

KẾT QUẢ TẠO HÌNH TỒN KHUYẾT VÙNG CÁNH MŨI SAU CẮT BỎ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO ĐÁY

Dương Mạnh Chiến^{1,2,✉}, Lưu Vũ Quang¹

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả kết quả tạo hình khuyết vùng cánh mũi sau cắt bỏ ung thư biểu mô tế bào đáy. Phương pháp được sử dụng là nghiên cứu mô tả trên 34 bệnh nhân gồm 18 bệnh nhân nam và 16 bệnh nhân nữ, độ tuổi từ 27 đến 94, được phẫu thuật tạo hình khuyết vùng cánh mũi sau cắt bỏ ung thư biểu mô tế bào đáy tại Bệnh viện K Trung ương từ tháng 7/2017 đến tháng 7/2023. Kết quả được đánh giá trong quá trình nằm viện và sau mổ 6 tháng. Tồn khuyết sau cắt bỏ khối u có kích thước từ 0,9 đến 81cm², bao gồm 13 trường hợp tồn khuyết cánh mũi đơn thuần, 5 trường hợp khuyết bao gồm cánh mũi và đầu mũi, 11 trường hợp khuyết bao gồm cánh mũi và sườn mũi, má cùng bên, 5 trường hợp khuyết rộng bao gồm cánh mũi và các đơn vị xung quanh. Độ sâu của tồn khuyết từ nông chỉ gồm da cho đến hết chiều dày cánh mũi, bao gồm 21 trường hợp khuyết nông, 2 trường hợp khuyết sâu (da, tổ chức dưới da, sụn) và 11 trường hợp khuyết xuyên tổ chức (da, sụn, niêm mạc). Các tồn khuyết này được che phủ bằng nhiều phương pháp đa dạng: 1 trường hợp đóng trực tiếp, 2 trường hợp ghép da, 12 trường hợp sử dụng vạt tại chỗ, 11 trường hợp sử dụng vạt rãnh mũi má (trong đó 3 trường hợp kết hợp ghép sụn vành tai), 6 trường hợp sử dụng vạt trán (trong đó 4 trường hợp kết hợp ghép sụn vành tai) và 2 trường hợp sử dụng cả vạt rãnh mũi má cùng vạt trán kết hợp ghép sụn vành tai. Sau mổ, 100% các vạt/mảnh ghép sống hoàn toàn. Theo dõi sau 6 tháng trên 26 bệnh nhân cho kết quả tốt về hình thể cánh mũi, đạt sự tương đồng về màu sắc, độ dày, tình trạng co kéo biến dạng không đáng kể và đảm bảo về chức năng hô hấp. Kết quả nghiên cứu cho thấy tạo hình khuyết sau cắt bỏ ung thư biểu mô tế bào đáy vùng cánh mũi đem lại kết quả tốt về chức năng và thẩm mỹ, việc lựa chọn phương pháp tạo hình chủ yếu phụ thuộc vào vị trí, kích thước, độ sâu của tồn thương.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tế bào đáy, khuyết phần mềm vùng cánh mũi, tạo hình cánh mũi.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào đáy là thể hay gặp nhất của ung thư da chiếm khoảng 70 – 80%.¹ Bệnh có đặc điểm là tiến triển chậm và hiếm khi di căn do vậy trong giai đoạn đầu người bệnh thường chủ quan không đến khám. Ung thư này hay gặp ở người già, vị trí phổ biến là ở vùng mặt.² Ở vùng mặt, ung thư biểu mô tế bào đáy vùng mũi là hay gặp nhất (chiếm 25 – 30%),

đặc biệt là ở vùng cánh mũi.³ Mũi là đơn vị giải phẫu ở vị trí trung tâm trên khuôn mặt, có vai trò quan trọng cả về chức năng và thẩm mỹ. Vì vậy, vấn đề quan trọng nhất trong điều trị là lựa chọn được phương pháp đảm bảo loại bỏ hoàn toàn tổ chức ung thư cũng như mang lại tính thẩm mỹ tối đa cho người bệnh. Khôi phục lại hình thể không gian ba chiều của mũi rất phức tạp và khó khăn. Có rất nhiều kỹ thuật tạo hình từ đơn giản đến phức tạp có thể được áp dụng cho khuyết vùng cánh mũi như đóng trực tiếp, ghép da, ghép phức hợp sụn vành tai, sử dụng các vạt tại chỗ, vạt lân cận, vạt giãn tổ chức và vạt từ xa. Để đưa ra kế hoạch điều trị, lựa

Tác giả liên hệ: Dương Mạnh Chiến
 Trường Đại học Y Hà Nội
 Email: Duongmanhchien@hmu.edu.vn
 Ngày nhận: 13/06/2023
 Ngày được chấp nhận: 01/07/2023

chọn phương pháp, kĩ thuật tạo hình đem lại kết quả tốt nhất cho người bệnh cần dựa trên vị trí, kích thước và tính chất của tổn khuyết. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Kết quả tạo hình tổn khuyết vùng cánh mũi sau cắt bỏ ung thư biểu mô tế bào đáy” với mục tiêu mô tả kết quả tạo hình khuyết hồng sau cắt bỏ ung thư biểu mô tế bào đáy vùng cánh mũi và một số yếu tố liên quan đến chỉ định và kết quả phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Gồm 34 bệnh nhân có tổn khuyết vùng cánh mũi sau cắt bỏ ung thư biểu mô tế bào đáy được phẫu thuật tạo hình che phủ khuyết tại Bệnh viện K Trung ương trong khoảng thời gian từ tháng 7/2017 tới tháng 7/2023 chia làm 2 nhóm hồi cứu và tiến cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Những bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô tế bào đáy vùng cánh mũi dựa trên kết quả giải phẫu bệnh, được phẫu thuật cắt bỏ tổn thương và tạo hình che phủ tổn khuyết, có đầy đủ thông tin hồ sơ bệnh án và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Những bệnh nhân có tổn thương không phải ung thư biểu mô tế bào đáy hoặc không nằm ở vùng cánh mũi, bệnh nhân không đủ điều kiện phẫu thuật, không có đầy đủ thông tin hồ sơ bệnh án hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp

Nghiên cứu mô tả kết hợp hồi cứu và tiến cứu với cỡ mẫu gồm 34 bệnh nhân, phương pháp chọn cỡ mẫu thuận tiện, các bệnh nhân được khám xét lâm sàng, cận lâm sàng đầy đủ.

Các chỉ số và biến số bao gồm: đặc điểm

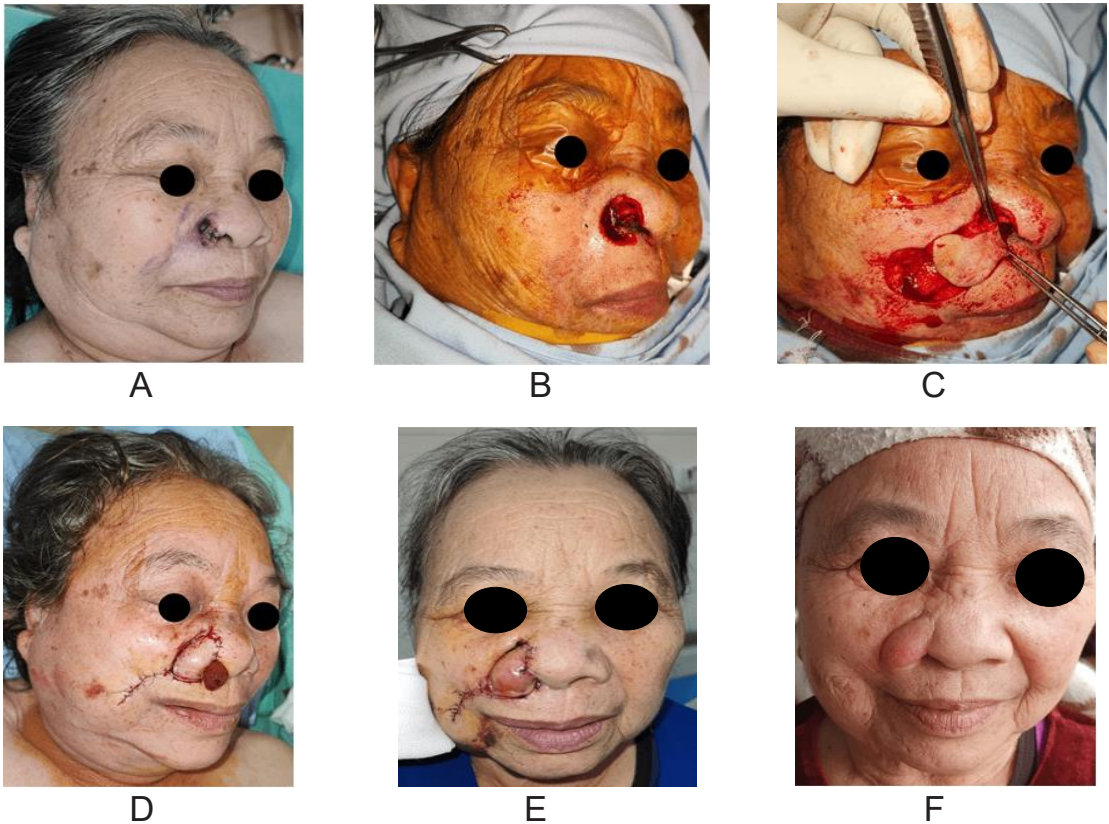
chung của đối tượng nghiên cứu (độ tuổi, giới tính, nghề nghiệp), đặc điểm lâm sàng của thương tổn u (thời gian mắc bệnh, vị trí, kích thước, hình thể), đặc điểm lâm sàng của tổn khuyết sau cắt u (vị trí, kích thước, độ sâu), phương pháp điều trị kĩ thuật tạo hình được sử dụng, đánh giá kết quả điều trị (kết quả gần trong thời gian nằm viện, kết quả xa sau 6 tháng).

Các bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật cắt bỏ tổ chức ung thư, làm sinh thiết tức thì để đảm bảo diện cắt an toàn. Sau đó, tùy thuộc vào vị trí, kích thước và các thành phần bị tổn khuyết mà chúng tôi sẽ lựa chọn phương pháp tạo hình: khâu đóng trực tiếp, ghép da dày toàn bộ đối với các khuyết có kích thước nhỏ, khuyết nông chỉ bao gồm da; sử dụng vạt tại chỗ hoặc vạt rãnh mũi má, vạt trán có hoặc không kết hợp với ghép sụn vành tai đối với các khuyết rộng, khuyết xuyên tổ chức hết chiều dày cánh mũi; kết hợp thêm các vạt tại chỗ dạng đẩy, xoay, chuyển đổi với các khuyết có phối hợp với các đơn vị giải phẫu khác ngoài cánh mũi.

Quy trình phẫu thuật bao gồm các bước từ khám đánh giá trước mổ, lên kế hoạch tạo hình, phẫu thuật cắt rộng tổn thương ung thư làm sinh thiết để đánh giá diện cắt đến phẫu thuật tạo hình che phủ khuyết, chăm sóc theo dõi đánh giá sau mổ.

Sau mổ, bệnh nhân được đánh giá kết quả phẫu thuật gần trong thời gian nằm viện và kết quả xa sau 6 tháng.

Tiêu chuẩn đánh giá kết quả gần dựa trên các tiêu chí: khả năng sống của vạt/mảnh ghép, mức độ che phủ khuyết hồng của vạt/mảnh ghép, tình trạng liền thương, co kéo biến dạng và biến chứng gần. Kết quả được phân loại theo các mức tốt (15 điểm), khá (10 - 14 điểm), kém (5 - 9 điểm) hoặc có tiêu chí đạt 1 điểm.



Hình 1. Bệnh nhân Hoàng Thị T, 69 tuổi

A. Thiết kế vị trí cắt u và dự kiến vạt tạo hình; B, C, D. Trong mổ; E. Sau mổ 4 ngày; F. Sau mổ 1 năm

Bảng 1. Thang điểm đánh giá kết quả gần

| Tiêu chí | 3 điểm | 2 điểm | 1 điểm |
|----------------------------------|--------------------------------|---|---------------------------------------|
| Khả năng sống của vạt/ mảnh ghép | Sống hoàn toàn | Hoại tử một phần | Hoại tử hoàn toàn |
| Mức độ che phủ khuyết hồng | Che phủ đủ và theo tiêu đơn vị | Che phủ đủ nhưng không theo tiêu đơn vị | Che phủ thiếu |
| Tình trạng liền thương | Liền sẹo tốt | Chậm liền | Không liền |
| Co kéo biến dạng | Không | Ít | Nhiều |
| Biến chứng gần | Không biến chứng | Biến chứng không ảnh hưởng kết quả điều trị | Biến chứng ảnh hưởng kết quả điều trị |

Tiêu chuẩn đánh giá kết quả xa dựa trên các tiêu chí: mức độ tương đồng da xung quanh

(màu sắc, độ dày), biến dạng thứ phát, tình trạng sẹo và chức năng hô hấp. Kết quả được

phân loại theo các mức tốt (15 điểm), khá (10 - 14 điểm), kém (5 - 9 điểm) hoặc có tiêu chí đạt 1 điểm.

Bảng 2. Thang điểm đánh giá kết quả xa

| Tiêu chí | | 3 điểm | 2 điểm | 1 điểm |
|--------------------|---------|------------------|-----------------------------|--|
| Mức độ tương đồng | Màu sắc | Tương đồng | Ít tương đồng | Không tương đồng |
| | Độ dày | Tương đồng | Ít tương đồng | Không tương đồng |
| Biến dạng thứ phát | | Không | Ít | Nhiều |
| Tình trạng sẹo | | Mềm mại | Sẹo xơ | Sẹo co kéo |
| Chức năng hô hấp | | Thở thông thoáng | Ngạt mũi nhẹ chấp nhận được | Ngạt mũi nặng người bệnh muốn sửa chữa |

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu của chúng tôi gồm 34 bệnh nhân, trong đó có 18 bệnh nhân nam và 16 bệnh nhân nữ, tỉ lệ nam/nữ = 1,125; độ tuổi từ 27 đến 94 tuổi, trung bình $61,53 \pm 13,67$ tuổi.

Đa số các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có điều kiện làm việc ngoài trời với 27 bệnh nhân (chiếm tỉ lệ 79,4%) mà chủ yếu là nông dân, còn lại 7 bệnh nhân với tỉ lệ 20,6% làm các công việc mà hầu hết thời gian ở trong nhà.

Thời gian tiến triển bệnh trung bình là $4,06 \pm 4,49$ năm, trong đó bệnh nhân đến khám sớm nhất là 2 tháng và muộn nhất là 20 năm.

Vị trí tổn thương u tại cánh mũi đơn thuần chiếm tỉ lệ nhiều nhất (61,8%), tiếp theo đó là

vị trí cánh mũi kết hợp đơn vị sườn mũi và má cùng bên (20,6%), còn lại vị trí cánh mũi kết hợp đầu mũi và tổn khuyết rộng bao gồm cánh mũi và các đơn vị xung quanh đều chiếm tỉ lệ 8,8%.

Tổn thương u có kích thước đa dạng, giá trị trung vị là $1,15\text{cm}^2$, tổn thương có kích thước nhỏ nhất là $0,3\text{cm}^2$ và lớn nhất là 64cm^2 .

Vị trí tổn khuyết sau cắt u tại cánh mũi đơn thuần có 13 trường hợp chiếm tỉ lệ 38,2%, tại cánh mũi kết hợp sườn mũi và má cùng bên có 11 trường hợp chiếm tỉ lệ 32,4%, còn lại vị trí cánh mũi kết hợp đầu mũi và tổn khuyết rộng đều có 5 trường hợp (14,7%).

Bảng 3. Mối liên quan giữa vị trí tổn khuyết và phương pháp tạo hình sử dụng

| Phương pháp tạo hình | Cánh mũi | Cánh mũi + Đầu mũi | Cánh mũi + Sườn mũi + Má | Tổn khuyết rộng |
|-------------------------------------|----------|--------------------|--------------------------|-----------------|
| Đóng trực tiếp | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Ghép da | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Vạt tại chỗ | 6 | 0 | 5 | 1 |
| Vạt rãnh mũi má | 3 | 1 | 4 | 0 |
| Vạt rãnh mũi má + ghép sụn vành tai | 1 | 0 | 2 | 0 |
| Vạt trán | 0 | 0 | 0 | 2 |

| Phương pháp tạo hình | Cánh mũi | Cánh mũi + Đầu mũi | Cánh mũi + Sườn mũi + Má | Tổn khuyết rộng |
|--|----------|-----------------------|-----------------------------|--------------------|
| Vạt trán + ghép sụn vành tai | 0 | 2 | 0 | 2 |
| Vạt rãnh mũi má + Vạt trán + Ghép sụn vành tai | 0 | 2 | 0 | 0 |
| Tổng | 13 | 5 | 11 | 5 |

Tổn khuyết sau cắt bỏ khối u có kích thước trung bình là $12,39 \pm 17,73\text{cm}^2$, tổn khuyết có kích thước nhỏ nhất là $0,9\text{cm}^2$ và lớn nhất là 81cm^2 , trong đó:

- Kích thước của tổn khuyết đóng trực tiếp là $0,9\text{cm}^2$.

- Kích thước trung bình của tổn khuyết ghép da là $1,92\text{cm}^2$.

- Kích thước trung bình của tổn khuyết sử dụng vạt tại chỗ là $8,11\text{cm}^2$.

- Kích thước trung bình của tổn khuyết sử

dụng vạt rãnh mũi má là $7,46\text{cm}^2$.

- Kích thước trung bình của tổn khuyết sử dụng vạt trán là 38cm^2 .

- Kích thước trung bình của tổn khuyết sử dụng cả vạt rãnh mũi má và vạt trán là $4,62\text{cm}^2$.

Phần lớn tổn khuyết là khuyết nông chỉ gồm da, chiếm tỉ lệ 61,8%, tiếp theo là khuyết xuyên tổ chức chiều dày cánh mũi chiếm tỉ lệ 32,4% và cuối cùng là khuyết sâu gồm da, tổ chức dưới da, sụn với tỉ lệ là 5,9%.

Bảng 4. Mối liên quan giữa độ sâu tổn khuyết và phương pháp tạo hình sử dụng

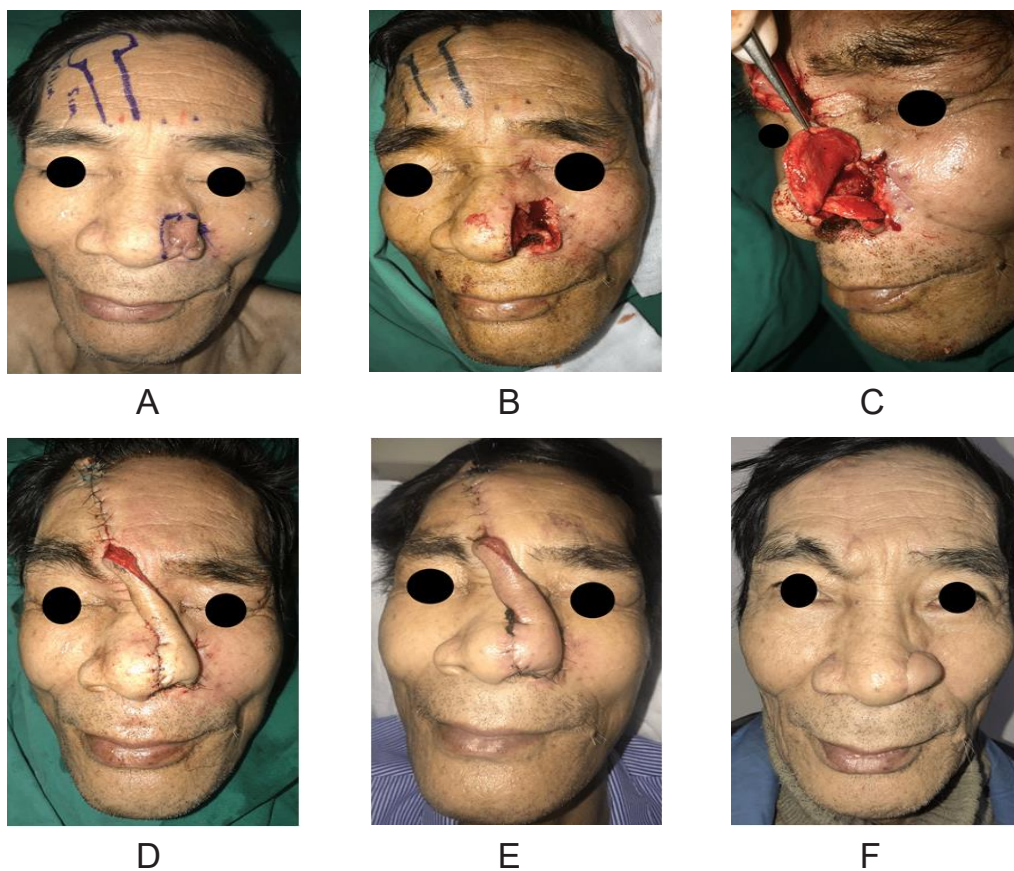
| Phương pháp tạo hình | Nông | Sâu | Xuyên tổ chức |
|---|------|-----|---------------|
| Đóng trực tiếp | 0 | 0 | 1 |
| Ghép da | 2 | 0 | 0 |
| Vạt tại chỗ | 11 | 0 | 1 |
| Vạt rãnh mũi má | 7 | 0 | 1 |
| Vạt rãnh mũi má + ghép sụn vành tai | 0 | 1 | 2 |
| Vạt trán | 1 | 0 | 1 |
| Vạt trán + ghép sụn vành tai | 0 | 1 | 3 |
| Vạt rãnh mũi má + Vạt trán + Ghép sụn vành tai | 0 | 0 | 2 |
| Tổng | 21 | 2 | 11 |

Theo dõi các bệnh nhân trong quá trình nằm viện, tỉ lệ vạt/mảnh ghép sống hoàn toàn là 100%, 12 trường hợp đạt kết quả tốt, 22 trường

hợp đạt kết quả khá trong đó 13/22 ca vạt che phủ đủ tổn khuyết nhưng không theo tiêu đơn vị và 4/16 ca có tình trạng tím, bong thượng bì

ở đầu xa của vạt. Có 11 trường hợp xuất hiện tình trạng co kéo tổ chức xung quanh (vạt trán: 4, vạt rãnh mũi má: 3, vạt tại chỗ: 2, vạt trán kết hợp vạt rãnh mũi má: 2). Kết quả theo dõi 26 bệnh nhân sau phẫu thuật 6 tháng cho thấy 100% vạt/mảnh ghép có màu sắc tương đồng với xung quanh, có 7 trường hợp vạt không

đạt được sự tương đồng về độ dày với tổ chức cánh mũi trong đó 3 trường hợp gây hẹp lỗ mũi nhẹ, bệnh nhân vẫn có thể thở được không gây khó khăn. Theo dõi 10/11 trường hợp có co kéo xung quanh có 4 trường hợp không còn tình trạng này là các ca sử dụng vạt rãnh mũi má và các vạt tại chỗ.



Hình 2. Bệnh nhân Lưu Quang V, 71 tuổi, ung thư biểu mô tế bào đáy cánh mũi T được phẫu thuật cắt bỏ khối u, tạo hình bằng vạt trán kết hợp ghép sụn vành tai
A. Trước mổ; B, C, D. Trong mổ; E. Sau mổ 3 ngày; F. Sau mổ 1 năm

IV. BÀN LUẬN

Trong tổng số 34 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, tuổi của bệnh nhân tại thời điểm phẫu thuật trung bình là $61,53 \pm 13,67$ tuổi, nghiên cứu trước đó của Nguyễn Quang Rực có độ tuổi trung bình là $67 \pm 12,3$ tuổi.⁴ Đa số các bệnh nhân có điều kiện làm việc là ở ngoài

trời chiếm tỉ lệ 79,4%, chủ yếu là nông dân. Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu cao đi kèm theo đó là điều kiện làm việc ngoài trời, kết quả này có thể lí giải do sự gia tăng thời gian phơi nhiễm với tia cực tím trong ánh sáng mặt trời là tác nhân chủ yếu gây ung thư

da cũng như tình trạng suy giảm miễn dịch tăng dần theo lứa tuổi.

Kích thước trung bình của tổn khuyết là $12,39 \pm 17,73\text{cm}^2$, trong đó đa phần thuộc nhóm tổn khuyết $> 2\text{cm}^2$ theo phân loại của Baker.⁵ Điều này là bởi đa phần các bệnh nhân đều đến khám ở giai đoạn muộn, u đã có kích thước lớn, diện cắt tổ chức không chỉ đơn thuần ở cánh mũi mà còn lan rộng sang cả các tổ chức xung quanh. Độ sâu của khuyết chủ yếu là nông, chỉ gồm da (chiếm tỉ lệ 61,8%), khác biệt so với nghiên cứu của Bùi Văn Cường với độ sâu khuyết chủ yếu là khuyết xuyên tổ chức toàn bộ chiều dày cánh mũi (42,17%).⁶ Sự khác biệt này là bởi trong nghiên cứu của Bùi Văn Cường nguyên nhân của tổn khuyết ngoài u còn có các nguyên nhân do tai nạn, chấn thương và cả bẩm sinh. Với các khuyết lớn hay các khuyết khổng lồ (khuyết lớn nhất trong nghiên cứu của chúng tôi có diện tích 81cm^2), phải sử dụng kết hợp thêm các vạt khác để che phủ các tổn khuyết ở các đơn vị giải phẫu bên cạnh ở vùng mặt cạnh cánh mũi. Các khuyết có kích thước càng lớn thì đi kèm theo đó là khả năng xâm lấn càng cao, để lại các khuyết xuyên tổ chức bao gồm da, sụn và niêm mạc cánh mũi, đòi hỏi các phương pháp tạo hình phức tạp hơn để tái tạo đầy đủ các lớp của tổ chức bị khuyết hỏng.⁷ Đối với các khuyết nông, kích thước nhỏ và khu trú ở vùng cánh mũi, phương pháp được lựa chọn nhiều nhất là vạt tại chỗ vì tính linh hoạt, dễ dàng thiết kế theo đường căng da hoặc nếp rãnh tự nhiên là rãnh mũi má. Vạt tại chỗ được sử dụng nhiều nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là vạt chuyển (11/12 ca), với cạnh vạt được lấy trùng với rãnh mũi má cùng bên với khuyết cánh mũi, áp dụng cho các tổn khuyết từ $1,32\text{cm}^2$ đến 25cm^2 . Đối với các khuyết có kích thước lớn, khuyết xuyên tổ chức hết chiều dày của cánh mũi (11 trường hợp), phương án được chúng tôi thường lựa chọn là vạt trán

hoặc vạt rãnh mũi má hoặc cả hai vạt kết hợp với ghép sụn vành tai, chỉ có 4/11 trường hợp không ghép sụn vành tai trong đó 1 trường hợp đóng trực tiếp, 1 trường hợp dùng vạt tại chỗ, 1 trường hợp dùng vạt rãnh mũi má đơn thuần và 1 trường hợp dùng vạt trán đơn thuần. Bệnh nhân có tổn khuyết lớn nhất sau cắt bỏ ung thư biểu mô tế bào đáy trong nghiên cứu của chúng tôi là 81cm^2 , tổn thương bao gồm đơn vị cánh mũi bên trái với toàn bộ chiều dày, kèm theo toàn bộ đơn vị sườn mũi và một phần các đơn vị sống mũi, đầu mũi, má và môi trên cùng bên, vạt được chúng tôi sử dụng trong trường hợp này là vạt trán kết hợp ghép sụn vành tai để tạo hình cánh mũi, kết hợp với vạt chuyển tại chỗ từ đầu mũi để tạo hình niêm mạc và vạt xoay dạng Mustarde cùng bên để tạo hình má và môi trên. Kết quả sau 6 tháng vạt không có biến dạng thứ phát, màu sắc, độ dày, độ mềm mại tương đồng với xung quanh, đường sẹo mờ, lỗ mũi hẹp nhẹ không ảnh hưởng đến hô hấp, bệnh nhân không cần can thiệp gì thêm.

Kết quả theo dõi ngay sau mổ có 12 trường hợp đạt kết quả tốt, chiếm tỉ lệ 35,3%, 22 trường hợp đạt kết quả khá (64,7%), không có trường hợp nào đạt kết quả kém. Che phủ đủ nhưng không theo tiêu đơn vị, co kéo biến dạng tổ chức xung quanh và thiếu dưỡng, tím một phần ngoại vi vạt là những nguyên nhân gặp nhiều gây ảnh hưởng đến kết quả sau mổ. Các trường hợp này gặp ở những tổn khuyết nằm ở ranh giới giữa các đơn vị giải phẫu thẩm mỹ trên khuôn mặt hay những tổn khuyết có kích thước lớn, bao gồm nhiều đơn vị giải phẫu. Việc sử dụng vạt để che phủ khó lòng tạo được ranh giới rõ ràng giữa các tiêu đơn vị, hay phải chuyển vạt đến các vị trí ở xa gây căng, do đó xuất hiện tình trạng thiếu dưỡng, tím tại mép vạt. Các trường hợp này đều được xử trí chăm sóc tại chỗ, áp dụng các biện pháp giảm căng hỗ trợ, kết quả vạt đều sống hoàn toàn. Sau

mỏ có 11 trường hợp xuất hiện co kéo biến dạng tổ chức xung quanh. Đây là các trường hợp khuyết lớn, việc chuyển vạt phải huy động một lượng lớn tổ chức gần kề với các đơn vị giải phẫu kế cận nên dễ gây co kéo, hoặc các trường hợp có sử dụng vạt trán, do điểm xoay của vạt nằm gần với đầu trong cung mày nên gây biến dạng.

Kết quả theo dõi sau 6 tháng trên 26 bệnh nhân (76,47%) cho kết quả 19 trường hợp chiếm tỉ lệ 73,1% đạt kết quả tốt, còn lại 7 trường hợp tương ứng với 26,9% đạt kết quả khá, không có trường hợp nào đạt kết quả kém. Cụ thể, 100% các vạt/mảnh ghép đều có màu sắc tương đồng với da vùng xung quanh, độ dày vạt cũng tương đương ở 76,9% các trường hợp (có 7 ca vạt dày hơn cánh mũi bên đối diện, trong đó có 3 ca gây hẹp lỗ mũi nhưng không gây ảnh hưởng đến hô hấp và 1 bệnh nhân đã quay trở lại để làm mỏng vạt). Tình trạng biến dạng nơi cho vạt cũng còn tồn tại ở 6 trường hợp, các ca này đều sử dụng vạt trán và gây biến dạng ở đầu trong cung mày bên nơi cho gần với điểm xoay của vạt, làm cho cung mày không tương đồng với bên đối diện. Tuy nhiên, tất cả bệnh nhân đều không thấy khó chịu với biến dạng này. Còn đối với vạt rãnh mũi má và các vạt tại chỗ từ vùng má, chúng tôi lại không ghi nhận trường hợp nào gây co kéo đáng kể các tổ chức xung quanh như mi dưới, môi trên (có 2 trường hợp vạt rãnh mũi má ghi nhận tình trạng co kéo môi trên, 1 trường hợp vạt rãnh mũi má gây co kéo mi dưới và 2 trường hợp vạt tại chỗ gây co kéo môi trên ngay sau mổ); có lẽ vì hầu hết các bệnh nhân trong nghiên cứu đều có độ tuổi tương đối cao, xuất hiện tình trạng da thừa nhiều ở vùng má, hơn nữa do sự bình chỉnh của da nên tình trạng co kéo cũng cải thiện theo thời gian. So sánh với kết quả ngay sau mổ của nhóm 26 bệnh nhân này, có 9 trường hợp đạt kết quả tốt và 17 trường hợp

đạt kết quả khá. Trong nhóm đạt kết quả khá, có 4 trường hợp vạt thiếu dưỡng, tím, bong thượng bì ở đầu xa, sau đó kết quả đều đã cải thiện bằng các biện pháp chăm sóc tại chỗ; có 10 trường hợp có tình trạng co kéo biến dạng tổ chức xung quanh, kết quả theo dõi xa đều có sự cải thiện nhưng vẫn còn 6 trường hợp sử dụng vạt trán ghi nhận tình trạng biến dạng gần nơi cho vạt.

Vạt rãnh mũi má và vạt trán là hai hình thức phẫu thuật tạo hình cánh mũi chính hiện nay với nhiều ưu điểm như: màu sắc da tương đồng, da có cấu trúc giống như da mũi, nơi cho vạt có thể đóng trực tiếp, cuống mạch hằng định và cấp máu tốt, vạt có thể cung cấp một số lượng mô đủ lớn cho phẫu thuật với tổn khuyết lớn và sâu. Một trong những nhược điểm chính của vạt chuyển từ rãnh mũi má đó là làm biến dạng cánh mũi và rãnh cánh mũi, việc sử dụng vạt rãnh mũi má dạng cuống nuôi dưới trung bì giúp hạn chế được nhược điểm này.⁸ Trong trường hợp sử dụng vạt rãnh mũi má tại chỗ dạng chuyển, bệnh nhân có thể chỉnh sửa lại thì sau để khôi phục lại hình thể của phần cánh mũi bị biến dạng. Đối với các bệnh nhân lớn tuổi, do tình trạng thừa da vùng má đi kèm với sự hiện diện rõ của rãnh mũi má nên chúng tôi thường lựa chọn các vạt lấy từ vùng rãnh mũi má. Ngược lại, với các bệnh nhân trẻ tuổi hơn, lựa chọn lại thường là vạt trán khi tính chun giãn da ở vùng má không cao và rãnh mũi má cũng không rõ ràng, kết quả sẹo nơi cho vạt cũng chấp nhận được. Ngoài ra, vị trí cũng như ranh giới của tổn khuyết cũng là một yếu tố quyết định việc lựa chọn phương pháp tạo hình của chúng tôi. Tổn khuyết giới hạn ở cánh mũi được tạo hình lại bằng vạt rãnh mũi má bởi da vùng má có cấu trúc tương đồng hơn với da vùng cánh mũi bị khuyết. Tổn khuyết vượt quá ranh giới cánh mũi, lấn sang cả đầu mũi thì vạt trán là phương án được ưu tiên.

V. KẾT LUẬN

Tạo hình tổn khuyết vùng cánh mũi sau cắt bỏ ung thư biểu mô tế bào đáy là phương pháp điều trị có hiệu quả với tỉ lệ đạt kết quả tốt chiếm 35,3%, kết quả khá chiếm 64,7% ngay sau mổ và tương ứng với đó lần lượt là 73,1% và 26,9% sau 6 tháng. Các phương pháp đem lại nguồn chất liệu che phủ có sức sống cao, phù hợp màu sắc và độ dày, đem lại hiệu quả cao về chức năng cũng như tính thẩm mỹ. Lựa chọn phương pháp tạo hình tổn khuyết cánh mũi sau cắt bỏ ung thư biểu mô tế bào đáy dựa trên vị trí, kích thước, độ sâu của khuyết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rajpar S, Marsden J. *ABC of Skin Cancer*. 1st edition. Wiley–Blackwell; 2008.
2. Skelton LA. The effective treatment of basal cell carcinoma. *Br J Nurs*. 2009;18(6):346, 348-350. doi:10.12968/bjon.2009.18.6.40766
3. Wollina U, Bennewitz A, Langner D. Basal cell carcinoma of the outer nose: overview on surgical techniques and analysis of 312

patients. *J Cutan Aesthet Surg*. 2014;7(3):143-150. doi:10.4103/0974-2077.146660

4. Nguyen Quang R. Đánh Giá Kết Quả Phẫu Thuật Tạo Hình Khuyết Phần Mềm Kích Thước Vừa và Nhỏ Sau Cắt Bỏ Ung Thư Da Tế Bào Đáy Vùng Mặt. Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội; 2019.

5. Baker SR. *Principles of Nasal Reconstruction*. Springer; 2011.

6. Bui Van C. Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình tổn thương khuyết đầu mũi, cánh mũi. Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội; 2015.

7. Belmahi A. The triplane aesthetic reconstruction of the alar unit after removal of advanced basal cell carcinomas. About 26 cases. *Ann Chir Plast Esthet*. 2022;67(1):26-34. doi:10.1016/j.anplas.2021.10.002

8. Orangi M, Dyson ME, Goldberg LH, et al. Repair of Apical Triangle Defects Using Melolabial Rotation Flaps. *Dermatol Surg*. 2019;45(3):358-362. doi:10.1097/DSS.0000000000001633

Summary

OUTCOME OF RECONSTRUCTION AFTER RESECTION BASAL CELL CARCINOMA IN THE NASAL ALAR AREA

This study was conducted to describe the results of rhinoplasty after resection of basal cell carcinoma in the nasal alar area. This is a descriptive research on 34 patients including 18 male patients and 16 female patients, aged from 27 to 94, who underwent nasal alar reconstruction surgery after removal of basal cell carcinoma at Vietnam National Cancer Hospital from July 2017 to July 2023. Results were assessed during hospital stay and 6 months postoperative. The defect after resection of the tumor is from 0.9 to 81cm² in size, including 13 cases of simple alar defect, 5 cases including the alar and tip, 11 cases including the alar, ipsilateral nasal sidewall and cheek, 5 cases of wide defect including the alar and surrounding units. The depth of the defect is from surface which only includes skin to the entire alar thickness, including 21 cases of superficial defects, 2 cases of deep defects (skin, subcutaneous tissue, alar cartilage) and 11 cases of transorganism defects (skin, alar cartilage, mucous membranes). These defects were covered by various methods:

1 case of direct closure, 2 cases of skin grafting, 12 cases of using local flaps, 11 cases of using nasolabial flaps (in which 3 cases were combined with auricular cartilage grafting), 6 cases of using forehead flap (in which 4 cases combined with auricular cartilage grafting) and 2 cases used both nasolabial flap and forehead flap combined with auricular cartilage grafting. After operation, 100% of flaps/grafts were completely alive. Follow-up after 6 months post-operative on 26 patients show good results on the shape of the nose, achieving the similarity in color, thickness, insignificant contraction and ensuring respiratory function. The results of the study show that reconstruction after removal of basal cell carcinoma in the alar area has good functional and aesthetic results, the choice of reconstruction method mainly depends on location, size and depth of the defects.

Keywords: Basal cell carcinoma, nasal alar defect, nasal alar reconstruction.