

VẬT ĐẢO CUỐNG DƯỚI DA TÁI TẠO KHUYẾT HỔNG VÙNG MŨI TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DA MŨI

Đỗ Nguyễn Tuấn Khanh^{1*}, Trần Thị Anh Tường¹, Lê Văn Cường¹,
Phạm Duy Hoàng¹, Nguyễn Việt Dũng¹, Trần Thanh Phương¹

DOI: 10.38103/jcmhch.76.2

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của vật đảo cuống dưới da tái tạo khuyết hồng trong phẫu thuật ung thư da mũi.

Phương pháp: Mô tả loạt ca ung thư da mũi được điều trị bằng phẫu thuật tận gốc, tái tạo khuyết hồng bằng vật đảo cạnh mũi má và vật đảo trán từ 01/2020 đến 07/2021 tại Khoa Ngoại Đầu cổ - Tai mũi họng, Bệnh viện Ung bướu TP.HCM.

Kết quả: Trong thời gian từ tháng 01/2020 đến tháng 07/2021, chúng tôi đã thực hiện 10 ca phẫu thuật tái tạo vùng mũi sử dụng vật đảo cuống dưới da. Tỷ lệ nam/nữ là 5/5. Tuổi trung bình là 68 (48t - 87t); Xếp loại T1 (≤ 2 cm) có 1 trường hợp, T2 (> 2 cm và ≤ 5 cm) chiếm 9/10 trường hợp. Vật sử dụng bao gồm vật đảo trán là 30% (3/10 trường hợp) và vật đảo cạnh mũi má 70% (7/10 trường hợp). Kết quả giải phẫu bệnh - mô học sau mổ với 20% carcinôm tế bào đáy và 80% carcinôm tế bào gai, 100% trường hợp có diện cắt âm tính. Thời gian theo dõi trung bình là 3 tháng và không có trường hợp nào tái phát. Kích thước vật lớn nhất là 3x4cm với vật đảo trán. Kết quả thẩm mỹ tốt đạt 80% và biến chứng hoại tử một phần vật da gấp trong 2/10 trường hợp.

Kết luận: Phẫu thuật tạo hình khuyết hồng bằng vật đảo cuống dưới da trong ung thư vùng mũi là 1 lựa chọn giúp kiểm soát tốt tại chỗ, đảm bảo thẩm mỹ, thời gian phục hồi nhanh, không phải phẫu thuật thì hai.

Từ khóa: Vật đảo cuống, khuyết hồng, da mũi, ung thư.

ABSTRACT

USING TUNNELED ISLAND FLAPS FOR NASAL DEFECT RECONSTRUCTION IN NASAL SKIN CANCER SURGERY

Do Nguyen Tuan Khanh^{1*}, Tran Thi Anh Tuong¹, Le Van Cuong¹,
Pham Duy Hoang¹, Nguyen Viet Dung¹, Tran Thanh Phuong¹

Objective: To evaluate the effectiveness of tunneled island flaps in nasal defects reconstruction.

Methods: A case series report was conducted in patients with nasal skin who underwent radical excision and reconstruction between 01/2020 and 07/2021 with tunneled forehead and nasolabial island flaps at the Department of Head and Neck- Otorhinolaryngology Surgery, Ho Chi Minh City Oncology Hospital.

¹Khoa Ngoại Đầu cổ - Tai mũi họng,
Bệnh viện Ung bướu TP.HCM

- Ngày nhận bài: 17/11/2021; Ngày phản biện: 22/12/2021;
- Ngày đăng bài: 01/02/2022
- Tác giả liên hệ: Đỗ Nguyễn Tuấn Khanh
- Email: dokhanh4490@gmail.com; SĐT: 0913420320

Results: Ten patients underwent tunneled island flaps for nasal defects reconstruction, of which five were male and two female. They were aged between 48 and 87, with a mean age of 68. There was 1 case with T1 and 9 cases with T2. The flaps included forehead island flaps (30%) and nasolabial island flaps (70%). Histopathological types were squamous cell carcinoma (80%) and basal cell carcinoma (20%) with a 100% negative margin. The median follow-up was three months, with no cases of recurrence have been recorded. 3x4cm dimension of forehead flap was the largest flap which we used. In 10 patients who received reconstruction, 80% displayed an excellent esthetic result, and partial flap necrosis occurred in 20% of cases.

Conclusion: Tunneled island flaps for nasal defects reconstruction are excellent therapeutic options for nasal skin cancer with the good restoration of esthetic, short hospitalization, and no need for the second stage operation.

Keywords: Tunneled island flaps, defect, nasal skin, carcinoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư da vùng mũi là một trong những ung thư da vùng đầu mặt thường gặp nhất, vì là khu vực thường xuyên tiếp xúc trực tiếp với ánh sáng mặt trời [1]. Hai dạng mô bệnh học thường gặp đó là ung thư biểu mô tế bào gai và ung thư biểu mô tế bào đáy. Ung thư biểu mô tế bào gai điển hình có những thương tổn cơ bản là các sẩn hoặc mảng nổi cao, chắc, màu hồng đến màu đỏ, có thể loét hoặc đóng vảy, thường xuất hiện trên một thương tổn tiền ung thư trước đó và hay gặp ở vùng da hờ. Nếu phát hiện muộn có thể di căn hạch hay tạng. Ung thư biểu mô tế bào đáy có các thể lâm sàng khác nhau như thể đáy nông, thể cục, thể xơ biểu mô và các thể ít gặp khác, diễn tiến lâm sàng thường xâm lấn tại chỗ, ít di căn. Kể từ khi Burget và Menick đề xuất phân vùng các tiểu đơn vị thẩm mỹ ở mũi thì vật da lân cận tiếp tục đóng vai trò quan trọng trong tái tạo khuyết hồng sau phẫu thuật triệt căn [2].

Hai vật da thường được sử dụng trước đây là vật trán và vật cạnh mũi má dạng xoay đòi hỏi thêm một phẫu thuật thì hai để cắt cuống vật sau phẫu thuật thì đầu, điều đó đem lại sự bất tiện trong chăm sóc và giảm yếu tố thẩm mỹ cho bệnh nhân giữa hai thì phẫu thuật, kéo dài thời gian điều trị. Kỹ thuật sử dụng vật đảo này dựa trên sự phân bố mạnh máu nuôi vật để thu hoạch vật

và tạo đường hầm dưới da nhằm chuyển vật đến vùng tái tạo.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của vật đảo cuống dưới da tái tạo khuyết hồng trong phẫu thuật ung thư da mũi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

10 bệnh nhân ung thư da vùng mũi giai đoạn sớm T1, T2, giải phẫu bệnh là carcinôm tế bào đáy và carcinôm tế bào gai, được điều trị phẫu thuật tận gốc, tạo hình bằng vật trán, vật cạnh mũi má cuống dưới da từ tháng 01/2020 đến 07/2021 tại khoa Ngoại Đầu cổ - Tai mũi họng Bệnh viện Ung Bướu TPHCM.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Tiến cứu, mô tả loạt ca.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: (1) Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư da mũi qua lâm sàng, bấm sinh thiết. (2) Giải phẫu bệnh là carcinôm tế bào đáy và carcinôm tế bào gai. (3) Giai đoạn T1, T2 theo hệ thống TNM. (4) Tình trạng nội khoa cho phép phẫu thuật. (5) Bệnh nhân đồng ý phẫu thuật. (6) Loại trừ các trường hợp ung thư xâm lấn xương hàm trên, xương mũi.

Cách chọn vật: vật đảo trán tái tạo vị trí một phần

Bệnh viện Trung ương Huế

ba trên của mũi và vật đảo cạnh mũi má tái tạo vị trí hai phần ba dưới của mũi.

Tiêu chí đánh giá mức độ hài lòng thẩm mỹ của phẫu thuật viên gồm sự cân đối của mũi sau tạo hình khi quan sát ba chiều, mức độ căng hay chùng của vật da, mức độ hoại tử của vật da, được đánh giá bởi 3 phẫu thuật viên cho mỗi bệnh nhân. Tiêu chí đánh giá mức độ hài lòng thẩm mỹ của bệnh nhân gồm sự cân đối của mũi sau tạo hình khi quan sát ba chiều. Hai mức độ đánh giá là hài lòng và không hài lòng.

Đánh giá bước đầu kết quả điều trị triệt căn, kết quả thẩm mỹ, biến chứng hoại tử vật, điểm hài lòng của phẫu thuật viên và bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

10 bệnh nhân ung thư da vùng mũi, tỉ lệ nam/nữ là 5/5, bệnh ở giai đoạn sớm với T1 là 10% và T2 là 90%, kết quả giải phẫu bệnh trước mổ là carcinôm tế bào đáy (20%) và carcinôm tế bào gai (80%), bệnh nhân được điều trị phẫu thuật tận gốc kết hợp tạo hình bằng vật trán (30%) và vật cạnh mũi má (70%) cuống dưới da từ tháng 01/2020 đến 07/2021 tại khoa Ngoại Đầu cổ - Tai mũi họng, Bệnh viện Ung Bướu TP HCM. Kết quả phẫu thuật với tất cả các trường hợp đều có diện cắt âm tính, thời gian phẫu thuật trung bình là 1,5 giờ (từ 1 - 2 giờ). Kết quả tái tạo với 80% bệnh nhân hài lòng với kết quả thẩm mỹ. Có 2 trường hợp xuất hiện hoại tử vật 1 phần (20%) đều là những trường hợp sử dụng vật đảo trán cuống dưới da. Các trường hợp hoại tử vật da ở phần bề mặt không cần can thiệp và để tự lành mô hạt thì hai. Tất cả các trường hợp đều thực hiện phẫu thuật 1 thì và vị trí lấy vật có thể may khép kín. Không có biến chứng nhiễm trùng, thời gian hậu phẫu trung bình là 1,5 ngày (từ 1 - 2 ngày). Hiện tượng biến dạng của sập xảy ra trong 20% (2/10 trường hợp) và đều ở vật đảo cạnh mũi má. Kết quả điều trị không phát hiện trường hợp nào tái phát tại chỗ trong thời gian theo dõi sau điều trị.

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân phẫu thuật ung thư vùng mũi

Bệnh nhân	Tỉ lệ
Giới tính	
Nam	5 (50%)
Nữ	5 (50%)
Tuổi	
Trung bình	68.4
Vị trí sang thương da vùng mũi	
Gốc mũi	3 (30%)
Chóp mũi	5 (50%)
Cánh mũi	1 (10%)
Trụ mũi	1 (10%)
Vật đảo sử dụng	
Vật đảo trán	3 (30%)
Vật đảo cạnh mũi má	7 (70%)
Đặc điểm bướu	
Carcinôm tế bào đáy	2 (20%)
Carcinôm tế bào gai	8 (80%)
Rìa diện cắt (-)	10 (100%)

Bảng 2: Đánh giá độ hài lòng của phẫu thuật viên và bệnh nhân

Độ hài lòng thẩm mỹ sau phẫu thuật	
Phẫu thuật viên	8/10 (80%) - 2 trường hợp vật đảo trán hoại tử một phần
Bệnh nhân	8/10 (80%) - 2 trường hợp vật đảo trán hoại tử một phần

Mức độ hài lòng của phẫu thuật viên (gồm 3 PTV đánh giá cho mỗi bệnh nhân, sự hài lòng đạt được khi cả 3 PTV đồng thuận về kết quả thẩm mỹ) và bệnh nhân là tương đương



A

B

C

Hình 1: Bệnh nhân ung thư da vị trí sống - thành bên trái mũi.

A: thiết kế vạt đảo trán. B: vạt đảo trán sau khi được thu hoạch và luồn dưới đường hầm da.

C: Sẹo mô sau 7 ngày hậu phẫu.



A

B

Hình 2: Bệnh nhân ung thư da vị trí thành bên mũi phải lan một phần rãnh mũi má.

A: thiết kế vạt đảo trán được tăng cường nhánh động mạch trên ổ mắt kích thước 3x4cm.

B: hoại tử da một phần do giảm sự hồi lưu máu tĩnh mạch vì phần đường hầm hẹp so với độ rộng cuống vạt, phần da hoại tử được để lành thứ cấp.



Hình 3: Bệnh nhân ung thư vùng chóp mũi được tạo hình bằng vạt đảo cạnh mũi má bên trái



Hình 4: Trường hợp bệnh nhân ung thư trụ mũi xâm lấn huỷ sụn và lan một phần tiền đình mũi trái.
Tạo hình bằng vạt đảo cạnh mũi má kết hợp sụn vành tai tạo hình trụ mũi

IV. BÀN LUẬN

Mục tiêu của tái tạo khuyết hồng vùng mũi sau cắt rộng sang thương mũi điều trị ung thư da mũi là phục hồi thẩm mỹ, chức năng hít thở và giảm thiểu sự biến dạng tại vị trí lấy vạt [3]. Việc sử dụng vạt đảo lân cận có cuống dưới da, cụ thể ở đây là vạt trán và vạt cạnh mũi má, có ưu điểm giúp tái tạo khuyết hồng 1 thì so với các vạt cổ điển cần thực hiện cuộc phẫu thuật thì 2 sau đó 4 tuần. Điều đó

giúp giảm thời gian và chi phí điều trị, bệnh nhân không phải chịu sự bất tiện của cuống vôi vôi ở các vạt cổ điển trong thời gian chờ thực hiện phẫu thuật thì 2, rất có ý nghĩa đối với những người phải sử dụng mắt kính để sinh hoạt và làm việc. Bên cạnh đó vạt lân cận có ưu điểm phù hợp về màu sắc và kết cấu da vùng mũi, giúp đem lại kết quả thẩm mỹ cao [4 - 7]. Trong nghiên cứu này do số lượng ca

nhỏ, chúng tôi không áp dụng các thang điểm đánh giá mức độ hài lòng theo các tiêu chí được áp dụng trong các nghiên cứu khác mà chỉ sử dụng các tiêu chí đánh giá gồm sự cân đối của mũi sau tạo hình khi quan sát ba chiều, mức độ căng hay chùng của vật da, mức độ hoại tử của vật da, được đánh giá bởi 3 phẫu thuật viên cho mỗi bệnh nhân. Theo một nghiên cứu của Reece, động mạch trên ròng rọc là nguồn cung cấp máu chính theo trục cho vạt đảo trán. Nghiên cứu xác nhận rằng phần xa của vạt được cấp máu ngẫu nhiên [8]. Phần đảo da được cấp máu ngẫu nhiên với chiều dài gấp 5 lần chiều dài của nền vạt [9]. Okada và Maruyama đã báo cáo về vạt trán sử dụng phần cuống rộng, không chỉ sử dụng cuống mạch máu trên ròng rọc mà còn cả cuống mạch trên ổ mắt để tăng cường lượng cấp máu cho vạt [10]. Nghiên cứu này có 1 trường hợp chúng tôi chỉ dùng sử dụng cuống mạch máu trên ròng rọc và 2 trường hợp được sử dụng tăng cường cuống mạch trên ổ mắt. Trong trường hợp chỉ sử dụng 1 cuống mạch chúng tôi ghi nhận xảy ra hiện tượng phần da hoại tử bề mặt của vạt so với sử dụng 2 cuống mạch, nhưng tất cả đều có thể phục hồi và không cần can thiệp phẫu thuật. Tuy nhiên việc sử dụng tăng cường thêm cuống mạch máu trên ổ mắt sẽ khiến tăng độ rộng của chân vạt, gây khó khăn trong quá trình luân đảo da qua đường hầm và có thể dẫn đến hiện tượng ép cuống vạt trong trường hợp đường hầm dưới da quá hẹp. Để giảm tình trạng tắc nghẽn này, tác giả A.Ebrahimi sử dụng phương pháp bóc tách một phần màng xương trong đường hầm, mở rộng đường kính hầm ít nhất 2 lần chiều rộng cuống, thu hẹp độ rộng cuống vạt đảo dưới 1,5cm và cắt bỏ một phần cơ tháp mũi. Về điều này, chúng tôi cũng có nhận xét như sau: việc mở rộng lớp cân nông dưới da vùng trán so với giới hạn đảo da của vạt và tinh chỉnh cuống vạt khéo léo thì có thể tận dụng được nguồn cấp máu mở rộng dù chỉ sử dụng một cuống mạch là động mạch trên ròng rọc, điều này đảm bảo yêu cầu về thẩm mỹ cũng như tránh hiện tượng cuống vạt lớn trong đường hầm gây cản trở nguồn cấp máu và sự hồi lưu của vạt. Trong 3 trường hợp được tái tạo bằng vạt đảo trán, chúng tôi sử dụng vạt với kích thước đảo danh nhỏ nhất

là 2x2cm và lớn nhất là 3x4cm, sọ mổ tại vị trí lấy vạt được may khít khá dễ dàng, một vài trường hợp còn lại dấu “tai chó” được băng ép và dần mất đi, khoảng cách giữa hai chân mày và vị trí chân mày được giữ nguyên. Theo Kilinich và Bilen, có thể lấy vạt đảo trán với kích thước tối đa là 6x7cm. Ở những bệnh nhân hút thuốc, đái tháo đường hoặc có những sẹo ngang trán thì không thích hợp lựa chọn vạt này do có nguy cơ bị hoại tử [11].

Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng vạt đảo trán cho các khuyết hồng chủ yếu ở một phần ba trên mũi, trong khi đó vạt đảo cạnh mũi má được sử dụng để tái tạo cho hầu hết khuyết hồng hai phần ba dưới mũi, bao gồm cánh mũi, trụ mũi, chóp mũi, thành bên và sống mũi. Cơ sở cuống vạt đảo cạnh mũi má là từ động mạch góc đi dọc theo nếp mũi má với hệ cấp máu ngược dòng từ các nhánh thông nối đối bên vào động mạch góc. Với sự cấp máu phong phú và rất mạnh ở vùng mặt thì vạt đảo cạnh mũi má cho thấy ưu điểm có thể tạo hình hầu hết các khuyết hồng ở mũi, bên cạnh đó sọ mổ vùng da vạt được lấy trùng với nếp mũi má, cho kết quả thẩm mỹ đẹp. Chúng tôi không ghi nhận biến chứng như xuất huyết, nhiễm trùng hay hoại tử vạt đảo cạnh mũi má, tuy nhiên có 2 trường hợp có biến dạng cửa sập là một biến dạng thường gặp. Nguy cơ biến dạng này có thể được giảm thiểu khi giảm diện tích vị trí biến dạng cửa sập này có thể đem lại lợi ích trong một số trường hợp ví dụ như tạo dáng tròn của cánh mũi [13]. Chúng tôi đo chính xác phần cuống cần thêm để bù đắp cho sự thiếu hụt khi vận động cơ mặt và phần đi trong đường hầm da. Ngoài ra vị trí đặt vạt phải chính xác để lưu lượng máu không bị ảnh hưởng bởi lực căng và nén của đường hầm. Hiện tượng phồng lên tại đường hầm do phần cuống sẽ được cải thiện theo thời gian và không cần phải can thiệp phẫu thuật, đạt thẩm mỹ tốt [14].

V. KẾT LUẬN

Vạt đảo trán và vạt đảo cạnh mũi má cuống dưới da là một bước phát triển trong lĩnh vực tạo hình vùng mũi dựa trên các vật cổ điển. Ưu điểm của phương pháp này là bệnh nhân chỉ cần trải qua một cuộc phẫu thuật giúp

rút ngắn thời gian điều trị, giảm chi phí điều trị, tăng chất lượng cuộc sống, đáp ứng tốt yêu cầu thẩm mỹ của người bệnh và đạt kết quả an toàn về mặt ung thư học. Các vật có khả năng tái tạo cho hầu hết các đơn vị

khuyết hồng vùng mũi, kể cả với những khuyết hồng kích thước lớn. Trong quá trình áp dụng kỹ thuật, chúng tôi đã rút ra được một số kinh nghiệm nhằm cải thiện các biến chứng phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Leiter U, Garbe C. Epidemiology of melanoma and nonmelanoma skin cancer-the role of sunlight. *Advances in Experimental Medicine and Biology*. 2008;89:103.
2. Lee RG, Baskin JZ. Improving outcomes of locoregional flaps: An emphasis on anatomy and basic science. *Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery*. 2006; 14(4):260-264.
3. Zuker RM, Capek L, de Haas W. The expanded forehead scalping flap: a new method of total nasal reconstruction. *Plast Reconstr Surg*. 1996;98:155-9.
4. Ebrahimi A et al. Subcutaneous Forehead Island Flap for Nasal Reconstruction. *Iran Red Crescent Med J*. 2012;14(5): 271-275.
5. Bruschi S, Marchesi SD, Boriani F, Kefalas N, Bocchiotti MA, Fraccalvieri M. Galea-including forehead flap for lower one-third nasal reconstruction. *Ann Plast Surg*. 2009;63:67-70.
6. Carpue JC. An account of two successful operations for restoring a lost nose. *Plast Reconstr Surg*. 1969;44:175-82.
7. McDowell F. The "B.L." bomb-shell. *Plast Reconstr Surg*. 1969;44:67-73.
8. Reece EM, Schaverien M, Rohrich RJ. The paramedian forehead flap: a dynamic anatomical vascular study verifying safety and clinical implications. *Plast Reconstr Surg*. 2008;121:1956-63.
9. McGregor IA, Morgan G. Axial and random pattern flaps. *Br J Plast Surg*. 1973;26:202-13.
10. Okada E, Maruyama Y. A simple method for forehead unit reconstruction. *Plast Reconstr Surg*. 2000;106:111-4.
11. Kilinc H, Bilen BT. Supraorbital artery island flap for periorbital defects. *J Craniofac Surg*. 2007;18:1114-9.
12. Cook JL. Tunneled and transposed island flaps in facial reconstructive surgery. *Dermatol Surg*. 2014;40:S16-S29.
13. Mahlberg MJ. Tunneled melolabial pedicle flap for small but deep lateral alar rim facial. *Dermatol Surg*. 2013;39:1527-1529.
14. Miguel Pinto de Gouveia et al. Tunneled island flaps in facial defects reconstruction. *An Bras Dermatol*. 2017;92:151-153.