

Báo cáo ca lâm sàng

BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP: PHẪU THUẬT CẮT U LỚN VÀ TÁI TẠO THÀNH BỤNG ĐA VẬT LIỆU SAU CẮT U CƠ SỢI LỚN THÀNH BỤNG

Phạm Quang Nhật^{1*}, Nguyễn Thanh Phong¹

1. Khoa Ngoại tiêu hóa, Bệnh viện Thống Nhất, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam

*Tác giả liên hệ: Phạm Quang Nhật ✉ quangnhat31594@gmail.com

TÓM TẮT: U sợi quá phát (u Desmoid) thành bụng là khối u hiếm gặp, có tính xâm lấn tại chỗ và tỷ lệ tái phát cao. Nghiên cứu này báo cáo trường hợp phẫu thuật cắt u lớn và tái tạo thành bụng bằng kết hợp lưới nhân tạo và mô tự thân, nhằm đánh giá hiệu quả về mặt chức năng và thẩm mỹ. Bệnh nhân nam 29 tuổi, phát hiện khối u thành bụng kích thước 10x15cm, được chẩn đoán u Desmoid qua sinh thiết. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ khối u, tạo khuyết hổng lớn và tái tạo thành bụng bằng lưới nhân tạo IPOM kết hợp vật cơ thẳng bụng và vật cân. Giải phẫu bệnh xác nhận u Desmoid với diện cắt âm tính (R0). Bệnh nhân xuất viện sau 7 ngày, không biến chứng nghiêm trọng. Sau 1 năm theo dõi, kết quả đạt được về thẩm mỹ, chức năng vận động và không ghi nhận tái phát. Phẫu thuật cắt u Desmoid kết hợp tái tạo thành bụng đa vật liệu là phương pháp khả thi, đảm bảo kết quả lâu dài về chức năng và thẩm mỹ. Ca lâm sàng này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc lựa chọn phương pháp tái tạo phù hợp cho khuyết hổng lớn sau phẫu thuật.

Từ khóa: U Desmoid, tái tạo thành bụng, lưới nhân tạo, vật cơ tự thân, phẫu thuật đa mô thức.

CASE REPORT: MULTI-MATERIAL ABDOMINAL WALL RECONSTRUCTION SURGERY AFTER MASSIVE DESMOID TUMOR RESECTION

Phạm Quang Nhật, Nguyễn Thanh Phong

SUMMARY: Abdominal wall aggressive fibromatosis (Desmoid tumor) is a rare, locally invasive tumor with a high recurrence rate. This study reports a case of surgical resection of a large tumor and multi-material abdominal wall reconstruction, evaluating functional and aesthetic outcomes. A 29-year-old male presented with a 10x15cm abdominal wall mass, diagnosed as Desmoid tumor via biopsy. The patient underwent complete tumor resection, resulting in a significant abdominal defect. Reconstruction was performed using a combination of intraperitoneal onlay mesh (IPOM), rectus abdominis muscle flap, and fascia flap. Pathology confirmed R0 resection. The patient was discharged on day 7 without major complications. At 1-year follow-up, results showed excellent aesthetic and functional recovery with no recurrence. Surgical resection of Desmoid tumors combined with multi-material abdominal wall reconstruction is a feasible approach, ensuring long-term functional and aesthetic success. This case highlights the importance of selecting appropriate reconstruction techniques for large post-resection defects.

Keywords: Desmoid tumor, abdominal wall reconstruction, synthetic mesh, autologous tissue flap, multimodal surgery.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các khối u desmoid hay bệnh sợi quạ phát là những khối u trung mô lành tính với sự tăng sinh đơn dòng nguyên bào sợi, thuộc họ bệnh u xơ cơ myofibroblastic đặc trưng bởi sự xâm lấn tại chỗ mạnh và tái phát, mặc dù không có khả năng di căn. MacFarlane mô tả lần đầu vào năm 1832, tên gọi desmoid được Muller ở Berlin đưa ra vào năm 1838, người đầu tiên sử dụng thuật ngữ "desmos" liên quan đến từ tiếng Hy Lạp – có nghĩa là "tương tự như gân".¹ U Desmoid được phân loại theo vị trí xâm lấn tại chỗ hơn là mức độ di căn. Khối u này hiếm gặp, ảnh hưởng 1-2 trên 500.000 người, xấp xỉ 900-1500 trường hợp mới mỗi năm tại Hoa Kỳ. Độ tuổi thường gặp là từ 25-35 tuổi.² U Demoid có thể xảy ra ở các vị trí thành bụng, bên trong ổ bụng và ngoài bụng và khoảng 5-10% phát sinh trong bối cảnh bệnh đa nang tuyến gia đình (FAP).³ Theo hướng dẫn của NCCN, điều trị u desmoid đã thay đổi trong những năm gần đây từ can thiệp tích cực sang quan sát ban đầu. Trong trường hợp bệnh tiến triển, một đợt theo dõi ngắn có thể được xem xét lại nếu bệnh nhân có ít triệu chứng hoặc vị trí giải phẫu không quan trọng. Can thiệp được khuyến khích cho những bệnh nhân có biểu hiện tiến triển liên tục các triệu chứng đáng kể. Đối với u desmoid u thành bụng ưu tiên phẫu thuật.⁴

Phẫu thuật cắt u cần diện cắt rộng, việc đóng lỗ khuyết thành bụng vẫn là một thách thức đối với nhóm phẫu thuật và không có sự đồng thuận rõ ràng về sự lựa chọn tốt nhất cho việc tái tạo thành bụng. Trong nghiên cứu tại một trung tâm ở São Paulo, Brazil. Sau khi phân tích hồi cứu loạt 20 trường hợp cho thấy rằng điều trị phẫu thuật bệnh u desmoid và tái tạo lại khiếm khuyết thành bụng là khả thi, mặc dù còn nhiều thách thức, cần tiếp cận đa chuyên khoa bao gồm cả tạo hình.¹ Các trường hợp u desmoid lớn ở vị trí tương tự có được báo cáo các nước, với điều trị phẫu thuật cắt bỏ u và phục hồi bằng đặt lưới tiền phúc mạc^{1,5,6}, chưa có hướng dẫn và đánh giá hiệu quả các phương pháp phục hồi thành bụng. Vì vậy sau khi hội chẩn Phẫu thuật ngoại tiêu hoá và Tạo hình thẩm mỹ chúng tôi đã tiến hành cắt u và tạo hình thành bụng bằng kết hợp đặt lưới trước phúc mạc (IPOM), vạt xoay cơ thẳng bụng và vạt cân cơ nhằm tạo phục hồi các thành phần khuyết hổng gắn với sinh lý và chức năng vận động của thành bụng.

2. MÔ TẢ CA LÂM SÀNG

· Lý do nhập viện: Bệnh nhân nam 29 tuổi nhập viện vì khối u vùng bụng

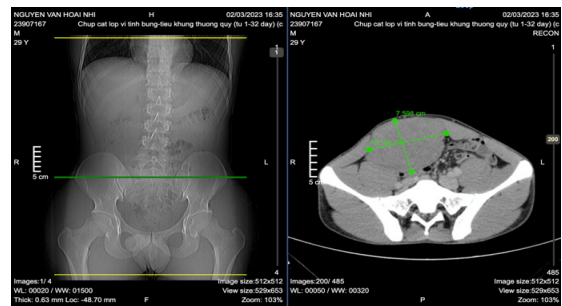
· Bệnh sử : Cách 2 năm bệnh nhân có phát hiện khối u cứng, kích thước khoảng 4 cm tại vùng thành bụng dưới bên phải, giải phẫu bệnh sinh thiết kim cho kết quả u sợi lành tính, khối u không gây cản trở sinh hoạt nên bệnh nhân được theo dõi. Cách 1 tháng, bệnh nhân khám siêu âm có khối u lớn lên nhiều nên bệnh nhân khám và nhập viện tại Bệnh Viện Thống Nhất.

· Tiền căn: chưa ghi nhận tiền căn nội ngoại khoa, gia đình không có ai bị tình trạng tương tự.

· Khám :

o Bệnh nhân thể trạng cân đối, các cơ quan không có dấu hiệu bất thường.

o Vùng dưới bên phải có khối u lớn kích thước 15 X 10cm , bờ đều, trơn láng, mật độ chắc, dính chắc vào cơ thẳng bụng bên phải, không dính da, không lõm da.



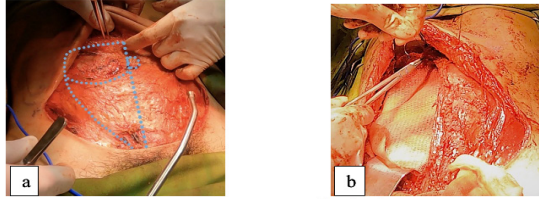
Hình 1: Hình chụp cắt lớp vi tính trước phẫu thuật.

o Nội soi dạ dày đại tràng không ghi nhận polyp, các xét nghiệm trước phẫu thuật bình thường.

Phẫu thuật: Bệnh nhân được gây mê nội khí quản, kháng sinh dự phòng Cefazolin 2g trước mổ 30 phút. Phẫu thuật tổng thời gian 190 phút, máu mất khoảng 50ml. Phẫu thuật bao gồm cắt u và tạo hình thành bụng bằng lưới nhân tạo, xoay vạt cơ, tạo vạt cân. Cụ thể:

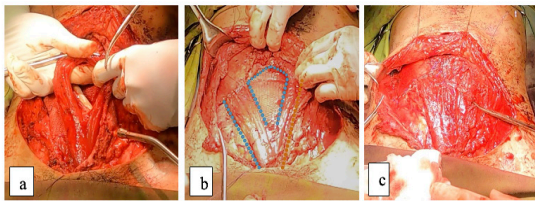
- Rạch da đường Pfannenstiel, phẫu thuật thích mỡ dưới da và da trên cân Scapa lên đến qua rốn 3cm. U xâm lấn hết phần cơ thẳng bụng bên phải, có phần u thâm nhiễm cứng ra cân scapa tại vị trí ngang rốn như hình. Cắt phần dưới cơ thẳng bụng phải đến trên rốn 2cm và phần u thâm nhiễm cứng vào cơ chéo bụng phải

vị trí ngang rốn khoảng 4cm phía ngoài phải. Bảo tồn phần cân Scapa và cân chéo bụng ngoài còn di động và không dính u. U chưa xâm lấn dính 1 phần phúc mạc nhưng chưa qua phúc mạc. (Hình 2a)



Hình 2: a) Bụng cân Scapa được bóc lộ, với đường chấm liền thể hiện vị trí của u. b) Đặt lưới có màng chống dính trước phúc mạc.

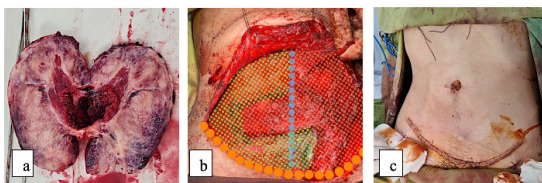
- Đặt lưới trong phúc mạc (IPOM) loại lưới Polyester với màng collagen (parietex PCO) 30x20 cm, cố định lưới phía ngoài vào cơ ngang bụng, phía trên vào cơ thẳng bụng, phía trong vào bờ ngoài cơ thẳng bụng trái, bờ dưới đi theo cân kết hợp tới củ mu. (hình 2b)



Hình 3: a) Tách 2/3 bó cơ thẳng bụng tạo vạt xoay; b) Phần khuyết cơ thành bụng sau khi cố định cơ thẳng bụng; c) Cơ thành bụng sau khi khâu ép cả lỗ khuyết hông.

- Tạo hình vạt cơ: mục tiêu lấp khuyết hông cơ thẳng bụng và 1 phần cơ chéo bụng vùng hông phải, nhưng vẫn đảm bảo đơn giản và chức năng cơ sinh lý của cơ thành bụng. Lấy 2/3 bó cơ thẳng bụng bên trái, bảo tồn cân trước cơ thẳng bụng, cắt ngang cơ tại vị trí mô xơ của trẻ gân ngang. Xoay vạt cơ nối với phần cơ chéo bụng trong phải. Khâu ép các phần cơ khuyết hông còn lại. (hình 3a,b,c)

- Tạo hình vạt cân: dùng bao trước cân cơ thẳng bụng trái tạo vạt khâu cố định vào cân cơ chéo bụng ngoài bên phải (hình 4b), che phủ các phần hở cơ còn lại với cân cơ chéo bụng ngoài và cân scapa (hình 4c). Đặt dẫn lưu áp lực âm và bấm khép mép da. (hình 3c)



Hình 4: a) Đặt thể u; b) vạt cân cơ thẳng bụng và scapa che phủ; c) Bụng sau khi đóng mép da.

- Giải phẫu bệnh đại thể (hình 4a) u còn vỏ bao, diện cắt không còn mô u.

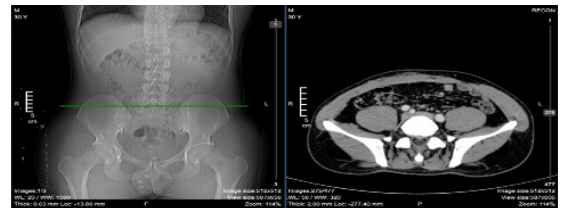
Về vi thể: mẫu mô gồm các nguyên bào sợi nhân hình thoi, hạt nhân khá rõ, các nguyên bào sợi này phân cách bởi những dải collagen sắp xếp thành bó. Nhuộm hoá mô miễn dịch: Beta-Catenin (+) nhân tế bào, Ki67 (+) <5%. Giải phẫu bệnh phù hợp với Fibromatosis.

3. BÀN LUẬN:

Bệnh nhân điều trị hậu phẫu với giảm đau, đeo đai cố định bụng, rút dẫn lưu sau 2 ngày, xuất viện ngày 7. Ngày 14 sau mổ ghi nhận biến chứng tụ dịch vô trùng dưới lớp cơ, vị trí dưới rốn. Bệnh nhân được chọc hút dịch và không ghi nhận biến chứng khác trong 30 ngày. Kết quả 1 năm: bệnh nhân duy trì đeo đai mềm định hình bụng hàng ngày. Hình chụp cắt lớp cho thấy các lớp cơ thành bụng che phủ tốt, không thoát vị và không tái phát u (hình 6). Về chức năng vận động: bệnh nhân vận động thể thao cường độ cao như chạy bộ và đá bóng, gập và gồng bụng được.



Hình 5: Bụng bệnh nhân sau 1 năm, tư thế đứng thẳng nhìn trước và nhìn bên phải



Hình 6: Chụp cắt lớp vi tính sau 1 năm phẫu thuật

Mô hình điều trị U desmoid đã thay đổi từ can thiệp tích cực sang theo dõi ban đầu khi bệnh không tiến triển, bệnh nặng hoặc có triệu chứng². Hướng dẫn của The Desmoid Tumor Working Group, phương pháp giám sát tích cực ban đầu là bước đầu tiên trong việc quản lý u desmoid. Họ phát hiện ra rằng đối với các vị trí giải phẫu thuận lợi (ví dụ như thành bụng, chi dưới), tỉ lệ Sống không bệnh 2 năm nhóm phẫu thuật (70%) và điều trị bảo tồn (63%); trong khi đó đối với các vị trí giải phẫu không thuận lợi (ví dụ như đầu/cổ, thành ngực), sống không bệnh 2 năm vượt trội

hơn ở những bệnh nhân được điều trị bảo tồn (52% so với 25%). Mục tiêu diện cắt không còn tế bào u vi thể (R0), nhưng các diện cắt vi thể dương tính (R1) có thể được chấp nhận khi chức năng hoặc thẩm mỹ là một vấn đề. Ngoài ra, nếu việc cắt bỏ R1 được thực hiện trong điều trị bước đầu thì không có đủ bằng chứng để khuyến nghị xạ trị chu phẫu hoặc phẫu thuật lại.³

Vessels Invasion in a Young Man: A Case Report and Review of the Literature. *Front Surg.* 2022;9:851164. doi:10.3389/fsurg.2022.851164

4. KẾT LUẬN

Khối u desmoid của thành bụng là khối u lành tính hiếm gặp, có khả năng phát triển nhanh xâm lấn tại chỗ. Biểu hiện lâm sàng của những khối u này được đặc trưng bởi các khối u có kích thước lớn tuy nhiên ít triệu chứng trong giai đoạn u còn nhỏ gây khó khăn trong việc điều trị sớm. Đối với trường hợp có chỉ định phẫu thuật, cần cắt bỏ khối u với đủ giới hạn an toàn, sau đó là tái tạo phần khuyết bằng mô tự thân cũng như vật liệu lưới nhân tạo là khả thi và đạt hiệu quả về bệnh học, thẩm mỹ và vận động.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Couto Netto SD, Teixeira F, Jr., Menegozzo CAM, Albertini A, Akaishi EH, Utiyama EM. Abdominal wall reconstruction after desmoid type fibromatosis radical resection: Case series from a single institution and review of the literature. *Int J Surg Case Rep.* 2017;33:167-172. doi:10.1016/j.ijscr.2017.02.050

[2] Von Mehren M, Kane JM, Bui MM, et al. NCCN Guidelines Insights: Soft Tissue Sarcoma, Version 1.2021. *J Natl Compr Canc Netw.* Dec 2 2020;18(12):1604-1612. doi:10.6004/jnccn.2020.0058

[3] Desmoid Tumor Working G. The management of desmoid tumours: A joint global consensus-based guideline approach for adult and paediatric patients. *Eur J Cancer.* Mar 2020;127:96-107. doi:10.1016/j.ejca.2019.11.013

[4] Von Mehren M, Kane JM, Agulnik M, et al. Soft Tissue Sarcoma, Version 2.2022, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw.* Jul 2022;20(7):815-833. doi:10.6004/jnccn.2022.0035

[5] Mabrouk MY, Bouzayan L, Malki S, Jabi R, Bennani A, Bouziane M. Desmoid tumor of the anterolateral abdominal wall: A rare case report. *Ann Med Surg (Lond).* Oct 2021;70:102804. doi:10.1016/j.amsu.2021.102804

[6] Zhao J, Cheng F, Yao Z, Zheng B, Niu Z, He W. Surgical Management of a Giant Desmoid Fibromatosis of Abdominal Wall With