ISSN : 1859-1779

Nghiên cứu Y học
Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh;27(2):01-11
https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2024.02.01

Kết quả bước đầu điều trị phẫu thuật bảo tồn vú tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang

Nguyễn Ái Linh[1,*], Võ Giáp Hùng[2]

[1]*Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam*
[2]*Khoa Ung bướu, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang, Tiền Giang, Việt Nam*

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Ung thư vú là ung thư phổ biến ở phụ nữ Việt Nam. Phương pháp điều trị ung thư vú là sự kết hợp giữa hóa trị, phẫu thuật và xạ trị. Phẫu thuật bảo tồn vú là phẫu thuật loại bỏ ung thư trong khi để lại càng nhiều vú bình thường càng tốt. Ngày nay, khi nhu cầu về thẩm mỹ ngày càng gia tăng thì liệu pháp bảo tồn càng được ưa chuộng. Phẫu thuật bảo tồn giúp cải thiện rõ rệt kết quả thẩm mỹ nhưng vẫn đảm bảo được kết quả về mặt ung thư học. Phẫu thuật này đã mang lại lợi ích tâm lý và cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang đã áp dụng các kỹ thuật của phẫu thuật bảo tồn vào điều trị ung thư vú giai đoạn sớm và bước đầu mang lại nhiều kết quả đáng khích lệ.

Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu trên 18 bệnh nhân ung thư vú được phẫu thuật bảo tồn tại bệnh viện Đa khoa Tiền Giang từ tháng 01/2019 đến 10/2022.

Kết quả: 18 bệnh nhân đạt tiêu chuẩn chọn mẫu cũng như tiêu chuẩn loại trừ bao gồm: độ tuổi trung bình là 38 tuổi; nhóm tuổi còn kinh nguyệt chiếm 61,1%; vị trí thường gặp nhất là ¼ trên ngoài (66,7%), kích thước bướu đa số nhỏ hơn 20mm (66,7%); các trường hợp chẩn đoán trước mổ chiếm tỉ lệ cao khi kết hợp lâm sàng, hình ảnh học và FNA (55,6%); giai đoạn IIA và IIB chiếm tỷ lệ lần lượt là 44,4% và 38,9%. Trong 18 trường hợp được phẫu thuật bảo tồn, tất cả các trường hợp sau khi cắt rộng được trượt mô vú và may khép vết mổ trực tiếp. Thời gian mổ trung bình là 100 phút; di căn hạch nách sau phẫu thuật chiếm 55,6%; trường hợp có thụ thể nội tiết dương tính chiếm 77,7%. Có 3 trường hợp biến chứng tụ dịch sau mổ (16,6%), không ghi nhận biến chứng nhiễm trùng hay hoại tử vạt da. Tỷ lệ tái phát tại chỗ chiếm 5,56% và chưa ghi nhận di căn xa. Độ thẩm mỹ được đánh giá tốt/rất tốt chiếm 88,9%.

Kết luận: Nghiên cứu 18 bệnh nhân ung thư vú đa số có kích thước khối u nhỏ được phẫu thuật bảo tồn với thời gian theo dõi trung bình 24,6 tháng (1 tháng- 37 tháng) chúng tôi nhận thấy: biến chứng sau mổ ít gặp, biến chứng đau sau mổ thường ở mức độ nhẹ và kiểm soát được; biến chứng tụ dịch chiếm 16,6%; độ thẩm mỹ sau phẫu thuật bảo tồn vú đạt mức độ tốt và rất tốt chiếm tỷ lệ 88,9%.

Từ khóa: ung thư vú; phẫu thuật bảo tồn vú

Ngày nhận bài: 15-05-2024 / Ngày chấp nhận đăng bài: 12-06-2024 / Ngày đăng bài: 17-06-2024
*Tác giả liên hệ: Nguyễn Ái Linh. Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam. E-mail: 1851010084@pnt.edu.vn
© 2024 Bản quyền thuộc về Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.

Abstract

INITIAL RESULTS OF BREAST-CONSERVING SURGERY AT TIEN GIANG GENERAL HOSPITAL

Nguyen Ai Linh, Vo Giap Hung

Objective: Breast cancer is the most common cancer in Vietnamese women. Breast cancer treatment is a combination of chemotherapy, surgery and radiation therapy. Breast-conserving surgery (BCS) removes the cancer cells while leaving as much normal breast as possible. Nowadays, the demand for aesthetics is increasing, so breast conservation therapy is more and more popular. Breast-conserving surgery helps significantly improve aesthetic results while still ensuring oncological results. This method has brought psychological benefits and improved quality of life for patients. Tien Giang Central General Hospital has applied it to treat early-stage breast cancer and initially brought many encouraging results.

Methods: Retrospective study on 18 patients diagnosed with breast cancer who had BCS at Tien Giang Central General Hospital from January 2019 to October 2022.

Results: The characteristics of 18 patients met the sampling criteria as well as the exclusion criteria were as follows: average age was 38 years old, fertile age group accounted for 61.1%, most common location was the upper and outer quadrant (66.7%), most tumors were smaller than 20mm (66.7%), cases diagnosed preoperatively accounted for a higher proportion when combining results from clinical examinations, diagnostic imaging and FNA (55.6%), stages IIA and IIB accounted for the respective proportions of 44% and 38%. In the 18 cases of conservative surgery, all cases had the breast tissue removed, and the incision closed directly after extensive excision. The average surgery time was 100 minutes, median was 112 minutes. The rate of axillary lymph node metastasis after surgery was 55.6%. The proportion of cases with positive endocrine receptors accounted for the majority at 77.7%. There were 3 cases of postoperative seroma complications (16.6%), no complications of infection or skin flap necrosis were recorded. The local recurrence rate was 5.56% and no distant metastasis were recorded. Aesthetics were rated as "good/excellent", accounting for 88.9%.

Conclusions: A study of 18 breast cancer patients, mostly with small tumor sizes, who underwent breast-conserving surgery with a mean follow-up time of 24.6 months (ranging from 1 month to 37 months), revealed the following observations: post-operative complications were rare, post-operative pain complications were mostly mild and manageable; seroma formation accounted for 16.6% of complications; aesthetic outcomes after breast conservation therapy were rated as good to excellent, with a rate of 88.9%.

Keywords: breast cancer; breast-conserving surgery (BCS)

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là ung thư phổ biến hàng đầu ở phụ nữ Việt Nam. Theo ghi nhận ung thư quần thể tại Hà Nội và TP Hồ Chí Minh thì ung thư vú đứng hàng đầu đầu trong các loại ung thư ở nữ giới.

Trong điều trị ung thư vú, phẫu thuật là một trong những phương tiện điều trị chủ yếu. Khái niệm bảo tồn vú được nêu ra lần đầu tiên vào năm 1937 bởi Keynes. Năm 1939, xạ trị được cộng thêm vào để phòng ngừa tái phát tại chỗ. Đến năm 1977, Calle đã phối hợp phẫu thuật cắt rộng kết hợp với xạ trị và xem kết quả thẩm mỹ như là một yếu tố đánh giá quan trọng.

Thập niên 1980, Fisher B và Veronesi U với các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên về liệu pháp bảo tồn vú, bao gồm cắt một phần vú và xạ trị, cho thấy kết quả sống còn lâu dài tương đương với đoạn nhũ tận gốc biến đổi mặc dù tỉ lệ tái phát tại chỗ có cao hơn chút ít [1,2].

https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2024.02.01

Thập niên 1990, cùng với sự phát triển của phẫu thuật tạo hình trong lĩnh vực ung thư, kỹ thuật phẫu thuật bảo tồn vú từ các kỹ thuật tiêu chuẩn đơn giản, cho đến giảm thiểu tuyến vú thẩm mỹ hay tái tạo vú bằng vạt da cơ được áp dụng đã làm tăng tính thẩm mỹ, nhưng vẫn đảm bảo an toàn về mặt ung thư học. Trong hai thập niên qua, trên thế giới đã có nhiều công trình nghiên cứu về tỉ lệ biến chứng, tỉ lệ tái phát tại chỗ, kết quả thẩm mỹ sau phẫu thuật bảo tồn vú [3].

Ở Việt Nam, từ nhiều năm qua phẫu thuật bảo tồn là một trong các phẫu thuật được lựa chọn cho các trường hợp ung thư vú giai đoạn sớm tại một số cơ sở điều trị [4,5]. Đây là một nhu cầu thật sự cần thiết trong điều trị ung thư vú, nhằm tránh các di chứng của phẫu thuật đoạn nhũ qui ước, có được tính thẩm mỹ và cải thiện chất lượng sống cho bệnh nhân.

Thời gian gần đây, bệnh viện Đa khoa Tiền Giang đã bắt đầu áp dụng các kỹ thuật phẫu thuật bảo tồn vú cho các trường hợp ung thư vú giai đoạn sớm. Trên cơ sở đó, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu "Đánh giá kết quả bước đầu điều trị phẫu thuật bảo tồn vú tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang".

2. ĐỐI TƯỢNG – PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

18 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vú giai đoạn sớm (giai đoạn 0, I, II) được phẫu thuật bảo tồn tại bệnh viện Đa khoa Tiền Giang từ tháng 01/2019 đến 10/2022.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn

Bệnh nhân (BN) có giải phẫu bệnh là carcinôm vú;

Bướu đơn ổ;

Xếp giai đoạn 0, I, II (theo xếp hạng lâm sàng của UICC 2002) T: Tis, T1 và T2 ≤3cm; N: N0 và N1 và M: M0;

Bệnh nhân đồng ý điều trị bằng liệu pháp bảo tồn: phẫu thuật bảo tồn và xạ trị.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có bướu đa ổ, đa trung tâm;

Vôi hóa lan rộng nghi ngờ ác tính trên nhũ ảnh;

Bệnh nhân có thai;

Tiền căn xạ trị vùng ngực, bệnh lý mô liên kết.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu.

2.2.2. Phương pháp thực hiện

Thu nhập một số đặc điểm của bệnh nhân

Tuổi: được phân vào các nhóm tuổi sau: 20-30; 31-40; 41-50, > 50.

Nghề nghiệp: được phân vào các nhóm sau: trí thức, công nhân viên, lao động chân tay, nội trợ.

Vị trí bướu: được phân vào các nhóm sau: ¼ trên ngoài, ¼ dưới ngoài, ¼ trên trong, ¼ dưới trong và quanh quầng vú.

Kích thước bướu: đánh giá bằng cách đo đường kính lớn nhất của bướu (cm) khi phẫu tích bệnh phẩm sau mổ. Chia thành các nhóm: ≤2 cm, >2-3 cm.

Siêu âm vú: ghi nhận kích thướu bướu trên siêu âm (cm), tình trạng bướu xâm lấn bướu ra da (có xâm lấn, không xâm lấn hay không thực hiện).

MRI: xác định bướu đơn ổ/đa ổ.

Chẩn đoán giải phẫu bệnh trước mổ: bằng phương pháp chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNA) hay mô bệnh học.

Đánh giá giai đoạn lâm sàng theo UICC 2002.

Phác đồ của liệu pháp bảo tồn vú đang được áp dụng

Phẫu thuật và điều trị hỗ trợ sau phẫu (Hóa trị, Xạ trị, Nội tiết)

Phẫu thuật bảo tồn:

BN được gây mê toàn thân bằng thân bằng phương pháp đặt nội khí quản qua ngã miệng.

Cắt rộng quanh bướu với bờ an toàn cách bướu ≥1 cm.

Định hướng bệnh phẩm.

Quan sát đại thể và đo thể tích bệnh phẩm.

Cắt rộng lại diện cắt nếu kết quả diện cắt (+).

Bấm clip titanium vào nền bướu và diện cắt.

Đánh giá bờ diện cắt: bờ an toàn trên đại thể, số lần cắt rộng lại diện cắt.

Nạo hạch nách nhóm I và II đối với các trường hợp giai đoạn I, II.

Tạo hình vú:

Phương pháp tạo hình đã được lên kế hoạch trước tùy thuộc vào vị trí bướu, kích thước vú, thể tích khuyết hổng, hình dạng tuyến vú.

Ghi nhận thời gian mổ, ước lượng thể tích máu mất trong lúc mổ.

Điều trị hỗ trợ sau phẫu:

Phác đồ hóa trị hỗ trợ trong nghiên cứu chúng tôi thường là phác đồ FEC 50 đủ 6 chu kỳ hoặc phác đồ 4AC-4T.

Xạ trị sau mổ là một phần trong liệu pháp bảo tồn vú. Liều xạ vào toàn bộ vú 46-50 Gy, sau đó tăng cường vào nền bướu thêm 10-16 Gy.

Điều trị nội tiết khi thụ thể nội tiết dương tính.

Cách phẫu thuật bảo tồn

Phương pháp vô cảm: bệnh nhân được gây mê toàn thân bằng phương pháp đặt nội khí quản qua ngã miệng.

Phẫu thuật bảo tồn: Cắt rộng quanh bướu với bờ an toàn cách bướu ≥1 cm.

Theo dõi và đánh giá kết quả điều trị

Không cắt lạnh và bờ diện cắt được đánh giá dựa trên bờ an toàn trên đại thể và số lần cắt rộng lại diện cắt. Tất cả các trường hợp đều có bờ diện cắt an toàn trên vi thể. Không ca nào phải cắt rộng thêm.

Bệnh nhân được theo dõi các biến chứng sau mổ, tái khám theo lịch 3 tháng/lần trong 3 năm đầu, 6 tháng/lần trong 2 năm kế tiếp và 1 năm/lần những năm sau bằng cách khám lâm sàng và các phương tiện chẩn đoán hình ảnh: siêu âm, nhũ ảnh 6 tháng – 1 năm/lần.

Đánh giá kết quả về mặt thẩm mỹ: Kết quả thẩm mỹ được đánh giá qua khám lâm sàng và so sánh ảnh chụp trước mổ, sau mổ và sau xạ trị (tối thiểu 3 tháng). Phương pháp đánh giá được thực hiện bởi 3 bác sĩ (2 nam và 1 nữ) theo thang điểm Harris (4 hạng: rất tốt, tốt, khá, kém), dựa trên 5 yếu tố: sẹo mổ, kích thước vú, hình dạng vú, vị trí núm vú và hình dạng núm vú.

Thang điểm Harris:

(3 điểm) Rất tốt: tuyến vú hai bên trông gần giống như nhau.

(2 điểm) Tốt: có sự khác biệt nhỏ.

(1 điểm) Khá: sự khác biệt là rõ ràng nhưng chưa có biến dạng nghiêm trọng.

(0 điểm) Kém: có biến dạng nghiêm trọng.

Đánh giá kết quả về mặt ung bướu học: tiêu chuẩn chẩn đoán tái phát dựa vào lâm sàng, phương tiện chẩn đoán hình ảnh (siêu âm, nhũ ảnh hoặc MRI tuyến vú) và kết quả giải phẫu bệnh

2.2.3. Phương pháp phân tích xử lý kết quả

Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS. Dữ liệu được mô tả bằng bảng hay biểu đồ.

3. KẾT QUẢ

Từ tháng 01/2019 đến 10/2022 chúng tôi tiến hành phẫu thuật bảo tồn điều trị cho 18 bệnh nhân ung thư vú giai đoạn sớm (giai đoạn 0, I, II) với kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Độ tuổi mẫu nghiên cứu

Nhóm tuổi	Số lượng	Tỷ lệ %
30-40	5	27,8
40-50	6	33,3
>50	7	38,9
Tổng	18	100

Độ tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 38 tuổi. Nhóm tuổi từ 30 đến 40 tuổi chiếm 27.8%, nhóm tuổi từ 40 đến 50 tuổi chiếm 33.3%. Nhóm tuổi chiếm nhiều nhất là trên 50 tuổi (38,9%) (Bảng 1).

Bảng 2. Vị trí bướu

Vị trí bướu	Số lượng	Tỷ lệ %
Trái	8	44,4
Phải	10	55,6
Tổng cộng	18	100

Tổn thương carcinôm vú xuất hiện bên vú phải chiếm tỷ lệ 44,4%, vú trái chiếm tỷ lệ 55,6%. Vị trí thường gặp nhất là ở ¼ trên ngoài chiếm tỷ lệ 66,7%, vị trí ¼ trên trong chiếm

https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2024.02.01

tỷ lệ 16,7%. Vị trí ¼ trên ngoài cũng là vị trí thường gặp nhất của một carcinôm ống tuyến vú (Bảng 2).

Bảng 3. Kích thước bướu

Kích thước bướu	Số lượng	Tỷ lệ %
< 20mm	12	66,7
20- 30mm	6	33,3
Tổng cộng	18	100

Có 12 trường hợp có kích thước nhỏ hơn 20 mm chiếm tỷ lệ 66,7%. Kích thước từ 20mm đến 30mm chiếm tỷ lệ 33,3% (Bảng 3).

Bảng 4. Số lượng ổ

Số lượng	Số lượng	Tỷ lệ %
Đơn ổ	18	100
Đa ổ	0	0
Tổng cộng	18	100

Tất cả các trường hợp đều được chẩn đoán là bướu đơn ổ (Bảng 4).

Bảng 5. Phương pháp chẩn đoán trước mổ

Phương pháp chẩn đoán trước mổ	Số lượng	Tỷ lệ %
Sinh thiết	8	44,4
Kết hợp giữa lâm sàng, hình ảnh học và FNA	10	55,6
Tổng cộng	18	100

Chẩn đoán trước mổ bằng sinh thiết có kết quả giải phẫu bệnh là carcinoma chiếm tỷ lệ khoảng 44,4%. Chẩn đoán kết hợp giữa lâm sàng, hình ảnh học và FNA chiếm tỷ lệ 55,6% (Bảng 5).

Bảng 6. Phân bố nhóm theo giai đoạn lâm sàng

Giai đoạn bệnh	Số lượng	Tỷ lệ %
0	0	0
1	1	5,6
2A	8	44,4
2B	7	38,9
3A	2	11,1
Tổng cộng	18	100

Giai đoạn 2A chiếm tỷ lệ cao nhất: 44.4%, giai đoạn 1 chiếm tỷ lệ thấp nhất: 5,6% (Bảng 6).

Bảng 7. Phương pháp che lấp khuyết hỗng trong phẫu thuật

Phương pháp	Số lượng	Tỷ lệ %
May khép	18	100
Vạt tại chỗ	0	0
Tổng cộng	18	100

Có 18 trường hợp được phẫu thuật bảo tồn, tất cả các trường hợp sau khi cắt rộng được trượt mô vú và may khép vết mổ trực tiếp (Bảng 7).

Bảng 8. Tình trạng hạch nách sau phẫu thuật

Số hạch nách	Số lượng	Tỷ lệ %
0	8	44,4
1-3	8	44,4
4-10	2	11,2
>10	0	0
Tổng cộng	18	100

Tỷ lệ âm tính chiếm 44,4%. Tỷ lệ di căn hạch nách chiếm 55,6% trong đó 44,4% là di căn 1 đến 3 hạch và di căn 4 đến 10 hạch chiếm 11,1% (Bảng 8).

Bảng 9. Thụ thể nội tiết

Thụ thể nội tiết	Số lượng	Tỷ lệ %
Dương tính	14	77,7
Âm tính	4	22,3
Tổng cộng	18	100

Bảng 10. Khuếch đại gen Her2/Neu

Khuếch đại gen Her2/Neu	Số lượng	Tỷ lệ %
Có	3	16,7
Không	14	77,8
Tổng cộng	17	94,5

Thụ thể nội tiết dương tính: 77,7%. Tỷ lệ có sự khuếch đại gen Her2/Neu: 16,7%. Tỷ lệ không có sự khuếch đại gen Her2/Neu: 77,8%. Có một trường hợp vừa phẫu thuật chưa có kết quả mô học sau mổ (Bảng 9, 10).

3.2. Đặc điểm điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật

Tất cả các trường hợp nghiên cứu (100%) có kích thước bướu từ 1 cm trở lên, do đó được chỉ định hóa trị sau phẫu thuật.

Bảng 11. Xạ trị sau phẫu thuật

Xạ trị sau phẫu thuật	Số lượng	Tỷ lệ
Có	16	88,9
Không	2	11.1
Tổng cộng	18	100

Tỷ lệ được xạ trị sau phẫu thuật là 88,9%, có 2 bệnh nhân không xạ trị (một trường hợp do hoàn cảnh khó khăn không thể đi lên tuyến trên, trường hợp còn lại do sợ tia xạ) (Bảng 11).

Bảng 12. Điều trị nội tiết sau phẫu thuật

Điều trị nội tiết	Số lượng	Tỷ lệ
Có	12	66,7
Không	6	33,3
Tổng cộng	18	100

Tất cả các trường hợp có thụ thể nội tiết dương tính được chỉ định điều trị nội tiết sau phẫu thuật. Tỷ lệ điều trị nội tiết sau phẫu thuật là 66,7% (Bảng 12).

Phương pháp phẫu thuật bảo tồn được áp dụng là phương pháp tách vạt da và may khép mô vú trực tiếp (100%).

Bảng 13. Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Tụ dịch	3	16,6
Nhiễm trùng	0	0
Hoại tử da	0	0
Tổng cộng	18	100

Nhiều biến chứng sau phẫu thuật cần được chú ý theo dõi. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận: 3 trường hợp tụ dịch (16,6%); Không ghi nhận biến chứng nhiễm trùng hay hoại tử vạt da (Bảng 13).

Tái phát tại chỗ: 5,56% (1/18 trường hợp). Phát hiện sau 6 tháng điều trị và được cắt rộng tại chỗ. Tái phát di căn xa: không ghi nhận trường hợp nào (Bảng 14).

Đánh giá độ thẩm mỹ sau phẫu thuật bảo tồn (theo dõi ít nhất 3 tháng): 16 trường hợp đánh giá độ thẩm mỹ đạt mức độ tốt và rất tốt (88,9%); 2 trường hợp khá / kém (11,1%) (Bảng 15).

Bảng 14. Tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật bảo tồn

Tái phát	Số lượng	Tỷ lệ %
Tại chỗ	1	5,56
Di căn xa	0	0
Tổng cộng	18	100

Bảng 15. Mức độ hài lòng về mặt thẩm mỹ sau phẫu thuật bảo tồn

Mức độ hài lòng	Số lượng	Tỷ lệ %
Rất tốt / Tốt	16	88,9
Khá	1	5,5
Kém	1	5,5
Tổng cộng	18	100

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu

Độ tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 38 tuổi (31 tuổi - 67 tuổi); nhóm tuổi từ 40 tuổi trở xuống chiếm tỷ lệ 27,8%. Đặc điểm này tương đồng với nghiên của tác giả Nguyễn Đỗ Thùy Giang phẫu thuật bảo tồn điều trị 102 bệnh nhân carcinôm vú giai đoạn I-II có tuổi trung bình là 43 tuổi [4]. Tạ Xuân Sơn phẫu thuật bảo tồn tuyến vú cho 189 trường hợp được có độ tuổi trung bình là 43,6 (25 tuổi - 63 tuổi) [5]. Một nghiên cứu khác của tác giả Kelemen G thực hiện năm 2012, phẫu thuật bảo tồn điều trị 198 trường hợp có tuổi trung bình trên 50 tuổi cao hơn nghiên cứu chúng tôi [6].

Vị trí bướu thường gặp nhất là ở ¼ trên ngoài (66,7%), sau đó là vị trí ¼ trên trong (16,7%) (Bảng 2). Đặc điểm này cũng phù hợp với y văn khi đa số các trường hợp ung thư vú xuất hiện ở vị trí ¼ trên ngoài. Tạ Xuân Sơn cũng nhận thấy tỷ lệ bướu ở vị trí ¼ trên ngoài chiếm tỷ lệ 54,5% [5]. Trong nghiên cứu chúng tôi, tỷ lệ u nằm ở vú trái cao hơn bên phải, có khác biệt so với nghiên cứu của tác giả Tạ Xuân Sơn khi cho thấy tỷ lệ u vú phải và trái là tương đương nhau. Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Kelemen G năm 2012 cũng cho thấy rằng tỷ lệ bướu nằm ở vị trí ¼ trên ngoài chiếm tỷ lệ cao hơn [6].

Đa số triệu chứng lâm sàng là sờ chạm được bướu trên lâm sàng. Cũng tương tự như kết quả của tác giả Tạ Xuân Sơn.

https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2024.02.01

Về kích thước bướu, có 8 trường hợp có kích thước từ 20 mm trở xuống chiếm tỷ lệ 44,4% (Bảng 3). Tất cả các trường hợp qua khám lâm sàng hay siêu âm, nhũ ảnh đều không ghi nhận dấu hiệu xâm lấn ra da. Kết quả này cũng tương tự như kết quả của tác giả Nguyễn Đỗ Thùy Giang khi cho thấy kích thước trung bình của bướu là 1,8 cm và bướu cách núm vú trung bình là 5,1 cm. Nghiên cứu chúng tôi không ghi nhận khoảng cách này. Theo nghiên cứu của tác giả Tạ Xuân Sơn kích thước bướu trung bình là 2,1 cm, kích thước nhỏ nhất là 5 mm, lớn nhất là 3,5 cm. Trong nghiên cứu chúng tôi, tất cả các trường hợp đều chỉ có một ổ bướu. Trong nghiên cứu của tác giả Tạ Xuân Sơn, tỷ lệ bướu vú nhỏ hơn 3 cm chiếm 93,2% và đa số bướu có ranh giới rõ ràng với tỷ lệ là 81,8%. Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Kelemen G năm 2012, đa số trường hợp có kích thước khối bướu ở nhóm nhỏ hơn 20 mm chiếm tỷ lệ 82,8%, điều này cho thấy các trường hợp được phẫu thuật bảo tồn tại Anh thường có kích thước nhỏ hơn [6].

Các trường hợp được chẩn đoán trước mổ thông qua sinh thiết có kết quả giải phẫu bệnh là carcinôm chiếm tỷ lệ 44,4% (Bảng 4). Có 10 trường hợp được chẩn đoán ác tính khi có sự tương hợp giữa lâm sàng, hình ảnh học và kết quả tế bào học (FNA) là carcinôm tuyến vú. Như chúng ta đã biết, nếu như trong chẩn đoán các sang thương vú có sự tương hợp giữa lâm sàng, hình ảnh học và xét nghiệm tế bào học, chúng ta có thể không cần đến kết quả mô bệnh học để chẩn đoán sang thương vú đó là ác tính hay lành tính. Tuy nhiên, nếu có bất kỳ sự không tương hợp nào giữa một trong ba yếu tố đó, vấn đề sinh thiết bướu sẽ được đề xuất. Mặt khác, nếu chỉ có kết quả tế bào học, chúng ta chỉ có thể chẩn đoán được sang thương vú này là carcinôm, không thể chẩn đoán là carcinôm tại chỗ hay xâm lấn. Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi, có 10 trường hợp không có kết quả mô bệnh học mà chỉ có xét nghiệm tế bào học là carcinôm vú. Tuy nhiên, yếu tố này cũng không phải là yếu tố trong quyết định phẫu thuật bảo tồn hay phải đoạn nhũ toàn phần.

Đa số các trường hợp được xếp giai đoạn IIA và IIB chiếm tỷ lệ lần lượt là 44,4% và 38,9%. Có 2 trường hợp được chẩn đoán sau mổ giai đoạn IIIA và không có trường hợp giai đoạn 0. Kết quả này cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của tác giả Tạ Xuân Sơn khi cho thấy đa số trường hợp trong nghiên cứu cũng có giai đoạn I và IIA chiếm đa số với 92,6%, các trường hợp còn lại có giai đoạn IIB và không có trường hợp nào là giai đoạn III; có 2 trường hợp được chẩn đoán giai đoạn IIIA do số lượng di căn hạch nách nhiều hơn 4 hạch. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đỗ Thùy Giang cũng cho thấy tất cả các trường hợp trong nghiên cứu (102 trường hợp) đều được xếp giai đoạn I và II. Trong nghiên cứu của chúng tôi hạch nách âm tính sau mổ chiếm tỉ lệ 44,4% [4].

Tất cả các trường hợp chúng tôi sử dụng kỹ thuật cắt rộng, sau đó tách vạt mô vú 2 bên và may khép trực tiếp. Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Tạ Xuân Sơn, tỷ lệ may khép mô vú trực tiếp sau khi cắt rộng chiếm tỷ lệ cao với 88,9%, chỉ có 11,4 % trường hợp là sử dụng vạt da tại chỗ để tạo hình che lấp khuyết hỏng [5]. Theo nhiều khuyến cáo, khi cắt rộng bướu trong phẫu thuật bảo tồn tuyến vú điều trị carcinôm vú, nếu như đánh giá của phẫu thuật viên khi thể tích tuyến vú bị cắt bỏ đi nhỏ hơn 20% thể tích tuyến vú, chúng ta có thể trượt vạt mô vú 2 bên và may khép trực tiếp vết mổ lại mà sẽ không gây ra biến dạng tuyến vú, từ đó mang lại kết quả thẩm mỹ cao. Mặt khác, nếu như ước lượng thể tích mô vú cắt đi chiếm từ 20% đến 70% thể tích tuyến vú, chúng ta bắt buộc phải xoay chuyển vạt da tại chỗ tại vùng để tạo hình lại khuyết hỏng, để có thể đạt được thẩm mỹ sau bảo tồn. Nếu như ước lượng thể tích mô vú cắt bỏ đi lớn hơn 70% thể tích tuyến vú, chúng ta phải tiến hành đoạn nhũ toàn phần vì không thể đạt thẩm mỹ cao nếu như chỉ cắt rộng và xoay chuyển vạt da.

Về thời gian phẫu thuật: trong nghiên cứu chúng tôi, thời gian mổ trung bình là 100 phút (80 phút -165 phút). Kết quả này cũng tương tự như kết quả của tác giả Tạ Xuân Sơn, khi cho thấy thời gian phẫu thuật trung bình khoảng 100 phút, nhanh nhất là 60 phút và dài nhất là 120 phút.

Về đặc điểm giải phẫu bệnh: tất cả các trường hợp có kết quả giải phẫu bệnh là dạng không đặc hiệu (NOS). Mô học độ 2 chiếm đa số với tỷ lệ 66,7%, độ 3 có 2 trường hợp chiếm tỷ lệ 11,1%, độ 1 có 2 trường hợp chiếm tỉ lệ 11,1%. Điều này cũng phù hợp với y văn khi tỷ lệ carcinôm vú dạng NOS chiếm tỷ lệ cao hơn các nhóm khác. Độ mô học trong nghiên cứu đa số là độ 2, phù hợp với y văn khi độ 2 mô học chiếm đa số và cũng tương đồng với nhiều nghiên cứu của các tác giả khác.

Tỷ lệ di căn hạch nách trong mẫu nghiên cứu: Hạch nách âm tính sau mổ chiếm tỉ lệ 44,4%. Số trường hợp có di căn hạch nách chiếm 9 trường hợp với tỷ lệ 50%. Trong đó dương tính từ 4-10 hạch chỉ có 2 trường hợp và không có trường hợp nào dương tính hơn 10 hạch. Tỷ lệ di căn hạch

nách trong nghiên cứu này khá cao hơn so với các nghiên cứu khác. Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đỗ Thùy Giang hay tác giả Tạ Xuân Sơn thì không có trường hợp nào cho di căn hạch nách cùng bên trên 4 hạch và đa số trường hợp cũng cho kết quả âm tính khi khảo sát hạch nách di căn [4,5]. Điều này là do việc đánh giá lâm sàng trước mổ chưa chính xác và đầy đủ. Chỉ định phẫu thuật bảo tồn khi đánh giá hạch nách được xếp giai đoạn là N0 và N1, N2 không có chỉ định phẫu thuật bảo tồn. Tuy nhiên, 2 trường hợp xếp hạng N2 sau mổ trong nghiên cứu chúng tôi do xếp hạng hạch nách di căn là giai đoạn N1 trước mổ. Cần cân nhắc đến thay đổi chỉ định phẫu thuật bảo tồn thành phẫu thuật đoạn nhũ toàn phần khi đánh giá có nhiều hạch nách di căn.

Về thụ thể nội tiết: tỷ lệ trường hợp có thụ thể nội tiết dương tính chiếm tỉ đa số với 77,7%. Sự khuếch đại gen Her2/Neu cũng hiện diện trong 3 trường hợp với tỷ lệ là 16,7%. Tỷ lệ không có khuếch đại gen Her2/Neu chiếm tỷ lệ 77,8%. Trong đó có 1 trường hợp vừa phẫu thuật chưa có kết quả mô học sau mổ. Điều này cũng phù hợp với nhiều y văn khi tỷ lệ có khuếch đại gen Her2 gặp trong khoảng 20-30% trường hợp carcinôm vú.

4.2. Đặc điểm về điều trị

Đa số các trường hợp đều được chỉ định hóa trị hỗ trợ sau phẫu thuật. Theo nghiên cứu của tác giả Tạ Xuân Sơn, tỷ lệ đa số trường hợp được hóa trị hỗ trợ sau phẫu thuật bảo tồn và 100% trường hợp được xạ trị bổ túc sau phẫu thuật. Phác đồ hóa trị hỗ trợ trong nghiên cứu chúng tôi thường là phác đồ FEC 50 đủ 6 chu kỳ hoặc phác đồ 4AC-4T. Tỷ lệ xạ trị bổ túc trong nghiên cứu chúng tôi là 88,9%, chỉ có 2 trường hợp có chỉ định xạ trị nhưng bệnh nhân không muốn đi hoặc bệnh nhân không có điều kiện đi lên tuyến trên xạ trị bổ túc. 100% trường hợp có thụ thể nội tiết dương tính trong nghiên cứu chúng tôi được điều trị nội tiết hỗ trợ.

Việc lựa chọn thuốc nội tiết để điều trị phụ thuộc vào tình trạng kinh nguyệt của bệnh nhân. Nếu bệnh nhân còn kinh, thuốc nội tiết được ưu tiên sử dung là Tamoxifen (kháng estrogen). Nếu bệnh nhân ở tuổi mạn kinh, có thể lựa chọn một trong hai nhóm thuốc là kháng estrogen (Tamoxifen) hay ức chế men aromatase (anastrozole…). Đa số trường hợp trong nghiên cứu chúng tôi sử dụng điều trị nội tiết bằng Tamoxifen.

Theo nghiên cứu của tác giả Kelemen G năm 2012 [6], cũng cho thấy trong 198 trường hợp nghiên cứu phẫu thuật bảo tồn, có đến 84,3% trường hợp được xạ trị bổ túc, trong đó có 15,7% được xạ trị thành ngực và hệ thống hạch vùng. Chỉ có 10,1% trường hợp là được điều trị hóa trị trước xạ trị, tỷ lệ này là thấp hơn rất nhiều so với với nghiên cứu chúng tôi (100% là có chỉ định hóa trị), nguyên nhân là do kích thước khối bướu trong nghiên cứu chúng tôi là lớn hơn so với nghiên cứu này. Tỷ lệ điều trị nội tiết trong nghiên cứu của tác giả Kelemen G là 49,1% và chia đều cho cả 2 nhóm sử dụng tamoxifen và ức chế aromatase. Có đến 37.9% trường hợp là không nhận được điều trị toàn thân [6].

4.3. Biến chứng sau phẫu thuật bảo tồn tuyến vú

Sau phẫu thuật bảo tồn tuyến vú, có thể xảy ra nhiều biến chứng cấp như đau sau mổ, nhiễm trùng vết mổ, hoại tử vạt da, tụ dịch vết mổ, phù tay do tắc mạch bạch huyết vùng nách….

Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số các trường hợp sau phẫu thuật đều được dẫn lưu áp lực âm thành ngực và hố nách cùng bên phẫu thuật, áp lực âm được tạo liên tục và ống dẫn lưu này chỉ được rút ra khi lượng dịch dẫn lưu nhỏ hơn 20 ml/ 24 giờ. Dó đó, biến chứng tụ dịch sau mổ trong nghiên cứu chúng tôi xảy ra chỉ 3 trường hợp (16,7%) và các trường hợp này được rút dịch giải áp và băng ép sau đó ổn định, không có trường hợp nào chậm trễ điều trị do biến chứng tụ dịch. Mặt khác, đa số trường hợp trong nghiên cứu chúng tôi được sử dụng phương pháp di chuyển và may khép trực tiếp mô vú 2 bên để che lấp khuyết hỗng do đó biến chứng nhiễm trùng cũng như hoại tử vạt da rất ít xảy ra.

Triệu chứng đau sau mổ cũng được ghi nhận trong một số trường hợp, tuy nhiên đau ở mức độ trung bình và được kiểm soát tốt bằng các thuốc giảm đau thông thường.

Biến chứng phù tay sau phẫu thuật bảo tồn chưa được ghi nhận rõ ràng trong nghiên cứu này.

Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Tạ Xuân Sơn cho thấy tỷ lệ biến chứng sau mổ nói chung chiếm tỷ lệ chỉ 8%, ít hơn so với phẫu thuật Patey cải tiến (được báo cáo khoảng 22,8%).

Theo nghiên cứu của tác giả Kelemen G năm 2012, với cỡ mẫu 198 trường hợp phẫu thuật bảo tồn, tỷ lệ có biến chứng đau sau mổ chiếm tỷ lệ là 19,7%, biến chứng phù nề sau mổ

https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2024.02.01

gặp trong 11,6% trường hợp, biến chứng xơ cứng tuyến vú gặp trong 33,9%, thay đổi màu sắc da tuyến vú gặp trong 35.9% trường hợp và thường gặp ở nhóm tuổi trên 50 tuổi [6].

4.4. Tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật bảo tồn tuyến vú

Tái phát tại chỗ: theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đỗ Thùy Giang thực hiện với 102 trường hợp phẫu thuật bảo tồn tuyến vú điều trị ung thư vú giai đoạn I, II. Với thời gian theo dõi trung bình là 45,1 tháng, cho thấy tỷ lệ tái phát tại chỗ chỉ chiếm tỷ lệ 2,1%, sống còn toàn bộ và sống còn không bệnh 4 năm chiếm tỷ lệ lần lượt 91% và 97%.

Theo một bài tổng kết của tác giả Van Maaren thực hiện tổng kết đánh giá sống còn 10 năm sau phẫu thuật bảo tồn với cỡ mẫu 37207 trường hợp được chia hai nhóm phẫu thuật bảo tồn tuyến vú có kết hợp với xạ trị bổ túc so với nhóm không có xạ trị bổ túc. Nghiên cứu này cho thấy rằng, ở nhóm phẫu thuật bảo tồn có kết hợp với xạ trị bổ túc sau mổ sẽ cho tỷ lệ tái phát tại chỗ cũng như sống còn toàn bộ cao hơn so với nhóm không có xạ trị bổ túc. Cũng theo nghiên cứu này cho thấy với thời gian theo dõi trung bình là 9,8 năm, tỷ lệ tái phát tại chỗ ở nhóm được phẫu thuật bảo tồn có kết hợp xạ trị chỉ chiếm 11%, trong khi đó ở nhóm không có kết hợp xạ trị cho tỷ lệ tái phát tại chỗ chiếm tỷ lệ 15%, sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê (p=0,001). Trong nghiên cứu của chúng tôi, với cỡ mẫu còn ít, thời gian theo dõi ngắn, với thời gian trung vị theo dõi là khoảng 24,6 tháng, ngắn nhất là 1 tháng và dài nhất là 37 tháng. Đa số các trường hợp trong nghiên cứu là giai đoạn sớm, tất cả các trường hợp đều có bờ diện cắt an toàn trên vi thể và không ca nào phải cắt rộng thêm nên tỷ lệ tái phát tại chỗ rất thấp. Tỷ lệ tái phát tại chỗ chiếm tỷ lệ 5,56% với 1/18 trường hợp. Trường hợp này được phát hiện sau 06 tháng điều trị và được cắt rộng tại chỗ. Qua theo dõi, không ghi nhận trường hợp nào di căn xa.

Veronesi U [7] 20 năm theo dõi 701 phụ nữ để so sánh hiệu quả của phẫu thuật cắt bỏ vú triệt để (Halsted) với phẫu thuật bảo tồn vú. Tỷ lệ sống sót lâu dài ở những phụ nữ trải qua phẫu thuật bảo tồn vú cũng giống như ở những phụ nữ trải qua phẫu thuật cắt bỏ vú triệt để. Do đó, phẫu thuật bảo tồn vú là phương pháp điều trị được lựa chọn cho những phụ nữ mắc bệnh ung thư vú kích thước tương đối nhỏ.

4.5. Các yếu tố tiên đoán nguy cơ tái phát

Theo kết quả của một nghiên cứu hồi cứu năm 2003, thực hiện với cỡ mẫu hơn 4647 trường hợp, yếu tố có xạ trị sau phẫu thuật bảo tồn là một yếu tố có ý nghĩa thống kê giúp giảm nguy cơ tái phát tại chỗ (p<0,001). Một số yếu tố khác cũng được đưa vào phân tích cũng cho thấy có ý nghĩa thống kê trong tiên đoán nguy cơ tái phát tại chỗ sau phẫu thuật bảo tồn. Đó là yếu tố về giai đoạn bệnh: nếu trường hợp được chẩn đoán ở giai đoạn T1NoMx sẽ cho thấy có tỷ lệ không tái phát tại chỗ cũng như sống còn không bệnh cao hơn so với nhóm có giai đoạn muộn hơn (T1N1, T2N0, T2N1…). Yếu tố về kích thước bướu lớn hay tình trạng di căn hạch nách nhiều, không có điều trị toàn thân sau mổ… cũng được nghiên cứu và cũng cho thấy làm tăng tỷ lệ tái phát tại chỗ. Trong nghiên cứu của chúng tôi do cỡ mẫu ít nên các ảnh hưởng của các yếu tố này đến nguy cơ tái phát tại chỗ, cũng như do thời gian theo dõi còn quá ngắn, nên giá trị của các kết luận này chưa cao.

Do đặc điểm các phẫu thuật bảo tồn tuyến vú thường ở giai đoạn sớm, có kết hợp với hóa xạ trị bổ túc nên thường có tiên lượng sống còn, tái phát thấp, thời gian theo dõi trong các nghiên cứu thường kéo dài đến 10 năm.

4.6. Độ thẩm mỹ sau phẫu thuật

Đặc điểm trong nghiên cứu chúng tôi là 18/18 trường hợp sử dụng phương pháp tạo hình là may khép trực tiếp sau khi đã tách trượt mô vú 2 bên. Điều này có thể giải thích là do đa số các trường hợp được phẫu thuật bảo tồn trong nghiên cứu có kích thước bướu <3cm, đồng thời có mô tuyến vú bình thường to. Chỉ định phẫu thuật cắt rộng và may khép trực tiếp mô vú chỉ được chỉ định khi đánh giá thể tích mô vú mất đi phải nhỏ hơn 20% thể tích tuyến vú, vì khi đó khi may khép mô vú cũng sẽ không gây mất thẩm mỹ sau này. Trong khi đó, khi đánh giá thể tích mô vú mất đi chiếm tỷ lệ từ 20% đến 70%, trong trường hợp này, chúng ta phải tạo hình khuyết hỗng bằng vạt da tại chỗ, xoay vạt da để che lấp khuyết hỗng mới có thể đạt được thẩm mỹ cao.

Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Tạ Xuân Sơn thực hiện đề tài trên 189 trường hợp phẫu thuật bảo tồn, trong đó cũng có đến 93,2% trường hợp sử dụng phương pháp cắt rộng và may khép trực tiếp mô vú, chỉ có 6,8% trường hợp là cắt ¼ tuyến vú và phải sử dụng vạt da tại chỗ để tạo hình khuyết hỗng. Do đó, trong nghiên cứu này, tỷ lệ hài lòng về thẩm mỹ cũng đạt tỷ lệ cao trên 60%. Xếp hạng mức độ đạt được thẩm mỹ mức độ tốt và rất tốt cũng chiếm tỷ lệ cao hơn.

Theo một nghiên cứu của tác giả Chan SWW năm 2010 [8], nghiên cứu về mức độ thẩm mỹ và sự hài lòng của người bệnh sau phẫu thuật bảo tồn, với cỡ mẫu là 169 trường hợp được phẫu thuật bảo tồn từ năm 2007 đến 2008, cho thấy tỷ lệ đạt được thẩm mỹ cao, đạt được sự hài lòng về thẩm mỹ của bệnh nhân đạt tỷ lệ là 94%. Nghiên cứu cũng cho thấy mức độ hài lòng sẽ cao hơn ở nhóm có thể tích tuyến vú mất đi nhỏ hơn 30% thể tích tuyến vú, vì khi đó chỉ cần may khép mô vú lại là có thể đạt được độ thẩm mỹ cao.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thể tích tuyến vú mất đi không được đo một cách chính xác để có thể lựa chọn chính xác phương pháp tạo hình. Đa số các trường hợp chỉ được ước lượng thể tích mất đi và lựa chọn phương pháp may khép trực tiếp là chủ yếu vì đánh giá thể tích tuyến vú mất đi nhỏ hơn 20%. Hay theo kết quả nghiên cứu của tác giả Kelemen G thực hiện tại Anh, với cỡ mẫu 198 trường hợp được phẫu thuật bảo tồn, cho thấy rằng tỷ lệ đạt được được thẩm mỹ tốt và rất tốt chiếm tỷ lệ là 84,1%, yếu tố về kích thước bướu và thể tích mô vú mất đi trong phẫu thuật sẽ quyết định đến mức độ thẩm mỹ đạt được [6].

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 18 bệnh nhân ung thư vú đa số có kích thước khối u nhỏ được phẫu thuật bảo tồn với thời gian theo dõi trung bình 24,6 tháng (1 tháng- 37 tháng) chúng tôi nhận thấy: biến chứng sau mổ ít gặp, biến chứng đau sau mổ thường ở mức độ nhẹ và kiểm soát được; biến chứng tụ dịch chiếm 16,6%; độ thẩm mỹ sau phẫu thuật bảo tồn đạt mức độ tốt và rất tốt chiếm tỷ lệ 88,9%.

Nguồn tài trợ

Nghiên cứu này không nhận tài trợ.

Xung đột lợi ích

Không có xung đột lợi ích tiềm ẩn nào liên quan đến bài viết này được báo cáo.

ORCID

Nguyễn Ái Linh

https://orcid.org/0009-0003-2465-0315

Đóng góp của các tác giả

Ý tưởng nghiên cứu: Võ Giáp Hùng.

Đề cương và phương pháp nghiên cứu: Võ Giáp Hùng, Nguyễn Ái Linh.

Thu thập dữ liệu: Võ Giáp Hùng, Nguyễn Ái Linh.

Giám sát nghiên cứu: Võ Giáp Hùng, Nguyễn Ái Linh.

Nhập dữ liệu: Võ Giáp Hùng, Nguyễn Ái Linh.

Quản lý dữ liệu: Võ Giáp Hùng, Nguyễn Ái Linh.

Phân tích dữ liệu: Võ Giáp Hùng, Nguyễn Ái Linh.

Viết bản thảo đầu tiên: Võ Giáp Hùng, Nguyễn Ái Linh.

Góp ý bản thảo và đồng ý cho đăng bài: Võ Giáp Hùng, Nguyễn Ái Linh.

Cung cấp dữ liệu và thông tin nghiên cứu

Tác giả liên hệ sẽ cung cấp dữ liệu nếu có yêu cầu từ Ban biên tập.

Chấp thuận của Hội đồng Đạo đức

Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức của Bệnh viện đa khoa trung tâm tỉnh Tiền Giang chấp thuận (số 329A/QĐ-BVĐKTG, ngày 15 tháng 04 năm 2022).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Arthur DW, Vicini FA. Accelerated partial breast irradiation as a part of breast conservation therapy. J Clin Oncol. 2005 Mar 10;23(8):1726-1735.
2. Fisher B, Anderson S, Bryant J, Margolese RG, Deutsch M, Fisher ER, et al. Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. N Engl J Med. 2002 Oct 17;347(16):1233-1241.
3. Hill-Kayser CE, Chacko D, Hwang WT, Vapiwala N, Solin LJ. Long-term clinical and cosmetic outcomes after breast conservation treatment for women with early-stage breast carcinoma according to the type of breast boost. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2011 Mar 15;79(4):1048-1054.

 https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2024.02.01

4. Nguyễn Đỗ Thùy Giang. Phẫu thuật bảo tồn điều trị carcinôm vú giai đọan I-II tại Bệnh viện Ung bướu TP Hồ Chí Minh. Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2008; 12(4).

5. Tạ Xuân Sơn. Đánh giá phẫu thuật bảo tồn điều trị ung thư vú nữ giai đoạn 0-II tại bệnh viện K. Y học Quân sự. 2006; 31(5):321-325

6. Kelemen G, Varga Z, Lázár G, Thurzó L, Kahán Z. Cosmetic outcome 1-5 years after breast conservative surgery, irradiation and systemic therapy. Pathol Oncol Res. 2012 Apr;18(2):421-427.

7. Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L, Greco M, Saccozzi R, Luini A, et al. Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. N Engl J Med. 2002 Oct 17;347(16):1227-1232.

8. Chan SW, Cheung PS, Lam SH. Cosmetic outcome and percentage of breast volume excision in oncoplastic breast conserving surgery. World J Surg. 2010 Jul;34(7):1447-1452.