

**KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT TOÀN BỘ TUYẾN VÚ NẠO VẾT HẠCH  
NÁCH SAU XẠ TRỊ TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÚ TẠI BỆNH VIỆN  
BẠCH MAI**

**VŨ ANH TUẤN, TRẦN HỮU VINH**

**TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề:** Ung thư vú (UTV) là loại ung thư

*thường gặp nhất ở nữ giới và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư ở phụ nữ trên toàn thế*

giới. Khi bệnh còn ở giai đoạn chưa di căn thì phẫu thuật là phương pháp điều trị chính trong UTV. Ngày nay có nhiều cách thức phẫu thuật điều trị UTV được áp dụng tùy theo từng giai đoạn của bệnh. Phương pháp phẫu thuật được áp dụng rộng rãi nhất trong UTV hiện nay là phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú kèm vét hạch nách (phẫu thuật Patey). **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú và nạo vét hạch nách thời gian từ 8/2011 đến 6/2013. **Kết quả:** Phẫu thuật được tiến hành trên 102 bệnh nhân nữ với độ tuổi từ 40-60, với lâm sàng đánh giá hạch NO-1-2, tỉ lệ tái biến và biến chứng: Tồn thương rách tĩnh mạch nách 1 bệnh nhân (0,98%), chảy máu sau mổ 2 bệnh nhân (1,96%), phù tay sau mổ là 9 bệnh nhân (8,8%), thời gian mổ trung bình là 60 phút. **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị ung thư vú bằng phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú kèm nạo vét hạch nách sau khi đã được xạ trị là một giải pháp an toàn và hiệu quả đối với bệnh nhân ung thư tuyến vú. Tuy nhiên, cần tiếp tục theo dõi xa để đánh giá sự bền vững của kết quả.

**Từ khóa:** Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú, Ung thư vú.

#### SUMMARY

**Background:** Breast cancer is the most common type of cancer in women. Surgery is the main treatment for patients with non-metastatic stages. Today, many surgical methods of breast cancer treatments are applied depending on the stage of the disease. In particular, Modified radical mastectomy (MRM), simple mastectomy and removal of axillary lymph nodes, is the most popular surgery. **Objectives:** Early results of total mastectomy and removal of axillary lymph nodes in breast Cancer from 8/2011 to 6/2013. **Results:** 102 female patients with ages mostly 40-60; results: 90 Uncomplicated patients (0%), axillary vein Injuries: 1 patients (0.98%); Acute postoperative bleeding: 2 (1.96%). Average operation time: 60 minutes. **Conclusion:** Surgical treatment of breast cancer surgery with MRM (Patey) at. Need further research to far results.

**Keywords:** full resection with axillary breast, breast cancer.

#### ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là loại ung thư thường gặp nhất và gây tử vong hàng đầu ở phụ nữ nhiều nước công nghiệp. Theo Cơ quan Nghiên cứu Ung thư Thế giới (IARC) vào năm 1998 thì ung thư vú đứng đầu, chiếm 21% trong tổng số các loại ung thư ở phụ nữ trên toàn thế giới. Cũng theo IARC, xuất độ chuẩn hóa theo tuổi của ung thư vú ở phụ nữ là 92,04 (trên 100 000 dân) ở châu Âu và 67,48 (trên 100 000 dân) trên toàn thế giới vào năm 1998, đều là cao nhất trong các loại ung thư ở nữ giới. Ung thư vú đang trở nên phổ biến tại các nước đang phát triển. Tại Việt Nam, năm 1998, ở nữ giới, ung thư vú là loại ung thư có tần suất cao nhất ở Hà Nội với xuất độ chuẩn hóa theo tuổi là 20,3 (trên 100 000 dân) và cao thứ hai ở Thành phố Hồ Chí Minh với xuất độ chuẩn hóa theo tuổi là 16 (trên 100 000

dân) sau ung thư cổ tử cung mà xuất độ chuẩn hóa theo tuổi là 28,6 (trên 100 000 dân).

Đây là một bệnh hết sức phức tạp mà trong nhiều năm qua đã có nhiều nghiên cứu về nguyên nhân, bệnh sinh và điều trị. Một điều quan trọng cần phải nhận thấy là việc phát hiện sớm ung thư vú qua sự tầm soát ở những phụ nữ bình thường đã làm thay đổi rõ ràng bệnh sử tự nhiên của bệnh cũng như cải thiện đáng kể tiên lượng bệnh. Vấn đề chẩn đoán và điều trị ung thư vú ngày nay đã có nhiều tiến bộ. Các phương pháp như: Liệu pháp nhắm vào HER-2, liệu pháp nội tiết vv. Sự phối kết hợp giữa các phương pháp điều trị đã đem lại kết quả cao.

William Stewart Halsted đã đưa ra phương pháp phẫu thuật đầu tiên là: cắt tuyến vú với vạt da rộng cùng với cơ ngực lớn và vét bỏ hạch nách cùng bên vào năm 1894. Sau đó D.H.Patey nhận thấy trong các trường hợp u chưa xâm lấn cơ ngực lớn thì việc cắt bỏ cơ này là không cần thiết và gây nên một sự tàn phá nặng nề cho bệnh nhân. Chính vì vậy ông đề cập tới phương pháp cắt tuyến vú triệt căn kết hợp nạo vét hạch nách nhưng bảo tồn cơ ngực lớn và kết quả nghiên cứu sau này cho thấy tỉ lệ sống thêm sau 2 năm của hai phương pháp (Halsted và Patey là giống nhau).

Ngày nay các tiến bộ trong phẫu thuật ung thư vú phát triển không ngừng, có nhiều cách thức phẫu thuật điều trị UTV được áp dụng tùy theo từng giai đoạn của bệnh. Phương pháp phẫu thuật được áp dụng rộng rãi nhất trong UTV hiện nay là phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú kèm vét hạch nách (phẫu thuật Patey cải tiến). Phẫu thuật bảo tồn tuyến vú được áp dụng cho những trường hợp kích thước khối u nhỏ hơn 3 cm.

Nhằm đánh giá kết quả khi áp dụng kỹ thuật này nhằm mục tiêu:

**Áp dụng kỹ thuật mổ cắt toàn bộ tuyến vú nạo vét hạch nách sau xạ trị trong điều trị ung thư vú tại khoa Ngoại bệnh viện Bạch Mai và đánh giá kết quả sớm của phương pháp này qua kết quả điều trị.**

#### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Từ tháng 8/2011 đến tháng 6/2013 chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật cho 102 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vú.

#### Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vú trên lâm sàng và giải phẫu bệnh trước mổ. Đã được điều trị xạ trị theo chỉ định của Trung tâm Y học hạt nhân và U bướu Bạch Mai.

Có đầy đủ hồ sơ bệnh án và được theo dõi trong và sau mổ.

Không có chống chỉ định với phẫu thuật và gây mê nội khí quản nói chung.

#### Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vú giai đoạn sớm có chỉ định bảo tồn.

#### Phương pháp nghiên cứu:

Mô tả tiến cứu kết hợp hồi cứu.

#### Sơ lược kỹ thuật mổ:

Chúng tôi thực hiện theo kỹ thuật mổ của bệnh viện K Trung ương với áp dụng dao mổ siêu âm Harmonic scapel của hãng Johnson & Johnson.

Gây mê nội khí quản.

Tư thế bệnh nhân nằm ngửa, kê nách để hố nách bộc lộ tối đa.

Rạch da hình quả trám bao quanh u và núm vú với diện rạch cách rìa u tối thiểu 1,5cm, đường rạch kéo dài đến hố nách. Bóc tách tuyến vú khỏi tổ chức mỡ dưới da và khối cơ ngực lớn (bóc hết kể cả lớp màng bao ngoài cơ ngực lớn). Phẫu tích vào hố nách và vét hạch các nhóm I, II, III có hệ thống thành một khối với tuyến vú, bảo tồn thần kinh ngực dài và ngực lưng. Về sau này chúng tôi tiến hành đường rạch đi vào hố nách và tiến hành vét hạch nách trước cắt tuyến vú sau.

Dẫn lưu hốc mổ được sử dụng là dẫn lưu có nối với bóng hút áp lực âm.

### KẾT QUẢ

Bảng 1: Tuổi

Tuổi	<40	40-50	50-60	>60
Bệnh nhân	15	38	32	17
Tỉ lệ (%)	14,70	37,26	31,37	16,67

Bảng 2: Phân loại TNM trên lâm sàng

T	T1	T2	T3	T4(a,b)
	4 (3,92%)	78 (76,47%)	7 (6,87%)	11 (12,74%)
N	N0	N1	N2	
	19()	62()	21()	
M	M0			
	100%			

Bảng 3: Thời gian mổ

Thời gian (phút)	<40	40- 60	60- 80	80-90	>90
Bệnh nhân	3	67	23	7	2
Tỉ lệ (%)	2,94	65,69	22,55	6,86	1,96

Thời gian trung bình: 60 phút.

Bảng 4: Tai biến và biến chứng trong sau mổ:

Tai biến và biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tổn thương rách tĩnh mạch nách	1	0,9
Cắt phải dây thần kinh ngực dài	0	0
Tê bì hoặc giảm cảm giác nông vùng da dưới cánh tay	102	100
Chảy máu sau mổ	2	1,96
Thiếu dưỡng vật da sau mổ	4	3,92
Nhiễm trùng vết mổ	7	6,86
Tụ dịch hố nách tái đi tái lại >1 lần sau rút dẫn lưu	15	14,7%
Phù tay sau mổ > 2 tháng	9	8,8%

Bảng 5: Thời gian điều trị sau mổ:

Thời gian (phút)	<7 ngày	7- 9 ngày	10- 12 ngày	>12 ngày
Bệnh nhân	3	54	38	7
Tỉ lệ (%)	2,94	52,94	37,26	6,86

Bảng 6: Tỉ lệ tái phát và di căn trên 5 tháng sau phẫu thuật:

Vị trí tái phát	Số ca	Tỷ lệ %

Tái phát thành ngực	3	42,88%
Tái phát hạch nách	2	28,56%
Tái phát hạch thượng đòn	1	14,28%
Di căn xa(gan, phổi...)	1	14,28%
Tổng cộng	7	100%

Nhận xét: Trên bảng 6 cho thấy có 7 ca tái phát sau thời gian ngắn nhất là 5 tháng chiếm 6,89%

### BÀN LUẬN

Qua 102 trường hợp phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú kèm vét hạch nách chúng tôi nhận thấy rằng: phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú kèm nạo vét hạch nách đang được áp dụng trong điều trị ung thư vú hiện nay đã hạn chế được nhiều tai biến và biến chứng trên, đặc biệt với sự kết hợp điều trị đa mô thức trong ung thư vú cho thấy hiệu quả rõ rệt. Các trường hợp được hóa trị hoặc xạ trị tiền phẫu trong quá trình phẫu thuật chúng tôi nhận thấy gặp nhiều thuận lợi hơn do khối u được giảm cấp máu, nhất là những bệnh nhân ở giai đoạn T3.

Trong mổ chúng tôi sử dụng dao siêu âm trong thì vét hạch nách và nhận thấy rằng: Việc sử dụng dao siêu âm trong mổ sẽ hạn chế được rất nhiều những tổn thương mạch máu và thần kinh và giúp phẫu thuật viên có thể lấy hết được tổ chức mỡ và hạch mà không gây chảy máu và có thể quan sát được rõ ràng các mốc giải phẫu và giúp thời gian phẫu thuật thu ngắn lại (khoảng 60 phút).

Trong thời gian đầu chúng tôi vẫn thực hiện cắt tuyến vú trước sau đó vét hạch thành một khối như thông thường. Nhưng từ những ưu điểm của dao siêu âm mang lại trong phẫu tích nhất là thì vét hạch, chúng tôi đã có sự thay đổi sử dụng phương pháp vét hạch trước sau đó cắt tuyến vú thành một khối sau. Điều này sẽ hạn chế được sự lan tràn tế bào ung thư về trung tâm trong quá trình mổ, tuân thủ nguyên tắc phẫu thuật ung thư là vét hạch trước cắt tổn thương sau nhằm chặn đường vào đặc biệt là những trường hợp có tổn thương da hoặc dính cơ ngực. Nếu có tổn thương cơ ngực thì chúng tôi cũng tiến cắt bỏ một phần hoặc toàn bộ cơ ngực lớn. Qua đánh giá về thời gian phẫu thuật thì việc ứng dụng vét hạch trước không làm kéo dài thời gian mổ và cũng không làm gia tăng các biến cố trong mổ.

Kết quả thu được sau thời gian theo dõi trong điều trị và sau khi bệnh nhân tái khám định kỳ thể hiện trong nghiên cứu này thấy rằng: thời gian điều trị hậu phẫu cho bệnh nhân mổ cắt toàn bộ tuyến vú kèm vét hạch nách thường kéo dài từ trung bình 9 ngày do lượng dịch dẫn lưu ra dài. Hiện tượng tụ dịch hố nách tái đi tái lại sau mổ có thể gặp phải. Có một trường hợp được chẩn đoán rò bạch huyết với khối tụ dịch hố nách. Trường hợp này đã được chọc hút, dẫn lưu và băng ép nhiều lần nhưng thất bại. Chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật và thấy rằng khối tụ dịch hố nách đã tạo thành khoang có vỏ rõ đồng thời có lỗ rò bằng mũi kim từ hố nách, chúng tôi khâu kín lỗ rò bằng chỉ Prolen sau mổ thấy kết quả tốt, hết hiện tượng rò dịch. Là điều trị chủ yếu. Những phẫu thuật trước đây như đoạn nhũ tận gốc (Phẫu thuật Halsted) ngày nay ít được dùng vì mức tàn phá rộng,

để lại nhiều dư chứng nặng nề cho bệnh nhân. Các loại phẫu thuật ít tàn phá hơn, bảo tồn các cơ ngực lớn, bé càng ngày càng cho thấy hiệu quả trong việc điều trị tại chỗ căn bệnh.

Phẫu thuật bảo tồn vú: Chỉ lấy khối u và mô bình thường cách rìa bướu 1-2 cm gần đây được ưa thích và áp dụng nhiều. Nhiều thử nghiệm lâm sàng cho thấy phẫu thuật bảo tồn kèm theo xạ trị cho kết quả ngang bằng với phẫu thuật đoạn nhũ riêng lẻ.

Tuy nhiên, có một số chống chỉ định của phương pháp điều trị này:

Có hai hoặc nhiều khối u nằm ở các góc phần tư khác nhau của vú.

Khối u lan tỏa, giới hạn không rõ.

Khối u nằm trong tuyến vú nhỏ.

Khối u nằm ở vị trí trung tâm của vú.

Nạo hạch cũng là một phần của phẫu thuật. Nhất là nạo hạch lympho vùng nách rất cần cho đánh giá tiên lượng.

Xạ trị hỗ trợ

Xạ trị là một phần của phương pháp điều trị bảo tồn: tiến hành sau phẫu thuật cắt u. Xạ trị giúp giảm nguy cơ tái phát.

Xạ trị sau đoạn nhũ: Giảm nguy cơ tái phát cho những bệnh nhân nguy cơ cao như bệnh nhân có nhiều hạch vùng, bệnh nhân có u nguyên phát to.

Tất cả các bệnh nhân đều được điều trị phối hợp hóa và xạ trị. Tỷ lệ tái phát sau 5 tháng là 6, 8,9% so với nghiên cứu tại bệnh viện ung bướu Thành phố Hồ Chí Minh là 7,8%, trong đó tái phát thành ngực chiếm 42,88% so với bệnh viện ung bướu Thành phố Hồ Chí Minh là 47,4%.

Ngoài ra, biến chứng phù tay sau mổ luôn là một thách thức đối với phẫu thuật viên, tỷ lệ chúng tôi đưa ra sau 2 năm thực hiện phẫu thuật là 9/102 trường hợp chiếm 8,8% một tỷ lệ khá thấp so với các thống kê hiện nay tuy rằng thời gian theo dõi của chúng tôi còn ngắn so với các nghiên cứu khác.

#### KẾT LUẬN

Qua phân tích trên 102 bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật tại khoa Ngoại Bệnh viện Bạch Mai chúng tôi rút ra những kết luận sau: Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú kèm nạo vét hạch nách đã được áp dụng có

hiệu quả tốt trong điều trị ung thư vú. Tỷ lệ tái biến và biến chứng cấp tính của phẫu thuật thấp, đáp ứng đủ các tiêu chuẩn kỹ thuật của một phẫu thuật ung thư.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bontebal M. et al (2005), "Phase II to III study comparing doxorubicine and docetaxel with fluoruracil, doxorubicine, cyclophosphamid as first- line chemotherapy in patients with metastatic breast cancer". *J Clin Oncol 2005;23: 7081-7088*.

2. Brian Hoyle (2010), "A Randomized phase III study evaluating pegylated liposomal doxorubicin (PLD) versus capecitabine (CAP) as first- line therapy for metastatic breast cancer": *Presented at ASCO*.

3. Ellis G.K, Livingston R.B, Gralow J.R et al (2002), "Dose- v Dense Anthracycline-Based Chemotherapy for Node-Positive Breast Cancer", *Journal of Clinical Oncology, Vol 20, 3637-3643*.

4. Harris L., Batist G., Belt R. et al (2002), "Liposome- encapsulated doxorubicin compared with conventional doxorubicin in a randomized multicenter trial as frist line therapy of metastatic breast carcinoma". *Cancer 2002; 94:25-36*.

5. Cung thị Tuyết Anh, Hồ Văn Trung (2012); "Kết quả điều trị đa thức ung thư vú giai đoạn sớm", *Tạp chí Ung thư học Việt Nam 7/2012* trang 362- 368

6. Trần Văn Công, Nguyễn Bá Đức (1999), "Nhập xét tái phát, di căn sau điều trị phẫu thuật tia xạ ung thư biểu mô tuyến vú giai đoạn II,IIIA tại bệnh viện K(1989-1992)", *Viện thông tin y học trung ương, tr. 151-153*.

7. Tô Anh Dũng (1996), "Đặc điểm lâm sàng ung thư biểu mô tuyến vú và đánh giá một số yếu tố tiên lượng", *Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ khoa học y dược, tr 1-60*.

8. Nguyễn Văn Định và cs (2012); "Cập nhật các tiến bộ gần đây về phẫu thuật trong ung thư vú"; *Tạp chí Ung thư học VN; Số 1-2012, tr:331-340*

9. Nguyễn Bá Đức, Nguyễn Chấn Hùng và CS (2004), "Kết quả bước đầu nghiên cứu dịch tể học mô tả một số bệnh ung thư ở 6 vùng địa lý Việt Nam giai đoạn 2001-2003", *Tạp chí Y học thực hành (489), tr.1-7*.

10. Nguyễn Bá Đức, Nguyễn Văn Định, Trần Văn Thuận (2000), "Đánh giá hiệu quả phẫu thuật cắt buồng trứng kết hợp với Tamoxifen trong điều trị hỗ trợ ung thư vú giai đoạn II,III", *Tạp chí thông tin Y dược, chuyên đề ung thư, tr.181-188*.