

Kết quả phẫu thuật cắt rộng ung thư da tế bào đáy vùng mặt kèm tạo hình bằng vật tại chỗ

Nguyễn Trần Thúc Huân^{1*}, Trần Thị Như¹, Lê Thanh Huy¹,

Nguyễn Thị Hồng Chuyên¹, Hà Thanh Thanh¹

(1) Bộ môn Ung bướu, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Ung thư da tế bào đáy là một loại ung thư da thường gặp ở vùng mặt. Điều trị bằng phẫu thuật phải đảm bảo rìa diện cắt an toàn và hiệu quả về chức năng và thẩm mỹ. Do đó, việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật cắt bỏ và phương pháp tái tạo sau phẫu thuật vẫn là một thách thức trong điều trị. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi tiến hành nghiên cứu tiến cứu mô tả có can thiệp lâm sàng với 34 bệnh nhân ung thư tế bào đáy vùng mặt (35 tổn thương) đáp ứng tiêu chuẩn chọn bệnh và tiêu chuẩn loại trừ được phẫu thuật cắt rộng và tái tạo bằng vật da tại chỗ tại Bệnh viện Trường Đại học Y-Dược Huế từ 01/2017 đến 04/2021. **Kết quả:** Vị trí khối u ở vùng mũi và má chiếm tỷ lệ 68,5%; với đặc điểm lâm sàng phần lớn là sùi loét không lành (54,3%). Rìa diện cắt an toàn 2 - 10 mm chiếm 94,3% trường hợp. Kết quả về mặt chức năng đạt yêu cầu 100%, về thẩm mỹ đạt tốt là 91,4%, với tỉ lệ biến chứng thấp (5,7%) và không ghi nhận tái phát, di căn sau 19,5 tháng theo dõi. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt rộng với rìa diện cắt 2 - 10 mm và tái tạo bằng vật da tại chỗ đảm bảo an toàn và thẩm mỹ trong điều trị bằng phẫu thuật ung thư da tế bào đáy vùng mặt.

Từ khóa: ung thư da, tế bào đáy, vùng mặt, phẫu thuật cắt rộng, vật tại chỗ.

Results of local flaps of the face for reconstruction after wide local excision in facial basal cell carcinoma

Nguyen Tran Thuc Huan^{1*}, Tran Thi Nhu¹, Le Thanh Huy¹

Nguyen Thi Hong Chuyen¹, Ha Thanh Thanh¹

(1) Oncology Department, Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Abstract

Background: Basal cell carcinomas (BCCs) are the most common skin cancers of the face. Surgical treatment must ensure safe surgical margins and effects in functional and cosmetic aspects. Therefore, the selection of surgical excision and postoperative reconstruction methods remains a challenge in treatment. **Methods:** We conducted a prospective descriptive clinical intervention study with 34 patients with basal cell carcinoma of the face (35 lesions) who met the inclusion and exclusion criteria of local flaps of the face for reconstruction after wide local excision in facial basal cell carcinoma at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital from January 2017 to April 2021. **Results:** The most common sites of tumor were nose and cheek (68.5%); with clinical features mostly non-healing ulcers (54.3%). The safe surgical margins were 2-10mm in 94.3% of cases. The functional outcome was 100% satisfactory and the aesthetic result was good in 91.4% of patients, with a low complication rate (5.7%) and no recurrence, metastasis was recorded after 19.5 months of follow-up. **Conclusions:** 2 to 10 mm margins of wide local excision and reconstruction by local flap ensures safety and aesthetics in the surgical treatment of facial basal cell carcinomas.

Keywords: skin cancer, basal cell carcinomas, facial area, wide local excision, local flap.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư da là một trong số những ung thư hay gặp, bao gồm ung thư da không phải ung thư hắc tố (ung thư biểu mô da tế bào đáy, tế bào vảy) và hắc tố (melanoma). Theo Tổ chức Y tế thế giới [1], tỷ lệ mắc ung thư da đang gia tăng trong những thập kỉ qua,

hiện nay có từ 2 đến 3 triệu ca ung thư da không phải ung thư hắc tố và 132.000 ca ung thư da hắc tố xảy ra trên toàn cầu mỗi năm.

Ung thư biểu mô tế bào đáy là một loại ung thư da phổ biến phát sinh từ lớp cơ bản của lớp biểu bì và phần phụ của nó. Có tiên lượng tốt, ít di căn hạch,

Địa chỉ liên hệ: Nguyễn Trần Thúc Huân; email: ntthuan@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 18/1/2023; Ngày đồng ý đăng: 22/3/2023; Ngày xuất bản: 28/4/2023

DOI: 10.34071/jmp.2023.2.5

ít di căn xa, chiếm khoảng 70 - 80% trong các loại ung thư da và thường xuất hiện ở những vùng tiếp xúc nhiều với ánh sáng mặt trời: đầu mặt cổ, cánh tay...hay gặp ở mặt hơn các vùng khác [2],[3]. Tiến triển và tái phát của bệnh thường gặp là xâm lấn tại chỗ (mô dưới da, sụn, xương,...).

Tại Việt Nam, ung thư da đứng hàng thứ tám trong mười loại ung thư hay gặp nhất, thường gặp ở vùng đầu-mặt-cổ và chủ yếu là ung thư biểu mô tế bào đáy. Theo nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước, ung thư da tế bào đáy vùng mặt chiếm tỉ lệ 93 - 94,5% [3].

Bệnh có khả năng được điều trị khỏi cao, hiếm khi gây tử vong. Hiện nay có nhiều phương pháp điều trị cho ung thư biểu mô da tế bào đáy vùng mặt như: phẫu thuật nạo u, phẫu thuật Mohs, phẫu thuật cắt rộng u, xạ trị, phẫu thuật bằng nhiệt lạnh, phẫu thuật bằng lazer, điều trị bằng quang đông, điều trị bằng thuốc... Mỗi phương pháp đều có ưu điểm và nhược điểm riêng. Phẫu thuật Mohs giúp kiểm soát bờ diện cắt và tiết kiệm tối đa mô lành tuy nhiên cần trang thiết bị chuyên sâu, bệnh nhân phải phẫu thuật nhiều lần, tốn kém thời gian và kinh phí... Các phương pháp còn lại bên cạnh hạn chế việc loại bỏ hoàn toàn tế bào ung thư còn có nhược điểm không cung cấp đủ bằng chứng giải phẫu bệnh. Từ đó có thể thấy, phẫu thuật cắt rộng khối u kèm tạo hình bằng vật tại chỗ vẫn là phương pháp đơn giản mà hữu hiệu nhất trong việc đảm bảo an toàn về cả mặt ung thư và chức năng thẩm mỹ [4], [5], [6].

Tuy nhiên, cắt rộng đúng mức các tổn thương trên da mặt để đảm bảo về mặt ung thư học cũng đồng nghĩa với việc có thể gây tổn hại cho thẩm mỹ và chức năng, đặc biệt ảnh hưởng đến tâm lý gây nhiều mặc cảm cho bệnh nhân, làm giảm đến khả năng hòa nhập xã hội và chất lượng sống của người bệnh. Điều này đặt ra một thử thách lớn cho việc phẫu thuật điều trị ung thư da tế bào đáy vùng mặt.

Xuất từ những vấn đề nêu trên, tại Việt Nam chưa có nhiều đề tài nghiên cứu sâu về vấn đề này. Do đó, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu: **“Kết quả phẫu thuật cắt rộng ung thư da tế bào đáy vùng mặt kèm tạo hình bằng vật tại chỗ”** với mục tiêu:

1. Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của ung thư da tế bào đáy vùng mặt.
2. Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt rộng ung thư da tế bào đáy vùng mặt kèm tạo hình bằng vật tại chỗ.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Gồm 34 bệnh nhân ung thư da tế bào đáy vùng mặt (35 tổn thương) được phẫu thuật cắt rộng và

tạo hình bằng vật tại chỗ tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ 1/2017 đến 04/2021.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân phẫu thuật ung thư da tế bào đáy vùng mặt lần 2 do tái phát.
- Bệnh nhân mắc bệnh da liễu ở vùng mặt hoặc có tiền sử xạ trị vùng mặt.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: tiến cứu mô tả có can thiệp lâm sàng.

2.3. Kỹ thuật thu thập số liệu:

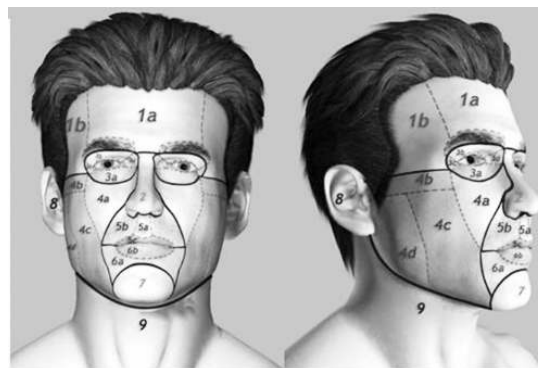
2.3.1. Lâm sàng

- Tính chất khối u: sùi, loét lâu lành; loét trên nền nốt ruồi; loét trên nền sẹo, bông; tăng sắc tố; chảy máu; ngứa; khác...
- Vị trí khối u: phân loại theo đơn vị giải phẫu da vùng mặt, kích thước khối u;
- Phân loại giải phẫu bệnh khối u;
- Xếp loại TNM (AJCC 8);
- Kích thước rìa diện cắt, loại vật che phủ khuyết hổng;
- Đánh giá kết quả thẩm mỹ sau phẫu thuật, đánh giá kết quả ung thư học sau phẫu thuật;
- Đánh giá biến chứng phẫu thuật.

2.3.2. Quy trình phẫu thuật:

- Theo khuyến cáo của NCCN (2022), rìa diện cắt ≤ 4 mm là an toàn đối với tổn thương nguy cơ thấp (loại bỏ được $\geq 95\%$ ung thư) và rìa diện cắt 4 - 6 mm đối với tổn thương có nguy cơ cao [7]. Diễn đàn Da liễu Châu Âu [8] cũng đồng thuận rìa diện cắt 3 - 4 mm đối với tổn thương nguy cơ thấp và 5 - 10 mm với tổn thương nguy cơ cao. Do đó, nghiên cứu của chúng tôi chọn:

+ Rìa diện cắt đối với BBCs vùng mặt khối u nhỏ (dưới 2 cm) là 2 - 5 mm, với khối u có kích thước lớn hơn rìa diện cắt là 7 - 10 mm. Với BBCs đại thể dạng xơ cứng hoặc ở vị trí có nguy cơ cao là 10 - 15 mm [9]. Độ sâu của vùng cắt bỏ là 1 - 4 mm [4].



Hình 1. Đơn vị giải phẫu vùng mặt [7]

1. Vùng trán 2. Vùng mũi 3. Vùng mắt
4. Vùng má 5. Vùng môi trên 6. Vùng môi dưới
7. Vùng cằm 8. Vùng tai 9. Vùng cổ

- Số lượng khối u: một u hay nhiều u.
- + Trong quá trình cắt rộng, luôn tôn trọng các đơn vị thẩm mỹ, đường rạch da trùng vào hay song song với các nếp nhăn da tự nhiên.
- Tiến hành sinh thiết lạnh rìa và nền u. Nếu kết quả sinh thiết lạnh cho kết quả (+) thì tiến hành cắt thêm ở vị trí tương ứng 1 - 2 mm, cho đến khi đạt kết quả (-).
- Vạt da che khuyết hổng tốt nhất thường là vạt da ở cùng vùng thẩm mỹ với khuyết hổng nguyên phát. Các vạt được áp dụng trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm vạt trượt, vạt xoay, vạt chuyển (bao gồm vạt hai thùy) [10].
- + Tổn thương vùng má, ưu tiên dùng vạt trượt do vị trí giải phẫu và mô dưới da lỏng lẻo, rất thuận lợi cho kỹ thuật đùn đẩy vạt da.
- + Vùng mũi, ưu tiên dùng vạt chuyển 2 thùy, do vị trí phức tạp, tổ chức dưới da hầu như rất ít, mạch máu nuôi nghèo nàn, cần phải tiết kiệm tổ chức da được cắt hay chuyển.
- + Vùng trán, ưu tiên vạt xoay do vị trí giải phẫu nên da vùng này thường căng hơn các vùng khác, ít mạch nuôi nên cần vạt da rộng để bảo đảm sống còn sau phẫu thuật.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng nhóm bệnh nhân nghiên cứu

- Độ tuổi trung bình: $72,2 \pm 12,8$ (41 - 92).
- Bệnh chủ yếu gặp ở nữ giới (85,3%), tỷ lệ nữ/nam: 5,8/1 ($p < 0,05$)

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng		n	Tỷ lệ (%)
Tính chất khối u (35 khối u/34 bệnh nhân)	Sùi loét không lành	19	54,3
	Loét trên nền nốt ruồi	6	17,1
	Tăng sắc tố	3	8,6
	Khác	7	20,0
Vị trí khối u (35 khối u/34 bệnh nhân)	Trán	5	14,3
	Má	11	31,4
	Mũi	13	37,1
	Khác	6	17,2
Xếp loại khối u (T) (34 bệnh nhân)	T1	31	91,0
	T2	2	6,0
	T3	1	3,0
Kích thước u (cm) (35 khối u/34 bệnh nhân)	≤ 2 cm	33	94,2
	2 - 5 cm	1	2,9
	≥ 5 cm	1	2,9
Thể giải phẫu bệnh (35 khối u/34 bệnh nhân)	Thể cục	33	94,2
	Thể tăng sắc tố	1	2,9
	Thể khổng lồ	1	2,9

2.3.3. Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị

Đánh giá về ung thư học: đánh giá tái phát tại chỗ, tại vùng và di căn xa (mỗi 3 tháng trong 5 năm đầu tiên).

Đánh giá về thẩm mỹ (bác sĩ và bệnh nhân đánh giá sau 3 và 6 tháng phẫu thuật).

Đánh giá trên các phương diện hình thái của vùng được tái tạo, tình trạng vạt, tình trạng sẹo, sự co kéo gây biến dạng hay di lệch khi so sánh với bên đối diện. Đánh giá kết quả thẩm mỹ sau phẫu thuật theo Drisco PB (2001) [5].

- Rất tốt: Không mất cân xứng, không có dấu hiệu nào chứng tỏ đã được tạo hình.

- Tốt: Mất cân xứng ít hoặc thấy sẹo nhưng không làm biến dạng mặt.

- Trung bình: Mất cân xứng mức độ trung bình hoặc sẹo làm biến dạng mặt ít.

- Xấu: Biến dạng rõ hoặc sẹo làm ảnh hưởng rõ đến vẻ mặt bệnh nhân.

Đánh giá về chức năng (3 và 6 tháng sau phẫu thuật) [5].

Đánh giá ảnh hưởng của phẫu thuật lên chức năng của cơ quan hoặc có sự xuất hiện những triệu chứng bất thường (như mất cảm giác) của vùng có phẫu thuật và các cơ quan gần đó như môi mũi mắt tai.

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 2. Kết quả điều trị

Kết quả điều trị			n (35 u)	Tỷ lệ (%)
Rìa diện cắt (mm)		2 - 5 mm	25	71,4
Trên 5 mm		10	28,6	
Kích thước khuyết hổng (cm)		≤ 3 cm	29	82,9
3 - 4 cm		2	5,7	
Trên 4 cm		4	11,4	
Dạng vật da		Vật trượt	21	60,0
Vật xoay		4	11,4	
Vật chuyển		10	28,6	
Sinh thiết lạnh rìa		Dương tính	2	5,7
Âm tính		33	94,3	
Biến chứng sau phẫu thuật		Hoại tử vật da	0	0,0
Nhiễm trùng		2	5,7	
Kết quả thẩm mỹ (đánh giá sau 3 và 6 tháng phẫu thuật)	Bác sĩ (đánh giá)	Rất tốt	11	31,3
		Tốt	20	57,1
		Trung bình	0	0
		Xấu	4	11,4
	Bệnh nhân (đánh giá)	Rất tốt	2	8,6
		Tốt	23	65,7
		Trung bình	8	22,9
		Xấu	1	2,9
Kết quả chức năng (đánh giá sau 3 và 6 tháng phẫu thuật) thay đổi	Bình thường	35	100,0	
	0	0		

3.3. Liên quan giữa cách chuyển vật và tình trạng thẩm mỹ

Bảng 3. Liên quan giữa cách chuyển vật và tình trạng thẩm mỹ

Đánh giá	Vật trượt	Vật xoay	Vật chuyển	Tổng
Đạt	21	2	8	31
Không đạt	0	2	2	4
Tổng	21	4	10	35
p	$\chi^2=9,315$ p=0,012			

Nhận xét:

Tất cả các trường hợp chuyển vật trượt đều có kết quả thẩm mỹ đạt, 4 trường hợp không đạt có sử dụng vật xoay và vật chuyển. Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Hình ảnh minh họa



Hình 2. Bệnh nhân Trần Thị A 62t (Trước và sau 6 tháng phẫu thuật)
Loét trên nền nốt ruồi, vị trí cánh mũi. Kết quả rất tốt



Hình 3. Bệnh nhân Nguyễn Thị C, 84t (Trước và sau 6 tháng phẫu thuật)
Loét không lành, vị trí má-bờ dưới hốc mắt. Kết quả tốt



Hình 4. Bệnh nhân Lê Thị V 87t (Trước và sau phẫu thuật 4 tháng)
Loét không lành, vị trí cánh mũi. Kết quả trung bình

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng nhóm bệnh nhân nghiên cứu

4.1.1. Tuổi và giới

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu này là $72,2 \pm 12,8$. Kết quả này cao hơn kết quả của Bùi Xuân Trường (2005) là 65,2 tuổi; Bạch Quang Tuyến (2009) là 63,8 tuổi [2],[5]. Bên cạnh đó theo Nouri (2008) và Jolieke (2011) thì từ 70 tuổi trở lên là độ tuổi có tỷ lệ mắc ung thư biểu mô tế bào đáy cao nhất [1],[11], trong nghiên cứu của chúng tôi cũng có 22/34 bệnh nhân có độ tuổi trên 70 tương đương 64,75%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có tới 29/34 bệnh nhân là nữ chiếm 85,3%, chỉ có 5 bệnh nhân là nam, tỷ lệ nam/nữ 0,17. Tỷ lệ này thấp hơn kết quả của Bùi Xuân Trường 2005 (0,76) và Phạm Cao Kiêm 2006 (0,89) [5],[9]. Theo chúng tôi, tỷ lệ nam, nữ trong nghiên cứu này là có sự khác biệt với $p < 0,05$.

4.1.2. Tính chất tổn thương

Trong nghiên cứu này ghi nhận đa phần bệnh nhân vào viện vì triệu chứng sùi loét là phổ biến chiếm 54,3%, sau đó là triệu chứng loét trên nền nốt ruồi, cao hơn kết quả của Nguyễn Huy Thọ - Bạch Quang Tuyến (37,5%) [2]. Tăng sắc tố là một biểu hiện khá đặc biệt của ung thư biểu mô tế bào đáy, đặc điểm này có thể dẫn đến chẩn đoán nhầm lẫn ung thư biểu mô tế bào đáy với các tổn thương có tăng sắc tố khác như: nevi sắc tố hoặc melanoma, dẫn đến những sai lầm đáng tiếc trong điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 3 trường hợp bệnh nhân vào viện vì tăng sắc tố chiếm 8,5%, tương đương với kết quả của các tác giả như Abbas (6,94%) [12], Nouri (6%) [1].

4.1.3. Vị trí

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương vùng mũi chiếm tỷ lệ cao nhất với 37,1%, tiếp đến là tổn thương vùng má với 31,4%, tổng cộng hai vùng mũi má là gần 70%. Gần giống với kết quả của Janjua O.S và cs [13] khi phân tích trên 171 trường hợp ung thư biểu mô tế bào đáy với 31,5% ở vùng mũi và 26,9% ở vùng má, nghiên cứu của Chow cũng ghi nhận rằng vùng mũi là nơi hay gặp ung thư biểu mô tế bào đáy nhất với 31,6%, tiếp theo là má tỷ lệ 16,5%. Nghiên cứu của Phạm Cao Kiêm cũng cho thấy tổn thương tại cả hai vùng mũi và má là 72,1% [9].

4.1.4. Kích thước tổn thương

Kích thước của u càng lớn việc loại bỏ tổ chức ung thư và tạo hình lại tổn khuyết càng khó khăn, ngoài ra khả năng tái phát ung thư cũng tăng lên. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 33/35 các tổn thương có kích thước bé hơn 2 cm với tỷ lệ 94,2%, chỉ có một trường hợp có kích thước lớn hơn 2 cm

và nhỏ hơn hoặc 5 cm và duy nhất một trường hợp có tổn thương ung thư biểu mô tế bào đáy kích thước 7 cm (vùng cằm). Khi so sánh với kết quả của Phạm Cao Kiêm (63,9% tổn thương nhỏ hơn 2 cm, 36,1% tổn thương lớn hơn 2 và nhỏ hơn 5 cm) [9] thì nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ khối u nhỏ hơn 2 cm là cao hơn, tỷ lệ khối u lớn hơn 2 và nhỏ hơn 5 cm là nhỏ hơn... Kết quả của chúng tôi là tương đương với nghiên cứu của Abbas trên 518 tổn thương cho kết quả 94,5% tổn thương có kích thước nhỏ hơn 2 cm và chỉ có 5,4% có kích thước lớn hơn 2 cm [12].

4.1.5. Thể mô bệnh học

Theo Nouri [1] và Colgan, thể u (thể cục) là hay gặp nhất, chiếm khoảng 70 - 78% tổng số BCCs. Nghiên cứu của Abbas trên 518 trường hợp có 69,11% là ung thư biểu mô tế bào đáy thể u [12]. Trong nghiên cứu của chúng tôi thể u chiếm tới 94,2%, cao hơn nhiều so với các tác giả nước ngoài nhưng lại giống với kết quả của Phạm Cao Kiêm (91,7%) [9]. Ngoài ra, trong nghiên cứu còn có 1 trường hợp ung thư thể tăng sắc tố, 1 trường hợp thể khổng lồ (> 5 cm).

4.2. Kết quả điều trị

4.2.1. Rỉa diện cắt

Nghiên cứu của chúng tôi đa phần thực hiện mức cắt 2 - 5 mm chiếm tỷ lệ 71,4%, cao hơn kết quả của Bùi Xuân Trường 2012 (58,8%) [5] và Trịnh Hùng Mạnh (64,7%) [4]. Khi khối u bằng hoặc dưới 1cm hay ở vùng giải phẫu tiết niệu diện tích, chúng tôi chọn mức cắt rộng là 2 - 3 mm, đối với các khối u lớn hơn chúng tôi thường chọn diện cắt rộng 5 - 7 mm. Tỷ lệ rỉa diện cắt dương tính đối với mức cắt 2 - 5 mm và > 5 mm lần lượt là 0% và 5,7%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Tương tự nghiên cứu của tác giả Univerdi (2020), với cỡ mẫu 99 tổn thương trên 91 bệnh nhân BCCs có kích thước ≤ 2 cm được phẫu thuật cắt rộng với rỉa phẫu thuật 3 mm (53 tổn thương) hoặc 5 mm (46 tổn thương) với tỷ lệ rỉa diện cắt dương tính lần lượt là 5,6% và 0% [14].

Santiago và cộng sự (2020) tiến hành phẫu thuật cắt rộng trên 306 bệnh nhân BCCs vùng mặt với rỉa diện cắt trung bình là 5,7 mm. Kết quả phẫu thuật cho thấy, với rỉa diện cắt 2 mm, 3 mm và 4 mm đã cho kết quả âm tính trên sinh thiết lạnh lần lượt là 73,9%; 94,3% và 99%. Điều này cho thấy rỉa diện cắt 4mm là đủ để loại bỏ tế bào ung thư trong 99% trường hợp phẫu thuật cắt rộng đối với BCCs vùng mặt có nguy cơ thấp [15].

Sở dĩ có sự khác biệt về những trường hợp dương tính rỉa với diện cắt > 5 mm trong nghiên cứu của chúng tôi với các tác giả khác là do 2 trường hợp dương tính rỉa này có kích thước tổn thương > 2 cm, thuộc nhóm nguy cơ cao về cả vị trí lẫn loại mô bệnh

học nhưng do nằm ở vị trí khó khăn trong phẫu thuật tạo hình nên ban đầu chúng tôi chỉ cắt rộng với rìa diện cắt > 5 mm trong khi theo các hướng dẫn của NCCN [7] hoặc Diễn đàn Da liễu Châu Âu [8] thì nên cắt với rìa diện cắt 5 - 10 mm.

4.2.2. Vạt da tại chỗ

Phương pháp tạo hình chúng tôi sử dụng là tạo hình bằng vạt tổ chức tại chỗ. 35 vạt mà chúng tôi sử dụng chủ yếu dựa vào 3 dạng chính đó là: vạt trượt, vạt xoay và vạt chuyển. Các vạt này được lựa chọn và thiết kế dựa trên sự phân tích của về tình trạng của bệnh nhân và tổn thương tại chỗ vùng mặt.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 21 vạt trượt (60%) được sử dụng cho hầu hết các vùng trên mặt, trong đó vùng má được áp dụng nhiều nhất với 9/11 trường hợp. Theo Baker, tổn khuyết vùng má là nơi có thể sử dụng vạt dồn đẩy hiệu quả nhất do khả năng di động và tính chun giãn của da và phần mềm ở vùng này cao hơn các vùng khác [10].

Vạt chuyển là vạt có khả năng sử dụng hết sức linh hoạt cho hầu hết các vùng trên mặt [10]. Tuy

nhiên chỉ định sử dụng vạt chuyển phải phụ thuộc vào vị trí và kích thước của khuyết hổng. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã sử dụng 10 vạt chuyển để tạo hình cho các vùng mũi, mắt, má, trán. Trong 10 vạt này sử dụng 6 vạt cho vùng mũi, tiếp đến là 2 vạt cho vùng má, các vùng còn lại mỗi vùng có số lượng 1. Theo Hamdy (2005) vạt rãnh mũi má được cấp máu từ nhánh của động mạch mặt, động mạch dưới ổ mắt, động mạch ngang mặt và động mạch dưới ròng rọc [3]. Do nguồn cấp máu hết sức phong phú như vậy nên vạt rãnh mũi má có thể sử dụng rất linh hoạt. Ngoài những đặc điểm kể trên, chúng tôi còn thực hiện chuyển vạt hai thùy thiết kế ở vùng má và vùng trán.

Trong các cách chuyển vạt, vạt xoay là dạng được sử dụng ít nhất chỉ 4 vạt, trong đó có 1 vạt ở vị trí má ở vùng da trước tai, 3 vạt ở mũi.

4.2.3. Biến chứng phẫu thuật

Có 2/35 trường hợp có tình trạng nhiễm trùng sau mổ chiếm 5,7%. Theo Bùi Xuân Trường [5], biến chứng nhiễm trùng thường ít gặp chiếm tỉ lệ 2,8%.

Bảng 4. So sánh tỷ lệ biến chứng

Nghiên cứu	n	Biến chứng	Tỷ lệ (%)
Bùi Xuân Trường (2012) [5]	289	Nhiễm trùng	1,7
		Hoại tử vạt	2,4
Trịnh Hùng Mạnh (2015) [4]	157	Nhiễm trùng	1,3
		Hoại tử vạt	0,6
Chúng tôi (2021)	34	Nhiễm trùng	5,7
		Hoại tử vạt	0

Trong 2 trường hợp nhiễm trùng của chúng tôi xảy ra ở những khuyết hổng lớn, kế cận hốc mũi. Nhìn chung, có thể thấy các biến chứng trong nhóm nghiên cứu là không quá nghiêm trọng và chấp nhận được.

4.2.4. Kết quả chức năng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả về mặt chức năng là 100% các bệnh nhân, tuy chưa tương đồng với các nghiên cứu khác, có lẽ do sự khác biệt về đối tượng và phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu của Bùi Xuân Trường và cộng sự 2005 là 95% [5].

4.2.5. Kết quả thẩm mỹ

Chúng tôi đánh giá theo thang điểm của Drisco [5], ghi nhận ở 4 mức độ (1) rất tốt, (2) tốt, (3) trung bình, (4) xấu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, khoảng 80% sẹo được đánh giá là rất tốt và tốt, sẹo được đánh giá trung bình theo bác sĩ là 11,4%, theo bệnh nhân là 22,9%. Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận hơn 90% là đạt, kết quả này là khá tốt và tương đương các nghiên cứu gần đây, Bùi Xuân Trường [5] và cộng sự 2005 với n = 763 là 94%.

4.2.6. Kết quả về ung thư học

Sau thời gian theo dõi trung bình 19,5 tháng, toàn bộ 34 bệnh nhân với 35 tổn thương không có trường hợp nào tái phát tại chỗ cũng như di căn xa.

Mặc dù vậy trong một số nghiên cứu cũng đã ghi nhận tái phát chủ yếu trong 2 năm đầu sau phẫu thuật và tăng dần từ 2 - 5 năm sau mổ [4],[5] nghiên cứu của Bùi Xuân Trường (2012) và cộng sự ghi nhận tỉ lệ tái phát 5,2%; nghiên cứu của Trịnh Hùng Mạnh (2015) 3,8%. Sở dĩ có sự khác biệt là do trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ bệnh nhân tổn thương < 2 cm và có nguy cơ thấp nhiều hơn nghiên cứu của các tác giả nêu trên.

5. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu này, ung thư da tế bào đáy vùng mặt thường gặp ở độ tuổi trên 70 (65,75%); đa phần là nữ giới (85,3%); vị trí thường gặp là ở má và mũi (68,5%); triệu chứng lâm sàng điển hình là sùi loét trên nốt ruồi (54,3%); thể tổn thương hay gặp

là thể cục (94,2%) và đa phần có kích thước nhỏ hơn 2 cm (94,2%).

Phẫu thuật cắt rộng với rìa diện cắt 2-10mm và tái tạo bằng vạt da tại chỗ đảm bảo an toàn và thẩm

mỹ trong điều trị bằng phẫu thuật ung thư da tế bào đáy vùng mặt với tỷ lệ đạt về thẩm mỹ khoảng 90% và không có trường hợp nào mất chức năng cũng như tái phát, di căn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Keyvan Nuori. Basal cell carcinoma, Skin cancer. The McGraw – Hill 2018 (2): 61-85.

2. Bạch Quang Tuyền, Nguyễn Huy Thọ, Nguyễn Quang Đức. Sử dụng tổ chức tại chỗ trong điều trị ung thư da vùng đầu mặt cổ. Y dược lâm sàng 2009; 108 (2): 102-107.

3. Apalla Z, Nashan D, Richard B, Castellsagué. X. Skin cancer: epidemiology, disease burden, pathophysiology, diagnosis, and therapeutic approaches. Dermatol Ther (Heidelb) 2017 (7): 5–19.

4. Trịnh Hùng Mạnh, Nguyễn Quốc Bảo, Trịnh Tuấn Dũng. Ung thư biểu mô da: một số đặc điểm lâm sàng, giải phẫu và đánh giá kết quả phẫu thuật. Tạp chí Y dược lâm sàng 108 2015; 10 (3): 55-60.

5. Bùi xuân Trường. Nghiên cứu phẫu thuật cắt rộng -tạo hình điều trị ung thư da vùng mặt. Luận án Tiến sỹ Y học. Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. 2012.

6. Fahradyan A, Howell AC, Wolfswinkel EM, Tsuha M, Sheth P, Wong AK. Management of non-melanoma skin cancer (NMSC). Healthcare 2017 (5): 82.

7. Bichakjian CK, Olencki T, Aasi SZ. Basal cell skin cancer, version 1.2022. NCCN clinical practice guidelines in oncology [Online] 2021 [cite 2021 Nov 17]; [49 screens]. Available from: URL:<http://doi.org/10.6004/jnccn.2022.0065>.

8. Nahhas AF, Scarbrough CA, Trotter S. A review of the

global guidelines on surgical margins for nonmelanoma skin cancers. J Clin Aesthet Dermatol 2017(10):37–46.

9. Phạm Cao Kiêm. *Đánh giá các phương pháp tạo hình bằng tổ chức tại chỗ trong điều trị ung thư tế bào đáy ở đầu mặt cổ theo phẫu thuật MOHS*. Luận văn thạc sỹ y học. Đại học Y Hà Nội. 2006.

10. Shan R. Baker. Local flaps in facial reconstruction”. 4th edition. Mosby Elsevier. 2017.

11. Jolieke C. van der Pols. Epidemiology of Basal Cell and Squamous cell Carcinoma of the skin. Skin cancer A world wide perspective. Springer 2021 (III): 4-15.

12. Ozan Luay Abbas, Huseyin Borman. Basal Cell Carcinoma: A Single-Center Experience. ISRN Dermatology 2012:1-6.

13. Omer Sefvan Janjua, Sana Mehmood Qureshi. Basal Cell Carcinoma of the Head and Neck Region: An Analysis of 171 Cases. Journal of Skin Cancer 2012: 1-4.

14. Unverdi OF, Yucel S, Berk OS et al. Recommended surgical margins for basal cell carcinoma. Is 3 mm safe enough ?. Adv Skin Wound Care 2022 (33):209–212.

15. Santiago AA, Calderón DC, Aristizábal JC, Parra-Medina R et al. How wide should the excision margins for facial small aggressive basal cell carcinoma be? Experience with 306 Cases. Dermatol Surg 2020 (46):753–756.