

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT BẢO TỒN UNG THƯ VÚ CÓ SỬ DỤNG KỸ THUẬT TẠO HÌNH T NGƯỢC

Hoàng Anh Dũng^{1,2,✉}, Lê Hồng Quang¹, Lê Văn Quảng^{1,2}

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu đánh giá kết quả sớm 37 bệnh nhân ung thư vú được phẫu thuật bảo tồn có sử dụng kỹ thuật tạo hình T ngược tại Bệnh viện K từ năm 2017 đến 2020. Tuổi trung bình của bệnh nhân là: 47. Trên 70% các bệnh nhân có cup áo ngực là C,D. BMI trung bình là 24,3. Thời gian phẫu thuật trung bình là 130 phút, với những trường hợp phẫu thuật cân chỉnh vú đối diện thì thời gian phẫu thuật trung bình là 152 phút. Thể tích vú cắt bỏ trung bình là 326 cm³ với thể tích lớn nhất lên tới 2100 cm³. Có 3 trường hợp diện cắt lần 1 dương tính phải lấy rộng thêm ngay, 1 bệnh nhân phải mổ lại cắt lại diện cắt. Về thẩm mỹ có 34 bệnh nhân (91,9%) đạt kết quả thẩm mỹ đẹp và tốt sau điều trị; sau khi ra viện 1 năm tỉ lệ này giảm còn 86,5%. Biến chứng ghi nhận được thấp (10,8%) chủ yếu là nhẹ bao gồm chảy máu (1), đờng dịch (1), hoại tử mô (1), vết mổ chậm liền (1), không có biến chứng hoại tử phức hợp quầng núm vú. Kỹ thuật giảm thể tích chữ T ngược được áp dụng trong phẫu thuật bảo tồn cho các trường hợp bệnh nhân có tuyến vú phì đại, khối u có kích thước lớn, đa ổ hoặc ở các vị trí khó như phần tư dưới hoặc trên trong, kỹ thuật tương đối an toàn với tỉ lệ biến chứng thấp, các biến chứng ở mức độ nhẹ, cho kết quả tốt về mặt thẩm mỹ và ung thư học.

Từ khóa: Phẫu thuật bảo tồn vú, Phẫu thuật tạo hình ung thư, Kỹ thuật T ngược, Ung thư vú.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú có lịch sử lâu đời và đóng vai trò quan trọng trong điều trị bệnh ung thư vú. Tuy nhiên, phẫu thuật này để lại tổn thương tâm lý lớn cho bệnh nhân, đặc biệt là các bệnh nhân trẻ tuổi.^{1,2} Từ những năm 70 của thế kỷ XX, nhiều nghiên cứu đa trung tâm lớn được tiến hành nhằm so sánh phương pháp điều trị bảo tồn (bao gồm phẫu thuật bảo tồn và xạ trị toàn vú sau phẫu thuật) với phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú. Kết quả của các nghiên cứu này đều khẳng định điều trị bảo tồn không kém hơn phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú về thời gian sống thêm.³

Trước đây phẫu thuật bảo tồn thường được chỉ định với các khối u giai đoạn sớm kích thước

dưới 2 cm. Đối với các khối u lớn hơn việc cắt rộng u đơn thuần đem lại kết quả thẩm mỹ kém, đặc biệt khi khối u có kích thước tương đối lớn so với tuyến vú.² Năm 1993 tác giả Audretsch W lần đầu giới thiệu thuật ngữ oncoplastic surgery (phẫu thuật tạo hình ung thư) cùng với hệ thống các phương pháp tạo hình áp dụng trong phẫu thuật ung thư vú.⁴ Các phương pháp này đã làm thay đổi cách tiếp cận của phẫu thuật bảo tồn ung thư vú trên toàn thế giới.⁵

Thu gọn tuyến vú phì đại là phẫu thuật phổ biến trong tạo hình thẩm mỹ vú. Năm 1956 tác giả Wise⁶ đưa ra kỹ thuật giảm thể tích kiểu chữ T ngược, là kỹ thuật được nhiều phẫu thuật viên sử dụng và mang lại hiệu quả cao. Đây cũng là một trong những kỹ thuật đầu tiên của phẫu thuật thẩm mỹ được áp dụng trong phẫu thuật bảo tồn. Kỹ thuật này được chỉ định cho những trường hợp tuyến vú có kích thước lớn kèm theo sa trễ, u nằm vị trí góc phần tư trên hoặc

Tác giả liên hệ: Hoàng Anh Dũng

Bệnh viện K

Email: Dung1387@gmail.com

Ngày nhận: 30/11/2021

Ngày được chấp nhận: 28/12/2021

dưới của tuyến vú. Kỹ thuật bảo tồn T ngược có rất nhiều ưu điểm như cho phép loại bỏ những khối u có kích thước rất lớn hoặc các khối u đa ổ với diện cắt đạt an toàn, sắp xếp tổ chức tuyến vú còn lại đem đến kết quả thẩm mỹ rất tốt, tạo điều kiện cho xạ trị dễ dàng. Có nhiều báo cáo về hiệu quả cũng như tính an toàn của kỹ thuật T ngược trong trường hợp phì đại lành tính, tuy vậy tại Việt Nam chưa có nghiên cứu đánh giá sử dụng kỹ thuật này trong phẫu thuật bảo tồn. Chúng tôi tiến hành đề tài nhằm mô tả kỹ thuật T ngược cũng như đánh giá tính an toàn và kết quả thẩm mỹ trong phẫu thuật bảo tồn ung thư vú tại Bệnh viện K.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Nghiên cứu đánh giá 37 trường hợp bệnh nhân ung thư vú giai đoạn 0, I, II được phẫu thuật bảo tồn với kỹ thuật T ngược từ năm 2017 đến năm 2020 tại khoa ngoại vú bệnh viện K.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân nữ chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tuyến vú bằng mô bệnh học.
- Giai đoạn 0, I, II theo UICC 2017.

- U đơn ổ hoặc nhiều ổ trên cùng một phần tư tuyến vú, canxi khu trú.

- Tuyến vú phì đại sa trễ (theo Lalardrie 1973), phẫu thuật bảo tồn và tạo hình T ngược.

- Được điều trị hóa chất và xạ trị hỗ trợ theo đúng chỉ định.

- Hồ sơ bệnh án, thông tin theo dõi đầy đủ sau điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Ung thư vú thứ 2.
- Đột biến BRCA dòng germ line.
- Tiền sử can thiệp phẫu thuật hoặc xạ trị bên vú điều trị.
- Mắc các ung thư khác hoặc các bệnh lý mãn tính nặng nề khác: suy tim...

2. Phương pháp

Nghiên cứu mô tả, cỡ mẫu thuận tiện, tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn được mời vào nghiên cứu.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Tháng 1/2017 đến tháng 12/2020 tại Bệnh viện K.

Biến số, chỉ số và các bước tiến hành nghiên cứu

Bảng 1. Biến số nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng, Cận lâm sàng	Biến chứng, Kết quả ung thư học và Thẩm mỹ
<ul style="list-style-type: none"> - Tuổi - BMI - Bệnh phối hợp: Tăng huyết áp, Đái tháo đường. - Tình trạng hút thuốc - Đặc điểm khối u: kích thước, tính đa ổ - Mức độ sa trễ - Giai đoạn bệnh - Hóa mô miễn dịch - Phương pháp, thời gian phẫu thuật - Thời gian nằm viện sau phẫu thuật - Thể tích bệnh phẩm cắt bỏ : Dài x rộng x cao. 	<ul style="list-style-type: none"> - Biến chứng: sau mổ và 1 năm sau mổ Chảy máu, đờng dịch, chàm liền, sẹo xấu, hoại tử phức hợp quầng núm. - Kết quả ung thư học: Tỷ lệ diện cắt dương tính, cắt lại diện cắt, cắt vú - Kết quả thẩm mỹ: theo Lowery⁷ đánh giá sau mổ 1 tháng và sau ra viện 1 năm.

Bảng 2. Đánh giá kết quả thẩm mỹ theo Lowery⁷

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

Xếp loại : Đẹp 7 - 8 điểm, Tốt: 6 - 6,9 điểm, Trung bình 5 - 5,9 điểm, Kém < 5 điểm

Sau phẫu thuật bệnh nhân được điều trị hỗ trợ hóa chất và tiếp đến là xạ trị theo phác đồ. Nếu không có chỉ định điều trị hóa chất hỗ trợ bệnh nhân sẽ được điều trị xạ trị bắt buộc với liều xạ toàn vú là 50 Grays và xạ tăng cường giương u 10 Grays. Kết thúc xạ trị các bệnh nhân sẽ được tái khám 3 tháng/1 lần kết hợp điều trị nội tiết nếu có chỉ định.

Mô tả kỹ thuật (sơ đồ 1,2,3)

Thiết kế đường mổ được thực hiện ngày trước hoặc ngay trước phẫu thuật với bệnh nhân ở tư thế đứng. Đối với các khối u ở trên sử dụng kỹ thuật T ngược cuống dưới và ngược lại khối u ở dưới sử dụng kỹ thuật T ngược cuống trên. Cùng một kỹ thuật sẽ được thực hiện vú bên đối diện nếu bệnh nhân muốn cân chỉnh ngay một thì. Phức hợp quầng núm vú mới sẽ được di chuyển lên vị trí cách đường giữa đòn 19-21cm.

Thể tích cắt bỏ dựa vào kích thước khối u với nguyên tắc bề rộng diện cắt trên đại thể >1cm, các rìa tổn thương cũng sẽ được sinh thiết để đánh giá tức thì trong mổ, bệnh phẩm tiếp tục được đánh dấu để gửi giải phẫu bệnh thường qui. Nếu trường hợp diện cắt tức thì còn ung thư khối u sẽ được lấy rộng thêm cho đến khi diện cắt âm tính.

Can thiệp nách theo đường ngang vị trí nếp lằn nách. Vết hạch nếu trường hợp lâm sàng và

siêu âm nghi ngờ hạch nách di căn. Sinh thiết hạch cửa trong trường hợp lâm sàng và siêu âm hạch không nghi ngờ di căn. Gửi hạch cửa làm xét nghiệm tức thì, tiếp tục vét hạch nách trong trường hợp hạch cửa di căn.

Quy trình phẫu thuật

- Tiến hành dưới gây mê nội khí quản.
- Sát trùng rộng rãi cả 2 bên vú, từ hõm ức đến rốn.

- Rạch da theo nếp lằn nách, vét hạch nách hoặc sinh thiết hạch cửa theo chỉ định.

- Kỹ thuật bảo tồn T ngược với vạt cuống trên (sơ đồ 1):

- + Chỉ định với khối u ở góc phần tư dưới tương ứng với vị trí 4h-8h.

- + Rạch da theo đường thiết kế

- + Loại bỏ thượng bì da trong vùng "ổ khóa" (bcd).

- + Phẫu tích phức hợp quầng núm vú, phức hợp này được cấp máu bởi vạt cuống trên.

- + Phẫu tích tuyến vú trong vùng cắt bỏ khỏi cơ ngực lớn

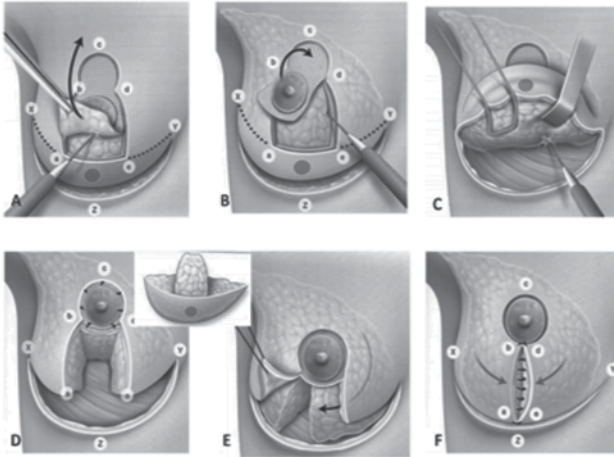
- + Cắt bỏ thành khối u và tuyến vú lành xung quanh, đặt clip diện u.

- + Đánh dấu chiều bệnh phẩm gửi thường qui, lấy các diện cắt làm xét nghiệm tức thì, cắt thêm nếu diện cắt tức thì dương tính.

- + Cố định phức hợp quầng núm vú vào vị trí mới sau khi gấp nhẹ cuống nuôi..
- + Đặt 1 dẫn lưu vùng vú và 1 dẫn lưu nách

nếu vết hạch.

- + Khâu phục hồi tuyến vú, khâu da với sẹo T ngược và sẹo quanh quầng vú.



A- Rạch da loại bỏ lớp thượng bì vùng ổ khóa

B - Phẫu tích cuống trên cấp máu cho quầng núm

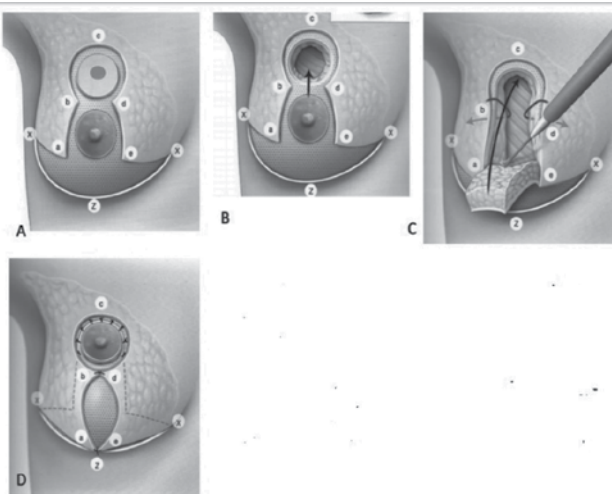
C - Phẫu tích tuyến khỏi cơ ngực lớn

D - Cắt bỏ tuyến và u thành khối

E, F - Khâu da phục hồi tuyến vú

Hình 1. Sơ đồ tóm tắt kĩ thuật bảo tồn T ngược vạt cuống trên

- Kỹ thuật bảo tồn T ngược với vạt cuống dưới :



A - Sơ đồ rạch da loại bỏ lớp thượng bì trừ vùng u

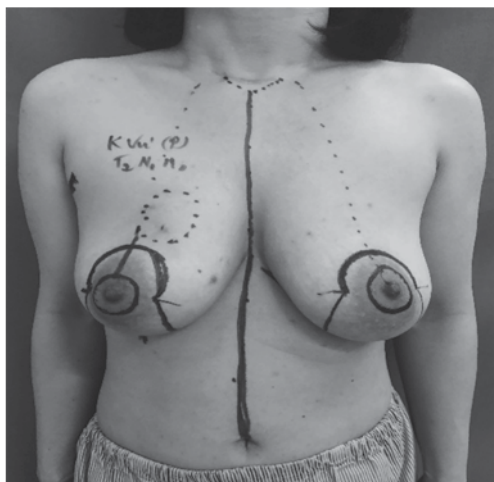
B - Lấy rộng u

C - Tạo cuống dưới nuôi quầng vú

D - Phục hồi tuyến vú

Hình 2. Sơ đồ tóm tắt kĩ thuật T ngược vạt cuống dưới

- Rút dẫn lưu khi dịch dưới 50ml/ngày.
- Kháng sinh, chống viêm 3-5 ngày sau phẫu thuật.
- Mổ cắt lại diện cắt hoặc cắt vú khi diện cắt dương tính.



Hình 3. Kỹ thuật T cuống dưới (trước PT)



Hình 4. Kỹ thuật T cuống dưới (trong mổ)



Hình 5. Kết quả ngay sau mổ



Hình 6. Kết quả 1 năm sau xạ

Các ảnh (3 đến 6) tóm tắt kỹ thuật T ngược vật cuống dưới

3. Xử lý số liệu

Số liệu được thu thập theo mẫu bệnh án thống nhất, các thông tin được mã hóa và được xử lý theo phần mềm SPSS 16.0.

4. Đạo đức nghiên cứu

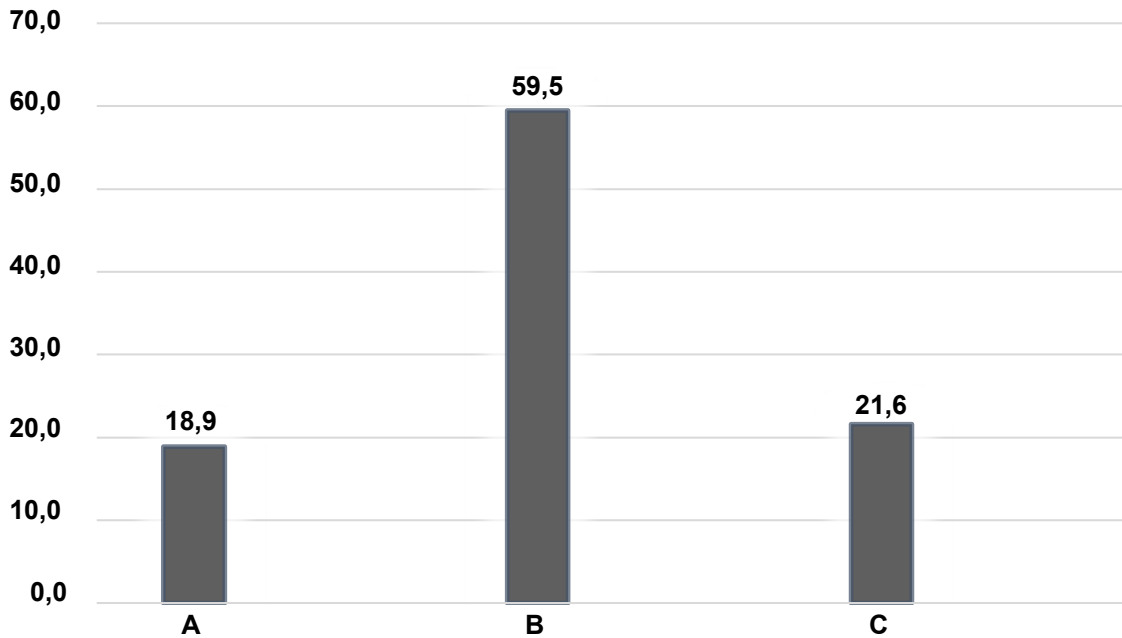
Nghiên cứu là một phần của đề tài đã được chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học cấp cơ sở của Trường Đại học Y Hà Nội số 132/GCN-HĐĐĐNCYSH-ĐHYHN ngày 22/7/2020.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm lâm sàng và phương pháp phẫu thuật

Tuổi trung bình của bệnh nhân là: 47 tuổi (Từ 25 đến 65 tuổi). Có 27 bệnh nhân đang còn kinh. Trên 70% các bệnh nhân có cup áo

ngực là C, D thể hiện trên biểu đồ 1. BMI trung bình là 24,3 (Từ 19,6 đến 37); Bệnh lý kèm theo chủ yếu là tăng huyết áp (THA), đái tháo đường (ĐTĐ) và không có trường hợp nào hút thuốc lá.



Biểu đồ 1. Cup áo ngực

MRI vú được thực hiện 100% trước phẫu thuật bảo tồn, có 2 bệnh nhân chẩn đoán đa ổ còn lại là đơn ổ; Kích thước trung bình khối u sau mổ là 2,3cm (Từ 1 cm đến 6cm).

Có 13 bệnh nhân (35%) khối u ở dưới sử dụng T ngực vạt cuống trên; 24 bệnh nhân (65%) khối u ở trên sử dụng T ngực vạt cuống

dưới. 22 bệnh nhân (60%) thực hiện phẫu thuật cân chỉnh ngay trong cùng một thì.

Thời gian phẫu thuật trung bình là 130 phút, với những trường hợp phẫu thuật cân chỉnh vú đối diện thì thời gian phẫu thuật trung bình tăng lên là 152 phút. Thể tích vú cắt bỏ trung bình là 326 cm³ với thể tích lớn nhất lên tới 2100 cm³.

Bảng 3. Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm bệnh nhân	
Tổng số	37
Tuổi trung bình	47
Tình trạng kinh nguyệt	
Còn kinh	27 (72,9)
Mãn kinh	10 (27,1)

Đặc điểm bệnh nhân	
Bệnh lý kèm theo	
THA	2 (5,4)
ĐTĐ	1 (2,7)
BMI	24,3
Bình thường (18,5 - 25)	25 (67,6)
Thừa cân (≥ 25)	10 (27)
Béo phì (≥ 30)	2 (5,4)
Phương pháp phẫu thuật	
T cuống trên	13 (35)
T cuống dưới	24 (65)
Cân chỉnh cả 2 vú	22 (60)
Kích thước u	2,3
T1a	0
T1b	0
T1c	12 (32,4)
T2	24 (64,9)
T3	1 (2,7)
Tính đa ổ	
Đơn ổ	2 (5,4)
Đa ổ	35 (94,6)
Đặc điểm hạch	
N0	30 (81,1)
N1	6 (16,2)
N2	0 (0)
N3	1 (2,7)
Giải phẫu bệnh	
Carcinome ống xâm nhập	31 (83,8)
Carcinome tiểu thùy xâm nhập	3 (8,1)
Carcinome nhầy	2 (5,4)
Carcinome nội ống	1 (2,7)

Đặc điểm bệnh nhân**Hóa mô miễn dịch**

Luminal A	13 (35,1)
Luminal B (Her-2 âm tính)	11(29,7)
Luminal B (Her-2 dương tính)	5(13,5)
Her-2 dương tính	2 (5,4)
Triple	5(13,5)
Missing	1(2,7)

2. Kết quả ung thư học và kết quả thẩm mỹ

Có một trường hợp phải mổ lại do diện cắt thường qui dương tính, 3 trường hợp phải lấy rộng diện cắt lần 2 trong mổ.

Về thẩm mỹ: 34 bệnh nhân (91,9%) có thẩm mỹ đạt đẹp và tốt sau kết thúc điều trị; sau khi ra viện 1 năm tỉ lệ này giảm còn 86,5% do 2 bệnh nhân phải can thiệp lấy tổn thương hoại tử mỡ

và cắt lọc vết mổ chậm liền sau xạ. Tất cả các bệnh nhân đều hài lòng với kết quả điều trị.

3. Tỷ lệ biến chứng sau mổ

Các biến chứng được thống kê trên bảng 4, không có trường hợp nào hoại tử một phần hoặc toàn bộ phức hợp quầng núm vú.

Thời gian nằm viện trung bình là 7,2 ngày. Không bệnh nhân nào bị chậm điều trị hỗ trợ.

Bảng 4. Tỷ lệ biến chứng sau mổ và 1 năm sau ra viện

Loại biến chứng	Số lượng
Động dịch	1 (2,7%)
Chảy máu	1 (2,7%)
Hoại tử mỡ	1 (2,7%)
Vết mổ chậm liền	1 (2,7%)
Nhiễm trùng	0
Hoại tử phức hợp quầng núm vú	0
Tổng	4 (10,8%)

IV. BÀN LUẬN

Giảm thể tích vú theo kỹ thuật T ngược hay Wise pattern là phương pháp hay được sử dụng nhất trong các trường hợp phì đại tuyến vú, đây là kỹ thuật an toàn và cho kết quả thẩm mỹ tốt. Từ những năm 90 kỹ thuật này được áp dụng lần đầu trong phẫu thuật bảo tồn ung thư

vú đối với các trường hợp khối u nằm ở cực dưới. Cho đến ngày nay nó được áp dụng để bảo tồn các tuyến vú phì đại với khối u có kích thước lớn, u đa ổ hoặc khối u ở vị trí khó như dưới, trên, hoặc trên trong. Theo thống kê với hơn 250 trường hợp bệnh nhân phẫu thuật bảo

tồn và tạo hình tại trung tâm của chúng tôi từ năm 2017 đến năm 2020 thì kỹ thuật này chiếm khoảng 15% số trường hợp.

Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra kết quả tuyệt vời về mặt thẩm mỹ và về mặt ung thư học đối với các trường hợp bảo tồn T ngược. Caruso và CS⁸ báo cáo 61 bệnh nhân bảo tồn T ngược với thời gian theo dõi trung bình 68 tháng thì thấy rằng chỉ có 1 bệnh nhân tái phát. Với một nghiên cứu lớn hơn, so sánh 631 bệnh nhân phẫu thuật bảo tồn đơn thuần với 170 bệnh nhân bảo tồn T ngược từ năm 2000 -2016 với thời gian theo dõi trung bình là 84 tháng Benigno Acea-Nebril⁹ và CS đưa ra kết luận ở nhóm bảo tồn T ngược thời gian phẫu thuật và thời gian nằm viện dài hơn, tăng tỉ lệ biến chứng hoại tử quầng núm, tuy vậy ở cả 2 nhóm có thời gian sống thêm 10 năm ngang nhau và nhóm bảo tồn T ngược có độ hài lòng cao chất lượng cuộc sống đo theo thang điểm Breast-Q 1 năm sau xạ trị.

Kỹ thuật bảo tồn T ngược cho phép cắt bỏ một thể tích tuyến vú rất lớn. Trong nghiên cứu của chúng tôi thể tích cắt bỏ trung bình lên đến: 326 cm³ và thể tích lớn nhất là: 2100 cm³. Kích thước u trung bình là 2,3 cm, đáng chú ý nhóm u T2 (2-5cm) chiếm đến 24 trường hợp (64,9%). Việc đánh giá diện cắt được thực hiện một cách cẩn thận, tỷ mỹ với tiêu chí diện cắt an toàn khi bề rộng diện cắt > 0 (no ink on tumour). Trong 37 trường hợp chỉ có duy nhất 1 trường hợp bệnh nhân phải mổ lại do còn DCIS trên diện cắt thường qui, 3 trường hợp lấy rộng thêm do diện cắt tức thì còn ung thư, không có trường hợp nào phải cắt vú. Theo kết quả của các nghiên cứu tỉ lệ cắt lại diện cắt sau phẫu thuật bảo tồn có sử dụng kỹ thuật T ngược chiếm từ 0% đến 16%, các yếu tố làm tăng nguy cơ cắt lại diện cắt bao gồm thể tích thùy, ung thư nội ống lan rộng, khối u có kích thước lớn. Việc mổ lại do diện cắt còn ung thư

ảnh hưởng lớn đến tâm lý người bệnh, tăng chi phí và thời gian điều trị. Để giảm thiểu tối đa tỉ lệ này chúng tôi tiến hành kết hợp xét nghiệm diện cắt tức thì sau khi đã lấy rộng tổn thương khối u > 1cm về mặt đại thể, cắt thêm ngay nếu diện cắt tức thì chưa đảm bảo.

Thời gian trung bình của phẫu thuật là: 130 phút, khi thực hiện can thiệp 2 vú thời gian phẫu thuật trung bình ở nhóm bệnh nhân này tăng lên là: 152 phút. Do điều kiện kinh tế xã hội cũng như yếu tố tâm lý ngại phẫu thuật nhiều lần mà hầu hết các bệnh nhân của chúng tôi đều mong muốn thực hiện cân chỉnh vú 2 bên trong cùng một thì. Một câu hỏi được đặt ra liệu thể tích tuyến vú bên bệnh có bị giảm nhiều sau khi xạ trị không? Lo ngại điều này một số phẫu thuật viên có xu hướng để lại bên vú bảo tồn lớn hơn một chút so với bên còn lại hoặc chờ 6 tháng đến 1 năm sau xạ mới phẫu thuật cân chỉnh vú đối bên. Để trả lời câu hỏi này MinWookKim¹⁰ và CS so sánh sự thay đổi thể tích 2 bên vú trong vòng 2 năm sau xạ trị ở những bệnh nhân phẫu thuật bảo tồn T ngược và cân chỉnh vú đối bên ngay bằng chụp CLVT. Kết quả của nghiên cứu cho thấy rằng thay đổi thể tích 2 vú có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($P = 0,98$) vì vậy phẫu thuật cân chỉnh 2 vú ngay là một lựa chọn hợp lý cho những bệnh nhân cần xạ trị sau bảo tồn mà không lo ngại về thay đổi thể tích.

Sử dụng kỹ thuật bảo tồn T ngược cho kết quả rất tốt về thẩm mỹ và sự hài lòng người bệnh. Trong số 37 trường hợp bệnh nhân của chúng tôi có tới 34 bệnh nhân (91,9%) đạt kết quả thẩm mỹ đẹp và tốt, chỉ có 3 trường hợp đạt kết quả trung bình. Theo dõi trong vòng 1 năm sau ra viện tỷ lệ đẹp và tốt là 86,5% do 2 trường hợp cần can thiệp để cắt lọc tổ chức hoại tử mỡ và vết thương chậm liền sau xạ gây biến dạng một phần tuyến vú. Trước phẫu thuật các bệnh nhân có tuyến vú xấu về mặt thẩm mỹ: phì đại

và sa trễ, ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt hàng ngày như: đau lưng, đau cột sống cổ, viêm nếp lần vú. Sau phẫu thuật bảo tồn bệnh nhân vừa được điều trị bệnh lại vừa có tuyến vú cân đối gọn nhẹ điều này góp phần làm tăng sự hài lòng và chất lượng sống cho người bệnh.

Bên cạnh kết quả ung thư và thẩm mỹ thì tỉ lệ và mức độ biến chứng cũng rất được quan tâm. Theo thống kê tỷ lệ biến chứng nhẹ của kỹ thuật T ngược trong các trường hợp lành tính và ác tính thay đổi từ 15% -25%¹¹ hay gặp nhất là: đờng dịch, chảy máu và vết mổ chậm liền. Biến chứng trầm trọng hơn là hoại tử phức hợp quầng núm vú với tỷ lệ 1-2%. Phức hợp quầng núm vú sau phẫu thuật được nuôi dưỡng bởi các vật tuyến, các yếu tố nguy cơ làm tăng tỉ lệ hoại tử quầng núm vú đó là hút thuốc lá, khoảng cách từ xương đòn đến núm vú và thể trạng béo phì hoặc tình trạng BMI cao.^{12,13} Theo Munhoz¹⁴ và cộng sự tỷ lệ biến chứng ở những người hút thuốc lá cao hơn rất nhiều so với nhóm còn lại. Theo Gamboa-Bobadilla¹⁵ mối tương quan giữa BMI với tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật T ngược là: 21% ở những người thừa cân, 43% cho các trường hợp béo phì và 71% cho bệnh nhân béo phì nặng. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 4 trường hợp bệnh nhân mắc biến chứng nhẹ là đờng dịch và chảy máu và vết mổ chậm liền và hoại tử mỡ, không có trường hợp nào hoại tử quầng núm vú. Tỷ lệ biến chứng thấp có thể được giải thích do là tất cả các bệnh nhân của chúng tôi đều không hút thuốc và số lượng bệnh nhân béo phì rất ít.

Sau phẫu thuật thì có: 33 bệnh nhân được chuyển điều trị hỗ trợ hóa chất sau đây xạ trị và 4 bệnh nhân được điều trị hỗ trợ xạ trị ngay. Thời gian trung bình được điều trị sau phẫu thuật là 15 ngày, tất cả các bệnh nhân đều được điều trị trong vòng 6 tuần sau phẫu thuật. Không có bệnh nhân nào bị chậm điều trị hỗ trợ (trên 12 tuần theo khuyến cáo).

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật giảm thể tích chữ T ngược được áp dụng trong phẫu thuật bảo tồn cho các trường hợp bệnh nhân có tuyến vú phì đại, khối u có kích thước lớn, đa ổ hoặc ở các vị trí khó như phần tư dưới hoặc trên trong để gây biến dạng tuyến vú khi thực hiện lấy rộng u đơn thuần. Kỹ thuật tương đối an toàn với tỉ lệ biến chứng thấp, các biến chứng ở mức độ nhẹ, cho kết quả tốt về mặt thẩm mỹ và ung thư học. Chúng tôi sẽ tiếp tục theo dõi nhóm bệnh nhân với thời gian dài hơn để tiếp tục khẳng định hiệu quả của phương pháp phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jamison KR, Wellisch DK, Pasneau RO. Psychosocial aspects of mastectomy: I. the women's perspective. *The American journal of psychiatry*. 1978;135(4):432-436.
2. Kaminska M, Ciszewski T, Kukielka-Budny B, et al. Life quality of women with breast cancer after mastectomy or breast conserving therapy treated with adjuvant chemotherapy. *Ann Agric Environ Med*. 2015;22(4):724-730.
3. Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L, et al. Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. *N Engl J Med*. 2002;347(16):1227-1232.
4. Bertozzi N, Pesce M, Santi PL, Raposio E. Oncoplastic breast surgery: comprehensive review. *European review for medical and pharmacological sciences*. 2017;21(11):2572-2585.
5. Malycha PL, Gough IR, Margaritoni M, et al. Oncoplastic breast surgery: a global perspective on practice, availability, and training. *World journal of surgery*. 2008;32(12):2570-2577.
6. Wise RJ. A preliminary report on a

method of planning the mammoplasty. *Plastic and reconstructive surgery (1946)*. 1956;17(5):367-375.

7. Lowery JC, Wilkins EG, Kuzon WM, Davis JA. Evaluations of aesthetic results in breast reconstruction: an analysis of reliability. *Annals of plastic surgery*. 1996;36(6):601-606; discussion 607.

8. Caruso F, Catanuto G, De Meo L, et al. Outcomes of bilateral mammoplasty for early stage breast cancer. *European journal of surgical oncology: the journal of the European Society of Surgical Oncology and the British Association of Surgical Oncology*. 2008;34(10):1143-1147.

9. Acea-Nebriil B, Cereijo-Garea C, García-Nova A, et al. The role of oncoplastic breast reduction in the conservative management of breast cancer: Complications, survival, and quality of life. *Journal of surgical oncology*. 2017;115(6):679-686.

10. Kim MW, Oh WS, Lee JW, et al. Comparison of breast volume change between oncoplastic breast-conserving surgery with radiation therapy and a simultaneous contralateral balancing procedure through the inverted-T scar technique. *Arch Plast Surg*. 2020;47(6):583-589.

11. Scott GR, Carson CL, Borah GL. Maximizing outcomes in breast reduction surgery: a review of 518 consecutive patients. *Plast Reconstr Surg*. 2005;116(6):1633-1639; discussion 1640-1631.

12. Setälä L, Papp A, Joukainen S, et al. Obesity and complications in breast reduction surgery: are restrictions justified? *Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery: JPRAS*. 2009;62(2):195-199.

13. Atterhem H, Holmner S, Janson PE. Reduction mammoplasty: symptoms, complications, and late results. A retrospective study on 242 patients. *Scandinavian journal of plastic and reconstructive surgery and hand surgery*. 1998;32(3):281-286.

14. Munhoz AM, Montag E, Arruda EG, et al. Critical analysis of reduction mammoplasty techniques in combination with conservative breast surgery for early breast cancer treatment. *Plast Reconstr Surg*. 2006;117(4):1091-1103; discussion 1104-1097.

15. Gamboa-Bobadilla GM, Killingsworth C. Large-volume reduction mammoplasty: the effect of body mass index on postoperative complications. *Annals of plastic surgery*. 2007;58(3):246-249.

Summary

SHORT-TERM OUTCOMES OF BREAST CONSERVATIVE TREATMENT WITH INVERTED-T TECHNIQUE

The study evaluated surgical early results of 37 breast cancer patients who underwent breast-conserving surgery using inverted-T technique at K hospital from 2017 to 2020. The average age of the patients was 47 years old. More than 70% of patients has C or D bra cups. The mean BMI was 24.3. The average operation time was 130 minutes while the average operation time was 152 minutes for contralateral balancing surgery. The average breast volume removed was 326cm³ with the maximum volume up to 2100 cm³. There were 3 cases in which the first positive resection margin had to be extended immediately, 1 patient had to be re-operated to excise the resection margin again. In terms of aesthetic, 34 patients (91.9%) had beautiful and good aesthetic outcomes; 1 year later, this rate decreased to 86.5%. Complications were recorded as low (10.8%) mostly mild including haemorrhage (1), seroma (1), fat necrosis (1), slow healing wound (1), no complication of nipple-areolar complex necrosis. The inverted-T reduction mammoplasty technique is applied in breast-conserving surgery for patients with breast hypertrophy, multifocal tumors or in difficult locations such as the inner lower or inner upper quadrants of the breast. The technique is relatively safe with low complication rates, mild complications, and good results in terms of aesthetics and oncology.

Keywords: Breast-conserving surgery, Oncoplastic surgery, Inverted-T technique, Breast cancer.