KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH ĐIỀU TRỊ NƠ VI HẮC TỐ BẨM SINH VÙNG MI MẮT

Phạm Thị Việt Dung[1,2] và Trịnh Thị Nguyệt[1,✉]

[1]Trường Đại học Y Hà Nội
[2]Bệnh viện Bạch Mai

Nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả kết quả phẫu thuật tạo hình điều trị nơ vi hắc tố bẩm sinh vùng mi mắt. Nghiên cứu mô tả trên 27 bệnh nhân chẩn đoán xác định nơ vi hắc tố bẩm sinh vùng mi mắt với 19 nơ vi mi trên, 21 nơ vi mi dưới được phẫu thuật. 11 nơ vi chỉ nằm trong đơn vị giải phẫu mi mắt: 3 nơ vi kích thước ≤ ¼ chiều dài mi có 2 nơ vi đóng trực tiếp, 1 làm vạt tại chỗ; 8 nơ vi kích thước > ¼ đa số sử dụng vạt tại chỗ, vạt lân cận (6 nơ vi), 1 trường hợp ghép da, 1 trường hợp giãn da tự nhiên. Nơ vi thuộc vùng mi mắt và vùng lân cận có 36 tổn thương, 30 tổn thương trong nhóm này được ghép da. Kết quả gần đạt tốt với 40/46 (87%), đáng chú ý co kéo sau mổ ở 8/46 lần phẫu thuật, tất cả ở nhóm được làm vạt. Kết quả xa nhóm nơ vi chỉ ở mi mắt, đa số đạt tốt cả về mặt chức năng và thẩm mỹ (7/9 trường hợp), nhóm phối hợp với vùng lân cận đa số tốt về mặt chức năng (27/31 trường hợp), về thẩm mỹ đa số bờ mi tròn đều (26/31 trường hợp), tuy nhiên hay gặp tăng sắc tố và/hoặc sẹo giãn, quá phát, lồi (29/31 trường hợp). Sau 6 tháng, da ghép co thứ phát gây che phủ nhãn cầu không kín ở 4 trường hợp, vạt tại chỗ, vạt lân cận giảm tỷ lệ co kéo so với kết quả gần (1 trường hợp). Về vấn đề thẩm mỹ vạt tại chỗ, vạt lân cận có ưu điểm hơn hẳn với màu sắc 100% tương đồng, 87,5% sẹo mảnh, trong khi 100% da ghép đều có hiện tượng đậm màu so với da lành, 26,7% sẹo mảnh. Đa số tình trạng bờ mi tròn đều, mềm mại, ở cả những bệnh nhân sử dụng vạt tại chỗ, vạt lân cận (87,5%) và ghép da (81%), tất cả đều hài lòng hoặc khá hài lòng với kết quả điều trị. Kết quả nghiên cứu cho thấy điều trị nơ vi hắc tố bẩm sinh vùng mi mắt bằng phương pháp phẫu thuật tạo hình đem lại kết quả khả quan về chức năng và thẩm mỹ. Tuy nhiên, thẩm mỹ còn là thách thức với nơ vi mi mắt phối hợp vùng lân cận, việc lựa chọn phương pháp tạo hình chủ yếu phụ thuộc vào kích thước, vị trí, da lành các đơn vị giải phẫu lân cận. Vạt tại chỗ, vạt lân cận luôn được ưu tiên lựa chọn khi có thể.

Từ khóa: Nơ vi hắc tố bẩm sinh, mi mắt, phẫu thuật, giãn da tự nhiên, vạt tại chỗ, ghép da.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nơ vi hắc tố bẩm sinh (Congenital melanocytic nevi - CMN) là một tổn thương khá phổ biến, gặp ở khoảng từ 1 - 3,6% trẻ mới sinh.[1,2] Tất cả các CMN đều có nguy cơ chuyển dạng thành ung thư hắc tố, tỷ lệ này cao hơn ở nơ vi kích thước lớn.[2-4] Đối với CMN vùng mi mắt ngoài nguy cơ ác tính hóa nói chung, còn ảnh hưởng lớn đến thẩm mỹ, tâm lý của bệnh nhân, cũng như chức năng nhắm/mở mắt (sụp mi, lật mi), bệnh về kết giác mạc.[5] Do vậy, tổn thương CMN vùng mi mắt cần được điều trị. Phẫu thuật là phương pháp điều trị phổ biến nhất, các phương pháp điều trị khác bao gồm: nạo da, mài da, lột da bằng hóa chất, đốt điện, đốt laser… cho kết quả hạn chế.[6] Yêu cầu của phẫu thuật là cắt bỏ thương tổn và xử lý che phủ khuyết da bằng các kĩ thuật tạo hình. Trên thế giới này, có nhiều nghiên cứu về CMN nói chung, nhưng chỉ có ít nghiên cứu về điều trị CMN vùng mi mắt như nghiên cứu của Margulis về đặc điểm lâm sàng và điều trị CMN vùng mi mắt theo kích thước, Akiyo Suzuki cho CMN dạng phân chia (divided nevi) vùng mi mắt.[5,6]

Tác giả liên hệ: Trịnh Thị Nguyệt
Trường Đại học Y Hà Nội
Email: nguyettrinhhmu1009@gmail.com
Ngày nhận: 01/10/2023
Ngày được chấp nhận: 17/10/2023´

Ở Việt Nam, đã có một số nghiên cứu về nơ vi hắc tố bẩm sinh nói chung, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào nói riêng về vùng mi mắt. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình nơ vi hắc tố bẩm sinh vùng mi mắt.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

27 bệnh nhân (13 nam, 14 nữ) với 19 nơ vi mi trên, 21 nơ vi mi dưới, được chẩn đoán xác định CMN vùng mi mắt.

Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 05/2020 đến tháng 08/2022 (nhóm hồi cứu), 08/2022 đến tháng 05/2023 (nhóm tiến cứu).

Địa điểm nghiên cứu

Khoa Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ - Bệnh viện Bạch Mai và Đơn vị Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ CNC - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bao gồm những bệnh nhân được chẩn đoán xác định là CMN vùng mi mắt dựa trên lâm sàng, được phẫu thuật cắt bỏ tổn thương và che phủ tổn khuyết, có đầy đủ thông tin hồ sơ bện án và đồng ý tham gia nghiên cứu.

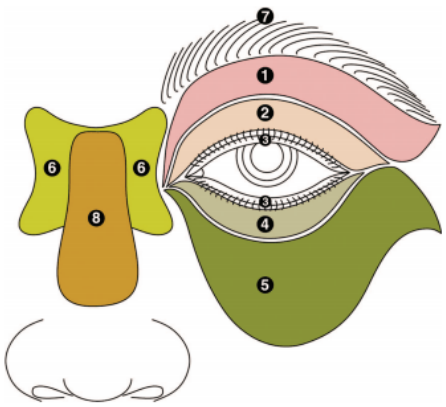
Tiêu chuẩn loại trừ

Những bệnh nhân đã từng phẫu thuật một phần nơ vi hắc tố bẩm sinh vùng mi mắt ở nơi khác, chưa cắt bỏ hết tổn thương ngoài bờ mi tính đến thời điểm 5/2023 , hoặc chưa đủ thời gian theo dõi 6 tháng tính từ khi hoàn thành phẫu thuật.

2. Phương pháp

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp nghiên cứu mô tả loạt ca lâm sàng không nhóm chứng, kết hợp hồi cứu và tiến cứu với cỡ mẫu 27 bệnh nhân, 40 tổn thương nơ vi mi trên, mi dưới. Số liệu sau khi thu thập đủ, sẽ được nhập vào phần mềm SPSS 22 sau đó tính toán các chỉ số theo mục tiêu nghiên cứu. Đề cương được thông qua bởi Hội đồng đề cương tại Trường Đại học Y Hà Nội. Mọi thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu hoàn toàn được giữ bí mật

Các chỉ số và biến số bao gồm: đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (độ tuổi, giới, tiền sử gia đình), đặc điểm lâm sàng của nơ vi hắc tố bẩm sinh vùng mi mắt (vị trí, mô hình phân bố theo Yap và Earley mở rộng, kích thước theo Margulis: ≤ ¼ chiều dài mi mắt, > ¼ - ≤ 1/2 chiều dài mi mắt, > ½ chiều dài mi mắt), phương pháp điều trị kĩ thuật tạo hình được sử dụng, đánh giá kết quả điều trị (kết quả gần, kết quả xa sau 6 tháng).

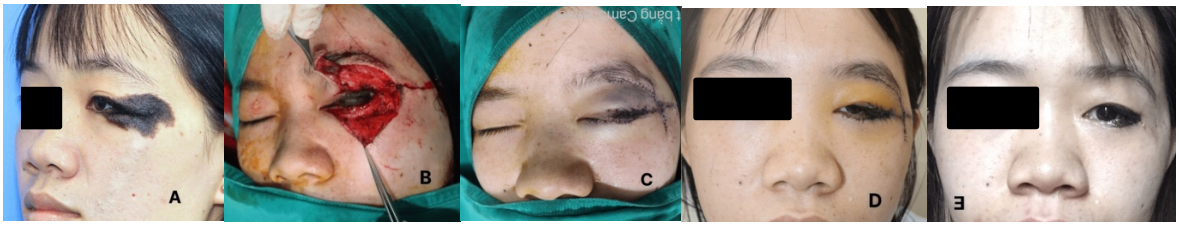


Hình 1. Phân vùng theo Yap và Earley mở rộng[5]

1. Bờ dưới cung mày đến bờ trên nếp mí trên
2 Nếp mí trên đến bờ mi trên
3. Bờ mi
4. Bờ mi dưới đến nếp mí dưới
5. Nếp mí dưới đến nếp mi gò má
6. Góc mắt trong
7. Cung mày và trán liền kề
8. Sống mũi

Quy trình phẫu thuật bao gồm: lập kế hoạch phẫu thuật: kích thước, vị trí, da lành xung quanh để lựa chọn kỹ thuật tạo hình trước mổ. Cắt tổn thương: xử lý theo từng đơn vị giải phẫu, cắt bỏ

đến hết lớp da, giữ lại bờ mi, tạo hình che phủ tổn khuyết: cắt thu nhiều lần, kỹ thuật vạt tại chỗ, vạt lân cận, kỹ thuật ghép da dày, một số trường hợp phải phối hợp nhiều kỹ thuật.



Hình 2. Bệnh nhân Nguyễn Thị Thu H, 25 tuổi.
A. Thiết kế diện cắt và vạt B. Cắt nơ vi, bóc vạt.
C. Chuyển vạt, khâu đóng. D. Sau mổ 3 ngày. E. Sau mổ 12 tháng

Theo dõi sau mổ và đánh giá kết quả sau mổ

Bảng 1. Thang điểm đánh giá kết quả gần

2 điểm	1 điểm	0 điểm
Không hoại tử	Hoại tử < 30%	Hoại tử ≥ 30%
Liền sẹo tốt	Liền sẹo kém	Không liền sẹo
Không co kéo xung quanh	Co kéo xung quanh ít	Co kéo xung quanh nhiều
Không nhiễm trùng	Nhiễm trùng tại chỗ	Nhiễm trùng toàn thân
Không chảy máu	Chảy máu ít	Chảy máu nhiều

Kết quả xa (6 tháng sau mổ)

Bảng 2. Đánh giá kết quả xa

Chỉ tiêu	Mức độ
Chức năng che phủ nhãn cầu	Tốt: Mắt nhắm kín, che kín toàn bộ nhãn cầu.
	Trung bình: Mắt nhắm không kín hoàn toàn, còn hở phần củng mạc phía dưới, không gây triệu chứng lâm sàng.
	Không đạt: Mắt không che được nhãn cầu, phải mổ lại.
Co mi	Bình thường.
	Co.
Lật mi dưới Theo Rubin	Không.
	Độ I: mi dưới mới chỉ không áp vào nhãn cầu.
	Độ II: mi mắt bị ngửa ra, nhìn thấy được phần kết mạc.

Chỉ tiêu	Mức độ
Tình trạng bờ mi	Tốt: bờ mi cong đều, cân đối 2 bên, mềm mại, không có lông xiêu, không có quặm.
	Trung bình: bờ mi biến dạng nhẹ,mất cân đối 2 bên ít, da ghép, vạt lấn vào trong gây lông xiêu, quặm.
	Kém: bờ mi biến dạng nhiều, mất cân đối 2 bên nhiều.
Sẹo	Mảnh < 2mm.
	Giãn, lồi, quá phát.
Đồng đều màu sắc	Tương đồng.
	Không tương đồng.
Mức độ hài lòng	Hài lòng: đảm bảo chức năng và thẩm mỹ.
	Khá hài lòng: chức năng đảm bảo, thẩm mỹ khá.
	Không hài lòng: chức năng không đảm bảo hoặc thẩm mỹ rất kém.

III. KẾT QUẢ

Độ tuổi bắt đầu điều trị trung bình là 7,3 ± 6,99 tuổi, tập trung ở nhóm tuổi 0 - 10 tuổi, (81,5%), tỷ lệ nam nữ xấp xỉ nhau (13 nam, 14 nữ). Không có trường hợp nào có thành viên trong gia đình cùng mắc nơ vi hắc tố bẩm sinh.

Mô hình phân bố CMN vùng mi ở bệnh nhân của chúng tôi theo Yap và Earley phổ biến là 1-(3)-8.

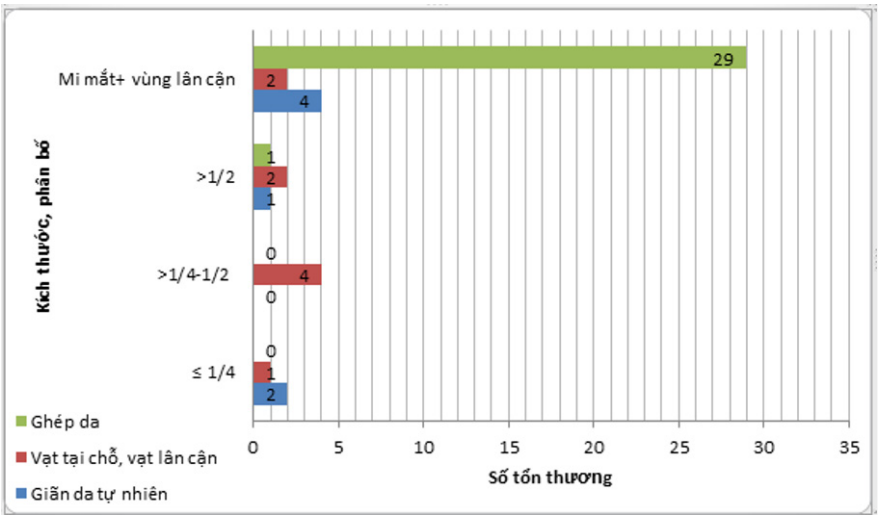
Hình 3. Mô hình phân bố 1-(3)-8 CMN vùng mi

D. Nguyễn Khả N, 2 tuổi. E. Nguyễn Quỳnh L, 13 tháng. G. Hoàng Phương C,3 tuổi. H. Trần Minh C, 2 tuổi

CMN kích thước > ½ chiều dài bờ mi chiếm tỷ lệ chủ yếu (29 tổn thương, chiếm 72,5%).

Có 4 tổn thương cắt hết sau 2 lần phẫu thuật (1 trường hợp giãn da tự nhiên + ghép da; 2 trường hợp giãn da tự nhiên + vạt tại chỗ; 1 trường hợp vạt tại chỗ+ vạt tại chỗ), 1 tổn thương sau 3 lần phẫu thuật (2 lần giãn da tự nhiên+ ghép da), lần phẫu thuật sau nơ vi có kích thước nhỏ hơn lần phẫu thuật trước, do đó để thấy được tương quan giữa kích thước, phân bố của nơ vi với phương pháp tạo hình được lựa chọn, mỗi lần phẫu thuật được tính như một tổn thương nơ vi. Có 46 lần phẫu thuật.

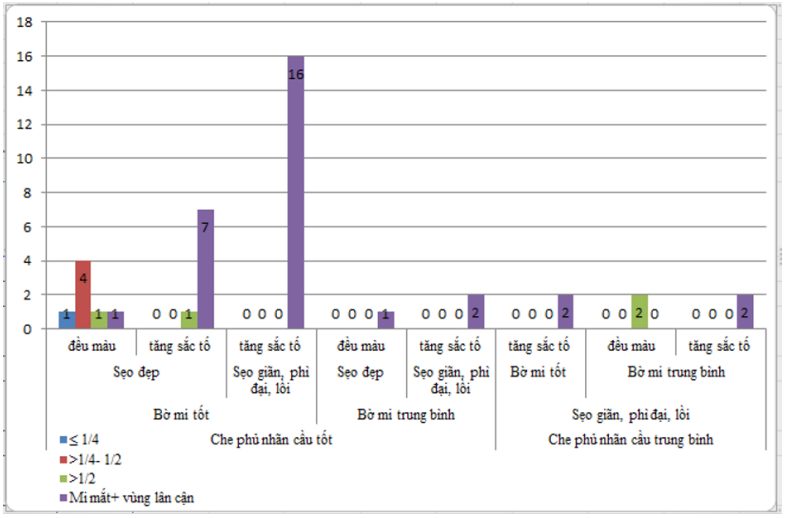
Mối liên quan giữa kích thước, đặc điểm phân bố nơ vi vùng mi mắt và phương pháp tạo hình được thể hiện biểu đồ 1.



Biểu đồ 1. Kích thước, phân bố nơ vi và phương pháp tạo hình

Kết quả gần được theo dõi, đánh giá trong 46 lần phẫu thuật. Kết quả gần đạt tốt với 40/46 (87%), không trường hợp nào đạt kết quả kém, đáng chú ý, tình trạng co kéo ngay sau mổ gặp ở 8 lần phẫu thuật (7 co kéo nhẹ, 1 co kéo nhiều) và tất cả ở nhóm làm vạt.

Đánh giá kết quả sau 6 tháng điều trị trên 40 tổn thương (9 tổn thương chỉ ở mi mắt, 31 tổn thương ở mi mắt và vùng lân cận) thể hiện trong biểu đồ 2:



Biểu đồ 2. Kết quả xa

2 phương pháp được sử dụng chủ yếu trong điều trị CMN vùng mi mắt là vạt tại chỗ, vạt lân cận và ghép da. Bảng 3 thể hiện ưu, nhược điểm lâu dài của 2 phương pháp tạo hình trên.

Bảng 3. Đánh giá kết quả xa vạt tại chỗ, vạt lân cận và ghép da (6 tháng sau phẫu thuật)

Chỉ tiêu	Mức độ	Ghép da (n = 30)	Vạt tại chỗ, vạt lân cận (n = 8)
Chức năng che phủ nhãn cầu	Tốt	86,7%	87,5%
	Trung bình	13,3%	12,5%
	Không đạt	0%	0%
Tình trạng bờ mi	Tốt	81%	87,5%
	Trung bình	19%	12,5%
	Kém	0%	0%
Sẹo	Mảnh < 2mm	26,7%	87,5%
	Giãn, lồi, quá phát	73,3%	12,5%
Đồng đều màu sắc	Tương đồng	0%	100%
	Không tương đồng	100%	0%
Mức độ hài lòng	Hài lòng	63,3%	86,7%
	Khá hài lòng	36,7%	13,3%
	Không hài lòng	0%	0%

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi bắt đầu điều trị nơ vi hay gặp nhất là nhóm tuổi từ 0-10 (81,5%), tuổi nguy cơ cao ác tính hóa.[7] Theo phân loại Yap và Earley mở rộng, phân bố chính của nơ vi vùng mi mắt trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi có mô hình phổ biến là 1-(3)-8 (11 bệnh nhân, 40,7%) tức toàn bộ mi mắtvà vùng mũi, có hoặc không có ở bờ mi, có một điểm nhận thấy cả 11 trường hợp đều lan đến vùng gốc mũi (vùng 8), vùng má, 10 trường hợp lan sang vùng trán. Mô hình này khá tương đồng với mô hình phân bố chủ yếu trong nghiên cứu của Margulis.[5] Nơ vi chiếm ≥ ½ chiều dài mi mắt chiếm đa số điều này là bởi nghiên cứu thực hiện ở bệnh viện tuyến cuối.

Nơ vi chỉ phân bố ở vùng mi mắt: nhóm có kích thước ≤ ¼ chiều dài mi có thể đóng trực tiếp hoặc vạt tại chỗ nhận xét này tương đồng với nghiên cứu của Margulis; nhóm có kích thước > ¼ chiều dài mi, phương án được chúng tôi thường lựa chọn là vạt tại chỗ, vạt lân cận, chỉ có 1 trường hợp ghép da ở trường hợp nơ vi > ½ chiều dài mi do sự lựa chọn phương pháp tạo hình khác nhau giữa các phẫu thuật viên, 1 trường hợp cắt đóng trực tiếp.[5] Vạt được sử dụng nhiều nhất trong nghiên cứu là vạt dồn đẩy một hoặc hai bên tổn khuyết, với đường dấu sẹo tự nhiên như bờ dưới cung mày, đường song song bờ mi, cách bờ mi 1 - 2mm. Lin Zhu đề xuất vạt cơ vòng mi (OOM) chỉ định cho các nơ vi cỡ nhỏ, có đường kính lớn nhất nằm dọc bờ mi. Vạt động mạch thái dương nông ngược dòng (vạt STA) vị trí cho vạt từ vùng trước tai hoặc dưới tai, được chỉ định đối với nơ vi cỡ trung bình hoặc lớn nằm ở giữa đến góc ngoài mi mắt. Vạt có cuống SMAS sau tai (Superficial musculoaponeurotic system), cho nơ vi kích

thước lớn, SMAS ở vùng thái dương được sử dụng như một cuống cân linh hoạt, tỉ lệ chiều dài cuống/chiều rộng vạt nhỏ hơn 6/1. Trên thực tế, vạt có cuống SMAS và vạt STA ngược dòng, do không có tĩnh mạch tùy hành nên hay gặp biến chứng ứ tĩnh mạch, kỹ thuật phức tạp, vạt quá dày có thể gây sụp mi cơ học.[8] Theo Margulis nơ vi thuộc hai nhóm này được tạo hình bằng phương pháp ghép da dày toàn bộ.[5] Vì nghiên cứu thực hiện trên người da trắng có kết quả ghép da tốt.[8-10]

Nơ vi phân bố ở vùng mi mắt và vùng lân cận, da lành xung quanh không đủ huy động làm vạt tại chỗ, vạt lân cận nên ghép da dày và vạt giãn thường được đặt ra. Tác giả Kosaku Yamamichi, trình bày một trường hợp sử dụng vạt má sau giãn da để tái tạo tổn khuyết sau cắt nơ vi kích thước 1,5 - 20cm.[9] Tuy nhiên, vạt giãn da có nhược điểm vạt dày với da vùng mi mắt, kỹ thuật phức tạp, thời gian điều trị dài và chi phí cao, ghép da dày thuận lợi cho việc tái tạo lại khuyết lớn trong một lần phẫu thuật, thời gian nằm viện ngắn, kỹ thuật đơn giản, được nhiều tác giả ủng hộ.[6] Trong nghiên cứu của chúng tôi, phương pháp tạo hình được lựa chọn chủ yếu là ghép da tương đồng với nghiên cứu của Margulis.[5] 4 trường hợp giãn da tự nhiên đều có mục đích thu nhỏ tổn thương nơ vi chuẩn bị cho phẫu thuật ghép da, hoặc vạt tại chỗ, vạt lân cận.[8,10,11] 1 trường hợp nơ vi < ¼ + lân cận sử dụng vạt đẩy từ trán che phủ cho cả vùng thái dương và mí mắt gây co kéo rất nhiều mi mắt. 1 trường hợp nơ vi ≥ 1/2 chiều dài mi, dùng được vạt murtarde là do: nơ vi chỉ lan sang 1 phần vùng má, còn da lành vùng thái dương và một phần má, cộng thêm cần một lần sử dụng giãn da tự nhiên để loại hết nơ vi.

Kết quả gần đạt tốt với 40/46 (87%). Như vậy, các phương pháp tạo hình chúng ta lựa chọn cho từng bệnh nhân có hiệu quả và ít biến chứng. Đáng chú ý, co kéo sau mổ ở 8/46 lần phẫu thuật, tất cả ở nhóm được làm vạt.

Kết quả xa nhóm nơ vi chỉ ở mi mắt, đa số đạt tốt cả về mặt chức năng và thẩm mỹ (7/9 trường hợp). Điều này cho thấy, phương pháp tạo hình được lựa chọn là phù hợp. Nhóm phối hợp với vùng lân cận đa số tốt về mặt chức năng (27/31 trường hợp), về thẩm mỹ đa số bờ mi tròn đều (26/31 trường hợp), tuy nhiên hay gặp tăng sắc tố và/hoặc sẹo giãn, quá phát, lồi (29/31 trường hợp). Điều này thể hiện nhược điểm của da ghép trong điều trị nơ vi hắc tố bẩm sinh vùng mi mắt.

Sau 6 tháng, da ghép co thứ phát gây che phủ nhãn cầu không kín ở 4 trường hợp, vạt tại chỗ, vạt lân cận giảm tỷ lệ co kéo so với kết quả gần (1 trường hợp). Về vấn đề thẩm mỹ vạt tại chỗ, vạt lân cận có ưu điểm hơn hẳn với màu sắc 100% tương đồng với da vùng mi mắt, trong khi mảnh da ghép đều có hiện tượng đậm màu so với da lành (100%), sẹo mảnh 87,5% nhóm làm vạt, 26,7% nhóm da ghép. Đa số tình trạng bờ mi tròn đều, mềm mại, cân xứng hai bên, không có lông xiêu, lông quặm ở cả những bệnh nhân sử dụng vạt tại chỗ, vạt lân cận (87,5%) và ghép da (81%) do trong khi cắt nơ vi luôn bảo tồn bờ tự do mi mắt, dây chằng góc mắt và chỉ cắt đến lớp hạ bì. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Zhu, Wang và Lu rằng: mảnh da ghép ở bệnh nhân Châu Á có tình trạng tăng sắc tố, co thứ phát rõ rệt và kết cấu kém với cả những mảnh ghép da dày toàn bộ, thường dẫn đến khiếm khuyết vĩnh viễn về mặt thẩm mỹ hoặc chức năng.[8,10,11] Quan trọng là tất cả bệnh nhân đều hài lòng (63,3%) hoặc khá hài lòng (36,7%) với da ghép hơn là mảng đen nơ vi. Vạt tại chỗ, vạt lân cận là hình thức phẫu thuật tạo hình nơ vi vùng mi mắt với nhiều ưu điểm, độ hài lòng cao hơn nhiều so với nhóm ghép da. Tuy nhiên, diện tích hạn chế và chỉ áp dụng được với các nơ vi kích thước từ nhỏ đến trung bình.

V. KẾT LUẬN

Với nơ vi chỉ nằm trong đơn vị giải phẫu mi mắt: có kích thước ≤ 1/4, lựa chọn phương pháp đóng trực tiếp hoặc vạt tại chỗ, vạt lân cận; kích thước > ¼ chiều dài mi, vạt tại chỗ, vạt lân cận là lựa chọn đầu tiên, tiếp theo là ghép da. Vạt tại chỗ, vạt lân cận luôn được tối đa lựa chọn vì ưu điểm co thứ phát ít, tính thẩm mỹ cao với màu sắc tương đồng, sẹo mảnh. Với nơ vi vùng mi mắt lan rộng ra các đơn vị giải phẫu lân cận, phương pháp thường sử dụng là ghép da dày toàn bộ, tuy nhiên còn là thách thức cho cho điều trị vì nhược điểm như co kéo thứ phát, tăng đậm sắc tố, sẹo giãn, quá phát, phì đại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jahnke MN, O'Haver J, Gupta D, et al. Care of Congenital Melanocytic Nevi in Newborns and Infants: Review and Management Recommendations. *Pediatrics*. 2021; 148(6): e2021051536. doi:10.1542/peds.2021-051536.

2. Moustafa D, Blundell AR, Hawryluk EB. Congenital melanocytic nevi. *Curr Opin Pediatr*. 2020; 32(4): 491-497. doi:10.1097/MOP.0000000000000924.

3. Lyon VB. Congenital melanocytic nevi. *Pediatr Clin North Am*. 2010; 57(5): 1155-1176. doi:10.1016/j.pcl.2010.07.005

4. Krengel S, Hauschild A, Schäfer T. Melanoma risk in congenital melanocytic naevi: a systematic review. *Br J Dermatol*. 2006; 155(1): 1-8. doi:10.1111/j.1365-2133.2006.07218.x.

5. Margulis A, Adler N, Bauer BS. Congenital melanocytic nevi of the eyelids and periorbital region. *Plast Reconstr Surg*. 2009; 124(4): 1273-1283. doi:10.1097/PRS.0b013e3181b5a58d.

6. Suzuki A, Yotsuyanagi T, Yamashita K, Yoshimatsu H. Reconstruction of the Congenital Divided Nevus of the Eyelids and Proposal of New Classification. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2019; 7(6): e2283. doi:10.1097/GOX.0000000000002283.

7. Fahradyan A, Wolfswinkel EM, Tsuha M, et al. Cosmetically Challenging Congenital Melanocytic Nevi. *Ann Plast Surg*. 2019; 82(5S Suppl 4): S306-S309. doi:10.1097/SAP.0000000000001766.

8. Zhu L, Qiao Q, Liu Z, et al. Treatment of divided eyelid nevus with island skin flap: report of ten cases and review of the literature. *Ophthal Plast Reconstr Surg*. 2009; 25(6): 476-480. doi:10.1097/IOP.0b013e3181b81eb7.

9. Yamamichi K, Kosaka M. A Novel Reconstructive Procedure for the Divided Nevus of the Eyelids Using a Tissue Expander. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2016; 4(12):e1160. doi:10.1097/GOX.0000000000001160.

10. Wang X jun, Liu Z fei, Zeng A, et al. [Repair of facial skin defect with a skin flap of SMAS pedicle]. *Zhonghua Zheng Xing Wai Ke Za Zhi Zhonghua Zhengxing Waike Zazhi Chin J Plast Surg*. 2005; 21(3): 216-217.

11. Lu R, Li Q, Quan Y, Li K, Liu J. Staged Surgery with Total Excision and Lamellar Reconstructive for Medium-sized Divided Nevus of the Eyelids: *Plast Reconstr Surg - Glob Open*. 2015; 3(6): e438. doi:10.1097/GOX.0000000000000389.

Summary

OUTCOMES OF RECONSTRUCTION CONGENITAL MELANOCYTIC NEVI OF THE EYELIDS OUTCOMES OF RECONSTRUCTION CONGENITAL MELANOCYTIC NEVI OF THE EYELIDS

The study aimed to describe the outcomes after surgery to treat congenital melanocytic nevus (CMN) in the eyelid area. A descriptive analysis was conducted with 27 patients diagnosed with CMN in the eyelid area, with 19 CMN in upper eyelid and 21 CMN in lower eyelid. All patients underwent surgery. Of the 11 lesions in the eyelid area, 3 were ≤ ¼ the length of the eyelid, with 2 lesions closed directly and 1 excised and reconstructed using local flap. The 8 remaining lesions were > ¼ eyelash length; of these, 6 were reconstructed with local flaps, adjacent flaps, and 1 with a full-thickness skin graft, while 1 lesion underwent multiple excisions. A total of 36 lesions were treated in the eyelid and surrounding areas, with 30 out of 36 lesions received full thickness skin grafting. Early results were good in 40 surgeries (87%). Contracture occurred in 8/46 surgeries, all in the flap group. Distal outcome of the CMN in the eyelid area group were mostly good in terms of both function and aesthetics (7/9 cases). The group of CMN in the eyelid and surrounding areas were mostly good in terms of function (27/31 cases). Regarding aesthetics, the majority of eyelid margins were round (26/31 cases), however hyperpigmentation and/or stretched, overdeveloped, protruding scars were common (29/31 cases). After 6 months, secondary contraction of skin graft led to incomplete coverage of the eyeball in 4 cases. Local flaps and adjacent flaps reduced the shrinkage rate compared to early results in 1 case. Regarding local flap aesthetics, the adjacent flap showed a much greater advantage with 100% color similarity to the eyelid skin, thin scars in 87.5%, while 100% of the graft were darker than healthy skin, 26.7% thin scars. The majority of eyelid margins are round, soft in both patients using local flaps, adjacent flaps (87.5%) and grafts (81%). All patients reported satisfied or quite satisfied with their treatment. The results suggested early early evaluation and treatment of CMN in the eyelid area with excision lesion and recontruction may help prevent concerns about asthetic, function, and health-related issues for the patients. However, addressing aesthetics remain a challenge with CMN in the eyelid area and its surrounding. The choice of plastic method mainly depends on the size, location, the availability of nomal skin in adjacent anatomical units, with local flaps and adjacent flaps preferred when possible.

Keywords: Congenital melanocytic nevus, the eyelids, surgery, serial excisions, local flaps, skin graft.