

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỬ DỤNG VẬT TẠI CHỖ TẠO HÌNH KHUYẾT DA ĐẦU SAU CẮT BỎ UNG THƯ DA TẾ BÀO ĐÁY

Nguyễn Hoàng Đăng¹, Dương Mạnh Chiến^{1,2} và Phạm Thị Việt Dung^{1,3,4,✉}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

⁴Bệnh viện Bạch Mai

Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả sử dụng vật tại chỗ trong tạo hình che phủ khuyết tổ chức da đầu sau cắt bỏ ung thư biểu mô tế bào đáy. Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng trên 15 bệnh nhân (8 nam và 7 nữ, tuổi từ 56 tới 90), được phẫu thuật tạo hình bằng vật tại chỗ che phủ khuyết da đầu sau cắt bỏ ung thư biểu mô tế bào đáy tại khoa Ngoại đầu cổ Bệnh viện K từ tháng 5/2018 tới tháng 5/2022. Kết quả được đánh giá trong quá trình nằm viện và sau mổ > 6 tháng. Tổn khuyết sau cắt bỏ khối u có kích thước từ 7,07cm² tới 58,90cm², các tổn khuyết này được che phủ bằng 7 vật chuyển, 5 vật đẩy và 4 vật xoay. Sau mổ 100% vật sống hoàn toàn và che phủ hết tổn khuyết, 5 trường hợp chậm liền vết mổ, không có trường hợp nào nhiễm trùng. Theo dõi sau 6 tháng trên 15 bệnh nhân cho kết quả tốt về sẹo, tương đồng màu sắc, độ dày vật, không co kéo xung quanh; 9/13 vật da đầu mang tóc có tình trạng mọc tóc tốt. Kết quả nghiên cứu cho thấy tạo hình khuyết tổn sau cắt bỏ ung thư biểu mô tế bào đáy vùng da đầu bằng vật tại chỗ đem lại kết quả tốt về chức năng, thẩm mỹ. Vị trí và kích thước tổn khuyết là các yếu tố chính ảnh hưởng tới loại vật sử dụng.

Từ khóa: ung thư biểu mô tế bào đáy, khuyết da đầu, vật tại chỗ.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư da tế bào đáy là bệnh ác tính ở da phổ biến nhất với tỉ lệ ngày càng tăng.¹ Đặc điểm ung thư da tế bào đáy là phát triển chậm, hầu như không di căn hạch, không di căn xa, tiên lượng tốt.² Dựa vào mô bệnh học, vị trí khối u, kích thước và giai đoạn bệnh của khối u sẽ có các phương pháp điều trị phù hợp bao gồm phẫu thuật triệt căn, hóa, xạ trị... trong đó phẫu thuật là phương pháp điều trị chủ yếu và hiệu quả nhất.¹ Mục tiêu phẫu thuật nhằm cắt hết u, che phủ da. Nhưng do ung thư da ở vùng

đầu mặt cổ là vùng lộ diện nên đòi hỏi kết quả có tính thẩm mỹ cao để bệnh nhân có thể hòa đồng với cuộc sống bình thường, đạt được chất lượng cuộc sống cao, nên tạo hình sau ung thư vùng đầu mặt cổ trở nên cần thiết trong y học hiện đại.² Thay thế tổn khuyết sau cắt bỏ ung thư bằng chất liệu tương tự là chìa khóa quan trọng để tối ưu hóa kết quả về mặt thẩm mỹ. Hơn nữa, không có vị trí cho chất liệu nào có thể tái tạo độ dày, tính chất sinh học và đặc điểm mang tóc của da đầu. Điều này làm cho các vật tại chỗ trở thành lựa chọn lý tưởng nhất để che phủ các khuyết tổn da đầu.³ Kỹ thuật này đã được một số bài báo trên thế giới đề cập đến nhưng chưa được nghiên cứu áp dụng trong tạo hình khuyết do ung thư tế bào đáy kích thước vừa và nhỏ ở Việt Nam.

Tác giả liên hệ: Phạm Thị Việt Dung

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: phamvietdung@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 21/09/2022

Ngày được chấp nhận: 07/10/2022

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Các bệnh nhân có tổn khuyết da đầu sau cắt bỏ ung thư biểu mô tế bào đáy được tạo hình che phủ khuyết tổn bằng vạt tại chỗ tại Bệnh viện K Trung ương cơ sở Tân Triều trong khoảng thời gian từ tháng 5/2018 tới tháng 5/2022. Hồ sơ bệnh nhân có khai thác và ghi chép đầy đủ các triệu chứng lâm sàng, giải phẫu bệnh và phương pháp phẫu thuật. Các bệnh nhân này đã đồng ý tham gia nghiên cứu.

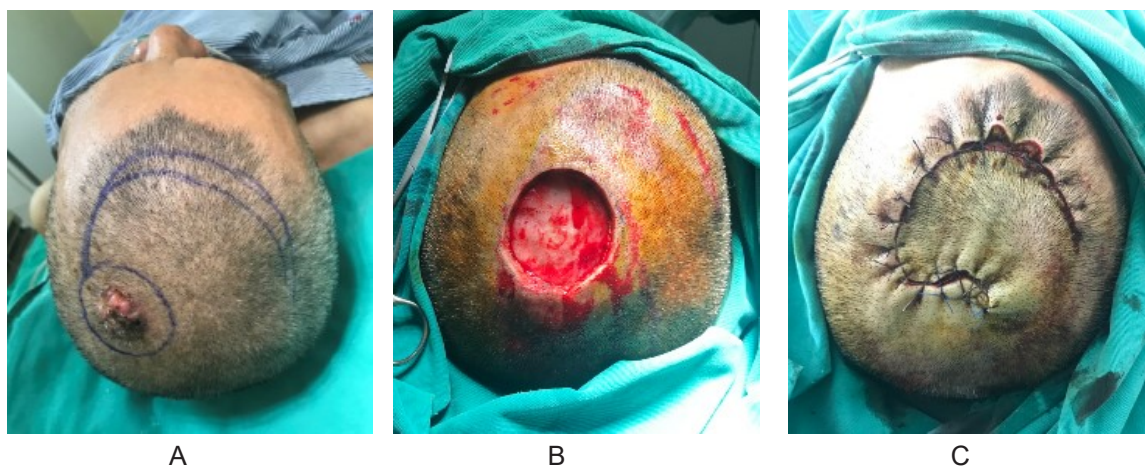
2. Phương pháp

Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không có nhóm chứng được thực hiện với mẫu thuận tiện trên 15 bệnh nhân.

Sau khi cắt bỏ tổn thương ung thư theo nguyên tắc (diện cắt cách rìa tổn thương 5 -

10mm) và sinh thiết tức thì diện cắt, tổn khuyết da đầu sẽ được đo lại kích thước các chiều, xác định vị trí, mức độ huy động tổ chức tại chỗ, đặc điểm của tổn khuyết. Những yếu tố này là cơ sở để lựa chọn vạt. Sau khi bóc vạt để che phủ tổn khuyết, nơi cho vạt được đóng trực tiếp hoặc ghép da nếu không đóng trực tiếp được. Với các tổn thương lớn, vạt tại chỗ có thể được chỉ định phối hợp với các vạt lân cận hoặc ghép da.

Các chỉ số nghiên cứu gồm đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (tuổi, giới, nghề nghiệp), đặc điểm lâm sàng (vị trí, kích thước, hình thể tổn khuyết) và đặc điểm kỹ thuật: phân loại khuyết tổn theo kích thước bởi Desai: nhỏ (< 9cm²), vừa (từ 9 - 30cm²) và lớn (> 30cm²); loại vạt tạo hình sử dụng, cách đóng tổn khuyết được ghi lại.⁴



Hình 1. Nguyễn Tiến T. 63 tuổi

(A) Khối u và thiết kế trước mổ, (B) Khuyết tổ chức sau cắt u, (C) Tổn khuyết đã được đóng lại bằng vạt xoay

Sau mổ, bệnh nhân được đánh giá kết quả phẫu thuật lúc đang nằm viện và khám lại sau mổ > 6 tháng.

Lúc bệnh nhân đang nằm viện, kết quả đánh giá dựa trên 4 tiêu chí: sức sống của vạt, tình trạng liền thương, diện tích che phủ và tình trạng nhiễm trùng.

+ Sức sống vạt: vạt sống hoàn toàn; vạt hoại tử một phần; vạt bị hoại tử hoàn toàn.

+ Tình trạng liền thương: vết mổ liền tốt; chậm liền vết mổ; vết mổ không liền.

+ Diện tích che phủ: vạt che phủ hoàn toàn khuyết tổn; vạt che phủ được từ 75% diện tích khuyết tổn; còn trên 25% diện tích khuyết tổn

chưa được che phủ.

+ Tình trạng nhiễm trùng: có hoặc không có tình trạng nhiễm trùng.

Khám lại sau mổ > 6 tháng, chúng tôi đánh giá dựa trên 4 tiêu chí: sự tương đồng vật da với da xung quanh, sẹo vết mổ, tái phát, tình trạng mọc tóc vật da đầu mang tóc.

+ Tương đồng vật da với da xung quanh: độ dày, màu sắc da tương tự hoặc khác với vùng da xung quanh.

+ Sẹo vết mổ: sẹo vết mổ mờ, mềm mại, không gây co kéo; sẹo vết mổ rõ, biến dạng nhẹ, không co kéo; sẹo vết mổ rõ, gây biến dạng và co kéo.

+ Tình trạng mọc tóc vật da đầu mang tóc: tóc mọc tương tự vùng da xung quanh; tóc mọc thưa hơn vùng da xung quanh; không mọc tóc.

+Tái phát: tái phát ung thư; không tái phát.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng. Tất cả các thông tin thu thập chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, không phục vụ cho bất kỳ mục tiêu nào khác, nên tất cả thông tin của các bệnh nhân trong nghiên cứu đều được giữ bí mật. Số liệu thu thập đầy đủ, trung thực, khách quan, đảm bảo kết quả có tính khoa học, chính xác và tin cậy. Các chỉ định phẫu thuật hoàn toàn dựa trên cơ sở kiến thức chuyên môn, lựa chọn phương án tối ưu cho bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu có 15 bệnh nhân với 16 khối u (1 bệnh nhân có 2 khối u) với độ tuổi trung bình là $68,8 \pm 10,75$ (trong đó tuổi cao nhất là 90, tuổi thấp nhất là 56).

Không gặp tình trạng nhiễm trùng và tái phát ở thời điểm sau 6 tháng trên nhóm bệnh nhân này.

Trong 16 khối u, có 7 (43,8%) khối u ở vùng đỉnh, 5 (31,3%) khối u ở vùng thái dương, 3

(18,8%) khối u ở vùng trán và 1 (6,1%) khối u ở vùng cằm.

Chúng tôi sử dụng 16 vật tại chỗ da đầu, trong đó có 4 vật xoay, 7 vật chuyển và 5 vật đẩy, trong số 16 khuyết tổn đó có 1 khuyết tổn phải sử dụng vật chuyển kết hợp thêm ghép da vùng cho vật, 1 khuyết tổn phải sử dụng thêm vật đảo rãnh mũi má do khối u lan xuống vùng gốc mũi. Theo dõi 16 vật da đầu trong lúc bệnh nhân nằm viện, tỉ lệ vật sống hoàn toàn là 100%, 10 vật liền thương tốt, 6 vật liền thương chậm. Tất cả các vật đều che phủ hết tổn thương và không có vật nào gặp tình trạng nhiễm trùng. Theo dõi sau mổ hơn 6 tháng trên 16 vật, 100% các vật da tương đồng với da xung quanh, sẹo vết mổ ở 14 vật cho kết quả tốt, 2 vật cho kết quả khá. Trong 13 vật da đầu mang tóc, có 10/13 vật mọc tóc tương tự xung quanh và 3/13 vật mọc tóc thưa hơn xung quanh, chưa ghi nhận tình trạng tái phát tại chỗ.

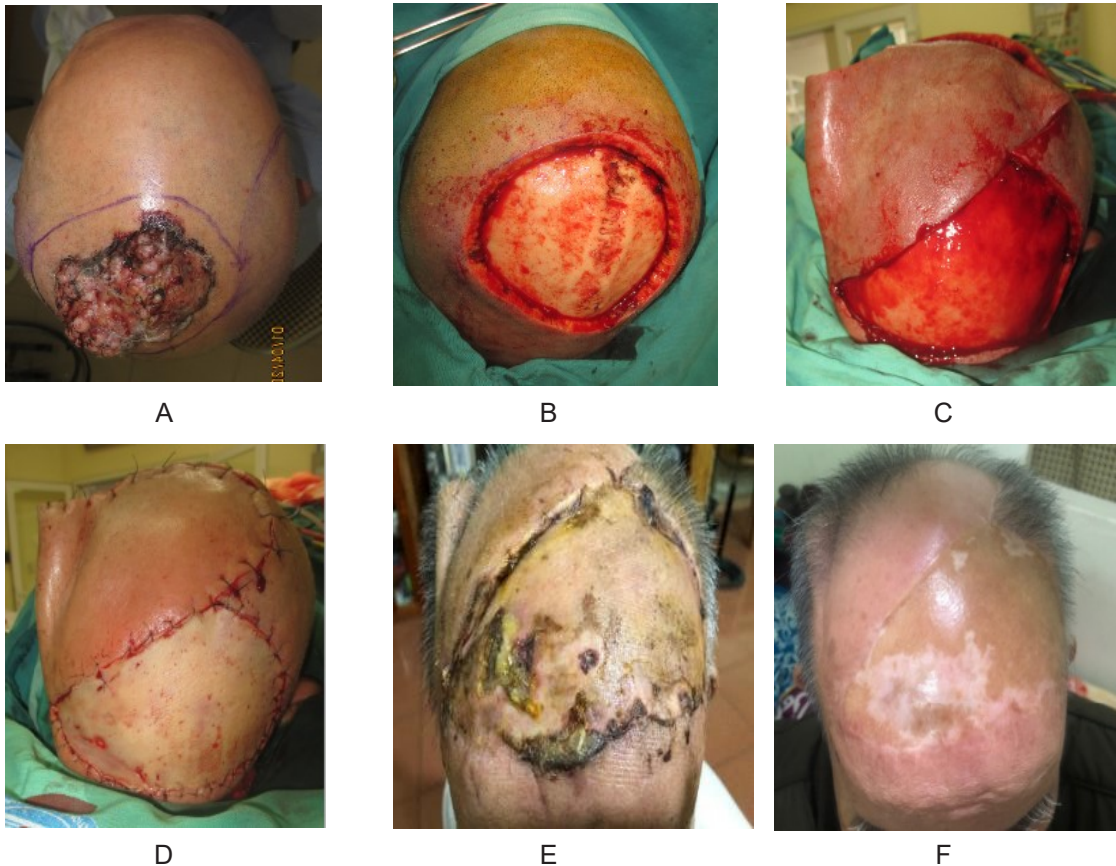
IV. BÀN LUẬN

Tuổi của 15 bệnh nhân tại thời điểm phẫu thuật trung bình là $68,8 \pm 10,75$ (từ 56 đến 90). Các bệnh nhân cao tuổi với tình trạng lão hóa đầu làm da đầu lỏng lẻo, do đó, da dễ di động hơn, thuận lợi hơn cho việc sử dụng vật tại chỗ, đặc biệt là các tổn khuyết vừa và nhỏ. Trong nghiên cứu, 16 khuyết tổn sau cắt u có diện tích trung bình $16,62 \pm 13,50\text{cm}^2$, trong đó đa phần cũng thuộc nhóm tổn khuyết vừa và nhỏ (14 khuyết tổn, 87,5%) theo phân loại của Desai và cộng sự.⁴ Với các khuyết lớn hơn, các vật tại chỗ kích thước lớn và ghép da tự thân nơi cho vật cũng là phương pháp tốt bởi các bệnh nhân lớn tuổi ít yêu cầu tính thẩm mỹ hơn các bệnh nhân trẻ.

16 vật da đầu mà chúng tôi sử dụng gồm: vật xoay, vật đẩy, vật chuyển, các vật này được lựa chọn và thiết kế dựa trên sự phân tích về vị trí và kích thước tổn thương. Trong 13 khuyết da đầu mang tóc, chúng tôi sử dụng 7 vật

Bảng 1. Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu

TT BN	Kích thước tổn khuyết (cm ²)	Vị trí u	Dạng vật sử dụng	Đóng nơi cho vật	Lúc nằm viện			Sau mổ > 6 tháng	
					Sức sống vật	Tình trạng liền thương	Tương đồng da xung quanh		
					Sức sống vật	Tình trạng liền thương	Tương đồng da xung quanh	Seo vết mồ mả	Tình trạng mọc tóc vật da mang tóc
1	15,71			Trực tiếp	Tốt	Liên tốt	Tương đồng	Tốt	Mọc tốt
2	13,74			Trực tiếp	Tốt	Liên tốt	Tương đồng	Tốt	Mọc tốt
3	8,25	Thái dương		Trực tiếp	Tốt	Liên tốt	Tương đồng	Tốt	Mọc tốt
4	12,57		Vật chuyển	Trực tiếp	Tốt	Liên tốt	Tương đồng	Tốt	Mọc tốt
	7,07			Trực tiếp	Tốt	Liên tốt	Tương đồng	Tốt	Mọc tốt
5	58,90			Ghép da	Tốt	Chậm	Tương đồng	Khá	Mọc thưa
6	9,42			Trực tiếp	Tốt	Liên tốt	Tương đồng	Tốt	Mọc tốt
7	38,48			Trực tiếp	Tốt	Chậm	Tương đồng	Khá	Mọc thưa
8	15,71	Đỉnh	Vật xoay	Trực tiếp	Tốt	Chậm	Tương đồng	Tốt	Mọc thưa
9	12,57			Trực tiếp	Tốt	Liên tốt	Tương đồng	Tốt	Mọc tốt
10	14,14			Trực tiếp	Tốt	Liên tốt	Tương đồng	Tốt	Mọc tốt
11	12,57			Trực tiếp	Tốt	Chậm	Tương đồng	Tốt	Mọc tốt
12	19,63	Trán - Góc mũi	Vật đẩy	Trực tiếp	Tốt	Chậm	Tương đồng	Tốt	-
13	13,74	Trán - Cung mày		Trực tiếp	Tốt	Liên tốt	Tương đồng	Tốt	-
14	7,07	Trán - Cung mày		Trực tiếp	Tốt	Liên tốt	Tương đồng	Tốt	-
15	10,60	Chẩm	Vật xoay	Trực tiếp	Tốt	Liên tốt	Tương đồng	Tốt	Mọc tốt



Hình 2. Trương Văn T. 79 tuổi

(A) Ung thư biểu mô tế bào đáy vùng đỉnh, (B) Tổn khuyết sau cắt u có kích thước 10x7,5cm, lộ xương sọ, (C) Vạt chuyển vùng đỉnh được bóc tách, đưa tới vị trí tổn khuyết, (D) Khâu đóng vạt vào tổn khuyết và mảnh da ghép vào khuyết thứ phát, (E) Kết quả khi bệnh nhân ra viện: vạt sống hoàn toàn, che phủ được hết tổn khuyết, vết mổ chậm liền, (F) Theo dõi sau 1 năm: độ dày, màu sắc vạt da tương đồng xung quanh, sẹo mờ mềm mại, không co kéo, tóc mọc thưa hơn xung quanh

chuyển và 4 vạt xoay, trong khi chỉ sử dụng 2 vạt đẩy. 3 khuyết da đầu không mang tóc vùng trán đều được sử dụng vạt đẩy từ da vùng trán. Vạt đẩy là dạng vạt ngẫu nhiên, được trượt về phía khuyết da và che phủ khuyết nhờ khả năng chun giãn của tổ chức. Ở vùng trán, có thể tận dụng các đường rạch để lại sẹo đẹp và dễ che dấu là đường chân tóc và đường ngang phía bờ trên cung mày hoặc các nếp nhăn trán², do đó vạt đẩy ưu tiên sử dụng tại da vùng này. Tại vùng da đầu mang tóc, vạt đẩy ít có hiệu quả hơn vạt xoay và vạt chuyển do sự hạn chế của

các đường rạch da và sự huy động của da xung quanh.² Để vạt xoay có thể di động được cần đường rạch da kéo dài và phải xoay vạt theo đường rạch. Ngoài khuyết da có kích thước nhỏ, vạt chuyển cũng được áp dụng hiệu quả cho các khuyết da vừa và lớn nhờ sự huy động của phần da xung quanh nơi cho vạt, nơi cho có thể đóng trực tiếp hoặc ghép da nếu khuyết lớn không đóng trực tiếp được.² Để hạn chế ghép da thì vạt chuyển có thể sử dụng dạng đa thùy nếu vạt chuyển thùy đơn để lại vùng khuyết hồng nơi cho vạt không thể đóng trực

tiếp, sử dụng dạng vật chuyển này cần rạch da và bóc tách rộng hơn. Theo Naoshige Iida, kích thước khuyết tổn lớn nhất mà vật chuyển 2 thùy da đầu có thể sử dụng để đóng trực tiếp nơi cho cũng chỉ là $5 \times 4,5 \text{ cm}$ ($17,7 \text{ cm}^2$).⁵ Da vùng chẩm và đỉnh với đặc tính kém chun giãn, khá khó khăn để đóng trực tiếp nơi cho sau khi sử dụng vật chuyển trừ trường hợp khuyết lớn quá, phẫu thuật viên chủ động ghép da nơi cho vật. Ưu điểm của vật chuyển so với vật xoay và vật đẩy là kích thước vật để che phủ một tổn khuyết thường nhỏ hơn, nên yêu cầu bóc tách vật và mô xung quanh cũng thường ít hơn.⁶ Do các ưu điểm này mà 5 khuyết tổn vùng thái dương - nơi da đầu mang tóc di động nhất được chúng tôi sử dụng vật chuyển và cho kết quả tốt. Các khuyết này (từ $7,07$ tới $15,71 \text{ cm}^2$) đều thuộc nhóm diện tích nhỏ và trung bình theo phân loại của Desai ($< 30 \text{ cm}^2$).⁴ Trong nghiên cứu có 2 khuyết tổn kích thước lớn là $38,48 \text{ cm}^2$ và $58,90 \text{ cm}^2$ ở vùng đỉnh là vùng da kém di động. Với khuyết tổn $38,48 \text{ cm}^2$, chúng tôi sử dụng vật xoay dạng O-Z nhằm huy động thêm nhiều mô xung quanh để che phủ, trường hợp này nếu sử dụng vật chuyển sẽ phải ghép da nơi nhận và từ đó làm giảm kết quả thẩm mỹ. Với khuyết tổn lớn $58,90 \text{ cm}^2$, khi rất khó để thiết kế được vật xoay, chúng tôi sử dụng vật chuyển và ghép da nơi cho vật. Trong nghiên cứu của D. Steiner, có 25 khuyết da đầu chỉ sử dụng vật tại chỗ, kích thước trung bình là $16,1 \text{ cm}^2$ ($0,8 - 50,3 \text{ cm}^2$), 25 khuyết da đầu sử dụng thêm ghép da nơi cho có kích thước lớn hơn đáng kể ($p \leq 0,05$), trung bình là $39,2 \text{ cm}^2$ ($4,0 - 84,8 \text{ cm}^2$).^{7,10} Nghiên cứu của Newman với 29 khuyết da đầu kích thước $52 \pm 37 \text{ cm}^2$ (lớn nhất là 150 cm^2) sử dụng vật tại chỗ có hoặc không ghép da nơi cho vật là rất tốt khi tỉ lệ biến chứng chỉ 3,4%.⁸ Các kết quả này cho thấy vật da đầu không những chỉ định tốt cho các khuyết có diện tích vừa và nhỏ mà còn các khuyết tổn có diện tích lớn sau

cắt bỏ các khối ung thư biểu mô tế bào đáy có kích thước lớn.

Các tác giả Nguyễn Bắc Hùng và Trần Thiết Sơn đã tổng kết và đưa ra các tiêu chí nhằm đánh giá kết quả tạo hình dựa trên sức sống của vật, diện tích che phủ, tình trạng da đầu vùng tổn khuyết và tình trạng mọc tóc của vùng da đầu mang tóc.^{9,10} Khi nằm viện, tất cả các vật đều sống hoàn toàn, che phủ hết tổn thương và không gặp tình trạng nhiễm trùng. Kết quả tốt này được giải thích bằng đặc điểm sự cung cấp máu cho da đầu rất phong phú bởi hệ thống các động mạch cảnh trong và ngoài, nhờ có các cầu nối dày đặc giữa các mạch này mà khả năng sống sót của da đầu rất tốt, bên cạnh đó nó cũng giúp cho quá trình liền thương và giảm nguy cơ nhiễm trùng vết mổ.² 11/16 vật có tình trạng liền thương tốt, 5/16 vật có tình trạng chậm liền vết thương, trong đó có 4 khuyết tổn vùng đỉnh là các vùng da đầu di động kém nhất, 3 trong 5 trường hợp này có các khuyết lớn nhất của nghiên cứu.

Đánh giá kết quả sau hơn 6 tháng phẫu thuật, các vật da đầu có độ dày, màu sắc tương tự với vùng da đầu xung quanh. Sẹo vết mổ của tất cả các trường hợp đều mờ, không lõm hay lõm, 2 trường hợp gây biến dạng nhẹ nhưng không gây co kéo vùng da xung quanh là 2 khuyết tổn có kích thước lớn nhất của nghiên cứu. Về tình trạng mọc tóc, có 10/13 (78,9%) vật da đầu mang tóc đạt kết quả tốt, 3/13 vật còn lại có tình trạng mọc tóc ở mức khá đều là các vật che phủ khuyết vùng đỉnh và các vật này đều có tình trạng liền thương chậm. Đây là các trường hợp có tổn khuyết lớn, vết mổ vùng đỉnh đầu căng, do sức căng ảnh hưởng đến cấp máu da đầu trong giai đoạn đầu sau mổ dẫn đến tình trạng kém mọc tóc. Như vậy, không có kết quả nào kém ở các tiêu chí tại cả hai thời điểm đánh giá của nghiên cứu. Điều này cho thấy chỉ định sử dụng vật tại chỗ cho các tổn khuyết vừa ở

da đầu cho kết quả tốt đúng như nhận định của các tác giả Cherubino.M, Newman và Cleyton, D.Souza.^{8,11,12}

V. KẾT LUẬN

Sử dụng vạt tại chỗ che phủ khuyết da đầu là phương pháp điều trị hiệu quả với các khuyết tổn vừa và nhỏ sau cắt bỏ ung thư biểu mô tế bào đáy, các vạt này có sức sống cao, phù hợp về màu sắc, độ dày và tính chất mang tóc của vạt đảm bảo yêu cầu về thẩm mỹ và chức năng. Việc lựa chọn loại vạt phù hợp phụ thuộc vào vị trí và kích thước của tổn khuyết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wong CSM, Strange RC, Lear JT. Basal cell carcinoma. *BMJ*. 2003;327(7418):794-798. doi: 10.1136/bmj.327.7418.794.
2. Trần Thiết Sơn. Phẫu Thuật Tạo Hình Thẩm Mỹ Da Đầu. Nhà xuất bản Y học; 2022.
3. Brawley CC, Sidle D. Scalp reconstructive flaps. *Plast Aesthetic Res*. 2022;9:6. doi: 10.20517/2347-9264.2021.107.
4. Desai SC, Sand JP, Sharon JD, et al. Scalp reconstruction: An algorithmic approach and systematic review. *JAMA Facial Plast Surg*. 2015;17(1). doi: 10.1001/jamafacial.2014.889.
5. Lida N, Ohsumi N, Tonegawa M, et al. Reconstruction of scalp defects using simple designed bilobed flap. *Aesthetic Plast Surg*.

2000;24(2). doi: 10.1007/s002660010022.

6. Rohrer TE, Cook JL, Nguyễn Hữu Trí. Transposition Flaps. *Flaps Grafts Dermatol Surg*. Published online January 1, 2007:79-90. doi: 10.1016/B978-1-4160-0316-8.50012-0.

7. Steiner D, Hubertus A, Arkudas A, et al. Scalp reconstruction: A 10-year retrospective study. *J Cranio-Maxillofac Surg*. 2017;45(2):319-324. doi: 10.1016/j.jcms.2016.11.023.

8. Newman MI, Hanasono MM, Disa JJ. Scalp Reconstruction: A 15-year experience: Annals of Plastic Surgery. *Ann Plast Surg*. 2004 May;52(5):501-6; discussion 506. doi: 10.1097/01.sap.0000123346.58418.e6.

9. Nguyễn Bắc Hùng. Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Nhà xuất bản Y học; 2017.

10. Trần Thiết Sơn. Nhận Xét Các Kết Quả Tạo Hình Khuyết Lớn Da Đầu. Nhà xuất bản Y học; 2007.

11. Cherubino M, Taibi D, Scamoni S, et al. A new algorithm for the surgical management of defects of the scalp. *ISRN Plast Surg*. 2013;2013:e916071. doi: 10.5402/2013/916071.

12. Souza C. Reconstruction of large scalp and forehead defects following tumor resection: personal strategy and experience - analysis of 25 cases. *Rev Bras Cir Plástica*. 2012;27:227-237. doi: 10.1590/S1983-51752012000200011.

Summary

EVALUATION OF LOCAL FLAPS RECONSTRUCTION FOR SCALP DEFECTS AFTER BASAL CELL CARCINOMA EXCISION

We evaluate the result of local flaps reconstruction for scalp defects after basal cell carcinoma excision. This was a non-control clinical intervention study on 15 patients (8 males and 7 females, aged from 56 to 90 years), who underwent reconstructing by a local flap to cover the scalp defect after basal cell carcinoma excision at the Department of Head and Neck Surgery, K Hospital from

May 2018 to May 2022. Outcomes were assessed during hospitalization and more than six months after surgery. The defect size after tumor resection was from 7.07cm² to 58.90cm²; they were covered by 7 transposition flaps, 5 advancement flaps and 4 rotation flaps. After surgery, 100% of the flaps was completely alive and covered the defect entirely. There were 5 cases of delayed wound healing and no case of infection. Follow-up after 6 months on 15 patients showed good results on scars, similarity in color, flap thickness, no tissue pulling; 9/13 scalp flaps had good hair growth. Research results showed that the defect reconstruction after resection of scalp basal cell carcinoma by local flap brought good functional and aesthetic results. The location and size of the defect were the main factors influencing the selection of suitable flap and the surgical outcome.

Keywords: basal cell carcinoma, scalp defect, local flap.