

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SƠM PHẪU THUẬT TÁI TẠO VÚ TỨC THÌ BẰNG TÚI ĐỘN TRONG ĐIỀU TRỊ CARCINÔM VÚ GIAI ĐOẠN SỚM TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỞU TP HỒ CHÍ MINH

Phạm Huỳnh Anh Tuấn¹, Nguyễn Anh Luân¹
Trần Việt Thế Phương¹, Nguyễn Đỗ Thùy Giang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Ung thư vú là bệnh lý ung thư đứng hàng đầu trong các loại ung thư ở nữ giới. Tái tạo lại mô tuyến vú sau đoạn nhũ là nhu cầu cần thiết của nhiều bệnh nhân ung thư vú. Vật liệu để tái tạo vú cũng khác nhau; hiện nay tỷ lệ tái tạo vú bằng túi độn đã gia tăng hơn rất nhiều so với trước đây. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu khảo sát các đặc điểm kỹ thuật mổ tái tạo vú bằng túi độn, biến chứng sớm sau mổ, và đánh giá kết quả thẩm mỹ

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu cắt ngang mô tả trên 50 bệnh nhân nữ được chẩn đoán carcinôm vú giai đoạn sớm 0, I, II, nhập viện tại khoa Ngoại tuyến vú, Bệnh viện Ung Bướu TP Hồ Chí Minh từ 1/2018 – 10/2020, được điều trị tái tạo vú tức thì bằng túi độn.

Kết quả: Tuổi trung bình của nghiên cứu là 40,7 tuổi, kích thước bướu trung bình là 2,25 cm; 36% bệnh nhân có giải phẫu bệnh là ung thư vú tại chỗ; 66% bệnh nhân có mức BMI là trung bình hoặc thiếu cân.

- Đường mổ phổ biến nhất được sử dụng là đường mổ trên bướu (có hoặc không có bỏ da

trên bướu), đường mổ nếp dưới vú chiếm 26% và đường mổ quầng vú chiếm 20%. Loại túi được sử dụng 96% là túi trơn, 4% là túi nhám. Thể tích túi độn trung bình được sử dụng là 287ml.

- Kỹ thuật che phủ cực dưới túi là lớp bì da bụng chiếm 74%, 26% trường hợp sử dụng cân cơ răng trước. 100% trường hợp có sử dụng kháng sinh trước và sau điều trị, 100% trường hợp có sử dụng áo định hình túi ngay sau ngày hậu phẫu thứ 1 và trong suốt 4 - 6 tuần sau đó.

- Thời gian phẫu thuật trung bình là 3,47 giờ; lượng máu mất trung bình 48ml, thời gian nằm viện trung bình 5,4 ngày.

- Về biến chứng: 14% trường hợp có thiếu máu nông da quầng vú, 10% tụ dịch / tụ máu sau mổ, 4% bị co thắt vỏ bao sau đó (đều có liên quan xạ trị), không có trường hợp nào nhiễm trùng.

- Sau 01 tháng, và sau 06 tháng đánh giá, kết quả thẩm mỹ từ tốt trở lên đạt 90%, 80% bệnh nhân tự chấm điểm đạt 8/10 điểm trở lên; 90% bệnh nhân hài lòng/ rất hài lòng về chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật. Phương pháp che phủ túi độn bằng lớp bì da bụng cho kết quả thẩm mỹ trội hơn so với sử dụng cơ răng trước để che phủ túi.

Kết luận: Kỹ thuật tái tạo vú tức thì bằng túi độn là lựa chọn an toàn, tỉ lệ biến chứng thấp, kết quả thẩm mỹ tốt giúp nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân ung thư vú giai đoạn sớm.

Từ khóa: tái tạo vú tức thì, túi độn, carcinôm vú, ADM, bì da bụng

¹Khoa Ngoại tuyến vú BVUB TPHCM

Tác giả liên hệ: Phạm Huỳnh Anh Tuấn

SĐT: 0901841949

Email: phamhuynhanhtuan22041984@gmail.com

Ngày nộp bài: 20/07/2022

Ngày phản biện: 05/10/2022

Ngày phê duyệt: 10/10/2022

SUMMARY**EVALUATION OF INITIAL RESULTS OF DIRECT-TO-IMPLANT BREAST RECONSTRUCTION IN EARLY-STAGE BREAST CANCER UTILIZING AUTOLOGOUS DERMAL GRAFT IN ONCOLOGY HOSPITAL IN HO CHI MINH CITY**

Aim: Direct-to-implant breast reconstruction in early-stage breast cancer has increased recently. This study aimed to evaluate techniques and complications of direct-to-implant breast reconstruction surgery, to assess the aesthetic outcomes and to investigate the use of autologous dermal graft as a substitution for acellular dermal matrices.

Materials and Methods: We retrospectively examined all eligible patients undergoing direct-to-implant breast reconstruction at Department of Breast Surgery, Ho Chi Minh Oncology Hospital between Jan 2017 and Oct 2020. The study consisted of stage 0-II breast cancer patients with clinically negative axillary lymph nodes. Surgical techniques and early complications were evaluated, post-operatively 1-month and 6-month aesthetic outcomes were assessed and the use of autologous dermal graft was investigated.

Results: We included 50 eligible patients. Smooth round-moderate plus profile gel implant was most commonly used [smooth round implant in 48 patients (96%); moderate plus profile implant in 40 patients (80%)]; Mean volume was 287cc (± 11.08 cc). Autologous dermal graft was used to cover the inferior pole of the reconstructed breast in 37 patients (74%). Common early complications were: nipple areola ischemia (14%), hematoma (14%) and seroma (10%). There was a correlation between capsular contracture and post-operative radiotherapy. Post-operatively 1-month and 6-month aesthetic outcomes (Garbay System) were the similar:

Excellent and Good in 45 patients (90%). Post-operatively, the percentage of patients reported an 8-point-or-higher aesthetic outcome was 74% in the 1-month assessment and 80% in the 6-month. 47 (94%) patients were satisfied and very satisfied with quality of life.

Conclusion: Direct-to-implant breast reconstruction in selected patients offers excellent outcomes and patient satisfaction with low rate of complications. Techniques and complications can be improved with experience. Utilizing autologous dermal graft is acceptable as a substitution for acellular dermal matrices.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là bệnh lý ung thư phổ biến, đứng đầu trong các loại ung thư ở nữ giới. Theo GLOBOCAN 2020, xuất độ chuẩn tuổi của ung thư vú nữ giới tại Việt Nam là 34,2/100.000 và tử suất là 13,8/100.000. Điều trị kết hợp đa mô thức đem lại kết quả rất khả quan, đặc biệt là ung thư vú giai đoạn sớm I, IIA với tỉ lệ sống 5 năm trên 85%. Phẫu thuật đóng vai trò quan trọng trong điều trị ung thư vú, phương pháp phẫu thuật đoạn nhũ nạo hạch nách tận gốc biến đổi được coi là phẫu thuật tiêu chuẩn, áp dụng cho các ung thư vú giai đoạn còn mổ được. Tái tạo lại tuyến vú sau mổ đoạn nhũ là một nhu cầu cần thiết, đặc biệt là ở những phụ nữ trẻ. Phẫu thuật tái tạo vú ngay sau khi cắt tuyến vú đã được nghiên cứu thực hiện tại các nước phát triển cho thấy tái tạo vú ngay sau cắt tuyến vú mang lại kết quả thẩm mỹ cao và không làm ảnh hưởng đến điều trị bệnh, không làm tăng tỉ lệ tái phát tại chỗ và đặc biệt không làm ảnh hưởng đến khả năng sống thêm sau điều trị của bệnh nhân ung thư vú.

Vật liệu để tái tạo vú cũng khác nhau, có thể dùng các vật tự thân hay vật liệu tổng hợp như túi độn chứa dung dịch gel silicone hay nước. Trên thế giới, tùy theo nhu cầu người bệnh mà có thể lựa chọn nhiều phương pháp tái tạo vú, mỗi loại phẫu thuật đều có ưu điểm riêng. Gần đây có nhiều nghiên cứu trên thế giới nhấn mạnh vai trò của túi độn trong tái tạo vú ở các bệnh nhân ung thư vú giai đoạn sớm 0, I, II. Quan tâm đến các vấn đề trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu: “Tái tạo vú tức thì bằng túi độn trong điều trị carcinôm vú giai đoạn sớm” nhằm góp phần giải đáp câu hỏi: “Tái tạo vú tức thì bằng túi độn trong điều trị carcinôm vú giai đoạn sớm có các ưu điểm gì về mặt kỹ thuật và kết quả thẩm mỹ sau phẫu thuật của bệnh nhân như thế nào?”

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân nữ được chẩn đoán carcinôm vú giai đoạn sớm 0, I, II, nhập viện tại khoa Ngoại tuyến vú, Bệnh viện Ung Bướu TP Hồ Chí Minh từ 1/2018 đến tháng 10/2020, được điều trị tái tạo vú tức thì bằng túi độn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu cắt ngang mô tả .

- Cỡ mẫu: chúng tôi dùng phương pháp lấy mẫu thuận tiện (thu nhận tất cả trường

hợp thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian nghiên cứu)

- Tiêu chuẩn chọn vào:

BN ung thư vú giai đoạn 0, I, II, chưa di căn hạch nách trên lâm sàng, chưa điều trị trước đó

Có kết quả GPB là carcinôm

Có nguyện vọng tái tạo vú tức thì sau đoạn nhũ, BN được giải thích về khả năng xạ trị sau mổ, cũng như không đồng ý phẫu thuật bảo tồn vú

- Tiêu chuẩn loại:

BN ung thư vú giai đoạn III trở đi, không phải carcinôm vú

BN không có nguyện vọng tái tạo vú tức thì bằng túi độn

BN ung thư vú giai đoạn sớm, có chỉ định hóa trị tân hỗ trợ

- Chúng tôi tiến hành khảo sát các đặc điểm kỹ thuật mổ, kết quả thẩm mỹ và sự hài lòng của BN sau 01 tháng và sau 06 tháng

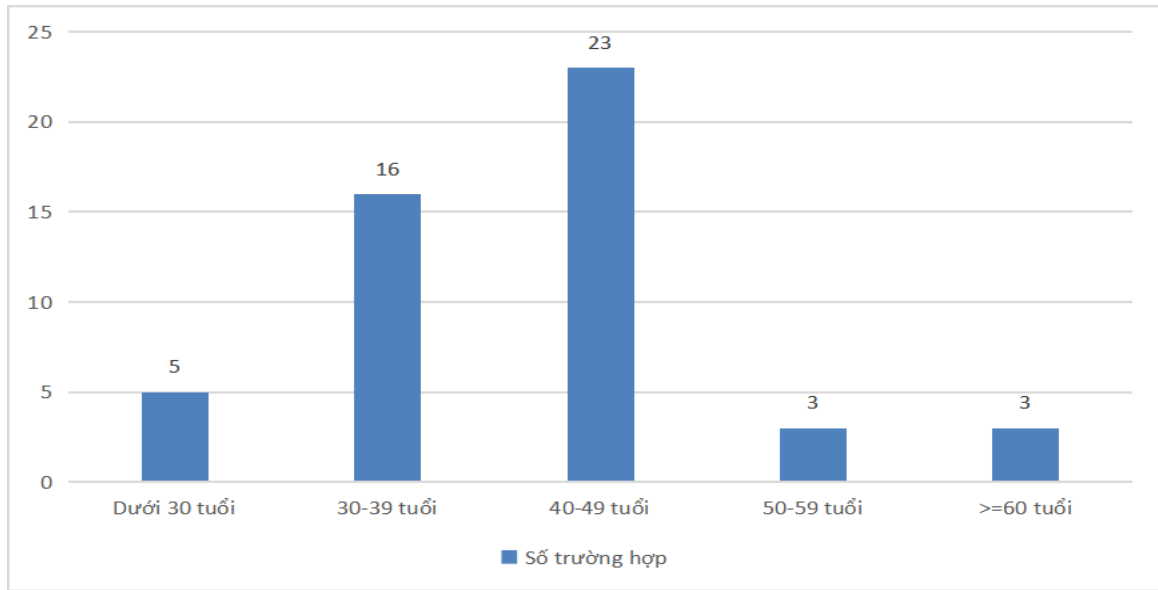
- **Phương pháp xử lý số liệu:** phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua khảo sát 50 trường hợp ung thư vú được phẫu thuật đoạn nhũ và tái tạo bằng túi độn chúng tôi ghi nhận kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm bệnh nhân

3.1.1 Tuổi



Biểu đồ 0.1 Phân bố nhóm tuổi của dân số nghiên cứu

Độ tuổi trung bình của các trường hợp được phẫu thuật tái tạo bằng túi độn là 40,7 tuổi. Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 25 tuổi và lớn nhất là 64 tuổi. Phần lớn bệnh nhân được tái tạo bằng túi độn nằm ở nhóm tuổi dưới 50 chiếm 88% tổng số trường hợp.

3.2 Đặc điểm bệnh học

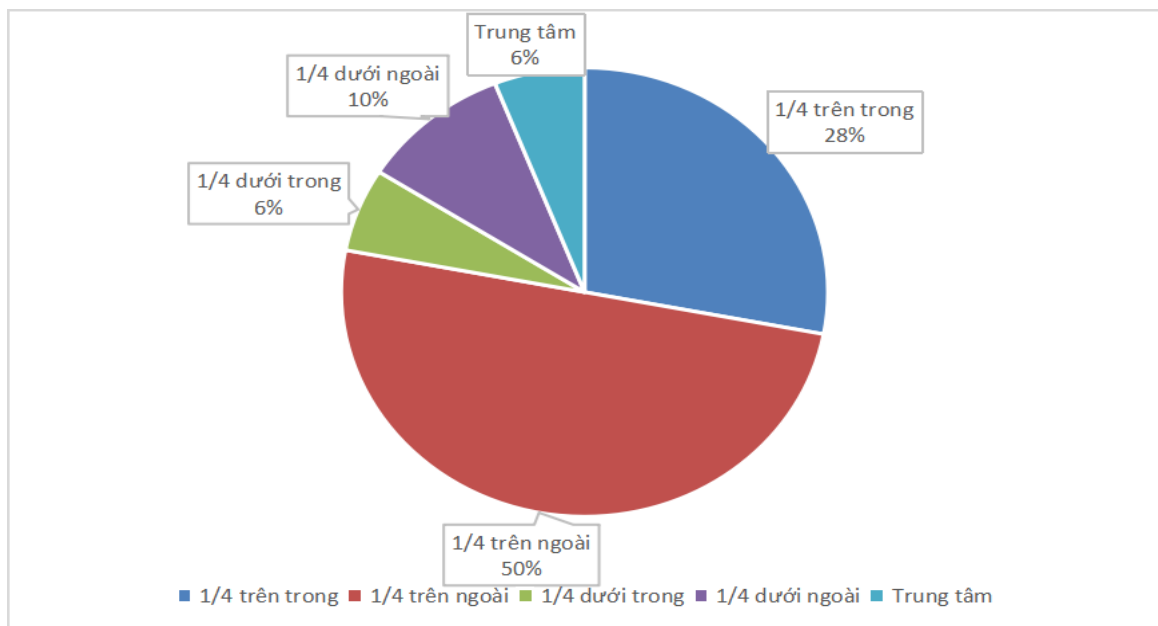
3.2.1 Kích thước và số lượng bướu

Kích thước bướu trung bình 2,25cm nhỏ nhất 0,5 cm và lớn nhất 7,0 cm. Tất cả các trường hợp đều chỉ có 1 bướu.

3.2.2 Vị trí bướu

Tổn thương vú phân bố đồng đều ở 2 bên (25/50 trường hợp mỗi bên).

Vị trí tổn thương thường gặp nhất là 1/4 trên ngoài chiếm 50% trường hợp,



Biểu đồ 0.2 Phân bố vị trí bướu vú

3.3 Đặc điểm cận lâm sàng

3.3.1 Hình ảnh học

Tất cả bệnh nhân đều được thực hiện siêu âm và nhũ ảnh trước phẫu thuật, 78% được đánh giá BIRADS-US 4 hoặc 5, trong khi đó 88% tổn thương ác tính được đánh giá BIRADS 4-5 trên nhũ ảnh.

3.3.2 Mô bệnh học

Giải phẫu bệnh carcinôm tại chỗ, chiếm 42% tổng số trường hợp, là carcinôm xâm nhiễm dạng không đặc hiệu chiếm 52%

3.3.3 Giai đoạn bệnh

Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều có giai đoạn bệnh 0, I, II, trong đó có tới 36% bệnh nhân chỉ có ung thư tại chỗ

3.3.4 Phân nhóm sinh học

Phân nhóm luminal chiếm tỉ lệ cao nhất với 54%, trong đó luminal B 38%. Tam âm, và Her2(+) chiếm lần lượt là 8% và 4%

3.4 Đặc điểm điều trị

Có 16 trường hợp có GPB là DCIS được đoạn nhũ đơn thuần, 2 trường hợp có GPB trước mổ và sau mổ là DCIS được phẫu thuật đoạn nhũ và nạo hạch nách. Số hạch được nạo trung bình 12,2 ít nhất 10 hạch và nhiều nhất 16 hạch

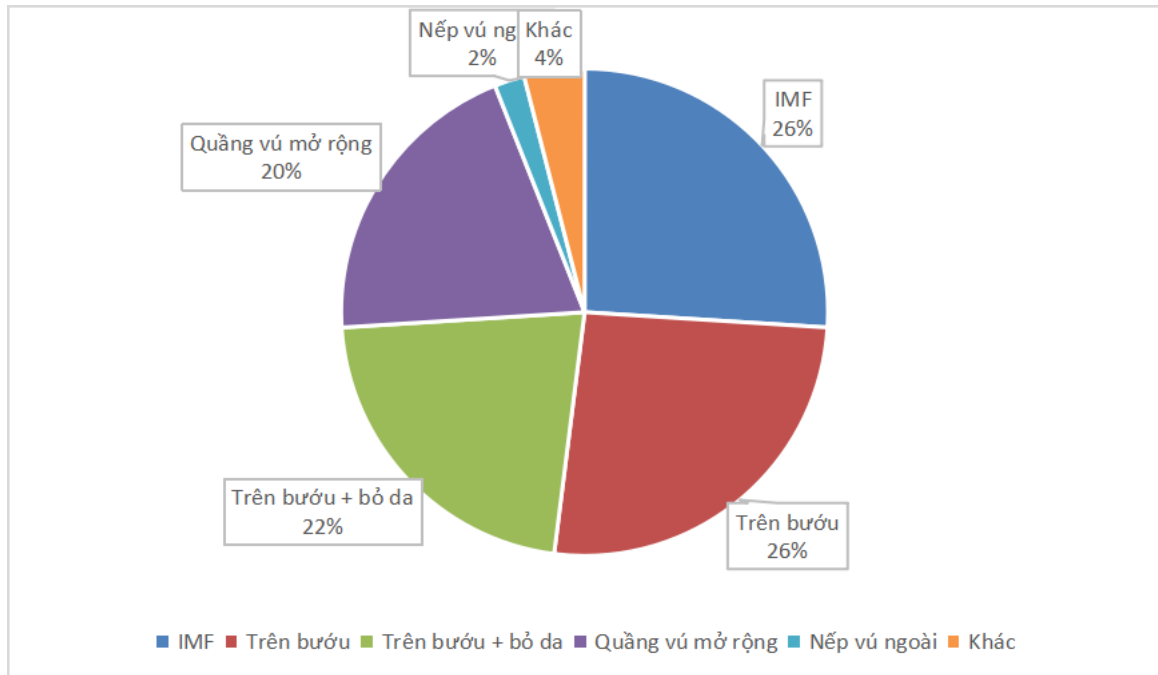
	Trường hợp	%
Hóa trị		
- Có	21	42
- Không	29	58

Xạ trị		
- Có	7	14
50Gy/25 lần	3	
42,56Gy/16 lần	4	
- Không	43	86
Nội tiết		
- Có	26	
Tamoxifen	23	
AIs	3	
- Không	24	

3.5 Kết quả phẫu thuật tái tạo vú

Đặc điểm túi	Trường hợp	
- Tròn, trơn	48	96
- Giọt nước, nhám	2	4
Độ nhô túi		
- Trung bình cao	40	80
- Cao	10	20
Thể tích túi		
- <200ml	6	12
- 200-300ml	25	50
- >300ml	19	38

Đường mổ phổ biến nhất là đường mổ trên bướu, có hoặc không có bỏ da trên bướu, chiếm gần ½ các trường hợp. Các đường mổ khác như nếp dưới vú, quầng vú chiếm lần lượt 26% và 20% các trường hợp.



Biểu đồ 0.3 Tỷ lệ các đường mổ được sử dụng trong nghiên cứu

Che phủ túi độn

Phương pháp che phủ.	Trường hợp	%
Cân da bụng	37	74
Cân cơ răng trước	9	18
Khác	4	8

Phương pháp che phủ cực dưới túi được dùng nhất là sử dụng cân da bụng chiếm khoảng ¾ tổng số ca.

Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình 3,47 giờ, nhanh nhất là 2 giờ và lâu nhất là 4,5 giờ.

Thời gian nằm viện

Thời gian nằm viện trung bình 5,4 ngày nhiều nhất là 7 ngày và ít nhất là 3 ngày.

100% bệnh nhân được sử dụng áo định hình có đai ngang sau mổ.

Biến chứng: 3 nhóm biến chứng thường gặp là tụ dịch, tụ máu và thiếu máu nông quầng vú - núm vú

Biến chứng	Trường hợp	Tỷ lệ (%)
Tụ dịch	5	10
Tụ máu	7	14
Thiếu máu da nông quầng vú + núm vú	7	14
Lệch túi	4	8
Cơ thắt vỏ bao	2	4

Có mối tương quan giữa xạ trị bổ túc sau mổ và biến chứng co thắt vỏ bao

Xạ trị	Không co thắt vỏ bao	Co thắt vỏ bao	Tổng
Không	43	0	43
Có	5	2	7
Tổng	48	2	50

Cả 2 trường hợp co thắt này đều được phẫu thuật lại rạch bao xơ co thắt, kết hợp cắt bao xơ, và thay túi độn mới.

Kết quả thẩm mỹ sau mổ 01 tháng và 06 tháng

Phân loại thẩm mỹ	Điểm Garbay sau 01 tháng		Điểm Garbay sau 06 tháng	
	Số TH	Tỷ lệ %	Số TH	Tỷ lệ %
Xuất sắc	15	30	31	62
Tốt	30	60	14	28
Khá	4	8	4	8
Kém	1	2	1	2

Kết quả thẩm mỹ của bệnh nhân bằng thang điểm Garbay cho thấy bệnh nhân có kết quả thẩm mỹ từ tốt trở lên chiếm đa số (90%); và sau 06 tháng tỷ lệ từ tốt chuyển dần lên xuất sắc cũng tăng dần; chỉ có 1 trường hợp đánh giá thẩm mỹ kém.

Điểm BN tự đánh giá (thang 10)	Sau 01 tháng		Sau 06 tháng	
	Số TH	Tỷ lệ %	Số TH	Tỷ lệ %
6	3	6	3	6
7	10	20	7	14
8	31	62	18	36
9	4	8	10	20
10	2	4	12	24

Điểm số trung bình của bệnh nhân sau mổ 06 tháng là 8,42. Hầu hết bệnh nhân hài lòng với kết quả thẩm mỹ của phẫu thuật với 80% bệnh nhân tự chấm 8/10 điểm trở lên cho kết quả thẩm mỹ.

Mức độ hài lòng của BN sau phẫu thuật

Kết quả	Trường hợp	Tỷ lệ %
Rất hài lòng	20	40
Hài lòng	27	54
Không hài lòng	3	6
Rất không hài lòng	0	0

Hầu hết bệnh nhân hài lòng về chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật đoạn nhũ kết hợp tái tạo bằng túi độn với 94% trường hợp đánh giá “Hài lòng” và “Rất hài lòng”. Có 3 trường hợp bệnh nhân không hài lòng về chất lượng cuộc sống sau mổ. Trong đó có 2

trường hợp xuất hiện biến chứng muộn là co thắt vỏ bao, bệnh nhân phải phẫu thuật lần 2 để thay túi độn, Một trường hợp khác có chất lượng cuộc sống không hài lòng có kết quả thẩm mỹ theo thang điểm Garbay đánh giá “Kém”.

Tương quan giữa kết quả thẩm mỹ và phương pháp che phủ túi độn được sử dụng

	Số trường hợp	Điểm trung bình	p
1 tháng sau mổ			
- Bì da bụng	37	7,95	0,03
- Cơ răng trước	9	7,33	
6 tháng sau mổ			
- Bì da bụng	37	8,54	0,113
- Cơ răng trước	9	7,89	

Qua đó, chúng tôi ghi nhận kết quả thẩm mỹ (do BN đánh giá) ưu thế nghiêng về sử dụng bì da bụng che phủ túi độn hơn là dùng cơ răng trước; tuy nhiên sau 06 tháng đánh giá lại thì không có sự khác biệt có ý nghĩa.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Thể tích túi độn - Kỹ thuật mổ:

Thực tế, việc chọn loại túi độn có thể tích như thế nào luôn luôn là vấn đề gây tranh cãi nhiều nhất trong quy trình tái tạo vú bằng túi độn. Quan điểm hiện nay trên thế giới là sử dụng vật liệu mẫu (sizer) để đặt thử vào khoang trước, xem đánh giá có phù hợp và cân xứng hay không, song song đó nguyên tắc vẫn là chọn túi độn có thể tích bằng đúng với thể tích bệnh phẩm đã lấy ra. Kinh nghiệm của chúng tôi cho thấy, việc tư vấn trước phẫu thuật cho bệnh nhân là hết sức quan trọng, chúng tôi ghi nhận mong muốn của bệnh nhân là đặt túi lớn hơn hay vừa bằng với thể tích lấy ra; và việc chọn lựa túi độn cũng bị ảnh hưởng bởi số lượng và loại túi có sẵn của công ty tại thời điểm phẫu thuật.

Việc sử dụng đường rạch da như thế nào cũng phụ thuộc nhiều yếu tố; đường rạch da nếp dưới vú hoặc nếp vú ngoài, giúp tiếp cận với bờ cơ ngực nhanh nhất, bóc tách khoang dễ nhất; tuy nhiên quá trình đoạn nhũ chừa da lại nhiều khó khăn hơn - khi tiếp cận các giới hạn trên và trong của tuyến vú cũng như bảo tồn quầng vú - núm vú; đường mổ bỏ da trên bướu/ sẹo cũ và may khép thì làm mất một phần da vú, có khi làm ảnh hưởng đến sự liên tục của vật da đoạn nhũ, và phải sử dụng thêm 1 đường mổ khác kết hợp để đoạn nhũ chừa da gây ảnh hưởng phần nào đến kết quả thẩm mỹ; đường mổ đi ngang quầng vú thì làm ảnh hưởng đến mạng mạch máu nuôi quầng vú - núm vú, có thể gây biến chứng hoại tử nông lớp da này. Qua đó cho thấy việc lựa chọn đường mổ nào tùy thuộc vào từng trường hợp cụ thể trên bệnh nhân cụ

thể, và các trường hợp cần thiết phải sinh thiết bướu để có kết quả giải phẫu bệnh trước (do có sự không tương hợp giữa lâm sàng và cận lâm sàng) thì phẫu thuật viên nên lựa chọn đường mổ thuận tiện cho lần mổ tái tạo sau.

Sau khi được đoạn nhũ bệnh phẩm sẽ được đo thể tích bằng cách cho vào bình chứa nước có vạch. Vì túi độn chỉ có kích cỡ và thể tích cố định, nên thể tích tuyến vú đo được có thể lớn hơn hoặc nhỏ hơn so với kích cỡ đó. Việc chọn lựa túi với kích cỡ nhỏ hơn có thể giảm bớt độ căng lên da, nhưng có thể gây mất cân xứng về thẩm mỹ so với vú đối bên. Lựa chọn kích cỡ túi độn lớn có thể gây căng da, dễ gây biến chứng về thiếu máu da nông và hoại tử quầng núm vú. Vì vậy việc chọn thể tích túi phù hợp rất quan trọng để đạt được kết quả thẩm mỹ tốt nhất. Trong nghiên cứu của chúng tôi thể tích túi độn trung bình 287 ml, trong đó số bệnh nhân được dùng túi với kích thước từ 200 - 300ml chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 1/2 tổng số trường hợp. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Bùi Anh Tuấn trong đó thể tích túi độn trung bình được sử dụng là 285ml. Thể tích này phù hợp với kích thước tuyến vú nhỏ của phụ nữ Việt Nam và Châu Á.

Loại túi được sử dụng chủ yếu trong nghiên cứu của chúng tôi là loại trơn với 96% bệnh nhân sử dụng loại túi này. Ban đầu người ta cho rằng túi nhám có thể làm giảm được tỷ lệ biến chứng co thắt vỏ bao. Theo Liu X và cộng sự, loại túi trơn làm tăng tỷ lệ co thắt vỏ bao so với loại nhám (với HR 3.10; 95% CI, 2.23–4.33). Tác giả Pollock và

Popple cũng cho những kết quả tương tự. Tuy nhiên, cũng có nhiều nghiên cứu chứng minh rằng không có sự khác biệt đáng kể tỷ lệ co thắt vỏ bao giữa bệnh nhân sử dụng túi nhám và túi trơn. Hiện tại, vẫn còn thiếu dữ liệu chính xác để chứng minh lợi ích của túi nhám đến giảm tỷ lệ co thắt vỏ bao.

80% bệnh nhân được sử dụng túi độn có độ nhô (projection) là trung bình - cao, việc sử dụng loại túi có độ nhô nào cũng tùy trường hợp bệnh nhân cụ thể; trước khi phẫu thuật cần đo đạc các thông số trên bệnh nhân, nhất là độ rộng của tuyến vú (base), và độ nhô tuyến vú (projection); mỗi túi độn có thể tích khác nhau ứng với độ rộng và độ nhô khác nhau, việc đo độ rộng và độ nhô cùng với thể tích tuyến vú, giúp xác định được loại túi và kích cỡ túi được sử dụng cho bệnh nhân; nhà sản xuất có sẵn các kích cỡ và loại túi, sau khi đo đạc và có kết quả sau cùng, chúng tôi đối chiếu thông tin và lựa chọn túi cho bệnh nhân.

4.2 Che phủ cực dưới túi độn

Hiện có 2 phương pháp che phủ túi; thứ nhất là che phủ túi hoàn toàn bằng cơ răng trước, hai là để lộ cực dưới túi độn và có thể dùng ghép bì da che phủ cực dưới này hoặc dùng vật liệu nhân tạo như ADM hay mesh. Tuy nhiên ở Việt Nam hiện nay, ADM chưa có mặt trên thị trường, hơn nữa giá thành của ADM còn khá cao nên việc sử dụng ADM còn gặp khó khăn. Tại Bệnh viện Ung Bướu hiện nay, hai phương pháp được sử dụng phổ biến nhất là sử dụng bì da bụng (sử dụng như ADM) để che phủ cực dưới túi. trong trường hợp để lộ cực dưới; còn trong trường hợp che phủ túi hoàn toàn thì chúng tôi sử dụng cơ

răng trước và một phần cân cơ thẳng bụng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bì da bụng được sử dụng nhiều hơn với 74% trường hợp. Theo tác giả Lynch, sử dụng các vùng tự thân như bì da bụng, cơ cánh tay có tỷ lệ biến chứng co thắt vỏ bao, tụ dịch, nhiễm trùng tương tự với ADM. Việc sử dụng các cấu trúc tự thân giúp làm giảm chi phí cuộc mổ, đem lại cảm giác tự nhiên cho bệnh nhân. Tuy nhiên, nó làm kéo dài thời gian cuộc mổ, bệnh nhân có một sẹo mổ tại vị trí cho da ghép. Nghiên cứu của chúng tôi, có 04 trường hợp (8%) để lộ hoàn toàn cực dưới túi độn - đây là các trường hợp đầu tiên của mẫu nghiên cứu, các trường hợp này có vật da tương đối dày, có thể tích tuyến vú khá lớn (> 300ml), chúng tôi ghi nhận các trường hợp này cũng không có biến chứng nào xảy ra, kết quả thẩm mỹ vẫn đạt mức “Tốt” trở lên và mức độ hài lòng của bệnh nhân vẫn cao. Như vậy, việc áp dụng phương pháp nào cho trường hợp bệnh nhân nào, thật sự là một vấn đề lớn thứ hai sau việc chọn thể tích túi độn phù hợp. Việc này đòi hỏi kinh nghiệm của phẫu thuật viên và tình huống cụ thể. Trong thực tế nghiên cứu của chúng tôi, có một số kinh nghiệm được rút ra trong quá trình thực hiện như sau:

Đối với phương pháp che phủ túi hoàn toàn (dùng cơ răng trước), chúng tôi sử dụng cho các trường hợp

- ✓ Thể tích túi độn được sử dụng vừa phải $\leq 200\text{ml}$

- ✓ Tuyến vú bệnh nhân không có độ xệ

- ✓ Túi độn sử dụng là túi tròn

Đối với phương pháp để lộ cực dưới túi (dual plane), chúng tôi dùng cho các trường hợp

- ✓ Thể tích tuyến vú bệnh nhân > 200ml

- ✓ Vật da sau đoạn nhũ khá dày, đường mổ đoạn nhũ không gần với vị trí để lộ túi

- ✓ Túi độn sử dụng là túi tròn hoặc túi giọt nước

Đối với trường hợp ghép bì da bụng che phủ cực dưới túi, chúng tôi dùng cho các trường hợp

- ✓ Thể tích tuyến vú lớn

- ✓ Tuyến vú có độ xệ

- ✓ Bệnh nhân có sẹo mổ bắt con trước đó ở vùng bụng dưới

Qua đó, chúng tôi cũng rút ra ưu khuyết điểm cho hai phương pháp chủ yếu là che phủ túi hoàn toàn và ghép bì da bụng che phủ cực dưới túi độn.

Đặc điểm	Che phủ túi hoàn toàn	Ghép bì da bụng che phủ cực dưới túi
Thời gian mổ	Ngắn	Dài hơn
Sẹo mổ	Tránh được sẹo mổ	Thích hợp cho BN có sẹo mổ bắt con vùng bụng dưới
Thể tích túi sử dụng	$\leq 200\text{ml}$	> 200ml
Kết quả thẩm mỹ	Cải thiện theo thời gian (06 tháng sau mổ)	Thấy được ngay sau mổ

4.3 Biến chứng

	Tụ dịch Tụ máu	Nhiễm trùng	Co thắt vỏ bao	Thiếu máu da nông/ hoại tử	Lệch túi
Bùi Anh Tuấn [2]	6,8%	2,3%	2,3%	2,3%	-
Mitchelle [68]	2,6%	2,3%	2%	7,2%	-
Park [59]	7,2%	7,4%	7,2%	5,7%	-
Caputo [15]	13,4%	9,2%	-	7,4%	-
Rawlani [15]	2,1%	11,5%	-	4,2%	-
Nghiên cứu này	10%	0%	4%	14%	4%

Biến chứng tụ dịch - tụ máu sau mổ là biến chứng hay gặp trong hầu hết các nghiên cứu. Trường hợp tụ máu (hematoma) thì do chảy máu rỉ rả lan theo khoang bóc tách, sau đó tự giới hạn, theo y văn tỷ lệ này dao động từ 2 - 14%, nghiên cứu của chúng tôi là 10%, việc điều trị bao gồm sử dụng thuốc tan máu bầm trong 5 - 7 ngày, và chăm sóc vết thương, những trường hợp của chúng tôi ổn định sau 01 tuần điều trị. Có 2 trường hợp (4%) co thắt vỏ bao trong nhóm bệnh nhân này, cả 2 đều được xạ trị sau mổ. Theo Leite LP và cộng sự, tỷ lệ co thắt vỏ bao ở nhóm bệnh nhân không xạ trị là 3,3% so với 21,6% ở những bệnh nhân được xạ trị bổ túc sau mổ. Tỷ lệ biến chứng này ở nghiên cứu chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu tác giả Bùi Anh Tuấn với 1/44 trường hợp xuất hiện biến chứng. Chúng tôi ghi nhận có mối tương quan giữa xạ trị bổ túc và biến chứng co thắt vỏ bao ($p=0,017$). Chúng tôi có 7/50 (14%) trường hợp thiếu máu da nông/ hoại tử quanh vú núm vú. Nguyên nhân chủ yếu là do sau khi đoạn nhũ phần mô dưới da còn lại quá mỏng không đủ cung cấp máu nuôi phần da phía trên. Thêm vào đó các đường mổ quanh

vú mở rộng đã cắt đứt một số mạch máu nuôi da nông quanh vú làm tăng tỷ lệ thiếu máu. Các trường hợp hoại tử hầu hết có diện tích nhỏ, điều trị chủ yếu là kháng sinh kết hợp kháng viêm và chăm sóc tại chỗ, chỉ có 1 trường hợp vùng hoại tử rộng phải được cắt lọc và may khít

Chúng tôi có 7/50 (14%) trường hợp thiếu máu da nông/ hoại tử quanh vú núm vú. Nguyên nhân chủ yếu là do sau khi đoạn nhũ phần mô dưới da còn lại quá mỏng không đủ cung cấp máu nuôi phần da phía trên. Thêm vào đó các đường mổ quanh vú mở rộng đã cắt đứt một số mạch máu nuôi da nông quanh vú làm tăng tỷ lệ thiếu máu. Các trường hợp hoại tử hầu hết có diện tích nhỏ, điều trị chủ yếu là kháng sinh kết hợp kháng viêm và chăm sóc tại chỗ, chỉ có 1 trường hợp vùng hoại tử rộng phải được cắt lọc và may khít

4.4 Kết quả thẩm mỹ - Chất lượng cuộc sống

Chúng tôi thống kê số trường hợp đạt kết quả thẩm mỹ từ “Tốt” trở lên đạt trên 90% tại thời điểm 01 tháng sau phẫu thuật, và sau 06 tháng chúng tôi tiến hành đánh giá lại nhận thấy số trường hợp kết quả thẩm mỹ

chuyển từ “Tốt” thành “Xuất sắc” tăng lên 32%; tỷ lệ này cũng phù hợp với ghi nhận y văn do trong quá trình sau mổ từ 01 đến 06 tháng, túi độn được đặt sẽ ổn định vị trí hơn, nhờ tác động vật lý của áo định hình, và da và cơ ngực cũng co giãn hơn, túi độn có khuynh hướng đi xuống và đi vào trong tạo dáng bầu ngực và độ nhô tốt hơn, cho nên kết quả thẩm mỹ có khuynh hướng thay đổi tốt hơn. Hầu hết bệnh nhân hài lòng về chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật đoạn nhũ kết hợp tái tạo bằng túi độn với 94% trường hợp đánh giá “Hài lòng” và “Rất hài lòng”. Trong đó có 2 trường hợp xuất hiện biến chứng muộn là co thắt vú bao, bệnh nhân phải phẫu thuật lần 2 để thay túi độn, Một trường hợp khác có chất lượng cuộc sống không hài lòng có kết quả thẩm mỹ theo thang điểm Garbay đánh giá “Kém”. Kết quả này tương đối cao hơn so với nghiên cứu tái tạo bằng vật LD của tác giả Trần Việt Thế Phương với 84,3% bệnh nhân hài lòng. Và nó là khá tương đồng so với nghiên cứu tác giả Bùi Anh Tuấn 93,2% bệnh nhân hài lòng.

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật tái tạo vú tức thì bằng túi độn trong điều trị carcinôm vú giai đoạn sớm là kỹ thuật cao, nhưng tỷ lệ biến chứng thấp, kết quả thẩm mỹ khá tốt. Phương pháp điều trị này đòi hỏi phẫu thuật viên phải được đào tạo bài bản và nghiêm túc tại các cơ sở y tế có đầy đủ cơ sở vật chất và trang thiết bị, chúng tôi đề nghị được triển khai trong thời gian tới, nhằm cho bệnh nhân có thêm lựa chọn an toàn, tốt trong điều trị ung thư vú

giai đoạn sớm; nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Chúng tôi cũng kiến nghị đưa vào sử dụng túi dẫn mô trong tái tạo vú hai thì bằng túi độn, đối với các trường hợp di căn hạch nách, nhằm mở rộng chỉ định trong các trường hợp này, giúp bệnh nhân có thể tiếp cận nhiều hơn với kỹ thuật mới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Anh Tuấn, Lê Hồng Quang, Nguyễn Công Huy (2020)**, "Kết quả bước đầu phẫu thuật tái tạo tuyến vú bằng túi độn một thì trên bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I, II tại khoa Ngoại vú, Bệnh viện K", Tạp chí Y dược Quân sự, 4-2020.
2. **Trần Văn Thiệp (2005)**, "Đoạn nhũ tiết kiệm da - Tái tạo vú tức thì trong điều trị ung thư vú giai đoạn sớm", Y học TP Hồ Chí Minh, 207-223.
3. **Trần Văn Thiệp, Huỳnh Hồng Hạnh, Trần Việt Thế Phương (2016)**, "So sánh thể tích tuyến vú bằng phương pháp nhũ ảnh và phương pháp giải phẫu", Tạp chí ung thư học Việt Nam, 89-96.
4. **Trần Việt Thế Phương (2012)**, "Tái Tạo Vú Tức Thì Bằng Vật Da Cơ Lung Rộng Trong Điều Trị Ung Thư Vú", Y học TP Hồ Chí Minh
5. **Agarwal S., Kidwell K. M., Farberg A., et al. (2015)**, "Immediate Reconstruction of the Radiated Breast: Recent Trends Contrary to Traditional Standards", Ann Surg Oncol, 22 (8), 2551-9.
6. **Albornoz C. R., Bach P. B., Mehrara B. J., et al. (2013)**, "A paradigm shift in U.S. Breast reconstruction: increasing implant rates", Plast Reconstr Surg, 131 (1), 15-23.
7. **Bertozzi N, Pesce M., et al (2017)**, "One-stage immediate breast reconstruction: a

- concise review", *Biomed Research International*, 648 (1), 111-13.
8. **FDA U.S.** Food and Drug Administration. Medical device reports of breast implant-associated anaplastic large cell lymphoma. 2019 [dăng]; tại website: <https://www.fda.gov/>.
 9. **Fischer J. P., Wes A. M., Tuggle C. T., 3rd, et al. (2013)**, "Risk analysis of early implant loss after immediate breast reconstruction: a review of 14,585 patients", *J Am Coll Surg*, 217 (6), 983-90.
 10. **Gardani M., Bertozzi N., Grieco M. P., et al. (2017)**, "Breast reconstruction with anatomical implants: A review of indications and techniques based on current literature", *Ann Med Surg (Lond)*, 21, 96-104.
 11. **Garbay, Petit J.Y. (1992)**, "Esthetic results of breast reconstruction after amputation for cancer, 323 cases", *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 21 (4), 405-12.
 12. **GLOBOCAN 2020. 2020** [dăng]; tại website: <https://gco.iarc.fr/>.
 13. **Goh S. C., Thorne A. L., Williams G., et al. (2012)**, "Breast reconstruction using permanent Becker expander implants: an 18 year experience", *Breast*, 21 (6), 764-8.
 14. **Liu X., Zhou L., Pan F., et al. (2015)**, "Comparison of the postoperative incidence rate of capsular contracture among different breast implants: a cumulative meta-analysis", *PLoS One*, 10 (2), e0116071.
 15. **Lynch M. P., Chung M. T., Rinker B. D. (2015)**, "A Comparison of Dermal Autograft and Acellular Dermal Matrix in Tissue Expander Breast Reconstruction: Long-term Aesthetic Outcomes and Capsular Contracture", *Ann Plast Surg*, 74 Suppl 4, S214-7.
 16. **Pereira Leite L., Correia Sá I., Marques M. (2013)**, "[Etiopathogenesis and treatment of breast capsular contracture]", *Acta Med Port*, 26 (6), 737-45.
 17. **Phillips B. T., Bishawi M., Dagum A. B., et al. (2013)**, "A systematic review of antibiotic use and infection in breast reconstruction: what is the evidence?", *Plast Reconstr Surg*, 131 (1), 1-13.
 18. **Popple N., Schreml S., Lichtenegger F., et al. (2007)**, "Does the surface structure of implants have an impact on the formation of a capsular contracture?", *Aesthetic Plast Surg*, 31 (2), 133-9.
 19. **Yoon A. P., Qi J., Brown D. L., et al. (2018)**, "Outcomes of immediate versus delayed breast reconstruction: Results of a multicenter prospective study", *Breast*, 37, 72-79.
 20. **Yu Peirong (2016)**, "Breast reconstruction at the MD Anderson Cancer Center", *Gland Surgery*, 5 (4), 416-421.