Aorta and Its Body Branches. People's Medical Publishing House-USA; 2010.
- Cowan JA, Dimick JB, Henke PK, Huber TS, Stanley JC, Upchurch GR.** Surgical treatment of intact thoracoabdominal aortic aneurysms in the United States: hospital and surgeon volume-related outcomes. *J Vasc Surg.* 2003;37(6):1169-1174. doi:10.1016/s0741-5214(03)00085-5
 - Damrauer SM, Fairman RM.** Visceral Debranching for the Treatment of Thoracoabdominal Aortic Aneurysms Based on a Presentation at the 2013 VEITH Symposium, November 19–23, 2013 (New York, NY, USA). *AORTA J.* 2015;3(2):67-74. doi:10.12945/ j.aorta. 2015.14-066
 - Tsilimparis N, Debus SE, Biehl M, et al.** Fenestrated-branched endografts and visceral debranching plus stenting (hybrid) for complex aortic aneurysm repair. *J Vasc Surg.* 2018;67(6):1684-1689. doi:10.1016/j.jvs.2017.09.049
 - Setacci F, Pecoraro F, Chaykovska L, et al.** The Gore Hybrid Vascular Graft in renovisceral debranching for complex aortic aneurysm repair. *J Vasc Surg.* 2016;64(1):33-38. doi:10.1016/ j.jvs.2015.12.059
 - Moulakakis KG, Mylonas SN, Avgerinos ED, Kakisis JD, Brunkwall J, Liapis CD.** Hybrid open endovascular technique for aortic thoracoabdominal pathologies. *Circulation.* 2011;124(24):2670-2680. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.111.041582
 - Duprey A, Ben Ahmed S, Della Schiava N, et al.** Treatment of Complex Aortic Aneurysms Using Combination of Renal and Visceral Bypass and Fenestrated/Branched Stent Grafts. *Ann Vasc Surg.* 2019;57:91-97. doi:10.1016/j.avsg.2018.09.025
 - Quinones-Baldrich W, Jimenez JC, DeRubertis B, Moore WS.** Combined endovascular and surgical approach (CESA) to thoracoabdominal aortic pathology: A 10-year experience. *J Vasc Surg.* 2009;49(5):1125-1134. doi:10.1016/j.jvs.2008.12.003

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN VÚ TRIỆT CĂN BIẾN ĐỔI KẾT HỢP TÁI TẠO VÚ CÙNG THÌ BẰNG VẬT DIEP TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN I - II

Phạm Quang Đạo*, Phạm Thị Việt Dung*, Nguyễn Xuân Hậu*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt tuyến vú triệt căn biến đổi kết hợp tái tạo vú cùng thì bằng vật DIEP trong điều trị ung thư vú giai đoạn I - II. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu, từ tháng 6/2019 đến tháng 6/2021, 30 bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I- II được phẫu thuật cắt tuyến vú triệt căn biến đổi kết hợp tái tạo vú cùng thì bằng vật DIEP tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Kết quả:** Đặc điểm nhóm nghiên cứu: Tuổi trung bình bệnh nhân 44,9 tuổi, 56,7% bệnh nhân ở giai đoạn I và 43,3% bệnh nhân ở giai đoạn II. 20% bệnh nhân được điều trị hoá chất bổ trợ trước. 66,7% bệnh nhân được bảo tồn núm vú. Thời gian phẫu thuật trung bình là 341 phút. Thời gian từ khi phẫu thuật đến ngày truyền hoá chất là 34,68 ngày. 8 bệnh nhân (chiếm 26,67%) gặp biến chứng sớm sau phẫu thuật. 5 bệnh nhân phải mổ lại chiếm 16,7% do nguyên nhân: ứ máu tĩnh mạch vật, tắc hoàn toàn tĩnh mạch vật. 2 bệnh nhân phải tháo bỏ vật hoàn toàn. Biến chứng muộn gặp ở 6 bệnh nhân (chiếm 20%) bao gồm hoại tử mỡ và tự dịch sau mô. **Kết Luận:** Tái tạo vú bằng vật DIEP là một kỹ thuật mới và an toàn khi tạo hình vú bằng vật tự thân. Tuy nhiên bệnh nhân lựa chọn tạo hình vú gặp một số biến

chứng, có thể là tháo bỏ vật.

Từ khoá: ung thư vú, tái tạo vú, vật DIEP

SUMMARY

EFFICACY OF DIEP INFERIOR EPIGASTRIC PERFORATOR FLAP FOR IMMEDIATE BREAST RECONSTRUCTION FOLLOWMASTECTOMY IN BREAST CANCER PATIENTS STAGE I-II

Objectives: The aim of this study was to summarize our experience in DIEP flap for immediate breast reconstruction. **Patients and methods:** Retrospective, descriptive study on 30 patients in stage I-II who underwent intermediated breast reconstruction for DIEP flap after mastectomy in Hanoi Medical University Hospital. **Result:** The mean age of patients was 44.9 years. 56.7% patients were in stage I and II. Six patients (20%) received neoadjuvant chemotherapy. 20 patients (66.7%) underwent nipple-sparing mastectomy (NSM) procedures. Mean operating time was 341 minutes. Mean time to receive chemotherapy was 34.68 days. 8 patients (26.67%) experienced early complications. Five patients (16.7%) returned to the operating room due to: venous occlusions (2), venous congestions (3). Two had complete flap loss. 6 patients (20%) experienced late complications which contain: fat necrosis, seroma. **Conclusion:** DIEP flap is a new but reliable and safe technique for autologous breast reconstruction. But patients opting for breast reconstruction also have risk of complication, reconstruction failure.

Keywords: Breast cancer, breast reconstruction, DIEP flap.

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quang Đạo

Email: quangdao2610@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.5.2021

Ngày phản biên khoa học: 29.6.2021

Ngày duyệt bài: 13.7.2021