

Phẫu thuật thay đoạn mạch nhân tạo trong điều trị ung thư phần mềm chi dưới: Nhân một trường hợp và nhìn lại y văn

Hoàng Minh Sâm¹, Hoàng Tuấn Anh¹, Ứng Trần Trí¹, Nguyễn Trần Thủy^{2,3*}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật cắt rộng u và bảo tồn chi thể được coi là điều trị tiêu chuẩn đối với ung thư phần mềm chi. Với các trường hợp u xâm lấn mạch máu, phẫu thuật cắt bỏ và tái tạo đoạn mạch là cần thiết để đạt được tiêu chuẩn về diện cắt và mục tiêu bảo tồn chi.

Phương pháp: Mô tả hồi cứu trường hợp lâm sàng về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị, kết quả và nhìn lại y văn.

Trường hợp: Bệnh nhân nữ, 55 tuổi, được chẩn đoán xác định Sarcoma cơ trơn vùng đùi phải T4N0M0 bằng sinh thiết mở. Bệnh nhân đã được xạ tiền phẫu tổng liều 55Gy, khối u đáp ứng một phần. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt rộng khối u cùng với đoạn mạch đùi nông và thay bằng đoạn mạch nhân tạo. Sau mổ, đoạn mạch nhân tạo thông tốt, bệnh nhân hồi phục không có biến chứng và xuất viện sau mổ 15 ngày.

Kết luận: Thay đoạn mạch nhân tạo giúp mở rộng chỉ định bảo tồn chi ở các bệnh nhân ung thư phần mềm chi xâm lấn mạch máu.

Từ Khóa: ung thư phần mềm, đoạn mạch nhân tạo, bảo tồn chi.

VASCULAR RECONSTRUCTION WITH PROSTHETIC GRAFT IN TREATMENT OF EXTREMITIES SOFT TISSUE SARCOMA: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

ABSTRACT

Background: Limb-sparing procedures are currently considered the standard treatment for

extremities soft tissue sarcoma. Surgical excision combine with vascular resection and reconstruction is necessary to provide an adequate margin and preseve limb when tumour invase major vessel.

Methods: A retrospective description of a vascula invasive lower extremity sarcoma. Clinical features, laboratory findings, management and result were discussed with brief review of literature.

Case presentation: A female patient, 55 years old, was diagnosed with right thigh leiomyosarcoma T4N0M0 by open biopsy. Patient was managed with neoadjuvant radiotherapy follow by wide margin resection combine with superficial femoral vessel excision and reconstruction by prosthetic graft. The patient recovered well with no complication and was discharged 15 days after surgery.

Conclusion: Vascular reconstruction with prosthetic graft is fesiabile option in limb salvage surgery for vascula invasive soft tissue sarcomas of the extrimities.

Keyword: soft tissue sarcoma, vascular reconstruction, prosthetic graft, limb-sparing surgery

¹ Bệnh viện K Hà Nội

² Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện E

³ Đại học Y Dược, ĐHQGHN

* Tác giả liên hệ: Nguyễn Trần Thủy,

Email: drtranthuyvd@gmail.com, Tel: 0944216866

Ngày nhận bài: 21/03/2022 Ngày cho phép đăng: 12/04/2022

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phần mềm là một nhóm bệnh lý hiếm gặp, chúng chỉ chiếm khoảng 1% các tổn thương ác tính ở người lớn [1]. Tuy nhiên với hơn 50 thể giải phẫu bệnh khác nhau, mỗi loại đều mang những đặc điểm riêng về lâm sàng, điều trị và tiên lượng, công tác chẩn đoán và điều trị ung thư phần mềm luôn là thách thức đối với các bác sĩ lâm sàng.

Phẫu thuật là phương pháp điều trị quan trọng nhất đối với ung thư phần mềm. Nguyên tắc là cắt rộng rãi khối u và tổ chức lành xung quanh, đạt diện cắt vi thể không còn tế bào ung thư và trong trường hợp ung thư phần mềm ở chi, còn cần bảo tồn tối đa chức năng chi thể. Tuy nhiên, nhiều trường hợp khối u lớn, nằm sát hoặc xâm lấn vào các cấu trúc quan trọng như xương, khớp, mạch máu và thần kinh, việc đảm bảo các nguyên tắc trên là điều không đơn giản. Đặc biệt trong trường hợp u xâm lấn vào các mạch máu lớn, việc cắt bỏ u kèm đoạn mạch và tái tạo mạch là bắt buộc để vừa đảm bảo cắt bỏ hết ung thư cũng như bảo tồn được chi thể.

Phẫu thuật cắt và tái tạo đoạn mạch không thường gặp trong điều trị ung thư phần mềm chi. Tỷ lệ này trong các thống kê ở các trung tâm lớn cũng chỉ khoảng 6% [2,3]. Các nghiên cứu được công bố đều với số lượng ít bệnh nhân, do đó các vấn đề xung quanh phẫu thuật cắt bỏ và tái tạo đoạn mạch trong điều trị ung thư phần mềm chi còn nhiều tranh cãi.

Do đó, chúng tôi xin phép trình bày một trường hợp ung thư phần mềm vùng đùi xâm lấn

mạch máu và chia sẻ những kinh nghiệm bước đầu trong điều trị bảo tồn chi trong trường hợp này.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

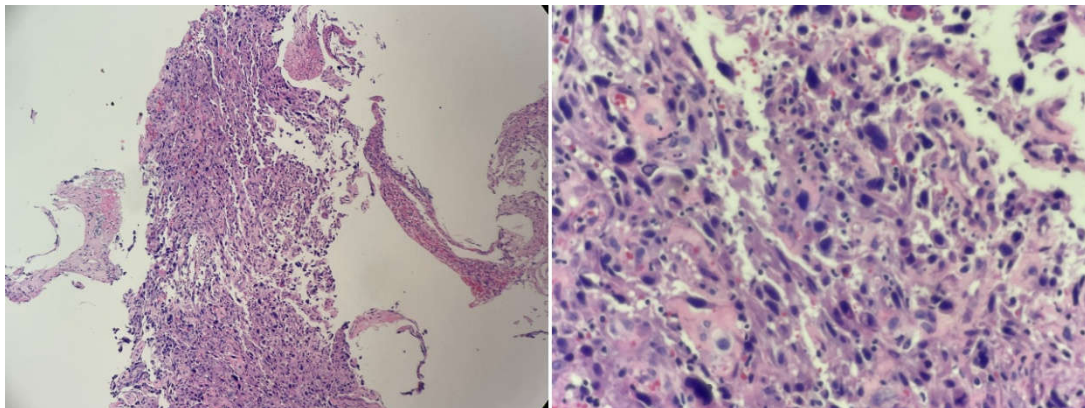
Mô tả hồi cứu trường hợp lâm sàng về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị, kết quả và nhìn lại y văn.

3. TRÌNH BÀY CA LÂM SÀNG

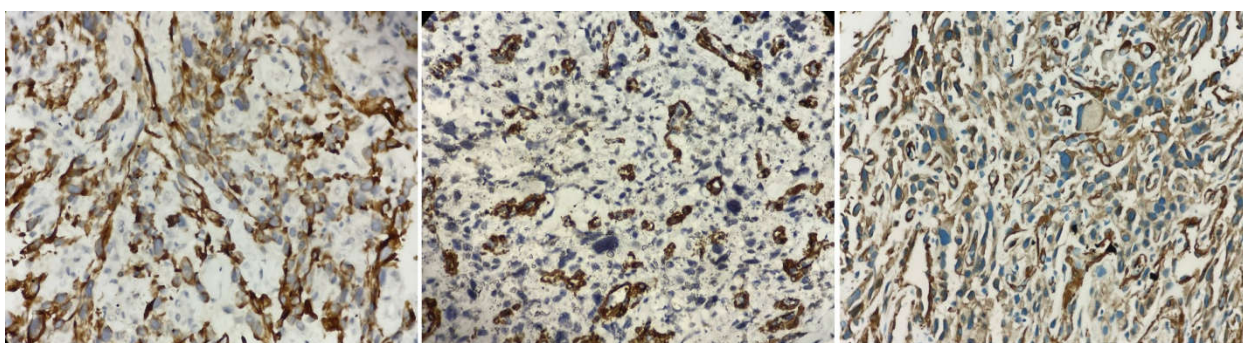
Một bệnh nhân nữ, 55 tuổi, được chuyển đến từ bệnh viện tuyến tỉnh với chẩn đoán: Ung thư phần mềm đùi phải. Bệnh nhân lần đầu phát hiện thấy khối u vùng mặt trong đùi phải cách 1 năm, khối u tăng dần kích thước nhưng không gây đau khiến bệnh nhân chậm trễ việc đi khám. Sau khi vào bệnh viện tỉnh, bệnh nhân đã được sinh thiết khối u bằng phương pháp sinh thiết mở, kết quả giải phẫu bệnh là một sarcoma chưa định loại. Vì không thể nhuộm hóa mô miễn dịch, bệnh nhân được chuyển tuyến để điều trị tiếp.

Thăm khám ban đầu, vùng mặt trong, 1/3 giữa đùi phải có khối u kích thước khoảng 15x9cm, mật độ chắc, khó xác định ranh giới, di động kém, không đau. Vận động và cảm giác chân phải bình thường, mạch bẹn, mạch khoeo, mạch mu chân và chày sau bắt rõ. Vùng bẹn phải không có hạch. Các cơ quan khác không phát hiện bất thường.

Khai thác tiêu bản từ bệnh viện tỉnh thấy các tế bào u từ hình thoi đến đa hình thái với nhân lớn ưa kiềm tính, nhiều hình ảnh nhân quái, nhân chia. Nhuộm hóa mô miễn dịch thấy dương tính với SMA, desmin và caldesmon, âm tính với S-100 và CD34. Kết luận về giải phẫu bệnh chỉ ra đây là một sarcoma cơ trơn.



Hình 1: Hình ảnh mô bệnh học, trên tiêu bản nhuộm HE ở các độ phóng đại khác nhau.



Hình 2: Hình ảnh mô bệnh học nhuộm hóa mô miễn dịch, (từ trái qua phải) khối u dương tính với SMA, desmin và caldesmon

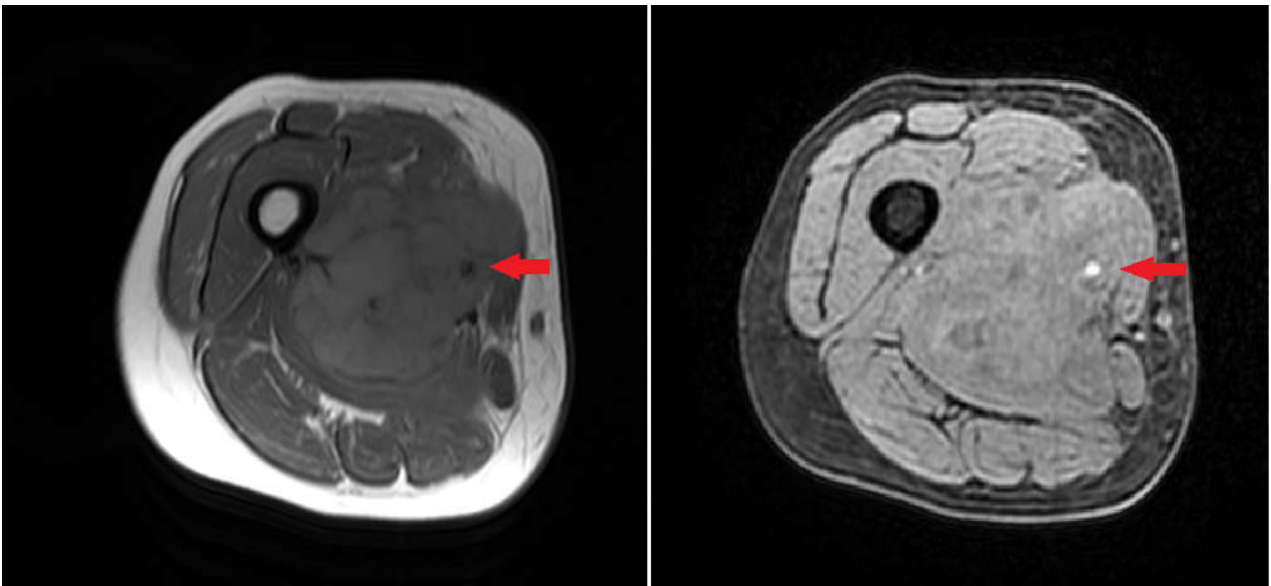
Bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính (CLVT) có tiêm thuốc cản quang để đánh giá khối u vùng đùi. Kết quả cho thấy khối u kích thước 94x162mm, ranh giới không rõ, ngấm thuốc mạnh không đồng nhất; khối u nằm ôm quanh động mạch đùi, xâm lấn tổ chức phần mềm xung quanh. Các xét nghiệm tầm soát khác không phát hiện tổn thương di căn. Các chỉ số xét nghiệm cơ bản trong giới hạn bình thường.



Hình 3: Hình ảnh khối u trước xạ trị trên CT, bó mạch đùi nông (mũi tên) nằm hoàn toàn trong khối u

Bệnh nhân được chẩn đoán Sarcoma cơ tron T4N0M0. Qua hội chẩn, phác đồ điều trị của bệnh nhân được đưa ra là xạ trị tiền phẫu sau đó sẽ phẫu thuật cắt bỏ khối u. Bệnh nhân được điều trị xạ trị, đánh giá kết quả xạ trị trên lâm sàng khối u có thu nhỏ kích thước không đáng kể, di động kém. Trên phim chụp công hưởng từ, khối u có kích thước 64x75x150mm, ngấm thuốc không đồng nhất sau tiêm,ôm quanh bó mạch đùi nông. Bệnh nhân được xếp lịch phẫu thuật với kế hoạch cắt rộng u kèm theo đoạn mạch đùi nông, tái tạo bằng đoạn mạch nhân tạo.

Trong mổ, khối u xâm lấn khối cơ khép và cơ rộng trong đoạn 1/3 giữa đùi ôm quanh bó mạch đùi nông. Chúng tôi tiến hành phẫu tích cắt rộng u và phần tổ chức lành xung quanh, phẫu tích bóc lộ bó mạch đùi nông trên và dưới u. Dùng clam kẹp động mạch và tĩnh mạch đùi trên và dưới tổn thương và cắt rời hoàn toàn tổn thương. Kiểm tra động mạch và tĩnh mạch đùi nông khuyết đoạn 15cm. Sử dụng đoạn mạch nhân tạo để tái tạo động mạch và tĩnh mạch đùi nông, sau nối kiểm tra mạch lưu thông tốt. Cầm máu kỹ diện cắt u, đặt 02 dẫn lưu áp lực âm. Khâu đóng cân cơ, tổ chức dưới da và da.

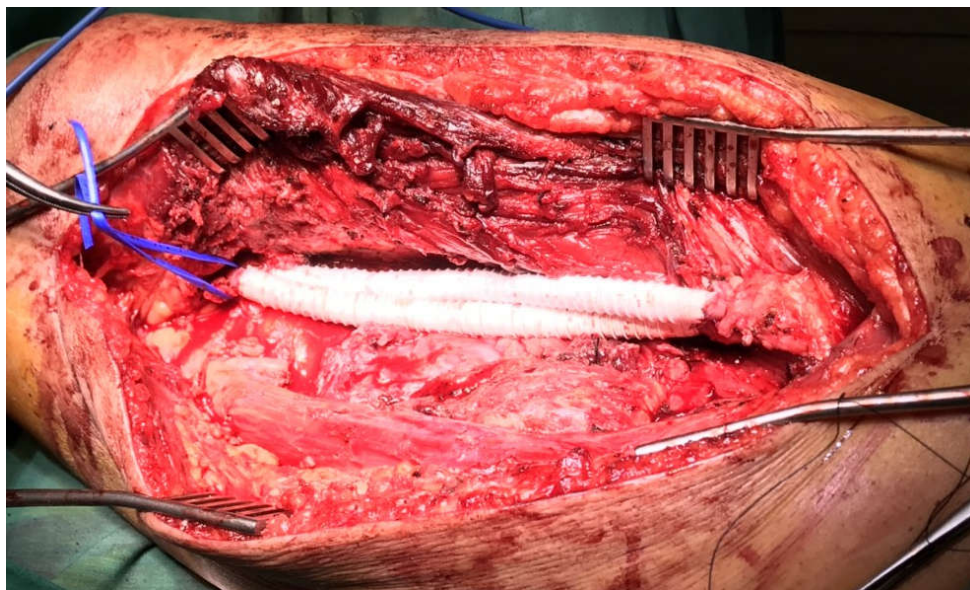


Hình 4: Hình ảnh khối u sau xạ trị trên MRI, bó mạch đùi nông (mũi tên) nằm hoàn toàn trong khối u

Bệnh nhân được sử dụng Heparin trong mổ ngay trước khi kẹp, cắt mạch máu và tiếp tục duy trì Heparin đường tĩnh mạch liều 10000IU/24h trong 2 ngày đầu sau mổ. Sau đó bệnh nhân được sử dụng Gemapaxane liều 4000 IU/12h tiêm dưới da cho đến hết tuần đầu tiên của thời kỳ hậu phẫu và cuối cùng là aspirin 100mg/ngày duy trì sau đó. Lâm sàng sau mổ, bệnh nhân ổn định, vết mổ không có biểu hiện nhiễm trùng, đầu chi hồng ấm, mạch khoeo, mu chân và chày sau đập rõ. Bệnh nhân phục hồi tốt và ra viện sau mổ 14 ngày.



Hình 5: Hình ảnh đại thể khối u và diện cắt qua khối u



Hình 6: Hình ảnh tái tạo động mạch và tĩnh mạch đùi nông bằng đoạn mạch nhân tạo

1. BÀN LUẬN

Ung thư phần mềm chi trước đây thường có tiên lượng kém, tỉ lệ cắt cụt chi, tái phát tại chỗ cao, tỉ lệ sống thêm sau điều trị thấp. Những tiến bộ trong điều trị đa mô thức đã giúp cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân ung thư phần mềm chi, tỉ lệ bảo tồn chi tăng cao mà không ảnh hưởng đến tiên lượng sống. Ở Việt Nam, tỉ lệ sống thêm 5 năm ở bệnh nhân ung thư phần mềm chi được phẫu thuật

bảo tồn chỉ có xạ trị hỗ trợ là 63,2% [4]. Tuy nhiên nghiên cứu này không bao gồm các bệnh nhân mà khối u nằm sát hoặc xâm lấn các cấu trúc giải phẫu quan trọng như mạch máu, thần kinh – nhóm bệnh nhân mà trước đây thường được chỉ định cắt cụt. Các bệnh nhân ung thư phần mềm chi xâm lấn mạch được phẫu thuật bảo tồn chi cùng với cắt và tái tạo đoạn mạch có tiên lượng sống kém hơn với tỉ lệ sống thêm 5 năm là 42,1% [5]. Điều này cũng

được chính các tác giả lý giải bởi khối u xâm lấn mạch thường có kích thước lớn, nằm sâu và có độ mô học cao.

Chỉ định cắt bỏ và tái tạo đoạn mạch khi ung thư phần mềm xâm lấn vào mạch máu còn nhiều tranh cãi. Các trường hợp khối u ôm quanh các mạch máu lớn, như trường hợp bệnh nhân được mô tả, đa số các tác giả chủ trương cắt bỏ đoạn mạch và tái tạo. Tuy nhiên, trong các trường hợp còn lại, một số tác giả chủ trương bảo tồn đoạn mạch, chấp nhận diện cắt tiếp cận hoặc còn lại u về đại thể và điều trị xạ trị hỗ trợ sau mổ. Tác giả Leggon và cộng sự cho rằng, việc cắt bỏ đoạn mạch chỉ nên chỉ định khi u xâm lấn trên 50% chi vi đoạn mạch [6]. Tác giả M. Emori và cộng sự khuyến cáo đối với ung thư phần mềm chi dưới, để đảm bảo diện cắt về mặt ung thư, phẫu thuật cắt bỏ và tái tạo đoạn mạch nên chỉ định đối với các loại ung thư xuất phát từ mạch máu (đặc biệt là sarcoma cơ trơn và sarcoma bao hoạt dịch) hoặc hình ảnh MRI cho thấy u ôm gọn hoặc xâm lấn bó mạch [7].

Việc tái tạo lại tĩnh mạch, về mặt lý thuyết, là không hoàn toàn bắt buộc và không ảnh hưởng đến bảo tồn chi. Một số tác giả chủ trương chỉ tái tạo động mạch, một số khác ủng hộ việc tái tạo cả tĩnh mạch với hi vọng giảm tình trạng phù nề sau mổ cũng như tránh các biến chứng về lâu dài có thể gặp như phù kéo dài, đau hoặc tăng sắc tố ở chân. Tác giả T. Shatoshi tiến hành so sánh tốc độ dòng chảy động mạch sau tái tạo đoạn mạch trong phẫu thuật điều trị ung thư phần mềm ở 2 nhóm có và không tái tạo tĩnh mạch thấy khác biệt không có ý nghĩa thống kê [3]. Trong trường hợp này, chúng tôi tái tạo cả động mạch và tĩnh mạch đùi với hy vọng giảm tình trạng phù nề sau mổ

giúp bệnh nhân có thể phục hồi sớm hơn.

Leggon và cộng sự tổng kết các báo cáo khác nhau về phẫu thuật bảo tồn chi có kèm cắt và tái tạo đoạn mạch và chỉ ra phẫu thuật sử dụng đoạn mạch nhân tạo có tỉ lệ nhiễm trùng cao hơn phẫu thuật sử dụng mảnh ghép tự thân – đoạn tĩnh mạch hiển lớn [6]. K. Nishinari và cộng sự nghiên cứu trên 25 trường hợp sarcoma phần mềm chi dưới đã phẫu thuật cắt rộng u kèm đoạn mạch và tái tạo thấy tỉ lệ tắc mảnh ghép khi sử dụng đoạn mạch nhân tạo cao hơn so với mảnh ghép tự thân [5]. Mặc dù nhiều tác giả đã công bố các nghiên cứu và chỉ ra một số ưu thế của mảnh ghép tự thân so với mảnh ghép nhân tạo, số lượng bệnh nhân vẫn quá ít để cung cấp các bằng chứng tin cậy về sự vượt trội của mảnh ghép tự thân. Mảnh ghép nhân tạo vẫn có những ưu điểm nhất định, như sẵn có giúp rút ngắn thời gian phẫu thuật, nhiều kích cỡ phù hợp các miệng nối khác nhau, tránh các biến chứng ở vị trí lấy tĩnh mạch hiển. Cũng vì những lý do trên, chúng tôi sử dụng đoạn mạch nhân tạo ở bệnh nhân này và không ghi nhận biến chứng nào trong quá trình hậu phẫu.

2. KẾT LUẬN

Thành công ban đầu ở bệnh nhân này, dù chưa thể đưa ra những kết luận có ý nghĩa, giúp mở ra cơ hội phẫu thuật bảo tồn chi ở các bệnh nhân ung thư phần mềm chi xâm lấn mạch máu nhờ phẫu thuật cắt và tái tạo đoạn mạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO Classification of Tumours Editorial Board. Soft Tissue and Bone Tumours [Internet]. 2020 [cited 2021 Dec 20]. Available from: <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Who-Classification-Of-Tumours/Soft-Tissue-And-Bone-Tumours-2020>

2. Davis LA, Dandachli F, Turcotte R, Steinmetz OK. Limb-sparing surgery with vascular reconstruction for malignant lower extremity soft tissue sarcoma. *Journal of Vascular Surgery*. 2017 Jan 1;65(1):151–6.
3. Tsukushi S, Nishida Y, Sugiura H, Nakashima H, Ishiguro N. Results of limb-salvage surgery with vascular reconstruction for soft tissue sarcoma in the lower extremity: comparison between only arterial and arterovenous reconstruction. *J Surg Oncol*. 2008 Mar 1;97(3):216–20.
4. Đoàn Trọng Tú, Nguyễn Đại Bình. Kết quả sống 5 năm và một số yếu tố tiên lượng ở bệnh nhân được điều trị bảo tồn ung thư phần mềm chi. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2019;số 1 tháng 11:26–30.
5. Nishinari K, Krutman M, Aguiar Junior S, Pignataro BS, Yazbek G, Zottele Bomfim GA, et al. Surgical outcomes of vascular reconstruction in soft tissue sarcomas of the lower extremities. *J Vasc Surg*. 2015 Jul;62(1):143–9.
6. Leggon RE, Huber TS, Scarborough MT. Limb salvage surgery with vascular reconstruction. *Clin Orthop Relat Res*. 2001 Jun;(387):207–16.
7. Emori M, Hamada K, Omori S, Joyama S, Tomita Y, Hashimoto N, et al. Surgery with vascular reconstruction for soft-tissue sarcomas in the inguinal region: oncologic and functional outcomes. *Ann Vasc Surg*. 2012 Jul;26(5):693–9.