

Phẫu thuật vú to nam giới qua đường nách có nội soi hỗ trợ kết hợp hút mỡ: kết quả bước đầu và nhìn lại y văn

Vũ Trung Trực, Ngô Hải Sơn, Nguyễn Hồng Hà

Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Địa chỉ liên hệ:

Vũ Trung Trực,
Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
40 Tràng Thi, Hoàn Kiếm, Hà Nội
Điện thoại: 0983 383 009
Email: drvutrongtruc@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/02/2022

Ngày chấp nhận đăng:

05/03/2022

Ngày xuất bản: 15/06/2022

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Vú to nam giới là bệnh lý khá thường gặp và gây ảnh hưởng tâm lý nặng nề, phẫu thuật cắt bỏ tuyến vú được coi là phương pháp điều trị tối ưu khi điều trị nội khoa thất bại. Kỹ thuật kinh điển là mổ mở trực tiếp qua đường quầng núm vú. Ngày nay, đã có sự thay đổi từ các kỹ thuật mổ mở kinh điển sang các kỹ thuật xâm lấn tối thiểu. Vài năm gần đây, kỹ thuật nội soi qua đường nách được thông báo trong y văn thế giới nhưng chưa có báo cáo nào ở Việt Nam.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả lâm sàng cắt ngang, theo dõi dọc từ tháng 10 năm 2017 đến tháng 12 năm 2021, tổng số 7 người bệnh vú to nam giới thể nhẹ và trung bình đã được điều trị bằng phương pháp cắt tuyến vú qua nội soi đường nách phối hợp với hút mỡ.

Kết quả: Tất cả các người bệnh được cắt bỏ tuyến vú hoàn toàn qua nội soi đường nách, không có trường hợp nào phải mở thêm đường rạch khác. Thời gian phẫu thuật trung bình để hút mỡ và cắt bỏ tuyến vú nội soi là 80 phút cho mỗi bên. Thời gian nằm viện trung bình là 2 ngày. Không có trường hợp nào bị nhiễm trùng hay tụ dịch. Không có trường hợp nào bị hoại tử núm vú một phần hay toàn bộ. Có 1 trường hợp thấy tê bì núm vú sau mổ, cảm giác núm vú bình thường trở lại sau 3 tuần. Thời gian theo dõi trung bình là 24 tháng. 7/7 hài lòng với kết quả sau mổ và thấy không cần các phẫu thuật can thiệp thì hai.

Kết luận: Cắt bỏ tuyến vú qua nội soi phối hợp hút mỡ điều trị vú to nam giới thể nhẹ và trung bình thông qua một vết mổ đường nách là kỹ thuật hiệu quả và an toàn, xâm lấn tối thiểu, với kết quả thẩm mỹ cao và tỷ lệ biến chứng chấp nhận được.

Từ khóa: Vú to nam giới, vú to đàn ông, cắt tuyến vú, phẫu thuật nội soi.

Đặt vấn đề

Hội chứng vú to nam giới (VTNG) là tình trạng phát triển quá mức của tuyến vú ở đàn ông có thể

kèm theo gia tăng tổ chức mỡ. Bệnh gặp ở một bên hoặc cả hai bên vú. Sự phát triển của vú phụ thuộc chính vào sự cân bằng giữa oestrogen và

androgen trong huyết thanh. Bất kỳ yếu tố sinh lý hoặc sinh lý bệnh nào làm mất cân bằng giữa các hormone này dẫn tới chứng VTNG. Ước tính có thể gặp trên 40% nam giới ở nhiều mức độ. Phần lớn những trường hợp mắc VTNG ở tuổi dậy thì sẽ dần biến mất [1],[2],[3]. Điều trị nội khoa có ý nghĩa trong giai đoạn tăng sinh, khi VTNG phát triển trên 2 năm thì phẫu thuật là phương pháp điều trị hiệu quả duy nhất [3]. Mục đích của việc điều trị là cắt bỏ mô thừa và phục hồi lại đường viền ngực bình thường với sẹo tối thiểu và thẩm mỹ. Kỹ thuật kinh điển sử dụng những đường mổ tại quầng vú hoặc đường chân ngực vẫn còn được áp dụng tại nhiều cơ sở ở Việt Nam. Trong nhiều trường hợp, kỹ thuật này để lại các biến chứng như sẹo phì đại, hoại tử một phần hay hoàn toàn núm vú gây nên những vấn đề tâm lý lớn hơn so với trước mổ [4].

Những năm gần đây trên thế giới đã phát triển nhiều kỹ thuật ít xâm lấn trong điều trị VTNG như các kỹ thuật hút mỡ, cắt bỏ trực tiếp bằng nội soi và kết hợp cả hai [5]. Vẫn còn nhiều tranh luận xoay quanh các kỹ thuật này như các vấn đề về vị trí và số đường mổ cũng như các phương tiện sử dụng. Trong nghiên cứu này chúng tôi trình bày những kinh nghiệm ban đầu bằng cách sử dụng nội soi kết hợp hút mỡ qua một đường mổ duy nhất ở nền hõm nách, tất cả kỹ thuật được thực hiện và kiểm soát toàn bộ dưới nội soi. Kết quả thu được với đường sẹo thẩm mỹ được giấu trong nách, thời gian nằm viện ngắn, biến chứng tối thiểu và đạt kết quả thẩm mỹ cao.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Từ tháng 10/2017 đến 12/2021 có 7 người bệnh được chẩn đoán VTNG độ I-IIb theo phân loại Simon, tuổi từ 14-30, được thực hiện cắt bỏ tuyến vú bằng kỹ thuật nội soi có hút mỡ hỗ trợ. Bốn trường hợp cắt tuyến vú 1 bên và ba trường hợp cắt bỏ tuyến vú 2 bên. Các chẩn đoán cận lâm sàng như siêu âm, xquang và xét nghiệm nội tiết được thực hiện trước mổ ở tất cả các người

bệnh để loại trừ với các bệnh lý khác không phải VTNG.

Kỹ thuật: Người bệnh (NB) được vẽ đánh dấu ranh giới vùng tuyến vú trước phẫu thuật ở tư thế đứng. Sử dụng kháng sinh dự phòng khi gây mê toàn thân. Phẫu thuật ở tư thế ngửa với 2 hay dạng góc 80 độ so với thân mình. Đường mổ dài 35mm trong hõm nách. Dung dịch pha gồm 200 ml nước muối 0,9%, 200 ml nước cất, 0,5 mg epinephrine và 20 ml 2% lidocaine được tiêm vào vùng tuyến vú để giảm chảy máu. Sau 10 phút bắt đầu tiến hành hút mỡ bằng ống hút mỡ 4mm. Sau khi hút mỡ, phần tuyến vú còn lại được cắt bỏ bằng cách sử dụng các dụng cụ nội soi. Phụ phẫu thuật viên sẽ nâng cao da bằng dụng cụ để tạo không gian cho nội soi. Optic nội soi được đưa vào qua đường mổ để có thể quan sát cụ thể mô tuyến vú còn lại, từ đó cắt bỏ hoàn toàn tuyến vú dưới nội soi và cầm máu kỹ. Chiều dày phần tuyến vú dưới quầng núm vú được để lại từ 5 đến 10 mm phụ thuộc vào đánh giá hình dáng ngực của người bệnh sao cho đạt được kết quả thẩm mỹ cao nhất.

Toàn bộ quá trình cắt bỏ tuyến vú được thực hiện và kiểm soát dưới màn hình nội soi. Tất cả các người bệnh đều được đặt một dẫn lưu mỗi bên ngực, và băng ép sau mổ.

Chăm sóc hậu phẫu: dẫn lưu rút sau 2 ngày khi lượng dịch ra dưới 30ml. Băng ép nhẹ nhàng vùng ngực sau mổ trong 2 tuần để tránh chảy máu và tụ dịch sau mổ.

Theo dõi: Tất cả người bệnh được theo dõi theo hẹn khám lại sau mổ 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng. Kết quả phẫu thuật được đánh giá dựa trên kết quả thẩm mỹ, biến chứng sau mổ và mức độ hài lòng của NB. Xếp loại kém, trung bình và tốt phụ thuộc vào các yếu tố như sự cân xứng của ngực, hình dạng quầng núm vú, độ nhô của phức hợp quầng núm vú, sự đều đặn của đường viền ngực và sự phù hợp tổng thể. Mức độ hài lòng của NB được đánh giá theo thang điểm 10, từ 0 điểm là rất không hài lòng đến 10 điểm là vô cùng hài lòng.

Kết quả

| Người bệnh | Tuổi | Nguyên nhân | Phân độ Simon | Phẫu thuật | Biến chứng | Mức độ hài lòng của NB | Phân loại kết quả |
|------------|------|-------------------------|---------------|------------|------------------|------------------------|-------------------|
| 1 | 24 | Sinh lý | IIA | 1 bên | - | 9/10 | Tốt |
| 2 | 14 | Sinh lý | IIA | 2 bên | - | 9/10 | Tốt |
| 3 | 18 | Không nhạy cảm androgen | IIA | 2 bên | Giảm cảm giác da | 9/10 | Trung bình |
| 4 | 26 | Vô căn | IIA | 1 bên | - | 9/10 | Tốt |
| 5 | 21 | Vô căn | I | 1 bên | - | 10/10 | Tốt |
| 6 | 30 | Vô căn | IIA | 1 bên | - | 10/10 | Tốt |
| 7 | 25 | Vô căn | IIB | 2 bên | - | 10/10 | Tốt |



Hình 1: Người bệnh 18 tuổi, vú to nam giới 2 bên (ảnh trước phẫu thuật)

Từ tháng 10/2017 đến 12/2021 có 7 NB được chẩn đoán VTNG độ IIB hoặc lớn hơn, tuổi từ 14-30, được thực hiện cắt bỏ tuyến vú bằng kỹ thuật nội soi có hút mỡ hỗ trợ. Mức độ VTNG được phân loại theo phân loại của Simon, 7 người bệnh được chia thành 3 nhóm với mức độ I (gồm 2 NB), độ IIA (gồm 4 NB) và IIB (gồm 1 NB). Bốn trường hợp cắt tuyến vú 1 bên và ba trường hợp cắt bỏ tuyến vú 2 bên. Độ tuổi trung bình được thực hiện phẫu thuật là 22,6. Nguyên nhân chủ yếu của VTNG là vô căn (4 NB), do sinh lý (2 NB) và một NB mắc hội chứng không nhạy cảm androgen thể nhẹ. Tất cả các NB đều được kiểm tra nội tiết và siêu âm tuyến vú.

Phẫu thuật cắt tuyến vú nội soi có phối hợp hút mỡ được thực hiện trên 7 NB. Thể tích trung bình của hút mỡ ra ở mỗi bên là 200ml, trọng lượng trung bình của mô tuyến là 87g. Thời gian phẫu thuật trung bình cho hút mỡ và cắt tuyến nội soi là 80 phút cho mỗi bên. Kết quả giải phẫu bệnh của tất cả các trường hợp đều là quá sản mô tuyến vú lành tính. Dẫn lưu được đặt cho mỗi bên ngực ở tất cả các trường hợp và rút sau 2 ngày. Thời gian nằm viện trung bình là 2 ngày.

Tất cả các NB đều co da tự nhiên sau phẫu thuật mà không cần phải cắt bỏ da thừa, ngay cả trường hợp VTNG độ IIB. Không có hoại tử phức hợp

quầng núm vú, da núm vú và không có biến dạng quầng núm vú. Không có biến chứng tụ dịch hay chảy máu.

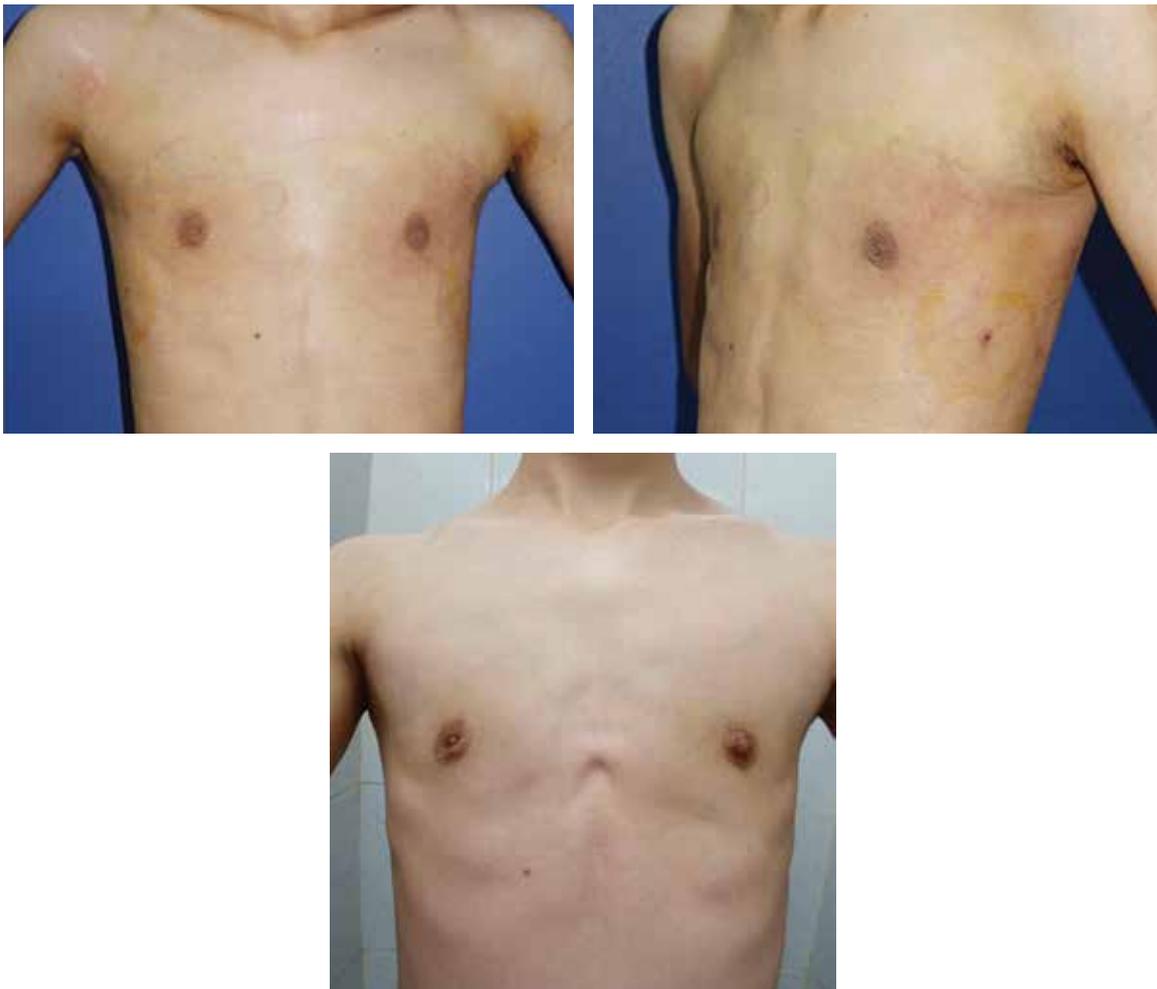
Thời gian theo dõi trung bình là 24 tháng, không có sự tái phát trong thời gian theo dõi. 7/7 NB hài lòng với kết quả phẫu thuật, mức độ hài lòng trung bình là 9,4/10 (n=7). Đánh giá về kết quả sau mổ đạt tốt trong 6 trường hợp và trung bình ở 1 trường hợp và không có trường hợp nào cần can thiệp sửa chữa.

Biến chứng sau phẫu thuật: 1 trường hợp giảm cảm giác vùng núm vú sau mổ, được tháo bỏ băng chun và tự hồi phục dần cảm giác sau 3 tuần.

Bàn luận

Phẫu thuật vẫn là một trong những phương pháp

hiệu quả nhất để điều trị vú to nam giới. Nhiều phương pháp phẫu thuật đã được mô tả trong quá khứ, chủ yếu là các kỹ thuật mổ mở với đường rạch trực tiếp và không hút mỡ đã chứng minh là đáng tin cậy trong điều trị VTNG, tuy nhiên các phương pháp này thường để lại những vết sẹo hoặc biến dạng ở quầng vú hoặc đường chân ngực, đôi khi gây mất thẩm mỹ và tâm lý nặng nề hơn cả những vấn đề gây ra bởi tuyến vú to ban đầu [6]. Các biến chứng thường gặp khác như tụ dịch sau mổ, mất cân xứng giữa núm vú 2 bên, hoại tử một phần hay toàn bộ phức hợp quầng núm vú, hay hoại tử hoặc thiếu tổ chức da vùng ngực gây biến dạng [7].



Hình 2: Người bệnh 18 tuổi, vú to nam giới 2 bên (ảnh sau phẫu thuật 3 ngày và sau 12 tháng)

Trong những năm gần đây, đã có sự thay đổi từ các can thiệp trực tiếp sang các kỹ thuật xâm lấn tối thiểu. Nguyên tắc chính của kỹ thuật này bao gồm có thể chỉ hút mỡ [8],[9] cũng đạt kết quả tốt trong một số trường hợp, hoặc kết hợp với cắt phần tuyến vú còn lại thông qua đường mổ nhỏ dưới quầng núm vú hoặc kỹ thuật kéo và cắt tuyến vú qua một đường rạch từ xa [10].

Một số tác giả mô tả kỹ thuật cắt tuyến vú nội soi sử dụng nhiều đường mổ kết hợp với rạch đường quầng vú hoặc nội soi với nhiều đường mổ từ thành bên ngực [11],[12],[13]. Năm 1998, Ohyama lần đầu tiên thực hiện cắt bỏ tuyến vú và hút mỡ vùng ngực với sự hỗ trợ của nội soi cho một NB 14 tuổi bị nữ hóa tuyến vú 2 bên bằng cách thực hiện tất cả các kỹ thuật bao gồm hút mỡ và cắt bỏ tuyến qua nội soi chỉ với một đường rạch duy nhất từ hõm nách [14].

Trong nghiên cứu của chúng tôi sử dụng một đường rạch dài 35mm được giấu hoàn toàn trong hõm nách để thực hiện hút mỡ và cắt bỏ tuyến vú. Thông qua góc nhìn trực tiếp dưới nội soi, có thể quan sát rất rõ ràng các lớp cân cơ ngực lớn, mô tuyến, lớp mỡ xung quanh và lớp cân dưới da. Do đó các động tác phẫu tích được thực hiện an toàn và chính xác để đảm bảo phức hợp quầng núm vú cũng như da thành ngực được bảo vệ, cũng như lớp cân cơ ngực lớn được bảo tồn nguyên vẹn. Một lợi ích lớn khác của kỹ thuật nội soi đó là giúp cầm máu kỹ những khu vực có nhiều mạch xuyên từ thành ngực ra da dẫn đến việc không có trường hợp nào bị chảy máu hoặc tụ dịch sau mổ, dẫn lưu trung bình ra 20ml dịch máu loãng mỗi ngày và được rút sau 2 ngày, tương ứng với Hua Cao trung bình là 20ml/ ngày rút sau 2-3 ngày, Yan Yang trung bình 80,9ml sau 2,8 ngày. [15],[16] (Hình 3)

Nghiên cứu sử dụng các dụng cụ nội soi thông thường, có sẵn và không cần đến các dụng cụ chuyên dụng đắt tiền. Trong khi sử dụng nội soi cũng không cần bơm khí để tạo khoang như các báo cáo khác [13]. Trên thực tế, sau khi hút mỡ và được phụ phẫu thuật viên kéo van giúp tạo khoang, các thao tác cắt phần tuyến vú còn lại được thực hiện khá dễ dàng và chính xác. Thời gian phẫu thuật trung bình



Hình 3: Sẹo mổ đẹp nằm gọn trong hõm nách (ảnh sau phẫu thuật 6 tháng)

là 80 phút cho một bên vú bao gồm cả hút mỡ và cắt tuyến nội soi, tương ứng với các tác giả khác như Yan Yang với thời gian trung bình là 82 phút, Hua Cao là 70-90 phút với các phẫu thuật viên nhiều kinh nghiệm [15],[16].

Biến chứng giảm cảm giác vùng núm vú và da thành ngực sau mổ gặp ở NB có thể trạng gầy, lớp da rất mỏng, dù trong mổ đã được phẫu tích rất cẩn thận để bảo vệ lớp cân dưới da nhưng vẫn xuất hiện sự tê bì nhẹ. NB đã được nối lỏng băng chun sau mổ và tự hồi phục cảm giác sau 3 tuần.

Một hạn chế của kỹ thuật này theo nhiều tác giả đó là khó áp dụng cho những trường hợp VTNG độ III theo phân loại Simon. Một trường hợp trong nghiên cứu có VTNG mức độ IIB không cần xử lý da thừa mà vẫn có kết quả thẩm mỹ tốt, tuy nhiên cần số người bệnh lớn hơn để xác định chính xác hiệu quả của kỹ thuật đối với nhóm người bệnh này.

Kết luận

Cắt tuyến vú kết hợp hút mỡ qua đường nách dưới nội soi hỗ trợ là một kỹ thuật khá an toàn và

hiệu quả để điều trị vú to nam giới mức độ nhỏ và trung bình (độ I-IIb), phương pháp này bước đầu cho thấy kết quả thẩm mỹ cao sau phẫu thuật với tỷ lệ biến chứng chấp nhận được.

Tài liệu tham khảo

1. Fagerlund A, Lewin R, Rufolo G, Elander A, Santanelli di Pompeo F, Selvaggi G. Gynecomastia: A systematic review. *J Plast Surg Hand Surg.* 2015;49(6):311-8
2. Arca MJ, Caniano DA. Breast disorders in the adolescent patient. *Adolesc Med Clin* 2004;15: 473-485.
3. Bembo SA, Carlson HE. Gynecomastia: its features, and when and how to treat it. *Cleve Clin J Med* 2004;71: 511-517.
4. Daniels IR, Layer GT. Gynecomastia. *Eur J Surg* 2001;167: 885-892.
5. Courtiss EH. Gynecomastia: analysis of 159 patients and current recommendations for treatment. *Plast Reconstr Surg* 1987;79:740e53.
6. Wang Y, Wang J, Liu L, Liang W. Comparison of curative effects between mammotome-assisted minimally invasive resection (MAMIR) and traditional open surgery for gynecomastia in Chinese patients: A prospective clinical study. *Breast J.* 2019 Nov;25(6):1084-1089.
7. Brown RH, Chang DK, Siy R, Friedman J. Trends in the Surgical Correction of Gynecomastia. *Semin Plast Surg.* 2015 May;29(2):122-30.
8. Colombo-Benkman M, Buse B, Stern J, Herfarth C. Indications for and results of surgical therapy for male gynecomastia. *Am J Surg* 1999;178:60e3.
9. Rohrich RJ, Ha RY, Kenkel JM, Adams Jr WP. Classification and management of gynecomastia: defining the role of ultrasound assisted liposuction. *Plast Reconstr Surg* 2003;111:909e23. discussion 924e925.
10. Morselli PG. "Pull through": a new technique for breast reduction in gynecomastia. *Plast Reconstr Surg* 1996;97: 450e4.
11. Ramon Y, Fodor L, Peled I, Eldor L, Egozi D, Ullmann Y. Multi- modality gynecomastia repair by cross-chest power-assisted superficial liposuction combined with endoscopic-assisted pull-through excision. *Ann Plast Surg* 2005;55(6):591e4.
12. Fan L, Yang X, Zhang Y, Jiang J. Endoscopic subcutaneous mastectomy for the treatment of gynecomastia: A report of 65 cases. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2009 Jun;19(3): e85e90.
13. Zhu J, Huang J. Surgical management of gynecomastia under endoscope. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2008 Jun;18(3): 433e7.
14. Ohshima T, Takada A, Fujikawa M, Hosokawa K. Endoscope-assisted trans-axillary removal of glandular tissue in gynecomastia. *Ann Plast Surg.* 1998;40:62e64.
15. Cao H, Yang ZX, Sun YH, Wu HR, Jiang GQ. Endoscopic subcutaneous mastectomy: A novel and effective treatment for gynecomastia. *Exp Ther Med.* 2013 Jun;5(6):1683-1686.
16. Yang Y, Mu D, Xu B, Li W, Zhang X, Lin Y, Li H. Endoscopic subcutaneous mastectomy plus liposuction via a single axillary incision for gynecomastia in Asian patients: A report of 45 cases. *Surgery.* 2021 Jul;170(1):39-46.