

bình thường chiếm lần lượt là 66,7% và 93,8%. Trong nhóm có kích thước u > 5cm tỷ lệ này lần lượt là 84,2% và 94,7% (bảng 5). Trong nhóm bệnh nhân HCC có huyết khối, AFP-L3 và PIVKA-II chủ yếu ở trên ngưỡng bình thường lần lượt là 81,1% và 97% (bảng 6).

Nghiên cứu của Đậu Quang Liêu (2017) cho thấy kết hợp 3 dấu ấn AFP, AFP-L3 và PIVKA-II có thể đạt được AUROC lý tưởng trong chẩn đoán sớm UTG trên lâm sàng tránh được sinh thiết gan, trong đó khối u có kích thước càng lớn giá trị của PIVKA-II và AFP-L3 càng cao⁷. Như vậy hai dấu ấn PIVKA-II và AFP-L3 còn giúp theo dõi tiến triển khối u ở bệnh nhân HCC.

Khi nghiên cứu mối tương quan giữa các dấu ấn trong nhóm bệnh nhân HCC, kết quả cho thấy tỉ lệ AFP-L3 và nồng độ AFP có mối tương quan mức độ trung bình với $r=0,38$, $p<0,05$, tương quan Spearman. Không có sự tương quan giữa nồng độ PIVKA-II với tỷ lệ AFP-L3 và với nồng độ AFP ở bệnh nhân ung thư gan, $p>0,05$, tương quan Spearman. (bảng 7). Giữa hai marker ung thư AFP-L3 và PIVKA-II không có mối tương quan và hai mức này có thể là các dấu ấn bù cho nhau trong việc chẩn đoán và tiên lượng của HCC. Trong phân tích đa biến của tác giả Jong Young Choi và cộng sự, AFP-L3 tương quan với nồng độ AFP và kích thước khối u. Mặt khác, PIVKA-II không có mối tương quan với AFP hoặc đặc điểm khối u, nhưng có mối tương quan với một số xét nghiệm chức năng gan bao gồm AST huyết thanh, bệnh lao, tiểu cầu và albumin⁸. Do vậy cần kết hợp xét nghiệm cả 3 dấu ấn kể trên trong chẩn đoán và theo dõi bệnh nhân ung thư tế bào gan.

V. KẾT LUẬN

Việc kết hợp xét nghiệm cả 3 dấu ấn AFP-L3, PIVKA-II và AFP giúp chẩn đoán và theo dõi tiến triển khối u trên bệnh nhân ung thư tế bào gan có HBsAg(+).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Terrault NA, Bzowej NH, Chang KM, et al. AASLD guidelines for treatment of chronic hepatitis B. *Hepatology*. Jan 2016. 63(1):261-283. doi:10.1002/hep.28156.
2. Nguyen HM, Sy BT, Trung NT, et al. Prevalence and genotype distribution of hepatitis delta virus among chronic hepatitis B carriers in Central Vietnam. *PLoS One*. 2017. 12(4):e0175304. doi:10.1371/journal.pone.0175304.
3. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bằng Y học hạt nhân. 2014.
4. Rui S, Yan J, Zhang H, Wang Z, Zhou W. Intermediate-stage hepatocellular carcinoma patients with a high HBV-DNA load may benefit from postoperative anti-hepatitis B virus therapy. *Medicine*. 2017. 96(30):e7608-e7608. doi:10.1097/MD.0000000000007608.
5. Zhang D, Liu Z, Yin X, et al. Prognostic value of PIVKA-II in hepatocellular carcinoma patients receiving curative ablation: A systematic review and meta-analysis. *Int J Biol Markers*. Aug 2018. 33(3):266-274. doi:10.1177/1724600818760234.
6. Caviglia GP, Abate ML, Petri E, Gaia S, Rizzetto M, Smedile A. Highly sensitive alpha-fetoprotein, Lens culinaris agglutinin-reactive fraction of alpha-fetoprotein and des-gamma-carboxyprothrombin for hepatocellular carcinoma detection. *Hepatol Res*. Mar 2016. 46(3):E130-135. doi:10.1111/hepr.12544.
7. Liêu Đậu Quang, Anh Trần Ngọc. Đánh giá kết quả của AFP-L3 và PIVKA-II trong chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2017. 2(7).
8. Choi JY, Jung SW, Kim HY, et al. Diagnostic value of AFP-L3 and PIVKA-II in hepatocellular carcinoma according to total-AFP. *World J Gastroenterol*. Jan 21 2013. 19(3):339-346. doi:10.3748/wjg.v19.i3.339

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT BẢO TỒN UNG THƯ VÚ CÓ SỬ DỤNG KỸ THUẬT TẠO HÌNH ROUND BLOCK CHO KHỐI U NỬA TRÊN TUYẾN VÚ

Lê Hồng Quang*, Hoàng Anh Dũng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mức độ an toàn về mặt ung thư học và kết quả thẩm mỹ sau phẫu thuật bảo tồn ung thư vú sử dụng kỹ thuật tạo hình round block.

**Bệnh viện K*

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hồng Quang

Email: bslequang@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 21.01.2022

Ngày duyệt bài: 9.2.2022

Phương pháp: Mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 44 bệnh nhân ung thư vú vị trí nửa trên tuyến vú giai đoạn 0, I, II được phẫu thuật bảo tồn từ 2017 đến 2020 tại Bệnh viện K. **Kết quả:** Tỷ lệ diện cắt thường quy dương tính và mổ lại là 6,8%. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là 6,9 ngày. Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 8,8%. Thẩm mỹ tuyến vú đẹp và tốt chiếm 93,2%. Tỷ lệ hài lòng là 100%. **Kết luận:** Kỹ thuật tạo hình round block trong phẫu thuật bảo tồn ung thư vú đảm bảo sự an toàn về ung thư học, biến chứng sau mổ thấp, có kết quả thẩm mỹ tốt.

Từ khoá: ung thư vú, phẫu thuật bảo tồn, kỹ thuật tạo hình round block.

SUMMARY

RESULTS OF CONSERVING BREAST SURGERY USING ROUND BLOCK ONCOPLASTIC TECHNIQUE IN THE SUPERIORLY LOCATED BREAST

Objectives: To evaluate the oncologic safety and aesthetic results after conserving surgery of breast cancer using round block oncoplastic technique. **Methods:** Combined retrospective and prospective description study in 44 stage 0, I, II breast cancer patients in the superiorly located breast who underwent breast conserving surgery at K Hospital from 2017 to 2020. **Results:** Positive margin rate and re-excision rate were 6,8%. The average duration of hospitalization was 6,9 days. The complication rate after surgery was 8,8%. Excellent and good cosmetic results were 93,2%. Satisfaction rate was 100%.

Conclusion: Round block oncoplastic technique in conserving breast surgery ensured oncologic safety, had a low complication rate and good aesthetic results.

Keywords: breast cancer, conserving surgery, round block oncoplastic technique .

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

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 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[1].

Trước đây phẫu thuật bảo tồn thường được chỉ định với các khối u giai đoạn sớm kích thước dưới 2cm. 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. 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[2]. Các phương pháp này đã làm thay đổi cách tiếp cận của phẫu thuật bảo tồn ung thư vú trên toàn thế giới.

Đối với các khối u ở nửa trên của tuyến vú, đường rạch cạnh quầng phía trên (Periareolar incision) thường được sử dụng trong phẫu thuật bảo tồn với kết quả thẩm mỹ tương đối tốt do hình thành sẹo ngắn. Tuy vậy đường rạch này gặp nhiều khó khăn khi khối u nằm ở xa quầng vú hoặc khi quầng vú nhỏ. Kỹ thuật khối tròn hay còn được gọi là Benelli mastopexy do phẫu thuật viên Loius Benelli phát triển lần đầu năm 1990 [3]. Đây là kỹ thuật can thiệp tối thiểu, sử

dụng 2 đường rạch đồng tâm xung quanh quầng vú, loại bỏ da thừa để điều chỉnh sa trễ. Đây cũng là một kỹ thuật hay được sử dụng trong phẫu thuật bảo tồn, được chỉ định cho các trường hợp khối u nằm ở nửa trên tuyến vú. Kỹ thuật này có nhiều ưu điểm như đảm bảo tiếp cận với khối u dễ dàng, điều chỉnh mức độ sa trễ tuyến vú và đặc biệt là sẹo mổ quanh quầng vú tương đối kín đáo. Có nhiều báo cáo về hiệu quả cũng như tính an toàn của kỹ thuật Round block trong trường hợp sa trễ lành tính tuy vậy tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào đánh giá sử dụng kỹ thuật này trong phẫu thuật bảo tồn, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mô tả kỹ thuật Round block cũng như đánh giá tính an toàn và hiệu quả thẩm mỹ trong phẫu thuật bảo tồn tại Bệnh viện K.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu dựa trên 44 trường hợp bệnh nhân ung thư vú giai đoạn 0, I, II được phẫu thuật bảo tồn với kỹ thuật Round block từ năm 2017 đến năm 2020 tại khoa Ngoại Vú Bệnh viện K. Cỡ mẫu thuận tiện.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân nữ chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tuyến vú giai đoạn 0, I, II theo UICC 2017, u đơn ổ hoặc nhiều ổ nửa trên tuyến vú, canxi khu trú, được phẫu thuật bảo tồn và tạo hình Round block, được điều trị hóa chất và xạ trị bổ trợ theo đúng chỉ định, có hồ sơ bệnh án, thông tin theo dõi đầy đủ sau điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ: ung thư vú thứ 2, 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...

Các biến số, chỉ số và các bước tiến hành nghiên cứu:

- Thông tin về lâm sàng và phẫu thuật: Tuổi; Chỉ số BMI; bệnh phổi hợp, đặc điểm u, giai đoạn bệnh; thể giải phẫu bệnh và hóa mô miễn dịch; thời gian hậu phẫu, biến chứng.

- Kết quả ung thư học: tỷ lệ diện cắt dương tính, tỷ lệ cắt lại diện cắt và cắt vú.

- Kết quả thẩm mỹ: phẫu thuật viên khám lại và đánh giá sau mổ, sau xạ và sau khi ra viện trong năm đầu theo thang điểm Lowery

Bảng 1: Đánh giá kết quả thẩm mỹ theo Lowery

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

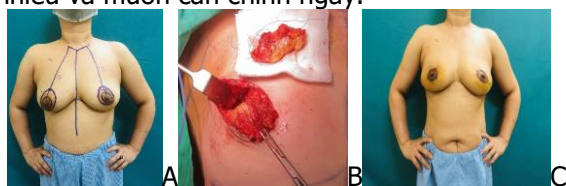
Xếp loại: Đẹp 7-8 điểm, tốt: 6điểm, trung bình 5 điểm, kém <5 điểm.

Mô tả kỹ thuật. Thiết kế đường mổ được thực hiện ngay trước hoặc ngay trước phẫu thuật với bệnh nhân ở tư thế đứng. Đường mổ là hai đường tròn đồng tâm, đường tròn bên trong quanh quầng hoặc đảm bảo kích thước quầng mới từ 3.8-4.2mm. Khoảng cách từ đường tròn trong và ngoài từ 1-4cm, độ rộng tùy thuộc vào kích thước u, khoảng cách từ u tới quầng vú và mức độ sa trễ tuyến vú. Đối với những trường hợp u to, xa quầng vú, hoặc vú sa trễ nhiều thì khoảng cách lớn. Ngược lại u nhỏ, gần, vú không sa trễ thì khoảng cách 2 đường tròn gần nhau khoảng 1cm để không làm thay đổi vị trí núm vú.

Thế 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.

Vú đối bên sẽ được can thiệp cùng nếu sa trễ nhiều và muốn can chỉnh ngay.



Hình 1. Thiết kế đường mổ (A), cắt rộng u vú (B) và kết quả sau mổ (C)

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 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phẫu thuật. Nghiên cứu của chúng tôi có 44 bệnh nhân, tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 49,3±8,0 tuổi; trong đó bệnh nhân trẻ nhất 33 tuổi, lớn tuổi nhất là 72 tuổi.

Bảng 2: Một số đặc điểm chung

Đặc điểm	N	Tỷ lệ %	
Kinh nguyệt	Còn kinh	29	65,9
	Mãn kinh	15	34,1
Bệnh nền	Tim mạch	5	11,6
	Đái đường	2	4,5
BMI	Bình thường (18,5-25)	36	81,8
	Thừa cân (≥25)	8	18,2
	Béo phì (≥30)	0	0

Trong số 44 bệnh nhân, có 2 bệnh nhân bị đái đường, 5 bệnh nhân có bệnh lí tim mạch gồm 1 trường hợp tăng huyết áp, 2 trường hợp nhịp nhanh, 1 trường hợp ngoại tâm thu và 1 trường hợp block nhánh. BMI trung bình là 23,2±1,7kg/m²; có 8 bệnh nhân thừa cân chiếm 18,2% và không có trường hợp nào béo phì.

Bảng 3: Mức độ sa trễ và phương pháp phẫu thuật

	N	Tỷ lệ %	
Độ sa trễ	Bình thường	4	9
	Độ 1	27	61,4
	Độ 2	12	27,3
	Độ 3	1	2,3
Phẫu thuật	Một bên	39	88,6
	Cân chỉnh 2 bên	5	11,4

Thời gian mổ trung bình là 92,8±11,8 phút; cuộc mổ dài nhất là 120 phút, ngắn nhất là 70 phút. Thế tích mô vú chứa u cắt bỏ trung bình là 73,6cm³; cắt bỏ nhỏ nhất 21cm³, cắt bỏ nhiều nhất 352cm³.

Bảng 4: Đặc điểm u vú và hạch

	N	Tỷ lệ %	
Vị trí u	Trên ngoài	33	75
	Trên trong	9	20,5
	Trên giữa	2	4,5
Kích thước u	u ≤ 1	6	13,6
	1 < u ≤ 2	18	40,9
	2 < u ≤ 5	20	45,5
Số u	Một u	43	97,7
	Đa u	1	2,3
Hạch	N0	39	88,6
	N1	5	11,4

Vị trí u thường gặp là trên ngoài chiếm 75%, kích thước u phổ biến từ 1-5cm (86,4%), kích thước u trung bình trên bệnh phẩm sau mổ là 1,8±0,7cm. Khoảng cách trung bình từ u đến núm vú là 4,4±1,9cm trong đó gần nhất là 1,5cm và xa nhất là 10cm. Có 1 trường hợp bệnh nhân có u đa ổ (2 ổ) chiếm 2,3%. Đánh giá hạch sau mổ, có 39 trường hợp không có hạch di căn (88,6%) và 5 trường hợp hạch di căn N1 (11,4%).

Bảng 5: Mô bệnh học và hoá mô miễn dịch

	N	Tỷ lệ %
--	---	---------

			%
Mô bệnh học	Carcinoma ống xâm nhập	38	86,5
	Carcinoma tiểu thùy xâm nhập	2	4,5
	Carcinoma nhầy	2	4,5
	Carcinoma nội ống	2	4,5
Hoá mô miễn dịch	Luminal A	12	27,3
	Luminal B (Her2 âm tính)	16	36,4
	Luminal B (Her-2 dương tính)	6	13,7
	Her-2 dương tính	3	6,8
	Triple negative	3	6,8
	Không rõ (Her-2 2+)	4	9,1

Về mô bệnh học, thể ống xâm nhập chiếm phần lớn với 86,5%. Về hoá mô miễn dịch các thể tiên lượng tốt (Luminal A là Luminal B Her2 âm) chiếm đa số với 63,7%.

Biến chứng sau mổ

Bảng 6. Biến chứng sau mổ

Loại biến chứng	N	Tỷ lệ %
Động dịch	2	4,5
Chảy máu	0	0
Hoại tử mỡ	0	0
Vết mổ chậm liền	1	2,3
Nhiễm trùng	0	0
Hoại tử phức hợp quầng núm vú	0	0
Tổng	3	8,8

Biến chứng gặp phải trong nghiên cứu của chúng tôi là động dịch (2 trường hợp) và chậm liền vết mổ (1 trường hợp).

Thời gian nằm viện trung bình là 6,9±0,9 ngày. Ngắn nhất 6 ngày, dài nhất 10 ngày. Không bệnh nhân nào bị chậm điều trị bổ trợ.

Kết quả ung thư học và thẩm mỹ

Về diện cắt: Có 6 trường hợp lấy rộng diện cắt lần 2 trong mổ do diện cắt lần 1 dương tính; có 3 trường hợp mổ lại (chiếm 6,8%) do diện cắt thường quy dương tính trong đó cắt lại diện cắt 2 trường hợp và cắt tuyến vú 1 trường hợp.



Hình 2. Một số hình ảnh minh họa kết quả phẫu thuật

Thời gian theo dõi bệnh nhân trung bình 16,3±4,5 tháng (từ 12 đến 39 tháng), chưa phát hiện tái phát.

Về thẩm mỹ: Có 41 bệnh nhân (93,2%) có thẩm mỹ đẹp và tốt sau kết thúc điều trị; sau khi ra viện 1 năm tỉ lệ này giảm còn 84,1%. Đa số

bệnh nhân rất hài lòng với kết quả phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 49,3±8,0 tuổi (lớn nhất là 72 tuổi) cao hơn một chút so với nghiên cứu của Akram là 47 (lớn nhất 75 tuổi) và của Mohsen là 46,9 tuổi (lớn nhất 60 tuổi)[4]. Đây cũng là độ tuổi thường gặp của ung thư vú ở nữ giới.

Bệnh lý kèm theo hay gặp nhất là tim mạch với 5 trường hợp, tiếp theo là đái đường với 2 trường hợp, các bệnh nhân đều được đảm bảo gây mê và phẫu thuật an toàn. BMI trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 23,2kg/m²; đa số bệnh nhân ở mức cân nặng bình thường, có 8 trường hợp (18,2%) ở mức thừa cân, không có trường hợp béo phì nào. Kết quả này tương tự nghiên cứu của tác giả Mohsen[5] với BMI trung bình 23,6kg/m².

Trong nghiên cứu, có 9% bệnh nhân không sa trễ; tỷ lệ sa trễ độ 1, độ 2, độ 3 lần lượt là 61,4%; 27,3%; 2,3%. Theo nghiên cứu của Mohsen[5], tỷ lệ này lần lượt là 41,7%; 31,7%; 10%. Đa số bệnh nhân trong các nghiên cứu ở mức độ sa trễ nhẹ và vừa, thích hợp để áp dụng kĩ thuật round block cho các khối u ở nửa trên vú, một mặt đạt được mục đích phẫu thuật cắt rộng u đảm bảo nguyên tắc ung thư, mặt khác giúp treo sa trễ với tuyến vú sa trễ mức độ nhẹ, vừa. Với các tuyến vú sa trễ mức độ nặng, kĩ thuật round block không cải thiện được nhiều về độ sa trễ. Có 5 bệnh nhân (11,4%) đã được giải thích và đồng ý thực hiện đồng thời cân chỉnh vú đối bên để đạt được kết quả thẩm mỹ tốt nhất. Thời gian mổ trung bình của chúng tôi là 92,8±11,8 phút; tất cả các cuộc mổ đều được hoàn thành trong 120 phút, nhanh nhất là 70 phút. Như vậy, phẫu thuật bảo tồn bằng kĩ thuật round block được chúng tôi thực hiện nhanh chóng, đảm bảo các bệnh nhân có bệnh lý nền không thể gây mê kéo dài cũng có thể thực hiện được. Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của Lim[6] và Mohsen[5] lần lượt là 122 phút và 120 phút. Thể tích mô vú cắt bỏ trung bình trong nghiên cứu là 73,6cm³; trường hợp cắt bỏ nhiều nhất đạt 352cm³.

U ở vị trí trên trong thường gặp hơn so với trên ngoài (75% so với 20,5%), một lý do là chúng tôi thường sử dụng kỹ thuật tạo hình chữ B cải biên cho các trường hợp u trên ngoài. Kích thước u từ 0,9 đến 5cm, trung bình là 1,8±0,7cm; nghiên cứu của tác giả El Atrash[7] và Mohsen[5] có kích thước u trung bình là 1,85±0,52cm và 2,7±1,27cm. Khoảng cách u – núm vú đo được

trên MRI trung bình là $4,4 \pm 1,9$ cm; gần nhất là 1,5cm và xa nhất là 10cm; kết quả này tương tự với nghiên cứu Giacalone và thấp hơn của Mohsen[5]. Kỹ thuật round block giúp trường mổ rộng rãi hơn so với đường rạch nửa quầng trên và có thể cắt bỏ rộng rãi các khối u cách rất xa phức hợp quầng núm vú.

Mô bệnh học gặp chủ yếu là thể ống xâm nhập với 86,5%; ngoài ra gặp tỷ lệ nhỏ thể tiểu thủy xâm nhập, thể nhày, thể ống tại chỗ. Hoá mô miễn dịch typ Luminal B Her2 âm tính gặp nhiều nhất với 36,4%, tiếp sau là typ Luminal A 27,3%. Đánh giá hạch trên mô bệnh học, N0 chiếm 88,6%, N1 chiếm 11,4%, không gặp N2, N3.

Trong 44 bệnh nhân, có 3 trường hợp (8,8%) gặp biến chứng gồm 2 trường hợp đọng dịch sau mổ, đều là 2 bệnh nhân có thể trạng thừa cân, các bệnh nhân này được chọc hút ổ đọng dịch kèm đặt lại dẫn lưu, có 1 trường hợp chậm liền vết mổ trên bệnh nhân đái tháo đường kiểm soát đường huyết chưa tốt. Trong nghiên cứu của Mohsen[5], tỷ lệ biến chứng là 16,6%. Thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu là $6,9 \pm 0,9$ ngày; bao gồm cả thời gian nằm viện của các trường hợp mổ lại lần 2 do diện cắt dương tính.

Mục tiêu quan trọng nhất của phẫu thuật bảo tồn là đạt được diện cắt an toàn về mặt ung thư học. Chương trình nâng cao chất lượng phẫu thuật quốc gia của Mỹ phân tích dữ liệu về ung thư vú trong giai đoạn 2006-2010, với trên 24000 trường hợp được phẫu thuật bảo tồn. Kết quả cho thấy xét nghiệm cắt lạnh diện cắt làm giảm số ca mổ lại vì lý do liên quan tới diện cắt. Với mục tiêu tương tự, chúng tôi thực hiện diện cắt lạnh tức thì trong mổ nhằm giảm tỷ lệ mổ lại. Có 6 trường hợp diện cắt lạnh tức thì lần 1 dương tính, được cắt rộng diện cắt ngay trong mổ lần 2, trong 6 bệnh nhân này có 1 bệnh nhân kết quả diện cắt thường quy lần 2 còn u được phẫu thuật lần 2 cắt tuyến vú. Ngoài ra có 2 bệnh nhân khác được mổ lần 2 cắt lại diện cắt do diện cắt thường quy còn u. Như vậy, tỷ lệ diện cắt thường quy dương tính và bệnh nhân phải mổ lại là 6,8% (3 bệnh nhân). Kết quả trên của chúng tôi cho thấy việc thực hiện diện cắt lạnh tức thì đã giúp phát hiện các trường hợp diện cắt dương tính ngay trong mổ, giảm các trường hợp phải mổ lại. Các bệnh nhân trong nghiên cứu được theo dõi trung bình $16,3 \pm 4,5$ tháng, bệnh nhân theo dõi ngắn nhất 12 tháng và dài nhất là 39 tháng, hiện chưa phát hiện trường hợp nào tái phát di căn.

Về phương diện thẩm mỹ, đa số bệnh nhân đều đạt kết quả thẩm mỹ đẹp và tốt (93,2% sau

mổ và 84,1% sau 1 năm). Kết quả này tương tự nghiên cứu của tác giả Yang [8] với tỷ lệ đẹp và tốt là 83% (đẹp: 31%, tốt: 52%). Tất cả bệnh nhân đều hài lòng với kết quả phẫu thuật bảo tồn. Có 5 trường hợp bệnh nhân (11,4%) cân chỉnh vú đối bên ngay, đây là những trường hợp sa trễ tương đối nhiều sử dụng kỹ thuật tương tự nhau ở 2 bên đem đến kết quả thẩm mỹ tốt sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật bảo tồn ung thư vú có sử dụng kỹ thuật tạo hình round block hiện là một trong các phương pháp được áp dụng rộng rãi tại Bệnh viện K với khối u ở nửa trên tuyến vú. Kỹ thuật này một mặt đảm bảo được sự an toàn về ung thư học, biến chứng sau mổ thấp, mặt khác đem lại kết quả thẩm mỹ tốt và sự hài lòng cao cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Veronesi U., Cascinelli N., Mariani L. et al (2002)**, Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer, *N Engl J Med*, **347(16)**, 1227-32.
2. **Bertozzi N., Pesce M., Santi P. L. et al (2017)**, Oncoplastic breast surgery: comprehensive review, *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, **21(11)**, 2572-2585.
3. **Benelli L. (1990)**, A new periareolar mammoplasty: the "round block" technique, *Aesthetic Plast Surg*, **14(2)**, 93-100.
4. **Akram Sherif, El Kased Ahmed, El Fol Hossam et al (2018)**, Evaluation of the round block technique in early breast cancer, *The Egyptian Journal of Surgery*, **37(2)**, 256-259.
5. **Mohsen Sherief và Marzouk M.A. (2018)**, Round block technique in the management of early stages of breast cancer: an assessment of the technique, oncological safety, and cosmetic outcomes, *The Egyptian Journal of Surgery*, **37(3)**, 271-285.
6. **Lim G. H., Allen J. C. và Ng R. P. (2017)**, Oncoplastic round block technique has comparable operative parameters as standard wide local excision: a matched case-control study, *Gland Surg*, **6(4)**, 343-349.
7. **El Atrash Osama Ali, Osman Ahmad Gamal El Din, Ismail Sherif Mohammed Mohsen et al (2019)**, ONCOPLASTIC TECHNIQUES FOR EARLY UPPER INNER QUADRANT BREAST CANCER; A COMPARATIVE STUDY BETWEEN INFERIOR PEDICLE MAMMAPLASTY AND DOUGHNUT MASTOPEXY, *Ain Shams Medical Journal*, **70(1,2 & 3)**, 177-193.
8. **Yang J. D., Bae S. G., Chung H. Y. et al (2011)**, The usefulness of oncoplastic volume displacement techniques in the superiorly located breast cancers for Korean patients with small to moderate-sized breasts, *Ann Plast Surg*, **67(5)**, 474-80.