

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU SỬ DỤNG VẬT GIÃN TỔ CHỨC ĐIỀU TRỊ NƠ VI HẮC TỔ BẨM SINH KHÔNG LỖ

Nguyễn Hồng Sơn¹, Nguyễn Bắc Hùng², Trần Thiết Sơn²

¹Bệnh viện Da liễu Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Nơ vi hắc tố bẩm sinh không lỗ (NHBK) là một loạn sản có giới hạn, có nguồn gốc phôi thai. Về điều trị, có nhiều phương pháp phẫu thuật được áp dụng. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật tạo hình bằng vật giãn tổ chức điều trị nơ vi hắc tố bẩm sinh không lỗ. Có 3 bệnh nhân nơ vi hắc tố bẩm sinh không lỗ được phẫu thuật tạo hình bằng 4 vật giãn tổ chức từ tháng 10/2014 đến tháng 8/2020 tại Bệnh viện Da liễu Trung ương. Kết quả ngay sau phẫu thuật, có 2/4 vật đủ diện tích che phủ, 2/4 vật thiếu hụt 10% diện tích, cần phẫu thuật bổ sung. Có 3/4 vật có chất lượng tương đồng, 1/4 vật gần tương đồng, 4/4 vật sống tốt, liền sẹo kỳ đầu. Có 2/4 trường hợp có tai biến nhẹ. Kết quả khi khám lại, có 3/3 bệnh nhân đạt được mục tiêu đề ra và hài lòng với kết quả phẫu thuật, chưa ghi nhận tái phát. Có 2/3 bệnh nhân có sẹo thanh mảnh và mềm mại, 1/3 bệnh nhân có sẹo giãn, 3/3 bệnh nhân không có co kéo hay biến dạng tổ chức. Phẫu thuật tạo hình bằng vật giãn tổ chức phù hợp để điều trị nơ vi hắc tố bẩm sinh không lỗ.

Từ khóa: Nơ vi hắc tố bẩm sinh không lỗ, vật giãn tổ chức

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nơ vi hắc tố bẩm sinh không lỗ - NHBK (giant congenital melanocytic nevus -GCMN) là một loạn sản có giới hạn, có nguồn gốc phôi thai. Bệnh hiếm gặp nhưng có nguy cơ ung thư hắc tố rất cao, ít nhất là 6,3%. Bên cạnh đó, chúng có hình ảnh rất tương phản, đặc biệt là khi xuất hiện ở vùng hở như mặt, cổ, tay... làm mất thẩm mỹ, khiến trẻ bị mặc cảm, tự ti, hạn chế giao tiếp xã hội, ảnh hưởng nặng nề tới tâm sinh lý.¹⁻³

Chúng có kích thước, diện tích rất lớn, chiếm toàn bộ một hay nhiều đơn vị giải phẫu (ĐVGPs), có trường hợp chiếm đến hơn 80% diện tích toàn cơ thể, nên việc điều trị gặp rất

nhiều khó khăn. Điều trị nơ vi hắc tố bẩm sinh không lỗ nhằm mục đích phòng ngừa ung thư và lý do thẩm mỹ là chính. Phương pháp chính vẫn là phẫu thuật và phụ thuộc chủ yếu vào vị trí, kích thước, xu hướng ác tính của nơ vi.^{4,5}

Có nhiều phương pháp phẫu thuật, thủ thuật để điều trị NHBK nhưng phải đảm bảo loại bỏ thương tổn triệt để và tạo hình che phủ khuyết da sau cắt bỏ nơ vi như phẫu thuật cắt dần, vật giãn tổ chức, ghép da tự do... Việc lựa chọn phương pháp điều trị phụ thuộc vào nhiều yếu tố như chi phí điều trị, thời gian nằm viện, sự hợp tác của người bệnh, vật liệu túi giãn sẵn có, tâm lý của người bệnh.^{6,7}

Vật giãn tổ chức, do chủ động đặt túi giãn, có thể tạo được một khối lượng tổ chức đủ lớn với chất lượng tốt, tương đồng, rất phù hợp cho da đầu mang tóc nhưng kỹ thuật phức tạp, chi phí cao, thời gian kéo dài, nhiều tai biến. Phẫu thuật cắt dần là phương pháp lợi dụng sự giãn

Tác giả liên hệ: Nguyễn Hồng Sơn,

Bệnh viện Da liễu Trung ương

Email: tomsonnguyen@gmail.com

Ngày nhận: 13/09/2020

Ngày được chấp nhận: 20/10/2020

da tự nhiên với ưu điểm là nhanh, chi phí thấp, có tính thẩm mỹ cao, không gây thêm thương tổn cho vùng da khác nhưng không thể tiến hành cho những nơ vi đã thoái triển.^{6,7}

Kỹ thuật giãn da là một trong những phương pháp tạo hình hiện đại được chỉ định cho tất cả các trường hợp cần thay thế tổ chức che phủ trên cơ thể nói chung và NHBK nói riêng. Để có thể đạt được kết quả cao, cần phải thực hiện đầy đủ các bước của quy trình kỹ thuật, mỗi bước đều có ảnh hưởng lớn tới kết quả cuối cùng.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật tạo hình bằng vật giãn tổ chức điều trị NHBK tại Bệnh viện Da liễu Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Nghiên cứu được tiến hành trên 03 bệnh nhân NHBK được phẫu thuật tạo hình bằng vật giãn tổ chức tại khoa Phẫu thuật Tạo hình thẩm mỹ và Phục hồi chức năng, Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 10 năm 2014 đến tháng 08 năm 2020.

Tiêu chuẩn chẩn đoán: Bệnh nhân được chẩn đoán là NHBK khi thương tổn xuất hiện trước 2 tuổi; có đường kính lớn nhất là trên 20 cm đối với người lớn, hoặc trên 6 cm ở thân mình, trên 9 cm ở đầu đối với trẻ nhỏ; hoặc là nơ vi chiếm toàn bộ một ĐVGPs; hoặc là nơ vi có diện tích trên 1% ở mặt hay bàn tay, trên 2% ở đầu hay cổ, trên 5% ở thân, chi thể.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân NHBK đồng ý tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân phải hợp tác tốt. Bệnh nhân không mắc các bệnh toàn thân cấp tính, mạn tính nặng, nhiễm trùng, rối loạn đông máu. Thương tổn hoàn toàn lành tính, không nhiễm trùng. Thương tổn được dự kiến cắt bỏ cần trên 3 lần phẫu thuật cắt dần.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân nhiễm HIV,

không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp tiến cứu.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 10 năm 2014 đến tháng 08 năm 2020

Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Phẫu thuật Tạo hình thẩm mỹ và Phục hồi chức năng, Bệnh viện Da liễu Trung ương.

Các chỉ số nghiên cứu:

Đặc điểm chung của các bệnh nhân: tuổi, giới, thể bệnh, dị tật khác, yếu tố gia đình, lý do phẫu thuật...

Đặc điểm tổn thương của NHBK: mô bệnh học, tiến triển của bệnh, vị trí, đơn vị giải phẫu, kích thước, diện tích thương tổn...

Da lành xung quanh: diện tích, kích thước...

Kết quả ngay sau phẫu thuật được đánh giá dựa trên tổ chức được tạo ra về khối lượng, chất lượng, sức sống, tai biến, sự liền sẹo.

Kết quả khi khám lại được đánh giá theo mục tiêu đạt được, sự tái phát của bệnh, chất lượng sẹo, chất lượng tổ chức và sự hài lòng của bệnh nhân với phẫu thuật.

Sự hài lòng với phẫu thuật do bệnh nhân tự đánh giá theo 3 mức độ.

Quy trình thực hiện:

- Khám lâm sàng, xét nghiệm, tư vấn trước điều trị, xác định mục tiêu điều trị.

- Lựa chọn bệnh nhân.

- Lập kế hoạch điều trị.

- Tiến hành điều trị gồm 3 giai đoạn. Giai đoạn đặt túi giãn bao gồm vô cảm, bóc khoang, đặt hệ thống giãn. Giai đoạn bơm giãn có thể bơm giãn theo lịch trình hoặc liên tục. Giai đoạn tạo hình vật giãn bao gồm lấy bỏ túi giãn, tạo vật tổ chức. Trong đó, kỹ thuật tạo vật tổ chức: vật giãn tổ chức thu được, được sử dụng dưới 3 hình thức: Vạt tại chỗ như vạt trượt, vạt xoay, vạt chuyển...; mảnh ghép da dày tự do; vạt da

hình trụ Filatov.

- Theo dõi, đánh giá sau khi điều trị.

Theo dõi đánh giá kết quả sau phẫu thuật:

Kết quả ngay sau phẫu thuật: Đánh giá vào ngày thứ 1, thứ 3, thứ 7-10.

- Tốt: Lượng da được tạo ra đủ để che phủ; chất lượng da tương đồng; vật có sức sống tốt; không tụ máu hay nhiễm khuẩn; liền sẹo kỳ đầu.

- Trung bình: Tạo đủ da nhưng không phủ được hết; chất lượng da gần tương đồng; vật bị thiếu dưỡng; tụ máu hay nhiễm khuẩn nhẹ, tại chỗ; toác vết phẫu thuật.

- Kém: Lượng da được tạo ra đủ để che phủ; chất lượng da không tương đồng; vật hoại tử, tụ máu nhiều hay nhiễm khuẩn nặng; không liền sẹo kỳ đầu.

Kết quả khi khám lại: Đánh giá sau 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng.

- Tốt: Đạt được mục tiêu; bệnh nhân hài lòng; bệnh không tái phát; sẹo mảnh và mờ; sẹo không co kéo.

- Trung bình: Cần phẫu thuật bổ sung; bệnh nhân tạm chấp nhận; tái phát tại bờ viền; sẹo giãn hoặc quá phát; sẹo lồi hoặc co kéo.

- Kém: Không đạt được mục tiêu; bệnh nhân không hài lòng; bệnh tái phát; sẹo lồi; sẹo co kéo gây biến dạng tổ chức.

3. Xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 16.0. Các biến số được thể hiện dưới dạng giá trị lớn nhất, nhỏ nhất, tỉ lệ phần trăm. Do cỡ mẫu nhỏ (3 bệnh nhân) nên không sử dụng các test so sánh thống kê.

4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu viên đảm bảo tuyên ngôn Helsinki về đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Da liễu Trung ương theo quyết định số 243/HĐĐĐ-BVDLTW ngày 28/11/2014.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm tổn thương

Đặc điểm chung của các bệnh nhân

Trong nhóm nghiên cứu có 3 bệnh nhân, một bệnh nhân nữ 6 tuổi, một bệnh nhân nữ 20 tuổi và 1 bệnh nhân nam 10 tuổi. Không có bệnh nhân nào mắc các dị tật khác, gia đình không có ai mắc bệnh tương tự. Cả 3 bệnh nhân đều là NHBK thể trung bì, nhuộm hóa mô miễn dịch có HMB45 dương tính. Các bệnh nhân đều đến khám bệnh và được phẫu thuật vì lý do thẩm mỹ.

Đặc điểm thương tổn

Ở cả 3 bệnh nhân, các tế bào còn lành tính, không có tế bào lạ, cấu trúc mô không bị phá vỡ hay đảo lộn. Các thương tổn xuất hiện ở vùng hở: 1 bệnh nhân có thương tổn ở mặt và đầu, 1 bệnh nhân có thương tổn ở đầu, 1 bệnh nhân có thương tổn ở cẳng tay. Không có bệnh nhân nào xuất hiện thương tổn ở vùng kín. Có 2/3 bệnh nhân có thương tổn liên quan đến 3 ĐVGP, có 1 bệnh nhân có thương tổn liên quan đến 1 ĐVGP. Không có bệnh nhân nào có thương tổn chiếm hết 1 ĐVGP mà ở cả 3 bệnh nhân thương tổn chỉ chiếm một phần ĐVGP.

Có 2/3 bệnh nhân có kích thước thương tổn > 20 cm, 1/3 bệnh nhân kích thước thương tổn < 20 cm. Đường kính dài lớn nhất là 30 cm, đường kính dài ngắn nhất là 16 cm. Cả 3 bệnh nhân đều có diện tích thương tổn > 180 cm². Diện tích lớn nhất là 500 cm², diện tích nhỏ nhất là 180 cm² (> 2% diện tích cơ thể).

Đặc điểm da xung quanh thương tổn

Phân bố thương tổn liên quan đến ĐVGP được thể hiện ở bảng 1. Không có bệnh nhân nào có thương tổn chiếm trọn 1 ĐVGP. Cả 3/3 bệnh nhân thương tổn chiếm 1 phần của 1 đến 4 ĐVGP. Có 2/3 bệnh nhân, trong cùng ĐVGP, diện tích da lành nhỏ hơn diện tích thương tổn

và cả 3/3 bệnh nhân có da lành hoàn toàn tại ĐVGP kế cận. Có 1/3 bệnh nhân có thương tổn nằm ở xa các cơ quan dễ bị co kéo, nhưng 2/3 bệnh nhân có thương tổn liên quan đến cơ quan dễ bị co kéo là mắt và tai.

Bảng 1. Phân bố thương tổn liên quan đến ĐVGP

Đơn vị giải phẫu	1 đơn vị	2 - 3 đơn vị	> 3 đơn vị
Số lượng	1	1	1
Tỷ lệ	33,3%	33,3%	33,3%

2. Kết quả ngay sau phẫu thuật

Bảng 2. Kết quả ngay sau phẫu thuật tạo hình bằng vật giãn tổ chức

Đặc điểm	Kết quả	Số lượng	%
Diện tích da được tạo ra	Đủ da, che phủ toàn bộ	2	50
	Đủ da, không che phủ được hết	0	0
	Không đủ che phủ	2	50
Chất lượng da che phủ	Tương đồng	3	75
	Gần tương đồng	1	25
	Không tương đồng	0	0
Sức sống của vật	Vật sống tốt	4	100
	Thiếu dưỡng	0	0
	Hoại tử	0	0
Tai biến: Tụ máu, nhiễm khuẩn, rò rỉ túi	Không có	2	50
	Nhẹ, tại chỗ	2	50
	Nặng, toàn thân	0	0
Sự liền sẹo	Liền sẹo kỳ đầu	4	100
	Toác vết phẫu thuật	0	0
	Không liền sẹo	0	0

Có 50% đủ da che phủ toàn bộ, 75% có chất lượng da tương đồng, 100% vật có sức sống tốt, tai biến nhẹ gặp ở 50%, 100% liền sẹo kỳ đầu.

3. Kết quả khi khám lại

Bảng 3. Kết quả khi khám lại phẫu thuật tạo hình bằng vật giãn tổ chức

Đặc điểm	Kết quả	Số lượng	%
Đạt được mục tiêu	Đạt được mục tiêu	1	33
	Đạt nhưng cần phẫu thuật bổ sung	2	67
	Không đạt mục tiêu	0	0

Đặc điểm	Kết quả	Số lượng	%
Bệnh nhân hài lòng	Hài lòng	3	100
	Chấp nhận được	0	0
	Không hài lòng	0	0
Bệnh lý tái phát	Không tái phát	3	100
	Tái phát vùng viền	0	0
	Bệnh tái phát	0	0
Sẹo sau phẫu thuật	Sẹo mảnh, mờ	2	67
	Sẹo giãn/quá phát	1	33
	Sẹo lồi	0	0
Cơ quan xung quanh	Không co kéo	3	100
	Co kéo nhẹ	0	0
	Biến dạng	0	0

Có 33% đạt được mục tiêu, 67% đạt mục tiêu nhưng cần phẫu thuật bổ sung, 100% không co kéo, 100% bệnh nhân hài lòng với kết quả phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

Hiện vẫn chưa có sự thống nhất về tiêu chuẩn NHBK. Rhodes (1981); Arons & Hurwitz (1983); Kaplan (1974) cho rằng NHBK là thương tổn không thể được loại bỏ hoàn toàn và đóng da thì đầu trong một lần phẫu thuật. Kopf (1979) và Zitelli (1984) phân loại: NHBK phải thỏa mãn 1 trong các điều kiện như đường kính lớn > 20 cm, diện tích > 120 cm², chiếm hết 1 ĐVGP, diện tích > 120 cm² hoặc > 1 % ở mặt hay bàn tay, > 2 % ở đầu hay thân mình. Kadonaga & Frieden (1991) phân loại nơ vi ở trẻ em là khổng lồ khi chúng đạt 20 cm khi trưởng thành. Tương ứng là trên 6 cm ở thân mình, trên 9 cm ở đầu.⁵

Theo Robert A Schwartz thì NHBK không có sự khác biệt về giới tính.⁸ Bệnh nhân NHBK của chúng tôi có 2 nữ và 1 nam. Về tuổi, các bệnh nhân trong độ tuổi từ 6 tới 20, đây là lứa tuổi học sinh, sinh viên, nếu thời gian phẫu thuật

kéo dài, người bệnh sẽ có xu hướng lựa chọn phẫu thuật cắt dần hơn là vật giãn tổ chức. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân đều được làm mô bệnh học để đảm bảo không có tế bào lạ hay ác tính. Hầu hết bệnh nhân của chúng tôi chỉ quan tâm tới thẩm mỹ mà chưa chú trọng tới nguy cơ ác tính, mặc dù đã được giải thích và tư vấn kỹ lưỡng.

Vật giãn tổ chức được tạo ra nếu nằm trên cùng 1 ĐVGP hoặc ĐVGP liền kề với thương tổn sẽ thu được chất lượng da tương đồng hơn so với việc vật giãn tổ chức tại các vị trí khác. Phẫu thuật tạo hình bằng vật giãn tổ chức với hình thức sử dụng là vật tại chỗ cũng sẽ thuận lợi hơn so với hình thức sử dụng vật từ xa có cuống hoặc vật tự do nối vi phẫu hoặc đơn giản chỉ cung cấp da để ghép da tự do. Như vậy, kết quả của phẫu thuật tạo hình bằng vật giãn tổ chức không chỉ phụ thuộc vào kích thước thương tổn mà còn phụ thuộc vào vị trí, hình dạng thương tổn.

Trong số các bệnh nhân của chúng tôi, có 1 bệnh nhân có thương tổn nằm ở vùng thái dương, đỉnh, chẩm là vùng mang tóc nên che phủ vùng này cần vật da có tóc. Một bệnh nhân

nữ khác có thương tổn ở cẳng tay. Đây là vùng da mỏng, mềm mại, độ đàn hồi cao, yêu cầu da che phủ cần có những đặc tính tương ứng. Một bệnh nhân khác có thương tổn một phần vùng đỉnh, thái dương, khoảng 60% vùng trán, toàn bộ vùng mắt và một phần vùng má. Mỗi vùng da có những đặc tính riêng, liên quan đến mất dễ bị co kéo nên khó có thể có chung một giải pháp.

Vạt giãn tổ chức có thể tạo được một khối lượng tổ chức đủ để che phủ cho một khuyết tổ chức lớn với chất lượng tổ chức tốt, tương đồng. Kỹ thuật phức tạp, chi phí cao, thời gian kéo dài, nhiều tai biến, khả năng giãn của da có hạn là hạn chế chính của phương pháp này. Arneja đề nghị sử dụng vạt giãn tổ chức cho những NHBK mà không thể phẫu thuật cắt dần sau 4 lần.⁴ Theo Bhatnagar, vạt giãn tổ chức an toàn với trẻ trên 3 tháng tuổi, có thể áp dụng nhiều lần, và cho một kết quả thẩm mỹ tốt.⁶ Vạt giãn tổ chức được xem như một phương pháp chính, độc lập dùng để điều trị NHBK.^{4,6}

Chỉ định vạt giãn tổ chức phụ thuộc vào nhiều yếu tố khác nhau, đặc biệt là thời gian nằm viện. Bệnh nhân của chúng tôi đều trong độ tuổi học sinh, sinh viên đa phần thời gian nghỉ hè rất ngắn, khoảng 4 đến 6 tuần, người thân người bệnh cũng không được nghỉ dài ngày nên cuối cùng thì chỉ có ít bệnh nhân lựa chọn phương pháp phẫu thuật tạo hình bằng vạt giãn tổ chức. Cả 3 bệnh nhân của chúng tôi lựa chọn phẫu thuật tạo hình bằng vạt giãn tổ chức đều là các trường hợp rất khó có thể thực hiện phẫu thuật cắt dần, buộc phải lựa chọn tạo hình bằng vạt giãn tổ chức.

Để có được một cuộc phẫu thuật thuận lợi, cần chuẩn bị kỹ lưỡng trước phẫu thuật. Ước lượng được diện tích da có thể thu được sau khi tháo bỏ túi giãn, sử dụng phần da vừa tạo ra để tạo hình, lựa chọn phương pháp tạo hình để có thể tận dụng và phát huy tối đa sự che phủ

của vạt giãn tổ chức, cắt bỏ thương tổn theo sự che phủ của vạt giãn tổ chức vừa tạo ra hoặc cắt bỏ toàn bộ thương tổn, nếu thiếu da sẽ để lành sẹo tự nhiên hoặc sử dụng các phẫu thuật bổ sung.

Về thiết kế đặt túi giãn, chúng tôi không có nhiều lựa chọn về thể tích cũng như hình dạng của túi giãn. Điều này làm ảnh hưởng tới lượng tổ chức giãn thu được. Để khắc phục điều này, chúng tôi sẽ bơm giãn một lượng dịch nhiều hơn so với thể tích của túi giãn, thậm chí là gấp 2 - 3 lần thể tích thực của túi. Việc bóc tách khoang túi đủ rộng cũng góp phần cho đặt túi thuận lợi, tránh gập góc túi.

Trong quá trình bơm túi giãn, bơm bằng máy sẽ cho phép bơm được một lượng dịch nhiều hơn bằng tay, rút ngắn thời gian nằm viện của người bệnh. Bơm hàng ngày, mặc dù số lượng dịch bơm được cho mỗi lần ít nhưng tổng lượng dịch bơm giãn trong 1 tuần sẽ nhiều hơn so với bơm giãn theo lịch tuần 2 đến 3 lần. Tốc độ bơm giãn cũng ảnh hưởng đến số lượng dịch bơm giãn. Chúng tôi thường bơm giãn với tốc độ chậm, khoảng 5% thể tích trong 2 tiếng.

Trong thì tạo hình, việc bơm giãn bổ sung thêm khoảng 10 đến 20% thể tích túi trước tạo hình giúp cho vạt giãn tổ chức ổn định hơn, ít bị co lại sau khi lấy bỏ túi giãn. Việc cắt bỏ bao xơ không làm tăng đáng kể tính chun giãn của vạt da, hơn nữa nó làm tăng nguy cơ chảy máu, thiếu dưỡng vạt. Vạt giãn tổ chức có hệ thống mạch máu tăng sinh rất mạnh, nên chúng tôi có thể mạnh dạn áp dụng các kỹ thuật vạt trong vạt, tận dụng tối đa lượng da thu được khi tạo hình che phủ.

Chúng tôi có 3 bệnh nhân, thực hiện 4 lần giãn da, trong đó có 1 bệnh nhân tái giãn da lần thứ 2. Lượng da, tổ chức thu được có diện tích đúng theo dự kiến ban đầu là 2 vạt, chiếm tỉ lệ 50%. Trong 2 vạt còn lại, lượng tổ chức thu được ít hơn dự kiến 10% do tai biến gập

phải trong quá trình bơm giãn tổ chức buột phải dừng bơm giãn: thiếu dưỡng vật, rò rỉ túi giãn. Cả hai trường hợp trên, chúng tôi phải tiến hành phẫu thuật bổ sung.

Về chất lượng da thu được, có 3/4 vật giãn tổ chức (chiếm tỉ lệ 75%) có chất lượng da, tổ chức tương đồng về cả độ dày lẫn bề mặt như màu sắc, có nang tóc, mềm mại... với vị trí xung quanh tổn thương do túi giãn được đặt tại vị trí kế cận thương tổn, 1/4 vật có chất lượng khá tương đồng với nơi nhận do không thể đặt túi giãn da tại vị trí liền kề mà phải đặt tại vị trí từ xa là vùng bụng được sử dụng theo hình thức vật da hình trụ Filatov để di chuyển và che phủ cho cẳng tay.

Cả 4/4 vật đều có sức sống rất tốt, vật không bị thiếu dưỡng hay hoại tử. Tụ máu có ghi nhận ở 2/4 trường hợp. Tuy nhiên không ảnh hưởng đến vật da. Có 1 trường hợp nào bị nhiễm khuẩn sau phẫu thuật. Bệnh nhân sốt cao, xét nghiệm procalcitonin tăng, chúng tôi đã thay kháng sinh và bệnh nhân đã hết sốt ngay. Cả 4/4 trường hợp đều liền sẹo tốt, không có trường hợp nào toác vết phẫu thuật hay chậm liền sẹo.

Nghiên cứu của chúng tôi có số lượng bệnh nhân còn hạn chế. Chúng tôi cũng đã gặp các tai biến ngay từ khi đặt túi giãn, bơm túi cho đến khi tạo hình túi giãn. Mặc dù những tai biến này là những tai biến nhẹ, có thể khắc phục được ngay nhưng ít nhiều đã ảnh hưởng tới kết quả cuối cùng của phẫu thuật. Các tác giả khác cũng công bố tỉ tai biến với phẫu thuật tạo hình bằng túi giãn với tỷ lệ dao động từ 18% cho đến 40%.⁷

Cả 3/3 bệnh nhân đạt được mục tiêu đề ra. Bệnh nhân có thương tổn ở cẳng tay đã được cắt bỏ 90% diện tích. Bệnh nhân cần thêm một phẫu thuật bổ sung. Bệnh nhân có thương tổn 2/3 diện tích vùng trán đã được cắt bỏ toàn bộ và được che phủ hoàn toàn bằng vật giãn tổ chức được tạo từ phần da trán lành còn lại.

Bệnh nhân có thương tổn vùng thái dương, đỉnh, chẩm đã được cắt bỏ toàn bộ thương tổn với sự che phủ 90% bằng vật giãn tổ chức và 10% da ghép.

Hình ảnh thẩm mỹ của bệnh nhân được cải thiện rất nhiều. Thương tổn với hình ảnh kém thẩm mỹ được thay thế bằng vật da giãn tương đồng với vùng da lân cận hoặc đối diện. Tổ chức xung quanh không bị co kéo. Hình ảnh, cấu trúc 3D của nền tổ chức bị bệnh được giữ nguyên, lúc này hình ảnh thẩm mỹ phụ thuộc vào đường sẹo cuối cùng. Có 2/3 bệnh nhân hài lòng với kết quả đạt được, 1 bệnh nhân chấp nhận kết quả do vẫn cần 1 lần phẫu thuật bổ sung.

Do chưa đủ thời gian để theo dõi sự tái phát nên chúng tôi chưa thể nhận định tình trạng tái phát trong nghiên cứu của chúng tôi. Có 2/3 trường hợp sẹo thanh mảnh, mềm mại, không co kéo, 1/3 trường hợp sẹo bị giãn nơi cho vật. Trường hợp này, trẻ đang trong độ tuổi lớn nhanh nên cũng khó tránh được sẹo bị giãn. Không gặp trường hợp nào sẹo phì đại hoặc sẹo lồi. Các cơ quan lân cận không bị co kéo, biến dạng.

Nghiên cứu trước đây của chúng tôi với 6 trường hợp phẫu thuật tạo hình bằng vật giãn tổ chức để điều trị NHBK cũng cho kết quả tốt với 5/6 trường hợp và kết quả khá với 1/6 trường hợp. Laura H Zaal cũng cho nhận xét vật giãn tổ chức là một phương pháp tốt để loại bỏ NHBK, đặc biệt là khi chúng nằm ở da đầu hoặc trán với kết quả thẩm mỹ tốt. Phẫu thuật sớm khi bệnh nhân còn trẻ là điều nên làm.⁹

Ca lâm sàng

Bệnh nhân nam, sinh năm 2010, bị NHBK điển hình với HMB45 (+). Thương tổn ở vùng da đầu: thái dương, đỉnh, chẩm, kích thước lớn trên 20cm. Mục tiêu điều trị cho bệnh nhân là loại bỏ hoàn toàn thương tổn. Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật đặt 1 túi giãn 320 ml ở vùng đỉnh, chẩm. Kết quả: thương tổn được cắt bỏ toàn bộ

với 90% được che phủ bằng vật giãn tổ chức.

Kết quả phẫu thuật khi bệnh nhân ra viện, thương tổn đã được loại bỏ hoàn toàn. Bệnh nhân hài lòng với kết quả phẫu thuật. Lượng da được tạo ra che phủ được 90% diện tích, ghép

da bổ sung 10%. Chất lượng da tương đồng, tóc mọc tốt, không bị rụng. Vật sống tốt, không tụ máu, nhiễm khuẩn nhẹ được không chế ngay. Sẹo liền tốt kỳ đầu. Không co kéo, biến dạng tổ chức.



Trước phẫu thuật



Thiết kế phẫu thuật



Sau phẫu thuật

Hình 1. Hình ảnh bệnh nhân trước, trong và sau phẫu thuật

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu 3 bệnh nhân NHBK được phẫu thuật tạo hình bằng vật giãn tổ chức từ tháng 10/2014 đến tháng 8/2020 tại Bệnh viện Da liễu Trung ương cho thấy vật giãn tổ chức có thể huy động một lượng da, tổ chức tại chỗ hoặc từ xa thương tổn đủ lớn để có thể che phủ cho thương tổn sau cắt bỏ; hình ảnh thẩm mỹ sau phẫu thuật được cải thiện rất nhiều; chất lượng da được tạo ra tương đồng. Tuy nhiên, đây là kỹ thuật khó, thời gian nằm viện kéo dài, nhiều biến chứng ngay từ lúc đặt túi, bơm giãn cho đến thì tạo hình. Phẫu thuật tạo hình bằng vật giãn tổ chức nếu thuận lợi sẽ đem lại hiệu quả cao, thích hợp cho việc điều trị NHBK.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Etchevers HC, Rose C, Kahle B, et al. Giant congenital melanocytic nevus with vascular malformation and epidermal cysts associated with a somatic activating mutation in BRAF. *Pigment Cell Melanoma Res.* 2018; 31(3): 437 - 441. doi:10.1111/pcmr.12685
2. Mısır AF, Durmuşlar M, Zerener T, Gün B. Primary malignant melanoma. *Saudi Med*

J. 2016; 37(4): 446 - 449. doi:10.15537/smj.2016.4.15017

3. Kopf AW, Bart RS, Hennessey P. Congenital nevocytic nevi and malignant melanomas. *J Am Acad Dermatol.* 1979; 1(2): 123 - 130. doi:10.1016/S0190-9622(79)70009-0

4. Arneja JS, Gosain AK. Giant Congenital Melanocytic Nevi of the Trunk and an Algorithm for Treatment: *J Craniofac Surg.* 2005; 16(5): 886 - 893. doi:10.1097/01.scs.0000183356.41637.f5

5. Viana ACL, Gontijo B, Bittencourt FV. Giant congenital melanocytic nevus. *A Bras Dermatol.* 2013; 88(6): 863 - 878. doi:10.1590/abd1806-4841.20132233

6. Bhatnagar V, Mukherjee M, Bhargava P. A Case of Giant Hairy Pigmented Nevus of Face. *Med J Armed Forces India.* 2005; 61(2): 200 - 202. doi:10.1016/S0377-1237(05)80029-2

7. Ma T, Fan K, Li L, et al. Tissue expansion in the treatment of giant congenital melanocytic nevi of the upper extremity: *Medicine (Baltimore).* 2017; 96(13): e6358. doi:10.1097/MD.00000000000006358

8. Lyon VB. Congenital Melanocytic Nevi. *Pediatr Clin North Am.* 2010; 57(5):1155 - 1176.

doi:10.1016/j.pcl.2010.07.005

9. Zaal LH, van der Horst CM. Results of the early use of tissue expansion for giant congenital

melanocytic naevi on the scalp and face. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2009; 62(2): 216 - 220.

doi:10.1016/j.bjps.2007.10.045.

Summary

THE EFFECTIVENESS OF USING TISSUE EXPANDED FLAP IN THE TREATMENT OF GIANT CONGENITAL MELANOCYTIC NEVUS

Giant congenital nevus is an embryonic limited dysplasia treated by many different methods. This study was conducted to assess the initial results of tissue expanded flap for giant congenital melanocytic nevus (GCMN) treatment. There were 3 GCMN patients treated with 4 tissue expanded flap at the National Hospital of Dermatology and Venereology from October 2014 to August 2020. Results immediately after operation revealed that there were 50% of the flaps having enough area to cover the defect, 50% lacked 10% of covered area and needed additional surgery. 3 out of 4 flaps had same quality, and 1 had almost the same quality. 3/3 flaps were alive and healed at first period, 2/4 had mild complications. Follow up consultation revealed that all patients reached the initial objectives and were satisfied with the treatment. No recurrence was noted. 2/3 patients had thin and soft scar, 1/3 patient had dilated scar. There was no tugging or deformation of tissue. In conclusion, tissue expanded flap is a good option for GCMN treatment.

Key words: Giant congenital melanocytic nevus, tissue expanded flap