

## PHẪU THUẬT TÁI TẠO VÚ BẰNG VẬT DA CƠ THẰNG BỤNG CẢI TIẾN

Nguyễn Đình Tùng<sup>1</sup>, Nguyễn Việt Dũng<sup>1</sup>, Tôn Thất Cầu<sup>1</sup>  
1.Trung tâm Ung bướu, BVTW Huế

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Trung tâm Ung bướu - Bệnh viện Trung ương Huế đã tiến hành các kỹ thuật tái tạo vú bằng vật da cơ lưng rộng, implant, mảnh ghép mẫu mô không tế bào và gần đây là vật da cơ thẳng bụng (vạt TRAM) một cuống, hai cuống mạch và vạt TRAM có tăng cường nhánh nổi.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu đánh giá 10 bệnh nhân tái tạo vú bằng vạt TRAM cải tiến trong đó có 9 bệnh nhân tái tạo bằng vạt TRAM hai cuống mạch và một bệnh nhân tái tạo vú bằng vạt TRAM có tăng cường nhánh nổi tĩnh mạch. Có 8 trường hợp tái tạo tức thì và 2 trường hợp tái tạo muộn.

**Kết quả:** Biến chứng sớm sau mổ bao gồm 1 cas tụ dịch và 1 cas nhiễm trùng, không có bệnh nhân nào xuất hiện các biến chứng muộn như hoại tử mỡ, phồng thành bụng hay thoát vị. Không có bệnh nhân nào xuất hiện tái phát tại chỗ sau 30 tháng theo dõi. Kết quả thẩm mỹ xuất sắc trong 9 trường hợp và tốt 1 trường hợp.

**Kết luận:** Tái tạo vú bằng vạt TRAM cải tiến có biến chứng thấp và kết quả thẩm mỹ cao, đây được xem là một phương pháp phẫu thuật có hiệu quả và đáng tin cậy.

### ABSTRACT

#### BREAST RECONSTRUCTION WITH THE MODIFIED TRANSVERSE RECTUS ABDOMINIS MUSCULOCUTANEOUS (TRAM) FLAP

Nguyen Dinh Tung<sup>1</sup>, Nguyen Viet Dung<sup>1</sup>, Ton That Cau<sup>1</sup>

**Introduction:** Since 2000, the Oncology Center - Hue Central Hospital have performed breast reconstruction procedures with Latissimus Dorsi flap, implant, human acellular tissue matrix graft and the unipedicled and bipedicled transverse rectus abdominis musculocutaneous (TRAM) flap.

**Patients and methods:** This study assess 10 patients breast reconstruction with modified TRAM flap, included 9 patients with bipedicled TRAM flap and 1 patient with supercharged TRAM flap. There were 8 cases immediate breast reconstruction and 2 cases delay reconstruction for patients who have undergone mastectomy.

**Results:** The early complication in two cases were 1 seroma and 1 infection with partial flap loss, no patients were indentified with late complication such as fat necrosis, abdominal wall bulging or hernia and other complications. There were no patients occurred local recurrence after follow up 30 months. Aesthetic result was excellent in 9 cases and good in 1 case.

**Conclusion:** Breast reconstruction with modified TRAM flap was accociated with a low complication rate and high cosmetic result which is shown to be an effective and reliable surgical option.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Từ năm 2000 đến nay, Trung tâm Ung bướu bệnh viện Trung ương Huế đã phẫu thuật tái tạo vú cho gần 40 trường hợp với hầu hết các phương pháp đã ứng dụng: vạt da cơ lưng rộng, vạt da cơ lưng rộng có implant, implant đơn thuần. Đặc biệt từ năm 2007 đến nay, bên cạnh các phẫu thuật ung thư thẩm mỹ (oncoplastic surgery) dành cho bệnh nhân ung thư vú giai đoạn sớm, chúng tôi đã ứng dụng thêm các kỹ thuật tái tạo vú bằng implant, mảnh ghép mẫu mô không tế bào (human acellular tissue matrix graft), vạt TRAM một cuống và gần đây là vạt TRAM cải tiến hai cuống mạch và vạt TRAM có tăng cường nhánh nối.

Tái tạo vú bằng vạt tự thân mà tiêu biểu là vạt TRAM một cuống được Hartrampf ứng dụng đầu tiên năm 1982 ngày nay đã trở thành một phương pháp tái tạo kinh điển. Đến nay đã có rất nhiều nghiên cứu về vạt này và những hạn chế nổi trội là khả năng hoại tử một phần hay toàn bộ là khá cao. Nhằm giảm thiểu các biến chứng và nâng cao chất lượng tái tạo, một số tác giả gần đây chủ trương ứng dụng vạt TRAM cải tiến bằng hai cuống mạch hoặc tăng cường nhánh nối trong tái tạo vú. Vạt TRAM hai cuống có chỉ định rộng rãi kể cả trên các đối

tượng nguy cơ đã đem lại kết quả thẩm mỹ khả quan, ổn định và sự hài lòng của người bệnh. Bên cạnh đó, các vạt TRAM cải tiến khác cũng được chỉ định nhằm tăng cường cơ hội lựa chọn tái tạo cho bệnh nhân ung thư. Mục tiêu:

*Đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật tái tạo vú bằng vạt TRAM cải tiến trên 10 bệnh nhân ung thư vú đã phẫu thuật cắt vú.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng :** 10 bệnh nhân ung thư vú, điều trị từ 03/2008 đến nay

**Tiêu chuẩn chọn bệnh:**

- Bệnh nhân có kết quả mô bệnh học chẩn đoán là carcinoma tuyến vú, Giai đoạn IIa, IIb
- Có chỉ định phẫu thuật cắt vú triệt để cải biên
- Không có di căn xa
- Tình trạng vùng cho (thành bụng) tốt

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả cắt ngang

Ghi nhận và phân tích các đặc điểm bệnh nhân, tình hình điều trị, kỹ thuật tái tạo, kết quả và biến chứng

**Xử lý số liệu:** SPSS 11.5

**III. KẾT QUẢ**

**3.1. Đặc điểm chung bệnh nhân**

*Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu*

Tuổi	38-54
Nghề nghiệp	Cán bộ CNV: 07 Kinh doanh: 03
Địa chỉ	Thừa Thiên Huế: 05 Đà Nẵng: 04 Quảng Trị: 01
Văn hóa 12/12	09
Tiền sử hút thuốc lá, tiểu đường, tăng huyết áp, béo phì	Không có
Kanofsky	100%
Tình trạng thành bụng tốt	10
Xạ trị trước mổ	Không
Điều trị bổ sung sau mổ	- Xạ trị: 02 - Hóa trị: 05

## Bệnh viện Trung ương Huế

### 3.2. Đặc điểm phẫu thuật

Bảng 3.2. Đặc điểm phẫu thuật

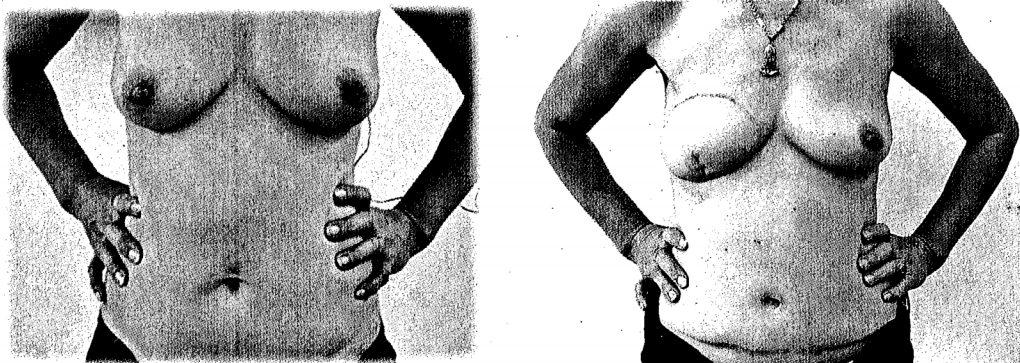
Thời gian phẫu thuật	6-8 giờ
Thời gian hậu phẫu	14-17 ngày
Thời gian theo dõi sau tái tạo	3- 30 tháng
Thời điểm tái tạo	- Tức thì : 08 - Trì hoãn : 02
Kỹ thuật	- Vạt TRAM hai cuống : 09 - Vạt TRAM tăng cường nhánh nối: 01

### 3.3. Kết quả tái tạo

Bảng 3.3. Kết quả tái tạo

Kết quả tái tạo	Số bệnh nhân
<b>Biến chứng sớm sau tái tạo</b>	
- Tụ máu	0
- Tụ dịch	0
- Nhiễm trùng	01 (vùng cho và vùng nhận)
- Hoại tử vạt một phần	01
<b>Biến chứng muộn sau tái tạo</b>	
- Hoại tử mỡ	0
- Phồng thành bụng	0
- Thoát vị thành bụng	0
<b>Kết quả thẩm mỹ (1-4 điểm)</b>	
- Xuất sắc (4)	09
- Tốt (3)	01
- Trung bình (2)	
- Kém (1)	

Một trường hợp nhiễm trùng hoại tử vạt một phần được cắt lọc, kháng sinh, kháng viêm đến 50 ngày mới ổn định. Một trường hợp khác tụ dịch do tắc ống dẫn lưu



Hình 3.1. Bệnh nhân ung thư vú (P)  $T_2N_0M_0$  trước và sau mổ tái tạo vú bằng vạt TRAM cải tiến

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đặc điểm bệnh nhân

Bệnh nhân được lựa chọn trong độ tuổi từ 38 đến 54 tuổi, ung thư vú giai đoạn II, đối tượng chủ yếu là cán bộ công nhân viên và giới kinh doanh, những người có trình độ nhất định và am hiểu ý nghĩa của việc phẫu thuật thông qua các phương tiện thông tin đại chúng. Bệnh nhân được giải thích rõ về lợi ích cũng như những biến chứng của loại phẫu thuật này, chỉ có những bệnh nhân hiểu được giá trị của công việc mới tiến hành phẫu thuật, phần lớn bệnh nhân khi chẩn đoán ung thư vú chỉ mong được chữa lành bệnh chứ ít nghĩ đến tái tạo vú nhưng khi đã trở về với cuộc sống hằng ngày cùng với những bất tiện do phẫu thuật cắt vú gây ra thì lại tỏ ra đáng tiếc khi không chọn tái tạo tức thì.

Các bệnh nhân chọn lựa đều không có tiền sử hút thuốc, béo phì, tiểu đường, tim mạch. Watterson chỉ ra rằng hút thuốc, xạ trị thành ngực trước đó và sẹo thành bụng làm tăng tỷ lệ biến chứng sau mổ. Các tác giả khác cũng cho thấy mối liên quan giữa béo phì, cao huyết áp, đái tháo đường, xạ trị thành ngực, sẹo thành bụng, hút thuốc và kết quả phẫu thuật tái tạo vú vạt TRAM nói chung. Tuy nhiên, họ cũng khuyến cáo nên lựa chọn vạt TRAM hai cuống để tái tạo cho những đối tượng có nguy cơ nói trên nhằm đảm bảo an toàn cho phẫu thuật tái tạo.

Trong nghiên cứu có hai trường hợp tái tạo trì hoãn nhưng không xạ trị thành ngực, một số bệnh nhân có xạ trị và hóa trị sau mổ. Thomas cho rằng xạ trị sau tái tạo vú tức thì ảnh hưởng đến kết quả thẩm mỹ do hoại tử mỡ, xơ hóa làm co kéo, xạm da vùng tái tạo. Xạ trị sau tái tạo vú tức thì làm tăng tỷ lệ biến chứng muộn (hoại tử mỡ) so với tái tạo vú trì hoãn trên các đối tượng đã có xạ trị thành ngực.

##### 4.2. Một số đặc điểm của vạt TRAM hai cuống mạch

Ngày nay, vạt tự thân là vạt được các nhà chuyên môn lẫn bệnh nhân ưa thích vì chất liệu tái tạo có sẵn và tạo được tính bền vững cao. Vạt da cơ lưng rộng (LD) và vạt da cơ thẳng bụng (TRAM) là những vạt kinh điển được ứng dụng rộng rãi trong phẫu thuật tái tạo vú. Ưu điểm của vạt TRAM là sử dụng vạt lớn, tạo dáng vú đẹp, tạo hình thành bụng gọn hơn. Tuy

nhiên trong nhiều nghiên cứu, vạt TRAM cổ điển một cuống mạch có tỷ lệ hoại tử mỡ từ 10-35%, tỷ lệ hoại tử vạt một phần hay toàn bộ từ 5-44%. Sở dĩ như vậy vì vạt TRAM một cuống chủ yếu cung cấp máu cho vùng I và III còn vùng II và IV thì khả năng cung cấp máu đã giảm dần. Để khắc phục tình trạng đó người ta đã ứng dụng vạt TRAM cải tiến trong tái tạo, bao gồm vạt TRAM hai cuống (bipedicled TRAM flap), vạt TRAM một cuống trì hoãn (delay unipedicled TRAM flap) và vạt TRAM một cuống tăng cường nhánh nối (supercharged TRAM flap). Chúng tôi chọn vạt TRAM hai cuống và bắt đầu ứng dụng vạt TRAM một cuống tăng cường nhánh nối nhằm đảm bảo vạt sống an toàn hơn và giảm các biến chứng. Đa số các tác giả cho rằng vạt TRAM cải tiến đã làm giảm tỷ lệ hoại tử mỡ chỉ còn 0-10%.

Việc chọn lựa vạt nào cho tái tạo vú là tùy thuộc vào quan điểm tác giả và trên từng bệnh nhân cụ thể. Những nghiên cứu trước đây của chúng tôi cho rằng vạt da cơ lưng rộng có vẻ phù hợp với người Việt Nam nhưng kết quả lâu dài có những hạn chế nhất định. Vạt TRAM hai cuống có ưu điểm nổi trội là tạo dáng vú đẹp, phù hợp với phẫu thuật cắt vú tiết kiệm da vào tái tạo tức thì. Có 8/10 bệnh nhân tái tạo tức thì nhưng không tiết kiệm da vì đa số bệnh nhân đều sinh thiết hờ trước đó và chúng tôi muốn đảm bảo có một diện cắt đủ rộng và an toàn hơn về mặt ung thư. Cần lưu ý là trong quá trình phẫu thuật nên cắt bỏ thần kinh gian sườn 8, việc cắt bỏ thần kinh này trước mắt đã làm giảm tình trạng căng đầy vùng thượng vị, và lâu dài sẽ làm teo phần trên của cơ thẳng bụng làm cho dáng vú đẹp hơn.

Hạn chế lớn nhất của vạt TRAM hai cuống mạch là gây khuyết hồng lớn thành bụng, tăng nguy cơ thoát vị thành bụng do dẫn lớp cân ở thành bụng, tỷ lệ này có thể lên đến 40% nếu chúng ta sử dụng các kỹ thuật khâu nối thông thường. Nhằm khắc phục hạn chế này các nước tiên tiến đã sử dụng kỹ thuật vạt TRAM có tăng cường nhánh nối hay vạt DIEP với kỹ thuật vi phẫu. Đối với vạt TRAM hai cuống chúng tôi đã cố gắng giữ lại diện cân tối đa đồng thời sử dụng mesh tổng hợp (prolene synthetic mesh) để củng cố trương lực lớp cân thành bụng, hạn chế sức

căng khi khâu nhằm giảm tối đa các biến chứng. Do vậy trong 10 trường hợp tái tạo không có trường hợp nào có biến chứng thành bụng. Moscona (1998) cho rằng không có trường hợp thoát vị thành bụng nào được ghi nhận khi sử dụng mesh trong tái tạo vú bằng vật TRAM, các nghiên cứu khác cũng cho thấy sử dụng mesh thường quy trong tái tạo vú làm giảm đáng kể nguy cơ thoát vị thành bụng về sau.

Chúng tôi đã bắt đầu ứng dụng vật TRAM có tăng cường nhánh nối (vein supercharged) cho một trường hợp tái tạo muôn sau hai năm. Trong trường hợp này, vật TRAM một cuống cổ điển được phẫu tích nhưng có kèm theo tĩnh mạch thượng vị sâu, tĩnh mạch này được nối với nhánh tĩnh mạch ngực lưng ở vùng nách. Hiện nay có nhiều nghiên cứu cho rằng cần phải nối cả bó mạch nhưng một số tác giả chủ trương chỉ cần nối tĩnh mạch để làm giảm ú trệ tuần hoàn tại vật TRAM là có thể ngăn ngừa nguy cơ hoại tử mô.

Những trường hợp đầu chỉ mổ một kíp nên thời gian mổ kéo dài khoảng 8 giờ, về sau cuộc mổ tiến hành hai kíp nên rút xuống còn 6 giờ. Thời gian mổ của vật TRAM hai cuống và vật TRAM tăng cường nhánh nối với bó mạch ngực lưng là như nhau. Nghiên cứu của Alderman (2002) cho rằng thời gian phẫu thuật tái tạo vú đối với vật TRAM một cuống là 4-6 giờ, theo Hassan (2000) thì thời gian dành cho vật TRAM có tăng cường nhánh nối là từ 5-9 giờ.

### 4.3. Kết quả phẫu thuật

Việc sử dụng vật TRAM một cuống cổ điển tuy phổ biến nhưng tỷ lệ biến chứng còn cao, hơn nữa ở nước ta cũng áp dụng chưa nhiều. Vật TRAM tự do, vật DIEP có nhiều ưu điểm trong việc tăng cường cung cấp máu, giảm tổn khuyết thành bụng nhưng đòi hỏi phải có trang bị tốt, đội ngũ lành nghề, bệnh nhân có chọn lọc nghiêm ngặt. Ở các nước tiên tiến thời gian phẫu thuật loại này từ 6-8 giờ và chi phí rất cao, mặc dù vậy không phải là không có biến chứng đặc biệt là nguy cơ hoại tử vật do tắc mạch. Điều này cho thấy triển vọng ứng dụng vật TRAM cải tiến đặc biệt là vật TRAM hai cuống trong điều kiện nước ta là phù hợp và có tính khả thi cao. Đó cũng là một

minh chứng thực tế tại miền Trung.

Trong 10 trường hợp tái tạo bằng vật TRAM cải tiến có một trường hợp hoại tử vùng III diện 2×3cm đã được cắt lọc, một trường hợp tụ dịch phải đặt lại dẫn lưu. Theo dõi sau 30 tháng không có trường hợp nào tái phát tại chỗ. Nghiên cứu của Singletary cho thấy chỉ có 4,2% tái phát tại chỗ trong số 95 bệnh nhân tái tạo vú tức thì bằng vật TRAM sau phẫu thuật cắt vú.

Kết quả thẩm mỹ được đánh giá dựa trên các tiêu chuẩn đơn giản như hình dáng vú, nếp gấp dưới vú, thể tích và độ sa của vú, sự cân xứng vú đối bên và sự hài lòng của người bệnh, điểm chấm từ 1-4 điểm, kết quả có 9 trường hợp đạt xuất sắc (4 điểm), 1 trường hợp đạt tốt (3 điểm).

## V. KẾT LUẬN

1. Các bệnh nhân ung thư vú được chọn lựa đều ở giai đoạn II, tuổi từ 38-54, không có tiền sử hút thuốc, đái đường, tim mạch, không điều trị xạ trị, hóa trị trước mổ.

2. Có 8/10 bệnh nhân được tái tạo tức thì, 9 trường hợp sử dụng vật TRAM hai cuống mạch và một trường hợp tái tạo vật TRAM có tăng cường nhánh nối. Thời gian mổ từ 6-8 giờ, theo dõi sau 30 tháng không có trường hợp nào có biến chứng như hoại tử mô, phỏng thành bụng, thoát vị thành bụng. Không có trường hợp nào tái phát sau phẫu thuật tái tạo vú bằng vật TRAM cải tiến. Kết quả sau mổ mang lại sự hài lòng cho tất cả bệnh nhân.

3. Những hạn chế của vật TRAM một cuống kinh điển đã được khắc phục bằng vật TRAM cải tiến, điều này cho thấy triển vọng ứng dụng vật TRAM cải tiến trong điều kiện nước ta là hoàn toàn phù hợp.

4. Đây là một trong những phương pháp tái tạo vú có tính khả thi với độ an toàn cao, có ưu điểm thẩm mỹ cho cả phần bụng và phần vú tái tạo. Cùng với các phương pháp tái tạo khác, vật TRAM cải tiến đã mang lại cho thầy thuốc và bệnh nhân một cơ hội mới trong việc chọn lựa chất liệu và kỹ thuật tái tạo vú.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đình Tùng (2009), Cơ sở giải phẫu và các kỹ thuật cơ bản của phẫu thuật tạo hình ung thư tuyến vú, *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*, tr.94-102.
2. Nguyễn Đình Tùng (2008), Tái tạo vú tức thì bằng mảnh ghép mỡ mô không tế bào, *Tạp chí Y học TP HCM*, 12 (4), tr.241-246.
3. Alderman A. K (2002), Complication in post - mastectomy breast reconstruction two years results of the Michigan breast reconstruction outcome study, *Plast. Reconst. Surg*, 109, pp.2265- 2274.
4. Hassan M. Abd Alla (2000), Breast reconstruction with Microvascularly augmented TRAM flap, *Journal of the Egyptian Nat. Cancer Inst*, 12 (3), pp.173-181.
5. Keneth C.S (2007), *Bipedicle TRAM flap reconstruction Surgery of the breast*, second edition, Lippincott William & Willkins, pp.719-721.
6. Ng RL, Youssef (2004), A technical variations of the bipedicle TRAM flap in unilateral breast reconstruction: effects of conventional versus microsurgical techniques of pedicle transfer on complications rates, *Plast Reconst Surg Aug*, 114(2), pp.374-384.
7. Sano K. (2003), Venous “supercharging” augments survival of the delayed rat TRAM flap, 51(4), pp.398-402.
8. Singletary S.E (1996), Skin-sparing mastectomy with immediate breast reconstruction: the MD Anderson Cancer Center experience, *Ann Surg Oncol*, 3, pp.411.
9. Simon AM (2004), Comparison of unipedicled and bipedicled TRAM flap breast reconstructions: assessment of physical function and patient satisfaction, *Plast Reconst Surg Jan*, 113(1), pp.136-140.
10. Thomas A. B (2002), Immediate breast reconstruction after skin-sparing mastectomy for the treatment of advanced breast cancer: Radiation Oncology Consideration, *Annal of Surgical Oncology*, 9, pp.820-821.
11. Walterson P.A (1995), TRAM flap anatomy correlated with a 10 year clinical experience with 556 patients, *Plast Reconst Surg*, 95, pp.1185-1194.
12. Wu L C (2008), Supercharging the transverse rectus abdominis musculocutaneous flap: breast reconstruction for the overweight and obese population, *Plast Reconst Surg*, 60 (6), pp.609-613.