

KẾT QUẢ TẠO HÌNH DƯƠNG VẬT BẰNG VẬT ĐÙI TRƯỚC NGOÀI CUỐNG MẠCH LIỀN SAU PHẪU THUẬT UNG THƯ DƯƠNG VẬT

Nguyễn Đình Quân; Phạm Cao Kiên**

TÓM TẮT

Nghiên cứu can thiệp không đối chứng trên 22 bệnh nhân (BN) bị khuyết dương vật (DV) do ung thư được phẫu thuật tạo hình bằng vật đùi trước ngoài cuống mạch liền. Kết quả: 12 BN (57,1%) có cảm giác toàn bộ DV mới, 6 BN (28,6%) có cảm giác 2/3 DV mới, 1 BN (4,8%) có cảm giác bán phần DV mới, 2 BN mới phẫu thuật. 19/21 BN (90,5%) đứng tiểu được bằng DV mới. 13/21 BN (61,9%) quan hệ tình dục được. Biến chứng: hoại tử một phần vật 4/22 BN (22,7%), hoại tử toàn bộ vật 1/22 BN (4,5%), hẹp niệu đạo 5/21 BN (23,8%), rò niệu đạo 3/21 BN (14,3%), hở niệu đạo 2/22 BN (9,1%). Vật đùi trước ngoài cuống mạch liền phù hợp để tạo hình DV sau phẫu thuật ung thư DV.

* Từ khóa: Ung thư dương vật; Tạo hình dương vật; Vật đùi trước ngoài cuống mạch liền.

RESULTS OF PHALLOPLASTY WITH PEDICLED ANTEROLATERAL THIGH FLAP AFTER OPERATION OF PENILE CANCER

SUMMARY

An uncontrolled trial was carried out on 22 penile squamous cell carcinoma patients who amputated partial or total penis and reconstructed by pedicled anterolateral thigh flap. Results: 12 patients (57.1%) had sensation in total phalloplasty. 6 patients (28.6%) had sensation in 2/3 of phalloplasty. One patient (4.8%) had sensation in partial phalloplasty, 2 patients had just been operated. 19/21 patients (90.5%) had been using phalloplasty to urinate normally. 13 patients (61.9%) could make sexual intercourse with new penis. The remaining some problems including: fistula 3 patients (14.3%), open urethra due to deherent flap 2 patients (9.1%), urethral stenosis 5 patients (23.8%), partially necrotic flap 4 patients (18.2%), totally necrotic flap 1/22 patients (4.5%), pedicled anterolateral thigh flap is suitable for phalloplasty.

* Key words: Penile cancer; Phalloplasty; Anterolateral thigh flap.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Cho đến nay, ung thư tế bào vảy DV vẫn còn là một vấn đề thách thức đối với y học vì tính chất ác tính của bệnh. Các nghiên cứu trên thế giới cũng như Việt Nam chủ yếu tập trung vào kết quả điều trị cắt cụt DV.

Mất DV gây tổn thất nặng về tâm lý và sinh lý cho người bệnh. Nghiên cứu để phục hồi hình thể và chức năng DV chưa được quan tâm đúng mức. Hiện nay, ở Việt Nam chưa có một công trình nào công bố về vấn đề tạo hình DV sau ung thư cũng

* Bệnh viện Da liễu Trung ương

Chịu trách nhiệm nội dung khoa học: PGS. TS. Trần Văn Hinh

như tạo hình DV bằng vật đùi trước ngoài. Tạo hình DV bằng vật từ xa (vật cẳng tay quay, vật bả vai...) có nối mạch vi phẫu cần nhiều phẫu thuật viên, thời gian phẫu thuật dài hơn, trong khi đó, tạo hình DV bằng vật đùi trước ngoài cuống mạch liền (pedicled anterolateral thigh flap: PALT) mất ít thời gian, ít phẫu thuật viên và có thể không cần dụng cụ vi phẫu.

Để góp phần vào việc nghiên cứu tạo hình DV nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống của BN ung thư DV, chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả tạo hình DV bằng vật đùi trước ngoài cuống mạch liền.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

22 BN được phẫu thuật cắt cụt DV do ung thư và tạo hình bằng vật đùi trước ngoài cuống mạch liền tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 5 - 2010 đến 8 - 2012.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu can thiệp không đối chứng.

* *Chỉ định phẫu thuật tạo hình DV*: chỉ định tuyệt đối cho BN không di căn hạch bẹn. Chỉ định tương đối cho BN có di căn hạch bẹn, nhưng vẫn tha thiết được tạo hình DV.

* Quy trình kỹ thuật:

Xác định vị trí và kích thước nhánh xuyên nuôi vật bằng siêu âm màu.

Thiết kế vật: chiều rộng vật từ 14 - 16 cm, chiều dài phụ thuộc vào phần còn lại của DV. Chiều rộng vật da tạo hình ống niệu đạo mới từ 3,5 - 4,5 cm. Bóc biểu bì rộng 1 cm.

Bóc tách vật từ trong ra ngoài để tìm

nhánh xuyên nuôi vật da, phẫu tích theo nhánh xuyên đến chỗ xuất phát từ động mạch mũ đùi ngoài. Bóc bỏ biểu bì ở vật da theo hình vẽ từ trước. Làm mỏng vật nếu cần. Cuộn vật quanh ống thông foley 16F để tạo hình niệu đạo, cuộn phần còn lại vật da ra phía ngoài để tạo thân DV. Luồn vật dưới cơ - da tới gốc DV và nối với phần còn lại của DV cũ. Tạo quy đầu sau mổ khoảng 2 tuần. Làm cứng DV mới: bằng silicon sau mổ > 2 tháng.

Số liệu được ghi trong hồ sơ mẫu, nhập và xử lý bằng phần mềm PASW 18.0.

Chụp ảnh BN trước, trong sau mổ và trong thời gian theo dõi.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Thời gian theo dõi sau mổ trung bình $11,2 \pm 7,7$ tháng.

Tuổi trung bình $45,6 \pm 10,9$. BN < 60 tuổi chiếm 90,9%.

* *Số lượng nhánh xuyên nuôi vật đùi trước ngoài*:

Mamoon Rashid và CS (2011) sử dụng 2 nhánh mạch xuyên cho 4 BN và 1 nhánh mạch xuyên cho 10 BN tạo hình DV. Kết quả: tất cả các vật sống hoàn toàn [3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 12/22 BN (54,5%) sử dụng vật 1 nhánh mạch xuyên, 8/22 BN (36,4%) sử dụng vật 2 nhánh, 1/22 BN (4,5%) sử dụng vật 3 nhánh, 1/22 BN (4,5%) sử dụng vật 4 nhánh. Kết quả: 5 BN sử dụng 2 nhánh mạch xuyên vật sống hoàn toàn, 01 BN vật thiếu dưỡng phần ngoài đùi, 01 BN vật hoại tử một phần do rối loạn đông máu. 12 BN sử dụng 1 nhánh mạch xuyên nuôi vật, có một vật hoại tử hoàn toàn, hai vật hoại tử < 1/5 diện tích ở mặt trong đùi (phần thân DV)

vì thiếu máu nuôi dưỡng, một vật hoại tử diện tích 2 x 1,5 cm. 1 BN sử dụng 4 nhánh mạch xuyên và 01 BN sử dụng 3 nhánh mạch xuyên, nhưng vật vẫn hoại tử một phần do thiếu máu vì mạch xuyên quá nhỏ. Điều này cho thấy, số lượng nhánh xuyên càng nhiều, kích cỡ mạch xuyên càng nhỏ và sức sống vật da càng yếu.

** Cảm giác DV mới:*

Mamoon Rashid và CS (2011) nối thần kinh bì đùi ngoài với thần kinh mu DV cho 9 BN, sau > 9 tháng, cho kết quả tốt về xúc giác ở DV [3].

Theo Võ Văn Châu [1]: tốc độ tái tạo sợi trục sau khi thần kinh bị cắt đứt từ 1 - 2 mm/ngày, càng xa trung tâm, tốc độ tái tạo càng giảm.

Kết quả ở nghiên cứu này tại DV mới thấy: không cảm giác: 2 BN (9,5%), cảm giác một phần ở gần đầu DV: 1 BN (4,8%); cảm giác bán phần DV: 28,6%; cảm giác toàn phần DV: 57,1%.

4 BN được nối thần kinh bì đùi ngoài với thần kinh mu DV, 17 BN không nối thần kinh. Ở BN không nối thần kinh, cảm giác xuất hiện dần dần từ gốc tới đầu DV. Thời gian càng dài, cảm giác xuất hiện càng rộng và càng rõ nét hơn trên DV mới. 4 BN có nối thần kinh, cảm giác xuất hiện sớm hơn trên toàn DV. Chưa BN nào không xuất hiện cảm giác ở DV mới. Nối thần kinh thì cảm giác xuất hiện sớm hơn và phân bố rộng hơn trên toàn thân DV mới so với không nối. Tuy nhiên, việc bảo vệ thần kinh bì đùi ngoài rất khó vì phải làm mỏng vật.

** Chức năng DV mới:*

Nhìn chung, nếu phẫu thuật tạo hình niệu đạo, BN đều có thể đứng tiểu được. 19/21 BN đứng tiểu tiện được bằng DV mới. 2 BN không

liền vết mổ do hoại tử mép vật gây hở niệu đạo chưa khắc phục được.

Giulio Garaffa và CS (2009) [2] phẫu thuật tạo hình DV cho 15 BN ung thư DV bằng vật cấy tay quay. 5/7 BN được đặt chất liệu cương có khả năng quan hệ tình dục. Chúng tôi gặp 13/21 BN (61,9%) quan hệ tình dục được sau phẫu thuật. 2 BN không có nhu cầu quan hệ tình dục. 2 BN khác khó khăn trong quan hệ tình dục vì DV to và mềm, đã thu nhỏ, nhưng chưa đặt silicon vào DV mới cho BN. 2 BN bị hở niệu đạo không thể quan hệ. Các BN còn lại chưa dám quan hệ tình dục vì mới phẫu thuật xong.

** Biến chứng:*

Tổng hợp các nghiên cứu Zayed E [4] thấy tỷ lệ rò niệu đạo từ 8,3% (2/24) - 67,8% (38/56). Kết quả của chúng tôi: rò niệu đạo: 3/21 BN (14,3%), trong đó, 2 BN khâu trực tiếp lỗ rò sau 4 tháng phẫu thuật, 1 BN lỗ rò tự bít sau phẫu thuật. Hở niệu đạo 2/21 BN (9,5%), chưa khắc phục được.

Hẹp niệu đạo: hẹp niệu đạo cũng là biến chứng hay gặp trong tạo hình DV. Tỷ lệ hẹp niệu đạo của Giulio Garaffa (2008) [2] là 3/15 BN (27,27%) do hoại tử và nhiễm khuẩn. Hẹp niệu đạo được tác giả phục hồi bằng vật niêm mạc miệng. Chúng tôi gặp 5/21 BN (23,8%) hẹp niệu đạo bán phần xuất hiện sau phẫu thuật > 2 tháng, do sẹo co kéo gây chít hẹp chỗ nối giữa niệu đạo cũ và niệu đạo mới. 01 BN được phẫu thuật mở thông chỗ hẹp để tạo hình bán phần niệu đạo bằng vật lộn ngược từ da bìu, 3 BN thông niệu đạo và hết hẹp, 01 BN đang theo dõi.

4/5 BN có vật hoại tử một phần hoặc toàn

phần liên quan đến làm mỏng vật. Trong 4 BN này, 01 vật hoại tử toàn bộ do mạch nuôi quá bé và mỏng vật, 2 vật hoại tử < 1/5 diện tích, 1 vật chỉ hoại tử 2 x 1,5 cm. Kinh nghiệm cho thấy vật ở 1/3 dưới ngoài đùi mỏng nhất nên chúng tôi thiết kế vật tại nơi này để giảm mức độ làm mỏng vật.

4 BN tử vong sau phẫu thuật. 2 BN tử vong (sau phẫu thuật 3 tháng, 17 tháng) do ung thư di căn, 01 BN khác tử vong sau phẫu thuật 10 tháng do suy đa tạng, 01 BN tử vong sau phẫu thuật 7,5 tháng do tai biến mạch máu não.



Ảnh 1: Ma Seo L, 36 tuổi, chẩn đoán ung thư DV.



Ảnh 2: Vật đùi trước ngoài cuống mạch liên cuộn lại để tạo hình DV.



Ảnh 3: Kết quả tạo hình DV sau mổ 6 tháng.



Ảnh 4: BN đi tiểu bằng DV mới.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu 22 BN được tạo hình DV bằng vật đùi trước ngoài cuống mạch liên, chúng

tôi rút ra kết luận:

- Ưu điểm: kỹ thuật tương đối dễ, vật thích hợp với mọi kích thước DV mới, có thể

không cần dụng cụ vi phẫu, cuống mạch nuôi đáng tin cậy, vùng cho vật là vùng mạc quần áo nên không ngại về mặt thẩm mỹ.

- Nhược điểm: khó giữ thần kinh bì đùi ngoài vì phải làm mỏng vật.

- Kỹ thuật: nên lấy vật ở 1/3 dưới ngoài đùi, vì lớp mỡ mỏng nhất, cuống nuôi dài nhất. Cần siêu âm màu trước phẫu thuật để chọn mạch xuyên tin cậy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Võ Văn Châu. Các kỹ thuật căn bản khâu nối thần kinh. Vi phẫu thuật kỹ thuật thực nghiệm căn bản. Hội Y Dược học TP. Hồ Chí Minh. 1994, tr.42-51.

2. Giulio Garaffa, Amr A. Raheem, Nim A. Christopher, David J. Ralph. Total phallic reconstruction after penile amputation for carcinoma. BJU International. 2009, 104, pp.852-856.

3. Rashid M, Aslam A, Malik S, Tamimy MS, Ehtesham-ul-Haq, Aman S, Jamy O. Clinical applications of the pedicled anterolateral thigh flap in penile reconstruction. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2011, Aug, 64 (8), pp.1075-1081.

4. Zayed E, Hendy A, El-Melegy. A new technique for phalloplasty. J Plast Reconstr Surg. Egypt. 2004, Vol 28, No 2, July, pp.81-87.

Ngày nhận bài: 30/10/2012

Ngày giao phản biện: 15/11/2012

Ngày giao bản thảo in: 6/12/2012

