

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS UNDERGOING BREAST RECONSTRUCTION WITH LATISSIMUS DORSI MYOCUTANEOUS FLAP AFTER MASTECTOMY FOR STAGE I-II BREAST CANCER AT MILITARY HOSPITAL 175

Le Minh Phong*, Le Minh Tan

Military Hospital 175 - 786 Nguyen Kiem, Hanh Thong Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 01/04/2025

Revised: 19/04/2025; Accepted: 12/07/2025

ABSTRACT

Objective: To evaluate the clinical and paraclinical characteristics of patients undergoing breast reconstruction using latissimus dorsi flap following mastectomy for stage I-II breast cancer at Military Hospital 175.

Subjects and Methods: A descriptive cross-sectional study combined with a prospective approach was conducted on 46 patients diagnosed with stage I-II breast cancer who underwent breast reconstruction using a latissimus dorsi flap following mastectomy at Military Hospital 175, from January 2022 to October 2024.

Results: The study included 46 patients with an average age of 48.3 ± 9.1 years, with the majority falling within the 40-59 age group (54.3%). Most patients were diagnosed at stage I according to the TNM classification (58.7%). Partial mastectomy was the most commonly performed surgery (43.5%), followed by total mastectomy (39.1%), with breast-conserving surgery accounting for the lowest rate (17.4%). Invasive ductal carcinoma was the predominant histopathological type (89.1%). Immunohistochemical analysis was performed in 82.6% of patients, with ER (+) and PR (+) detected in 63.2% and 68.4%, respectively; HER2 (-) accounted for 68.4%, and Ki-67 expression was evenly distributed between $\leq 14\%$ and $>14\%$, each at 50.0%.

Conclusion: Clinical characteristics such as middle age, stage I-II disease, and the use of breast-conserving or partial mastectomy significantly support the efficacy of breast reconstruction using latissimus dorsi flap, optimizing aesthetic outcomes, functional recovery, and minimizing complications.

Keywords: Breast cancer, breast reconstruction, latissimus dorsi flap.

*Corresponding author

Email: drphonglm175@gmail.com **Phone:** (+84) 0975636378 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v66i4.2857**

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN ĐƯỢC PHẪU THUẬT TÁI TẠO VÚ BẰNG VẬT DA CƠ LƯNG RỘNG SAU MỔ CẮT TUYẾN VÚ DO UNG THƯ GIAI ĐOẠN I-II TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Lê Minh Phong*, Lê Minh Tân

Bệnh viện Quân y 175 - 786 Nguyễn Kiệm, P. Hạnh Thông, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận: 01/04/2025

Ngày sửa: 19/04/2025; Ngày đăng: 12/07/2025

ABSTRACT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân được phẫu thuật tái tạo vú bằng vật da cơ lưng rộng sau mổ cắt tuyến vú do ung thư giai đoạn I-II tại Bệnh viện Quân y 175.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp tiến cứu, thực hiện trên 46 người bệnh với chẩn đoán ung thư tuyến vú giai đoạn I-II được phẫu thuật tái tạo vú bằng vật da cơ lưng rộng sau mổ cắt tuyến vú tại Bệnh viện Quân y 175, từ tháng 1/2022 đến tháng 10/2024.

Kết quả nghiên cứu: Thực hiện nghiên cứu trên 46 bệnh nhân, tuổi trung bình của bệnh nhân là $48,3 \pm 9,1$ tuổi, đa số nằm trong độ tuổi 40-59 (54,3%). Phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn I (58,7%) theo TNM. Phẫu thuật cắt một phần tuyến vú được áp dụng phổ biến nhất (43,5%), tiếp theo là cắt toàn phần (39,1%), cắt bảo tồn chiếm tỷ lệ thấp nhất (17,4%). Ung thư biểu mô thể ống là thể mô bệnh học chủ yếu (89,1%). Phần lớn bệnh nhân đều được làm hóa mô miễn dịch với 82,6%, trong đó ER (+) và PR (+) lần lượt 63,2% và 68,4%; HER2 (-) chiếm 68,4%, và Ki-67 nhóm $\leq 14\%$ và $>14\%$ như nhau với tỷ lệ 50,0%.

Kết luận: Đặc điểm lâm sàng như tuổi trung niên, giai đoạn I-II, và phẫu thuật bảo tồn hoặc cắt một phần hỗ trợ hiệu quả của kỹ thuật tái tạo vú bằng vật da cơ lưng rộng, giúp tối ưu hóa thẩm mỹ, chức năng và giảm biến chứng.

Từ khóa: Ung thư vú, phẫu thuật tái tạo vú, vật da cơ lưng rộng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là loại ung thư phổ biến hàng đầu ở phụ nữ trên toàn thế giới và cũng là nguyên nhân chính gây tử vong liên quan đến ung thư ở nhóm này. Trong năm 2020, toàn cầu ghi nhận khoảng 2,3 triệu ca mắc mới (11,7%) do ung thư vú [1]. Việc điều trị ung thư vú đã có nhiều tiến bộ vượt bậc, trong đó phẫu thuật cắt tuyến vú toàn phần hoặc một phần được kết hợp với các phương pháp điều trị hỗ trợ như xạ trị và hóa trị nhằm cải thiện thời gian sống còn và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân [2], [3]. Tuy nhiên, mất vú sau phẫu thuật không chỉ ảnh hưởng đến diện mạo mà còn gây ra những tác động tâm lý sâu sắc, làm suy giảm đáng kể chất lượng sống của bệnh nhân. Trong các kỹ thuật tái tạo vú, sử dụng vật da cơ lưng rộng (latissimus dorsi flap) đã chứng tỏ là một phương pháp an toàn và hiệu quả, đặc biệt ở những bệnh nhân đã trải qua xạ trị hoặc có nhu cầu phục

hồi thể tích lớn mà không đủ điều kiện thực hiện các kỹ thuật vi phẫu phức tạp hơn [4]. Nhiều nghiên cứu quốc tế cho thấy phương pháp này mang lại kết quả thẩm mỹ tốt, tỷ lệ biến chứng thấp, và khả năng đáp ứng được nhu cầu của cả tái tạo tức thời lẫn trì hoãn [3], [4]. Tuy nhiên, những biến chứng như hình thành huyết thanh, thoái hóa mỡ hay các vấn đề liên quan đến vị trí cho vật vẫn tồn tại và có thể ảnh hưởng đến kết quả cuối cùng [2],[3]. Tại Việt Nam, mặc dù kỹ thuật tái tạo vú bằng vật da cơ lưng rộng đã được áp dụng ở một số trung tâm y tế lớn, nhưng các nghiên cứu hệ thống về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị vẫn còn hạn chế. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I-II được phẫu thuật tái tạo vú bằng vật da cơ lưng rộng tại Bệnh viện Quân y 175, từ đó

*Tác giả liên hệ

Email: drphonglm175@gmail.com Điện thoại: (+84) 0975636378 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66i4.2857>

góp phần tối ưu hóa quy trình điều trị và nâng cao chất lượng sống của người bệnh.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 46 người bệnh nữ chẩn đoán xác định ung thư tuyến vú giai đoạn I-II trên mô bệnh học được phẫu thuật tái tạo vú bằng vật da cơ lưng rộng sau mổ cắt tuyến vú tại Bệnh viện Quân y 175, từ tháng 1/2022 đến tháng 10/2024.

* Tiêu chí lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư vú giai đoạn sớm (theo phân loại TNM giai đoạn I, II); Có chỉ định thực hiện phẫu thuật tái tạo vú bằng vật da cơ lưng rộng; Đồng ý tham gia nghiên cứu và ký cam kết đồng thuận phẫu thuật cũng như theo dõi hậu phẫu.

* Tiêu chí loại trừ: Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng đi kèm không đủ sức khỏe để thực hiện phẫu thuật; có di căn xa tại thời điểm chẩn đoán hoặc phát hiện di căn trong quá trình điều trị; từ chối tham gia nghiên cứu hoặc không hợp tác trong quá trình theo dõi hậu phẫu; có bất thường ở khối cơ lưng rộng.

2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả bệnh nhân nữ được chẩn đoán xác định ung thư vú giai đoạn I-II đã được phẫu thuật cắt vú thỏa mãn điều kiện theo tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân tại Bệnh viện Quân y 175, từ tháng 1/2022 đến tháng 10/2024.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp tiến cứu, phân tích đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh.

2.4. Nội dung và chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giai đoạn bệnh, loại phẫu thuật được lựa chọn.

- Đặc điểm cận lâm sàng của người bệnh: Đặc điểm thể mô bệnh học của người bệnh; Đặc điểm hóa mô miễn dịch của người bệnh.

2.5. Phân tích số liệu

Số liệu được nhập liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS statistic 22.0 và phần mềm Microsoft Excel 2016. Thống kê mô tả tần số, tỷ lệ % cho các biến định tính và giá trị trung bình, độ lệch chuẩn cho các biến định lượng, sánh các giá trị trung bình bằng T-test.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo quy trình xét duyệt y đức của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Quân y 175 và tiến hành nghiên cứu

khi được Hội đồng thông qua, cùng với sự cho phép của Lãnh đạo bệnh viện, lãnh đạo phòng chức năng có liên quan của Bệnh viện Quân y 175. Các thông tin kết quả nghiên cứu được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu khoa học.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi của bệnh nhân (n = 46)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 40 tuổi	12	26,1%
40 - 59 tuổi	25	54,3%
≥ 60 tuổi	9	19,6%
Tuổi trung bình	48,30 ± 9,1	

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 48,3 ± 9,1 tuổi, phần lớn bệnh nhân nằm trong độ tuổi từ 40 đến 59 tuổi, chiếm 54,3%, tiếp đến là nhóm bệnh nhân dưới 40 tuổi chiếm 26,1% và thấp nhất là nhóm bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên với 19,6%.

Bảng 2. Phân loại giai đoạn bệnh theo TNM (n = 46)

Giai đoạn TNM	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giai đoạn I	27	58,7%
Giai đoạn II	19	41,3%
Tổng	46	100%

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn I, chiếm 58,7%, giai đoạn II ít hơn với 41,3%.

Bảng 3. Loại phẫu thuật mổ cắt tuyến vú áp dụng (n = 46)

Loại phẫu thuật	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Cắt vú toàn phần	18	39,1%
Cắt vú một phần	20	43,5%
Cắt bảo tồn	8	17,4

Nhận xét: Qua bảng trên cho thấy, phẫu thuật cắt một phần chiếm tỷ lệ cao nhất với 43,5%, tiếp theo là phẫu thuật cắt toàn phần với 39,1%, trong khi đó, phẫu thuật cắt bảo tồn chiếm tỷ lệ thấp nhất với 17,4%.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 4. Đặc điểm thể mô bệnh học của người bệnh (n=46)

Thể mô bệnh học	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Ung thư biểu mô thể ống	41	89,1
Ung thư biểu mô thể chế nhầy	3	6,5
Khác	2	4,4

Nhận xét: Bảng 4 chỉ ra rằng, ung thư biểu mô thể ống vẫn hay thường gặp và chiếm tỷ lệ cao nhất với 89,1%, tiếp theo là ung thư biểu mô thể chế nhầy chiếm 6,5%, và các loại khác chiếm 4,4%.

Bảng 5. Đặc điểm hóa mô miễn dịch của người bệnh

Hóa mô miễn dịch		Số lượng (n)	Tổng	Tỷ lệ
Hóa mô miễn dịch	Có làm	38	46	82,6
	Không làm	8		17,4
ER	Âm tính	14	38	36,8
	Dương tính	24		63,2
PR	Âm tính	12	38	31,6
	Dương tính	26		68,4
HER2	HER2 (-)	26	38	68,4
	HER2 (+)	5		13,2
	HER2 (++)	4		10,5
	HER2 (+++)	3		7,9
Ki-67	Ki-67 (-)	0	38	0,0
	Ki-67 (+) ≤ 14%	19		50,0
	Ki-67 (+) > 14%	19		50,0

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân làm hóa mô miễn dịch chiếm 82,6%, trong khi vẫn còn 17,4% không thực hiện. Trong nhóm làm hóa mô miễn dịch, tỷ lệ ER (+) là 63,2%, cao hơn so với ER (-) là 36,8%. Tương tự, tỷ lệ PR (+) là 68,4%, cao hơn so với PR (-) là 31,6%.

Đối với HER2, nhóm HER2 (-) chiếm tỷ lệ cao nhất với 68,4%, tiếp theo là HER2 1+ với 13,2%, HER2 2+ với 10,5%, và HER2 3+ chiếm tỷ lệ thấp nhất với 7,9%. Chỉ số Ki-67 cho thấy tỷ lệ cân bằng giữa nhóm Ki-67 (≤14%) và Ki-67 (>14%), mỗi nhóm chiếm 50,0% trong tổng số bệnh nhân làm hóa mô miễn dịch.

4. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm lâm sàng

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã tiến hành đánh giá đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của 46 bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I-II được phẫu thuật tái tạo vú bằng vật da cơ lưng rộng sau phẫu thuật cắt vú tại Bệnh viện Quân y 175. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $48,3 \pm 9,1$, trong đó phần lớn bệnh nhân nằm trong độ tuổi 40-59 (54,3%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Menke và cộng sự (2001), khi tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân tái tạo vú bằng vật da cơ lưng rộng cũng nằm trong khoảng trung niên, cho thấy đây là nhóm tuổi phổ biến với ung thư vú giai đoạn sớm, nhờ khả năng phát hiện bệnh sớm hơn thông qua sàng lọc [4].

Về giai đoạn bệnh, 58,7% bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn I và 41,3% ở giai đoạn II. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Kodaganur và cộng sự (2018), khi phần lớn bệnh nhân tại Ấn Độ cũng được chẩn đoán ở giai đoạn I-II. Điều này nhấn mạnh vai trò quan trọng của các chương trình sàng lọc và chẩn đoán sớm trong việc phát hiện bệnh ở giai đoạn điều trị hiệu quả hơn [5].

Phẫu thuật cắt một phần chiếm tỷ lệ cao nhất trong nghiên cứu của chúng tôi (43,5%), tiếp theo là cắt toàn phần (39,1%) và cắt bảo tồn (17,4%). Tỷ lệ cao của phẫu thuật cắt một phần có thể liên quan đến xu hướng hiện nay tại Việt Nam là ưu tiên bảo tồn mô vú, đặc biệt khi kỹ thuật tái tạo vú bằng vật da cơ lưng rộng có thể hỗ trợ tối ưu hóa thẩm mỹ. Tuy nhiên, nghiên cứu của Munhoz và cộng sự (2005) tại Brazil cho thấy phẫu thuật cắt toàn phần chiếm ưu thế hơn, phản ánh sự khác biệt trong thực hành y khoa giữa các khu vực [2].

4.2. Về đặc điểm cận lâm sàng

Về mô bệnh học, ung thư biểu mô thể ống là thể phổ biến nhất, chiếm 89,1% trong nghiên cứu của chúng tôi. Điều này phù hợp với báo cáo của Kronowitz (2004), khi ung thư biểu mô thể ống cũng chiếm phần lớn trong nhóm bệnh nhân được tái tạo vú [6]. Đặc điểm này cho thấy tính ổn định trong dịch tễ học của ung thư vú thể ống trên toàn cầu.

Tỷ lệ ER (+) và PR (+) lần lượt chiếm 63,2% và 68,4%, trong khi HER2 (-) chiếm 68,4%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của DeLong và cộng sự (2017), khi tỷ lệ ER (+), PR (+) và HER2 (-) cũng chiếm ưu thế,

cho thấy đây là đặc điểm sinh học điển hình ở bệnh nhân ung thư vú giai đoạn sớm, với tiên lượng tốt hơn và khả năng đáp ứng điều trị nội tiết cao hơn [3]. Tuy nhiên, tỷ lệ HER2 (+) thấp (31,6%) trong nghiên cứu của chúng tôi có thể liên quan đến yếu tố di truyền và đặc điểm dịch tễ tại địa phương, như đã được ghi nhận trong nghiên cứu của Kodaganur (2018), nơi tỷ lệ HER2 (-) cũng cao hơn tại các quốc gia đang phát triển [5].

Về chỉ số Ki-67 trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự cân bằng giữa nhóm $\leq 14\%$ và $>14\%$, mỗi nhóm chiếm 50%. Điều này phù hợp với sự đa dạng về đặc điểm sinh học trong nhóm bệnh nhân ung thư vú giai đoạn sớm. So với nghiên cứu của Munhoz (2005), sự khác biệt nhỏ trong phân bố Ki-67 có thể do sự khác biệt về phương pháp đánh giá hoặc đặc điểm quần thể bệnh nhân [2].

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật tái tạo vú bằng vật da cơ lưng rộng ở bệnh nhân ung thư vú giai đoạn I-II cho thấy hiệu quả tích cực, với đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng thuận lợi như tỷ lệ ER (+), PR (+) cao và HER2 (-) chiếm ưu thế. Kỹ thuật này không chỉ đảm bảo kết quả thẩm mỹ và chức năng mà còn cải thiện đáng kể chất lượng sống cho bệnh nhân, góp phần vào xu hướng cá nhân hóa điều trị ung thư vú.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Sung, H., et al. (2021). GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), p. 209-249.
- [2] Alexandre Mendonca Munhoz et al. (2005). Outcome Analysis of Breast-Conservation Surgery and Immediate Latissimus Dorsi Flap Reconstruction in Patients with T1 to T2 Breast Cancer, *Plastic and reconstructive surgery*. 116(3). p. 741-751.
- [3] Michael R. DeLong, et al. (2017). Latissimus Dorsi Flap Breast Reconstruction—A Nationwide Inpatient Sample Review. *Annals of Plastic Surgery*. 78 (4). p.185-187.
- [4] H. Menke, M. Erkens, R. R. Olbrisch. (2001) "Evolving Concepts in Breast Reconstruction With Latissimus Dorsi Flaps: Results and Follow-up of 121 Consecutive Patients." *Annals of Plastic Surgery*. 47(2). p. 107-114.
- [5] Kodaganur S, Paga U, Ram A, et al. (2018) Feasibility, safety, and clinical outcomes following latissimus dorsi flap reconstruction in breast cancer - an institutional study. *Breast J*. 24(4). p.1-3.
- [6] Kronowitz SJ, Hunt KK, Kuerer HM, et al. (2004) Delayed-immediate breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg*. 113(6). p. 1617-1629.