

TẠO HÌNH GÓC MẮT TRONG SAU CẮT UNG THƯ TẾ BÀO ĐÁY BẰNG NHIỀU VẬT TẠI CHỖ: LOẠT CA LÂM SÀNG

Dương Mạnh Chiến^{1,2,3} và Lê Trung Thành^{1,✉}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

³Bệnh viện K

Tái tạo vùng góc mắt trong sau cắt ung thư biểu mô tế bào đáy là một thách thức lớn trong phẫu thuật tạo hình do đặc điểm giải phẫu phức tạp và yêu cầu cao về chức năng, thẩm mỹ. Bài viết trình bày 6 trường hợp lâm sàng với các tổn khuyết vùng góc mắt trong có kích thước và mức độ xâm lấn khác nhau, được tạo hình bằng cách kết hợp nhiều vật tại chỗ, bao gồm vật da cơ mi trên, vật da cơ mi dưới, vật bán nguyệt, vật chuyển vùng góc mũi, vật chuyển vùng gian mày, vật chuyển, vật V-Y và vật lật vùng má. Tất cả các ca đều liền thương tốt, không có biến chứng nặng sau mổ, kết quả theo dõi xa trên 6 tháng ở 4 bệnh nhân cho thấy sự phục hồi tốt về mặt hình thể và chức năng vận động của mi mắt, trong đó có 2 bệnh nhân còn tình trạng chảy nước mắt liên tục do tổn thương hệ thống lệ ty. Việc lựa chọn phối hợp nhiều vật tại chỗ theo từng đơn vị giải phẫu cho thấy hiệu quả rõ rệt trong việc tái tạo các tổn khuyết rộng vùng góc mắt trong, góp phần tối ưu hóa kết quả lâu dài cả về mặt hình thể và chức năng.

Từ khóa: Ung thư tế bào đáy, khuyết vùng góc mắt trong, tạo hình góc mắt trong.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào đáy là loại ung thư da phổ biến nhất, thường gặp ở người lớn tuổi và có xu hướng khu trú tại vùng đầu mặt cổ, đặc biệt là các vùng da tiếp xúc nhiều với ánh nắng mặt trời. Trong số đó, vùng quanh ổ mắt chiếm tỷ lệ đáng kể, với góc mắt trong là vị trí phổ biến thứ hai sau mi dưới.¹ Do đặc điểm giải phẫu vùng góc mắt trong bao gồm nhiều cấu trúc quan trọng như mi mắt trên và dưới, dây chằng góc mắt trong, hệ thống lệ ty, xương chính mũi... việc tái tạo tổn khuyết sau cắt u tại vùng này luôn đặt ra những thách thức lớn cho phẫu thuật viên tạo hình.

Ngoài việc phục hồi chức năng nhắm mở

mắt, dẫn lưu lệ và cố định góc mắt, phẫu thuật tạo hình vùng này còn cần đạt được sự hài hòa về hình thể, bảo tồn độ lõm tự nhiên và hạn chế tối đa biến dạng của mô mềm xung quanh. Bên cạnh đó, đặc điểm da vùng góc mắt trong mỏng, ít di động, liền kề với nhiều đơn vị thẩm mỹ như mi trên, mi dưới, mũi, má khiến cho việc lựa chọn kỹ thuật tạo hình cần được cân nhắc cẩn thận dựa trên từng thành phần tổn thương.

Hiện nay, có nhiều phương pháp được áp dụng trong tái tạo tổn khuyết vùng góc mắt trong như liền thương tự nhiên, ghép da, vật tại chỗ đơn lẻ hoặc kết hợp nhiều vật. Tuy nhiên, với các tổn khuyết rộng và phức tạp sau cắt u triệt căn, đặc biệt khi có tổn thương phối hợp nhiều lớp mô và cấu trúc giải phẫu, việc sử dụng phối hợp nhiều vật tại chỗ mang lại hiệu quả rõ rệt, giúp tạo hình từng đơn vị cấu trúc theo đúng đặc điểm giải phẫu học.²

Tác giả liên hệ: Lê Trung Thành

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: thanhletrung98@gmail.com

Ngày nhận: 12/05/2025

Ngày được chấp nhận: 25/06/2025

Trong bài viết này, chúng tôi trình bày loạt ca lâm sàng gồm 6 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào đáy vùng góc mắt trong được tạo hình sau cắt u bằng nhiều vật tại chỗ khác nhau, qua đó phân tích chiến lược tạo hình theo từng mức độ tổn thương cụ thể, nhằm đưa ra cách tiếp cận hiệu quả và linh hoạt cho loại tổn khuyết đặc biệt vùng này.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Tác giả báo cáo 6 ca lâm sàng có tổn khuyết vùng góc mắt trong sau cắt bỏ ung thư biểu mô tế bào đáy, được phẫu thuật tạo hình bằng nhiều vật tại chỗ tại bệnh viện K từ năm 2018-2025.

Với các tổn khuyết vùng góc mắt trong, chúng tôi tiếp cận theo các tiêu chí: Khuyết da

vùng góc mắt trong, lá trước, lá sau của mi mắt, dây chằng góc mắt trong, hệ thống lệ ty, màng xương và xương của thành trong ổ mắt. Với mỗi tổn thương chúng tôi có các phương pháp tạo hình khác nhau, theo nguyên tắc chung là: (1) Phục hồi dây chằng góc mắt trong. (2) Đóng kín tổn khuyết thông với khoang mũi hoặc xoang. (3) Tạo hình đủ lá trước và sau của mi mắt. (4) Tạo hình khuyết da vùng góc mắt trong theo các đơn vị giải phẫu. Dựa trên giải phẫu vùng góc mắt trong, chúng tôi chia tổn khuyết da thành bốn tiểu đơn vị: Vùng 1 – Mi trên; Vùng 2 – Góc mũi; Vùng 3 – Thành bên mũi; Vùng 4 – Mi dưới. Với từng tiểu đơn vị, chúng tôi lập chiến lược tái tạo riêng để đảm bảo phục hồi tốt cả về mặt hình thể và chức năng của mi mắt.



Hình 1. Các tiểu đơn vị vùng góc mắt trong

Sau mổ, bệnh nhân được đánh giá kết quả gần khi ra viện và kết quả xa sau 6 tháng. Trong quá trình nằm viện, mỗi bệnh nhân đều được theo dõi về các biến chứng sau phẫu thuật bao gồm hoại tử vật da, tụ máu, nhiễm trùng. Khám lại sau 6 tháng, kết quả thẩm mỹ được đánh giá là bình thường khi không quan sát thấy trĩ mi, lệch góc mắt, sẹo xấu. Kết quả chức năng được xác định là bình thường nếu chức năng mở và đóng của mi mắt tái tạo được bảo toàn và không có hiện tượng chảy nước mắt quá mức.

Ca bệnh số 1

Bệnh nhân nữ, 59 tuổi. Chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào đáy góc mắt trong trái. Sau phẫu thuật cắt u để lại tổn thương rộng kích thước 2x2cm vùng góc mắt trong không khuyết bờ mi, độ sâu khuyết đến lớp cơ vòng mi, không có tổn thương dây chằng góc mắt trong và hệ thống lệ ty. Với tổn khuyết đơn thuần này có thể sử dụng một vật tại chỗ lấy mô từ vùng gian mày hoặc má để che phủ tổn khuyết, tuy nhiên phương pháp này có thể làm ảnh hưởng đến độ lõm tự nhiên của vùng góc mắt trong do mô

vùng gian mày hay má quá dày. Lựa chọn của tác giả trong trường hợp này là sử dụng hai vạt với chất liệu da tương đương với vùng góc mắt trong: Vạt chuyển lấy da ở vùng góc mũi để che phủ phần gốc mũi của tổn khuyết, và

vạt da cơ mi dưới để che phủ phần mi dưới của tổn khuyết, với vị trí đóng vạt trùng với đường langer. Kết quả theo dõi xa tốt cả về mặt hình thể và chức năng của mi mắt.



Hình 2. Bệnh nhân nữ, 59 tuổi, ung thư biểu mô tế bào đáy góc mắt trong trái

Ca bệnh số 2

Bệnh nhân nam, 70 tuổi. Chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào đáy góc mắt trong trái. Sau phẫu thuật cắt u để lại tổn khuyết rộng kích thước 2x3 cm, bao gồm khuyết một phần gốc mũi và thành bên mũi, đáy tổn khuyết lộ xương chính mũi, không có tổn thương dây chằng góc mắt trong và hệ thống lệ ty. Trong trường hợp này, tổn khuyết ưu thế ở vùng mũi, vì vậy yêu cầu một chất liệu có độ dày tương đương da

vùng mũi để tạo hình che phủ. Với phần tổn khuyết vùng gốc mũi, do kích thước khuyết lớn, tác giả đã sử dụng vạt chuyển lấy từ vùng gian mày thay vì lấy trực tiếp từ vùng gốc mũi để tạo hình. Với phần tổn khuyết vùng thành bên mũi, một vạt chuyển lấy mô từ vùng má liền được lựa chọn để che phủ. Sau phẫu thuật vết mổ liền tốt, không xảy ra biến chứng hoại tử vạt, tụ máu hay nhiễm trùng.



Hình 3. Bệnh nhân nam, 70 tuổi, ung thư biểu mô tế bào đáy góc mắt trong trái

Ca bệnh số 3

Bệnh nhân nam, 82 tuổi. Chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào đáy góc mắt trong trái. Bệnh nhân đã được phẫu thuật cắt bỏ khối u, để lại tổn khuyết rộng kích thước 4x3 cm bao gồm khuyết một phần gốc mũi, thành bên mũi và má, còn bảo tồn được bờ mi, không có tổn thương dây chằng góc mắt trong và hệ thống lệ ty, không lộ màng xương. Chúng tôi chia tổn khuyết thành hai phần và lựa chọn hai vạt tại chỗ để tạo hình riêng hai vùng này. Với khuyết

hồng vùng gốc mũi, chúng tôi sử dụng một vạt chuyển lấy mô từ vùng gian mày với độ dày tương đương da vùng mũi. Với tổn khuyết vùng thành bên mũi và má, do kích thước khuyết lớn, chúng tôi huy động một lượng lớn mô bằng cách sử dụng vạt đẩy V-Y từ vùng rãnh mũi má để che phủ khuyết. Bệnh nhân không gặp một biến chứng nào thời điểm ra viện. Bệnh nhân cho kết quả xa khá tốt về sẹo và chức năng của mi mắt.



Hình 4. Bệnh nhân nam, 82 tuổi, ung thư biểu mô tế bào đáy góc mắt trong trái

Ca bệnh số 4

Bệnh nhân nam, 76 tuổi. Bệnh nhân đến khám trong tình trạng khối ung thư tế bào đáy lan rộng vùng mũi và mi mắt. Sau cắt u để lại tổn thương rộng kích thước 3,5x3cm bao gồm khuyết da vùng mũi, lá trước của 1/2 trong mi trên và 1/4 trong mi dưới, tổn thương dây chằng góc mắt trong và hệ thống lệ ty, màng xương còn nguyên vẹn. Tác giả tiến hành cố định góc mắt trong bằng khâu treo dây chằng với màng xương của thành trong ổ mắt với chỉ nylon 4/0. Sau đó phân chia tổn khuyết da thành ba vùng và tạo hình dựa trên thành phần tổn khuyết. Với tổn khuyết vùng mũi, sử dụng một vạt chuyển

từ vùng gian mày là phù hợp do tổn khuyết kích thước lớn và nằm gần về phía gốc mũi. Với tổn khuyết lá trước của mi trên và mi dưới, chúng tôi tin rằng không một chất liệu tạo hình nào phù hợp hơn da vùng mi cạnh tổn khuyết. Hai vạt da cơ mi trên và mi dưới được sử dụng để che phủ tổn khuyết trong trường hợp trên. Theo dõi xa cho kết quả tốt về hình thể và chức năng nhắm mở của mi mắt. Tuy nhiên do tổn thương lỗ đổ vào của hệ thống lệ ty nằm ở phía trong của bờ mi, bệnh nhân gặp phải tình trạng chảy nước mắt liên tục. Bệnh nhân hài lòng với kết quả hiện tại.

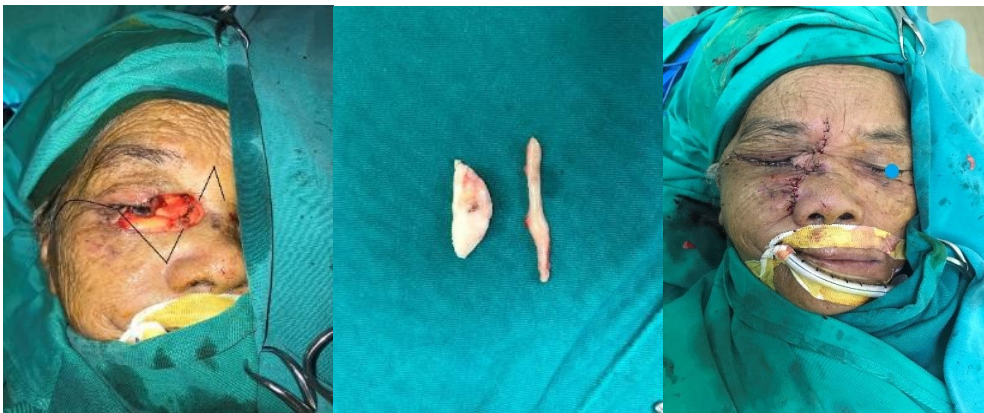


Hình 5. Bệnh nhân nam, 76 tuổi, ung thư biểu mô tế bào đáy góc mắt trong phải

Ca bệnh số 5

Bệnh nhân nữ, 89 tuổi. Chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào đáy vùng góc mắt trong phải. Bệnh nhân đã được cắt bỏ rộng khối u, để lại tổn thương kích thước 3,5x2,5cm, bao gồm khuyết toàn bộ độ dày 1/4 trong mi trên, 1/2 trong mi dưới, dây chằng góc mắt trong, hệ thống lệ ty, tuy nhiên màng xương còn nguyên vẹn. Với tổn thương này, việc tạo hình lại các thành phần của góc mắt trong sẽ phức tạp hơn do tổn thương cả lá trước và lá sau của mi mắt. Chúng tôi tiến hành cố định góc mắt trong bằng chỉ nylon 4/0, sau đó sử dụng các vạt da để che phủ tổn khuyết theo các vùng giải phẫu. Với tổn

khuyết mi trên và gốc mũi, chúng tôi tái tạo lá trước mi trên bằng cách sử dụng vạt chuyển vùng gian mày, và tái tạo lá sau bằng ghép niêm mạc miệng lên mặt sau của vạt. Trong khi đó với tổn thương mi dưới, do khuyết vùng này lớn, với độ rộng khoảng 1/2 chiều dài mi dưới, chúng tôi huy động cả tổ chức mi dưới liền kề và da vùng thái dương bằng cách sử dụng vạt bán nguyệt để tạo hình lá trước và ghép sụn vành tai và niêm mạc miệng vào mặt sau vạt để tạo hình lá sau của mi dưới. Sau phẫu thuật vết mổ liền tốt, không xảy ra biến chứng hoại tử vạt, tụ máu hay nhiễm trùng.



Hình 6. Bệnh nhân nữ, 89 tuổi, ung thư biểu mô tế bào đáy góc mắt trong trái

Ca bệnh số 6

Bệnh nhân nữ, 56 tuổi. Chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào đáy vùng góc mắt trong phải xâm lấn màng xương. Bệnh nhân đã được cắt bỏ rộng khối u, để lại tổn thương kích thước 2,5x2,5cm, bao gồm khuyết một phần gốc mũi, toàn bộ độ dày 1/4 trong mi trên, mi dưới, dây chằng góc mắt trong, hệ thống lệ tự và một phần xương chính mũi. Yêu cầu đặt ra trong trường hợp này là cần đóng kín lỗ thông với ổ mũi, cố định góc mắt, phục hồi lá trước và lá sau của mi mắt và che phủ khuyết da vùng góc mắt trong. Chúng tôi đã sử dụng một vạt lật lấy từ vùng rãnh mũi má, lật 180° khâu dính vào màng xương để che phủ khuyết xương mũi, phần da của vạt được sử dụng để thay thế niêm mạc mũi, nơi cho vạt đóng trực tiếp với đường khâu trùng rãnh mũi má. Với tổn khuyết gốc mũi và mi trên, chúng tôi tái tạo lá trước

mi trên bằng cách sử dụng vạt chuyển vùng gian mày, và tái tạo lá sau bằng ghép niêm mạc miệng lên mặt sau của vạt. Trong khi đó với tổn thương mi dưới, do khuyết vùng này không nhiều, chúng tôi sử dụng chính vạt da cơ mi dưới để tạo hình lá trước và ghép sụn vành tai và niêm mạc miệng vào mặt sau vạt để tạo hình lá sau của mi dưới. Do không còn màng xương ở vị trí dây chằng góc mắt trong bám, chúng tôi cố định góc mắt bằng hiệu ứng treo trên trong của vạt chuyển vùng gian mày. Đánh giá kết quả xa, bệnh nhân cho kết quả khá tốt về mặt hình thể và chức năng nhắm mở mắt, đường thở thông thoáng, tuy nhiên khoảng cách giữa hai góc mắt có hiện tượng giãn rộng hơn do góc mắt chưa được cố định vào màng xương. Tình trạng chảy nước mắt liên tục cũng gặp do tổn thương hệ thống lệ tự. Bệnh nhân hài lòng với kết quả phẫu thuật.



Hình 7. Bệnh nhân nữ, 56 tuổi, ung thư biểu mô tế bào đáy góc mắt trong phải

III. BÀN LUẬN

Vùng quanh ổ mắt bao gồm năm vùng: mi mắt trên, mi mắt dưới, vùng góc mắt trong, vùng góc mắt ngoài, và vùng tiếp giáp. Trong đó vùng góc mắt trong là vị trí phổ biến thứ hai đối với ung thư biểu mô tế bào đáy quanh ổ mắt.³ Tái tạo sau khi cắt bỏ khối u vùng góc mắt trong là một vấn đề thách thức do kích thước

tổn khuyết thường lớn, có thể tổn thương các cấu trúc giải phẫu quan trọng như dây chằng góc mắt trong, hệ thống lệ tự, khó khăn trong việc huy động được mô có màu sắc và độ dày thích hợp để che phủ tổn khuyết. Ngoài ra, duy trì độ lõm tự nhiên của vùng mà không làm biến dạng mô xung quanh, đạt được tính đối xứng

và đảm bảo chuyển động của mi mắt mà không bị trĩ mi phải được xem xét trong quá trình tái tạo.⁴

Trong quá trình loại bỏ khối u, dây chằng góc trong và ống lệ mũi có thể bị cắt bỏ, như trong nghiên cứu của chúng tôi. Việc loại bỏ hai cấu trúc này có thể dẫn đến tình trạng chảy nước mắt, khoảng cách hai góc mắt giãn rộng và trĩ mi về lâu dài. Trong nghiên cứu này, chúng tôi phục hồi dây chằng góc mắt trong bị tổn thương bằng cách khâu treo với màng xương bằng chỉ nylon 4/0 ở 2 bệnh nhân, kết quả theo dõi xa khá tốt với vị trí của hai góc mắt khá tương đồng. Có 1 trường hợp khuyết xương không còn điểm bám để khâu dây chằng góc mắt trong, tình trạng trĩ mi và giãn rộng góc mắt sau mổ vẫn phần nào được hạn chế nhờ hiệu ứng treo trên trong của vạt da vùng gian mày, tuy nhiên theo dõi xa vẫn còn hiện tượng giãn rộng khoảng cách giữa hai góc mắt, cho thấy tầm quan trọng của việc cố định tốt dây chằng góc mắt trong. Tình trạng chảy nước mắt là không thể tránh khỏi trong trường hợp các cấu trúc lỗ lệ và ống dẫn lệ bị cắt bỏ. Sau quá trình theo dõi xa, bệnh nhân sẽ được chỉ định phẫu thuật nối thông túi lệ với mũi nếu không có dấu hiệu tái phát và bệnh nhân có nhu cầu.⁵

Với các tổn thương khuyết xương thông với ổ mũi hoặc xoang, nếu như không xử lý triệt để các tổn thương này, lỗ rò có thể dẫn lưu dịch nhầy mủ và gây nhiễm trùng hốc mắt cũng như làm tổn thương da. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 bệnh nhân có khuyết xương chính mũi sau cắt u, dẫn đến tổn thương thông với ổ mũi. Chúng tôi đã sử dụng vạt lật vùng rãnh mũi má và sử dụng mặt thượng bì của vạt để lót mặt trong của tổn khuyết. Kết quả theo dõi xa cho thấy vết mổ liền tốt, bệnh nhân không gặp vấn đề gì về đường thở, sẹo nơi cho vạt khá thẩm mỹ do trùng với rãnh mũi má. Với dạng tổn thương này, một số tác giả sử dụng

vạt cân lấy từ vùng trán để lót mặt trong của ổ mũi.⁶ Đây cũng là một phương pháp hiệu quả trong tạo hình che phủ khuyết xương vùng góc mắt trong.

Sau khi xử lý tổn thương xương và dây chằng, với các khuyết da vùng góc mắt trong, có một số kỹ thuật để tạo hình che phủ như liền thương tự nhiên, đóng trực tiếp, ghép da, vạt tại chỗ... Liền thương tự nhiên là phương pháp tái tạo góc mắt trong đơn giản nhất. Ưu điểm là không cần phẫu thuật thêm. Tuy nhiên, bên cạnh thời gian lành vết thương kéo dài và cần chăm sóc vết thương tỉ mỉ, nhược điểm còn bao gồm sẹo co kéo quá mức gây biến dạng, trĩ mi, lông mi mọc ngược, sẹo phì đại...⁵ Phương pháp đóng vết thương trực tiếp ít được sử dụng ở vùng góc mắt trong hơn so với các khu vực khác trên khuôn mặt do tổ chức da thiếu sự linh động để đóng theo chiều ngang và nguy cơ làm biến dạng bờ mi hoặc độ lõm tự nhiên. Các tổn khuyết góc mắt trong cũng có thể được che phủ bằng phương pháp ghép da. Tuy nhiên, không thể sử dụng ghép nếu màng xương bị cắt bỏ. Đặc biệt, da ghép có xu hướng co lại, cộng thêm các biến chứng lâu dài là màu sắc và kết cấu không phù hợp, tăng hoặc giảm sắc tố và đặc biệt là phì đại mảnh ghép, dẫn đến kết quả thẩm mỹ và chức năng kém.⁷ Xét đến những nhược điểm của những phương pháp trên, chúng tôi ưu tiên sử dụng vạt tại chỗ để tạo hình các khuyết hổng da vùng góc mắt trong ở các bệnh nhân sau cắt ung thư tế bào đáy. Trong nhiều trường hợp, một vạt đơn lẻ không đủ che phủ các tổn khuyết rộng gồm nhiều tiểu đơn vị giải phẫu, do đó, việc phối hợp nhiều loại vạt là cần thiết để đạt được hiệu quả tối ưu trong tái tạo.⁵

Đối với tổn khuyết thuộc tiểu đơn vị mi trên, chúng tôi nhận thấy không có chất liệu nào phù hợp hơn da vùng mi lân cận để tái tạo. Theo nguyên tắc Mustarde, các tổn khuyết nhỏ hơn

1/4 chiều dài mi trên có thể được đóng trực tiếp.⁸ Trong nghiên cứu, hai bệnh nhân có tổn khuyết phối hợp giữa vùng gốc mũi và 1/4 chiều dài mi trên đã được tạo hình bằng cách khâu trực tiếp da mi vào vạt chuyển từ vùng gian mày, tận dụng tính chất co giãn của vùng da này. Một trường hợp khác có tổn khuyết 1/2 chiều dài mi trên được tái tạo bằng vạt da cơ mi trên, tương đồng với nghiên cứu của Altin Ekin M (2019), cho thấy khả năng che phủ đến 50% chiều dài lá trước của mi mất với loại vạt này.⁹ Đối với các tổn khuyết toàn bộ chiều dài mi trên, chúng tôi ghép sụn vành tai kết hợp với niêm mạc miệng vào mặt sau của vạt để tái tạo lá sau, mang lại kết quả tốt cả về hình thể và chức năng mi mắt.

Với các tổn khuyết ở tiểu đơn vị gốc mũi, chúng tôi ưu tiên sử dụng các vạt chuyển từ vùng gốc mũi hoặc vùng gian mày, là những vùng da cạnh tổn khuyết và có chất lượng mô tương đương. Theo nghiên cứu của Tasch C và cộng sự (2022), da vùng mũi được xem là mô lý tưởng cho tạo hình vùng gốc mũi, vượt trội hơn mô vùng gian mày hoặc trán.¹⁰ Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, việc sử dụng vạt từ vùng gian mày vẫn cho kết quả khá tốt. Với những trường hợp tổn thương đồng thời cả gốc mũi và mi trên, nếu khuyết mi dưới 1/4 chiều dài thì chỉ cần sử dụng vạt gian mày. Nếu tổn khuyết vượt quá mức này, chúng tôi kết hợp vạt da cơ mi trên với vạt gian mày nhằm đảm bảo tạo hình phù hợp từng tiểu đơn vị giải phẫu.

Trong các tổn khuyết thuộc tiểu đơn vị thành bên mũi, các vạt chuyển từ gốc mũi hoặc gian mày vẫn có thể sử dụng, tuy nhiên ở những tổn thương vị trí thấp, vạt dễ bị căng, ảnh hưởng đến kết quả thẩm mỹ. Do đó, chúng tôi ưu tiên lấy mô từ vùng má để tái tạo, nhờ tính di động và độ dày mô phù hợp, dưới dạng vạt chuyển hoặc vạt đẩy V-Y. Trong nghiên cứu, có hai bệnh nhân được tái tạo vùng này bằng tổ chức

mô vùng má. Một trường hợp có tổn khuyết ở cả vùng gốc mũi và thành bên mũi, được điều trị bằng sự kết hợp giữa vạt chuyển vùng gian mày và vạt chuyển từ vùng má, theo cách tiếp cận tương tự như Tasch C và cộng sự (2022).¹⁰ Trường hợp còn lại có tổn khuyết rộng liên quan cả gốc mũi, thành bên mũi và má, được tái tạo bằng cách kết hợp vạt chuyển vùng gian mày với vạt V-Y để tối ưu hóa lượng mô che phủ. Kết quả theo dõi xa cho thấy hình thể và chức năng mi mắt tốt, tương tự như nghiên cứu của Kesiktaş E (2015) khi phối hợp hai loại vạt để tái tạo tổn khuyết rộng tại vùng góc mắt trong.⁵

Đối với tổn khuyết ở tiểu đơn vị mi dưới, chúng tôi áp dụng nguyên tắc tương tự như với mi trên: ưu tiên sử dụng da vùng mi dưới lân cận để tái tạo. Trong nghiên cứu, chúng tôi đã sử dụng vạt da cơ mi dưới ở ba bệnh nhân để che phủ các tổn khuyết phần mềm dưới 1/4 chiều dài mi dưới, và một bệnh nhân được tái tạo tổn khuyết 1/2 chiều dài mi dưới bằng vạt bán nguyệt, phương pháp này phù hợp với nghiên cứu của Cha và Lee (2020).¹¹ Trong những tổn thương toàn bộ chiều dài mi dưới, chúng tôi sử dụng kết hợp hai loại vạt trên để tạo hình lá trước, đồng thời ghép sụn vành tai và niêm mạc miệng cho phần lá sau nhằm đảm bảo đủ các lớp cấu trúc của mi, tăng độ vững chắc và tránh biến chứng trễ mi do co kéo kết mạc về sau.¹²

IV. KẾT LUẬN

Tạo hình góc mắt trong sau cắt ung thư biểu mô tế bào đáy là một thách thức do đặc điểm giải phẫu phức tạp, đòi hỏi sự linh hoạt trong lựa chọn kỹ thuật tạo hình. Việc sử dụng phối hợp nhiều vạt tại chỗ theo từng đơn vị giải phẫu trong các tổn khuyết lớn giúp phục hồi hình thái tự nhiên của góc mắt trong, hạn chế biến dạng và đạt kết quả lâu dài tốt cả về chức năng và thẩm mỹ. Để có được kết quả tối ưu, cần đánh giá đầy đủ các thành phần tổn thương giúp đưa

ra các phương án tạo hình hợp lý.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ogino A, Onishi K, Okada E, et al. Medial canthal reconstruction with multiple local flaps. *JPRAS Open*. 2017;15:4-9. doi:10.1016/j.jpra.2017.08.007
2. Diaz Cespedes RA, Ortega Evangelio L, Oprisan A, et al. Utility of the Glabellar Flap in the Reconstruction of Medial Canthal Tumors after Mohs Surgery. *Turk J Ophthalmol*. 2021;51(2):118-122. doi:10.4274/tjo.galenos.2020.04641
3. Turgut G, Ozcan A, Yeşiloğlu N, et al. A new glabellar flap modification for the reconstruction of medial canthal and nasal dorsal defects: "flap in flap" technique. *J Craniofac Surg*. 2009;20(1):198-200. doi:10.1097/SCS.0b013e318191cfca
4. Dharmawan N, Frieda, Julianto I. Resolving trapdoor phenomenon without secondary procedure after forehead flap on medial canthal region. *Dermatol Rep*. 2023;15(3):9590. doi:10.4081/dr.2023.9590
5. Kesiktas E, Eser C, Gencel E, et al. A useful flap combination in wide and complex defect reconstruction of the medial canthal region: Glabellar rotation and nasolabial V-Y advancement flaps. *Plast Surg*. 2015;23(2):113. doi:10.4172/plastic-surgery.1000910
6. Leatherbarrow B, Watson A, Wilcsek G. Use of the pericranial flap in medial canthal reconstruction: another application for this versatile flap. *Ophthal Plast Reconstr Surg*. 2006;22(6):414-419. doi:10.1097/01.iop.0000243606.14193.34
7. Leibovitch I, Huilgol SC, Hsuan JD, et al. Incidence of host site complications in periocular full thickness skin grafts. *Br J Ophthalmol*. 2005;89(2):219-222. doi:10.1136/bjo.2004.052639
8. Trần Thiết Sơn và cộng sự. *Bài giảng phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ cơ bản*. Nhà xuất bản y học; 2020.
9. Altin Ekin M, Karadeniz Ugurlu S. Effect of Eyelid Involvement in the Reconstruction of Medial Canthal Defects. *Facial Plast Surg FPS*. 2019;35(4):410-419. doi:10.1055/s-0039-1694722
10. Tasch C, Pattiss A, Lanthaler M, et al. A Modified Rhomboid Flap for Medial Canthal Reconstruction. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2022;10(1):e4074. doi:10.1097/GOX.0000000000004074
11. Cha JA, Lee KA. Reconstruction of periorbital defects using a modified Tenzel flap. *Arch Craniofacial Surg*. 2020;21(1):35. doi:10.7181/acfs.2019.00577
12. 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

Summary

MEDIAL CANTHUS RECONSTRUCTION AFTER BASAL CELL CARCINOMA EXCISION USING MULTIPLE LOCAL FLAPS: A CASE SERIES

Reconstruction of the medial canthal area after excision of basal cell carcinoma poses a significant challenge in reconstructive surgery due to the region's complex anatomical structures and its high functional and aesthetic demands. This article presents six clinical cases involving medial canthal defects of varying sizes and degrees of invasion, reconstructed using a combination of multiple local flaps. These include upper eyelid myocutaneous flaps, lower eyelid myocutaneous flaps, tenzel flaps, nasal root transposition flaps, glabellar transposition flaps, cheek transposition flaps, cheek V-Y advancement flaps, and cheek turnover flaps. All cases demonstrated good wound healing with no major postoperative complication. Long-term follow-up (over 6 months) in four patients showed satisfactory restoration in both the morphology and motor function of the eyelids. However, two patients continued to experience persistent epiphora due to lacrimal drainage system injury. The strategic combination of multiple local flaps tailored to each anatomical subunit proved highly effective in reconstructing extensive medial canthal defects, contributing to optimized long-term outcomes in both form and function.

Keywords: Basal cell carcinoma, medial canthal defect, medial canthus reconstruction.