

- metastatic colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer*, 16(1).
5. Eisenhauer E.A., Therasse P., Bogaerts J., et al. (2009). New response evaluation criteria in solid tumours: Revised RECIST guideline (version 1.1). *European Journal of Cancer*, 45(2), 228–247.
 6. Dueck A.C., Mendoza T.R., Mitchell S.A., et al. (2015). Validity and Reliability of the US National Cancer Institute's Patient-Reported Outcomes Version of the Common Terminology Criteria for Adverse Events (PRO-CTCAE). *JAMA Oncol*, 1(8), 1051–1059.
 7. Passardi A., Nanni O., Tassinari D., et al. (2015). Effectiveness of bevacizumab added to standard chemotherapy in metastatic colorectal cancer: final results for first-line treatment from the ITACa randomized clinical trial. *Ann Oncol*, 26(6), 1201–1207.
 8. Cunningham D., Lang I., Marcuello E., et al. (2013). Bevacizumab plus capecitabine versus capecitabine alone in elderly patients with previously untreated metastatic colorectal cancer (AVEX): an open-label, randomised phase 3 trial. *Lancet Oncol*, 14(11), 1077–1085.
 9. Hammerman et al (2017). The "real-life" impact of adding bevacizumab to first-line therapy in metastatic colorectal cancer patients: A large Israeli retrospective cohort study.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT BẢO TỒN UNG THƯ VÚ ÁP DỤNG CÁC KỸ THUẬT TẠO HÌNH VỚI KHỐI U TẠI VỊ TRÍ ÍT NHU MÔ TUYẾN VÚ

Lê Hồng Quang*, Nguyễn Văn Đức*

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 áp dụng các kỹ thuật tạo hình tại vị trí ít nhu mô vú. **Phương pháp:** Mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 23 bệnh nhân ung thư vú vị trí ít nhu mô giai đoạn I, II được phẫu thuật bảo tồn từ 2017 đến 2020 tại Bệnh viện K. **Kết quả:** Tỷ lệ diện cắt lạnh tức thì dương tính 13,1%, không có trường hợp nào phải mổ lại. Thời gian nằm viện hậu phẫu trung bình là 6,1 ngày. Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 8,7%. Thẩm mỹ tuyến vú đẹp và tốt chiếm 95,7%. Tỷ lệ hài lòng là 100%. **Kết luận:** Việc áp dụng các kỹ thuật tạo hình trong phẫu thuật bảo tồn ung thư vú tại vị trí ít mô đem lại kết quả thẩm mỹ tốt, an toàn về mặt ung thư và có tỷ lệ biến chứng thấp.

Từ khoá: phẫu thuật bảo tồn ung thư vú, kỹ thuật tạo hình, vùng ít nhu mô vú.

SUMMARY

RESULTS OF BREAST-CONSERVING SURGERY USING ONCOPLASTIC TECHNIQUES WITH TUMOURS LOCATED IN THE LOW-DENSITY BREAST AREA

Objectives: To evaluate the oncologic safety and aesthetic results after breast-conserving surgery using oncoplastic techniques with tumours located in the low-density breast area. **Methods:** Combined retrospective and prospective description study in 23 stages I, II breast cancer patients with tumours located in the low-density breast area who underwent breast-conserving surgery at K Hospital from 2017 to 2020. **Results:** Positive frozen resection margin rate

was 13,1%, no patient had to have reoperation. The average duration of hospitalization was 6,1 days. The complication rate after surgery was 8,7%. Excellent and good cosmetic results were 95,7%. The satisfaction rate was 100%. **Conclusion:** Using the oncoplastic techniques in breast-conserving surgery in the low-density breast area bring good aesthetic results, oncologic safety, and had a low complication rate.

Keywords: breast-conserving surgery, oncoplastic techniques, the low-density breast area.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ những năm 80 của thế kỷ trước, điều trị bảo tồn (gồm phẫu thuật bảo tồn và xạ trị bổ trợ) đã được nghiên cứu để so sánh với phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú, theo dõi lâu dài cho thấy thời gian sống thêm của hai phương pháp là không khác biệt [1].

Thách thức chính trong phẫu thuật bảo tồn là vừa phải đảm bảo an toàn về mặt ung thư vừa phải đảm bảo tính thẩm mỹ. Về mặt ung thư học, diện cắt dương tính làm tăng tỷ lệ tái phát tại chỗ gấp 2,5 lần, vì vậy phải đảm bảo cắt u đủ rộng để đạt diện cắt âm tính [2]. Mặt khác, phụ nữ châu Á có kích thước tuyến vú nhỏ hơn so với phụ nữ phương Tây, thể tích nhu mô vú cắt bỏ nhiều sẽ làm tăng nguy cơ không đạt được hiệu quả thẩm mỹ do khó có thể bù đắp được khuyết hổng để lại. Về giải phẫu, tuyến vú có thể được chia làm bốn góc phần tư: trên ngoài, trên trong, dưới ngoài, dưới trong. Các nghiên cứu chỉ ra rằng góc phần tư trên ngoài chiếm thể tích mô vú lớn nhất so với các vị trí khác do đó cũng là vùng thuận lợi nhất cho phẫu thuật bảo tồn [3]. Các góc phần tư còn lại có ít nhu mô hơn nên càng gặp khó khăn trong việc che lấp khuyết hổng sau khi cắt rộng u. Năm 1993 tác giả

*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hồng Quang

Email: bslequang@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 14.01.2022

Ngày duyệt bài: 9.2.2022

Audretsch W lần đầu giới thiệu các kỹ thuật tạo hình áp dụng trong phẫu thuật bảo tồn ung thư nhằm đảm bảo khối u được cắt rộng rãi hơn nhưng vẫn đạt được hiệu quả thẩm mỹ. Trải qua thời gian phát triển, nhiều kỹ thuật tạo hình đã được sáng tạo để áp dụng vào phẫu thuật bảo tồn cho khối u tại vị trí ít mô như kỹ thuật tạo hình chữ J cho khối u phần tư dưới ngoài, tạo hình chữ V với khối u phần tư dưới trong, tạo hình vạt xoay cho khối u phần tư trên trong. Đặc điểm chung của các kỹ thuật này là nhu mô xung quanh u sẽ được phẫu tích rộng tạo thuận lợi cho dịch chuyển mô tái sắp xếp lại tuyến vú và che lấp khuyết hổng.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá tính an toàn và hiệu quả thẩm mỹ của một số kỹ thuật tạo hình tại vị trí ít mô trong ung thư vú tại Bệnh viện K.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả loạt ca dựa trên 23 bệnh nhân ung thư vú được phẫu thuật bảo tồn tại khoa Ngoại Vú Bệnh viện K.

Tiêu chuẩn lựa chọn bao gồm: Bệnh nhân nữ, mắc ung thư vú giai đoạn I, II theo UICC 2017 có u đơn ổ, được phẫu thuật bảo tồn áp dụng kỹ thuật tạo hình chữ V với u ở phần tư dưới trong, chữ J với u ở phần tư dưới ngoài, vạt xoay với u ở phần tư trên trong.

Tiêu chuẩn loại trừ là bệnh nhân có chống chỉ định chung của điều trị bảo tồn.

Biên số, chỉ số và các bước tiến hành nghiên cứu

- Thông tin về lâm sàng và phẫu thuật: Tuổi; 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 mổ lại.

- Kết quả thẩm mỹ: phẫu thuật viên khám lại và đánh giá sau mổ và sau khi ra viện trong năm đầu theo thang điểm Lowery [4]

Bảng 1: Đánh giá kết quả thẩm mỹ theo

Lowery

Yếu tố	0 điểm	1 điểm	2 điểm
Thế 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

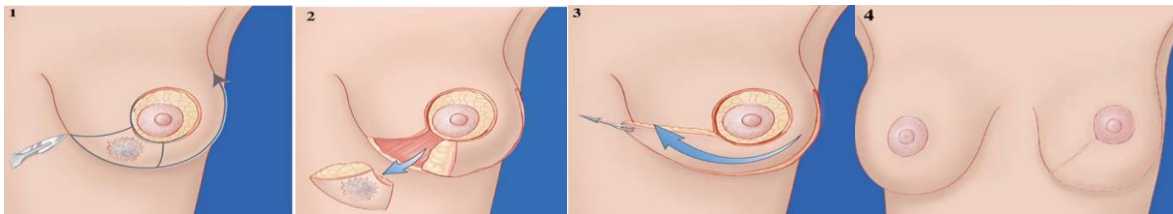
Xếp loại: Đẹp 7-8 điểm, tốt: 6 điểm, trung bình 5 điểm, kém <5 điểm.

Quy trình phẫu thuật

- Gây mê nội khí quản, sát trùng.
- Rạch da theo đường thiết kế của từng kỹ thuật.
- Cắt bỏ rộng rãi khối u kèm da vú trên u. Lấy các diện cắt làm xét nghiệm tức thì, cắt lại diện cắt nếu diện cắt tức thì dương tính.
- Đặt clip đánh dấu giường u.
- Vào hố nách vét hạch chằng 1,2 kiểm tra hạch chằng 3. Trường hợp bệnh nhân làm sinh thiết hạch cửa, tiến hành sinh thiết hạch cửa trước khi cắt u.
- Giải phóng tuyến vú, khâu phục hồi tuyến che phủ khuyết hổng, chuyển vị trí quầng núm vú.
- Cầm máu, đặt dẫn lưu, khâu da.
- Phẫu thuật cân chỉnh vú đối diện nếu cần thiết.

Mô tả kỹ thuật

- Tạo hình chữ V: Cắt bỏ một phần tuyến hình chóp với đáy nằm ở nếp lằn vú và đỉnh là đường viền quầng vú. Phần cắt bỏ gồm cả da và tuyến vú đến sát cơ ngực. Đường rạch nếp lằn vú kéo dài đến đường nách trước, cực dưới của vú được phẫu tích khỏi cơ ngực và dịch chuyển mô vào phía đường giữa để lấp khuyết hổng. Cuối cùng, phức hợp quầng núm vú được định vị lại vị trí ở tư thế ngồi, đánh giá sự cân xứng. Tái định vị quầng núm vú vào vị trí trung tâm bằng một đường rạch bán nguyệt quanh quầng vú góc trên ngoài, bóc lớp thượng bì, khâu phục hồi đường rạch quanh quầng [5].

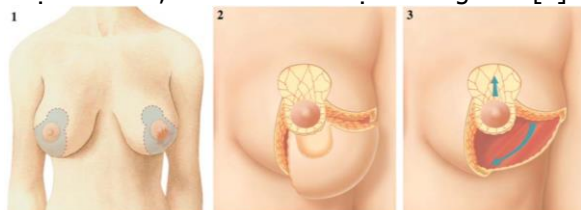


Hình 1: Phẫu thuật bảo tồn áp dụng kỹ thuật vạt chữ V với u phần tư dưới trong

- Tạo hình chữ J: Rạch da hình bán nguyệt bên trên quầng núm vú. Đường rạch đầu tiên của

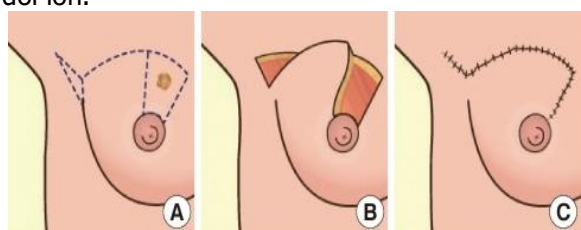
vạt bắt đầu từ rìa trung gian của hình bán nguyệt, uốn cong xuống mềm mại cho tới nếp

lần vú; đường rạch thứ 2 bắt đầu từ rìa ngoài uốn cong tương tự đường rạch đầu. Da và mô vú phần tư dưới ngoài chứa u được cắt bỏ theo hình chữ J. Nhu mô vú hai bên được phẫu tích rộng, dịch chuyển vào trung tâm để che lấp khuyết hồng. Thương bì giữa đường rạch bán nguyệt và quầng vú được cắt bỏ. Phức hợp quầng núm vú được treo lên, căn chỉnh vào vị trí trung tâm [6].



Hình 2: Phẫu thuật bảo tồn áp dụng kỹ thuật vạt chữ J với u phần tư dưới ngoài

- Vạt xoay: Các đường rạch bao gồm hai đường rạch hình bán nguyệt, đường rạch nhỏ ở rìa quầng núm góc trên trong, đường rạch lớn phía trên tuyến song song với đường rạch nhỏ, hai đường thẳng nối 2 đường bán nguyệt tạo thành giới hạn cắt mô vú góc phần tư trên trong (hình A). Nhu mô vú được bóc tách rộng, đường rạch tam giác ở vùng nách được sử dụng để tạo vạt xoay che lấp khuyết hồng đồng thời là đường vết hạch nách (hình B). Sự dịch chuyển và định vị lại núm có thể được thực hiện để đạt được sự cân xứng [7]. Phương pháp này có thể áp dụng cho các khối u tương đối lớn nằm ở góc phần tư trên trong, và nó có thể được sử dụng cho một số khối u nằm ở phía trên giữa của vú. Nhược điểm của kỹ thuật này là vết mổ tương đối lớn.



Hình 3: Phẫu thuật bảo tồn áp dụng kỹ thuật vạt xoay với u phần tư trên trong

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

Nghiên cứu của chúng tôi gồm 23 bệnh nhân, tuổi trung bình của các bệnh nhân là 48,4±7,3 tuổi; trong đó bệnh nhân trẻ nhất là 26 tuổi, cao tuổi nhất là 64 tuổi.

Đa số bệnh nhân còn kinh nguyệt (19 bệnh nhân chiếm 82,6%). Có 2 bệnh nhân (8,7%)

tăng huyết áp và 1 bệnh nhân bị đái đường (4,4%). Tỷ lệ bệnh nhân thừa cân (BMI≥23) là 8,7% (2 trường hợp), không có bệnh nhân béo phì.

Bảng 2: Phương pháp phẫu thuật bảo tồn

Kỹ thuật tạo hình	N		Tỷ lệ %
	Vạt xoay	2	8,7
Tạo hình chữ V	11	47,8	
Tạo hình chữ J	10	43,5	
Phẫu thuật cân chỉnh vú đối bên	Có	3	13,0
	Không	20	87,0

Thể tích mô vú cắt bỏ trung bình là 103,7cm³; nhỏ nhất 47,5cm³ và lớn nhất 269cm³. Thời gian phẫu thuật trung bình là 96,6±13,8 phút; nhanh nhất 80 phút và dài nhất 125 phút. Thời gian hậu phẫu trung bình 6,1±1,9 ngày; ngắn nhất 5 ngày, dài nhất 9 ngày.

Bảng 3: Đặc điểm u và hạch

Kích thước u	N		Tỷ lệ %
	u ≤ 1	1	4,3
1 < u ≤ 2	13	56,5	
2 < u ≤ 5	9	39,2	
Số u	Một u	22	95,7
	Đa u	1	4,3
Hạch	N0	19	82,6
	N1	4	17,4
Giai đoạn	I	12	52,2
	II	11	47,8

Kích thước u trung bình là 1,9±0,9cm; nhỏ nhất là 0,9cm, lớn nhất là 3,5cm. Khoảng cách trung bình từ u đến núm vú là 4,8±1,0cm trong đó gần nhất 3,1cm và xa nhất 7,7cm. Có 1 trường hợp 2 u cùng ở góc phần tư dưới ngoài.

Bảng 4: Mô bệnh học và hoá mô miễn dịch

Mô bệnh học	N		Tỷ lệ %
	Carcinoma ống xâm nhập	21	91,4
Carcinoma tiểu thùy xâm nhập	1	4,3	
Carcinoma nhầy	1	4,3	
Hoá mô miễn dịch	Luminal A	9	39,1
	Luminal B (Her2 âm tính)	7	30,4
	Luminal B (Her-2 dương tính)	2	8,7
	Her-2 dương tính	2	8,7
	Triple negative	3	13,1

Về mô bệnh học, thể ống xâm nhập chiếm phần lớn với 91,4%, thể tiểu thùy xâm nhập và thể nhầy chiếm 4,3%. Hoá mô miễn dịch thể đa số là thể luminal A và B (đều chiếm 39,1%).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có gặp 2 trường hợp gặp biến chứng đờng dịch chiếm

8,7%. Không gặp các biến chứng khác (chảy máu, nhiễm trùng, chậm liền vết mổ, hoại tử mỡ, hoại tử vạt).

Có 3 trường hợp (13,1%) diện cắt tức thì lần 1 dương tính, phải cắt rộng diện cắt lần 2. Không có trường hợp nào diện cắt thường quy dương tính và phải mổ lại. Thời gian theo dõi bệnh nhân trung bình $17,8 \pm 5,9$ tháng (từ 12 đến 37 tháng), chưa phát hiện trường hợp tái phát di căn.

Về thẩm mỹ: Có 22 bệnh nhân (95,7%) có thẩm mỹ đẹp và tốt sau phẫu thuật; sau khi ra viện 1 năm tỉ lệ này giảm còn 78,3%. Có 2 bệnh nhân rất hài lòng (8,7%) và 21 bệnh nhân còn lại (91,3%) hài lòng với kết quả phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

Khái niệm phẫu thuật tạo hình ung thư được tạo nên từ 2 thành phần "tạo hình" và "ung thư" đang dần trở thành chuẩn mực trong điều trị ung thư vú. Các phẫu thuật phải vừa phải đảm bảo nguyên tắc ung thư học (lấy hết tổ chức ung thư, diện cắt không còn u) vừa phải duy trì được tính thẩm mỹ nhờ vào các kỹ thuật tạo hình. Nhiều nghiên cứu đã được thực hiện để chứng minh lợi ích của việc áp dụng các kĩ thuật tạo hình vào phẫu thuật bảo tồn ung thư vú. Tác giả Kaur khi so sánh phẫu thuật bảo tồn có sử dụng kỹ thuật tạo hình và cắt rộng u đơn thuần thấy rằng việc áp dụng kỹ thuật tạo hình ung thư đem lại khả năng lấy bỏ rộng rãi các tổn thương ung thư, vượt trội hơn thể tích nhu mô vú có thể cắt bỏ để đảm bảo diện cắt âm tính. Kết quả thẩm mỹ đạt được sau phẫu thuật bảo tồn bằng kỹ thuật tạo hình cũng rất tốt, đem đến sự hài lòng cao cho bệnh nhân [8]. Có 2 nhóm kỹ thuật chính là dịch chuyển mô và thay thế mô, nhóm kỹ thuật thay thế mô sử dụng các vạt tự thân từ vị trí khác để che lấp khuyết hổng, nhóm dịch chuyển mô sử dụng chính mô vú được tái sắp xếp, phục hồi hình dáng tuyến vú sử dụng các kỹ thuật tạo hình. Phụ nữ Việt Nam có thể tích vú tương đối nhỏ, việc sử dụng các kỹ thuật dịch chuyển mô che lấp khuyết hổng đặc biệt tại vị trí ít mô là không hề dễ dàng với yêu cầu đạt thẩm mỹ tốt.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 23 bệnh nhân, tuổi trung bình là $48,4 \pm 7,3$ và đây cũng là độ tuổi thường gặp trong ung thư vú. Tỷ lệ bệnh nhân giai đoạn I chiếm 52,2% và giai đoạn II chiếm 47,8%, mô bệnh học đa số gặp thể ống xâm nhập (91,4%), hoá mô miễn dịch chủ yếu là typ thụ thể nội tiết dương tính và Her2/neu âm tính (69,5%). Kích thước u từ 0,9 đến 3,5cm; khoảng cách u-núm vú từ 3,1 đến 7,7cm. Trong

nghiên cứu có 2 bệnh nhân sử dụng vạt xoay, 11 bệnh nhân dùng kỹ thuật chữ V, 10 trường hợp dùng kỹ thuật chữ J, các bệnh nhân đều được cân nhắc và lựa chọn kỹ thuật tạo hình phù hợp nhất với đặc điểm khối u vú. Vạt xoay thường được sử dụng cho trường hợp khoảng cách từ khối u cách núm vú trung bình và xa, với khoảng cách gần chúng tôi ưu tiên sử dụng kỹ thuật round block, do đó cỡ mẫu chưa nhiều. Thể tích mô vú cắt bỏ trung bình là $103,7 \text{ cm}^3$ (vạt xoay: $97,5 \text{ cm}^3$, chữ V: $101,9 \text{ cm}^3$, chữ J: $106,2 \text{ cm}^3$), phẫu thuật thực hiện trong thời gian trung bình là $96,6 \pm 13,8$ phút. Một số nghiên cứu về phẫu thuật bảo tồn có sử dụng kỹ thuật tạo hình cũng có kết quả tương tự. Clough thực hiện phẫu thuật bảo tồn bằng kỹ thuật vạt chữ V trên 22 bệnh nhân, phân tích thấy kích thước u từ 1 đến 4cm, thể tích mô vú cắt bỏ trung bình là 101 cm^3 . Nghiên cứu của Yang khi sử dụng vạt xoay cắt bỏ trung bình 98g mô vú, thời gian phẫu thuật trung bình 1,5 giờ [5] [7].

Tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu là 8,7%; cả 2 bệnh nhân đều gặp biến chứng đẹn dịch; các biến chứng khác không gặp có thể do cỡ mẫu chưa đủ lớn. Tỷ lệ này thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Clough (9,1% với kỹ thuật chữ V) và Zhygulin (21,2% với vạt xoay) [6].

Chương trình nâng cao chất lượng phẫu thuật quốc gia của Mỹ tiến hành phân tích dữ liệu về điều trị ung thư vú với trên 24 000 trường hợp được phẫu thuật bảo tồn, cho thấy xét nghiệm cắt lạnh diện cắt làm giảm số ca mổ lại vì lý do liên quan tới diện cắt. Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi cũng được làm diện cắt lạnh tức thì trong mổ, phát hiện gồm 2 trường hợp diện cắt còn u và 1 trường hợp diện cắt quá sản không điển hình, cả 3 trường hợp (chiếm 13,1%) đều được cắt lại diện cắt lần 2 âm tính, không có trường hợp nào mổ lại. Các bệnh nhân được theo dõi trung bình $17,8 \pm 5,9$ tháng, ngắn nhất 12 tháng, dài nhất 37 tháng và chưa phát hiện trường hợp nào tái phát.

Về kết quả thẩm mỹ sau mổ, với việc sử dụng các kỹ thuật tạo hình trong phẫu thuật bảo tồn, 95,7% bệnh nhân có kết quả thẩm mỹ đẹp và tốt sau mổ, tỷ lệ này sau 1 năm là 78,3%. Tỷ lệ thẩm mỹ đẹp và tốt trong nghiên cứu của Yang, Clough lần lượt là 83%(sau 1 năm), 94%(sau phẫu thuật). Các bệnh nhân đều có đánh giá tốt sau phẫu thuật, 21 bệnh nhân hài lòng (91,3%) và 2 bệnh nhân rất hài lòng (8,7%), đặc biệt 2 trường hợp này đều thực hiện treo sa trễ để cân chỉnh vú đối bên. Kết quả về thẩm mỹ trong nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt

hiều với các nghiên cứu trên thế giới, đa số các bệnh nhân đều đạt thẩm mỹ đẹp và tốt đặc biệt trên những bệnh nhân có phẫu thuật cân chỉnh vú đối bên.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật bảo tồn ung thư vú ngày càng được áp dụng rộng rãi trên thế giới cũng như ở nước ta. Phụ nữ Việt Nam có tuyến vú tương đối nhỏ, thách thức đặt ra khi phẫu thuật bảo tồn là vừa phải đảm bảo an toàn về ung thư học vừa phải đảm bảo tính thẩm mỹ, đặc biệt là ở các vị trí ít mô. Các kỹ thuật tạo hình ung thư như vạt xoay, tạo hình chữ V, chữ J đã giúp giải quyết những khó khăn này, đem lại kết quả thẩm mỹ tốt, an toàn về mặt ung thư và có tỷ lệ biến chứng thấp.

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), 1227–1232.
2. Bodilsen A., Bjerre K., Offersen B.V., et al. (2016). Importance of margin width in breast-

conserving treatment of early breast cancer. *J Surg Oncol*, **113**(6), 609–615.

3. Chan S., Chen J.-H., Li S., et al. (2017). Evaluation of the association between quantitative mammographic density and breast cancer occurred in different quadrants. *BMC Cancer*, **17**(1), 274.
4. Lowery J.C., Wilkins E.G., Kuzon W.M., et al. (1996). Evaluations of aesthetic results in breast reconstruction: an analysis of reliability. *Ann Plast Surg*, **36**(6), 601–606; discussion 607.
5. Clough K.B., Oden S., Ihrai T., et al. (2013). Level 2 oncoplastic surgery for lower inner quadrant breast cancers: the LIQ-V mammoplasty. *Ann Surg Oncol*, **20**(12), 3847–3854.
6. Clough K.B., Kaufman G.J., Nos C., et al. (2010). Improving breast cancer surgery: a classification and quadrant per quadrant atlas for oncoplastic surgery. *Ann Surg Oncol*, **17**(5), 1375–1391.
7. Yang J.D., Lee J., Cho Y., et al. (2012). Surgical Techniques for Personalized Oncoplastic Surgery in Breast Cancer Patients with Small- to Moderate-Sized Breasts (Part 1): Volume Displacement. *Journal of breast cancer*, **15**, 1–6.
8. Munhoz A.M., Montag E., Arruda E.G., et al. (2006). Superior-medial dermoglandular pedicle reduction mammoplasty for immediate conservative breast surgery reconstruction: technical aspects and outcome. *Ann Plast Surg*, **57**(5), 502–508.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, NỘI SOI VÀ MÔ BỆNH HỌC CỦA KHỐI U PHÁT TRIỂN BÊN ĐẠI TRỰC TRÀNG

Nguyễn Công Long¹, Lê Phú Tài²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu với mục đích nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân có khối u phát triển bên ở đại trực tràng (LSTs). **Đối tượng và phương pháp:** Tổng số 42 bệnh nhân được chẩn đoán có khối u phát triển bên ở đại trực tràng tại Trung tâm tiêu hóa gan mật bệnh viện Bạch mai được đưa vào nghiên cứu từ tháng 11/2018 đến 8/2021. **Kết quả:** Trong 42 bệnh nhân nghiên cứu ghi nhận kích thước trung bình khối u là $38,2 \pm 18,4$ cm. Phần loại KUDO của LSTs type III, IV là 66,7% và 42,9%. Bệnh nhân có khối u lớn trên 40 mm, có tỷ lệ là 38,1%. Về kết quả mô bệnh học của LST thì chiếm đa số là u tuyến 69%, trong đó tổn thương ác tính là 31%. **Kết luận:** Tổn thương LST có xu hướng ác tính khi tăng kích thước vị trí và hình ảnh nội soi.

Từ khóa: khối u phát triển bên ở đại trực tràng, nội soi đại tràng, mô bệnh học

SUMMARY

ENDOSCOPIC CHARACTERISTICS AND PATHOLOGICAL ANALYSIS OF COLORECTAL LATERALLY SPREADING TUMORS

Objectives: his study aims to analyze the endoscopic and pathological characteristics of colorectal laterally spreading tumors (LSTs) to assist malignant risk stratification. **Method:** A total of 42 patients were enrolled with colorectal laterally spreading tumors from 11/2018 to 8/2021 in Bachmai hospital. **Results:** LSTs with mean diameters were 38.2 ± 18.4 cm. KUDO classification rate of LSTs type III, IV were 66.7% and 42.9, respectively. Patients with tumor diameter ≥ 40 mm accounted for 38.1%. Adenoma was the main histological type in patients with tumors of all diameters, accounting for 69%, malignancy lesion was 31%. **Conclusion:** LST malignancy was found to be correlated with lesion diameter, location, and morphological appearance.

Key words: colorectal laterally spreading tumors, colonoscopy, pathological features

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những năm gần đây, các tổn thương khối u phát triển bên (Laterally spreading tumors-LST)

¹Trung tâm tiêu hóa gan mật bệnh viện Bạch mai

²Khoa tiêu hóa bệnh viện Việt xô

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Long

Email: nguyenconglongbvb@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 12.01.2022

Ngày duyệt bài: 9.2.2022