

BƯỚC ĐẦU ỨNG DỤNG VẬT DA CÂN ĐÙI TRƯỚC NGOÀI TỰ DO TẠO HÌNH KHUYẾT HỔNG PHẦN MỀM DO UNG THƯ DA CỔ CHÂN TẠI TÂY NGUYÊN

Trần Mậu Phong^{1,2}, Trần Thành Sơn², Đỗ Khánh Duy²

¹Trung tâm huấn luyện CCSA, Trường Đại học Y dược Buôn Ma Thuột, Việt Nam.

²Khoa ngoại, Bệnh viện BUH, TP Buôn Ma Thuột, Việt Nam.

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Khuyết hổng phần mềm (KHPM) là một thách thức các nhà phẫu thuật tạo hình. Đặc biệt KHPM vùng cổ bàn chân, do bệnh lý, để lại các biến chứng thần kinh, gân, xương, và di chứng nặng nề về chức năng, thẩm mỹ vùng chi. Các KHPM vùng cổ chân được che phủ bằng các vật liệu tại chỗ theo bậc thang tạo hình, tuy nhiên những trường hợp KHPM lớn, lộ gân, xương, phức tạp thì không thể áp dụng được. Vật đùi trước ngoài (ĐTN) là một trong những vật động mạch xuyên được ứng dụng rộng rãi để che phủ KHPM. Tuy nhiên kỹ thuật này còn hạn chế ở bệnh viện tuyến dưới.

Trường hợp bệnh: Bệnh nhân nam 60 tuổi, có khối u sùi ở mặt trước cổ chân trái, được chẩn đoán ung thư da, kết quả mô bệnh học nghi ngờ ung thư tế bào vảy. Bác sĩ đã quyết định cắt rộng rãi theo tiêu chuẩn ung thư tế bào vảy, phối hợp bác sĩ Chấn thương chỉnh hình - Tạo hình phẫu thuật che phần khuyết hổng sau khi cắt khối U; 7 × 9cm bằng vật tự do ĐTN. Bệnh nhân tái khám theo dõi định kỳ tháng, 3 tháng, 6 tháng, sau phẫu thuật có kết quả tốt (Oberlin C và Duparc J).

Kết luận: Vật ĐTN là một chất liệu để tạo hình các khuyết phức tạp, là một lựa chọn an toàn, đáng tin cậy và đạt yêu cầu cho tái tạo khuyết phần mềm cổ chân.

Từ khóa: Vật ĐTN tự do, cổ chân, ung thư, da.

ABSTRACT

INITIAL RECONSTRUCTION OF FOOT AND ANKLE DEFECTS WITH A FREE ANTEROLATERAL THIGH FLAP IN SKIN CANCER. A CASE REPORT

Tran Mau Phong^{1,2}, Tran Thanh Son², Do Khanh Duy²

Background: Major defects in soft tissue due to many causes (after removal of benign or malignant tumors, burn scars or sequelae of wounds, trauma, etc.) are a challenge for plastic surgeons. In particular, osteoarthritis in the ankle area, due to pathology, leaves nerve, tendon, and bone complications and serious sequelae on the function and aesthetics of the limb area. The surgical procedures in the ankle area are covered with local materials according to the shaping steps, however, in large surgical procedures with exposed tendons, bones, and complex structures, they cannot be applied. The anterolateral thigh flap (ALT) is a perforator artery flap widely used to cover defects. However, this technique is still limited in lower-level hospitals.

Case report: 60-year-old male patient with a warty tumor on the front of his left ankle, diagnosed with skin cancer, histopathological results suspected squamous cell cancer. The doctor decided to cut widely according to the standards of squamous cell cancer, coordinating with Orthopedic Traumatology - Plastic surgery to cover the defect after cutting the tumor; 7 × 9cm using a free flap of the ALT. Patients with regular follow-up visits every month, 3 months, and 6 months after surgery had good results (Oberlin C and Duparc J).

Conclusions: The ALT-free flap is a material for shaping complex defects and is a safe, reliable, and satisfactory choice for the reconstruction of soft tissue ankle defects.

Keywords: Free ALT flap, ankle, cancer, skin.

Ngày nhận bài: 01/4/2025. Ngày chỉnh sửa: 29/4/2025. Chấp thuận đăng: 16/5/2025

Tác giả liên hệ: Trần Mậu Phong. Email: phongtranbsvn@gmail.com. ĐT: 0905027404

Bước đầu ứng dụng vật da cân đùi trước ngoài tự do...

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đặc điểm giải phẫu vùng cổ bàn chân gồm nhiều cấu trúc. Da bao phủ cổ bàn chân có cấu trúc dày mỏng khác nhau tùy theo vùng: cổ chân và mu chân và các ngón chân được che phủ một lớp da mỏng, ít mỡ dưới da khi bị tổn thương rất dễ lộ các cấu trúc đặc biệt gân, xương, khớp [1,2]. Khuyết hồng phần mềm (KHPM) là một thách thức các nhà phẫu thuật tạo hình. Đặc biệt khuyết hồng da và tổ chức phần mềm ở cổ bàn chân, do chấn thương, bệnh lý, để lại các biến chứng hoại tử các tổ chức dưới da thần kinh, mạch máu, gân, xương; nếu không điều trị kịp thời sẽ bị di chứng nặng nề về chức năng và thẩm mỹ vùng chi [3,7].

Vật đùi trước ngoài (ĐTN) là một trong những vật động mạch xuyên được nghiên cứu và ứng dụng rộng rãi hiện nay để che phủ KHPH. Tuy nhiên kỹ thuật này khó phát triển, và còn hạn chế ở các bệnh viện khu vực chưa có chuyên khoa sâu [5].

Các KHPM vùng cổ-bàn chân có thể được che phủ bằng các phương pháp đơn giản với các vật liệu tại chỗ theo bậc thang tạo hình; tuy nhiên những trường hợp KHPM lớn, lộ gân xương, hay các khuyết hồng phần mềm phức tạp (khuyết hồng không gian ba chiều) thì các phương pháp tạo hình đơn giản không thể áp dụng được [4,9].

Ung thư da là bệnh ung thư phát sinh từ da. Chúng là do sự phát triển của các tế bào bất thường có khả năng xâm lấn hoặc lây lan sang các bộ phận của cơ thể, xảy ra khi các tế bào da phát triển không kiểm soát, hình thành các khối u ác tính. Nguyên

nhân chính gây ung thư da là do tiếp xúc kéo dài với tia cực tím từ ánh nắng mặt trời hoặc các thiết bị làm rám da. Ung thư da là dạng ung thư được chẩn đoán phổ biến nhất ở người. Có ba loại ung thư da chính: ung thư da tế bào đáy (BCC), ung thư da tế bào vảy (SCC) chiếm 20% các ung thư da, có thể xâm lấn và di căn xa và khối u ác tính [6,8].

II. TRƯỜNG HỢP BỆNH

Bệnh nhân nam 60 tuổi đến khám có khối u sùi ở vùng mặt trước cổ chân trái, được chẩn đoán theo dõi ung thư da. Sau khi làm giải phẫu mô bệnh học, kết quả nghi ngờ ung thư tế bào vảy da. Hội chẩn, đánh giá tình trạng trước mổ với chuyên khoa ung bướu, kết luận tiền ung thư da và phương án điều trị. Các bác sĩ đã quyết định cắt rộng rãi theo tiêu chuẩn của bệnh ung thư tế bào vảy, phối hợp bác sĩ ngoại Chấn thương chỉnh hình -Tạo hình phẫu thuật che phần khuyết hồng ngay sau khi cắt khối u KT: 7×9 cm bằng kỹ thuật ghép vật tự do ĐTN.

Các bước tiến hành; ê kíp 1 xác định giới hạn u, cắt phẫu tích u, ê kíp 2 thiết kế và lấy vật ĐTN, phẫu tích bó mạch và bảo tồn thần kinh đùi, test vật, cắt vật và khâu nối vi phẫu bằng chỉ prolence 8.0, tổng thời gian từ cắt u và khâu kín vật khoảng 7 giờ. Bệnh nhân được theo dõi 1 lần/1 giờ trong 24 giờ sau phẫu thuật vật hồng và thời gian đổ đầy mao mạch nhỏ hơn 2 giây, sau 5 ngày vật sống, sau 14 ngày vật sống và lành sẹo 100% và tái khám định kỳ 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng sau phẫu thuật có kết quả rất tốt.(theo tiêu chí của Oberlin C và Duparc J). Sau 3 tháng bàn chân trái có biên độ gấp duỗi tối đa



Hình 1: Khối u trước phẫu thuật (A), Thiết kế vật ĐTN (B), Vật sau khi nối vùng nhân cổ bàn chân (C), Vật tái khám sau phẫu thuật 3 tháng (D).

III. BÀN LUẬN

Việc tái tạo khuyết hồng phần mềm (KHPM) vùng cổ chân luôn đặt ra thách thức lớn cho phẫu thuật viên vì da mỏng, ít mô đệm dưới da, sát gân-xương và chịu lực tỳ đè khi vận động. Mục tiêu lý tưởng không chỉ là che phủ kín tổn thương, mà còn phải bảo tồn biên độ vận động của cổ-bàn chân, hạn chế đau do sẹo, tránh lộ gân xương và mang lại kết quả thẩm mỹ chấp nhận được. Trong bối cảnh đó, vật da-cân đùi trước ngoài tự do (vật ĐTN) nổi lên như một “công cụ đa năng” đáp ứng đồng thời kích thước, độ dày và tính linh hoạt về cuống mạch cho các khuyết hồng phức tạp mà nhiều phương pháp tại chỗ không thể giải quyết.

Vật da cân ĐTN kết hợp cân là một chất liệu đặc biệt để tạo hình các khuyết phức tạp, đặc biệt là tổn thương phần và cổ chân [1, 2, 7]. Vật ĐTN có thể sử dụng ở nhiều dạng khác nhau như vật phức hợp hay vật chùm, vật da giữ nguyên chiều dày hay vật được làm mỏng ở các mức độ khác nhau. Lần đầu trong y văn thế giới, chúng tôi giới thiệu kinh nghiệm thực hiện vật ĐTN có thể làm mỏng vật da khá linh hoạt, mềm mại cho tạo hình các khuyết phức tạp với kết quả khả quan cả về mặt chức năng và thẩm mỹ [1, 4, 7]. Vật da và cân làm mỏng tức thì là một lựa chọn an toàn, đáng tin cậy và đạt yêu cầu về mặt thẩm mỹ cho tái tạo khuyết phần mềm trong một thi phẫu thuật. Vật này hiện đã lỗi thời vì vật ĐTN với cuống mạch từ nhánh xuống LFCA đã mở đường cho việc sử dụng một vật liệu tạo hình mới để tái tạo các bộ phận khác nhau của cơ thể. Ưu điểm của vật ĐTN là có hệ mạng mạch cấp máu phong phú với nhiều thành phần khác nhau để tạo hình tức thì, giúp quá trình lành vết thương nhanh và rút ngắn thời gian điều trị [5]. Vật ĐTN lấy kèm FL đã mở ra nhiều ứng dụng thay thế trong việc tạo hình các khuyết tổn phức tạp. Vì trước đây khâu thì khâu hay ghép da là an toàn và thành công. Tuy nhiên, theo nghiên cứu năm 2020 của Sung H và cộng sự kết quả sử dụng vật tự do đùi trước ngoài che tổn khuyết sau phẫu thuật ung thư da vùng cổ bàn chân thành công cao tới 95% so với vật tại chỗ 93% hoặc ghép da 77% [8]. Trong bệnh lý tiền ung thư hay ung thư da vùng cổ chân chiếm 5%, tuy nhiên chỉ định phẫu thuật như thế nào cần có bác sĩ chuyên ung bướu cùng phối hợp điều trị với diện tích cắt lớn trên 50cm² vùng cổ bàn chân thì cần có vật lớn che phủ, nên việc chọn vật da cân ĐTN là phù hợp [4, 8, 9].

Sau phẫu thuật theo dõi tái khám định kì 1, 3 tháng thì việc lành sẹo của nơi cho và nhận vật khá tốt, theo dõi 6 tháng chưa thấy biến chứng nào xảy ra, tuy nhiên về mặt thẩm mỹ vật còn dày và to cần được phẫu thuật làm thẩm mỹ vật thì sẽ tốt hơn.

Kỹ thuật vi phẫu yêu cầu kính hiển vi, dụng cụ nối mạch vi phẫu 9 - 0/10 - 0 và ê - kíp có kinh nghiệm. Ở Tây Nguyên - nơi còn thiếu trung tâm phẫu thuật tạo hình chuyên sâu - ca lâm sàng này chứng minh khả năng thực hiện thành công khi có phối hợp liên chuyên khoa (Chấn thương chỉnh hình - Tạo hình - Ung bướu). Điều này phù hợp xu hướng “orthoplastic approach” nhấn mạnh hợp tác đa chuyên khoa để tối ưu kết quả chi dưới phức tạp. Bên cạnh yếu tố con người, quy trình theo dõi tưới máu vật bằng siêu âm Doppler tay cầm, đào tạo điều dưỡng nhận diện dấu hiệu thiếu máu vật sớm và xử trí can thiệp kịp thời cũng đóng vai trò sống còn.

Báo cáo ca đơn (single-case report) chỉ phản ánh kinh nghiệm ban đầu, chưa thể khẳng định kết quả chung cho mọi tình huống KHPM cổ chân do ung thư. Thời gian theo dõi 6 tháng tương đối ngắn, chưa đánh giá được nguy cơ tái phát u hoặc biến chứng muộn như va đập vật, giảm cảm giác bảo vệ. Ngoài ra, chưa khảo sát hệ số chất lượng cuộc sống (QoL) và mức độ tự thoả mãn về thẩm mỹ của người bệnh. Các nghiên cứu đoàn hệ lớn, so sánh nhóm chứng giữa ĐTN và các vật khác, kết hợp phân tích chi phí - hiệu quả, sẽ giúp hoàn thiện bằng chứng lựa chọn vật trong tương lai.

Từ kinh nghiệm này, chúng tôi kiến nghị: Đánh giá đa chuyên khoa trước mổ: cần hội chẩn ung bướu để xác định rìa cắt rộng, chụp CT-angiography chi dưới nhằm lựa chọn cuống mạch nối phù hợp. Tiết giảm thời gian thiếu máu vật: chuẩn bị hai đội phẫu thuật song song (lấy vật và cắt khối u) để rút ngắn ischemia time, giảm nguy cơ mất vật. Làm mỏng vật có kiểm soát: duy trì lớp mỡ dưới da 3 - 4 mm ở vùng trung tâm và 6 - 8 mm ở bờ nhằm bảo tồn mạng mạch xuyên. Phục hồi cảm giác sớm: nối thần kinh mác nông hoặc gân chày sau vào nhánh thần kinh bì đùi bên nhằm cải thiện cảm giác bảo vệ và độ nhạy đau. Theo dõi dài hạn: ít nhất 24 tháng với siêu âm Doppler định kỳ và khám da liên sẹo để phát hiện sớm tái phát u và xử trí biến chứng.

Tổng hợp meta-analysis 2024 cho thấy tỷ lệ biến chứng chung (thiếu máu vật, hoại tử một phần,

Bước đầu ứng dụng vật da cân đùi trước ngoài tự do...

nhiễm trùng) của ĐTN trong tái tạo chi dưới là 13 %, thấp hơn vật cơ (19 %) và vật quay cẳng tay (17 %) [1,10,11]. Thế giới ngày càng ưa chuộng ĐTN nhờ khả năng biến hoá: vật chũm (chuyển hai mảnh da cùng cuống), vật kết hợp xương hoặc cân mạc, thậm chí vật “flow - through” để tái lập cả dòng máu xa khi tổn thương động mạch tiếp nhận. Điều này mở rộng đáng kể chỉ định cho những vết thương hở gãy xương phức tạp - thường gặp ở các vùng nông nghiệp như Tây Nguyên.

Trên cơ sở phân tích đặc điểm bệnh lý, yêu cầu che phủ và dữ liệu y văn, vật ĐTN tự do tỏ ra là lựa chọn tối ưu cho khuyết hồng cổ - bàn chân kích thước lớn sau cắt ung thư da tế bào vảy. Kỹ thuật này kết hợp tính an toàn vi phẫu, tính linh hoạt về hình dạng - độ dày vật, khả năng phục hồi cảm giác và giảm thiểu di chứng nơi cho. Dù còn một số thách thức về trang thiết bị và nhân lực tại tuyến khu vực, kết quả ca lâm sàng đầu tiên tại Tây Nguyên khẳng định tiềm năng nhân rộng kỹ thuật nếu có chiến lược đào tạo bài bản và hỗ trợ liên chuyên khoa. Từ đó, bệnh nhân ở vùng sâu - vùng xa có thêm cơ hội tiếp cận phương pháp tái tạo tiên tiến, nâng cao chất lượng sống hậu điều trị ung thư da.

IV. KẾT LUẬN

Vật ĐTN là một chất liệu để tạo hình các khuyết phức tạp, là một lựa chọn an toàn, đáng tin cậy và đạt yêu cầu cho tái tạo khuyết phần mềm cổ chân. Sự thành công cao của vật này được áp dụng thường quy tại các bệnh viện tuyến tỉnh sẽ giúp nâng cao chất lượng khám và điều trị về loại tổn khuyết phần mềm mà không phải chuyển lên tuyến chuyên sâu.

Đạo đức nghiên cứu

Bệnh nhân được cung cấp đầy đủ thông tin về mục đích, quy trình phẫu thuật, nguy cơ - lợi ích, quyền bảo mật dữ liệu và đã ký văn bản đồng thuận tham gia nghiên cứu cũng như cho phép sử dụng hình ảnh lâm sàng.

Tuyên bố xung đột lợi ích

Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích tài chính hoặc cá nhân liên quan đến nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Duan A, Xiang Z, Fan Y, Duan W, Wei Q, Duan X. Evaluating the clinical efficacy of the anterolateral thigh flap in lower limb reconstruction surgeries: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Translational Research*. 2024;16(7):3326-3337.
2. Pan Z, Zhao Y, Ye X, Wang J, Li X. Surgical refinements and sensory and functional outcomes of using thinned sensate anterolateral thigh perforator flaps for foot and ankle reconstruction: a retrospective study. *Medicine (Baltimore)*. 2024;103(37):e38763.
3. Liu L, Cao X, Zou L, Li Z, Cao X, Cai J. Extended anterolateral thigh flaps for reconstruction of extensive defects of the foot and ankle. *PLoS One*. 2013;8(12):e83696.
4. Lee MJ, Yun IS, Rah DK, Lee WJ. Lower extremity reconstruction using vastus lateralis myocutaneous flap versus anterolateral thigh fasciocutaneous flap. *Archives of Plastic Surgery*. 2012;39(4):367-375.
5. Hung NT, Doan LV, Trung VH, Cuong NV. A vascular anatomical study of the anterolateral thigh flap in the Vietnamese's adult cadavers. *Annals of Medicine and Surgery*. 2022;76:103416.
6. Götzl R, Sterzinger S, Arkudas A, Boos AM, Semrau S, Vassos N, et al. The role of plastic reconstructive surgery in surgical therapy of soft tissue sarcomas. *Cancers (Basel)*. 2020;12(12):3534.
7. Azoury SC, Stranix JT, Othman S, Kimia R, Card E, Wu L, et al. Outcomes following soft-tissue reconstruction for traumatic lower extremity defects at an orthoplastic limb salvage center: the need for Lower Extremity Guidelines for Salvage (LEGS). *Orthoplastic Surgery*. 2021;3:1-7.
8. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2021;71(3):209-249.
9. Kuo YR, Jeng SF, Kuo FM, Liu YT, Lai PW. Versatility of the free anterolateral thigh flap for reconstruction of soft-tissue defects: review of 140 cases. *Annals of Plastic Surgery*. 2002;48(2):161-166.
10. Dow T, ElAbd R, McGuire C, et al. Outcomes of free muscle flaps versus free fasciocutaneous flaps for lower-limb reconstruction following trauma: a systematic review and meta-analysis. *J Reconstr Microsurg*. 2023;39(7):526-539.
11. Serra PL, Boriani F, Khan U, et al. Rate of free-flap failure and return to the operating room in lower-limb reconstruction: a systematic review. *J Clin Med*. 2024;13(15):4295.