

nhân nặng có nguy cơ TTHKTM cao và nguy cơ chảy máu thấp. Các bệnh nhân nặng cần điều trị hồi sức tích cực, mắc nhiều bệnh lý cấp tính và phức tạp, việc đánh giá, xem xét dự phòng đầy đủ và phù hợp giúp giảm thiểu nguy cơ thuyên tắc huyết khối và nguy cơ chảy máu của bệnh nhân. Hoạt động Dược lâm sàng này cần được triển khai thường quy và nhân rộng trong chương trình quản lý thuốc kháng đông tại bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lindblad B., Eriksson A., et al. (1991), "Autopsy-verified pulmonary embolism in a surgical department: analysis of the period from 1951 to 1988", Br J Surg, 78(7), pp. 849-52.
2. Patel R., Cook D. J., et al. (2005), "Burden of illness in venous thromboembolism in critical care: a multicenter observational study", J Crit Care, 20(4), pp. 341-7.

3. Kiều Thị Ngọc Anh, Nguyễn Trung Nghĩa (2022), "Thực trạng dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch tại Khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện E", Tạp chí Y học Việt Nam, 516(2).
4. Hội Hồi sức Cấp cứu và Chống độc Việt Nam (2017), "Dự phòng Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch trên bệnh nhân hồi sức tích cực".
5. Hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam (2022), "Khuyến cáo về chẩn đoán, điều trị và dự phòng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch".
6. Rose Anne (2015), "Anticoagulation Management: A Guidebook for Pharmacists", Springer International Publishing Switzerland.
7. Zhang L., Wang Y., et al. (2023), "Impact of clinical pharmacist services on physicians' guideline compliance and prognosis of patients for venous thromboembolism prophylaxis in ICU", Int J Clin Pharmacol Ther, 61(1), pp. 24-32.
8. Russell D Hull MBBS, MScDavid A Garcia, MDAllison E (2024), "Heparin and LMW heparin: Dosing and adverse effects", UpToDate truy cập ngày 19.02.2023.

PHẪU THUẬT CHIA SẺ TÁI TẠO VÚ VÀ GIẢI PHẪU MẠCH MÁU CỦA VẬT VÚ

Hoàng Mạnh Ninh¹

TÓM TẮT

Bệnh nhân ung thư vú sau khi cắt bỏ một bên vú có thể tái tạo vú bằng túi độ hoặc vật tự thân. Một trong các vật tự thân được sử dụng là vật vú đối bên (kỹ thuật chia sẻ vú). Kỹ thuật này thường thực hiện ở những phụ nữ có phì đại vú còn lại. Vật vú bên còn lại được chuyển dựa trên giải phẫu các cuống mạch nuôi. Đa số các báo cáo, các tác giả sử dụng vật vú mạch xuyên từ động mạch vú trong. Tuy nhiên, mạch máu cung cấp cho các vật vú còn nhiều biến thể. Cần thăm khám bằng hình ảnh để xác định mạch máu của vật vú trước phẫu thuật. Kỹ thuật chia sẻ vú thường được dùng cho những trường hợp bệnh nhân có vú phì đại, không khuyến cáo cho những bệnh nhân có đột biến gen ung thư vú do nguy cơ cao mắc ung thư của vú đối bên. **Từ khóa:** Kỹ thuật chia sẻ vú, tái tạo vú, giải phẫu mạch, động mạch vú trong

SUMMARY

THE BREAST – SHARING RECONSTRUCTION SURGERY AND VASCULAR ANATOMY OF THE BREAST'S FLAT

Patients with breast cancer after a mastectomy can have their breasts reconstructed with implants or autologous flaps. One of the autologous flaps used is

the contralateral breast flap (breast sharing technique). This technique is often performed in women with residual breast enlargement. The contralateral breast flap is transferred based on the anatomy of the vascular pedicles. In most reports, the authors used flaps with the internal mammary artery perforators. However, the blood vessels supplying the breast flaps have many variations. Imaging examination is required to determine the vascularity of the transfer flap before surgery. Breast sharing technique is often used in cases where patients have hypertrophic breasts. It is not recommended for patients with breast cancer gene mutations due to the high risk of cancer in the contralateral breast.

Keywords: Breast-sharing technique, breast reconstruction, vascular anatomy, internal mammary artery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 2020, theo GLOBOCAN, ung thư vú là ung thư có tỷ lệ mắc mới cao nhất trên thế giới cũng như tại Việt Nam. Do đó, số trường hợp phẫu thuật cắt bỏ vú do ung thư vú ngày càng nhiều và đi kèm đó là sự gia tăng phẫu thuật tái tạo vú. Tái tạo vú có thể sử dụng vật tự thân hoặc túi độ. Mỗi phương pháp đều có những ưu, nhược điểm riêng. Trong đó, tái tạo vú bằng vật tự thân mang lại một bộ ngực mềm mại, tự nhiên hơn và khả năng chịu đựng xạ trị tốt hơn¹. Bên cạnh đó, phương pháp này còn tránh được các biến chứng liên quan đến túi độ². Những tiến bộ trong nghiên cứu về giải phẫu mạch xuyên đã cung cấp cho các bác sĩ nhiều vùng

¹Bệnh Viện Bưu Điện

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Mạnh Ninh

Email: drhoangmanhninh@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2024

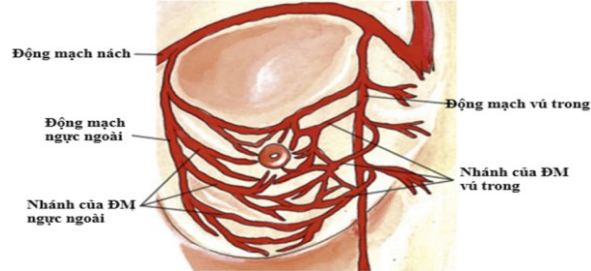
Ngày phản biện khoa học: 25.3.2024

Ngày duyệt bài: 24.4.2024

lựa chọn mô cấy khác nhau để tái tạo vú. Một số vật tự thân được sử dụng như: vật da cơ thẳng bụng (TRAM) có cuống, vật nhánh xuyên thượng vị dưới sâu (DIEP), các vật mông, vật vú bên đối diện... Đối với những bệnh nhân có vú bị sa trễ, phì đại, ngoài phẫu thuật tái tạo ngực, các nhà phẫu thuật còn phải thực hiện phẫu thuật thu nhỏ vú đối bên để đạt đối xứng sau phẫu thuật. Do đó, năm 1973, Pontes đã lần đầu tiên mô tả phương pháp dùng vật vú bên đối diện để tái tạo vú³, phương pháp này gọi là kỹ thuật chia sẻ vú. Qua nhiều năm, phương pháp này đã được phát triển trên cơ sở các cuống mạch nuôi, giúp hạn chế biến chứng sau phẫu thuật. Ở Việt Nam, ít bệnh nhân có vú bị phì đại nên phương pháp này ít được sử dụng. Do đó, còn ít nghiên cứu về vật vú đối bên dùng trong phẫu thuật này, đặc biệt là về giải phẫu cuống mạch máu của nó. Vì vậy, tôi thực hiện bài báo này nhằm thảo luận về đôi nét về phương pháp phẫu thuật này, đặc biệt là giải phẫu mạch cấp máu cho các vùng của vật vú để đạt được hiệu quả phẫu thuật tốt nhất.

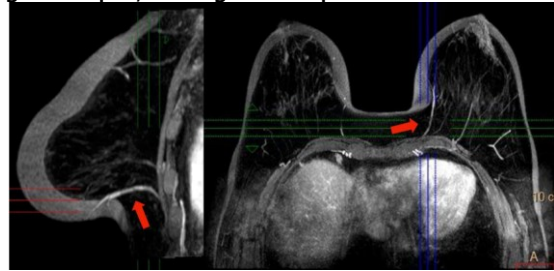
II. GIẢI PHẪU MẠCH MÁU VẬT DƯỚI NÚM VÚ VÀ PHƯƠNG PHÁP THĂM KHÁM HÌNH ẢNH

Các mạch xuyên cung cấp máu cho vú được tách ra từ động mạch vú trong, động mạch cùng vai ngực, động mạch ngực ngoài và các nhánh tận của động mạch gian sườn 3-8. Động mạch vú trong tạo ra các nhánh xuyên (internal mammary artery perforator – IMAP) ở mỗi khoang trong sáu khoang liên sườn trên trước khi phân thành động mạch thượng vị trên và động mạch cơ hoành. Mỗi IMAP đi kèm với một tĩnh mạch và một nhánh thần kinh riêng của dây thần kinh gian sườn trước, chi phối cảm giác cho một vật da. Thông thường, các nhánh xuyên IMAP thứ 2 cung cấp cho một vùng rộng từ bờ trên xương đòn đến xương ức và từ giữa xương ức đến đường nách trước. IMAP thứ 4 và thứ 5 thường cung cấp máu cho vùng da từ dưới quầng vú đến nếp gấp vú dưới. Vùng cấp máu có thể lớn hơn do các IMAP nối với nhau và nối giữa IMAP với động mạch ngực trong⁴.

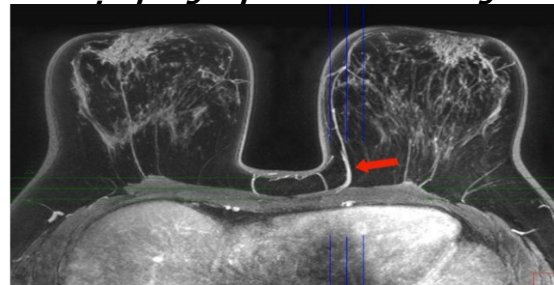


Hình 1. Giải phẫu mạch máu của vú⁵

Đa số các tác giả đều thực hiện phẫu thuật bằng việc lấy cơ sở vật dưới núm có cuống mạch là IMAP thứ 4-5. Tuy nhiên, một số nghiên cứu như của Morrit hay Lopez lại báo cáo phẫu thuật này dựa trên vi mạch từ động mạch ngực ngoài và thu được những kết quả tốt. Vegas và cộng sự cũng chỉ ra rằng, các mạch máu cung cấp máu cho vật dưới núm có thể thay đổi và không thể đoán trước. Ở nghiên cứu này, IMAP 4-5 hiếm khi cung cấp máu cho hai góc phần tư dưới (IMAP 4 là 5,5%, IMAP 5 là 1,8%) trong khi động mạch gian sườn trước lại tạo ra 76,2% các mạch xuyên ở khu này⁶. Do đó, việc thăm khám bằng hình ảnh trước khi phẫu thuật là bắt buộc để xác định hệ mạch ở vùng vật vú chia sẻ. Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh được sử dụng là chụp CT mạch máu hoặc chụp MRI tăng cường độ tương phản, sau đó xử lý hình ảnh trên phần mềm tạo dựng không gian 3 chiều để đánh giá nguồn mạch, đường kính mạch.



Hình 2. Vú trái có nhánh IMAP 4 không vượt quá góc phần tư dưới trong⁶



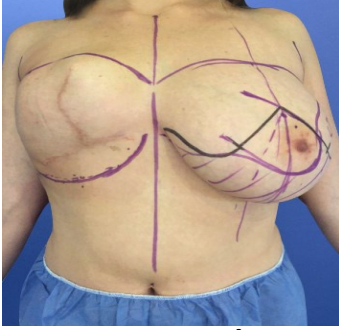
Hình 3. Vú trái có nhánh IMAP 4 lớn, vươn tới cả 2 góc phần tư dưới⁶

So với phương pháp chụp CT, chụp MRI có những ưu điểm rõ ràng hơn, tính năng tăng cường độ tương phản cho phép đây giá chính xác mạch vú do đó phương pháp này được khuyến cáo nên dùng để thăm khám trước phẫu thuật⁶.

III. ĐÔI NÉT VỀ PHẪU THUẬT CHIA SẺ TÁI TẠO VÚ

Phương pháp này được mô tả lần đầu vào năm 1973 bởi Pontes³, trải qua nhiều năm, nhiều tác giả đã mô tả phương pháp này với các vật có cuống mạch để tăng hiệu quả của phẫu thuật.

Dựa vào các phương pháp thăm khám hình ảnh, các phẫu thuật viên sẽ thiết kế vạt vú sẽ chia sẻ dựa trên cuống mạch và vùng cấp máu của nó. Vạt thường được sử dụng là vạt dưới cuống do kết quả thon gọn ngực và che sẹo sau mổ tốt. Vạt đối bên được lấy khỏi vú đối bên, xoay 180° theo hướng ngược chiều kim đồng hồ, đặt và nối vi mạch vào vú cần tái tạo⁷.

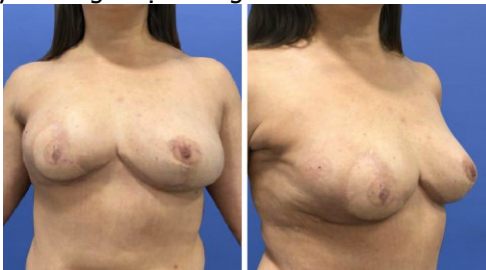


Hình 4. Thiết kế vạt chuyển: Vùng kẻ sọc là vùng vú chia sẻ



Hình 5. Vạt vú được xoay 180° ngược chiều kim đồng hồ

Ngoài những ưu điểm chung của việc sử dụng vạt tự thân để tái tạo vú, phương pháp này còn giúp thu gọn vú bên đối diện, giúp hai vú có kích cỡ cân xứng hơn, đặc biệt thích hợp ở những bệnh nhân có ngực còn lại quá lớn. Cuống mạch trong trường hợp này có độ dài và đường kính phù hợp với mạch nhận hơn những vạt ở vị trí khác. Màu sắc da của vạt vú dùng cũng tự nhiên và cân bằng hơn so với các vạt bụng (thường có vết rạn da). Vết sẹo lấy nơi vạt chuyển cũng được che giấu tốt hơn⁸.



Hình 6. Kết quả sau phẫu thuật (xăm nóm vú phải). A: nhìn thẳng, B: nhìn nghiêng

Về nhược điểm của kỹ thuật này, tương tự những phẫu thuật sử dụng vạt tự thân khác, biến chứng hay gặp nhất trong phẫu thuật này là tắc mạch gây hoại tử vạt. Biến chứng này có thể sửa chữa bằng phẫu thuật vi mạch cắt đoạn và nối lại hoặc thay thế bằng phương pháp tái tạo khác. Bên cạnh những nhược điểm khi sử dụng vạt tự thân, điều khiến bệnh nhân lo ngại nhất trong phẫu thuật này là nguy cơ ung thư vú đối diện. Rủi ro này đã được nghiên cứu trong nhiều báo cáo rằng nguy cơ ung thư vú đối diện khoảng 0,5%-0,7%. Với sự ra đời của liệu pháp hormon, nguy cơ này giảm 50%. Tuy nhiên, một số nhóm bệnh nhân có nguy cơ mắc ung thư vú đối diện cao như: bệnh nhân có đột biến gen BRCA1-2, có tiền sử ung thư buồng trứng, tiền sử gia đình về ung thư vú, ung thư buồng trứng hay những bệnh nhân có khối u HR âm tính hoặc thuộc tít tiểu thùy hoặc thể tủy⁸. Đối với những bệnh nhân này, các tác giả trên thế giới thường không khuyến nghị sử dụng phẫu thuật chia sẻ vú.

IV. KẾT LUẬN

Phẫu thuật chia sẻ tái tạo vú được khuyến nghị trên các bệnh nhân ung thư vú có vú còn lại bị sa trễ, phì đại. Phẫu thuật này lấy vạt vú bên đối diện, dựa trên giải phẫu cuống mạch nuôi. Đa số các trường hợp sử dụng cuống mạch vú trong, tuy nhiên nhiều nghiên cứu sử dụng mạch ngực bên và gian sườn trước. Việc thăm khám bằng hình ảnh trước phẫu thuật là bắt buộc. Phương pháp chụp MRI hiện thị mạch máu rõ ràng hơn so với chụp CT. Phẫu thuật chia sẻ vú không nên khuyến cáo cho những bệnh nhân có nguy cơ cao ung thư vú bên còn lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Coriddi M, Shenaq D, Kenworthy E, et al.** Autologous Breast Reconstruction after Failed Implant-Based Reconstruction: Evaluation of Surgical and Patient-Reported Outcomes and Quality of Life. *Plast Reconstr Surg.* 2019; 143(2): 373-379. doi:10.1097/PRS.0000000000005197
2. **Lee KT, Mun GH.** Prosthetic breast reconstruction in previously irradiated breasts: A meta-analysis. *J Surg Oncol.* 2015;112(5):468-475. doi:10.1002/jso.24032
3. **Pontes R.** Single stage reconstruction of the missing breast. *Br J Plast Surg.* 1973;26(4):377-380. doi:10.1016/s0007-1226(73)90045-3
4. **Palmer JH, Ian Taylor G.** The vascular territories of the anterior chest wall. *British Journal of Plastic Surgery.* 1986;39(3):287-299. doi:10.1016/0007-1226(86)90037-8
5. **Quispe R, Al-Rifai M, Di Carlo PA, et al.** Breast Arterial Calcium. *JACC: Cardiovascular Imaging.* 2019;12(12): 2538-2548. doi:10.1016/j.jcmg.2018.07.035

6. **Vegas MR, Martina L, Segovia-Gonzalez M, et al.** Vascular anatomy of the breast and its implications in the breast-sharing reconstruction technique. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2023;76:180-188. doi:10.1016/j.bjps.2022.10.021
7. **Novo-Torres A, Fakih I, Aparicio-Alcazar JJ, Garcia-Juarranz J, Navarro-Sempere L, Lorda-Barraguer E.** Breast sharing: New perspectives on an old method. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2015; 68(12): 1727-1732. doi:10.1016/j.bjps.2015.08.011
8. **Lopez CE, Caicedo JJ, Pizano A, Hoyos ME.** Breast Reconstruction with a Lateral Breast Free Flap: A New Application of Breast-sharing. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2020;8(3):e2701. doi:10.1097/GOX.0000000000002701

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA AFATINIB TRONG ĐIỀU TRỊ BƯỚC MỘT UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN MUỘN CÓ ĐỘT BIẾN EGFR TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Trần Đình Anh¹, Nguyễn Ái Linh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị afatinib trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) giai đoạn muộn có đột biến EGFR tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 34 bệnh nhân UTPKTBN di căn có đột biến EGFR đã được điều trị afatinib tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 01/2018 đến tháng 6/2021. **Kết quả:** Tỷ lệ đột biến Del19 và L585R lần lượt là 44,1% và 20,6%; giai đoạn IVB chiếm tỷ lệ cao nhất (70%), có 1 bệnh nhân được chẩn đoán tái phát. Tại thời điểm sau 8-12 tuần, tỷ lệ đáp ứng toàn bộ đạt 76,5%, bệnh giữ nguyên chiếm 20,6% và 2,9% bệnh tiến triển. Trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS) đạt $12,0 \pm 3,1$ tháng (5,9-18,0 tháng). Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi được phân tích với các yếu tố liên quan như tình trạng đột biến gen, liều khởi đầu, liều điều chỉnh và liều tối ưu của afatinib. Các tác dụng không mong muốn thường gặp nhất là ban mụn (35,3%), viêm móng (35,3%) và tiêu chảy (32,4%). **Kết luận:** Điều trị bước 1 bằng afatinib cho thấy hiệu quả tốt trên các bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn tiến triển (IIIC,IV) có đột biến EGFR, giúp kéo dài thời gian sống thêm bệnh không tiến triển, tăng tỷ lệ đáp ứng hơn nữa tác dụng không mong muốn có thể được quản lý tốt. **Từ khóa:** advanced Non-small cell lung cancer (NSCLC), EGFR mutation, afatinib

SUMMARY

TREATMENT RESULTS OF FIRST-LINE AFATINIB FOR ADVANCED EGFR-MUTANT NON-SMALL CELL LUNG CANCER IN HANOI MEDICAL UNIVERSITY

Objectives: Evaluating the result of afatinib in advanced-stage non-small cell lung cancer (IIIC, IV) in

Hanoi Medical University. **Patients and methods:** Descriptive study of 34 patients with stage IIIC, IV NSCLC with EGFR mutations at Hanoi Medical University Hospital from 01/2018 to 6/2021. **Results:** the rate of Del19 and L585R mutations was 44.1% and 20.6%; stage IVB accounted for the highest rate (70%), 1 patient was diagnosed with a relapse. At the time of 8-12 weeks, the overall response rate reached 76.5%, the stable disease accounted for 20.6%, and only 2.9% of the disease progressed. Median progression-free survival (PFS) was 12.0 ± 3.1 months (5.9-18.0 months). There was no statistically significant difference in progression-free survival when analyzed with related factors such as gene mutation status, starting dose, adjusted dose, and optimal dose of afatinib. The most common toxicities were skin rash (35.3%), paronychia (35.3%), and diarrhea (32.4%).

Keywords: advanced Non-small cell lung cancer (NSCLC), EGFR mutation, afatinib.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do bệnh lý ác tính trên toàn cầu. Theo GLOBOCAN 2020, tại Việt Nam, ung thư phổi đứng thứ 2 về cả tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong do ung thư [1]. Ung thư phổi giai đoạn muộn có tỷ lệ đáp ứng thấp với hóa trị và tiên lượng chung xấu [2,3].

Trong vài thập kỷ gần đây, điều trị nhắm trúng đích đặc hiệu đã giúp cải thiện rõ rệt kết quả về sống thêm và giảm thiểu tác dụng không mong muốn của hóa trị [4-6]. Afatinib là thuốc kháng EGFR tyrosine kinase (TKI) thế hệ 2 đã được chứng minh có hiệu quả cao trong điều trị bước 1 UTPKTBN giai đoạn di căn có đột biến gen EGFR qua nhiều thử nghiệm lớn bao gồm LUXLUNG 3,6 và 7 [6-9]. Afatinib đồng thời cho thấy hiệu quả cao hơn đáng kể so với các thuốc thế hệ thứ nhất trên các khối u có đột biến EGFR không thường gặp (G719X, L861Q và S768I) [8].

Tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Afatinib đã được chỉ định điều trị đối với ung thư phổi không

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đình Anh

Email: trandinhanh93@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.3.2024

Ngày duyệt bài: 23.4.2024