

KẾT QUẢ TẠO HÌNH KHUYẾT PHẦN MỀM VÙNG LƯNG SAU CẮT BỎ UNG THƯ

Dương Mạnh Chiến^{1,2}, Phạm Thái Hòa² và Nguyễn Ngọc Linh^{1,✉}

¹Bệnh viện Nhiệt đới Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu đánh giá kết quả tạo hình che phủ tổn khuyết sau phẫu thuật cắt khối ung thư da vùng lưng trên 25 bệnh nhân tại Bệnh viện K từ tháng 8/2017 đến 8/2025. Tổn khuyết có kích thước lớn nhất: 20x30cm, nhỏ nhất: 8x8cm. Phân bố vị trí tổn khuyết: 48% ở 1/3 trên lưng, 16% ở 1/3 giữa lưng, 36% ở thắt lưng và cùng cụt. Các khuyết tổn này được che phủ bằng 12 vạt da cơ cuống liền, 2 vạt tại chỗ cuống ngẫu nhiên và 7 vạt mạch xuyên, 2 ghép da dày toàn bộ và 2 đóng trực tiếp. Sức sống vạt/da ghép sau mổ: 72% sống hoàn toàn, 16% hoại tử một phần và 12% hoại tử hoàn toàn. Theo dõi từ 6 đến 72 tháng sau phẫu thuật được 24/25 bệnh nhân cho kết quả tốt về sẹo, độ dày, màu sắc, đường viền, mật độ vạt hai bệnh nhân tái phát ung thư. Phẫu thuật cắt rộng khối ung thư da, phần mềm vùng lưng thường để lại tổn khuyết rộng, sâu, và ở đa dạng vị trí. Vạt da cơ cuống liền và vạt mạch xuyên là phương pháp điều trị hiệu quả sau cắt bỏ ung thư phần mềm vùng lưng, đem lại chất liệu che phủ có sức sống cao, phù hợp về màu sắc, độ dày, đảm bảo yêu cầu về thẩm mỹ và chức năng. Việc lựa chọn cụ thể loại vạt sử dụng phụ thuộc vào vị trí và kích thước của tổn khuyết, đây cũng là các yếu tố chính ảnh hưởng đến kết quả tạo hình. Tỷ lệ đạt kết quả tốt chiếm 72 % bệnh nhân ngay sau mổ và 80% sau 6 tháng.

Từ khóa: Tổn khuyết vùng lưng, tạo hình, vạt mạch xuyên, vạt da cơ cuống liền.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư da là loại ung thư thường gặp, chiếm khoảng 8% các loại ung thư, trong khi ung thư mô liên kết (sarcoma) là ung thư hiếm, chỉ chiếm khoảng 1% các loại ung thư.^{1,2} Phẫu thuật cắt rộng u và tạo hình cùng thì hiện vẫn là điều trị triệt căn nền tảng cho ung thư da và phần mềm. Các khuyết hổng phần mềm sau cắt ung thư thường là khuyết tổn rộng, nhiều thành phần, độ sâu lớn, thường chậm liền và khó hồi phục do lưng là nơi chịu lực lớn khi nằm, đặc biệt là vùng dọc giữa của cơ thể. Điều này gây nhiều khó khăn cho quá trình điều trị và tạo hình. Thực trạng này yêu cầu các bác sĩ phẫu thuật tạo hình cần lựa chọn chất liệu phù

hợp cho những bệnh nhân có tổn khuyết phức tạp vùng lưng do các nguyên nhân khác nhau trên. Có nhiều kỹ thuật tạo hình từ đơn giản đến phức tạp đã được sử dụng cho các tổn khuyết vùng lưng trong như đóng trực tiếp, ghép da, vạt tại chỗ cuống ngẫu nhiên, vạt da cơ lân cận, và gần đây nhất là vạt mạch xuyên với các ưu nhược điểm khác nhau. Các kĩ thuật này được lựa chọn sử dụng tùy theo vị trí, kích thước và tính chất của tổn khuyết.⁴ Chúng tôi nghiên cứu 25 bệnh nhân khuyết phần mềm vùng lưng sau cắt bỏ ung thư được tạo hình bằng các phương pháp khác nhau trong đó gồm: đóng trực tiếp, ghép da dày, vạt tại chỗ cuống ngẫu nhiên, vạt da cơ cuống mạch liền, vạt mạch xuyên với mục tiêu mô tả kết quả tạo hình khuyết hổng sau cắt bỏ ung thư phần mềm, giúp định hướng cho các bác sĩ lâm sàng trong việc lựa chọn và áp dụng phương pháp tạo hình phù hợp nhất

Tác giả liên hệ: Nguyễn Ngọc Linh

Bệnh viện Nhiệt đới Trung ương

Email: dr.ngoclinhnguyen0512@gmail.com

Ngày nhận: 29/05/2025

Ngày được chấp nhận: 27/06/2025

cho bệnh nhân theo từng vị trí 1/3 trên, 1/3 giữa và 1/3 dưới của vùng lưng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Nghiên cứu được tiến hành trên các bệnh nhân ung thư vùng lưng: gồm cả vùng cổ sau, trên và sau vai, cùng cắt được chẩn đoán xác định nhờ kết quả mô bệnh học và hóa mô miễn dịch, được phẫu thuật cắt rộng khối u và che phủ bằng các phương pháp tạo hình khác nhau từ tháng 8/2017 đến tháng 8/2025 tại Bệnh viện K.

Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư da và phần mềm vùng lưng nhờ kết quả mô bệnh học, được phẫu thuật cắt rộng khối u và tạo hình che phủ khuyết tổn bằng các phương pháp tạo hình khác nhau.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân và gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu, hoặc không

theo dõi, không được đánh giá kết quả sau phẫu thuật.

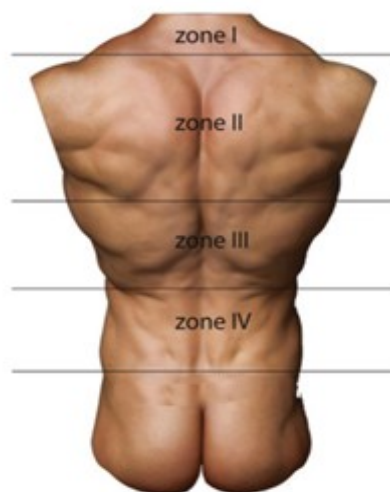
2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng.

Cỡ mẫu 25 bệnh nhân và phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

Bệnh nhân được đánh giá qua các chỉ số nghiên cứu gồm: Tuổi, giới, tiền sử, kết quả giải phẫu bệnh sau mổ, vị trí tổn khuyết, kích thước tổn khuyết, độ sâu tổn khuyết, phương pháp tạo hình, phương pháp đóng nơi cho vật/da ghép, sức sống vật/da ghép, tình trạng liền thương nơi cho vật/da ghép, kết quả xa nơi cho vật/da ghép và nơi nhận vật/da ghép.

Vị trí các tổn khuyết vùng lưng được chia thành 4 vùng dựa theo Hallock GG gồm⁶: vùng cổ sau (Z1), vùng lưng trên (bao gồm cả vùng trên vai và sau vai) (Z2), vùng lưng giữa (Z3), vùng thắt lưng và sau xương cùng cột (Z4).



Hình 1. Vị trí các tổn khuyết vùng lưng

Ca mổ được tiến hành bởi 2 kíp phẫu thuật: bác sĩ ung thư phẫu thuật cắt khối u và bác sĩ phẫu thuật tạo hình che phủ tổn khuyết. Bác sĩ phẫu thuật tạo hình đánh giá tổn khuyết sau thì cắt khối u: diện tích, độ sâu, nền tổn khuyết. Tổn khuyết sau cắt u được che phủ bằng các

phương pháp tạo hình phù hợp, tùy thuộc vào vị trí, mức độ và kích thước.

Các phương pháp tạo hình được sử dụng:

Tổn khuyết phức tạp: kích thước lớn, lộ xương, tiền sử hóa xạ trị, nhiễm trùng nặng, đã

thất bại với các phương án tạo hình trước đó, do kích thước cần che phủ lớn, thiếu nhiều tổ chức hoặc nằm ở vị trí các vùng khớp vận động của chi thể nên các tổn khuyết này ưu tiên sử dụng các vật da cơ cuống mạch liền.

+ 1/3 trên lưng và cổ sau: vật cơ thang và vật cơ lưng rộng.

+ 1/3 giữa lưng: vật mạch xuyên động mạch liên sườn sau.

+ 1/3 dưới lưng và vùng cùi chỏ: vật cơ mông lớn, vật mạch xuyên động mạch mông trên.

Tổn khuyết đơn giản: kích thước nhỏ và vừa, nông, không nhiễm trùng/nhiễm trùng ít, các vị trí không phải vùng tỉ đè có thể sử dụng ghép da, với các tổn khuyết nhỏ có thể đóng trực tiếp hoặc sử dụng vật tại chỗ cuống mạch ngẫu nhiên. Những tổn khuyết cần diện tích vật lớn hơn để che phủ thì lựa chọn ưu thế là vật mạch xuyên.

+ 1/3 trên lưng và cổ sau: vật tại chỗ, vật mạch xuyên động mạch mũ vai, vật mạch xuyên động mạch cổ ngang.

+ 1/3 giữa lưng: vật tại chỗ, vật mạch xuyên động mạch liên sườn sau, động mạch ngực lưng.

+ 1/3 dưới lưng và vùng cùi chỏ: vật tại chỗ, vật mạch xuyên động mạch thất lưng, vật mạch xuyên động mạch mông trên.

Quy trình phẫu thuật:

Bệnh nhân được thiết kế vật, với cuống vật dựa trên động mạch lưng vai hoặc động mạch cổ nông đối với vật da cơ thang, cuống vật dựa trên động mạch ngực lưng với vật da cơ lưng rộng, cuống vật dựa trên động mạch mông trên với vật da cơ mông lớn. Với vật mạch xuyên cuống mạch được xác định trước mổ bằng siêu âm doppler cầm tay và đánh dấu. Xác định điểm xoay của vật.

Phẫu tích vật gồm da, mô dưới da, các phần cơ nằm dưới da. Phẫu tích cuống vật.

Đánh giá cấp máu vật trong mổ bằng phản hồi mao mạch và chảy máu đầu xa mép vật. Rạch da hoặc tạo đường hầm dưới da từ cuống vật đến khuyết phần mềm. Đặt dẫn lưu dưới vật và đường hầm cuống vật. Cố định vật, khâu phục hồi theo lớp các cơ bị tách rời trong lúc lấy vật, khâu đóng trực tiếp vị trí cho vật hoặc ghép da dày toàn bộ bổ sung nếu cần.

Bệnh nhân được đánh giá kết quả gần khi ra viện và kết quả xa sau phẫu thuật trên 6 tháng, trong đó ngắn nhất là sau 6 tháng, dài nhất là sau 72 tháng. Kết quả gần dựa trên sức sống của vật tạo hình và da ghép (sống, hoại tử một phần, hoại tử toàn bộ), liền thương vật và da ghép (liền thương thì đầu, chậm liền thương, nhiễm trùng...). Kết quả xa dựa trên đặc điểm nơi cho vật, da ghép (tính chất sẹo, chức năng vận động khớp vai và cột sống nơi cho vật) và nơi nhận vật (đặc điểm về màu sắc, độ dày, đường viền, mật độ), hoặc nơi nhận da ghép (chức năng vận động khớp vai và cột sống nơi nhận da ghép).

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ đầy đủ các quy định về đạo đức nghiên cứu. Người bệnh được giải thích đầy đủ về phương pháp phẫu thuật, các yếu tố nguy cơ rủi ro, mục đích của nghiên cứu và tự nguyện đồng ý tham gia. Các thông tin, hình ảnh của bệnh nhân được bảo mật và chỉ được sử dụng với mục đích khoa học.

III. KẾT QUẢ

Kích thước tổn khuyết thay đổi với khoảng biến thiên rộng. Khuyết tổn rộng nhất: 20x30cm. Khuyết tổn nhỏ nhất: 8x8cm. Trong đó có 2 bệnh nhân đóng trực tiếp và 1 bệnh nhân sử dụng vật tại chỗ cuống mạch ngẫu nhiên. Có 22 bệnh nhân tổn khuyết lớn hơn 10x10cm được tái tạo bằng vật tại chỗ cuống mạch ngẫu nhiên, vật mạch xuyên, vật da cơ cuống mạch liền hoặc ghép da. Các bệnh nhân có khuyết phần mềm

phối hợp các vùng với nhau được tính theo vị trí của vùng nào nhiều hơn. Trong đó, tổn khuyết vùng 1/3 trên chiếm tỉ lệ cao nhất là 12/25 bệnh nhân (48%), tiếp theo là đến vùng 1/3 dưới với

9/25 bệnh nhân (36%) và còn lại 1/3 giữa với 4/25 bệnh nhân (16%). Nền tổn khuyết sau cắt u lộ cơ 21/25 bệnh nhân chiếm 84%, còn lại là 4/25 bệnh nhân có tổn khuyết lộ xương.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị trên 25 bệnh nhân

STT	Giới/ Tuổi	Vị trí	Kích thước tổn khuyết	Nền tổn khuyết	Loại ung thư	Phương án tạo hình được sử dụng	Sức sống vật/ da ghép
1	Nam 1947	Z2 1/3 trên lưng trái	20x20cm	Lộ cơ	Carcinoma vây	Vật cơ lưng rộng	Da ghép bám nền tốt, hoại tử một phần đầu xa vật
2	Nam 1954	Z2 1/3 trên lưng- vai trái	16x11cm	Lộ xương	Loét xạ trị sau carcinoma vây	Vật cơ thang	Hoại tử một phần đầu xa vật
3	Nam 1994	Z2 1/3 trên lưng phải	18x15cm	Lộ cơ	Sarcoma mạch máu	Vật cơ thang bên	Sống
4	Nữ 1962	Z2 1/3 trên lưng phải	8x8cm	Lộ cơ	Carcinoma vây	Đóng trực tiếp	Sống
5	Nam 1951	Z2 1/3 trên lưng -vai trái	25x12cm	Lộ cơ	Carcinoma vây	Vật cơ thang	Sống
6	Nữ 1968	Z2 1/3 trên lưng -vai trái	8x8cm	Lộ cơ	Carcinoma vây	Vật cơ thang	Sống
7	Nam 1979	Z2 1/3 trên lưng -vai trái	18x20cm	Lộ cơ	Sarcoma phần mềm	Vật cơ thang	Sống
8	Nữ 1980	Z2-Z3 1/3 trên lưng trái Z2 ưu thế	25x25cm	Lộ cơ	Carcinoma vây	Ghép da dày	Da ghép hoại tử hoàn toàn sau 7 ngày gồ gạc
9	Nam 1960	Z2 1/3 trên lưng	10x10cm	Lộ cơ	Carcinoma vây	Vật cơ lưng rộng	Hoại tử hoàn toàn
10	Nữ 1940	Z2 1/3 trên lưng -vai phải	10x10cm	Lộ cơ	U tế bào hình thoi	Vật cơ thang	Sống

STT	Giới/ Tuổi	Vị trí	Kích thước tổn khuyết	Nền tổn khuyết	Loại ung thư	Phương án tạo hình được sử dụng	Sức sống vật/ da ghép
11	Nam 1975	Z2-Z3 1/3 giữa lưng.	25x20cm	Lộ cơ	Sarcoma phần mềm	Vạt mạch xuyên	Sống
12	Nam 1964	Z2-Z3 1/3 trên lưng	25x20cm	Lộ xương	Carcinoma vây	Vạt cơ lưng rộng	Vật sống, da ghép nơi tổn khuyết hoại tử một phần, da ghép nơi cho vật liền tốt
13	Nam 1976	Z2-Z3 1/3 trên lưng	23x20cm	Lộ xương	Sarcoma phần mềm	Vạt cơ lưng rộng	Sống
14	Nam 1985	Z2-Z3 1/3 giữa lưng	15x9cm	Lộ cơ	Sarcoma phần mềm	Vạt tại chỗ	Sống
15	Nữ 1958	Z3 1/3 giữa lưng	8x8cm	Lộ cơ	Carcinoma vây	Đóng trực tiếp	Sống
16	Nam 1967	Z3 1/3 giữa lưng phải	15x11cm	Lộ cơ	Sarcoma	Vạt tại chỗ	Sống
17	Nữ 1963	Z4 Thất lưng cùng phải	20x8cm	Lộ cơ	Carcinoma vây	Vạt tại chỗ	Sống
18	Nam 1969	Z4 Thất lưng trái	14x14cm	Lộ cơ	Carcinoma vây	Vạt mạch xuyên động mạch nông trên	Sống
19	Nam 1970	Z4 Thất lưng- cùng phải	15x10cm	Lộ cơ	Sarcoma mạch máu	Vạt tại chỗ	Sống
20	Nam 1975	Z4 Thất lưng- cùng phải	4x5cm	Lộ xương	Schwannoma	Vạt da cơ mông lớn	Sống
21	Nam 1948	Z4 Thất lưng trái	25x10cm	Lộ cơ	Sarcoma phần mềm	Vạt tại chỗ + đóng trực tiếp	Sống

STT	Giới/ Tuổi	Vị trí	Kích thước tổn khuyết	Nền tổn khuyết	Loại ung thư	Phương án tạo hình được sử dụng	Sức sống vật/ da ghép
22	Nữ 1955	Z4 Thắt lưng cùng phải	15x11cm	Lộ cơ	Carcinoma vảy	Vật da cơ mông lớn	Sống
23	Nam 2005	Z4 Thắt lưng- mông trái	15x10cm	Lộ cơ	Sarcoma sụn	Vật da cơ mông lớn	Sống
24	Nam 2000	Z4 Vùng cùng cụt phải	30x8cm	Lộ cơ	Carcinoma vảy	Vật mạch xuyên động mạch mông trên	Hoại tử một phần
25	Nữ 1952	Z4 Vùng cùng cụt hai bên	20x30cm	Lộ cơ	Carcinoma vảy	Ghép da dày	Da ghép hoại tử hoàn toàn sau 7 ngày gởi gạc

(Vật tại chỗ: tương đương với vật tại chỗ cuống ngẫu nhiên)

Bảng 2. Mối liên quan vị trí tổn khuyết và vật sử dụng

Vị trí	Đóng trực tiếp	Ghép da	Vật tại chỗ	Vật cơ thang	Vật cơ lưng rộng	Vật cơ mông lớn	Vật mạch xuyên	Tổng
1/3 trên lưng, trên vai	1	1	0	6	4	0	0	12
1/3 giữa lưng	1	0	1	0	0	0	2	4
1/3 dưới lưng	0	0	1	0	0	0	4	5
Cùng cụt	0	1	0	0	0	2	1	4
Tổng	2	2	2	6	4	2	7	25

Ở 12 bệnh nhân vị trí 1/3 trên lưng và trên vai, vật da cơ cuống liền được sử dụng nhiều nhất, với 10/12 ca, trong đó vật da cơ thang 6/12 ca và vật da cơ lưng rộng 4/12 ca. 4 bệnh nhân có vị trí tổn khuyết ở 1/3 giữa lưng, 1/4 bệnh nhân được đóng trực tiếp, 2/4 bệnh nhân được sử dụng vật mạch xuyên động mạch liên sườn sau, còn lại 1/4 bệnh nhân sử dụng vật tại chỗ cuống mạch ngẫu nhiên. Có 9 bệnh

nhân có tổn khuyết vị trí 1/3 dưới lưng và vùng cùng cụt, trong đó vật mạch xuyên được sử dụng nhiều nhất, với 5/9 bệnh nhân. Nơi cho vật phần lớn là đóng trực tiếp, chỉ có 2/4 vật da cơ cuống liền trong nhóm vật da cơ lưng rộng được ghép da bổ sung nơi cho vật.

72% vật/da ghép sống hoàn toàn, 4 bệnh nhân vật/da ghép hoại tử một phần, 1 bệnh nhân vật hoại tử hoàn toàn, 2 bệnh nhân da

ghép hoại tử hoàn toàn, các trường hợp vật hoại tử 1 phần được chăm sóc liên thương tự nhiên, 3 trường hợp da ghép và vật chết hoàn toàn được phẫu thuật lần 2 ghép da che phủ cho kết quả da ghép sống hoàn toàn. 1 trường hợp có biến chứng tụ dịch nơi cho vật, không có bệnh nhân bị nhiễm trùng, toác vết mổ. Các bệnh nhân còn lại vết mổ liền tốt thì đầu, không có biến chứng, chiều dày vật tương đồng với vùng xung quanh. Tất cả bệnh nhân đều không có giảm chức năng vận động khớp vai. Da ghép nơi cho vật với tỉ lệ sống hoàn toàn 2/4 bệnh nhân, còn lại 2/4 bệnh nhân da ghép bị hoại tử một phần, không có bệnh nhân nào da ghép nơi cho vật hoại tử hoàn toàn.

Đánh giá kết quả xa chúng tôi theo dõi được 25/25 bệnh nhân với thời gian sau phẫu thuật từ 6 đến 72 tháng trung bình 24 tháng. 24/25 bệnh nhân đều có kết quả tốt về mặt chức năng: không trường hợp nào hạn chế vận động các khớp vai, cột sống, 1 trường hợp vật cơ lưng rộng hoại tử hoàn toàn được ghép da che phủ có hạn chế vận động khớp vai. 24/25 vật có sự tương đồng về màu sắc, mật độ, kết cấu cũng như độ dày so với tổ chức xung quanh. Trong đó ghi nhận 2 bệnh nhân tái phát ung thư tại chỗ.

IV. BÀN LUẬN

Ung thư da và phần mềm vùng lưng dù chiếm tỉ lệ khá thấp so với các vùng khác trên cơ thể tuy nhiên u vùng này thường phát hiện muộn do nằm ở vị trí khó nhìn thấy do đó kích thước u thường khá lớn, sau khi cắt rộng u để đảm bảo diện cắt âm tính thường để lại tổn khuyết có kích thước rất lớn, cả về chiều rộng lẫn chiều sâu, gây nhiều thách thức cho các phẫu thuật viên. Các khối u có kích thước càng lớn thì đi kèm theo đó là khả năng xâm lấn càng cao, làm cho các khuyết phần mềm sau cắt u thường có độ sâu lớn, mất nhiều tổ chức, gồm da, tổ

chức dưới da, cân cơ, thậm chí cả xương. Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi kích thước tổn khuyết trung bình 252,56cm², nền tổn khuyết lộ cơ hoặc lộ xương.

Tổn khuyết sau cắt u có vị trí rất đa dạng ở tất cả các vùng của lưng, mỗi vùng này lại có thể lựa chọn các chất liệu tạo hình khác nhau. Để che phủ tổn khuyết vị trí ở 1/3 trên lưng, có thể đóng trực tiếp dễ dàng với các tổn khuyết có kích thước không quá lớn, tuy nhiên điều này có thể gây hạn chế vận động khớp vai, cột sống, do vậy vật da cơ từ vùng 1/3 giữa của lưng chuyển lên: vật da cơ thang, vật da cơ lưng rộng được lựa chọn. Với các tổn khuyết vùng giữa hoặc cạnh giữa cột sống, chúng tôi sử dụng vật da cơ thang lấy từ vùng lưng đối diện, nơi cho vật được đóng trực tiếp. Với các tổn khuyết sau cắt u có tổn thương cuống mạch của vật cơ thang hoặc các tổn khuyết kích thước rất lớn vùng lưng bên kèm hố nách, chúng tôi ưu tiên sử dụng vật da cơ lưng rộng, nơi cho vật được đóng trực tiếp một phần và ghép da dày. Sau phẫu thuật cho kết quả tốt với tỉ lệ vật sống hoàn toàn 11/12 bệnh nhân. Các bệnh nhân sau mổ được bảo tồn chức năng vận động khớp vai, cột sống hoàn toàn. Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu khác.^{7,10} Chỉ có 1 trường hợp vật hoại tử hoàn toàn do bệnh nhân có rối loạn tâm thần nghiện chất dẫn tới không phối hợp bất động và giữ tư thế hợp lý làm cho chèn ép cuống vật và hoại tử vật hoàn toàn sau 3 ngày nằm viện, trường hợp này được ghép da che phủ và kết quả theo dõi xa có hạn chế một phần vận động khớp vai. Để giảm thiểu biến chứng chèn ép cuống vật với các trường hợp này cần chú ý giữ tư thế sau mổ hợp lý, ít nhất trong 3 ngày đầu, cần nằm nghiêng và hạn chế vận động khớp vai hoặc cột sống, cần theo dõi sát sau mổ nhằm phát hiện sớm để giải phóng chèn ép cuống vật.



Hình 2. Sử dụng vật da cơ thang che phủ tổn khuyết vùng vai sau cắt carcinoma vảy

Các tác giả Marco Innocenti, Hallock GG, Behr đã chỉ ra rằng với tổn khuyết vùng 1/3 trên lưng có kích thước vừa và lớn, việc sử dụng vật da cơ cuống liền từ vùng giữa lưng như vật da cơ thang và vật da cơ lưng rộng để che phủ cho kết quả tốt.⁴⁻⁶ Tuy nhiên, việc lấy các vật da cơ có kích thước rộng và nhiều thành phần, gây

mất nhiều tổ chức, dẫn đến một số biến chứng như tụ dịch, hoặc cần phải ghép da che phủ bổ sung nơi cho vật. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp tụ dịch sau lấy vật cơ thang và một trường hợp cần phải ghép da bổ sung nơi cho vật sau lấy vật da cơ lưng rộng. Cả hai trường hợp vật đều sống tốt sau khi ra viện.



Hình 3. Sử dụng vật da cơ lưng rộng, ghép da dày phổi hợp che phủ tổn khuyết 1/3 trên lưng sau cắt carcinoma vảy

Đặc điểm vùng 1/3 giữa lưng là rất ít chất liệu tạo hình có thể sử dụng. Việc sử dụng các vật cơ từ vùng mông đưa lên và từ 1/3 trên lưng xuống tương đối khó khăn do giới hạn về độ dài cuống mạch và khoảng cách từ nơi nhận vật xa.⁴ Do đó chúng tôi ưu tiên sử dụng các chất liệu tại chính khu vực gần tổn khuyết vùng 1/3 giữa lưng để che phủ. Những tổn khuyết nhỏ ở vùng này có thể đóng trực tiếp được mà không gây ảnh hưởng đến chức năng vận động các khớp như các vùng khác, với các tổn khuyết có kích thước lớn hơn chúng tôi ưu tiên sử dụng vật mạch xuyên. Nghiên cứu của chúng tôi có 4

bệnh nhân có tổn khuyết ở vùng 1/3 giữa lưng, 2 bệnh nhân có kích thước tổn khuyết nhỏ được đóng trực tiếp hoặc sử dụng vật tại chỗ cuống mạch ngẫu nhiên, còn lại 2 bệnh nhân được sử dụng vật mạch xuyên thuộc hệ thống mạch xuyên động mạch liên sườn sau và động mạch ngực lưng. Tất cả các vật đều sống hoàn toàn, không có biến chứng sau mổ.

Vật mạch xuyên ở vị trí này có thể được sử dụng dưới dạng vật chuyển hình thoi, vật dòn đầy kiểu V-Y hoặc vật xoay kiểu chong chóng, trong đó chủ yếu ở dạng vật xoay kiểu chong chóng vì tính linh hoạt trong sử dụng cũng như

khả năng che phủ của chúng. Ưu điểm của vật mạch xuyên ở vùng này là cho phép che phủ khuyết hồng mà không cần hy sinh cơ hoặc mạch máu lớn. Nhược điểm của các vật mạch xuyên liên sườn sau đều có cuống ngắn và nhỏ, chỉ đi trong cơ 0,8cm và chỉ 16% mạch xuyên ≥ 1 mm, nên chỉ phù hợp để sử dụng che phủ với các tổn khuyết ở gần đường giữa và không quá lớn, tuy nhiên hệ thống mạch xuyên liên sườn sau rất phong phú ở cả hai bên so với đường

giữa, do đó có thể sử dụng nhiều vật mạch xuyên ở cả hai bên của tổn khuyết.^{8,11} Khi tổn khuyết ở gần đường giữa, chọn mạch xuyên động mạch liên sườn sau bên đối diện để xoay vạt, Nếu tổn khuyết lệch sang một phía, nhưng vẫn nằm gần đường giữa có thể chọn nhánh mạch xuyên liên sườn sau cùng bên với tổn khuyết. Nếu tổn khuyết lệch hẳn về phía hai bên hông thì ưu tiên lựa chọn vật mạch xuyên động mạch ngực lưng để che phủ hơn.^{12,13}



Hình 4. Sử dụng vật mạch xuyên vị trí 1/3 giữa lưng, che phủ tổn khuyết sau cắt sarcoma phần mềm

Đặc điểm đáng chú ý của vị trí 1/3 dưới lưng bao gồm vùng thất lưng và cùng cột là tổn khuyết vùng này thường liên quan vùng tì đè của xương cùng cột và mào chậu. Do đó đòi hỏi chất liệu tạo hình đủ độ dày, cấp máu tốt, chúng tôi sử dụng vật mạch xuyên đối với vùng thất lưng và vùng cạnh cùng cột ở các tổn khuyết

vừa và nông, còn vùng cùng cột vị trí đường giữa và vùng cạnh cùng cột với các tổn khuyết lớn và sâu sử dụng vật da cơ mỏng lớn. Ở vị trí thất lưng, có thể lựa chọn vật xuyên từ động mạch liên sườn sau, nhưng vật xuyên từ động mạch thất lưng hoặc từ động mạch mông trên thường được sử dụng nhiều hơn.^{4,14}



Hình 5. Sử dụng vật mạch xuyên động mạch mông trên, che phủ tổn khuyết 1/3 dưới sau cắt carcinoma vảy

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có báo cáo 1 bệnh nhân U Schwannoma vùng cùng cụt, sau cắt u để lại tổn khuyết tuy có kích thước nhỏ nhưng phức tạp về độ sâu, khuyết cả da,

khối xương cùng cụt, tủy sát hố trực tràng. Chúng tôi sử dụng vạt chuyển cơ mông lớn để trám vào vị trí tổn khuyết, và vạt da được xoay từ vùng mông để che phủ và cho kết quả tốt.



Hình 6. Sử dụng vạt cơ mông lớn và vạt xoay tại chỗ vùng cùng cụt, che phủ tổn khuyết sau cắt u schwannoma

Với trường hợp tổn khuyết vùng cùng cụt kích thước 20x30cm được che phủ bằng ghép da dày, kết quả sau mổ 7 ngày da ghép hoại tử hoàn toàn, nền tổn khuyết chủ yếu là mỡ dưới da, tưới máu kém, cùng với tư thế tì đè làm giảm tỷ lệ bám nền của da ghép. Với trường hợp vạt hoại tử hoàn toàn được ghép da lần 2 ở vị trí 1/3 trên, da ghép cũng được ghép trên tổn khuyết rất rộng, tuy nhiên tổn khuyết sau khi giải phóng vạt hoại tử được chăm sóc lành thương thì 2, tổ chức hạt mọc lên tốt, từ đó cho kết quả ghép da tốt hơn. Vì vậy, vạt da cơ cuống liền là lựa chọn an toàn hơn khi che phủ tổn khuyết thì đầu trong những trường hợp này.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt rộng khối ung thư da, phần mềm vùng lưng thường để lại tổn khuyết rộng, sâu, và ở đa dạng vị trí. Vạt da cơ cuống liền và vạt mạch xuyên là phương pháp điều trị hiệu quả sau cắt bỏ ung thư phần mềm vùng lưng, đem lại chất liệu che phủ có sức sống cao, phù hợp về màu sắc, độ dày, đảm bảo yêu cầu về thẩm mỹ và chức năng. Việc lựa chọn cụ thể loại vạt sử dụng phụ thuộc vào vị trí và kích

thước của tổn khuyết, đây cũng là các yếu tố chính ảnh hưởng đến kết quả tạo hình. Trong đó, với các tổn khuyết có kích thước lớn và phức tạp ở 1/3 trên lưng ưu tiên sử dụng vạt da cơ cuống mạch liền, vị trí 1/3 giữa lưng ưu tiên lựa chọn vạt mạch xuyên, 1/3 dưới lưng có thể lựa chọn sử dụng cả vạt mạch xuyên và vạt da cơ cuống mạch liền.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2021;71(3):209-249. doi:10.3322/caac.21660.
2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(6):394-424. doi:10.3322/caac.21492.
3. Muramatsu K, Ihara K, Taguchi T. Selection of Myocutaneous Flaps for Reconstruction Following Oncologic Resection of Sarcoma.

Annals of Plastic Surgery. 2010;64(3):307-310. doi:10.1097/sap.0b013e3181b0260e.

4. Marco Innocenti, Francesco Mori, Francesca Alice Pedrini, et al. Soft Tissue Reconstruction of the Posterior Trunk after Tumor Excision: A Surgical Algorithm. *Cancers*. 2023;15(4):1214. doi:10.3390/cancers15041214.

5. Behr B, Wagner J M, Wallner C, et al. Reconstructive Options for Oncologic Posterior Trunk Defects: A Review. *Frontiers in Oncology*. 2016 Mar 8;6:51. doi:10.3389/fonc.2016.00051

6. Hallock GG. Reconstruction of posterior trunk defects. *Semin Plast Surg*. 2011 Feb;25(1):78-85. doi: 10.1055/s-0031-1275174

7. Netscher D T, Baumholtz M A, Bullocks J. Chest Reconstruction: II. Regional Reconstruction of Chest Wall Wounds That Do Not Affect Respiratory Function (Axilla, Posterolateral Chest, and Posterior Trunk). *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2009;124(6):427e-435e. doi:10.1097/prs.0b013e3181bf8323.

8. Hamdi M, Van Landuyt K, Blondeel P, et al. Versatility of intercostal artery perforator (ICAP) flaps: anatomical study and clinical application as thin flaps. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2006 Mar;117(3):896-905. doi: 10.1097/01.prs.0000201450.22654.1d.

9. Mathes D W, Thornton J F, Rohrich R.J. Management of Posterior Trunk

Defects. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2006;118(3):73e-83e. doi:10.1097/01.prs.0000233130.93861.15.

10. Nguyễn Đắc Nguyễn, Dương Mạnh Chiến. Kết quả bước đầu sử dụng vật cơ thang tạo hình tổn khuyết do ung thư vùng đầu cổ lưng. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2022;155(7):110-119. doi:10.52852/tcncyh.v155i7.892.

11. Schmidt M, Moritz T, Shamiyeh A, et al. Posterior intercostal artery perforator flap for posterior trunk reconstruction: Perforator mapping with high-resolution ultrasound and clinical application. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2019 May;72(5):737-743. doi: 10.1016/j.bjps.2018.12.005.

12. Schwabegger AH, Bodner G, Ninković M, et al. Thoracodorsal artery perforator (TAP) flap: report of our experience and review of the literature. *Br J Plast Surg*. 2002;55(5):390-5. doi:10.1054/bjps.2002.3878.

13. Sung Won Jung, Joo Heon Choi, Woong Gyu Na, et al. Coverage of Midline Back Wounds with Perforator Based Pedicled Fasciocutaneous Flaps. *J Wound Manag Res*. 2022 June;18(2):105-113. doi:10.22467/jwmr.2021.01858.

14. Kroll S S, Rosenfield L, Kroll S J. Perforator-Based Flaps for Low Posterior Midline Defects. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 1988;81(4):561-566. doi:10.1097/00006534-198804000-00012.

Summary

SURGICAL RECONSTRUCTION OF BACK SOFT TISSUE DEFECTS FOLLOWING SKIN CANCER RESECTION

A retrospective study was conducted on 25 patients who underwent reconstructive surgery for soft tissue defects following wide excision of cutaneous malignancies on the back, at K Hospital from August 2017 to August 2025. Defect sizes ranged from 8×8cm to 20×30cm. The distribution of defect locations was as follows: 48% in the upper third of the back, 16% in the middle third, and 36% in the lower back and sacral region. Various reconstructive methods were employed based on the defect's location and characteristics, including 12 pedicled myocutaneous flaps, 7 perforator flaps, 2 random local flaps, 2 full-thickness skin grafts, and 2 cases of primary closure. Postoperative flap or graft viability was recorded as complete survival in 72% of cases, partial necrosis in 16%, and total necrosis in 12%. Follow-up ranged from 6 to 72 months, with 24 out of 25 patients demonstrating favorable outcomes in terms of scar appearance, thickness, color, contour, and flap texture. Two patients experienced local recurrence of the malignancy. Wide local excision of cutaneous and soft tissue malignancies in the dorsal region frequently results in extensive, deep, and variably located defects. Pedicled myocutaneous flaps and perforator flaps represent reliable reconstructive options following oncologic resection, offering well-vascularized tissue with appropriate color match, thickness, and durability, while maintaining both aesthetic contour and functional integrity. Flap selection is primarily guided by the size and anatomical location of the defect-factors that critically impact reconstructive outcomes. A good postoperative outcome was achieved in 72% of patients immediately after surgery, increasing to 80% at the 6-month follow-up.

Keywords: Back defect, reconstruction, perforator flap, myocutaneous flap.