

KẾT QUẢ TÁI TẠO VÚ SAU UNG THƯ: ỨNG DỤNG VẬT CƠ LƯNG RỘNG

*Nguyễn Việt Cường, Cù Xuân Thanh, Trần Hồng Quang,
Trần Công Trí, Nguyễn Chí Kiên, Nguyễn Văn Minh,
Nguyễn Chí Cường, Nguyễn Nam Tiến*

TÓM TẮT:

Mục tiêu: của nghiên cứu này là đánh giá kết quả tái tạo tuyến vú tức thì bằng vật da cơ lưng rộng sau phẫu thuật đoạn nhũ điều trị ung thư vú tại Bệnh viện Quân y 175.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu hồi cứu trên 51 bệnh nhân từ 1/2024 - 12/2024, được chẩn đoán ung thư vú, có chỉ định tái tạo tức thì.

Kết quả: Tuổi trung bình: $45,74 \pm 9,6$ (26-68 tuổi). Giai đoạn bệnh: I (27,6%), IIa (25,5%), IIb (19,6%), III (27,4%). 86,2% bệnh nhân được tái tạo bằng vật cơ lưng rộng, 13,7% kết hợp túi nhân tạo. Tỷ lệ biến chứng: tê tay (61,5%), tụ dịch (15,4%), hoại tử núm vú (15,4%), nhiễm trùng (7,7%). Kết quả thẩm mỹ: 68,6% xuất sắc, 27,4% tốt.

Kết luận: Kỹ thuật tái tạo vú tức thì bằng vật cơ lưng rộng mang lại kết quả thẩm mỹ và điều trị tốt, với tỷ lệ hài lòng cao (100%) và biến chứng chấp nhận được.

Từ khóa: ung thư vú, phẫu thuật đoạn nhũ, tái tạo tức thì, vật da cơ lưng rộng

BREAST RECONSTRUCTION OUTCOMES AFTER CANCER: APPLICATION OF LATISSIMUS DORSI FLAP

Objective: This study aims to evaluate the outcomes of immediate breast reconstruction using a latissimus dorsi musculocutaneous flap after mastectomy for breast cancer treatment at Military Hospital 175.

Bệnh viện Quân y 175

Người phản hồi: Nguyễn Việt Cường, Email: vietcuongbl@gmail.com

Ngày nhận bài: 17/12/2024

Ngày phản biện: 24/6/2025

Subjects and Methods: A retrospective study was conducted on 51 patients diagnosed with breast cancer and indicated for immediate reconstruction between January 2024 and December 2024.

Results: The average age was 45.74 ± 9.6 years (range: 26–68). Disease stages were as follows: Stage I (27.6%), Stage IIa (25.5%), Stage IIb (19.6%), and Stage III (27.4%). Reconstruction was performed using a latissimus dorsi flap in 86.2% of cases, while 13.7% combined it with an implant. Complication rates included arm numbness (61.5%), seroma (15.4%), nipple necrosis (15.4%), and infection (7.7%). Aesthetic outcomes were rated as excellent in 68.6% of cases and good in 27.4%.

Conclusion: Immediate breast reconstruction using a latissimus dorsi musculocutaneous flap provides good aesthetic and therapeutic outcomes, with a high satisfaction rate (100%) and an acceptable complication rate.

Keywords: breast cancer, mastectomy, immediate reconstruction, latissimus dorsi flap.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là ung thư phổ biến hàng đầu ở phụ nữ Việt Nam. Theo ghi nhận ung thư tại Hà Nội năm 2001- 2004, xuất độ chuẩn theo tuổi của ung thư này là 29,7/100000 dân (đứng thứ nhất ung thư phụ nữ). Tại Miền Nam, theo ghi nhận ung thư năm 2003 của Bệnh Viện Ung Bướu TPHCM, xuất độ chuẩn theo tuổi là 19,4/100000 dân, cũng là loại ung thư đứng đầu ở phụ nữ. [2]

Trong điều trị ung thư vú, phẫu thuật là một trong những phương tiện điều trị chủ lực. Trong đó phẫu thuật đoạn nhũ vẫn là chủ yếu. Trong chiến lược điều trị ung thư vú việc đáp ứng nhu cầu tái tạo lại tuyến vú cho bệnh nhân sau đoạn nhũ là một việc làm cần thiết và ngày càng tăng. Sự mất mát tuyến vú để lại nhiều mặc cảm

tâm lý cho bệnh nhân, cản trở sự hòa nhập trở lại với gia đình và xã hội.

Phẫu thuật tái tạo tuyến vú tức thì là một giải pháp hiệu quả nhằm nâng cao chất lượng sống cho bệnh nhân, góp phần đáng kể trong thành công điều trị bệnh.

Ở các nước phương tây, kỹ thuật tái tạo tuyến vú bằng vạt TRAM (Transverse Rectus Abdominis Myocutaneous) là kỹ thuật được ưu tiên sử dụng. Do người phụ nữ phương tây có tuyến vú to, lớp mỡ dưới bụng dày nên thích hợp với kỹ thuật này. Nhưng ở những nước Á Đông thì có tuyến vú nhỏ nên vạt cơ lưng rộng là kỹ thuật thích hợp hơn.

Cùng với sự phát triển của thế giới về lĩnh vực này, Khoa Ngoại Lồng Ngực/ Bệnh viện Quân y 175 đã triển khai kỹ thuật này nhằm đáp ứng nhu cầu điều trị,

nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư vú. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu:

- Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân tái tạo vú tức thì bằng vạt cơ lưng rộng (latissimus dorsi flap) sau đoạn nhũ ung thư vú.

- Đánh giá kết quả tái tạo vú tức thì bằng vạt cơ lưng rộng sau đoạn nhũ theo đường vú-nách.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu mô tả, cắt ngang, có can thiệp, không nhóm chứng loại ca.

2.2. Phạm vi nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 1/2024 đến tháng 12/2024

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân ung thư vú được phẫu thuật đoạn nhũ và đồng ý tái tạo bằng vạt da cơ lưng rộng một thì tại khoa ngoại lồng ngực Bệnh viện Quân y 175

2.3.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Chẩn đoán xác định là ung thư vú
- Các giai đoạn I, II, III chưa hoặc hóa trị hỗ trợ.

- Thể trạng tốt, Karnofsky 90-100.
- Bn đồng ý phẫu thuật đoạn nhũ và tái tạo thẩm mỹ
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin, đủ chỉ tiêu nghiên cứu.

2.3.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn.
- Bệnh nhân không có chỉ định phẫu thuật hoặc không đủ sức khỏe phẫu thuật tái tạo
- Bệnh nhân không phẫu thuật tái tạo tức thì.
- Bệnh nhân không hợp tác nghiên cứu.
- Hồ sơ bệnh án không đủ thông tin nghiên cứu.

2.4. Phương pháp phân tích và xử lý dữ liệu

Số liệu thu được từ hồ sơ bệnh án được nhập vào phần mềm excel 2020, sau đó được xử lý với phần mềm SPSS 2.0, kết quả được trình bày dưới dạng bảng, biểu đồ.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi khảo sát được 51 trường hợp tái tạo vú tức thì bằng vạt da cơ lưng rộng tại khoa ngoại lồng ngực Bệnh viện Quân y 175.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm	Kết quả (N = 51)
Tuổi trung bình	45,74 ± 9,6 (26-68 tuổi)
Thời gian bị bệnh trung bình	100,9 ngày
Lý do nhập viện	78,9% tự phát hiện u 21,6% khám kiểm tra
Vị trí khối u	¼ trên - ngoài (62,7%) ¼ trên – trong (15,7%) ¼ dưới – trong (7,8%) ¼ dưới – ngoài (13%)
Kích thước trung bình	2,92±1,52 cm (2-5 cm chiếm 49,1%)
Khoảng cách u - núm vú	< 1cm (21,6%) 1-4 cm (60,8%) >4cm (17,6)
Giai đoạn bệnh phổ biến	I (27,6%) IIa (25,5%) IIb (19,6%) III (27,4)

Nhận xét: Bệnh nhân chủ yếu trong độ tuổi trung niên (40-60 tuổi), phù hợp với nhóm nguy cơ cao mắc ung thư vú. Bệnh nhân chủ yếu ở giai đoạn I-II (72,5%).

Bảng 2. Kết quả cận lâm sàng

Đặc điểm	Kết quả (N = 51)
Kết quả FNA	Dương tính (82,3%) Neghi ngờ (17,7%)
Hóa mô miễn dịch	ER(+)/PR(+) 48,6% HER2(+) 29,7% Tam âm 21,6%
Số hạch nách dương tính	Âm tính (54,9%) 1-6 hạch (37,3%) ≥7 hạch (7,8%)

Nhận xét: Loại mô bệnh học chủ yếu là carcinoma ống tuyến vú xâm lấn (84,3%). Hạch nách âm tính chiếm 54,9%, trong khi 37,3% có 1-6 hạch dương tính, cho thấy phần lớn bệnh nhân ở giai đoạn sớm.

Bảng 3. Kết quả phẫu thuật

Đặc điểm	Kết quả N= 51
Phương pháp mổ	Đường vú - nách (86,2%) Đường mổ quanh quầng vú (11,8%) Cắt da rộng quanh u bảo tồn núm (9,8%) Đường cắt vú tiết kiệm da (3,9%)
Thời gian phẫu thuật	Trung bình 197,8 phút
Loại vật sử dụng	Vật da-cơ lưng rộng mở rộng (86,2%) Kết hợp túi nhân tạo (13,7%)
Thời gian nằm viện	Trung bình 15,36 ngày
Thời gian rút dẫn lưu	Trung bình 11,23 ngày
Kết quả thẩm mỹ	Xuất sắc (68,6%) Tốt (27,4%)
Mức độ hài lòng	Rất hài lòng (68,6%) Hài lòng (31,4%)

Nhận xét: Phẫu thuật chủ yếu sử dụng đường mổ vú - nách (86,2), chỉ 13,7% kết hợp túi nhân tạo. Kết quả thẩm mỹ tốt với 68,6% đánh giá xuất sắc, 27,4% tốt; mức độ hài lòng cao (100% hài lòng hoặc rất hài lòng).

Bảng 4. Biến chứng

Biến chứng	Tỷ lệ (%)
Tê tay (phù, tê bì nhẹ)	61,5
Tự dịch vết mổ ở lưng	15,4
Hoại tử một phần núm vú	15,4
Nhiễm trùng, toác vết mổ	7,7
Chảy máu, tái phát, tử vong	0

Nhận xét: Biến chứng chủ yếu là tê tay (61,5%), nhưng đa phần nhẹ và có thể hồi phục. Tự dịch vết mổ (15,4%) và hoại tử một phần núm vú (15,4%) xảy ra với tỷ lệ chấp nhận được. Nhiễm trùng, toác vết mổ chiếm 7,7%, nhưng không có trường hợp chảy máu, tái phát hay tử vong.

4. BÀN LUẬN

1.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân

1.1.1. Tuổi:

Kết quả của chúng tôi 100% là nữ giới, tuổi trung bình $45,47 \pm 9,6$ tương đương với nghiên cứu của Trần Việt Thế Phương với độ tuổi trung bình là 41,9, Trần Tứ Quý là $38 \pm 6,7$ tuổi. Độ tuổi này tương đối trẻ so với ung thư vú nói chung (khoảng 50 tuổi). Không có sự khác biệt về nghề. Đây là tuổi vẫn còn lao động nên có nhiều nhu cầu tạo hình thẩm mỹ hơn so với bệnh nhân lớn tuổi. Đồng thời tuổi trẻ cũng là một trong những ưu tiên để bác sĩ chọn lựa tái tạo. Do đó trong thời gian đầu triển khai bệnh nhân trẻ tuổi được ưu tiên nhiều hơn, sau một thời gian thì những bệnh nhân lớn tuổi hơn có yêu cầu cũng được chỉ định phẫu thuật tái tạo.

1.1.2. Kích thước và vị trí u:

Kích thước u trung bình 2,92cm, chủ yếu ở $\frac{1}{4}$ trên-ngoài (62,7%). Khoảng cách trung bình từ u tới núm vú ít nhất là 0,4 cm và xa nhất 7 cm. hay gặp nhất là từ 1-4cm có 31 trường hợp (60,8%).

Khoảng cách từ u tới núm vú trên 4 cm thì không có nguy cơ có tế bào ung thư ở quầng vú- núm vú do đó có thể để lại cấu trúc này lại khi đoạn nhũ.

1.1.3. Giai đoạn bệnh

Đa số bệnh nhân ở giai đoạn I và II chiếm 37 trường hợp (72,5%). Trong

nghiên cứu của Trần Việt Thế Phương là 62,8% giai đoạn I và II.

1.1.4. FNA:

Tại Bệnh viện Quân y 175, FNA là kỹ thuật được sử dụng chẩn đoán trong bệnh lý tuyến vú. Có ưu điểm là rẻ tiền, kết quả nhanh, nhưng đòi hỏi bác sĩ có tay nghề và kinh nghiệm.

Trong loạt nghiên cứu này, tất cả bệnh nhân đều được làm FNA trước mổ. Có 42 trường hợp (82,3%) dương tính.

1.1.5. Giải phẫu bệnh và thụ thể nội tiết

Có 37 trường hợp (69,8%) được thử thụ thể nội tiết ER, PR và thụ thể HER2 bằng phương pháp hóa mô miễn dịch. Trong đó có 18 (48,6%) bệnh nhân có thụ thể nội tiết dương tính (đáp ứng với điều trị nội tiết), 11 (29,7) bệnh nhân dương tính thụ thể Her2.

Có 8 trường hợp (21,6%) có bộ ba âm tính (ER, PR, HER2).

1.1.6. Tình trạng hạch nách:

Do phần lớn bệnh nhân được mổ ở giai đoạn sớm nên có 28 bệnh nhân (54,9%) có hạch âm tính. Chỉ có 4 bệnh nhân (7,8%) dương tính trên 7 hạch. Còn lại chủ yếu là dương tính dưới 6 hạch.

1.2. Chỉ định phẫu thuật tái tạo:

Theo y văn và nghiên cứu của nhiều tác giả, chỉ định tái tạo vú tức thì bằng vật cơ lưng rộng sau đoạn nhũ là

phẫu thuật tiêu chuẩn cho ung thư vú ở giai đoạn sớm (giai đoạn 0, I, II), ngay sau đó hóa, xạ, liệu pháp hormone, trúng đích, dựa trên các kết quả dấu ấn sinh học u của bệnh nhân. Ở giai đoạn III (A, B, C) khi khối u xâm lấn tại chỗ hoặc u nhỏ nhưng đã di căn > 10 hạch, tế bào ung thư đã lan thâm nhập các hạch Lympho trong và ngoài vú thì điều trị hóa chất là lựa chọn chủ yếu. Tuy nhiên có thể phẫu thuật bảo tồn cắt bỏ tuyến vú cùng hệ thống hạch bạch huyết và có thể tiến hành phẫu thuật tạo hình tái tạo tức thì ngay sau phẫu thuật đoạn nhũ, sau đó tiếp tục liệu pháp đa mô thức. Thời gian gần đây nhờ có nhiều tiến bộ trong xét nghiệm các dấu ấn sinh học u, xuất hiện các loại thuốc mới và các phương pháp trị liệu mới được áp dụng mà bệnh nhân có niềm hy vọng. (9)

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi phẫu thuật đoạn nhũ và tái tạo tức thì chủ yếu ở giai đoạn I-II: 37/51 (72,5%), giai đoạn III chiếm 14/51 (27,5%), có 4/51 (7,8%) là giai đoạn IIIC. Với 4 bệnh nhân được xếp loại giai đoạn IIIC dựa trên kết quả xét nghiệm giải phẫu bệnh sau mổ có 4/51 (7,8%) hiện diện tế bào di căn hạch ≥ 7 , tuy nhiên kích thước u tại chỗ nhỏ 3-5 cm, không xâm lấn da và xét nghiệm tức thì tổ chức tuyến dưới núm vú thì không thấy tế bào ung thư.

Chúng tôi thực hiện 2 kỹ thuật tái tạo vú tức thì là: tái tạo vật cơ lưng rộng mở rộng 44/51 (86,2%) và tái tạo vật cơ lưng rộng với túi độn nhân tạo là 7/51 (13,7%).

Phẫu thuật tái tạo vú sau đoạn nhũ bằng vật tự thân, tại chỗ có chân nuôi lựa chọn cơ lưng rộng là thích hợp, phù hợp với thể trạng của người Việt nam và có thể tăng kích thước vú nhờ túi độn nhân tạo ở bệnh nhân có khối lượng tuyến vú lớn, sợ đau, sợ đường mổ lưng dài, không thẩm mỹ.

Những năm gần đây, nhiều nghiên cứu cho thấy tái tạo tiết kiệm da không làm tăng tỷ lệ tái phát tại chỗ hay di căn xa xong lại có kết quả thẩm mỹ cao hơn nhiều. Những bướu nằm xa núm vú thì vẫn để lại quầng - núm vú mà vẫn an toàn về ung thư. Trong mổ: sinh thiết tức thì tổ chức tuyến dưới núm vú không thấy tế bào ác tính thì bảo tồn núm, còn xét nghiệm tế bào dương tính thì cắt bỏ núm và quầng vú hay đoạn nhũ cắt rộng da, phần tạo hình núm chờ giai đoạn sau. Tất cả bệnh nhân tiếp tục liệu trình đa mô thức tại khoa ung bướu theo kế hoạch đã xây dựng từ trước.

Tỷ lệ biến chứng phẫu thuật so với các tác giả khác là tương đồng do kỹ thuật phẫu thuật đoạn nhũ theo phương pháp Patey cải biên và tái tạo bằng cơ lưng rộng như nhau.

1.3. Về đường mổ:

Lựa chọn đường mổ tùy thuộc vào vị trí, kích thước, xâm lấn da của u và thói quen phẫu thuật viên. Mục tiêu là đường mổ đủ rộng để cắt vú theo phương pháp Patey và tạo hình thẩm mỹ ít biến chứng nhất. Theo y văn và các tác giả, đường mổ tái tạo vú tức thì có nhiều đường khác nhau

(đường quanh quầng vú, đường dưới nếp lằn vú, đoạn nhũ tiết kiềm da, đoạn nhũ cổ điển, đường vú-nách.) trong đó đường quanh quầng vú phải mở thêm đường nách để vết hạch hoặc các đường khác phải mở rộng ra nách. Các đường mổ trên đều để lại vết cắt trước - trên vú và giai đoạn chuyển vật cơ lưng rộng khó khăn làm kéo dài thời gian mổ.

Kết quả ở 51 bệnh nhân, chúng tôi thực hiện 6/51 (11,8%) đường cắt quanh quầng vú, đường mổ rộng da quanh u 5/51 (9,8%), đường vú-nách 38/51 (74,5%) và đường đoạn nhũ cổ điển (hình vệt) 2/51 (3,9%). Thời gian đường mổ vú-nách 100% chưa tới 240 phút, < 180 phút khác biệt có ý nghĩa thống kê với các đường mổ khác. Đường mổ này không hoại tử núm-quầng, mang tính thẩm mỹ và độ rất hài lòng (subjectively reported) 68,6% so với các đường mổ khác có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$).

1.4. *Biến chứng:*

Tụ dịch ở lưng là biến chứng được đề cập nhiều nhất khi tái tạo bằng vật lưng rộng. Lý do vì sau khi lấy đi một khối mô rất lớn ở lưng thì để lại một khoảng trống lớn, việc bóc tách bằng dao điện cũng có thể là một yếu tố góp phần. Trong nghiên cứu này, có 2 trường hợp (15,4%) tụ dịch ở lưng.

Có 2 bệnh nhân (15,4%) hoại tử núm vú. Nguyên nhân là do khi đoạn nhũ thì chừa lại mô sau quầng vú quá mỏng nên núm vú không đủ máu nuôi. Cách xử trí là tiểu phẫu cắt lọc quầng núm vú.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 51 bệnh nhân ung thư vú được phẫu thuật đoạn nhũ và tái tạo tức thì bằng vật cơ lưng rộng tại Bệnh viện 175, chúng tôi rút ra 1 số nhận xét sau:

- Tuổi trung bình $45,74 \pm 9,6$, ít nhất 26, cao nhất 68. Kích thước u trung bình 29,2 mm. Giai đoạn bệnh theo thứ tự: I (27,6%), IIa (25,5%), IIb (19,6%), IIIa (15,7%), IIIb (3,9%), IIIc (7,8%).

- Kỹ thuật đoạn nhũ theo phương pháp Patey và tạo hình vú bằng vật cơ lưng rộng hoặc hỗ trợ túi độn nhân tạo: chúng tôi lựa chọn theo đường vú-nách 44/51 (86,2%) đảm bảo kỹ thuật mổ ung thư và thuận lợi cho phẫu thuật tạo hình. Với kết quả không hoại tử núm vú 38/38 (100%), thẩm mỹ cao 68,6% và rất hài lòng 68,6% so với các đường mổ khác, tỷ lệ biến chứng chấp nhận được.

- Kỹ thuật tái tạo vú tức thì bằng vật cơ lưng rộng sau đoạn nhũ Ung thư vú theo đường Vú-nách có thể mở ở các giai đoạn ung thư từ 0-I-II và lựa chọn III (a, b, c) có hóa trị bổ trợ cho thấy kết quả khả quan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Âu Nguyệt Diệu, Nguyễn Sào Trung, (2004), “Khảo sát hóa mô miễn dịch các thụ thể estrogen và progesteron trong ung thư vú”, *Y học Tp Hồ Chí Minh*, 8 (1), tr. 216-221.

2. Nguyễn Chấn Hùng và CS, “Dịch tễ học ung thư dạ dày về phương pháp ghi nhận ung thư quần thể”, trong Nguyễn Chấn Hùng chủ biên (2004), *Ung bướu học nội khoa*, NXB y học, tr. 15-20.
3. Trần Việt Thế Phương, Trần Văn Thiệp và cs. “Tái tạo vú tức thì bằng vật lưng rộng trong điều trị ung thư vú tại Bệnh Viện Ung Bướu TPHCM- kỹ thuật và kết quả ung bướu học”, 2010, *Y học TP Hồ chí minh*, 14 (4) tr. 422-431.
4. Trần Việt Thế Phương (2012). “Tái tạo vú tức thì bằng vật lưng rộng trong điều trị ung thư vú”. Luận án Tiến sỹ y học, Tp. Hồ Chí Minh 2012
5. Trần Tứ Quý và Cs (2019), Kết quả phẫu thuật đoạn nhũ tiết kiệm da- tái tạo vú tức thì bằng vật cơ lưng rộng trong điều trị ung thư vú giai đoạn sớm tại Bệnh viện Ung bướu Đà Nẵng, Tạp chí y học lâm sàng Bệnh viện Trung ương Huế, số 55/2019. Trang 1-4.
6. Cao Ngọc Bích (2021), Tạo hình tái tạo tuyến vú sau phẫu thuật điều trị ung thư vú, “Tạo hình thẩm mỹ ngực: từ giải phẫu ứng dụng đến giải pháp kỹ thuật”. Nhà xuất bản y học. Tr 165-260
7. Delay. E. Florzac A.S, Frobert .P. (2018). “ Breast reconstruction with autologous latissimus dorsi flap”. *Ann Chir Plast Esthet*, 63(5-6), pp 422-4