KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT CẮT DẦN ĐIỀU TRỊ NƠ VI HẮC TỐ BẨM SINH KHỔNG LỒ

Nguyễn Hồng Sơn[1,✉], Nguyễn Bắc Hùng[2], Trần Thiết Sơn[2]

[1]Bệnh viện Da liễu Trung ương

[2]Trường Đại học Y Hà Nội

Nơ vi hắc tố bẩm sinh khổng lồ - Giant congenital melanocytic nevus (GCMN) 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 cắt dần điều trị nơ vi hắc tố bẩm sinh khổng lồ. Có 8 bệnh nhân nơ vi hắc tố bẩm sinh khổng lồ được phẫu thuật cắt dần 3 - 8 lần từ tháng 10/2014 đến tháng 08/2020 tại Bệnh viện Da liễu Trung ương. Các bệnh nhân đều được cắt bỏ thương tổn một cách tối đa theo dự kiến, được khâu kín thì đầu, không cần phẫu thuật bổ sung. Sau phẫu thuật, vạt sống tốt, không tụ máu hay nhiễm khuẩn, liền sẹo kỳ đầu, sẹo ít co kéo. Có 3 bệnh nhân hoàn thành phẫu thuật: 3/3 đạt được mục tiêu; 3/3 bệnh nhân hài lòng với phẫu thuật, 3/3 vết thương liền sẹo.

Từ khóa: Nơ vi hắc tố bẩm sinh khổng lồ, phẫu thuật cắt dần

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nơ vi hắc tố bẩm sinh khổng lồ (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… trông 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]

NHBK có kích thước, diện tích rất lớn, chiếm toàn bộ một hay nhiều đơn vị giải phẫu (ĐVGP), có trường hợp chiếm đến hơn 80% diện tích toàn cơ thể, nên việc điều trị gặp nhiều khó khăn. Điều trị NHBK nhằm mục đích phòng ngừa ung thư và lý do thẩm mỹ là chính. Phương pháp điều trị 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, vạt 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]

Do chủ động đặt túi giãn, vạt giãn tổ chức 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 da tự nhiên với ưu điểm là nhanh, chi phí thấp, 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]

Lập kế hoạch điều trị là rất cần thiết. Chiến lược điều trị cần giữ vững đặc biệt là phương

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

pháp phẫu thuật cắt dần hay còn gọi là phương pháp giãn tổ chức tự nhiên. Việc thu nhỏ dần mô bệnh luôn đi đôi với sự phát huy tối đa sự giãn của da lành xung quanh, cũng như tạo điều kiện thuận lợi, định hướng sẹo cho những lần phẫu thuật tiếp theo.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật cắt dần điều trị NHBK tại Bệnh viện Da liễu Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Có 8 bệnh nhân NHBK được phẫu thuật cắt dần tại khoa Phẫu thuật Tạo hình thẩm mỹ và Phục hồi chức năng, Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 10/2014 đến tháng 08/2020.

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 đơn vị giải phẫu; 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, hợp tác tốt, 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 dự kiến cắt bỏ được hết cần dưới 4 lần phẫu thuật.

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...

Đặc điểm da lành xung quanh: diện tích, kích thước...

Kết quả ngay sau phẫu thuật được đánh giá dựa trên lượng tổ chức bệnh được cắt bỏ, khâu kín thì đầu, sức sống của vạt, tai biến, sự liền sẹo.

Kết quả khi khám lại đánh giá về mục tiêu đạt được, sự cải thiện về hình ảnh thẩm mỹ, chất lượng sẹo, chất lượng tổ chức và sự hài lòng của bệnh nhân.

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: Thiết kế hai đường rạch da bằng nhau, song song với đường căng da và nằm trên thương tổn. Chiều rộng phụ thuộc vào bản chất, vị trí, diện tích thương tổn, da lành xung quanh... Có thể thu hẹp thương tổn từ trung tâm hoặc từ ngoại vi. Khoảng 3 - 6 tháng sau lần phẫu thuật trước, có thể tiến hành cắt tiếp một phần thương tổn với kỹ thuật tương tự. Số lần phẫu thuật không hạn chế. Tuy nhiên, nếu cần trên 3 lần phẫu thuật thì nên xem xét sử dụng vạt giãn tổ chức.
- Theo dõi, đánh giá sau khi điều trị.

Nguyên lý và biến chứng của phẫu thuật cắt dần

Dựa vào khả năng căng giãn tự nhiên của da, thương tổn có thể được cắt bỏ hoàn toàn

bởi nhiều lần phẫu thuật liên tiếp. Trong mỗi lần phẫu thuật, thương tổn được thu nhỏ dần đồng thời da lành xung quanh bị căng giãn, kích thích tăng sinh. Các biến chứng của phẫu thuật cắt dần cũng là những biến chứng chung của phẫu thuật như tụ máu, chảy máu; thiểu dưỡng, hoại tử vạt da; nhiễm trùng tại chỗ, toàn thân; co kéo, biến dạng tổ chức; chậm liền thương hoặc toác vết phẫu thuật...

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: Cắt được theo dự kiến, khâu kín được ngay thì đầu, vạt sống tốt, không tụ máu hay nhiễm khuẩn, liền sẹo kỳ đầu.

- Trung bình: Cắt ít hơn dự kiến < 10%; khâu kín được nhưng rất căng; vạt thiểu dưỡng, tụ máu nhẹ hay nhiễm khuẩn nhẹ; toác vết phẫu thuật.

- Kém: Cắt ít hơn dự kiến > 10%; không khâu kín được; vạt hoại tử, tụ máu nhiều hay nhiễm khuẩn nặng; không liền sẹo.

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

- Tốt: Đạt được mục tiêu, bệnh nhân hài lòng về kết quả thẩm mỹ, hình ảnh thẩm mỹ cải thiện nhiều, sẹo mảnh và mờ, sẹo không co kéo.

- Trung bình: Đạt nhưng tăng số lần phẫu thuật; bệnh nhân chấp nhận về kết quả thẩm mỹ, hình ảnh thẩm mỹ ít cải thiện, sẹo giãn hoặc quá phát, sẹo co kéo.

- Kém: Không đạt mục tiêu, bệnh nhân không hài lòng về kết quả thẩm mỹ, hình ảnh thẩm mỹ không cải thiện, sẹo lồi, sẹo co kéo gây biến dạng.

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

Cả 8 bệnh nhân đều là nữ, tuổi từ 11 đến 24, không mắc các dị tật khác, gia đình không ai mắc bệnh tương tự. Cả 8/8 bệnh nhân đều là NHBK thể trung bì, nhuộm hóa mô miễn dịch có HMB45 dương tính. Các bệnh nhân đều đến khám và phẫu thuật vì lý do thẩm mỹ.

Đặc điểm thương tổn

Ở cả 8 bệnh nhân, các tế bào còn lành tính, không có tế bào lạ, cấu trúc mô không bị phá vỡ hay đảo lộn. Có 2/8 bệnh nhân xuất hiện thương tổn ở vùng hở: một bệnh nhân xuất hiện ở mặt và một bệnh nhân xuất hiện ở cẳng bàn tay; 6/8 bệnh nhân còn lại xuất hiện thương tổn ở vùng kín như mông, thắt lưng, lưng, cánh tay, đùi. 6/8 bệnh nhân có thương tổn liên quan đến 2 ĐVGP, còn 2/8 bệnh nhân có thương tổn liên quan đến 1 VGP. Có 1/8 bệnh nhân thương tổn chiếm hết 1 ĐVGP và 7/8 bệnh nhân thương tổn phân bố rải rác.

Có 5/8 bệnh nhân có kích thước thương tổn > 20 cm, 3/8 bệnh nhân kích thước < 20 cm. Đường kính dài lớn nhất là 24 cm, đường kính dài ngắn nhất là 12 cm. Có 2/8 bệnh nhân có diện tích thương tổn > 120 cm^2. Diện tích lớn nhất là > 500 cm^2, diện tích nhỏ nhất là 120 cm^2.

Đặc điểm da xung quanh thương tổn

Có 1/8 bệnh nhân thương tổn chiếm trọn 1 ĐVGP; 7/8 bệnh nhân có thương tổn chiếm 1 phần của 1 hay 2 ĐVGP; 7/8 bệnh nhân có diện tích da lành còn lại lớn hơn diện tích thương

tổn; 8/8 bệnh nhân có da lành hoàn toàn tại ĐVGP kế cận; 5/8 bệnh nhân có thương tổn xa các cơ quan dễ bị co kéo; 3/8 bệnh nhân có thương tổn liên quan đến cơ quan dễ bị co kéo như tai, khớp.

Bảng 1. Kích thước thương tổn

Kích thước	**< 20 cm**	**- 30 cm**	**> 30 cm**
Số lượng	3	4	1

2. Kết quả ngay sau phẫu thuật

Bảng 2. Kết quả ngay sau phẫu thuật cắt dần

Đặc điểm	**Kết quả**	**Số lượng**
Cắt bỏ thương tổn	Theo dự kiến	8
	Ít hơn dự kiến ≤ 10%	0
	Ít hơn dự kiến > 10%	0
Khâu kín thì đầu	Khâu kín được ngay	6
	Khâu kín, quá căng	2
	Không khâu kín được	0
Sức sống của vạt	Vạt sống tốt	6
	Thiểu dưỡng/tụ máu/nhiễm khuẩn	2
	Hoại tử/nhiễm khuẩn nặng	0
Tai biến phẫu thuật	Không tụ máu/không nhiễm khuẩn	8
	Tụ máu/nhiễm khuẩn nhẹ	0
	Tụ máu/nhiễm khuẩn nặng	0
Sự liền sẹo	Liền sẹo kỳ đầu	6
	Toác vết phẫu thuật	2
	Không liền sẹo	0

Có 8 bệnh nhân được phẫu thuật theo dự kiến, 6 bệnh nhân khâu kín được ngay, cả 8 bệnh nhân không bị tụ máu hay nhiễm khuẩn, có 6 bệnh nhân liền sẹo kỳ đầu.

3. Kết quả khi khám lại

Bảng 3. Kết quả khi khám lại phẫu thuật cắt dần

Đặc điểm	**Kết quả**	**Số lượng**
Đạt được mục tiêu	Đạt được mục tiêu	8
	Đạt nhưng tăng số lần phẫu thuật	0
	Không đạt mục tiêu	0

Đặc điểm	Kết quả	Số lượng
Bệnh nhân hài lòng	Hài lòng	6
	Chấp nhận được	2
	Không hài lòng	0
Hình ảnh thẩm mỹ	Cải thiện nhiều	6
	Cải thiện ít	2
	Không cải thiện	0
Sẹo sau phẫu thuật	Bình thường	0
	Giãn sẹo/quá phát	8
	Sẹo lồi	0
Cơ quan xung quanh	Không co kéo	6
	Co kéo nhẹ	2
	Co kéo, biến dạng	0

Cả 8 bệnh nhân đều đạt được mục tiêu điều trị, 6 bệnh nhân hài lòng với kết quả, 6 bệnh nhân có hình ảnh thẩm mỹ cải thiện nhiều, 8 bệnh nhân có giãn sẹo, quá phát, không bệnh nhân nào có sẹo lồi.

IV. BÀN LUẬN

Hiện vẫn chưa có sự thống nhất về tiêu chuẩn chẩn đoán 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, 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]

Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều là nữ. Theo Robert A Schwartz thì NHBK không có sự khác biệt về giới tính.[8] Phải chăng các bệnh nhân nữ có mối quan tâm về thẩm mỹ cao hơn. Về tuổi, các bệnh nhân trong độ tuổi từ 8 tới 24, đây là lứa tuổi học sinh, nếu thời gian phẫu thuật kéo dài, người bệnh sẽ có xu hướng lựa chọn phẫu thuật cắt dần hơn là vạt giãn tổ chức. Tuy nhiên, ở tuổi này, hiệu quả giãn da sẽ không phải là tốt nhất.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân đều được làm mô bệnh học với kết quả không có tế bào lạ hay ác tính vì vậy có thể triển khai phẫu thuật cắt dần hay vạt giãn tổ chức. Hầu hết bệnh nhân của chúng tôi chỉ quan tâm tới thẩm mỹ nên mặc dù đa phần bị bệnh ở vùng kín nhưng vẫn xin phẫu thuật, có lẽ là do chúng vẫn gây mất thẩm mỹ khi mặc bikini. Thương tổn chiếm toàn bộ 1 ĐVGP sẽ gây khó khăn cho phẫu thuật hơn rất nhiều khi chúng chỉ chiếm 1 phần của 1 ĐVGP. Cũng tương tự, nếu thương tổn nằm trên 1 ĐVGP sẽ dễ dàng xử lý hơn là khi chúng nằm trên 2 hay nhiều ĐVGP. Kích thước, diện tích, hình dáng thương tổn có liên quan đến phẫu thuật. Hình tròn sẽ gây khó khăn cho phẫu thuật hơn hình oval, thương tổn dài và hẹp sẽ dễ dàng loại bỏ hơn.

Da lành xung quanh nếu có diện tích đủ lớn sẽ dễ dàng huy động hơn. Tốt nhất là sử dụng được da lành trong cùng 1 ĐVGP. Huy động da

lành được từ 4 phía sẽ tốt hơn là chỉ 1 hay 2 phía. Sự chun giãn của da xung quanh cũng rất quan trọng. Bệnh nhân càng trẻ, sự huy động da từ xung quanh càng tốt. Thương tổn càng xa các cơ quan dễ bị co kéo càng tốt. Những thì đầu của phẫu thuật cắt dần có thể chấp nhận sự co kéo nhẹ, chúng sẽ nhanh chóng phục hồi.

Trong quá trình khám và tư vấn cho bệnh nhân, có những ca bệnh mà ưu thế thuộc về phẫu thuật vạt giãn tổ chức hơn là phẫu thuật cắt dần. Tuy nhiên, lựa chọn cách thức phẫu thuật còn phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố khác, đặc biệt là thời gian nằm viện. Bệnh nhân của chúng tôi đều trong độ tuổi học sinh, đa phần thời gian nghỉ hè rất ngắn, khoảng 4 đến 6 tuần, nên cuối cùng thì bệnh nhân lựa chọn phương pháp cắt dần.

Để có được một cuộc phẫu thuật thuận lợi, cần chuẩn bị kỹ lưỡng trước phẫu thuật. Việc ước lượng diện tích thương tổn có thể cắt bỏ được không có một công thức chung. Nó phụ thuộc rất nhiều vào sự chun giãn của da xung quanh, tuổi người bệnh, vị trí thương tổn, số lần phẫu thuật, cách thức phẫu thuật cắt bỏ, tư thế người bệnh, thậm chí cả kinh nghiệm xử lý của phẫu thuật viên.

Cắt quá nhiều da sẽ rất khó khăn khi đóng da, gây thiểu dưỡng, hoại tử vạt, co kéo cơ quan tổ chức lân cận, thậm chí không đóng được da. Nếu cắt ít da sẽ dễ dàng để đóng da nhưng sẽ ảnh hưởng tới số lần phẫu thuật cũng như hiệu quả của việc giãn da tự nhiên. Chúng tôi luôn ước lượng lượng da được cắt bỏ, dự tính chiều sẹo, sự huy động da lành từ xung quanh, cùng với kỹ thuật giãn da cấp tính được triển khai trước khi cắt bỏ thương tổn nên kế hoạch đã đề ra luôn thực hiện được, chưa gặp ca nào phải ghép da tự do hoặc để hở.

Việc thiết kế để định hướng đường sẹo cuối, cùng với việc huy động tối đa tổ chức da lành xung quanh là rất quan trọng. Cắt bỏ thương tổn từ trung tâm dễ gây suy yếu trung tâm, làm cho phần da thương tổn giãn nhiều hơn phần da lành xung quanh thương tổn, do vậy ít huy động được da lành xung quanh một cách tối đa. Thiết kế cắt bỏ thương tổn 3 chiều sẽ không làm kéo dài đường sẹo, dễ định hướng đường sẹo cuối theo hướng mà ta mong muốn và dễ dàng huy động da lành xung quanh cả từ 4 phía. Trên thực tế, cắt bỏ thương tổn theo chu vi sẽ cắt được nhiều diện tích da trong mỗi lần phẫu thuật hơn và rút ngắn số lần phẫu thuật.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 8/8 bệnh nhân đều được cắt bỏ thương tổn theo đúng kế hoạch. Để đạt được điều này chúng tôi đã phải ước lượng rất kỹ trước khi cắt bỏ da bệnh bằng cách "véo da". Da véo lên được bao nhiêu sẽ cắt bỏ được bấy nhiêu. Hơn nữa kỹ thuật giãn da cấp tính được triển khai đã phần nào giúp chúng tôi dễ dàng khâu đóng da ngay một cách dễ dàng hơn. Sau khi thương tổn được cắt bỏ, các mép da được đóng kín ngay. Chúng tôi cắt bỏ thương tổn đến đâu, khâu phục hồi ngay đến đó chứ không cắt bỏ thương tổn hết rồi mới khâu phục hồi nên tránh được căng giãn mép vết thương. Cả 8/8 bệnh nhân đều đóng kín được thương tổn, không cần bất cứ phương pháp bổ sung nào hoặc để hở, hoặc ghép da.

Do tính chất của phương pháp giãn da mà mép vết phẫu thuật thường bị căng, đôi khi căng quá mức. Điều này gây thiểu dưỡng mép vết phẫu thuật, gây chậm liền thương, thậm chí toác vết phẫu thuật, hoại tử mép da. Chúng tôi gặp đến 2/8 (25%) trường hợp căng giãn quá mức mép vết phẫu thuật gây thiểu dưỡng, chậm lành vết phẫu thuật nhưng chưa gặp một ca nào gây hoại tử hoặc toác vết phẫu thuật.

Sẹo phẫu thuật cũng vì thế mà thường bị giãn nhiều hoặc có xu hướng quá phát. Cả 8/8 bệnh nhân đều là sẹo quá phát và sẹo giãn. Sẹo giãn và quá phát bắt đầu từ ngay tháng thứ hai nhưng đến tháng thứ ba thì trở nên rõ rệt

nhất. Việc tiếp tục cắt bỏ thương tổn theo đúng lịch trình từ 2 đến 3 tháng là rất cần thiết vì sẽ tránh được việc phải cắt bỏ sẹo bị giãn.

Các cơ quan lân cận ít bị ảnh hưởng. Có 2/8 trường hợp bị co kéo, hạn chế một phần tầm vận động khớp, cứng khớp do phải bất động khớp lâu. Sau đó bệnh nhân tập vật lý trị liệu, khớp lại hoạt động trở lại bình thường. Có 6/8 trường hợp còn lại do thương tổn ở xa các cơ quan dễ bị co kéo như vùng mặt nên không ảnh hưởng, co kéo các cơ quan khác.

Có 3/8 bệnh nhân đã hoàn thành phẫu thuật. Về mục tiêu, cả 3 bệnh nhân này đã đạt được mục tiêu đề ra ban đầu là cắt bỏ được hết toàn bộ thương tổn với số lần phẫu thuật như dự kiến ban đầu. Bệnh nhân phẫu thuật ít nhất cũng cần đến 3 lần phẫu thuật liên tiếp. Bệnh nhân phẫu thuật nhiều nhất cần đến 8 lần phẫu thuật.

Hình ảnh thẩm mỹ của bệnh nhân được cải thiện rất nhiều. Thương tổn với hình ảnh kém thẩm mỹ được thay thế bằng tổ chức da lành xung quanh tương đồng với nhau với 1 đường sẹo thẩm mỹ hơn rất nhiều so với hình ảnh cũ. Tổ chức xung quanh không bị co kéo, lúc này hình ảnh thẩm mỹ phụ thuộc vào đường sẹo cuối cùng.

Sẹo sau lần phẫu thuật cuối cùng thường bị giãn hoặc quá phát, rất cần đến phẫu thuật sửa sẹo sau này. Tùy từng trường hợp mà có thể cần đến 1 hay 2 lần phẫu thuật sửa sẹo. Cả 3 bệnh nhân của chúng tôi đã hoàn thành phẫu thuật, cắt bỏ hết thương tổn nhưng vẫn còn tiếp tục phẫu thuật sửa sẹo do sẹo bị giãn và quá phát.

Ca lâm sàng

Bệnh nhân nữ, sinh năm 1996, bị NHBK điển hình với HMB45 dương tính. Thương tổn ở 3 vùng: nách, cánh, cẳng tay phải, chiếm một phần của 3 ĐVGP, kích thước lớn trên 24 cm, diện tích toàn bộ thương tổn là 400 cm2. Mục tiêu điều trị của bệnh nhân là loại bỏ hoàn toàn thương tổn. Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật cắt dần với 4 lần phẫu thuật. Bệnh nhân được phẫu thuật lần 1 vào tháng 11/2019, lần 2 vào tháng 03/2020.

Khám lại sau phẫu thuật, thương tổn đã được loại bỏ một phần, theo dự kiến. Sẹo sau phẫu thuật quá phát nhẹ, không co kéo các cơ quan xung quanh. Hình ảnh thẩm mỹ được cải thiện nhiều, bệnh nhân hài lòng với kết quả phẫu thuật.

Trước phẫu thuật | Sau phẫu thuật lần 1 | Sau phẫu thuật lần 2

Hình 1. Hình ảnh bệnh nhân trước và sau phẫu thuật lần 1, lần 2

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu 8 bệnh nhân NHBK được phẫu thuật cắt dần từ tháng 10/2014 đến tháng 08/2020 tại Bệnh viện Da liễu Trung ương cho thấy: phẫu thuật cắt dần lợi dụng việc giãn da tự nhiên, có thể huy động một lượng da, tổ chức xung quanh thương tổn đủ lớn, liên tiếp để có thể che phủ cho thương tổn sau cắt

bỏ từng phần. Kết quả khi khám lại cho thấy hình ảnh thẩm mỹ được cải thiện rất nhiều, ít các biến chứng nghiêm trọng. Phẫu thuật cắt dần là phương pháp 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.0000000000006358

8. Lyon VB. Congenital Melanocytic Nevi. *Pediatr Clin North Am.* 2010; 57(5): 1155 - 1176. doi:10.1016/j.pcl.2010.07.005

Summary

THE INITIAL RESULTS OF STAGED EXCISION 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 staged excision in the treatment of giant congenital melanocytic nevus (GCMN). In total, there were 8 patients with GCMN, diagnosed and treated at the National Hospital of Dermatology and Venereology from October 2014 to August 2020. For each patient, 3 to 8 sessions of staged excision were performed. The maximum lesions were resected for all patients, wounds were directly closed and did not required additional surgery. After each session, all skin flaps were alive. There was no complication of hematoma or infection. The wounds healed at the first period and there was minimum scar tugging. Among 3 patients completing all stages of treatment, all 3 patients reached target and were satisfied with our treatment; wounds healed well, 3/3 scars became hypertropic and dilated. Hence, staged excision is a good option for GCMN treatment.

Key words: Giant congenital melanocytic nevus, staged exicion.