

# KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU SỬ DỤNG VẬT CƠ THANG TẠO HÌNH TỖN KHUYẾT DO UNG THƯ VÙNG ĐẦU CỔ LƯNG

Dương Mạnh Chiến<sup>1,2</sup> và Nguyễn Đắc Nguyễn<sup>1,✉</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện K

Vùng đầu, cổ và lưng là các vị trí thường gặp của ung thư da và ung thư phần mềm. Các vị trí này thường đòi hỏi tạo hình che phủ những khuyết hồng lớn sau phẫu thuật cắt u. Vật da cơ thang cuống liền là vật có cuống mạch hằng định, dễ phẫu tích, diện tích vật rộng, thích hợp cho tạo hình vùng đầu, cổ và lưng. Mô tả kết quả sử dụng vật da cơ thang trong phẫu thuật tạo hình khuyết phần mềm sau cắt bỏ ung thư vùng đầu cổ và lưng. Nghiên cứu chùm ca bệnh với 16 bệnh nhân có khuyết tổn vùng đầu, cổ, lưng do nguyên nhân ung thư được phẫu thuật tạo hình bằng vật da cơ thang cuống liền tại Bệnh viện K. Tổn khuyết có kích thước lớn nhất: 22x16cm, nhỏ nhất: 12x9cm. Phân bố vị trí tổn khuyết: 75% ở vùng da đầu, 25% ở vùng lưng và vai. Sức sống vật: 87,5% sống hoàn toàn, 6,25% thiếu dưỡng, bong lớp thượng bì và 6,25% hoại tử hoàn toàn. Vật da cơ thang cuống liền là lựa chọn phù hợp cho tạo hình khuyết phần mềm vùng đầu, cổ và lưng do ung thư.

**Từ khoá:** vật cơ thang, đầu cổ lưng, tổn khuyết do ung thư.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới, ung thư da là loại ung thư thường gặp, chiếm khoảng 8% các loại ung thư. Trong khi đó, ung thư phần mềm là ung thư hiếm, chỉ chiếm khoảng 1% các loại ung thư.<sup>1</sup> Phẫu thuật cắt rộng u và tạo hình cùng thì hiện là điều trị triệt căn cho ung thư da và phần mềm. Do chỉ định phẫu thuật cắt u ngày càng được mở rộng, nên càng có nhiều hơn những bệnh nhân cao tuổi, có tổn khuyết lớn, nhiều bệnh lý nền phối hợp, phải điều trị kéo dài, kèm hóa xạ trị tiền phẫu và hậu phẫu, điều kiện kinh tế hạn hẹp cần phải tạo hình. Các phương pháp khác trong bậc thang tạo hình đều tồn tại một số nhược điểm nhất định. Phương pháp ghép da có nhược điểm là da ghép không có độ chun giãn, đàn hồi nên không chịu được lực tì nén, dễ bị trượt loét và không thể ghép da

trên nền xương, màng cứng, vật liệu nhân tạo.<sup>2</sup> Các vật tại chỗ như vật xoay hoặc vật chuyển không cung cấp đủ chất liệu tạo hình để che phủ những tổn khuyết lớn. Tiền sử xạ trị làm tăng tỉ lệ nhiễm khuẩn, không liền thương, hoại tử của da ghép và vật tại chỗ.<sup>3</sup> Nguyên nhân là do các tổn thương mạch máu tiến triển, có thể ngay sau phẫu thuật và thậm chí hàng chục năm sau phẫu thuật. Các vật da cân tự do đòi hỏi trang thiết bị hiện đại, thời gian phẫu thuật kéo dài, chi phí phẫu thuật cao, nguy cơ thất bại cao, đặc biệt trên những bệnh nhân cao tuổi, đã điều trị ung thư bằng hóa chất, tia xạ, bệnh mạn tính như đái tháo đường, tăng huyết áp, xơ vữa mạch máu...<sup>4</sup> Trong những trường hợp này, tạo hình bằng vật lân cận cuống liền có thể được chỉ định do hạn chế được những nhược điểm nêu trên, từ đó làm tăng tỷ lệ thành công của phẫu thuật. Vật da cơ thang là một vật lân cận đã được nhiều tác giả trên thế giới nghiên cứu, mô tả và ứng dụng trong tạo hình vùng đầu, cổ, lưng với nhiều ưu điểm như: hình thức sử dụng đa dạng, diện tích lớn, dễ phẫu

Tác giả liên hệ: Nguyễn Đắc Nguyễn

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: ndnguyentaohinh@gmail.com

Ngày nhận: 31/03/2022

Ngày được chấp nhận: 04/05/2022

tích, thời gian phẫu thuật ngắn, có thể lấy 1 phần xương, chiều dài cuống lớn, sức sống vật tốt, phạm vi che phủ lớn...<sup>5</sup> Mặc dù có nhiều ưu điểm nhưng hiện nay, các phẫu thuật viên vẫn ưu tiên lựa chọn vật tại chỗ khi tổn khuyết nhỏ và vật tự do với tổn khuyết lớn. Hơn nữa, phần lớn các cơ sở y tế tại Việt Nam chưa phát triển chuyên sâu về các chỉ định cũng như kỹ thuật tạo hình. Những lý do này khiến vật da cơ thang cuống liền chưa được ứng dụng nhiều trên lâm sàng. Cho đến nay, tại Việt Nam vẫn chưa có nghiên cứu nào về ứng dụng vật cơ thang trên bệnh nhân ung thư, do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Mô tả kết quả sử dụng vật da cơ thang trong phẫu thuật tạo hình khuyết phần mềm sau cắt bỏ ung thư vùng đầu cổ và lưng tại Bệnh viện K.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng nghiên cứu

16 bệnh nhân ung thư vùng đầu, cổ, lưng được chẩn đoán xác định nhờ kết quả mô bệnh học và hóa mô miễn dịch, được phẫu thuật cắt rộng khối u và tạo hình che phủ bằng vật cơ thang.

*Chỉ định tạo hình bằng vật cơ thang:* Vật cơ thang được chỉ định cho những bệnh nhân tổn khuyết do ung thư vùng đầu, cổ, lưng có kích thước lớn, nền tổn thương lộ xương, gân, dây chằng, vật liệu nhân tạo hoặc có tổn thương xạ trị tiến triển.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

*Phương pháp nghiên cứu:* Mô tả lâm sàng loạt ca bệnh.

*Thời gian:* Từ tháng 12/2018 đến tháng 4/2022. Địa điểm: Bệnh viện K.

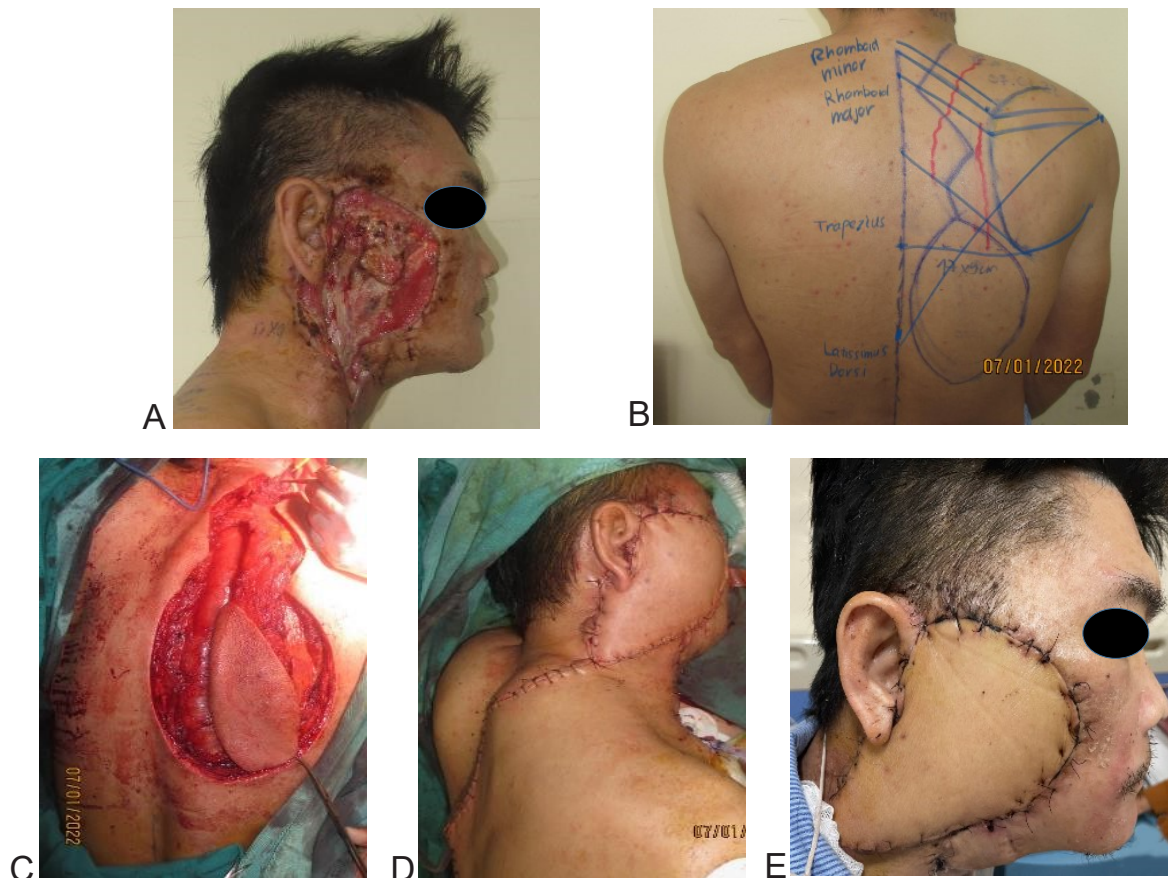
*Chỉ số nghiên cứu:* Tuổi, giới, tiền sử, hóa xạ trị phối hợp, vận động khớp vai, vị trí tổn khuyết, kích thước vật, kích thước cuống vật, khoảng cách cực xa vật - góc vai, mạch nuôi chính được sử dụng, diễn biến sau mổ, biến

chứng và cách xử trí.

Bệnh nhân được đánh giá trước mổ: tiền sử điều trị cũ, kết quả giải phẫu bệnh đã có, kích thước tổn thương, mức độ xâm lấn, di căn. 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 bàn luận kỹ với bác sĩ ung thư về diện cắt dự kiến và phương pháp tạo hình dự kiến.

Bệnh nhân nằm sấp hoặc nghiêng, gây mê nội khí quản. Bác sĩ phẫu thuật tạo hình đánh giá tổn khuyết sau thì cắt khối u: diện tích, độ sâu, thành phần. Tổn khuyết xương sọ được tạo hình bằng lưới titan. Đào da được thiết kế hình bầu dục, thẳng đứng theo chiều dài cơ thể, kích thước phù hợp tổn khuyết. Cấp máu cho vật cơ thang là động mạch cổ nông và động mạch lưng vai. Khi lấy vật dựa trên động mạch cổ nông, điểm xoay vật nằm trên đường nối hai mỏm cùng vai, cách đường giữa 7 - 8cm, đảo da nằm cao hơn so với bờ dưới cơ thang. Với trường hợp lấy vật có cuống mạch là động mạch lưng vai, hoặc cả hai động mạch, điểm xoay vật là điểm ngang gai vai, cách bờ trong xương vai 1 - 1,5cm về phía trong, đảo da kinh điển nằm cách bờ dưới xương vai không quá 10cm. Phẫu tích vật gồm da, mô dưới da, các phần cơ lưng rộng và cơ thang nằm dưới đảo da. Phẫu tích cuống vật bao gồm cơ thang có chứa động mạch cổ nông (và động mạch lưng vai nếu có thể), bảo tồn cơ trám, cơ nâng vai. Các nhánh nối phong phú trong cơ giữa động mạch cổ nông, động mạch lưng vai, động mạch gian sườn sau là cơ sở của việc đầu ngoại vi của động mạch cổ nông và động mạch lưng vai trong cuống cơ.<sup>6</sup> 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

vạt, khâu phục hồi lớp cơ thang và cơ lưng rộng đã lấy vạt, khâu đóng trực tiếp vị trí cho vạt và ghép da toàn bộ nếu cần.



**Hình 1. Bệnh nhân nam, 43 tuổi (số 15 trong bảng 1), chẩn đoán: khuyết phần mềm vùng mang tai sau cắt ung thư tuyến mang tai, kích thước tổn khuyết 14x9cm. (A), thiết kế vạt da cơ thang mở rộng cơ lưng rộng kích thước 17x9cm (B), phẫu tích vạt cơ thang mở rộng (C), ngay sau mổ (D), sau phẫu thuật 1 tháng (E)**

Sau mổ bệnh nhân được điều trị nội khoa, chăm sóc vết mổ, quá trình liền thương, theo dõi và điều trị biến chứng. Bệnh nhân được tiếp tục điều trị hóa chất hoặc tia xạ theo ý kiến bác sĩ ung thư. Bệnh nhân được đánh giá sau mổ theo các mốc: 1 tuần, 1 tháng, 6 tháng.

### III. KẾT QUẢ

**Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng trước phẫu thuật**

Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân trước phẫu thuật (N = 16)		n	%
Tuổi	< 30	1	6,25
	30 - 60	8	50,00
	≥ 60	7	43,75

Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân trước phẫu thuật (N = 16)		n	%
Giới	Nam	12	75
	Nữ	4	25
Vị trí	Đỉnh	4	25
	Chằm	5	31,25
	Tai	3	18,75
	Lưng	4	25
Tiền sử ung thư	Nguyên phát	5	31,25
	Tái phát	11	68,75
Xạ trị tiền phẫu	Có	5	31,25
	Không	11	68,75
Hóa trị tiền phẫu	Có	2	12,50
	Không	14	87,50
Tiền sử phẫu thuật	Có	11	68,75
	Không	5	31,25

Đa số gặp bệnh nhân nam, lớn tuổi; tỷ lệ nam/nữ là 3/1. Các bệnh nhân chủ yếu là ung thư tái phát, đã từng phẫu thuật cắt u: 11/16 bệnh nhân. Vị trí hay gặp là da đầu: 75% (12/16 bệnh nhân).

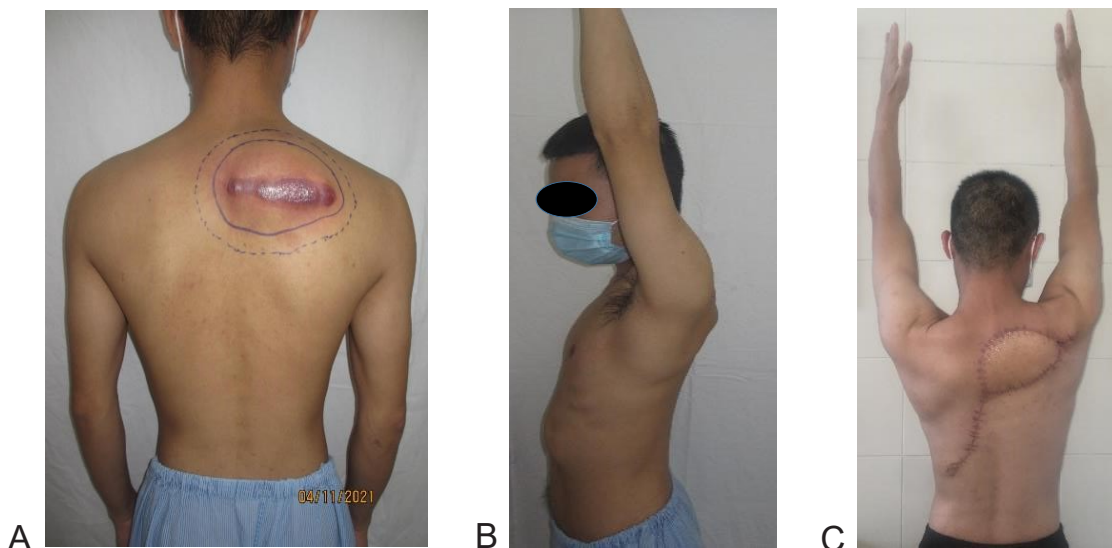
**Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị trên 16 bệnh nhân**

STT	Giới/ Tuổi	Vị trí	Kích thước vật (cm x cm)	Chiều dài cuồng vật (cm)	Khoảng cách cực xa vật - góc vai (cm)	Xạ trị tiền phẫu	Sức sống vật
1	Nữ/66	Đỉnh	12x9	26	12	Không	Sống
2	Nam/72	Chằm	20x10	9	15	Có	Bong thương bì
3	Nữ/46	Chằm	17x11	20	10	Không	Sống
4	Nam/49	Chằm	15x10	15	10	Không	Sống
5	Nam/65	Lưng	16x11	8	12	Có	Sống
6	Nữ/60	Đỉnh	22x16	19	22	Có	Sống
7	Nam/56	Tai	17x12	18	11	Không	Sống
8	Nữ/50	Chằm	14x12	13	14	Không	Sống
9	Nam/63	Chằm	20x11	8	15	Có	Sống
10	Nam/57	Tai	19x15	15	15	Không	Sống
11	Nam/39	Đỉnh	18x13	15	16	Không	Hoại tử hoàn toàn

STT	Giới/ Tuổi	Vị trí	Kích thước vạt (cm x cm)	Chiều dài cuống vạt (cm)	Khoảng cách cực xa vạt - góc vai (cm)	Xạ trị tiền phẫu	Sức sống vạt
12	Nam/61	Đỉnh	19x14	16	13	Không	Sống
13	Nam/36	Lưng	16x11	4	8	Có	Sống
14	Nam/27	Lưng	16x10	5	9	Không	Sống
15	Nam/43	Tai	17x9	12	14	Không	Sống
16	Nam/71	Lưng	16x11	10	8	Không	Sống

Chiều dài khuyết hồng trung bình:  $16,47 \pm 3,67$ cm. Chiều rộng khuyết hồng trung bình:  $12,41 \pm 2,83$ cm. Khuyết tổn rộng nhất:  $22 \times 18$ cm. Chiều dài vạt trung bình:  $17,59 \pm 3,08$ cm. Chiều rộng vạt trung bình:  $11,47 \pm 2,00$ cm. Khoảng cách cực xa vạt đến góc dưới xương vai trung bình:  $12,75 \pm 3,59$ cm, lớn nhất: 22 cm. Chiều dài cuống vạt trung bình:  $13,31 \pm 5,88$ cm, lớn nhất: 26cm.

Không có bệnh nhân phải truyền máu trong và sau mổ. Sau mổ có 1 bệnh nhân toác vết mổ, 1 bệnh nhân bong thương bì, 1 bệnh nhân vạt hoại tử hoàn toàn. Tỷ lệ biến chứng chung: 18,75%. Các bệnh nhân còn lại vết mổ liền tốt thì đầu, không có biến chứng, chiều dày vạt tương đồng với vùng xung quanh, không gặp khó khăn trong chăm sóc bản thân hàng ngày. Tất cả bệnh nhân không có giảm chức năng khớp vai sau mổ.



**Hình 2. Chức năng nâng vai của bệnh nhân trước và sau mổ tạo hình bằng vạt cơ thang.**

A: Bệnh nhân nam, 27 tuổi, khối sarcoma mạch dạng biểu mô kích thước  $14 \times 11$ cm vùng lưng trái.

B: Nâng vai trước mổ. C: Nâng vai sau mổ

Với trường hợp vạt bị hoại tử hoàn toàn, vị trí tổn khuyết là vùng đỉnh. Kích thước khuyết tổn là  $15 \times 16$ cm, kích thước vạt là  $18 \times 13$ cm. Từ kết quả và sự quan sát trong quá trình phẫu thuật, chúng

tôi giải thích hiện tượng hoại tử vạt của 1 bệnh nhân là do chiều rộng vạt không đủ, lớp mỡ dưới da nhiều làm vạt dày 4cm so với chiều sâu tổn khuyết là 1,5cm, khi khâu cố định vạt làm căng vạt quá mức dẫn đến chèn ép cuống

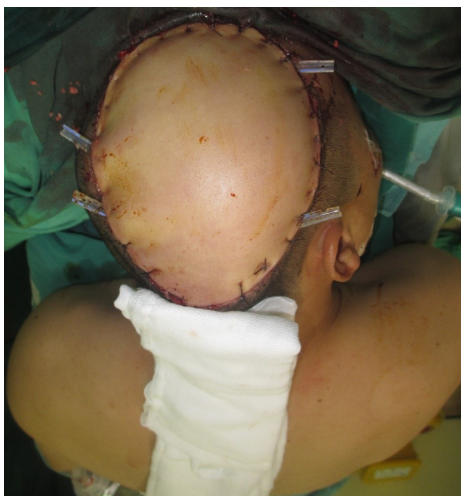
mạch. Chúng tôi đã phẫu thuật lần 2, tạo hình bằng vạt xoay tại chỗ và ghép da, kết quả sau mổ tạo hình lần 2 tốt, vạt và da ghép sống hoàn toàn, và không có biến chứng trong quá trình liền thương.



A



B



C



D

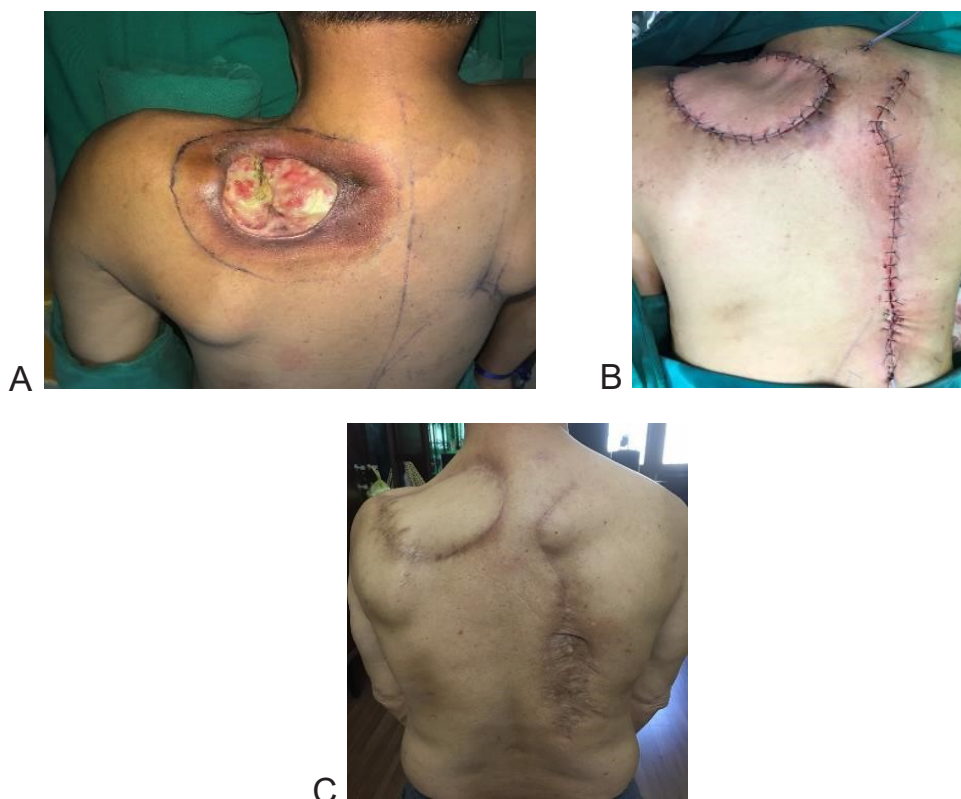
**Hình 3. Bệnh nhân số nam, 39 tuổi, (số 11 trong bảng 1) khuyết tổn vùng đỉnh được tạo hình bằng vạt cơ thang mở rộng. (A), Tổn khuyết vùng đỉnh kích thước 15x16cm, độ sâu 1,5cm, lộ xương sọ. (B), Phẫu tích vạt cơ thang kích thước 18x13cm, dày 4cm, vạt quá dày so với tổn khuyết. (C), Cố định vạt gây kéo căng vạt theo chiều rộng và chèn ép vạt xuống quá mức. (D), Tình trạng suy tĩnh mạch toàn bộ vạt 2 ngày sau mổ**

## IV. BÀN LUẬN

### Ưu điểm của vạt cơ thang

Với tỉ lệ biến chứng chung là 18,75%, và tỉ lệ phẫu thuật lại là 6,25%, vạt cơ thang có tỉ lệ biến chứng tương đương hoặc thấp hơn so với các phương pháp tạo hình khác vùng đầu cổ lưng, như kỹ thuật vạt tự do hoặc các vạt cuống liền khác (vạt cơ ngực lớn, vạt cơ lưng rộng...). Vạt không gây biến dạng thành ngực như vạt cơ ngực lớn, cũng không gây yếu vận động vai như vạt cơ lưng rộng. Chức năng vai và đường viền cổ gần như được bảo tồn hoàn toàn nếu ta giữ được 1/3 trên của cơ thang, cùng với việc khâu phục hồi lại các đầu cơ thang. Chức năng của cơ lưng rộng cũng ít bị ảnh hưởng do phần được bóc tách cùng vạt chỉ chiếm một phần nhỏ. Đường sẹo nằm hoàn toàn phía sau lưng, giúp che dấu sẹo mổ, mang lại tính thẩm

mỹ cho bệnh nhân. Một số lựa chọn khác như vạt cơ ức đòn chũm, vạt thương đòn đều không có tầm vóc và diện tích vạt lớn như vạt cơ thang mở rộng. Với các bệnh nhân đã xạ trị tiền phẫu, do tổn thương mạch máu gây xơ hóa, giảm chất lượng các mạch máu xung quanh, làm tăng tỷ lệ biến chứng và thất bại của vạt vi phẫu. Tạo hình bằng vạt da cơ cuống liền có nguồn cấp máu dồi dào, không chỉ giảm biến chứng mà còn giúp tái tưới máu cho mô xung quanh, giúp làm chậm và có thể ngăn chặn tổn thương thiếu máu của phần mềm xung quanh vạt. Đặc biệt với các tổn thương loét mạn tính, việc sử dụng vạt cơ nhanh chóng làm giảm số lượng vi khuẩn ở vết loét, thúc đẩy quá trình liền thương. Đây là ưu điểm nổi trội của vạt da cơ thang cuống liền so với các vạt da cân tự do bảo tồn cơ.



**Hình 4.** Sử dụng vạt da cơ thang mở rộng che phủ tổn loét vùng bả vai lộ xương vai do xạ trị điều trị ung thư phần mềm. A: trước mổ. B: ngay sau mổ. C: sau phẫu thuật 2 năm

## Cơ sở giải phẫu kỹ thuật bóc vạt cơ thang mở rộng

Trong nghiên cứu, chúng tôi không sử dụng kỹ thuật bóc vạt cơ thang kinh điển, mà sử dụng kỹ thuật bóc vạt cơ thang mở rộng, lấy thêm 1 phần cơ lưng rộng. Với kỹ thuật bóc vạt cơ thang kinh điển, đảo da được lấy với 1/2 - 1/3 xa của đảo da nằm phía dưới bờ dưới của cơ thang, chỉ bao gồm cân da, và được cấp máu ngẫu nhiên từ phần đảo da nằm trên cơ thang (tương ứng với chiều dài/chiều rộng cuống là 1/1 - 1/2).<sup>7</sup> Do đó, hạn chế của kỹ thuật bóc vạt cơ thang kinh điển là vạt không thể kéo dài xuống dưới xương vai quá 10 - 15cm, gây hạn chế về diện tích và tầm với của vạt.<sup>8</sup> Trong các bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân lấy vạt thấp nhất so với góc dưới xương vai là 22cm, với đảo da kích thước 22x16cm, nằm hoàn toàn thấp hơn xương vai, dùng để tạo hình toàn bộ da đầu vùng cằm và đỉnh đầu.

Cơ sở giải phẫu mạch máu của kỹ thuật lấy thêm phần lưng rộng trên vạt cơ thang hiện vẫn chưa được làm rõ. Hiện chúng tôi chưa thấy nghiên cứu nào đề cập đến nhánh nối trực tiếp từ động mạch cổ nông hoặc động mạch lưng vai đến động mạch ngực lưng. Một giả thuyết được đưa ra bởi Xie và cộng sự là dựa trên các nhánh lên và nhánh xuống của động mạch gian sườn sau và động mạch thất lưng, kết nối giữa động mạch lưng vai và cơ lưng rộng và các nhánh xuyên từ cơ lưng rộng đi ra da.<sup>9</sup> Vùng lưng có cấp máu phân tầng ngang tương đương với từng động mạch gian sườn và động mạch thất lưng, cùng với sự cấp máu và nhánh nối từ động mạch dưới đòn, động mạch nách. Nối giữa các phân đoạn này là các nhánh nối dọc nằm theo 4 vùng: dọc theo cột sống trong và ngoài màng cứng, dọc theo cơ vùng lưng, dọc theo thành bên ngực và bụng.<sup>10</sup>

Mặc dù chưa có nghiên cứu giải phẫu chỉ rõ mạch máu nối giữa cơ thang và cơ lưng rộng,

nhưng đã có các trường hợp lâm sàng khẳng định mối liên quan giữa hệ tuần hoàn của 2 vùng này. Numajiri và cộng sự đã sử dụng vạt lưng rộng lấy thêm 1 phần cơ thang để tạo hình ngực cho 7 bệnh nhân.<sup>10</sup> Tuổi máu vạt được đánh giá trong mổ bằng chảy máu mép cơ và bằng tiêm indocyanine xanh.

## Kết quả phẫu thuật

Khi so sánh với y văn thế giới, chúng tôi tìm thấy 3 nghiên cứu có sử dụng thiết kế vạt tương tự và đạt kết quả tốt.<sup>9,12,13</sup> 3 nghiên cứu có tổng số lượng là 17 bệnh nhân. Năm 1996, Atiyeh và cộng sự dùng vạt cơ thang kèm một phần cơ lưng rộng che phủ tổn khuyết vùng cằm sau phẫu thuật cắt u não và xạ trị cho 1 bệnh nhân. Năm 2017, Chen và cộng sự ứng dụng vạt che phủ tổn khuyết sau cắt u vùng miệng và mặt giữa cho 3 bệnh nhân. Sau mổ có 1/3 (33,33%) bệnh nhân toác vết mổ nơi cho vạt. Năm 2021, Xie và cộng sự nghiên cứu kết quả áp dụng vạt cho 12 tổn khuyết sau điều trị ung thư, và 1 tổn khuyết do chấn thương. Vị trí khuyết phần mềm được che phủ nằm ở đầu, mặt và lưng. Sau mổ có 2/13 (15,38%) vạt hoại tử một phần cần phẫu thuật lại che phủ bằng vạt tại chỗ. Nghiên cứu của chúng tôi cũng được tiến hành trên đối tượng là 14 tổn khuyết sau điều trị ung thư. Khi so sánh về kết quả, chúng tôi có tỉ lệ biến chứng ít hơn, với 2/16 trường hợp (12,5%) hoại tử vạt và 1/16 trường hợp (6,25%) toác vết mổ, 1/16 (6,25%) trường hợp phải mổ lại.

Khi so sánh với kỹ thuật bóc vạt cơ thang kinh điển, các vạt cơ thang trong nghiên cứu của chúng tôi có tầm với rộng hơn với kích thước vạt tương tự. Năm 2017, Sugrue và cộng sự thực hiện tổng quan hệ thống về các vạt cơ thang cho tạo hình khuyết phần mềm do ung thư đầu mặt cổ trên 157 bệnh nhân.<sup>5</sup> Đặc điểm lâm sàng giữa 2 nhóm bệnh nhân là tương tự nhau về tuổi (trung bình 53,8 và 59,7), giới (nam chiếm 75% và 70,6%). Tỷ lệ xạ trị hỗ trợ trong



nghiên cứu của Sugrue là 64,9%, nhưng không nêu rõ xạ trị tiền phẫu hay hậu phẫu. Tỷ lệ xạ trị tiền phẫu của chúng tôi là 31,25% và tỷ lệ xạ trị nói chung là 43,75%. Nơi xa gốc vạt nhất được tạo hình là vùng cằm (với 3 bệnh nhân được mô tả là vùng da đầu không rõ vị trí), còn với thiết kế của chúng tôi, có 4/16 bệnh nhân được tạo hình ở vùng đỉnh đầu. Theo nghiên cứu của Sugrue, chiều dài vạt lớn nhất là 25cm, chiều rộng lớn nhất là 15cm, tương tự với nghiên cứu của chúng tôi là 22x16cm, nhưng kích thước vạt trung bình là 11,1x6,84cm nhỏ hơn kích thước vạt trung bình trong nghiên cứu này là 16,47x12,41cm. Với vạt cơ thang kinh điển, tỉ lệ hoại tử vạt là 8%, tỉ lệ loét vết mổ là 4,3%, so sánh với nghiên cứu của chúng tôi là 12,5% và 6,25%. Sự khác biệt về tỷ lệ này có thể do nghiên cứu của chúng tôi có cỡ mẫu quá nhỏ (N = 16), không thể xác định chính xác tỷ lệ biến chứng và kiểm định xem sự khác biệt có ý nghĩa thống kê hay không.

## V. KẾT LUẬN

Vạt cơ thang mở rộng thêm một phần cơ lưng rộng là lựa chọn phù hợp trong tạo hình che phủ khuyết phần mềm vùng đầu, cổ, lưng. Ưu điểm của vạt là có thể phẫu tích vạt trong tư thế nằm nghiêng/sấp, kích thước vạt lớn, dễ bóc tách, nơi cho vạt thường có thể đóng trực tiếp hoặc che phủ đơn giản bằng ghép da, dễ che giấu sẹo. Đặc biệt phần mở rộng tới cơ lưng rộng tạo cho vạt có góc xoay lớn, có thể vươn tới vùng đỉnh đầu.

Tuy nhiên, hiện chưa có cơ sở giải phẫu rõ ràng nên cần thêm nhiều nghiên cứu xác định rõ mạch máu nối giữa cơ thang và cơ lưng rộng.

## 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. Hicks K, Thomas JR. Skin and composite grafts. *Plastic and Aesthetic Research*. 2022;9:2. doi: 10.20517/2347-9264.2021.65.

3. Jacobson LK, Johnson MB, Dedhia RD, Niknam-Bienia S, Wong AK. Impaired wound healing after radiation therapy: A systematic review of pathogenesis and treatment. *JPRAS Open*. 2017;13:92-105. doi: 10.1016/j.jpra.2017.04.001.

4. Miller H, Bush K, Delancy M, et al. Effect of preoperative radiation on free flap outcomes for head and neck reconstruction: An updated systematic review and meta-analysis. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*. 2022;75(2):743-752. doi: 10.1016/j.jps.2021.09.050.

5. Sugrue CM, Rooney G, Sugrue RM. Trapezius flaps for reconstruction of head and neck defects following oncological resection - A systematic review. *J Craniomaxillofac Surg*. 2017;45(12):2115-2119. doi: 10.1016/j.jcms.2017.10.001.

6. Ciudad P, Agko M, Manrique OJ, et al. The retrograde transverse cervical artery as a recipient vessel for free tissue transfer in complex head and neck reconstruction with a vessel-depleted neck. *Microsurgery*. 2017;37(8):902-909. doi: 10.1002/micr.30193.

7. Naalla R, Murthy V, Chauhan S, Chinta K, Singhal M. Revisiting the trapezius fFlap as a reconstructive option for cervico-occipital and thoracic spine regions. *Indian J Plast Surg*. 2019;52(3):322-323. doi: 10.1055/s-0039-3400677.

8. Tan KC, Tan BK. Extended lower trapezius island myocutaneous flap: A fasciomyocutaneous flap based on the dorsal scapular artery. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2000;105(5):1758-1763.

9. Xie T, Liu Y, Han T, et al. Flap design and preliminary clinical experience of the lower trapezius musculocutaneous flap carrying a portion of the latissimus dorsi muscle. *Chinese journal of reparative and reconstructive surgery*. 2021;35:349-355. doi: 10.7507/1002-1892.202009114.
10. Rickenbacher J, Landolt AM, Theiler K, et al. Outline of the arteries of the back. In: Rickenbacher J, Landolt AM, Theiler K, Scheier H, Siegfried J, Wagenhäuser FJ, eds. *Applied Anatomy of the Back*. Berlin, Heidelberg: Springer; 1985:101-106. doi: 10.1007/978-3-662-05791-9\_5.
11. Numajiri T, Morita D, Tsujiko S, Moriguchi Y. Extension toward the Trapezius in a transversely oriented latissimus dorsi flap for breastreconstruction. *PlasticandReconstructive Surgery - Global Open*. 2021;9(7):e3695. doi: 10.1097/GOX.0000000000003695.
12. Atiyeh BS, Hamdan AM, Nassar SI, Hanbali FS, Hashim HA. Vascularized fascial patch for repair of suboccipital dural defect. *Annals of Plastic Surgery*. 1996;37(4):422-427.
13. Chen WL, Yang ZH, Huang ZQ, Fan S, Zhang DM, Wang YY. Craniofacial resection and reconstruction in patients with recurrent cancer involving the craniomaxillofacial region. *J Oral Maxillofac Surg*. 2017;75(3):622-631. doi: 10.1016/j.joms.2016.08.044.

## Summary

### TRAPEZIUS MYOCUTANEOUS FLAP FOR HEAD, NECK, BACK DEFECTS CAUSED BY CANCER: APPLICATION AND RESULTS

The head, neck, back are common occurrence sites for skin and soft tissue cancer, which usually cause large defects in need of reconstruction. Trapezius myocutaneous flaps have a constant blood supply, are easy to dissect, has large skin paddle, therefore they are ideal materials for head, neck, and back reconstruction. Objective: Describing the result of trapezius myocutaneous flap reconstruction in head, neck, and back cancer. Method: Serial case report with sixteen patients with histopathically diagnosed cancer in the region of the head, neck, and back, whose defects were reconstructed by using trapezius myocutaneous flap in Vietnam National K Hospital. Results: Largest defect of 22x16cm, smallest defect of 12x9cm. 75% of the defects were in or near the scalp area. 25% of the defects were in the upper back area. 87.5% of the flaps have uneventful postoperative courses, 6.25% of the flaps has partial necrosis and 6.25% of the flap has total necrosis. Conclusions: Trapezius myocutaneous flap is highly suitable for reconstruction following head, neck, back cancer excision.

**Keywords:** trapezius myocutaneous flap, head, neck and back, defect from cancer.