

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TUYẾN VÚ PHỤ VÙNG NÁCH Ở NỮ GIỚI THEO PHÂN LOẠI MỚI CỦA CHÚNG TÔI

Phạm Thị Việt Dung^{1,2} và Nguyễn Tiến Dũng^{1,✉}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Nghiên cứu này nhằm xây dựng và giới thiệu hệ thống phân loại mới dựa trên đặc điểm lâm sàng tuyến vú phụ vùng nách, đồng thời đánh giá kết quả ứng dụng hệ thống này trong phẫu thuật. Nghiên cứu tiến hành trên 65 bệnh nhân nữ với 121 tuyến vú phụ được phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa Hoè Nhai và Bạch Mai từ tháng 01/2021 đến tháng 03/2025. Dữ liệu thu thập gồm tuổi, giai đoạn sinh lý, lý do điều trị, triệu chứng, số lượng, vị trí tuyến vú phụ, và bệnh lý phối hợp. Bệnh nhân được phân loại theo hệ thống mới thành 4 nhóm chính với các dưới nhóm dựa trên sự hiện diện của mô tuyến, mô mỡ, da thừa, quầng – núm vú phụ và mức độ triệu chứng, nhằm định hướng lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp (cắt bỏ quầng - núm vú phụ, hút mỡ, cắt bỏ mô tuyến, cắt bỏ da thừa, hoặc phối hợp). Kết quả sau 3 tháng cho thấy 73,55% trường hợp đạt kết quả thẩm mỹ tốt, 96,69% cải thiện chức năng, và tỷ lệ hài lòng là 83,08%. Biến chứng sớm gặp ở 3 bệnh nhân (tụ dịch, tê bì tay, chảy máu) và biến chứng muộn chủ yếu là còn thừa da vùng nách hoặc sẹo lộ đường nách. Hệ thống phân loại mới giúp các phẫu thuật viên lựa chọn phương án điều trị rõ ràng, góp phần nâng cao chất lượng phẫu thuật, tối ưu hóa cả chức năng và thẩm mỹ, đồng thời giảm biến chứng và nâng cao sự hài lòng của bệnh nhân.

Từ khóa: Tuyến vú phụ, vùng nách, hệ thống phân loại, đặc điểm lâm sàng, kết quả phẫu thuật.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tuyến vú phụ là tình trạng mô vú phụ bất thường bẩm sinh được tìm thấy ngoài mô vú bình thường, do sự thoái hóa không hoàn toàn của đường tuyến sữa trong quá trình phát triển phôi thai.¹ Tình trạng này có thể gặp ở cả hai giới, nhưng phổ biến hơn ở nữ giới (chiếm khoảng 2 - 6%).² Tuyến vú phụ bao gồm bất kỳ sự kết hợp nào của mô mỡ, núm vú, quầng vú và mô tuyến, thường gặp ở vùng nách (chiếm từ 55 - 65%) và hiếm khi gặp ở các vị trí khác trên đường tuyến sữa như ngực, bụng hoặc bẹn.³⁻⁵ Mặc dù, tuyến vú phụ là lành tính, các triệu chứng lâm sàng thường không được chú ý. Nhưng trong một số trường hợp có thể gây

ảnh hưởng về mặt chức năng (như sưng, đau vùng bị ảnh hưởng hoặc tiết sữa liên quan chu kì kinh nguyệt; hạn chế vận động khớp vai...; khó chịu, không thoải mái, kích ứng da khi mặc áo quần) và mặt thẩm mỹ (như khối dày lên, thừa da vùng nách), đặc biệt là tâm lý bệnh nhân. Chúng có thể biểu hiện triệu chứng nặng hơn vào lúc dậy thì, khi mang thai, cho con bú. Một số nghiên cứu ghi nhận nguy cơ biến đổi ác tính nhưng rất hiếm gặp.^{3,6}

Hiện nay, điều trị tuyến vú phụ chủ yếu dựa trên phẫu thuật cắt bỏ hoặc hút mỡ, nhằm cải thiện cả yếu tố thẩm mỹ và chức năng. Nhiều hệ thống phân loại đã được đề xuất, như của Urbani & Betti (1996), Kajava (1915), Bartsish Sophie A (2011), B.Aviva MD (2023), nhưng phần lớn chỉ tập trung mô tả hình thái giải phẫu hoặc đơn lẻ các yếu tố như tỷ lệ tuyến-mỡ hay mức độ thừa da.^{3,7-9} Đến nay, vẫn chưa có một hệ thống phân loại thống nhất, toàn diện, kết

Tác giả liên hệ: Nguyễn Tiến Dũng

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: tiendung98pbc@gmail.com

Ngày nhận: 23/06/2025

Ngày được chấp nhận: 18/07/2025

hợp đầy đủ các yếu tố hình thái, tỷ lệ tuyến-mỡ, mức độ thừa da và triệu chứng lâm sàng, để định hướng lựa chọn phương pháp phẫu thuật hiệu quả và phù hợp với từng đặc điểm bệnh nhân. Điều này dẫn đến sự không thống nhất trong chỉ định phẫu thuật và kết quả điều trị giữa các nghiên cứu. Hơn nữa, số lượng nghiên cứu một cách hệ thống về đặc điểm lâm sàng và kết quả phẫu thuật tuyến vú phụ vùng nách còn hạn chế, nhấn mạnh nhu cầu cần xây dựng một hệ thống phân loại hoàn thiện để tối ưu hóa điều trị.

Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Đề xuất hệ thống phân loại mới và đánh giá kết quả phẫu thuật tuyến vú phụ vùng nách ở nữ giới”, với mục tiêu: *Xây dựng một hệ thống phân loại mới cho tuyến vú phụ vùng nách dựa trên đặc điểm lâm sàng và mô tả ứng dụng hệ thống này trong đánh giá kết quả phẫu thuật tại hai cơ sở y tế.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Gồm 65 bệnh nhân nữ được chẩn đoán có tuyến vú phụ vùng nách, với 121 tuyến vú phụ, được chỉ định phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ bệnh viện Đa khoa Hoà Nhai, và bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2021 tới tháng 03/2025. Gồm tất cả bệnh nhân phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ như sau:

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân nữ, có chẩn đoán xác định tuyến vú phụ vùng nách thông qua lâm sàng và cận

lâm sàng, được chỉ định phẫu thuật theo **Bảng 1**, có hồ sơ bệnh án đầy đủ và đồng ý tham gia nghiên cứu.

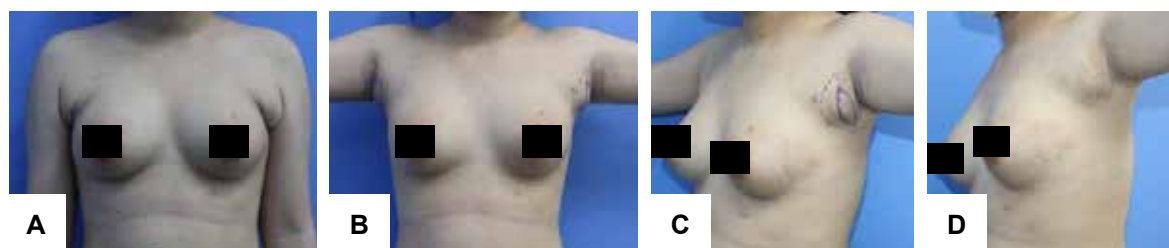
Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân mắc ung thư tuyến vú phụ, không đủ điều kiện thực hiện phẫu thuật, từ chối phẫu thuật, hoặc có vấn đề về sức khỏe tâm thần.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu là nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng, với phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Chúng tôi đã xây dựng hệ thống phân loại mới dựa trên đặc điểm lâm sàng, kế thừa từ các hệ thống phân loại của các tác giả Kajava (1915)⁸, Bartsich, Sophie A (2011)⁹ và B. Aviva MD (2023).³

Bệnh nhân được đánh giá các đặc điểm gồm tuổi, lý do chính đi điều trị, đặc điểm lâm sàng, số lượng, vị trí (so với đường giữa cơ thể, so với đường nách trước), bệnh lý tuyến vú phối hợp. Sau đó được siêu âm phần mềm vùng nách, được phân loại, xác định phương án phẫu thuật dựa trên hệ thống phân loại mới của chúng tôi (**Bảng 1**). Tất cả bệnh nhân được chụp ảnh tại các thời điểm: trước mổ, ngay sau mổ, thời điểm ra viện, thời điểm khám lại sau 3 tháng với cùng các tư thế tiêu chuẩn: *tư thế hướng thẳng, hai tay khép và bụng thẳng 2 bên; tư thế hướng thẳng, hai tay giạng vuông góc thân mình; tư thế chếch 45 độ và 90 độ, hai tay giạng vuông góc thân mình*, được phân tích và so sánh ảnh trước và sau phẫu thuật (**Hình 1**).



Hình 1. Các tư thế chụp ảnh tiêu chuẩn (Bệnh nhân Nguyễn Thị Thùy G. 22 tuổi)

A, Tư thế hướng thẳng, hai tay khép và buồng thông 2 bên. B, Tư thế hướng thẳng, hai tay giơ vuông góc thân mình. C, Tư thế chếch 45 độ, hai tay vuông góc thân mình. D, Tư thế chếch 90 độ, hai tay vuông góc thân mình

Bảng 1. Phân loại tuyến vú phụ vùng nách theo lâm sàng, cận lâm sàng và hướng can thiệp

Nhóm	Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng	Hướng can thiệp
I	Có quầng vú, núm vú hoặc cả hai (không tiết sữa) hoặc chỉ có lông (polythelia pilosa); không có mô tuyến, mô mỡ; không có hoặc có da thừa ít; không đau.	- Không can thiệp. - Có thể cắt bỏ quầng, núm vú hoặc lông vì lý do thẩm mỹ.
II	Có mô mỡ nhiều; không có hoặc ít mô tuyến; không đau.	
<i>Ila</i>	Không có hoặc có da thừa ít; không có quầng, núm vú.	Hút mỡ đơn thuần.
<i>Ilb</i>	Không có hoặc có da thừa ít; có quầng, núm vú.	Cắt bỏ quầng, núm vú phụ. Cắt bỏ mỡ hoặc hút mỡ qua vết mổ.
<i>Ilc</i>	Có da thừa nhiều; có hoặc không có quầng, núm vú.	Cắt bỏ da thừa, mô mỡ, quầng núm vú (nếu có), có thể kết hợp hút mỡ để giảm hiện tượng “nổi bờ”.
III	Có mô tuyến nhiều; không có hoặc ít mô mỡ.	
<i>IIla</i>	Không có hoặc có da thừa ít; không đau.	Theo dõi định kì, không can thiệp.
<i>IIlb</i>	Không có hoặc có da thừa ít; đau nhẹ hoặc khó chịu theo chu kì kinh.	Điều trị nội khoa (NSAIDs); nếu không đáp ứng thì cắt bỏ mô tuyến (qua đường rạch tối thiểu).
<i>IIlc</i>	Không có hoặc có da thừa ít; sưng đau nhiều theo chu kì kinh.	Cắt bỏ mô tuyến qua đường rạch tối thiểu.
<i>IIId</i>	Có da thừa nhiều.	Cắt bỏ mô tuyến kèm da thừa.

Nhóm	Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng	Hướng can thiệp
IV	Có mô tuyến, mô mỡ nhiều, và da thừa.	Cắt bỏ mô tuyến, mô mỡ, da thừa, và quầng, núm vú (nếu có); có thể kết hợp hút mỡ để giảm hiện tượng “nổi bờ”.

Việc đánh giá lượng da thừa có thể thực hiện bằng ước lượng qua nhìn, hoặc sờ, nắn (tham khảo tác giả B. Aviva (2023) và sử dụng “Pince test” khi bệnh nhân ở tư thế khép tay.³ Dùng thước kẹp Caliper đo độ dày da và tổ chức dưới da, phân chia thành các mức độ gồm: độ dày da-tổ chức dưới da mỏng < 2cm xếp loại thừa da ít hoặc không thừa da; nếu $\geq 2\text{cm}$ sẽ xếp loại thừa da nhiều, cần cắt bỏ da thừa.

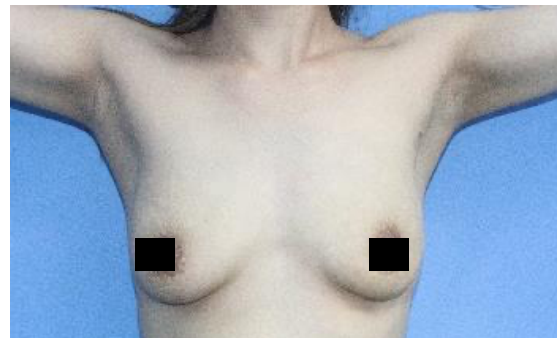
Trong đó, các kỹ thuật phẫu thuật gồm:

- **Cắt bỏ quầng núm vú phụ hoặc lông:** Thiết kế đường rạch da hình elip quanh quầng núm vú phụ hoặc quanh lông, song song với nếp lằn nách, và cắt bỏ chúng theo lớp tổ chức dưới da. Khâu vết mổ bằng chỉ nylon 5/0.

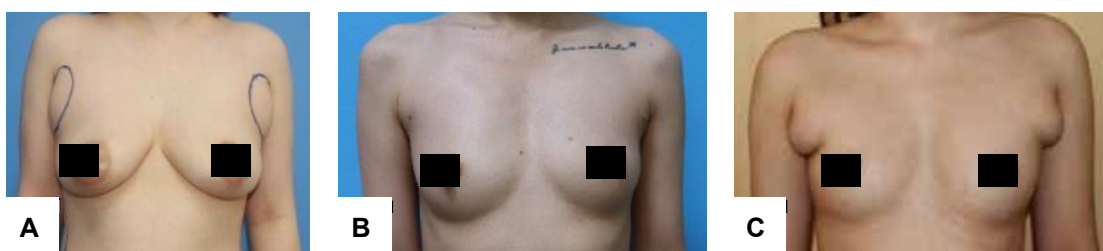
- **Cắt bỏ da thừa kèm mô mỡ hoặc mô tuyến bên dưới:** Thiết kế đường rạch da hình elip tại vùng da thừa dự kiến cắt bỏ, song song nếp lằn nách. Rạch da theo đường thiết kế đến lớp mỡ dưới da, bóc tách bộc lộ tổ chức mô mỡ hoặc mô tuyến bên dưới. Cắt bỏ mô mỡ, mô tuyến thừa phía trên cân mạc ngực. Sau đó, tiếp tục sử dụng “Pince test” kéo và nâng da vết mổ để kiểm tra độ đàn hồi và độ chùng của da, nếu da đàn hồi co tốt, không chùng, không nhăn, không tạo rãnh rõ thì không cần cắt thêm da thừa, còn

nếu da chùng, co hồi kém, nhăn nhiều, tạo rãnh rõ thì cần cắt thêm da thừa. Khâu lớp dưới da hạn chế khoảng với chỉ Monosyl 4/0. Đặt 01 dẫn lưu vết mổ mỗi bên. Khâu luôn dưới da bằng chỉ Monosyl 5/0. Khâu tăng cường lớp da bằng chỉ nylon 5/0.

- **Hút mỡ:** Chọn vị trí rạch da mặt trước hố nách hoặc tại vết mổ cắt bỏ quầng núm vú phụ. Dùng lưới dao 11 rạch da. Đưa canuyn đầu tù qua vị trí rạch da tới tổ chức dưới da, bơm thuốc tê với dung dịch adrenalin 1:200.000 (gây mê), hoặc dung dịch adrenalin 1:200.000 và lidocain 1% (gây tê tại chỗ). Chờ 10 phút để thuốc tê có tác dụng. Dùng canuyn đầu tù hút bỏ mỡ thừa. Sau đó cắt bỏ da thừa nếu cần.

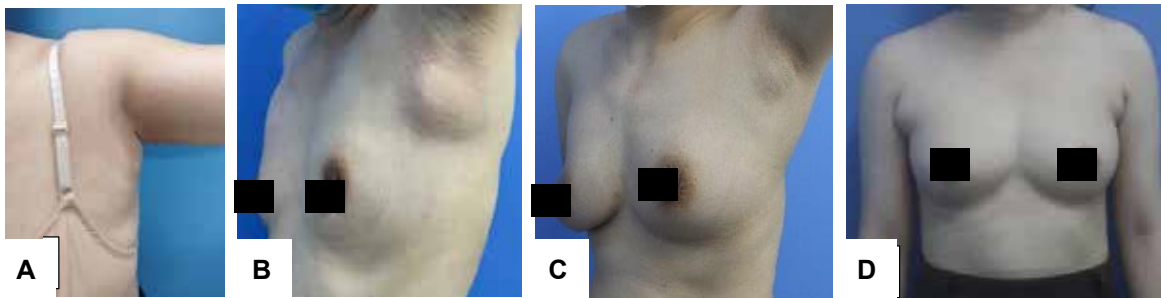


Hình 2. Phân loại tuyến vú phụ ở nách: Nhóm I (Bệnh nhân Ngô Thúy H.)



Hình 3. Phân loại tuyến vú phụ ở nách: Nhóm II

A, Nhóm IIa (Bệnh nhân Đặng Thị N.). B, Nhóm IIb (Bệnh nhân Lê Việt N.). C, Nhóm IIc (Bệnh nhân Nguyễn Thị Xuân T.)



Hình 4. Phân loại tuyến vú phụ ở nách: Nhóm III

A, Nhóm IIIa (Bệnh nhân Văn Thị T.) B, Nhóm IIIb (Bệnh nhân Chu Thị T.)

C, Nhóm IIIc (Bệnh nhân Nguyễn Thị Đ.) D, Nhóm IIId (Bệnh nhân Hà Thị Khánh L.)



Hình 5. Phân loại tuyến vú phụ ở nách: Nhóm IV (Bệnh nhân Đỗ Phương T.)

Dưới gây mê nội khí quản hoặc tê tại chỗ, tiến hành phẫu thuật. Sau mổ, bệnh nhân được đánh giá kết quả gần trong thời gian nằm viện, kết quả xa sau 3 tháng về thẩm mỹ, và chức năng.

- Tiêu chí đánh giá thẩm mỹ gồm: (1) Tạo được nếp lằn nách tự nhiên; (2) Không còn thừa da nách; (3) Mất hoàn toàn khối dày lên vùng nách; (4) Sẹo phẫu thuật tốt và giấu sẹo; với phân loại kết quả: **Tốt** (Đạt tất cả tiêu chí trên); **Khá** (Đạt một phần các tiêu chí trên); **Kém** (Không đạt tiêu chí nào).

- Tiêu chí đánh giá chức năng gồm: (1) Còn sưng, đau vùng nách theo chu kì kinh; (2) Còn tiết sữa theo chu kì kinh; (3) Hạn chế vận động khớp vai; (4) Còn khó chịu, không thoải

mái, kích ứng da khi mặc áo quần; với phân loại kết quả: **Tốt** (Cải thiện hoàn toàn, không còn bất kỳ triệu chứng nào); **Khá** (Cải thiện một phần, còn 1 triệu chứng); **Kém** (Cải thiện ít, còn từ 2 triệu chứng trở lên)

Tiêu chí sẹo tốt dựa trên thang điểm đánh giá sẹo POSAS của tác giả Van de Kar (2005)¹⁰ gồm hai phần: đánh giá của bác sĩ và bệnh nhân. Mỗi phần gồm 6 tiêu chí, được chấm điểm theo thang từ 1 (da bình thường, không có dấu hiệu sẹo) đến 10 (sẹo tồi tệ nhất). Tổng điểm mỗi phần dao động từ 6 đến 60. Phần của bác sĩ gồm: mạch máu, sắc tố, độ dày, độ gồ ghề bề mặt, độ mềm/đàn hồi, diện tích bề mặt sẹo. Phần của bệnh nhân gồm: đau, ngứa, màu sắc, độ mềm, độ dày, độ gồ ghề bề mặt. Sẹo tốt khi tổng điểm ≤ 18 điểm.

Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý theo các thuật toán thống kê y học của phần mềm SPSS 20.0. Các biến định lượng được tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn. Các biến định tính được tính tỷ lệ phần trăm. Để so sánh tìm sự khác biệt giữa 2 tỷ lệ dùng test χ^2 hoặc dùng Fisher's exact test. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ quy trình kỹ thuật của Bộ Y tế. Tất cả bệnh nhân được giải thích đầy

đủ trước khi tham gia, có quyền từ chối nghiên cứu bất kỳ lúc nào mà không ảnh hưởng đến việc điều trị. Dữ liệu thu thập được đảm bảo trung thực, khách quan, đúng quy định về đạo đức nghiên cứu y sinh học.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm lâm sàng

Tuổi và giai đoạn sinh lý: Độ tuổi bệnh nhân dựa trên năm nhập viện trừ năm sinh, dao động từ 12 đến 63 tuổi, với tuổi trung bình là $33,75 \pm 9,893$. Về giai đoạn sinh lý, đa số bệnh nhân thuộc nhóm đã qua giai đoạn cho con bú (46/65 trường hợp, chiếm 70,8%). Nhóm tiếp theo là phụ nữ đã dậy thì nhưng chưa từng sinh con (13/65 trường hợp, 20,0%), có 5/65 trường hợp (7,7%) thuộc nhóm phụ nữ sau mãn kinh và có 1/65 trường hợp chưa dậy thì.

Lý do chính đi điều trị: Trong số 65 bệnh nhân, có 54 trường hợp (83,1%) chủ động đến khám để điều trị tuyến vú phụ, đã được phát hiện từ trước. Ngược lại, 11 bệnh nhân (16,9%) đến khám vì lý do khác và tình cờ được chẩn đoán có tuyến vú phụ trong quá trình thăm khám. Chứng tỏ, phần lớn bệnh nhân chủ động đến khám vì lo ngại hoặc có triệu chứng, thay vì tình cờ được phát hiện khi khám bệnh khác ($p = 0,000000001454 < 0,01$).

Triệu chứng lâm sàng: Tổng số tuyến vú phụ ghi nhận được là 121. Các triệu chứng lâm sàng phổ biến gồm: Sưng, đau (nhất là trong giai đoạn hành kinh) gặp ở 70/121 tuyến vú phụ

(57,85%); Khối dày lên vùng nách ảnh hưởng thẩm mỹ chiếm 85/121 tuyến vú phụ (70,25%); Triệu chứng khác như tiết sữa trong thời kỳ cho con bú, cảm giác khó chịu trong sinh hoạt hàng ngày... ở 10/121 tuyến vú phụ (8,26%).

Số lượng tuyến vú phụ: dao động từ 1 đến 4, trong đó phổ biến nhất là 2 tuyến vú phụ (83,1%, 54/65 trường hợp). Ngoài ra, có 3 trường hợp chỉ có 1 tuyến vú phụ; 6 trường hợp có 3 tuyến vú phụ, và 2 trường hợp có 4 tuyến vú phụ (gồm 2 tuyến vú phụ tại hố nách và 2 tuyến vú phụ vị trí ngoài hố nách).

Đặc điểm tại hố nách: Tuyến vú phụ tại hố nách xuất hiện cả hai bên chiếm 95,4% (62/65 trường hợp), với 2 bệnh nhân chỉ có ở bên trái và 1 bệnh nhân chỉ có ở bên phải. Hình thể cân đối hai bên chiếm 64,6% (42/65 trường hợp). Vị trí phổ biến là vượt qua đường nách trước tới thành ngực (84,3%, 102/121 tuyến vú phụ), trong khi 15,7% (19/121 trường hợp) nằm giữa đường nách trước và đường nách sau.

Bệnh kèm theo: Tỷ lệ tuyến vú phụ đi kèm với các bệnh lý gồm: teo lép tuyến vú (7,7%, 5/65 trường hợp), phì đại tuyến vú (21,5%, 14/65), sa trễ tuyến vú đơn thuần (18,5%, 12/65), bất thường quầng hoặc núm vú đơn thuần (6,2%, 4/65). Tuyến vú phụ đơn thuần không kèm bệnh lý khác chiếm 46,2% (30/65 trường hợp). Kết quả kiểm định Chi-squared cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm trên ($p = 7.33 \times 10^{-5} < 0,0001$).

2. Phân loại và phương pháp phẫu thuật

Bảng 2. Tỷ lệ tuyến vú phụ theo phân loại mới của chúng tôi

Phân loại	Hướng can thiệp	Số lượng tuyến vú phụ	Tỷ lệ (%)
Nhóm I	Cắt bỏ quầng, núm vú phụ.	3	2,48
Nhóm II		48	39,67
Ila	- Hút mỡ đơn thuần.	24	19,84

Phân loại	Hướng can thiệp	Số lượng tuyến vú phụ	Tỷ lệ (%)
IIb	- Cắt bỏ quầng, núm vú phụ. Hút mỡ qua vết mổ.	2	1,65
IIc	- Cắt bỏ da thừa, mô mỡ, quầng núm vú (nếu có), có thể kèm hút mỡ.	22	18,18
Nhóm III		22	18,18
IIIa	- Không can thiệp.	0	0
IIIb	- Cắt bỏ mô tuyến qua đường rạch tối thiểu do không đáp ứng điều trị nội khoa.	3	2,48
IIIc	- Cắt bỏ mô tuyến qua đường rạch tối thiểu.	4	3,30
IIId	- Cắt bỏ mô tuyến kèm da thừa.	15	12,40
Nhóm IV	Cắt bỏ mô tuyến, mô mỡ, da thừa, và quầng, núm vú (nếu có); có thể kết hợp hút mỡ.	48	39,67
Tổng cộng		121 tuyến vú phụ	100%

3. Kết quả phẫu thuật

Bảng 3. Mối liên quan giữa phân loại và kết quả xa sau 3 tháng phẫu thuật

Phân loại	Thẩm mỹ			Chức năng		
	Tốt	Khá	Kém	Tốt	Khá	Kém
Nhóm I	3	0	0	3	0	0
Nhóm II	31	17	0	48	0	0
IIa	16	8	0	24	0	0
IIb	1	1	0	2	0	0
IIc	14	8	0	22	0	0
Nhóm III	19	3	0	21	1	0
IIIa	0	0	0	0	0	0
IIIb	3	0	0	3	0	0
IIIc	4	0	0	4	0	0
IIId	12	3	0	14	1	0
Nhóm IV	36	11	1	45	3	0
Tổng	89 (73,55%)	31 (25,62%)	1 (0,83%)	117 (96,69%)	4 (3,31%)	0 (0%)

Trong thời gian nằm viện, có 3 trường hợp biến chứng sớm: 1 ca tụ dịch vết mổ (được xử trí chọc hút dịch và băng ép vết mổ) và 1 ca tê bì tay, đều thuộc nhóm IV; 1 trường hợp chảy

máu sau mổ (được mổ lại để cầm máu) thuộc nhóm IIIđ (trong 65 trường hợp). Sau 3 tháng, tỷ lệ bệnh nhân hài lòng về kết quả phẫu thuật đạt 83,08% (54/65 trường hợp).



Hình 6. Biến chứng sau mổ

A, Tụ dịch vết mổ (Bệnh nhân Nguyễn Thị Thanh H.). B, Thừa da nách (Bệnh nhân Trần Thị H.). C, Sẹo lộ đường nách trước (Bệnh nhân Nguyễn Thị T.)

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu, độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 33,75 tuổi, phù hợp nhóm tuổi đa số là giai đoạn sau cho con bú (70,8% bệnh nhân với $p = 3,38 \times 10^{-18} < 0,01$), tiếp theo là nhóm đã dậy thì nhưng chưa sinh con, chứng tỏ rằng tuyến vú phụ vùng nách có tỷ lệ cao rõ rệt được phát hiện và điều trị nhiều hơn ở phụ nữ trong hoặc sau độ tuổi sinh sản, so với các giai đoạn khác như dậy thì, sau mãn kinh hoặc chưa dậy thì. Bệnh nhân có thể tự nhận thấy triệu chứng lâm sàng và đi khám hoặc vô tình được bác sỹ phát hiện khi thăm khám vì lý do khác. Kết quả nghiên cứu cho thấy ý thức tự phát hiện và nhu cầu điều trị cải thiện về thẩm mỹ hay chức năng của bệnh nhân với tuyến vú phụ đang ngày càng tăng cao so với trước đây. Việc chủ động tìm đến khám chiếm tỷ lệ cao rõ rệt, có thể do vai trò của giáo dục sức khỏe và truyền thông trong cộng đồng ($p = 0,000000001454 < 0,01$). Theo các nghiên cứu trước đây, tuyến vú phụ thường hình thành sau sinh, phần lớn không có ý nghĩa sinh lý và ít được chú ý. Tuy nhiên, các triệu chứng có thể biểu hiện rõ ràng hơn từ giai đoạn dậy thì,

mang thai, và cho con bú, cũng là thời điểm bệnh nhân thường tới khám^{6,11}. Số lượng tuyến vú phụ vùng nách phổ biến là 2 tuyến, ở cả hai bên, và có hình thể cân đối hai bên.

Trong y văn, tuyến vú phụ được phân loại dựa trên cấu trúc giải phẫu hoặc đặc điểm lâm sàng. Tác giả Urbani & Betti và Kajava (1915) phân loại dựa trên sự tồn tại của các cấu trúc tuyến vú, nhưng cách tiếp cận này chỉ mô tả hình thái giải phẫu, chưa đề xuất được phương án điều trị cụ thể cho từng loại.^{7,8} Ngược lại, tác giả Bartsich, Sophie A (2011) và B. Aviva MD (2023) phân loại theo đặc điểm lâm sàng và mức độ can thiệp, xét đến các yếu tố như mức độ thừa da (không thừa, ít, vừa, nhiều), sự hiện diện của mô tuyến, mô mỡ và núm vú phụ để gợi ý hướng điều trị.^{3,9} Tuy nhiên, khi áp dụng thực tế, cả hai cách tiếp cận này đều bộc lộ nhiều hạn chế: phân loại của Kajava bỏ qua yếu tố mô mỡ-tuyến và mức độ triệu chứng lâm sàng, trong khi phân loại của Bartsich hay Aviva tuy đề cập đến mức độ da thừa nhưng không định lượng rõ ràng và thiếu hướng dẫn can thiệp cụ thể trong những trường hợp ngoại lệ. Ngoài ra, nghiên cứu của Tanna và

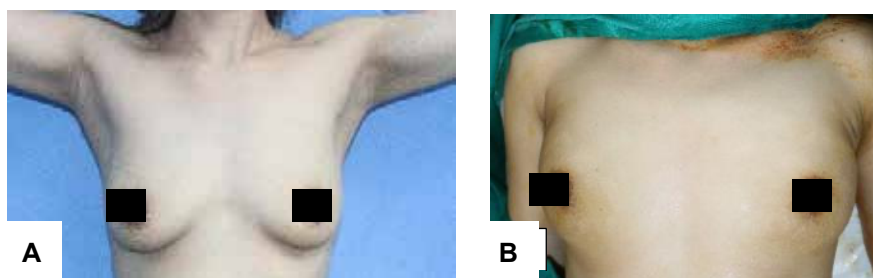
cộng sự (2024) đã nhấn mạnh vai trò của việc phân loại mô và lựa chọn kỹ thuật mổ phù hợp theo từng nhóm mô (chỉ có mỡ, chỉ có tuyến), điều mà hệ phân loại mới của chúng tôi cũng hướng đến.¹² Đặc biệt, hệ phân loại mới này còn tích hợp đồng thời các yếu tố hình thái giải phẫu, tỷ lệ mô tuyến-mỡ, mức độ thừa da, mức độ triệu chứng và mong đợi thẩm mỹ của bệnh nhân, giúp phẫu thuật viên lựa chọn phương pháp điều trị tối ưu, phù hợp thực tiễn lâm sàng hơn. Phân loại mới của chúng tôi được xây dựng nhằm khắc phục các nhược điểm trên, cung cấp một hệ thống toàn diện và khả thi hơn trong thực hành lâm sàng. Dựa trên các phân loại trước đó, chúng tôi đề xuất một hệ thống phân loại mới (**Bảng 1**) chia thành 4 nhóm và các dưới nhóm dựa trên các yếu tố: Có/Không có quầng, núm vú; Không có/ Có nhiều mô tuyến; Không có / Có nhiều mô mỡ; Không có / Có thừa da nhiều; Mức độ đau trên lâm sàng (không đau/đau ít/đau nhiều). Hệ thống này giúp xác định hướng can thiệp rõ ràng hơn với từng nhóm và dưới nhóm. Việc xác nhận có tồn tại quầng, núm vú phụ đơn giản bằng nhìn trên lâm sàng. Việc đánh giá tỷ lệ giữa lượng mô mỡ và mô ống tuyến có thể ước lượng qua sờ, nắn trên lâm sàng kiểm tra lõi chắc của mô tuyến và siêu âm phần mềm để kiểm tra khách quan. Việc đánh giá lượng da thừa có thể thực hiện bằng ước lượng qua nhìn, hoặc sờ, nắn (tham khảo tác giả B. Aviva (2023)³ và sử dụng “Pince test”. “Pince test” là phương pháp lâm sàng đơn giản, không xâm lấn, giúp đánh giá lượng da và mô mỡ dư thừa vùng nách giúp phân loại bệnh nhân thành các dưới nhóm. Tư thế bệnh nhân đứng thẳng, tay buông thõng dọc thân mình. Bác sỹ dùng ngón cái và ngón trỏ để kẹp và nâng da cùng mô dưới da vùng tuyến vú phụ ở nách, dùng thước kẹp Caliper đo độ dày, phân chia thành các mức độ gồm: độ dày da-tổ chức dưới da mỏng < 2cm xếp loại thừa da ít hoặc không thừa da; nếu $\geq 2\text{cm}$ sẽ xếp loại thừa da nhiều, cần cắt bỏ da thừa. Mốc

“2cm” tham khảo dựa trên các nghiên cứu đo độ dày lớp da và lớp mỡ dưới da tại các vị trí khác nhau trên cơ thể ghi nhận ngưỡng xấp xỉ 2cm là dấu hiệu gợi ý có tình trạng lượng mỡ dưới da đáng kể.^{13,14} Sau khi loại bỏ tổ chức mô thừa dưới da (bằng hút mỡ hoặc cắt bỏ), tiếp tục sử dụng “Pince test” kéo và nâng da vết mổ để kiểm tra độ đàn hồi và độ chùng của da, nếu da đàn hồi co tốt, không chùng, không nhăn, không tạo rãnh rõ thì không cần cắt da thừa, còn nếu da chùng, co hồi kém, nhăn nhiều, tạo rãnh rõ thì cần cắt thêm da thừa.

So với các nghiên cứu hiện tại trên y văn, chủ yếu đánh giá hiệu quả lâm sàng một cách không định lượng, nghiên cứu của chúng tôi bổ sung thêm thang điểm POSAS và hài lòng bệnh nhân về sẹo sau phẫu thuật và các tiêu chuẩn đánh giá kết quả về thẩm mỹ và chức năng, giúp lượng hóa kết quả một cách hệ thống hơn.

Theo phân loại mới của chúng tôi, phân bố tỷ lệ tuyến vú phụ giữa các nhóm không đồng đều. Cụ thể, nhóm II và nhóm IV chiếm tỷ lệ cao nhất (mỗi nhóm 39,67%), trong khi nhóm I rất hiếm gặp (2,48%). Kết quả kiểm định Chi-squared cho thấy sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 1,22 \times 10^{-8} < 0,00000001$). Phân tích kết quả phẫu thuật theo từng nhóm của hệ thống phân loại mới cho thấy mối liên hệ rõ ràng giữa đặc điểm tuyến vú phụ và phương pháp điều trị tối ưu.

Đặc điểm của nhóm I gồm các trường hợp có quầng, núm vú phụ đơn thuần hoặc chỉ có lông (polythelia pilosa theo phân loại Kajava 1915), không có mô tuyến/mô mỡ nên quầng, núm vú không có chức năng tiết sữa và không có hoặc có da thừa ít. Trên lâm sàng chỉ ảnh hưởng về mặt thẩm mỹ, bệnh nhân không triệu chứng đau, chúng tôi đề xuất can thiệp cắt bỏ đơn giản nếu bệnh nhân muốn cải thiện về thẩm mỹ, với đường rạch hình elip quanh khối, song song nếp lằn da nách, cho kết quả tốt cả về chức năng và thẩm mỹ.

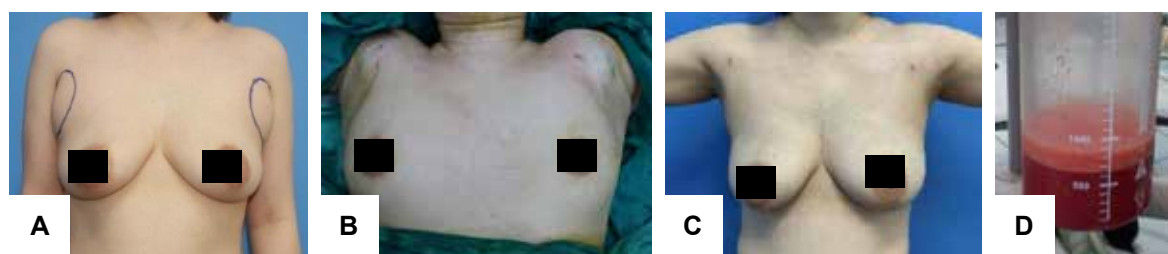


Hình 7. Phân loại tuyến vú phụ ở nách: Nhóm I (Bệnh nhân Ngô Thúy H.)

A, Ảnh trước mổ. B, Ảnh ngay sau mổ.

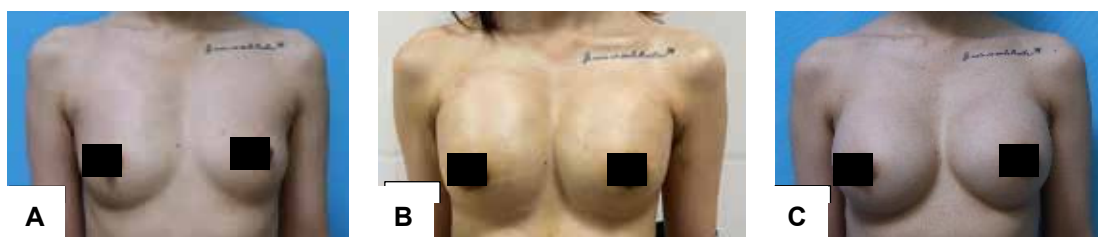
Đặc điểm của nhóm II đặc trưng bởi mô mỡ nhiều, trong khi không có hoặc có ít mô tuyến. Do đó, bệnh nhân thường không đau. Phương pháp hút mỡ đơn thuần phù hợp với các bệnh nhân có ít hoặc không có da thừa, không có quầng, núm vú phụ (dưới nhóm IIa), giúp giảm thể tích khối dễ dàng. Phương pháp hút mỡ kết hợp cắt bỏ quầng, núm vú phụ khi có thêm quầng, núm vú phụ (dưới nhóm IIb), cắt bỏ theo đường rạch da hình elip song song nếp lằn nách đạt hiệu quả cao. Và để giảm thiểu tối đa sẹo sau mổ, chúng tôi đề xuất cắt bỏ

mỡ hoặc hút mỡ qua vết mổ đó. Trong khi các trường hợp da thừa nhiều (dưới nhóm IIc) cần phối hợp cắt bỏ da thừa để tránh biến chứng thẩm mỹ. Tuy nhiên, ngay sau mổ hút mỡ để lại khoang dưới da và tình trạng thừa da thứ phát sau hút. Do đó, các bệnh nhân được chỉ định băng ép vùng nách sau mổ. Theo dõi sau mổ 3 - 6 tháng cả dưới nhóm IIa và IIb cho thấy 34,62% bệnh nhân (9/26) có sự co hồi da kém, dẫn đến tình trạng còn thừa da sau mổ, với kết quả thẩm mỹ đạt mức khá.



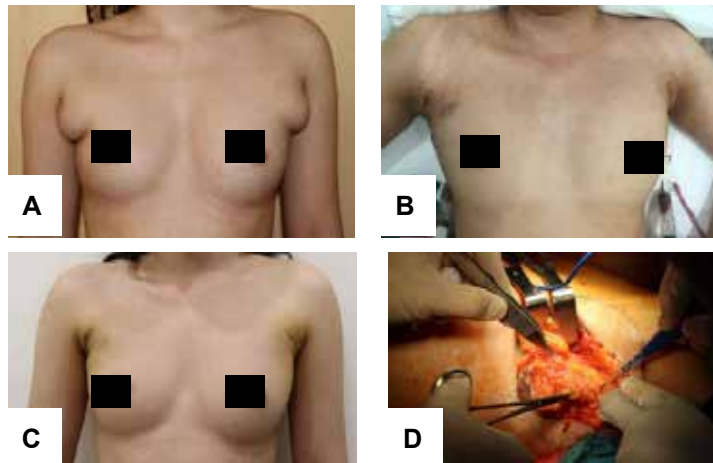
Hình 8. Phân loại tuyến vú phụ ở nách: Nhóm IIa (Bệnh nhân Đặng Thị N.)

A, Ảnh trước mổ. B, Ảnh ngay sau mổ. C, Ảnh sau mổ 3 tháng. D, Ảnh bệnh phẩm



Hình 9. Phân loại tuyến vú phụ ở nách: Nhóm IIb (Bệnh nhân Lê Việt N., phẫu thuật cắt bỏ núm vú phụ, cắt bỏ mỡ qua vết mổ, kèm đặt túi độn ngực)

A, Ảnh trước mổ. B, Ảnh sau mổ 7 ngày. C, Ảnh sau mổ 9 tháng

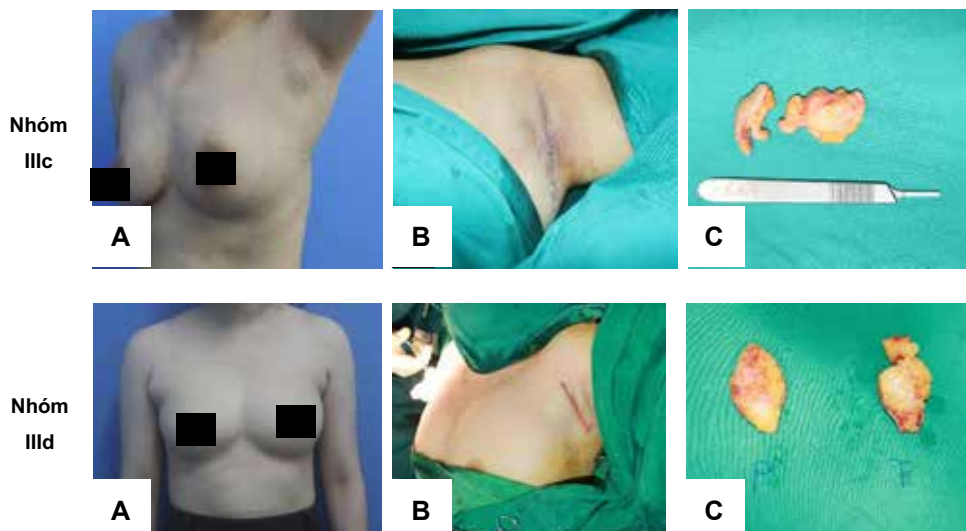


Hình 10. Phân loại tuyến vú phụ ở nách: Nhóm IIc (Bệnh nhân Nguyễn Thị Xuân T.)

A, Ảnh trước mổ. B, Ảnh sau mổ 1 ngày. C, Ảnh sau mổ 3 tháng D, Ảnh bệnh phẩm

Đặc điểm nhóm III gồm các trường hợp có mô tuyến nhiều, không có hoặc có ít mô mỡ, nên lâm sàng bệnh nhân thường biểu hiện sưng đau, khó chịu, nhất là theo chu kì kinh (hoặc không theo chu kì kinh, gợi ý có tình trạng viêm tuyến vú phụ hoặc các bất thường khác về tuyến vú phụ). Dựa vào mức độ sưng đau và mức độ thừa da ít/nhiều chia thành các dưới nhóm. Dưới nhóm IIIa, IIIb, IIIc có tình trạng

không hoặc thừa da ít, nếu bệnh nhân không đau hoặc đau ít có thể điều trị nội khoa, can thiệp khi không đáp ứng điều trị bằng cắt bỏ mô tuyến qua đường rạch da tối thiểu theo nếp lằn nách. Theo dõi sau mổ sau 3 tháng các trường hợp dưới nhóm IIIb, IIIc có kết quả thẩm mỹ tốt và cải thiện triệu chứng rõ rệt. Nếu có da thừa nhiều (rõ rệt) (dưới nhóm IIId), đòi hỏi cắt bỏ da thừa và qua vết mổ kết hợp lấy bỏ mô tuyến.



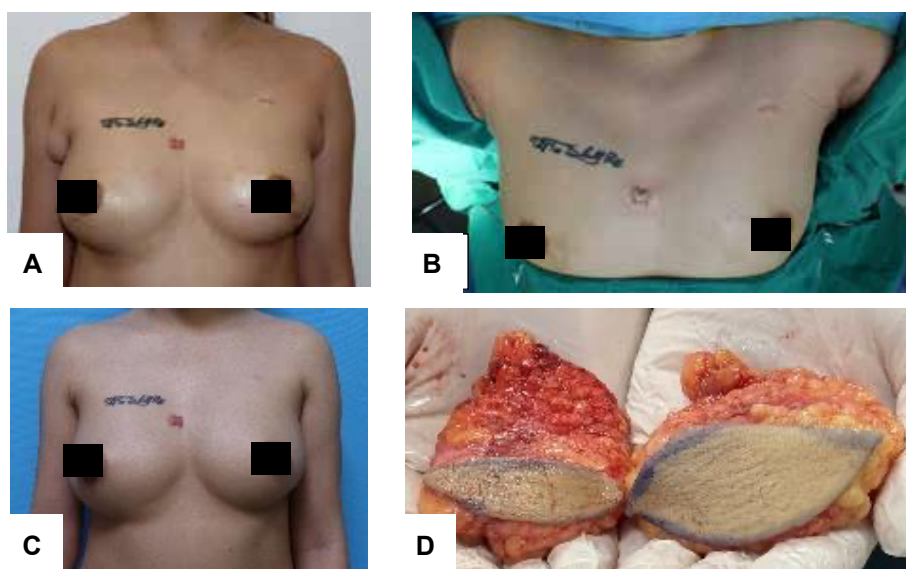
Hình 11. Phân loại tuyến vú phụ ở nách: Nhóm III

A, Ảnh trước mổ. B, Ảnh sau mổ. C, Ảnh bệnh phẩm

Nhóm IIIc: Bệnh nhân Nguyễn Thị Đ. Nhóm IIId: Bệnh nhân Hà Thị Khánh L.

Trong khi đó, các trường hợp nhóm IV, với mô tuyến, mô mỡ và da thừa nhiều, đòi hỏi phẫu thuật toàn diện (cắt bỏ tuyến, mỡ, da và quầng–núm vú phụ nếu có) nhằm loại bỏ triệt để tổn thương và đạt kết quả thẩm mỹ tối đa. Nhóm IV, dưới nhóm IIc và dưới nhóm IIId đều có đặc điểm chung là tình trạng da thừa nhiều (rõ rệt), cần được cắt bỏ qua đường rạch da, kết hợp loại bỏ mô tuyến hoặc mô mỡ. Do đa số tuyến vú phụ (91,58%) nằm vượt qua đường nách trước tới thành ngực, nguy cơ để lại sẹo lộ

rõ vượt qua đường nách trước sau mổ là cao, ảnh hưởng mức độ hài lòng của bệnh nhân. Có thể gặp tình trạng còn thừa da vùng nách bởi thách thức trong việc xác định mức độ thừa da vùng nách (do thay đổi theo tư thế giàng khép tay) dẫn tới nguy cơ cắt bỏ không tối ưu, gây tình trạng còn thừa da sau mổ. Kết quả theo dõi sau mổ sau 3 tháng gặp các trường hợp kết quả thẩm mỹ đạt mức khá do tình trạng còn thừa da nách, sẹo lộ đường nách trước gây giảm tỉ lệ hài lòng của bệnh nhân sau mổ.



Hình 12. Phân loại tuyến vú phụ ở nách: Nhóm IV (Bệnh nhân Đỗ Phương T.)

A, Ảnh trước mổ. B, Ảnh ngay sau mổ. C, Ảnh sau mổ 1,5 năm. D, Ảnh bệnh phẩm

Việc phân loại chi tiết đã giúp phẫu thuật viên lựa chọn phương pháp phù hợp từng nhóm, hạn chế can thiệp quá mức hoặc không đầy đủ, tối ưu hóa kết quả điều trị và tăng mức độ hài lòng của bệnh nhân. Điều này khẳng định giá trị ứng dụng lâm sàng của phân loại mới trong thực hành phẫu thuật tạo hình, thể hiện qua kết quả phẫu thuật của 121 tuyến vú phụ (**Bảng 3**).

Giai đoạn hậu phẫu ghi nhận 1 trường hợp tụ dịch vết mổ, là biến chứng gần thường gặp theo nhiều nghiên cứu. Để hạn chế nguy cơ này, tất cả bệnh nhân đều được băng ép sau

mổ, và có thể đặt dẫn lưu vết mổ. Trường hợp tụ dịch được xác định do không khâu kĩ để thu nhỏ thể tích khoang dưới da trong quá trình phẫu thuật. Có 1 trường hợp tê bì tay do tổn thương nhánh thần kinh cảm giác của da khi thao tác phẫu thuật vượt quá cân mạt ngực. Theo dõi trong 3 tháng cho thấy tình trạng tê bì giảm dần, trong khi vận động vùng cánh, cổ và bàn tay vẫn bình thường, không bị ảnh hưởng. Ngoài ra, 1 trường hợp chảy máu sau mổ do cầm máu không kĩ trong mổ. Sau đó bệnh nhân đã được phẫu thuật cầm máu, kết

quả sau mổ sau 3 tháng đạt mức tốt về cả chức năng và thẩm mỹ.

Sau 3 tháng, phần lớn tuyến vú phụ đạt kết quả thẩm mỹ tốt (73,55%) và cải thiện triệu chứng lâm sàng hiệu quả (96,69%). Kết quả của nghiên cứu này phù hợp với xu hướng được ghi nhận trong các nghiên cứu quốc tế, như nghiên cứu của Hwang và cộng sự (2018), báo cáo tỷ lệ hài lòng thẩm mỹ đạt 72,2% và chức năng đạt 94,4% sau mổ tuyến vú phụ, tương đương với tỷ lệ 73,55% và 96,69% trong nghiên cứu của chúng tôi.¹⁵ There were 514 (53.2% Tuy nhiên, một số trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ đạt mức khá về thẩm mỹ và chức năng, chủ yếu do tình trạng thừa da và sẹo lộ đường rạch trước sau mổ. Đáng chú ý, 1 tuyến vú phụ (nhóm IV) đạt thẩm mỹ kém do còn thừa da nách sau cắt bỏ da thừa và mô tuyến, mô mỡ thừa, gây khối phồng vùng nách, không tạo được nếp lằn nách tự nhiên (dù da thừa được cắt đáng kể). Ngoài ra, vết sẹo dài và lộ qua đường rạch trước cũng ảnh hưởng đến kết quả thẩm mỹ sau phẫu thuật.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện vì bệnh nhân đến khám và điều trị tại hai bệnh viện trong thời gian nghiên cứu không đồng đều về thời điểm và mức độ triệu chứng. Việc lựa chọn theo mẫu thuận tiện cho phép thu thập dữ liệu thực tế lâm sàng đa dạng trong điều kiện thường quy. Tuy nhiên, điều này có thể tạo ra sai số chọn mẫu, hạn chế khả năng khái quát hóa kết quả nghiên cứu cho toàn bộ quần thể. Ngoài ra, nghiên cứu chưa có nhóm chứng để so sánh, và thời gian theo dõi ngắn (3 tháng) chưa phản ánh đầy đủ biến chứng muộn như tái phát tuyến vú phụ, sẹo co kéo hoặc thay đổi mức độ hài lòng theo thời gian. Do đó, cần có các nghiên cứu tiến cứu, đa trung tâm và thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá toàn diện hơn hiệu quả của phân loại lâm sàng và kết quả phẫu thuật. Chúng tôi sẽ tiếp tục theo dõi định kỳ các bệnh nhân để

đánh giá lại tại thời điểm 6 tháng khi tình trạng co hồi da, và liền sẹo cải thiện hơn.

Phẫu thuật tuyến vú phụ vùng nách cần đảm bảo ba mục tiêu chính: (1) loại bỏ triệt để mô tuyến và tối ưu mô mỡ; (2) Tối ưu hóa việc cắt bỏ da thừa và đảm bảo sẹo sau mổ trùng với nếp lằn nách tự nhiên; (3) Tránh tổn thương mạch máu, thần kinh vùng nách. Trong nghiên cứu này, các nguyên tắc phẫu thuật được tuân thủ chặt chẽ, giúp loại bỏ hoàn toàn mô tuyến và mô mỡ, đồng thời thiết kế đường rạch trùng với nếp lằn nách tự nhiên. Phân loại mới được đề xuất trong nghiên cứu này, góp phần nâng cao hiệu quả phẫu thuật, tối ưu hóa kết quả cả về chức năng và thẩm mỹ.

V. KẾT LUẬN

Tuyến vú phụ tại vùng nách ở nữ giới có đặc điểm lâm sàng đa dạng, phổ biến nhất là 2 tuyến vú phụ xuất hiện ở cả hai bên. Hệ thống phân loại mới của chúng tôi được đề xuất trong nghiên cứu góp phần giúp nâng cao chất lượng phẫu thuật, tối ưu hóa kết quả về chức năng và thẩm mỹ.

Việc xác định chính xác mức độ thừa da vùng nách gặp nhiều thách thức do sự thay đổi theo tư thế giạng hoặc khép tay, dẫn đến nguy cơ cắt bỏ da thừa không tối ưu. Do vậy, mức độ thừa da nên được đánh giá khi ở tư thế khép tay. Ngoài ra, tình trạng thừa da thứ phát và hiện tượng co hồi da kém sau hút mỡ, cũng góp phần gây tình trạng còn thừa da vùng nách sau mổ, ảnh hưởng đến kết quả thẩm mỹ.

Tuyến vú phụ vùng nách thường lan qua đường nách trước tới thành ngực. Khi cần cắt bỏ da thừa, nguy cơ để lại sẹo lộ rõ ở đường nách trước là cao, có nguy cơ ảnh hưởng đến mức độ hài lòng của bệnh nhân sau phẫu thuật. Điều này đòi hỏi sự cân nhắc kỹ lưỡng trong thiết kế đường rạch nhằm hạn chế tác động thẩm mỹ không mong muốn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kurokawa M, Kurokawa R, Tamura K, et al. Imaging Features of Ectopic Tissues and Their Complications: Embryologic and Anatomic Approach. *RadioGraphics*. 2023; 43(6): e220111. doi:10.1148/rg.220111.
2. Sanchita D, Ruchi J. Unilateral Ectopic Breast Tissue in the Vulva - A Diagnostic Dilemma. *J -Life Health*. 2023; 14(1): 46. doi: 10.4103/jmh.jmh_209_22.
3. Kurtzman JS, Pinkasovic E, Preminger BA. Treatment Options for the Clinical Management of Axillary Breast Tissue. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2023; 11(8): e5189. doi:10.1097/GOX.0000000000005189.
4. Pathak S, Preston J. A rare case of multiple accessory breast tissue in the axillae, lower abdomen and vulval areas. *J Obstet Gynaecol J Inst Obstet Gynaecol*. 2007; 27(5): 531-533. doi:10.1080/01443610701467473.
5. Mandal S, Bethala MG, Dadeboyina C, Khadka S, Kasireddy V. A Rare Presentation of an Invasive Ductal Carcinoma of Ectopic Axillary Breast Tissue. *Cureus*. 2020; 12(8): e9928. doi:10.7759/cureus.9928.
6. Aydogan F, Baghaki S, Celik V, et al. Surgical treatment of axillary accessory breasts. *Am Surg*. 2010; 76(3): 270-272.
7. Galli-Tsinopoulou A, Krohn C, Schmidt H. Familial polythelia over three generations with polymastia in the youngest girl. *Eur J Pediatr*. 2001; 160(6): 375-377. doi:10.1007/s004310100737.
8. Surcel E, Koljonen V. Kajava Classification: The Person and the Research. *Aesthetic Plast Surg*. 2023; 47(5): 2177-2178. doi: 10.1007/s00266-023-03451-7.
9. Bartsich SA, Ofodile FA. Accessory breast tissue in the axilla: classification and treatment. *Plast Reconstr Surg*. 2011; 128(1): 35e-36e. doi: 10.1097/PRS.0b013e3182173f95.
10. van de Kar AL, Corion LUM, Smeulders MJC, Draaijers LJ, van der Horst CMAM, van Zuijlen PPM. Reliable and feasible evaluation of linear scars by the Patient and Observer Scar Assessment Scale. *Plast Reconstr Surg*. 2005; 116(2): 514-522. doi: 10.1097/01.prs.0000172982.43599.d6.
11. Allen Gabriel, MD, FACS GPM MD. Breast Embryology: Overview, The Integument, The Embryologic Breast. Published online March 26, 2023. Accessed January 21, 2024. <https://emedicine.medscape.com/article/1275146-overview#a7>.
12. Tanna N, Barnett S, Aiello C, Boehm LM, Calobrace MB. Redefining the Axillary Aesthetic: Surgical Management of Axillary Tissue Hypertrophy. *Medicina (Mex)*. 2024; 60(1): 126. doi:10.3390/medicina60010126.
13. Rios-Escalante C, Albán-Fernández S, Espinoza-Rojas R, Saavedra-Garcia L, Barengo NC, Guerra Valencia J. Diagnostic Performance of the Measurement of Skinfold Thickness for Abdominal and Overall Obesity in the Peruvian Population: A 5-Year Cohort Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2023; 20(23): 7089. doi: 10.3390/ijerph20237089.
14. Zin T, Yusuff ASM, Myint T, Naing DK, Htay K, Wynn AA. Body fat percentage, BMI and skinfold thickness among medical students in Sabah, Malaysia. *South East Asia J Public Health*. 2015; 4(1): 35-40. doi: 10.3329/seajph.v4i1.21838.
15. Hwang SB, Choi BS, Byun GY, Koo BH, Lee SR. Accessory Axillary Breast Excision with Liposuction Using Minimal Incision: A Preliminary Report. *Aesthetic Plast Surg*. 2017; 41(1): 10-18. doi: 10.1007/s00266-016-0729-3.

Summary

SURGICAL OUTCOMES OF AXILLARY ACCESSORY BREAST IN WOMEN USING OUR NOVEL CLASSIFICATION

This study aimed to develop and introduce a novel classification system based on the clinical characteristics of axillary accessory breast tissue, and to evaluate its application in surgical management. A total of 65 female patients with 121 accessory breast tissues underwent surgery at Hoe Nhai General Hospital and Bach Mai Hospital between January 2021 and March 2025. Data collected included age, physiological stage, indication for treatment, symptoms, number and location of accessory breasts, and associated breast conditions. Patients were categorized into four main groups with subgroups according to the presence of glandular tissue, adipose tissue, redundant skin, accessory areola–nipple, and symptom severity, in order to guide appropriate surgical interventions (removal of accessory areola–nipple, liposuction, glandular excision, skin excision, or combinations). At 3 months postoperatively, 73.55% of cases achieved good aesthetic outcomes, 96.69% showed functional improvement, and patient satisfaction was 83.08%. Early complications occurred in 3 patients (seroma, upper limb paresthesia, postoperative bleeding), while late complications were mainly residual axillary skin or visible axillary scars. The novel classification system provides clear guidance for selecting surgical approaches, thereby improving surgical quality, optimizing both functional and aesthetic outcomes, reducing complications, and enhancing patient satisfaction.

Keywords: Accessory breast tissue, axilla, classification system, clinical characteristics, surgical outcomes.