

KẾT QUẢ TẠO HÌNH KHUYẾT PHẦN MỀM MI DƯỚI SAU CẮT UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO ĐÁY

Dương Mạnh Chiến^{1,2,3}, Vũ Ngọc Lâm⁴, Nguyễn Ngọc Linh³
và Nguyễn Tiến Dũng^{1,✉}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K Trung ương

³Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương

⁴Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá kết quả tạo hình sau cắt ung thư biểu mô tế bào đáy mi dưới. Nghiên cứu mô tả trên 40 bệnh nhân được tạo hình khuyết mi dưới sau cắt ung thư biểu mô tế bào đáy tại Bệnh viện K từ tháng 3/2018 đến tháng 6/2024. Đánh giá kết quả tại thời điểm nằm viện và sau mổ 6 tháng. Có 40 tổn khuyết (kích thước từ 0,3 đến 20cm², 18 khuyết nông, 22 khuyết toàn bộ chiều dày mi) được tạo hình lớp nông: 1 đóng trực tiếp, 22 vạt xoay má, 8 vạt chuyển má, 5 vạt dồn đẩy V-Y má, 4 vạt xoay rãnh mũi má. Lớp sâu tạo hình gồm 16 vạt đẩy kết mạc và 6 trường hợp ghép sụn tai, niêm mạc miệng. Thời điểm ra viện 100% vạt/mảnh ghép sống hoàn toàn, không có trường hợp nào biến chứng chảy máu, nhiễm trùng. Theo dõi sau 6 tháng được 26 bệnh nhân có 10 trường hợp trễ mi, 14 trường hợp có tình trạng chảy nước mắt, không phát hiện tái phát ung thư. Kết quả cho thấy đa phần khuyết mi dưới sau cắt bỏ ung thư biểu mô tế bào đáy có thể được tạo hình bằng các vạt tại chỗ và lân cận an toàn, tuy nhiên kết quả chức năng và thẩm mỹ mi dưới khác nhau tùy thuộc nhiều yếu tố trong đó có vị trí, kích thước, độ sâu của tổn thương và chất lượng của chất liệu tạo hình.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tế bào đáy, khuyết phần mềm, tạo hình mi dưới.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào đáy (UTBMTBĐ) là bệnh lý ác tính ở da phổ biến nhất với tỉ lệ mắc ngày càng tăng.¹ ung thư biểu mô tế bào đáy thường gặp nhất ở tổ chức da vùng đầu cổ (chiếm tới 80%), trong đó ở mi mắt chiếm 20%.² Trong khi mi mắt là bộ phận quan trọng của mắt, có chức năng bảo vệ nhãn cầu và ngăn chặn các tác nhân bên ngoài xâm nhập vào nhãn cầu. Mặt khác, mi mắt cũng có vai trò thẩm mỹ cao, làm đẹp cho đôi mắt.³ Đồng thời, cấu trúc mi mắt phức tạp với nhiều lớp giải phẫu đặc biệt. Do đó, bất cứ biến dạng

nào ở vùng mi mắt đều dễ quan sát thấy và gây ảnh hưởng chức năng, tâm lý, làm người bệnh mặc cảm tự ti, thiếu tự tin trong giao tiếp xã hội. Tuy nhiên, bệnh thường tiến triển chậm và hiếm khi di căn do vậy trong giai đoạn đầu người bệnh thường chủ quan không đến khám. 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 cắt u hiện nay vẫn là phương pháp điều trị chủ yếu và hiệu quả nhất.⁴ Điều trị phẫu thuật dựa trên nguyên tắc cắt u tiêu chuẩn đến diện cắt âm tính. Tùy theo giai đoạn bệnh mà tổn thương sau cắt u có các kích thước, hình thái khác nhau, từ vị trí tổn khuyết, tổn thương da đơn thuần hay khuyết toàn bộ chiều dày mi, có hay không tổn thương bờ mi. Từ đó đưa ra

Tác giả liên hệ: Nguyễn Tiến Dũng

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: Dungnguyentien0808@gmail.com

Ngày nhận: 17/04/2025

Ngày được chấp nhận: 11/05/2025

các phương pháp tạo hình phù hợp như: liền thương tự nhiên, đóng trực tiếp, vạt tại chỗ, vạt lân cận, ghép sụn, niêm mạc...⁵

Trên thế giới và Việt Nam, các nghiên cứu về tạo hình mi dưới đã và đang được thực hiện do tầm quan trọng và cấu trúc phức tạp của mi mắt. Phẫu thuật tạo hình khuyết mi dưới đã phát triển từ các kỹ thuật tiền tiến của các tác giả trên thế giới như Mustarde J.C (1979), Saito (2012) Yamamoto N (2017)...⁶⁻⁸ và tại Việt Nam như Phạm Trọng Văn (1990), Lê Trọng Tiến (2022)...^{9,10} Do sự đa dạng về phương pháp phẫu thuật, việc lựa chọn phương pháp tạo hình theo từng đặc điểm tổn thương là rất quan trọng. Vậy nên để góp phần đưa ra kế hoạch điều trị, lựa chọn phương pháp, kỹ thuật tạo hình đem lại kết quả tốt cho người bệnh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Kết quả tạo hình khuyết phần mềm mi dưới sau cắt ung thư biểu mô tế bào đáy” với mục tiêu: Đánh giá kết quả tạo hình tổn khuyết sau cắt bỏ ung thư biểu mô tế bào đáy mi dưới và chia sẻ những kinh nghiệm lâm sàng của chúng tôi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Nhóm đối tượng

Bệnh nhân khuyết mi dưới sau cắt bỏ ung thư biểu mô tế bào đáy tại Bệnh viện K từ tháng 3/2018 đến tháng 6/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Những bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tế bào đáy mi dưới dựa trên kết quả mô bệnh học, được phẫu thuật cắt u và tạo hình che phủ tổn khuyết tức thì, có đầy đủ thông tin hồ sơ bệnh án và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Những bệnh nhân có khối u xâm lấn vào cả hốc mắt, xương đòn hồi can thiệp khác.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Chọn mẫu và cỡ mẫu

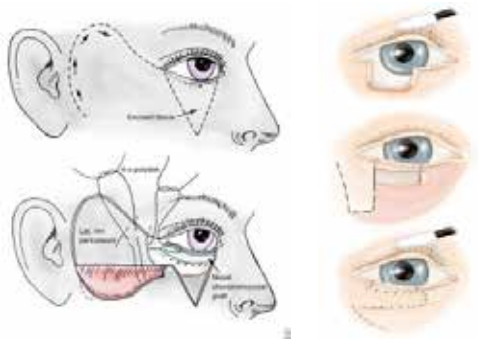
Lấy mẫu thuận tiện, bao gồm 40 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn, gồm nhóm tiến cứu và hồi cứu.

Nội dung/chỉ số nghiên cứu

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (độ tuổi, giới tính), đặc điểm lâm sàng của tổn thương u (vị trí, kích thước, xâm lấn bờ mi), đặc điểm lâm sàng tổn khuyết sau cắt u (vị trí, kích thước, độ sâu, tổn thương ống dẫn lệ, khuyết bờ mi), kết quả giải phẫu bệnh, phương pháp tạo hình sử dụng, kết quả điều trị (kết quả gần trong thời gian nằm viện và kết quả xa sau 6 tháng), tình trạng tái phát ung thư.

Quy trình nghiên cứu

Dựa vào đặc điểm lâm sàng của tổn thương, chúng tôi thiết kế đường rạch dự kiến cắt bỏ tổn thương, dự kiến phương pháp tạo hình và thiết kế để che phủ tổn khuyết sau cắt bỏ tổn thương. Các bệnh nhân được phẫu thuật cắt u, làm sinh thiết tức thì để đảm bảo diện cắt âm tính, giải phẫu bệnh thường quy chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tế bào đáy. Trong đó, vị trí tổn khuyết được chia theo đơn vị giải phẫu: mi dưới đơn thuần hay phối hợp vùng góc mắt trong, góc mắt ngoài; độ sâu tổn khuyết: khuyết nông (da, cơ vòng mi) và khuyết toàn bộ chiều dày mi (da, cơ vòng mi, sụn mi, kết mạc); Kích thước tổn khuyết theo các mức $< \frac{1}{4}$, $\frac{1}{4} - \frac{1}{2}$, $\frac{1}{2} - \frac{3}{4}$, $> \frac{3}{4}$ chiều dài mi. Tổn khuyết sau cắt u được đánh giá đặc điểm về vị trí, kích thước và độ sâu, khuyết bờ mi. Dựa trên đặc điểm của tổn khuyết trong mổ và thiết kế ban đầu, chúng tôi tiến hành tạo hình mi dưới bằng một hoặc phối hợp các phương pháp như: Đóng trực tiếp, vạt xoay má, vạt xoay rãnh mũi má, vạt chuyển má, vạt dồn đẩy V-Y má, vạt đẩy kết mạc, ghép sụn tai và niêm mạc miệng.



Hình 1. Phương pháp tạo hình mi dưới

A. Vạt xoay má ; B. Vạt chuyển má

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

Đánh giá kết quả gần trong lúc nằm viện: khả năng sống của vạt/mảnh ghép, tình trạng chảy máu, tình trạng nhiễm trùng, tình trạng liền thương, trĩ mi, tình trạng co kéo biến dạng, chức năng vận động mi mắt.

Đánh giá kết quả xa sau 6 tháng: Tình trạng trĩ mi, tình trạng nhắm mở mắt, tình trạng chảy nước mắt, tình trạng co kéo biến dạng mi, sẹo phẫu thuật, tình trạng tái phát ung thư. Tình trạng thẩm mỹ: mức độ hoà hợp về màu sắc, độ mềm mại, độ dày của vạt hoặc mảnh ghép với da mi dưới.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp 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.

III. KẾT QUẢ

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 15 bệnh nhân nam và 25 bệnh nhân nữ, tỉ lệ nam/nữ =

0,6; độ tuổi từ 34 đến 88 tuổi, trung bình $66,3 \pm 13,2$ tuổi.

Vị trí khối u: Vị trí tổn thương u tại mi dưới đơn thuần chiếm tỉ lệ cao nhất 23 trường hợp, 9 trường hợp u mi dưới kèm góc mắt trong, 6 trường hợp u mi dưới kèm góc mắt ngoài, 2 trường hợp tổn khuyết rộng cả mi dưới, góc mắt trong và góc mắt ngoài.

Kích thước u: Kích thước u được xác định là đường kính lớn nhất của khối u. Kích thước trung bình của khối u là $1,84 \pm 0,97\text{cm}$, tổn thương có kích thước lớn nhất là 4cm, nhỏ nhất là 0,3cm.

Đặc điểm u xâm lấn bờ mi: 22 trường hợp u xâm lấn bờ mi, còn lại 18 trường hợp u không xâm lấn bờ mi.

Vị trí tổn khuyết sau cắt u: 19 trường hợp khuyết mi dưới đơn thuần, 10 trường hợp khuyết mi dưới kèm góc mắt trong, 9 trường hợp khuyết mi dưới kèm góc mắt ngoài và 2 trường hợp khuyết rộng cả 3 vùng.

Kích thước tổn khuyết: Đường kính trung bình của tổn khuyết là $2,75 \pm 1\text{cm}$. Diện tích trung bình của tổn khuyết là $7,9 \pm 5,58\text{cm}^2$, tổn khuyết có diện tích lớn nhất là 20cm^2 , nhỏ nhất là $0,3\text{cm}^2$.

Độ sâu tổn khuyết: 22 trường hợp tổn khuyết toàn bộ chiều dày mi, 18 trường hợp chỉ khuyết lớp nông.

Khuyết bờ mi: 22 trường hợp khuyết bờ mi, 18 trường hợp bờ mi bảo tồn. Tổn khuyết toàn bộ chiều dày $> \frac{3}{4}$ chiều dài mi chiếm tỉ lệ cao nhất (10 trường hợp), 8 trường hợp tổn khuyết toàn bộ chiều dày $\frac{1}{2} - \frac{3}{4}$ chiều dài mi, 3 trường hợp tổn khuyết toàn bộ chiều dày $\frac{1}{4} - \frac{1}{2}$, 1 trường hợp tổn khuyết toàn bộ chiều dày $< \frac{1}{4}$ chiều dài mi.

Tổn thương hệ thống lệ: 16 trường hợp tổn thương hệ thống lệ, 24 trường hợp không tổn thương hệ thống lệ.



Hình 2. Bệnh nhân Chu Thị V, 79 tuổi

A, B. Thiết kế vị trí cắt u và dự kiến tạo hình bằng vật chuyển má.

C, D. Trong mổ khuyết toàn bộ mi dưới sau cắt UTBMTBĐ. E. Sau mổ 3 ngày. F. Sau mổ 1 năm

Phương pháp tạo hình:

Bảng 1. Phương pháp tạo hình khuyết phần mềm mi (n = 40)

Thành phần tổn thương	Phương pháp tạo hình	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Lớp nông	Đóng trực tiếp	1	2,5
	Vật xoay má	22	55
	Vật xoay rãnh mũi má	4	10
	Vật dồn đẩy V-Y má	5	12,5
	Vật chuyển má	8	20
	Tổng	40	100
Lớp sâu	Vật đẩy kết mạc	16	72,7
	Ghép sụn tai, niêm mạc miệng	6	27,3
	Tổng	22	100

Trong 40 trường hợp tạo hình lớp nông, có 3 trường hợp được sử dụng phối hợp vật gian mày để tạo hình che phủ khuyết góc mắt trong.

Trong 18 trường hợp chỉ tổn khuyết lớp nông, các phương pháp tạo hình được sử dụng gồm 10 vật xoay má, 5 vật dồn đẩy V-Y má, 3 vật

chuyển má. Trong 22 trường hợp tổn khuyết toàn bộ chiều dày mi, phương pháp tạo hình lớp sâu được sử dụng gồm 16 vật dòn đẩy kết mạc

cho tổn khuyết ngang mức sụn mi, 6 trường hợp ghép sụn vành tai và niêm mạc miệng cho tổn khuyết rộng tới cùng đồ.

Bảng 2. Kết quả gần (n = 40)

Tình trạng vật và tại chỗ	Số lượng (n)	Tỉ lệ
Sức sống vật/mảnh ghép	40	100%
Chảy máu	0	0%
Nhiễm trùng	0	0%
Trễ mi	0	0%
Hạn chế nhắm mở mắt	8	20%
Co kéo tổ chức xung quanh	10	25%

Thời điểm ra viện, tỉ lệ vật/mảnh ghép sống hoàn toàn là 100%. Có 1 trường hợp vật chuyển má thiếu dưỡng dẫn tới chậm liền gây ảnh hưởng tới kết quả xa.

Bảng 3. Kết quả xa (n = 26)

Tình trạng vật và tại chỗ	Số lượng (n)	Tỉ lệ
Màu sắc vật tương đồng	26	100%
Vật mềm mại tương đồng tổ chức xung quanh	26	100%
Vật dày hơn tổ chức xung quanh	3	11,5%
Trễ mi	10	38,5%
Co kéo biến dạng mi mắt	1	11,5%
Sẹo xấu	3	11,5%
Chảy nước mắt	14	53,8%
Hạn chế nhắm mở mắt	3	11,5%
Tái phát u	0	0%

Theo dõi sau phẫu thuật 6 tháng được 26/40 trường hợp, toàn bộ vật tương đồng về màu sắc, độ mềm mại với tổ chức xung quanh, , tình trạng co kéo biến dạng thứ phát có 1 trường hợp là di chứng của trường hợp vật chuyển má thiếu dưỡng. Có 3 trường hợp không tương đồng độ dày vật gồm 2 trường hợp vật chuyển vùng má, 1 trường hợp vật dòn đẩy V-Y vùng má.

IV. BÀN LUẬN

Dù có kích thước tương đối nhỏ và khả năng vận động hạn chế nhưng mi dưới có chức năng vô cùng quan trọng trong việc giữ và bảo vệ nhãn cầu, cùng với mi trên phân bố giàn đều nước mắt, hỗ trợ hoạt động của tuyến lệ giúp dẫn lưu nước mắt. Các tổn khuyết vùng mi dưới thường gây các thách thức lớn cho phẫu

thuật viên do số lượng chất liệu xung quanh hạn chế và khó khăn cho phục hồi các cấu trúc giải phẫu của mí mắt để đảm bảo cả chức năng và thẩm mỹ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổn khuyết vùng mí dưới sau khi cắt khối ung thư tế bào đáy có kích thước lớn, với diện tích tổn khuyết trung bình là $7,94 \pm 5,49\text{cm}^2$, lớn hơn gấp nhiều lần so với các nghiên cứu khác, như nghiên cứu của Michelotti, trong đó kích thước tổn khuyết trung bình chỉ là $2,5\text{cm}^2$.¹¹ Sự khác biệt này có thể được lý giải bởi phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đến khám ở giai đoạn muộn, khi khối u đã phát triển lớn, dẫn đến tổn khuyết rộng và sâu sau phẫu thuật. Thêm vào đó, cơ sở của chúng tôi là cơ sở điều trị ung thư tuyến cuối, nơi các trường hợp khối u lớn hoặc khó phẫu thuật sẽ được chuyển đến chúng tôi, còn các khối u nhỏ có thể được điều trị tại các cơ sở khác. Tỷ lệ khối u xâm lấn bờ mí là 22/40 trường hợp và sau khi cắt u trở thành tổn khuyết toàn bộ chiều dày mí. Chúng tôi nhận thấy khối u xâm lấn phần da trước sụn mí thì phải cắt toàn bộ bờ mí dẫn tới khuyết cả lớp nông và lớp sâu, trong khi các khối u cách xa bờ mí sau phẫu thuật chỉ tổn khuyết lớp nông. Do sự phức tạp trong cấu trúc mí dưới cùng với sự đa dạng của tổn khuyết, phẫu thuật tạo hình mí dưới sau cắt u cần được phân loại và có cách tiếp cận phù hợp.

Với 18 trường hợp chỉ khuyết lớp nông, chúng tôi tái tạo bằng 3 loại vật là 10 vật xoay má, 5 vật dồn đẩy V-Y má, 3 vật chuyển má. Cả 3 loại vật đều được lấy từ vùng má do má là tổ chức liền kề có đặc tính tương đồng, khả năng huy động lượng tổ chức lớn và tính chun giãn da tốt ở vùng này. Các tổn khuyết được vật che phủ hoàn toàn, vùng cho vật được đóng trực tiếp mà không cần ghép da. Kết quả là 100% vật sống hoàn toàn, tình trạng co kéo biến dạng mí sau phẫu thuật chỉ chiếm 11% tổng số và đều nằm ở nhóm vật chuyển má. Theo dõi xa có xuất hiện tình trạng trễ mí ở 3 trường hợp, gồm 2 trường hợp vật

xoay, 1 trường hợp vật chuyển. Theo nghiên cứu của Orgun¹², các vật huy động theo trục dọc như vật dồn đẩy V-Y má có tỉ lệ trễ mí cao hơn đáng kể so với các vật huy động theo trục ngang như vật xoay má. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi với việc bóc tách vật di động tối đa, khâu vật không gây sức căng lên đầu xa vật và bờ mí cùng với khuyết nông nên bảo tồn được hệ thống dây chằng mí dưới gồm dây chằng góc mắt trong, sụn mí dưới, dây chằng góc mắt ngoài giúp giữ ổn định bờ mí tiếp xúc với nhãn cầu. Do đó, cả 5 trường hợp vật dồn đẩy V-Y má của chúng tôi đều không xuất hiện trễ mí.

Các trường hợp sử dụng vật chuyển má, vật V-Y má có tình trạng vật dày hơn so với tổ chức xung quanh. Điều này là do da mí là vùng da mỏng nhất trên cơ thể, lớp trung bì mỏng và hầu như không có lớp mỡ dưới da, trong khi da vùng má lại dày.¹³ Với vật xoay má, cạnh ngoài của tổn khuyết được xoay vào cạnh trong, có một sự chuyển tiếp từ từ nên ít gây ra tình trạng bất tương đồng về độ dày. Để khắc phục tình trạng dày của vật chuyển cần phẫu tích mỏng vật, tuy nhiên điều này có thể ảnh hưởng tới sức sống của vật.

Trong 22 tổn khuyết toàn bộ chiều dày mí, có 1 trường hợp khuyết $< \frac{1}{4}$ chiều dài mí được đóng trực tiếp. Kết quả sau mổ tốt cả về chức năng và thẩm mỹ, liền thương nhanh. Với các trường hợp còn lại, chúng tôi phân loại tái tạo theo lớp nông và lớp sâu.

Trong 11 trường hợp khuyết toàn bộ chiều dày $> \frac{1}{4} - \frac{3}{4}$ chiều dài mí, lớp nông được tạo hình bằng 10 vật xoay má, 1 vật xoay rãnh mũi má. Khi xoay vật vào tổn khuyết sẽ tạo ra biến dạng tai chó tại góc vật, phần này cần cắt bỏ nên làm tăng kích thước tổn khuyết. Chúng tôi bảo tồn tối đa tổ chức lành bằng cách lựa chọn vật xoay má cho các tổn khuyết có chiều dọc lớn hơn chiều ngang (hình 2), còn vật xoay rãnh mũi má cho các tổn khuyết có chiều ngang lớn hơn chiều dọc (hình 3).



A



B



C



D

Hình 3. Bệnh nhân Nguyễn Văn T, 78 tuổi, ung thư biểu mô tế bào đáy mi dưới được phẫu thuật để lại khuyết mi dưới tạo hình bằng vạt xoay má

A Trước mổ B,C. Trong mổ D. Sau mổ 2 năm



A



B



C



D

Hình 4. Bệnh nhân Nguyễn Mạnh H, 73 tuổi, ung thư biểu mô tế bào đáy mi dưới được phẫu thuật để lại khuyết mi dưới và góc mắt trong tạo hình bằng vạt xoay rãnh mũi má

A. Trước mổ. B, C. Trong mổ D. Sau mổ 1 năm

Theo dõi xa được 9/11 trường hợp, trong đó 3 trường hợp trễ mi, đều sử dụng vạt xoay má. Các bệnh nhân này đều không có tình trạng trễ mi sau mổ, mà suất hiện dần theo thời gian. Cả 3 bệnh nhân này đều được sử dụng vạt xoay vùng má với thiết kế rộng ra trước tai thậm trí xuống tới cổ nhằm huy động tối đa tổ chức. Tuy nhiên, khi chuyển vạt che phủ tổn khuyết, đầu xa của vạt vẫn bị căng. Chúng tôi nhận thấy toàn bộ các trường hợp trễ mi đều nằm trong nhóm có tổn khuyết toàn bộ chiều dày > 50% chiều dài mi.

Với 10 trường hợp khuyết > 3/4 chiều dài mi được tái tạo lớp nông bằng 5 vạt chuyển má, 3 vạt xoay rãnh mũi má, 2 vạt xoay má. Chúng tôi ưu tiên lựa chọn vạt chuyển má cho các tổn khuyết lớn, gần toàn bộ hoặc toàn bộ mi dưới.

Do tính linh hoạt trong thiết kế vạt đồng thời tạo hình góc mắt ngoài bằng đường xẻ dọc vạt, góc mắt ngoài mới sẽ được khâu cố định vào cốt mạc bờ ngoài ổ mắt. Vạt chuyển má có thể che phủ tổn khuyết rộng mi dưới, đặc biệt với các trường hợp cần tái tạo góc mắt ngoài, tuy nhiên khi xẻ dọc vạt sẽ làm giảm cấp máu, sức sống vạt. Tại thời điểm ra viện có 100% vạt sống hoàn toàn. Có 1 trường hợp thiếu dưỡng vạt là trường hợp khuyết mi dưới, góc mắt ngoài và mi trên được tạo hình bằng vạt chuyển má xẻ dọc, vùng thiếu dưỡng là phần vạt da che phủ mi trên. Dù được theo dõi, cắt chỉ thưa giảm căng, vạt không hoại tử nhưng có tình trạng chậm liền, đồng thời bệnh nhân chăm sóc vết thương không tốt trong thời gian ngoại trú dẫn tới dính khe mi gây hạn chế nhắm mở mắt.

Trong nghiên cứu có 10 trường hợp khuyết mi dưới kèm góc mắt trong, phần lớn các trường hợp này khuyết góc mắt trong không quá lớn, được tạo hình bằng 1 vạt (vạt xoay rãnh mũi má hoặc vạt đòn đẩy V-Y). Vùng góc mắt trong là một tiểu đơn vị giải phẫu nhỏ có cấu trúc lõm đặc biệt, các tổ chức xung quanh khó huy động hơn so vùng mi dưới. Vì vậy, để có kết quả tạo hình tốt nhất, các vùng này cần được tái tạo che phủ theo các tiểu đơn vị. Chúng tôi có 3 trường hợp khuyết rộng ở vùng góc mắt trong và mi dưới được tạo hình bằng vạt chuyển gian mày với mục đích tạo hình phần góc mắt trong còn phần khuyết mi dưới được che phủ bằng vạt xoay má hoặc vạt đòn đẩy V-Y. Kết quả đạt được tính thẩm mỹ và chức năng mi tốt.

Đối với tái tạo lớp sâu, các tổn khuyết được chia làm 2 nhóm gồm nhóm khuyết lớp sâu ngang mức sụn mi và nhóm khuyết lớp sâu toàn bộ kết mạc cùng đồ.

Với 16 trường hợp khuyết lớp sâu ngang mức sụn mi, chúng tôi sử dụng phần kết mạc cùng đồ mi dưới còn lại làm vạt đẩy kết mạc để tái tạo lớp sâu. Vạt này sẽ khâu cố định với vạt da cơ lớp nông ở bờ mi tự do. Theo dõi xa được 13/16 trường hợp, trong đó có 7 trường hợp xuất hiện trĩ mi. Nguyên nhân là do tổ chức dây chằng sụn mi dưới bị tổn thương, không đủ vững để giữ ổn định bờ mi. Theo thời gian dưới

tác dụng của trọng lực và tình trạng lão hóa da cơ dẫn tới trĩ mi.¹⁴ Tình trạng chảy nước mắt ở nhóm bệnh nhân này là 8/13 trường hợp do vị trí điểm lệ dưới thay đổi khi trĩ mi, không áp sát bề mặt nhãn cầu dẫn tới giảm làm dẫn lưu nước mắt.

Với 6 trường hợp khuyết lớp sâu rộng kết mạc cùng đồ, chúng tôi tái tạo bằng phương pháp ghép sụn tai và niêm mạc miệng. Kết quả cả 6 trường hợp mảnh ghép sống hoàn toàn. Mặc dù theo các quan điểm hiện tại, để mảnh ghép sống tốt cần mảnh ghép tiếp xúc với nền nhận cấp máu tốt. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 2 mảnh ghép được xếp chồng lên nhau và che phủ bởi vạt da cơ, do đó chỉ có mảnh ghép sụn được tiếp xúc với nền vạt cấp máu. Tuy nhiên, cả 6 trường hợp mảnh ghép niêm mạc đều sống. Chúng tôi giải thích vì các nguyên nhân sau:

(1) Mảnh ghép tân sinh mạch từ các cạnh tiếp xúc với mô sống;⁸

(2) Mảnh ghép được nuôi dưỡng nhờ nước mắt cung cấp dinh dưỡng, độ ẩm và khuyết tán oxy;⁸

(3) Vạt da cơ lớp nông được khâu cố định vào màng xương tại các điểm góc mắt trong và ngoài tạo ra một lực băng ép cố định tốt mảnh ghép.



A



B



C



D



E



F

Hình 5. Bệnh nhân Trần Văn K, 51 tuổi, UTBMTBĐ mi dưới được phẫu thuật để lại khuyết toàn bộ chiều dày mi dưới và kết mạc cùng đồ tạo hình bằng vật xoay má và ghép sụn tai, niêm mạc miệng

A. Trước mổ. B,C. Trong mổ. D. Mảnh ghép sụn tai, niêm mạc miệng

E. Sau mổ 5 ngày F. Sau mổ 1 năm

Mi dưới có 1 cấu trúc quan trọng là điểm lệ dưới nằm phía góc mắt trong với vai trò dẫn lưu nước mắt được chế tiết từ tuyến lệ đi ra khỏi khe mi, giúp duy trì độ ẩm phù hợp trên bề mặt nhãn cầu. Với các tổn khuyết phía trong của mi dưới thường tổn thương cấu trúc này, khi đó nước mắt vẫn có thể được dẫn lưu một phần qua điểm lệ trên. Điều này giải thích có tới 16 bệnh nhân có tổn thương điểm lệ dưới nhưng không phải tất cả đều có tình trạng chảy nước mắt. Các trường hợp tổn thương chúng tôi không tạo hình ống lệ ngay thì đầu mà sẽ giải thích theo dõi tái khám và tạo hình lại sau 3 - 4 tháng.⁵ Tuy nhiên, các bệnh nhân khám lại có tình trạng chảy nước mắt đều cảm thấy ít ảnh hưởng sinh hoạt và từ chối phẫu thuật tạo hình ống lệ.

V. KẾT LUẬN

Với sự phức tạp trong cấu trúc cùng với chức năng của mi dưới, tạo hình tổn khuyết mi dưới sau cắt ung thư biểu mô tế bào đáy là phương pháp điều trị còn nhiều thách thức. Các vật tại chỗ và lân cận là nguồn chất liệu đáng tin cậy để tạo hình khuyết mi dưới với tỉ lệ sống cao (100%). Ngoài ra, các tổn khuyết rộng

toàn bộ mi dưới nên được tạo hình bằng vật chuyển má hoặc vật xoay má. Các tổn khuyết ưu thế chiều dọc nên lựa chọn vật xoay má, các tổn khuyết ưu thế chiều ngang nên lựa chọn vật xoay rãnh mũi má để bảo tồn tối đa tổ chức lành xung quanh khối u. Hiệu quả chức năng và thẩm mỹ khác nhau tùy thuộc nhiều yếu tố trong đó có vị trí, kích thước, độ sâu của tổn thương và chất lượng của chất liệu tạo hình, trong đó nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tái tạo mi dưới theo từng lớp giải phẫu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kim DP, Kus KJB, Ruiz E. Basal Cell Carcinoma Review. *Hematol Oncol Clin North Am.* 2019; 33(1): 13-24. doi:10.1016/j.hoc.2018.09.004.
2. Shi Y, Jia R, Fan X. Ocular basal cell carcinoma: a brief literature review of clinical diagnosis and treatment. *Onco Targets Ther.* 2017; 10: 2483-2489. doi:10.2147/OTT.S130371.
3. Neimkin MG, Holds JB. Evaluation of Eyelid Function and Aesthetics. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2016; 24(2): 97-106. doi:10.1016/j.fsc.2015.12.002.

4. Basal Cell Skin Cancer, Version 2.2024, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology in: Journal of the National Comprehensive Cancer Network Volume 21 Issue 11 (2023). Accessed September 7, 2024. <https://jncn.org/view/journals/jncn/21/11/article-p1181.xml>.
5. Trần Thiết Sơn. *Bài Giảng Phẫu Thuật Tạo Hình Thẩm Mỹ Cơ Bản*. Nhà xuất bản Y học; 2020.
6. Mustarde J.C. Reconstruction of the eyelid and eyebrows and correction of ptosis of the eyelid. *Plastic Surgery*. 1979; 280-298.
7. Saito A, Saito N, Furukawa H, et al. Reconstruction of periorbital defects following malignant tumour excision: a report of 50 cases. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2012; 65(5): 665-670. doi:10.1016/j.bjps.2011.09.012.
8. Yamamoto N, Ogi H, Yanagibayashi S, et al. Eyelid Reconstruction Using Oral Mucosa and Ear Cartilage Strips as Sandwich Grafting. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2017; 5(4): e1301. doi:10.1097/GOX.0000000000001301.
9. Phạm Trọng Văn. *Phẫu Thuật Điều Trị Tổn Thương Khuyết Mi Mắt*. Luận văn. Đại học Y Hà Nội; 1990.
10. Lê Trọng Tiến. Đặc điểm lâm sàng khuyết mi dưới và kết quả phẫu thuật tạo hình khuyết mi dưới. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021; 508.
11. Michelotti B, Mathis R, Roberts J, Travelute C, Billingsley E, Wilkinson M. Periorbital Mohs reconstruction: characterization of tumor histology, anatomic location, and factors influencing postoperative complications. *Dermatol Surg*. 2014; 40(10): 1084-1093. doi:10.1097/DSS.000000000000125.
12. Orgun D, Hayashi A, Yoshizawa H, et al. Oncoplastic Lower Eyelid Reconstruction Analysis. *J Craniofac Surg*. 2019; 30(8): 2396-2400. doi:10.1097/SCS.0000000000005639.
13. Gonzalez-Ulloa M. Restoration of the face covering by means of selected skin in regional aesthetic units. *Br J Plast Surg*. 1956; 9(3): 212-221. doi:10.1016/s0007-1226(56)80036-2.
14. Bergstrom R, Czyz CN. Ectropion Lower Eyelid Reconstruction. In: *StatPearls*. StatPearls Publishing; 2025. Accessed February 6, 2025. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470449/>.

Summary

RESULT OF RECONSTRUCTION AFTER RESECTION OF BASAL CELL CARCINOMA IN LOWER EYELID

This study was conducted to evaluate the reconstruction outcomes following the excision of lower eyelid basal cell carcinoma. This descriptive study involved 40 patients who underwent lower eyelid defect reconstruction after basal cell carcinoma excision at K Hospital from March 2018 to June 2024. Outcomes were assessed at discharge and 6 months postoperatively. A total of 40 defects (ranging in size from 0.3 to 20cm², including 18 superficial and 22 full-thickness eyelid defects) underwent superficial lamellar reconstruction using the following techniques: 1 direct closure, 22 cheek rotational flaps, 8 cheek transposition flaps, 5 V-Y advancement cheek flaps, and 4 nasolabial rotation flaps. Deep lamellar reconstruction involved 16 conjunctival advancement flaps and 6 cases utilizing auricular cartilage and oral mucosa grafts. At discharge, 100% of flaps/grafts demonstrated complete survival, with no reported case of bleeding or infection. At the 6-month follow-up (26 patients), 10 cases of ectropion and 14 cases of epiphora were observed, with no evidence of tumor recurrence. The results indicate that the majority of lower eyelid defects following basal cell carcinoma excision can be safely reconstructed using local flaps. However, functional and aesthetic outcomes of the lower eyelid vary depending on several factors, including the location, size, and depth of the defect, as well as the quality of the reconstructive materials.

Keywords: Basal cell carcinoma, soft defect, lower eyelid reconstruction.