

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT UNG THƯ VÚ THEO PHƯƠNG PHÁP SCANLON

Phùng Phương¹, Nguyễn Trần Thúc Huan¹

TÓM TẮT

Ung thư vú là loại ung thư thường gặp ở nữ giới.

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật cắt vú cải biên theo phương pháp Scanlon tại bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu: tiến cứu, theo dõi dọc. gồm 214 bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I, II và IIIA, có kết quả sinh thiết là ung thư vú, được phẫu thuật theo phương pháp Scanlon tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ 1/2011 đến 12/2014.

Kết quả: độ tuổi thường gặp là 40-49 tuổi chiếm 36,45%, tuổi trung bình $48,05 \pm 9,3$, vị trí vú trái 54%, $\frac{1}{4}$ trên ngoài 39,72%, kích thước u 2-5cm (T2) chiếm 62,62%. Tế bào học dương tính 67,29%, di căn hạch nách 71,03%, giai đoạn II chiếm đa số 57,94%. Về kết quả giải phẫu bệnh: ung thư thể ống xâm nhập 75,23%, thụ thể nội tiết ER+ chiếm 55,17%, PR+ là 48,85% và Her-2+ chiếm 52,87%. Đánh giá kết quả phẫu thuật: không có tai biến trong mổ. Biến chứng sớm thường gặp là tụ dịch hõm nách 24,29%, biến chứng muộn thường gặp là phù bạch mạch 7,47%, đau mãn tính 8,41%.

Kết luận: Phẫu thuật cắt vú cải biên theo phương pháp Scanlon là phương pháp có tính ưu việt ở những bệnh nhân còn giai đoạn phẫu thuật.

Từ khóa: Phẫu thuật cắt vú, phương pháp Scanlon

ABSTRACT

INVESTIGATE THE THERAPEUTIC EFFECTIVENESS OF MODIFIED RADICAL MASTECTOMY ACCORDING TO SCANLON TECHNIQUES

Phung Phuong¹, Nguyen Tran Thuc Huan¹

Breast cancer is the most common malignancy cancer in women.

Objective: identify the clinical and paraclinical characteristics and investigate the therapeutic effectiveness of modified radical mastectomy according to Scanlon techniques at Hue Medical University Hospital.

Patients and Methods: prospective, longitudinal study was performed from 1/2011 and 12/2014, eligible patients included 214 breast cancer clinically stage I, II, IIIA, biopsy-confirmed breast cancer, were treated by modified radical mastectomy according to Scanlon techniques at Hue Medical University Hospital.

Results: The most affected age group was 40-49 (36,45%), the mean age 48.05 ± 9.3 . Location of the left breast was 54%, of $\frac{1}{4}$ outer upper was 39.72%. The tumor size 2-5cm is the most common, accounted

1. Bệnh viện Trường Đại học Y Dược
Huế

- Ngày nhận bài (received): 8/6/2015; Ngày phản biện (revised): 12/6/2015;
- Ngày đăng bài (Accepted): 25/6/2015
- Người phản biện: Phạm Như Hiệp
- Người phản hồi (Corresponding author): Phùng Phương
- Email: phuongyem@yahoo.com

for 62.62%. Positive Histological result accounted for 67.29%, Positive axillary node accounted for 71.03%. On the staging, 57.84% at stage II. Hormone receptor status: Invasive ductal Carcinoma accounted for 75.23% ER positive 55.17%, PR positive 48.85% and Her2 positive 52.87%

Surgical outcomes after breast cancer surgery: There was no complication in the gnration. The commom early complication was seromas (24.29%). The common later complication were: lymphedema (7.47%) and persistent pain (8.41%).

Conclusion: Modified mastectomy according to Scanlon technique continues to offer the best chance of cure for resectable breast cancer patients.

Key word: mastectomy, Scanlon technique

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là loại ung thư đứng đầu ở nữ giới. Theo Globocan, có 1,67 triệu trường hợp ung thư vú mới mắc trong năm 2012 (chiếm 25% của tất cả bệnh ung thư). Ung thư vú là nguyên nhân gây tử vong thứ 5 do ung thư nói chung (522.000 trường hợp). Ở Việt Nam ung thư vú vẫn đứng đầu ở nữ giới và có xu hướng ngày càng gia tăng và trẻ hóa hơn các nước Âu Mỹ. Mỗi năm có khoảng 12.000-15.000 trường hợp mới mắc và các trường hợp đến khám ở giai đoạn muộn chiếm 64,2%. Điều trị ung thư vú tùy thuộc vào giai đoạn bệnh, thường kết hợp giữa phẫu thuật, xạ trị và điều trị nội khoa ung thư gồm hóa trị, nội tiết, và điều trị đích. Điều trị phẫu thuật là phương pháp được lựa chọn đầu tiên ở giai đoạn còn mổ được. Có nhiều phương pháp phẫu thuật, tuy nhiên chúng tôi chọn phương pháp Scanlon, là một phương pháp cải tiến của phương pháp Patey, vét hạch mức I,II,III và có tính ưu việt về thẩm mỹ do bảo tồn được các cơ ngực.

Mục tiêu đề tài:

- Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư vú đến phẫu thuật tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế.
- Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt vú cải biên theo phương pháp Scanlon.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: gồm 214 bệnh nhân ung thư vú, có kết quả sinh thiết là carcinoma tuyến vú giai đoạn I,II,IIIA, được

phẫu thuật cắt vú cải biên theo phương pháp Scanlon tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ 1/2011 đến 12/2014.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: tiền cứu, theo dõi dọc

Nội dung nghiên cứu: Nghiên cứu những đặc điểm chung: tuổi, các yếu tố nguy cơ. Nghiên cứu về lâm sàng: hoàn cảnh phát hiện u, vị trí, kích thước, tình trạng hạch nách.

Nghiên cứu cận lâm sàng: siêu âm vú, chụp Xquang tuyến vú, chọc hút tế bào bằng kim nhỏ, sinh thiết sau mổ, các xét nghiệm đánh giá di căn xa. Nghiên cứu trong mổ: thời gian phẫu thuật, tình trạng u, tình trạng hạch nách, tai biến trong mổ. Nghiên cứu mô bệnh học: phân loại mô bệnh học, độ biệt hóa tế bào, tình trạng hạch nách, tình trạng thụ thể ER, PR, Her 2. Đánh giá giai đoạn: theo TNM. Nghiên cứu các biến chứng sau phẫu thuật: thời gian hậu phẫu, biến chứng sớm, biến chứng muộn. Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 17.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các đặc điểm chung của bệnh nhân

Bảng 3.1. Tuổi

Tuổi	n	%
30-39	38	17,76
40-49	78	36,45
50-59	69	32,24
≥ 60	29	13,55
Tổng	214	100,00

Tuổi nhỏ nhất 30, tuổi lớn nhất 77, tuổi trung bình $48,05 \pm 9,3$

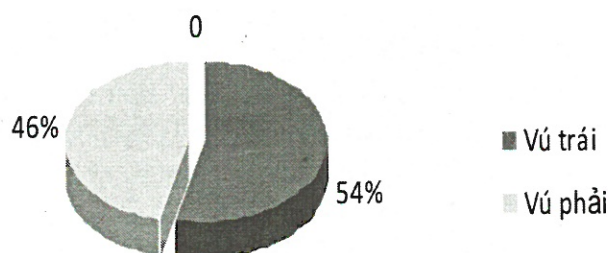
Đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư vú theo phương pháp Scanlon

Bảng 3.2. Các yếu tố nguy cơ

Yếu tố nguy cơ	n	%
Không rõ	148	69,16
Có kinh sớm trước 13 tuổi	17	7,94
Mãn kinh muộn sau 50 tuổi	21	9,81
Không sinh đẻ	11	5,15
Béo phì	17	7,94
Tổng	214	100,00

Bảng 3.3. Hoàn cảnh phát hiện khối u

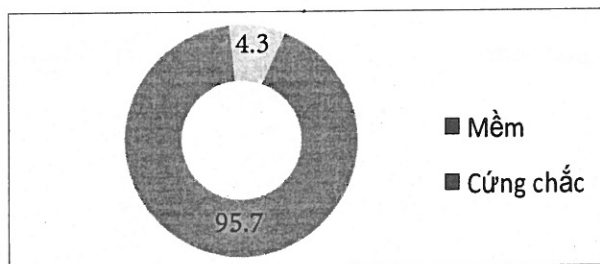
Hoàn cảnh phát hiện	n	%
Tự phát hiện	174	81,31
Khám định kỳ	6	2,80
Chảy dịch núm vú	4	1,86
Tụt núm vú	5	2,36
Hạch nách	11	5,13
Siêu âm	14	6,54
Tổng	214	100,00



Biểu đồ 3.1. Phân bố vị trí khối u

Bảng 3.4. Vị trí u trên vú

Vị trí u trên vú	n	%
¼ trên ngoài	85	39,72
¼ trên trong	38	17,76
¼ dưới ngoài	34	15,89
¼ dưới trong	32	14,95
Trung tâm	25	11,68
Tổng	214	100,00



Biểu đồ 3.2. Mật độ khối u

Bảng 3.5. Hình ảnh siêu âm vú

Hình ảnh siêu âm		n	%
Ranh giới	Rõ	42	19,63
	Không rõ	172	80,37
Cấu trúc	Đặc	146	68,22
	Khác	68	31,78
Vôi hóa	Có	79	36,92
	Không	135	63,08
Hạch nách	Có	102	47,66
	Không	112	52,34

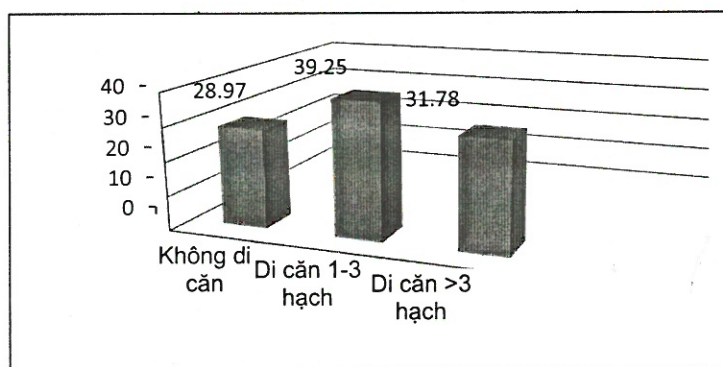
Bảng 3.6. Hình ảnh trên phim Xquang vú

Hình ảnh Xquang		n	%
Khối tăng đậm độ	Có	198	97,06
	Không	6	2,94
Cấu trúc	Hình tia	102	50,00
	Rối loạn cấu trúc	96	47,06
	Khác	6	2,94
Vôi hóa vi thể	Có	118	57,84
	Không	86	42,16
Giới hạn	Rõ	28	13,73
	Không rõ	176	86,27

Bảng 3.7. Kết quả xét nghiệm tế bào học

Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ	n	%
Lành tính	24	11,21
Nghi ngờ	46	21,50
Ác tính	144	67,29
Tổng	214	100,00

Đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư vú theo phương pháp Scanlon



Biểu đồ 3.3. Số hạch di căn

Bảng 3.8. Giai đoạn lâm sàng TMN

Giai đoạn	n	%
I	5	2,34
II	124	57,94
IIIA	85	39,72
Tổng	214	100,00

Trong nghiên cứu này: No: 62/ N1,1: 152

Bảng 3.9. Giải phẫu bệnh

Giải phẫu bệnh	n	%
Ung thư biểu mô thể ống xâm nhập	161	75,23
Ung thư biểu mô thể thùy xâm nhập	36	16,82
Các loại khác	17	7,95
Tổng	214	100,00

Bảng 3.10. Độ mô học

Độ mô học	n	%
Biệt hóa tốt	12	5,60
Biệt hóa vừa	148	69,16
Biệt hóa kém	54	25,24
Tổng	214	100,00

Bảng 3.11. Tình trạng thụ thể nội tiết

Chỉ số	n	%
ER +	96	55,17
PR +	85	48,85
Her-2 dương tính	92	52,87

3.2. Đánh giá kết quả phẫu thuật:

Thời gian mổ: Thời gian mổ trung bình 102,6 phút $\pm$ 15,3, ngắn nhất 75 phút, dài nhất 182 phút

Hậu phẫu: Trung bình: 14,2 $\pm$ 3,6 ngày. Ngắn nhất: 8 ngày. Dài nhất: 24 ngày.

Tai biến trong mổ: Không có tai biến gì xảy ra trong quá trình phẫu thuật như tổn thương mạch máu thần kinh.

Bảng 3.12. Biến chứng sớm

Biến chứng	n	%
Chảy máu	1	0,47
Tụ dịch hõm nách	52	24,29
Nhiễm trùng vết mổ	1	0,47
Hoại tử mép vết mổ	3	1,40
Đau kéo dài	28	13,08
Mất cảm giác vai	6	2,80

Bảng 3.13. Biến chứng muộn

Biến chứng	n	%
Phù bạch huyết	16	7,47
Đau mãn tính	18	8,41
Hạn chế vận động vai	14	6,54

IV. BÀN LUẬN

4.1. Các đặc điểm chung

Nhóm tuổi trong nghiên cứu này có tỷ lệ cao nhất là 40-49 tuổi, chiếm 36,54%. Kết quả này cũng tương tự với các tác giả trong nước như Nguyễn Lam Hòa [4], Đặng Công Thuận [7], Tôn Thất Cầu [1], Nguyễn Đình Tùng [6] và một số tác giả trong nước khác. Tuy nhiên, nghiên cứu của các tác giả Châu Âu và Châu Mỹ như Anh, Canada thì nhóm tuổi có tỷ lệ cao nhất là 60- 69 tuổi. Nhìn chung các nước Châu Á ung thư vú xảy ra ở độ tuổi sớm hơn.

Các yếu tố nguy cơ ung thư vú hầu hết là không rõ ràng, chúng tôi chỉ gặp một số ít trường hợp có yếu tố nguy cơ như có kinh sớm, mãn kinh muộn, không sinh đẻ, béo phì, tỷ lệ này chỉ chiếm từ 5-8%. Nghiên cứu các tác giả khác cũng cho kết quả tương tự.

Hầu hết các bệnh nhân tự sờ được khối u chiếm đến 81,31%. Có những bệnh nhân không chắc là u

hay không, tưởng là tổ chức vú bình thường (trái trảm) nên thường đến khám muộn, khối u đã rất lớn. Do đó hơn một nửa trường hợp, chúng tôi phát hiện u từ 3-5cm. U ở giai đoạn T1 chỉ 3,28%. Ngược lại, ở Mỹ, tỷ lệ ung thư vú ở giai đoạn T0, T1 tăng dần từ 42,5% lên 56,2%. Có lẽ đã đến lúc phải tuyên truyền nhận thức về ung thư vú và có chương trình tầm soát rộng lớn hơn.

Về hình ảnh: nghiên cứu của chúng tôi cũng như các nghiên cứu của Võ Hồ Quỳnh Như [5], Đặng Công Thuận [7], về siêu âm tuyến vú chủ yếu là cấu trúc đặc, ranh giới không rõ chiếm từ 75-90%, vôi hóa từ 40-90% phụ thuộc vào kinh nghiệm người đọc, nghiên cứu của chúng tôi là 57,84%. Hình ảnh Xquang vú chủ yếu là khối tăng đậm độ 97,06, hình tia 50% và vôi hóa vi thể 57,84%. Nghiên cứu của Võ Hồ Quỳnh Như cho kết quả rất cao, bờ hình sao 100%, bờ không đều 100%, vi vôi hóa 83% [5].

Chọc hút bằng kim nhỏ trong ung thư vú là xét nghiệm thường qui trong bộ 3 chẩn đoán ung thư

vú. Kết quả nghiên cứu của nhiều tác giả cho tỷ lệ dương tính khác nhau. Các nghiên cứu của Tôn Thất Cầu [1], Nguyễn Lam Hòa [4], Nguyễn Đình Tùng [6], Đặng Công Thuận [7], Wei Sun [11] có tỷ lệ dương tính từ 83%-93%. Nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ dương tính 67,29%. Tỷ lệ dương tính phụ thuộc rất nhiều vào kinh nghiệm người đọc.

Di căn hạch nách là một trong các yếu tố quan trọng quyết định thái độ điều trị và tiên lượng. Tình trạng di căn hạch nách có tỷ lệ tương đối khác nhau giữa các tác giả. Nghiên cứu của Nguyễn Đình Tùng 79,6% [6], Nguyễn Văn Quy 50,9%, San-Gang Wu 48,8% [8]. Nghiên cứu của chúng tôi là 71,03%. Qua các nghiên cứu chứng tỏ ung thư vú ở nước ta được phát hiện muộn hơn so với nước ngoài.

Về giai đoạn bệnh, trong nghiên cứu này tỷ lệ ung thư vú được phát hiện ở giai đoạn I rất thấp chỉ chiếm 2,34%, chủ yếu là giai đoạn II và III, chiếm lần lượt là 57,94% và 39,72%. Nghiên cứu của Tôn Thất Cầu [1], Nguyễn Đình Tùng [6], Nguyễn Lam Hòa [4] cũng cho kết quả tương tự. Kết quả này một lần nữa nhắc nhở các bác sĩ chuyên ngành ung bướu nhanh chóng vận động chương trình sàng lọc phát hiện sớm ung thư vú để điều trị có hiệu quả hơn.

Giải phẫu bệnh: Nhiều nghiên cứu của các tác giả trong nước cho thấy ung thư biểu mô thể ống xâm nhập chiếm đa số, từ 71,9% đến 85,4%. Nghiên cứu của các tác giả nước ngoài cũng cho kết quả tương tự. Nghiên cứu của chúng tôi là 75,23%, kể đến là ung thư biểu mô thể thùy xâm nhập chiếm 16,82%. Về độ mô học, nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là biệt hóa vừa chiếm 69,16%, biệt hóa tốt chiếm tỷ lệ thấp 5,6%. Nghiên cứu của các tác giả trong nước độ biệt hóa vừa thay đổi từ 35%-84,6%, trong lúc đó tỷ lệ biệt hóa tốt ít có sự khác biệt. Về thụ thể nội tiết, tỷ lệ ER+ chiếm 55,17%, PR+ là 48,85% và Her-2+ là 52,87%. Các nghiên cứu trong và ngoài nước như Nguyễn Thế Dân [2], Âu Nguyệt Diệu [3], Nguyễn Văn Quy, Shapochka [10] tỷ lệ ER+ từ 47,8%-77,9%, PR+ từ 46,4-72,3% và Her-

2+ từ 17,7-49%. Sở dĩ có sự khác biệt về giải phẫu bệnh, theo chúng tôi, là do xét nghiệm được làm ở nhiều bệnh viện khác nhau, cách xếp loại chưa thống nhất giữa các nhà giải phẫu bệnh.

4.2. Đánh giá kết quả phẫu thuật:

Thời gian mổ không khác nhau giữa các nghiên cứu trong và ngoài nước bởi yêu cầu về phương tiện là đơn giản, vài trung tâm có dao siêu âm thời gian mổ có nhanh hơn. Thời gian mổ trung bình của chúng tôi là 102,6 phút $\pm$ 15,3, thời gian hậu phẫu trung bình là 14,2 $\pm$ 3,6 ngày, cũng tương tự như các tác giả trong nước. Tác giả nước ngoài như Sarah [9], hậu phẫu trung bình chỉ 2 ngày, sau đó bệnh nhân được về chăm sóc ở y tế cơ sở, như vậy chi phí y tế giảm đáng kể do giá chăm sóc nội trú cao.

Tai biến trong mổ: Chúng tôi không gặp tai biến nào trong quá trình phẫu thuật. Các tác giả trong nước cũng không ghi nhận trường hợp nào. Các tác giả nước ngoài cũng rất ít tai biến, chỉ có Ruffo ghi nhận tổn thương mạch máu 0,9% và tổn thương thần kinh 0,4%.

Biến chứng sớm chúng tôi hay gặp là tụ dịch hố nách 52 trường hợp chiếm 24,29%. Các tác giả khác có tỷ lệ thấp hơn, như Nguyễn Đình Tùng 5,2% [6]. Với các trường hợp tụ dịch chúng tôi thường dùng kim gắn bơm tiêm để hút dịch vài lần sau đó khô hẳn. Có 1 trường hợp chảy máu sau mổ (0,47%) do cầm máu bằng dao điện không tốt, sau đó chúng tôi mở vết mổ cầm máu lại. Một số biến chứng ít gặp hơn như đau kéo dài sau mổ 13,08%, hoại tử mép vết mổ 1,4%, mất cảm giác vai 2,8%, nhiễm trùng vết mổ 0,47%.

Biến chứng muộn: thường gặp nhất phù bạch huyết 7,47%, đau mãn tính 8,41%, hạn chế vận động vai 6,54%. Các biến chứng sớm và muộn thường gặp ở những bệnh nhân giai đoạn III, khối u lớn, hạch nách nhiều và dính nên trong quá trình vét hạch tổn thương hệ bạch mạch và thần kinh cảm giác.

V. KẾT LUẬN: Qua nghiên cứu 214 bệnh nhân ung thư vú được phẫu thuật bằng phương pháp

Scanlon tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ 1/2011 đến 12/2014, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

Về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: độ tuổi thường gặp là 40-49 tuổi chiếm 36,45%, phần lớn bệnh nhân tự phát hiện khối u 81,31%, vị trí vú trái 54%, ¼ trên ngoài 39,72%, kích thước u 2-5cm (T2) chiếm 62,62%. Hình ảnh Xquang vú có khối tăng đậm độ 97,06%, hình tia 50%, vôi hóa vi thể 57,84%. Tế bào học dương tính 67,29%, di căn hạch nách 71,03%, giai đoạn II chiếm đa số 57,94%. Về

kết quả giải phẫu bệnh: ung thư thể ống xâm nhập 75,23%, độ biệt hóa vừa 69,16%, thụ thể nội tiết ER+ chiếm 55,17%, PR+ là 48,85% và Her-2+ chiếm 52,87%.

Đánh giá kết quả phẫu thuật: thời gian mổ trung bình $102,6 \pm 15,3$ phút, thời gian hậu phẫu trung bình $14,2 \pm 3,6$ ngày, không có tai biến trong mổ. Biến chứng sớm thường gặp là tụ dịch hõm nách 24,29%, biến chứng muộn thường gặp là phù bạch mạch 7,47%, đau mãn tính sau mổ 8,41%, hạn chế vận động khớp vai 6,54%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tôn Thất Cầu (1999), *Bước đầu đánh giá kết quả điều trị ung thư vú ở phụ nữ trước mãn kinh bằng phương pháp cắt vú triệt để cải biên phối hợp cắt buồng trứng và uống tamoxifen*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y khoa Huế.
2. Nguyễn Thế Dân (2007), “Biểu hiện thụ thể Estrogen Progesteron, gen P53, ki67, Her-2/neu trong ung thư biểu mô tuyến vú”, *Tạp chí Y học TP HCM*, 11(3), tr. 106-109.
3. Âu Nguyệt Diệu (2003), “Khảo sát hóa mô miễn dịch các thụ thể Estrogen và Progesteron 350 trường hợp ung thư vú”, *Tạp chí Y học TP HCM*, 7(4), tr. 284- 289.
4. Nguyễn Lam Hòa (2013), “Kết quả điều trị phẫu thuật ung thư vú giai đoạn I, II, IIIA”, *Tạp chí Y học lâm sàng*, 17, tr. 146-150.
5. Võ Hồ Quỳnh Như (2009), *Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh siêu âm và Xquang vú trong chẩn đoán khối u vú*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế.
6. Nguyễn Đình Tùng (2005), *Nghiên cứu tình trạng di căn hạch nách và kết quả điều trị ung thư tuyến vú bằng phẫu thuật cắt vú cải biên*, Luận văn Tiến sĩ Y học, Học viện quân Y.
7. Đặng Công Thuận (2011), “Nghiên cứu sự bộc lộ Er, Pr, Her-2 và nồng độ CA 15.3 trong ung thư biểu mô vú xâm nhập”, *Tạp chí Y học TP HCM*, 15(2), tr. 107- 113.
8. San-Gang Wu (2013), “Prognostic value of metastatic axillary lymph node for Chinese breast cancer patient”, *PloS ONE*, 8(4), e6, pp. 1410.
9. Sarah HP (1994), “Accelerated surgical stay programs. A mechanism to reduce health care costs”, *Annals of surgery*, 219, pp. 374- 381.
10. Shapochka DO (2012), “Relationship between NF-kappaB, ER, PR, Her2/neu, ki67, P53 expression in human breast cancer”, *Exp, Onco*, 34(4), pp. 358- 363.
11. Wei S (2001), “Comparison of fine-needle aspiration cytology and core biopsy for diagnosis of breast cancer”, *Phatol Res Pract*, 186(1), pp. 92- 94.