

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ TẠO HÌNH BẰNG VẬT TẠI CHỖ SAU CẮT BỎ UNG THƯ DA TẾ BÀO ĐÁY VÙNG MÁ

Dương Mạnh Chiến^{1,2,✉}, Đỗ Hùng Anh¹

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả sử dụng vật tại chỗ che phủ tổn khuyết sau phẫu thuật cắt khối ung thư da tế bào đáy vùng má. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 28 bệnh nhân (13 nam và 15 nữ, tuổi từ 26 đến 87), được phẫu thuật tạo hình bằng vật tại chỗ che phủ tổn khuyết vùng má sau cắt ung thư da tế bào đáy tại Khoa Ngoại đầu cổ Bệnh viện K từ tháng 6/2018 đến 6/2021. Kết quả được đánh giá trong quá trình nằm viện và sau mổ 6 tháng. Vị trí thường gặp nhất là vùng dưới ổ mắt với tỉ lệ 57,1%. Tổn khuyết sau cắt bỏ khối u có kích thước từ 1,5 x 1,5cm đến 5 x 8cm. Các khuyết tổn này được che phủ bằng 15 vật xoay, 7 vật chuyển và 6 vật đẩy. Sau mổ, 100% vật sống hoàn toàn, 9 trường hợp gây co kéo cơ quan xung quanh. Theo dõi sau 6 tháng trên 20 bệnh nhân cho kết quả tốt về sẹo, tương đồng màu sắc, độ dày vật, tình trạng co kéo cơ quan xung quanh được cải thiện đáng kể, chưa ghi nhận tình trạng tái phát ung thư. Kết quả nghiên cứu cho thấy tạo hình khuyết tổn sau cắt bỏ ung thư da tế bào đáy vùng má bằng vật tại chỗ đem lại kết quả cao về chức năng và thẩm mỹ. Kích thước, vị trí và loại vật sử dụng là các yếu tố chính ảnh hưởng tới kết quả phẫu thuật.

Từ khóa: ung thư da tế bào đáy, khuyết phần mềm vùng má, vật tại chỗ.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư da tế bào đáy (UTDTBĐ) là bệnh ác tính ở da phổ biến nhất với tỷ lệ mắc ngày càng tăng.¹ Tổn thương do UTDTBĐ ở vùng má chủ yếu biểu hiện tại chỗ, ít khi di căn và biểu hiện toàn thân, ảnh hưởng đến chức năng, thẩm mỹ và quan hệ xã hội của bệnh nhân, tác động nặng nề đến tâm lý bản thân người bệnh và gia đình. 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 là phương pháp điều trị chủ yếu và hiệu quả nhất.^{1,2} Có 2 phương pháp điều trị triệt căn: phẫu thuật theo nguyên tắc (diện cắt cách rìa tổn thương tối thiểu 5 - 10mm), phẫu thuật theo

yêu cầu (phẫu thuật Mohs: phẫu thuật và sinh thiết tức thì trong mổ).²

Sau phẫu thuật loại bỏ tổ chức ung thư, việc áp dụng các phương pháp tạo hình là cần thiết để che phủ tổn khuyết. Dựa trên đặc điểm tổn khuyết để lại, một số phương pháp tạo hình có thể được sử dụng: liền thương tự nhiên, đóng trực tiếp, ghép da, sử dụng vật... Vật tại chỗ là vật da lấy ngay cạnh tổn thương, trong cùng 1 đơn vị giải phẫu, sử dụng vật này trong điều trị khuyết tổn da vùng má sau điều trị ung thư biểu mô tế bào đáy đem lại chất liệu đóng da phù hợp về màu sắc, độ dày, tránh co kéo quá mức tổ chức xung quanh, đem lại hiệu quả cao trong việc bảo tồn chức năng cũng như tính thẩm mỹ, là phương pháp thường được áp dụng trong lâm sàng, chỉ định khi khâu đóng trực tiếp gây biến dạng, co kéo cơ quan xung quanh, nguy cơ để lại sẹo xấu do sức căng của đường khâu lớn, tuy nhiên do hạn chế về kích thước và khả năng di chuyển nên vật tổ chức tại chỗ thường

Tác giả liên hệ: Dương Mạnh Chiến

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: Duongmanhchien@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 07/03/2022

Ngày được chấp nhận: 12/04/2022

được chỉ định cho các tổn thương vừa và nhỏ ở vùng mặt, đặc biệt là ở một số tổn khuyết vùng mi mắt, cánh mũi.³ Trên thế giới và trong nước đã có những bài báo, nghiên cứu về tạo hình khuyết hồng vùng đầu mặt cổ sau cắt bỏ ung thư da tuy nhiên chưa làm rõ kết quả nghiên cứu tại vùng má cũng như đặc điểm, các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả tạo hình tại vùng này nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt bỏ ung thư da tế bào đáy vùng má và tạo hình bằng vật tại chỗ” với mục tiêu: mô tả kết quả sử dụng vật tại chỗ tạo hình che phủ khuyết hồng sau cắt bỏ ung thư da tế bào đáy và một số yếu tố liên quan đến kết quả phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm các bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư tế bào đáy vùng má, được tạo hình che phủ khuyết tổ chức bằng vật da tại chỗ tại Khoa Ngoại đầu cổ Bệnh viện K từ tháng 6/2018 đến 6/2021. Hồ sơ của bệnh nhân có khai thác và ghi chép đầy đủ các triệu chứng lâm sàng, giải phẫu bệnh và phương pháp phẫu thuật. Các bệnh nhân này đã đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu cắt ngang, mô tả loạt bệnh. Cỡ mẫu nghiên cứu: 28 bệnh nhân,

phương pháp chọn mẫu: chọn cỡ mẫu thuận tiện.

Chỉ số nghiên cứu: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (tuổi, giới, nghề nghiệp). Đặc điểm lâm sàng (vị trí, kích thước, hình thể khối u), cận lâm sàng, kết quả giải phẫu bệnh sau mổ. Điều trị (ranh giới diện cắt với khối u, kích thước khuyết tổn để lại, loại vật tạo hình sử dụng). Kết quả điều trị (kết quả ngay sau mổ, kết quả sau 6 tháng).

Dựa vào các đặc điểm lâm sàng của tổn thương, chúng tôi thiết kế đường rạch cắt bỏ tổn thương và dự kiến độ dày lớp cắt bỏ, dự kiến thiết kế vật tại chỗ để che phủ tổn khuyết sau cắt bỏ tổn thương. Tiến hành phẫu thuật theo nguyên tắc (diện cắt cách rìa tổn thương 5 - 10mm) và sinh thiết tức thì diện cắt theo ranh giới sau cắt bỏ. Tổn khuyết sau cắt bỏ tổn thương ung thư sẽ được đo lại kích thước các chiều, xác định vị trí, mức độ huy động tổ chức tại chỗ, dựa trên đặc điểm của tổn khuyết và vật dự kiến ban đầu, chúng tôi sẽ tiến hành chỉnh sửa và bóc vật để che phủ tổn khuyết. Cố định vật che phủ tổn khuyết và đóng vị trí cho vật.

Sau mổ, bệnh nhân được đánh giá kết quả phẫu thuật tại 2 thời điểm (bảng 1): tại thời điểm bệnh nhân nằm viện phân loại theo mức tốt (12đ), khá (8 - 11đ), kém (4 - 7đ), kết quả khám lại sau 6 tháng theo mức độ tốt (12đ), khá (8 - 11đ), kém (4 - 7đ).

Bảng 1. Đánh giá kết quả điều trị⁴

Thời gian	Tiêu chí	3đ	2đ	1đ
Thời gian nằm viện	Sức sống vật	Hoàn toàn	Hoại tử một phần	Hoại tử toàn bộ
	Tình trạng liền thương	Tốt	Chậm liền	Không liền
	Biến dạng	Không	Ít	Nhiều
	Biến chứng (chảy máu, nhiễm trùng, tụ dịch)	Không	Điều trị nội khoa	Mổ lại

Thời gian	Tiêu chí	3đ	2đ	1đ
Sau mổ > 6 tháng	Tương đồng da xung quanh (màu sắc, độ dày)	Tương đồng	Ít tương đồng	Khác biệt
	Biến dạng thứ phát	Không	Ít	Nhiều
	Sẹo	Đẹp	Trung bình	Xấu
	Tái phát	Không		Có

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh. 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

phương án tối ưu cho bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ

Trong nghiên cứu có 28 bệnh nhân, tuổi từ 26 đến 89 (trung bình $68 \pm 13,1$ tuổi), trong đó có 13 bệnh nhân nam, 15 bệnh nhân nữ (tỷ lệ nam/nữ = 0,87). Trong nghiên cứu có 15 trường hợp dùng vật xoay, 7 vật chuyển, 6 vật đẩy. Vị trí u thường gặp nhất là vùng dưới ổ mắt với tỷ lệ: 57,1%.

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

	Vật xoay	Vật chuyển	Vật dòn đẩy	Tổng
Dưới ổ mắt	8	3	5	16
Gò má	3	1	0	4
Miệng	3	2	1	6
Mang tai - cơ cắn	1	1	0	2
Tổng	15	7	6	28

Tổn khuyết sau cắt bỏ khối u có kích thước nhỏ nhất là 1,5 x 1,5cm và lớn nhất là 5 x 8cm, với diện tích trung bình là 10,7cm² trong đó:

Diện tích trung bình của tổn khuyết sử dụng vật xoay là: 12,4cm².

Diện tích trung bình của tổn khuyết sử dụng vật chuyển là: 10,7cm².

Diện tích trung bình của tổn khuyết sử dụng vật đẩy là: 5,3cm².

Bảng 3. Mối liên quan giữa kích thước tổn khuyết sau cắt bỏ ung thư và vật sử dụng

	Xoay	Chuyển	Đẩy
< 3cm	3	1	4
3 - 5cm	9	5	2
> 5cm	3	1	0

Theo dõi toàn bộ bệnh nhân trong quá trình nằm viện có 17 ca vạt sống hoàn toàn, liền thương tốt, ít co kéo, ít biến dạng xung quanh. 10 ca cho kết quả khá, trong đó 8/10 ca xuất hiện tình trạng co kéo (vạt xoay: 4, vạt chuyển: 3, vạt đẩy: 1), 3/10 ca có tình trạng tím 1 phần vạt (vạt xoay: 1, vạt chuyển: 2), 3/10 ca vết mổ chậm liền (vạt xoay: 2, vạt chuyển: 1). 1 trường hợp có kết quả kém do hoại tử 1 phần vạt, sưng nề, tụ dịch, biến dạng mí dưới nhiều, chậm liền

vết mổ khi sử dụng vạt xoay.

Kết quả theo dõi 20 bệnh nhân sau phẫu thuật 6 tháng cho thấy 100% bệnh nhân có màu sắc da tương đồng với tổ chức xung quanh, 3 trường hợp gây co kéo, biến dạng mặt (vạt xoay: 2, vạt chuyển: 1), 3 trường hợp để lại sẹo lõm vùng vết mổ (vạt xoay: 1, vạt chuyển: 1, vạt đẩy: 1), 1 trường hợp biến dạng, co kéo và sẹo lõm khi dùng vạt chuyển, chưa ghi nhận tình trạng tái phát tại chỗ.

Bảng 4. Mối liên quan giữa vạt tạo hình với kết quả sau phẫu thuật và sau 6 tháng

	Sau mổ			> 6 tháng		
	Tốt	Khá	Kém	Tốt	Khá	Kém
Xoay	8	6	1	5	3	0
Chuyển	4	3	0	3	3	0
Đẩy	5	1	0	5	1	0



A



B



C



D



E

Hình 1. Bệnh nhân Lê Thị N, 70 tuổi. A. Thiết kế vị trí cắt u và dự kiến vạt tạo hình. B, C. Trong mổ. D. Sau mổ 3 ngày. E. Sau mổ 1 năm

Kết quả sử dụng vạt chuyển che phủ khuyết phần mềm vùng gò má sau cắt ung thư da tế bào đáy: sau mổ có tình trạng sưng nề, biến dạng vùng mi mắt, kết quả theo dõi xa cho thấy tình trạng co kéo cải thiện đáng kể, đường sẹo mờ.

IV. BÀN LUẬN

Trong tổng số 28 bệnh nhân trong nghiên cứu, tuổi trung bình là $68 \pm 13,1$, tuổi trung bình trong nghiên cứu của Nguyễn Quang Rực là $67 \pm 12,3$ ($n = 62$).⁴ Tuổi trung bình của bệnh nhân trong các nghiên cứu cao và có tỷ lệ tăng dần theo nhóm tuổi. Kết quả có thể giải thích do tăng thời gian phơi nhiễm với các yếu tố nguy cơ và suy giảm miễn dịch.

Vị trí khối u vùng má được phân chia theo González-Ulloa gồm 4 vùng, với tỷ lệ hay gặp nhất tại vùng dưới ổ mắt với tỷ lệ 57,1%.⁵ Trong đó nghiên cứu của Trịnh Hùng Mạnh với tỷ lệ vị trí khối u tại vùng dưới ổ mắt (tương đương vùng dưới ổ mắt và gò má trong nghiên cứu) là 93%.⁶ Đây là vùng có độ nhô cao nhất của vùng má cũng như khuôn mặt nên da vùng này sớm tiếp xúc với tác nhân kích thích, đặc biệt là tia cực tím. Các vùng này có màu sắc, kết cấu, độ dày, độ chun giãn và tính di động thay đổi do đó vị trí của tổn khuyết là yếu tố quan trọng để lựa chọn phương pháp che phủ phù hợp, liên quan đến khả năng huy động da xung quanh và tránh gây co kéo cơ quan lân cận. Với da vùng dưới ổ mắt thường sử dụng vạt huy động từ vùng dưới ngoài tổn khuyết. Các tổn khuyết vùng này trong nghiên cứu thường sử dụng các vạt dồn đẩy tại các vị trí cạnh cánh mũi và vạt xoay huy động da từ vùng mi dưới, dưới ổ mắt. Vùng mang tai - cơ cắn khi chuyển vạt ít gây co kéo, biến dạng mặt do vùng da xung quanh di động tốt, thường huy động da từ vùng má phía trên hoặc da cổ phía ngoài. Tuy nhiên da vùng này khó dấu sẹo do ít rãnh tự nhiên. Vùng gò

má da ít di động thường huy động da vùng dưới ngoài bằng các vạt xoay hoặc chuyển. Khuyết phần mềm vùng miệng thường được tạo hình bằng da phía trên hoặc ngoài, để lộ sẹo do tổn khuyết nằm tại vị trí trung tâm khuôn mặt, nhiều cơ biểu cảm bám tận gây co kéo theo nhiều hướng và đường sẹo không nằm trên đường căng da tự nhiên, dẫn tới đây là vùng có tỷ lệ sẹo lõm cao nhất (3 ca trong 4 trường hợp theo dõi > 6 tháng) trong nghiên cứu của chúng tôi.

Diện tích trung bình của khuyết phần mềm là $10,7\text{cm}^2$. Kích thước tổn khuyết được tính theo đường kính lớn nhất, các khuyết có kích thước càng lớn thì khả năng xâm lấn càng cao, càng khó khăn trong loại bỏ toàn bộ khối u và lựa chọn phương pháp tạo hình. Trong nghiên cứu của chúng tôi thường gặp nhất là khuyết kích thước trung bình (57,1%), khác biệt với nghiên cứu của Nguyễn Quang Rực tổn thương thường gặp nhất với kích thước nhỏ (73%), hay nghiên cứu của Trịnh Hùng Mạnh tổn thương kích thước nhỏ thường gặp nhất (70%).^{4,6} Với các khuyết nhỏ vạt được sử dụng nhiều nhất là vạt dồn đẩy do hạn chế biến dạng, co kéo cơ quan xung quanh, dễ dàng thiết kế vạt theo các đường căng da hoặc rãnh tự nhiên, khả năng huy động tổ chức của vạt hạn chế. Trong nghiên cứu này, vạt dồn đẩy được sử dụng trong các vạt có diện tích trung bình nhỏ nhất: $5,3\text{cm}^2$ so với $10,7\text{cm}^2$ với vạt chuyển và $12,5\text{cm}^2$ với vạt xoay. Với các khuyết lớn cần huy động nhiều tổ chức, có thể sử dụng da vùng trước tai, góc hàm, vùng cổ bên là vùng da di động, có độ chun giãn cao. Bệnh nhân có tổn khuyết sau cắt bỏ ung thư da lớn nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là $5 \times 8\text{cm}$ (hình 2), tổn thương tại vùng dưới ổ mắt và miệng, được sử dụng vạt xoay chuyển cổ má che phủ, sau mổ vạt sống tốt, biến dạng mặt ít, kết quả theo dõi > 6 tháng cho kết quả tốt, màu sắc da, độ dày vạt tương đồng xung quanh, đường sẹo mờ.



Hình 2. Bệnh nhân nam 81 tuổi, ung thư da tế bào đáy vùng má được phẫu thuật cắt bỏ khối u, tạo hình bằng vạt xoay cổ má che phủ tổn khuyết. A: Trước mổ. B, C, D: Trong mổ. E: Sau mổ 4 ngày. F: Sau mổ 7 tháng

Kích thước tổn khuyết liên quan đến kết quả sau mổ với 8/9 trường hợp co kéo da, biến dạng mặt sau mổ và 3/3 ca biến dạng mặt theo dõi > 6 tháng nằm trong nhóm kích thước vừa và lớn.

Kết quả theo dõi ngay sau mổ cho thấy 17 trường hợp đạt kết quả tốt (60,7%) trong đó vạt xoay có 8/15 trường hợp, vạt chuyển có 4/7 trường hợp và vạt đẩy có 5/6 trường hợp có kết quả tốt, 10 trường hợp được kết quả khá (35,7%) trong đó vạt xoay có 6/15 trường hợp, trung bình: 10,3 điểm, vạt chuyển có 3/7 trường hợp, trung bình: 10 điểm, vạt đẩy có 1/6 trường hợp, trung bình: 11 điểm, và 1 trường hợp đạt kết quả kém (3,6%) ở trường hợp ung thư da tế bào đáy vùng dưới ổ mắt, chiếm toàn bộ mi

dưới, phẫu thuật cắt bỏ và tạo hình bằng vạt xoay huy động da từ vùng gò má, sau mổ có tình trạng hoại tử 1 phần, chậm liền, biến dạng nhiều, tụ dịch dưới vạt (7 điểm). Biến dạng mặt, co kéo xung quanh và tím 1 phần ngoại vi vạt là nguyên nhân phổ biến nhất khiến giảm kết quả ngay sau mổ, đây cũng là nguyên nhân có thể tiên lượng do đặc điểm giải phẫu của vùng má, tại các tổn khuyết kích thước lớn, sử dụng vạt xoay, chuyển huy động da xung quanh nhiều. Tất cả các trường hợp này đều được xử trí chăm sóc tại chỗ, áp dụng các phương pháp giảm căng hỗ trợ. Kết quả với các bệnh nhân theo dõi sau 6 tháng, 100% vạt sống hoàn toàn, sau mổ có 9 ca biến dạng, co kéo, theo dõi 7/9 ca sau 6 tháng thì còn 3 ca gây co kéo cơ quan

xung quanh.

Kết quả theo dõi sau 6 tháng trên 20 bệnh nhân (71,4%) cho thấy 100% vạt theo dõi đều có màu sắc tương đồng với da xung quanh, độ dày vạt tương đương xung quanh ở 96% trường hợp (1 ca vạt dày hơn da xung quanh), sẹo xấu gặp tại 4 trường hợp, 4 trường hợp vẫn còn tình trạng biến dạng (1 trường hợp có tình trạng co kéo và sẹo), trong đó: 13 trường hợp đạt kết quả tốt (65%), 7 trường hợp đạt kết quả khá (35%), không có trường hợp nào đạt kết quả kém. Trong nghiên cứu của Nguyễn Quang Rực kết quả theo dõi sau 6 tháng: 73,1% đạt kết quả tốt, 26,9% đạt kết quả khá và không có trường hợp kém.⁴

So sánh với kết quả sau mổ: kết quả ngay sau mổ của nhóm 20 bệnh nhân có 11 trường hợp đạt kết quả tốt, 9 trường hợp đạt kết quả khá, gồm có 6 trường hợp ngay sau mổ có tình trạng sưng nề, tím 1 phần vạt hoặc co kéo cơ quan xung quanh, sau đó đạt hiệu quả cải thiện đáng kể sau 6 tháng với kết quả tốt theo tiêu chuẩn đánh giá (bảng 1). Có 3 trường hợp sưng nề, biến dạng ngay sau mổ, kết quả có cải thiện 1 phần sau 6 tháng nhưng vẫn ghi nhận tình trạng co kéo, biến dạng. 3 trường hợp kết quả sau mổ đạt kết quả tốt tuy nhiên sau 6 tháng theo dõi ghi nhận tình trạng sẹo lõm. 1 trường hợp sử dụng vạt xoay che phủ khuyết phần mềm vùng dưới ổ mắt, sau mổ có tình trạng sưng nề, chưa ghi nhận co kéo mí mắt, sau 6 tháng theo dõi có tình trạng co kéo vùng mí dưới, không tương đồng với mắt đối diện, không lộn mí, trường hợp này nguyên nhân có thể do bệnh nhân thừa da mí dưới nhiều việc cắt bỏ khối u đã cắt bỏ 1 phần da thừa, quá trình nằm viện còn sưng nề nên chưa ghi nhận tình trạng co kéo mí mắt. Biến dạng mặt và sẹo lõm là các di chứng thường gặp nhất. Các biến dạng đều được cải thiện đáng kể so với trong quá trình nằm viện và thường gặp ở các

khuyết tổn có kích thước > 3cm, sử dụng vạt xoay hoặc chuyển. Các trường hợp để lại sẹo xấu trong nghiên cứu, nguyên nhân chủ yếu do đường mổ không trùng với đường căng da tự nhiên và tại vùng da di động như vùng miệng.

Có 3 mục tiêu trong điều trị UTDTBĐ: (1) lấy bỏ hoàn toàn khối u để giảm thiểu khả năng tái phát, (2) ngăn ngừa hoặc điều chỉnh các rối loạn chức năng gây ra bởi lấy bỏ khối u, và (3) cho kết quả thẩm mỹ tốt nhất có thể.⁷ Do đó tất cả các trường hợp trong nghiên cứu đều được phẫu thuật cắt bỏ khối u theo nguyên tắc với diện cắt cách ranh giới khối u tối thiểu 0,5 cm, thiết kế vạt đảm bảo huyết động da đủ che phủ tổn khuyết, đường rạch da trùng với các đường căng da tự nhiên. Kết quả nghiên cứu cho thấy sử dụng vạt tại chỗ che phủ giúp phẫu thuật viên có thể cắt rộng rãi khối u để đảm bảo điều trị triệt căn ung thư mà vẫn che phủ tốt tổn khuyết tốt với chất liệu vạt da tại chỗ đạt hiệu quả cao về thẩm mỹ.

V. KẾT LUẬN

Sử dụng vạt tại chỗ che phủ khuyết phần mềm vùng má là phương pháp điều trị hiệu quả với các khuyết tổn sau cắt bỏ ung thư da tế bào đáy, tỷ lệ đạt kết quả tốt chiếm 60,7% bệnh nhân ngay sau mổ và 65% sau 6 tháng, 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 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wong CSM, Strange RC, Lear JT. Basal cell carcinoma. *BMJ*. 2003;327(7418):794-798. doi: 10.1136/bmj.327.7418.794.
2. Smith V, Walton S. Treatment of facial Basal cell carcinoma: a review. *J Skin Cancer*.

2011;2011:380371. doi: 10.1155/2011/380371.

3. Cass ND, Terella AM. Reconstruction of the Cheek. *Facial Plast Surg Clin N Am*. 2019;27(1):55-66. doi: 10.1016/j.fsc.2018.08.007.

4. Nguyễn Quang Rực. Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình khuyết phần mềm vừa và nhỏ sau cắt bỏ ung thư tế bào đáy vùng mặt. Luận án Thạc sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội; 2019.

5. 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.

6. Trịnh Mạnh Hùng. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị ung thư biểu mô tế bào vảy, tế bào đáy của da vùng đầu mặt cổ. Luận án Tiến sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội; 2016.

7. Đoàn Hữu Nghị. Ung thư da, ung thư học. Nhà xuất bản Y học; 2001.

Summary

ASSESSMENT OF THE OUTCOME OF RECONSTRUCTION BY LOCAL FLAP AFTER SURGERY FOR BASAL CELL CARCINOMA IN THE CHEEK AREA

This study assessed the results of using a local flap to cover defect after surgery for basal cell carcinoma in the cheek area. We had a cross-sectional study of 28 patients (13 males and 15 females, aged from 26 to 87) who underwent reconstruction by a local flap to cover the cheek defect after resection of basal cell carcinoma; the study was conducted at the Head and Neck Surgery Department of Vietnam National Cancer Hospital between June 2018 and June 2021; results were assessed during hospital stay and 6 months after surgery. The most affected site was infraorbital, with 57.1%. These defects after resection varied from 1.5 × 1.5cm to 5 × 8cm which were covered by 15 rotation flaps, 7 transposition flaps and 6 advancement flaps. After surgery, 100% of flaps survived completely, 9 cases caused contraction of surrounding organs. Follow-up after 6 months with 20 patients showed good results in scarring, similarity in color, flap thickness, and the condition of contraction of surrounding organs is significantly improved. The study showed that cheek defect reconstruction by using local flap after surgery for basal cell carcinoma achieved good results both in function and in aesthetic. The size, position, and type of flap used are the main factors affecting the surgical outcome.

Keywords: Basal cell carcinoma, cheek defect, local flap.