

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CHUYỂN VẬT ĐIỀU TRỊ LOÉT MẠN TÍNH DO XẠ TRỊ TẠI BỆNH VIỆN BỒNG QUỐC GIA

Hoàng Thanh Tuấn¹, Vũ Quang Vinh¹, Trịnh Tuấn Dũng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật chuyển vật điều trị loét mạn tính do xạ trị. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng trên 24 bệnh nhân (BN) có tổn thương loét mạn tính do xạ trị, được điều trị tại Bệnh viện Bông Quốc gia từ 10/2013 - 9/2017. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ là 5/19, nữ chiếm 79,2%. Tuổi trung bình là $56 \pm 14,57$. Tổn thương gặp nhiều nhất ở vùng ngực (12/24 BN = 50%). Kích thước ổ loét trung bình: $35,4 \pm 36,8 \text{ cm}^2$, kích thước tổn thương trung bình: $103,5 \pm 76,3 \text{ cm}^2$, kích thước tổn khuyết trung bình: $93,8 \pm 76,5 \text{ cm}^2$. Vật che phủ sử dụng 5 vật tại chỗ, 8 vật có cuống liền, 11 vật da nhánh xuyên, 1 expander và 1 vật vi phẫu, trong đó vật cơ lưng to và vật nhánh xuyên động mạch mông được sử dụng nhiều. Đóng kín nơi cho vật: 8/20 trường hợp, 12 trường hợp cần ghép da. Tình trạng vật sau mổ sống hoàn toàn: 24/26 vật, tỷ lệ biến chứng chung tại chỗ sau mổ là 50%, trong đó 1 trường hợp hoại tử một phần và 1 trường hợp hoại tử toàn bộ. Liền vết thương: 22 BN, không liền: 2 BN, không gặp BN nào loét tái phát. **Kết luận:** Cần tiến hành cắt bỏ triệt để ổ loét và vùng thâm nhiễm xơ cứng đến tổ chức lành, sau đó che phủ ngay bằng các vật được cấp máu tốt.

* Từ khoá: Tổn thương da do xạ trị; Phẫu thuật tạo hình; Loét mạn tính do xạ trị.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Xạ trị là một biện pháp được sử dụng chủ yếu trong điều trị ung thư, ước tính hằng năm có hơn 60% BN ung thư cần xạ trị [1]. Tuy nhiên, theo thống kê có tới 95% BN có biểu hiện tổn thương cấp tính tại vùng da chiếu xạ, trong đó, 5 - 15% BN [2] có tiến triển mạn tính dẫn đến teo loét da, thâm nhiễm, xơ cứng, giảm hoặc mất hoàn toàn phần phụ của da, thậm chí có thể loét hoặc ung thư hóa... Tổn thương mạn tính sau xạ trị tiến triển âm ỉ, từ từ do tình trạng nhiễm khuẩn, thiếu máu, thiếu dưỡng và xơ hóa tổ chức xung quanh làm cho tổn thương ngày càng lan rộng

và sâu xuống các cơ quan phía dưới vùng chiếu xạ. Phẫu thuật điều trị các vết loét do xạ trị đã có nhiều tiến bộ, tuy nhiên hiện nay trên thế giới vẫn chưa có hướng dẫn cụ thể cho điều trị dạng tổn thương này và có nhiều quan điểm chưa thống nhất về phương pháp tạo hình tối ưu để che phủ tổn khuyết sau khi loại bỏ toàn bộ tổn thương. Tại Việt Nam, một số tác giả đã báo cáo kết quả về điều trị loét mạn tính do xạ trị, tuy nhiên đa số là những nghiên cứu hồi cứu lại kết quả điều trị.

Do vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm: *Đánh giá kết quả phẫu thuật chuyển vật điều trị loét mạn tính do xạ trị.*

1. Bệnh viện Bông Quốc gia

2. Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Người phản hồi: Hoàng Thanh Tuấn (tuanht.vb@gmail.com)

Ngày nhận bài: 26/03/2020

Ngày bài báo được đăng: 9/4/2020

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu lâm sàng trên 24 BN có loét mạn tính do xạ trị được điều trị tại Bệnh viện Bông Quốc gia từ 10/2013 - 9/2017.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn*: BN có tổn thương loét mạn tính sau xạ trị.

* *Tiêu chuẩn loại trừ*: BN đang điều trị ung thư, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng.

Bệnh nhân được thăm khám, đánh giá các đặc điểm lâm sàng: Tuổi, giới, vị trí tổn thương, kích thước ổ loét, kích thước tổn thương, kích thước tổn khuyết.

* *Các bước tiến hành phẫu thuật*:

- Khám đánh giá tổn thương, dự kiến kế hoạch phẫu thuật: Cắt bỏ tổn thương, sử dụng vật da.

- Xử trí tổn thương: Loại bỏ toàn bộ tổn thương cả về chiều rộng (hết vùng thâm nhiễm) và chiều sâu (hết xơ cứng dưới nền tổn thương) đến tổ chức lành (mềm mại, chảy máu). Xử trí tổn thương xương nếu có.

2. Các phương pháp điều trị tổn thương loét mạn tính

Bảng 1: Các phương pháp phẫu thuật (n = 26).

Loại vật	n	%
Vật tại chỗ	5	19,2
Vật có cuống liền	8	30,8
Vật nhánh xuyên	11	42,3
Vật vi phẫu	1	3,85
Expander	1	3,85
Tổng	26	100

Trong nghiên cứu, chúng tôi sử dụng 26 vật da cho 24 ổ loét, trong đó vật nhánh xuyên và vật có cuống là lựa chọn chủ yếu, tiếp theo là vật tại chỗ và vật vi phẫu.

- Thiết kế vật da rộng hơn tổn khuyết 10 - 20%, bóc tách vật, xoay vật, xử trí vùng cho vật.

- Đặt dẫn lưu, khâu phục hồi vết mổ.

- Chăm sóc, theo dõi toàn thân, tại chỗ sau mổ.

* *Đánh giá kết quả*: Theo dõi, đánh giá kết quả sau mổ về tình trạng vật, nơi cho vật, quá trình liền vết thương, biến chứng tại chỗ sau mổ, kết quả gần và xa về vật da, tình trạng loét tái phát.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm lâm sàng và đặc điểm tổn thương

24 BN được phẫu thuật điều trị loét sau xạ trị có tuổi trung bình $56 \pm 14,57$, lớn nhất 80 tuổi. Tỷ lệ BN nữ chiếm 79,2%. Kích thước ổ loét trung bình: $35,4 \pm 36,8 \text{ cm}^2$, kích thước tổn thương trung bình: $103,5 \pm 76,3 \text{ cm}^2$, kích thước tổn khuyết trung bình: $93,8 \pm 76,5 \text{ cm}^2$.

* *Vị trí tổn thương (n = 24)*: Thành ngực: 12 BN (50%); vùng đầu mặt: 6 BN (25%); tứ chi: 3 BN (12,5%) và các vùng khác: 3 BN (12,5%). Trong 24 BN, loét tổn thương ở vùng ngực gặp nhiều nhất, tiếp đến là vùng đầu mặt.

3. Tình trạng vùng cho vật và vật da

* *Xử trí nơi cho vật (n = 20)*: Khâu kín: 8 BN (40%); khâu thu và ghép da: 12 BN (60%).

* *Tình trạng vật (n = 26)*: Sống hoàn toàn: 24 vật (92,4%); hoại tử một phần: 1 vật (3,8%); hoại tử toàn bộ: 1 vật (3,8%).

4. Biến chứng sau mổ, liền vết thương

* *Biến chứng tại vật và nơi cho vật sau mổ (n = 26)*: Nhiễm khuẩn: 5 BN (19,2%); rò vết mổ: 2 BN (7,7%); toác vết mổ: 2 BN (7,7%); tụ dịch, phù nề: 2 BN (7,7%); hoại tử một phần: 1 BN (3,85%); hoại tử toàn bộ: 1 BN (3,85%); không gặp trường hợp nào tụ máu nơi cho và nhận vật.

Bảng 2: Liền vết thương.

Quá trình liền vết thương		n	%	
Liền vết thương	Kỳ đầu	14	58,33	91,67
	Kỳ 2	8	33,34	
Không liền		2	8,33	
Tổng		24	100	

Tỷ lệ liền vết thương đạt tới 91,67%, chỉ có 2 BN không liền vết mổ do hoại tử vật.

5. Loét tái phát

Theo dõi kết quả 3, 6, 24 tháng sau ra viện, không ghi nhận trường hợp nào loét tái phát.

MINH HOẠ LÂM SÀNG

(BN: Vũ Thị Ng., 56 tuổi. SBA: 1380)



Ảnh 1: Loét ngực trái sau xạ trị điều trị ung thư vú 12 năm.



Ảnh 2: Sau khi cắt bỏ tổn thương.



Ảnh 3: Thiết kế vạt cơ lưng rộng với kích thước lớn.



Ảnh 4: Ngay sau phẫu thuật, che phủ tổn khuyết bằng vạt cơ lưng rộng.



Ảnh 5: Sau 3 tháng, vạt liền tốt, màu sắc hoà đồng.



Ảnh 6: Sau 6 tháng, sẹo liền tốt, không loét tái phát.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm tổn thương

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ngoài ổ loét, hoại tử trung tâm còn gồm vùng tổ chức thâm nhiễm rộng xung quanh với nhiều thành phần tổn thương khác nhau. Kích thước ổ loét lớn và vùng tổn thương rộng. Các tổn thương loét xạ trị ở vùng ngực gặp nhiều nhất (50%), tiếp đến là vùng đầu mặt cổ (25%), còn lại là tứ chi và vùng cụt. Điều này được giải thích là do trong nghiên cứu này chúng tôi gặp phần lớn BN sau điều trị ung thư vú và các ung thư vùng đầu mặt... Kết quả của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Akira Saito và CS (2013) trên 36 BN, trong đó tổn thương thành ngực gặp 44,4%, vùng đầu mặt cổ chiếm 33,3% [3].

2. Phẫu thuật xử trí tổn thương

Tất cả BN trong nghiên cứu đều được phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ ổ loét, hoại tử và vùng thâm nhiễm, sau đó tiến hành tạo hình che phủ ngay bằng các vạt da. Khi cắt bỏ tổn thương, chúng tôi phải lấy bỏ ổ loét trung tâm và vùng thâm nhiễm xung quanh ổ loét đến tổ chức lành (trên lâm sàng được xác định là tổ chức mềm, chảy máu khi cắt) đảm bảo cho việc cấp máu mép vết mổ, đảm bảo liền vết thương và hạn chế nguy cơ tái phát sau phẫu thuật. Nghiên cứu của Fujioka và CS (2014) cũng ghi nhận kết quả tương tự với các vết loét sau xạ trị cần cắt bỏ toàn bộ tổn thương, sau đó tiến hành che phủ ngay bằng vạt da được cấp máu tốt [4]. Tuy nhiên, tổn thương da mạn tính sau xạ trị

tiến triển âm ỉ nhiều năm nên thường phức tạp. Nhiều tác giả cho rằng, cắt bỏ triệt để tổn thương do xạ trị đôi khi còn nhiều khó khăn, đặc biệt là chiều sâu của tổn thương. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nếu đáy các tổn thương chưa đến các cơ quan, mạch máu quan trọng, chúng tôi sẽ ưu tiên cắt bỏ hoàn toàn đáy. Tuy nhiên, nếu tổn thương sâu tới các cơ quan thì không thể cắt bỏ triệt để theo chiều sâu. Đối với các trường hợp này, theo kinh nghiệm của chúng tôi cũng như nhiều tác giả khác trên thế giới đều khuyến cáo cần sử dụng các vật được cấp máu tốt nhất để che phủ tổn khuyết (vật da cơ là vật có ưu thế vừa cấp máu tốt, vừa làm đầy chiều sâu tổn khuyết). Đồng thời sử dụng và lưu dẫn lưu hút áp lực âm liên tục dưới vật sau mổ có tác dụng giúp hút và làm sạch các tổ chức tổn thương còn lại. Ngoài ra, cần sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ và duy trì nhiều đợt sau mổ, trong thời gian còn dẫn lưu, để đảm bảo quá trình liền vết thương sau mổ được tốt nhất.

3. Phẫu thuật che phủ tổn khuyết

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng 26 vật, trong đó 11 vật nhánh xuyên, 8 vật có cuống mạch liền, 1 vật da vi phẫu. Việc lựa chọn vật che phủ phụ thuộc vào nhiều yếu tố như vị trí, kích thước, độ sâu cũng như tính chất và yêu cầu tạo hình của tổn thương. Vì vậy, số lượng vật sử dụng trong nghiên cứu của chúng tôi rất đa dạng. Trong đó, tổn khuyết vùng thành ngực chiếm tỷ lệ cao nhất (12/24 BN), trong số BN này, chúng tôi sử dụng chủ yếu là vật da cơ lưng to (8 vật) để tạo hình, che phủ tổn khuyết. Đây là vật có cuống mạch hằng định và

tin cậy, có thể lấy toàn bộ cuống mạch là động mạch ngực lưng, khi lấy mất cơ lưng rộng thì chức năng cũng không ảnh hưởng nhiều do có sự bù trừ của cơ ngực lớn và cơ tròn lớn. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Fujioka và CS (2014) trên 67 BN có tổn thương vùng ngực, trong đó vật da cơ lưng rộng được sử dụng nhiều nhất (34,3%) [4]. Vật da cơ có lượng máu nuôi dưỡng phong phú hơn và che phủ tối ưu hơn vật da cân nên sẽ đem lại kết quả liền vết thương tốt, hạn chế tỷ lệ nhiễm khuẩn do đưa kháng sinh đến vết mổ tốt hơn. Vì vậy, vật da cơ là lựa chọn hàng đầu trong tạo hình che phủ tổn khuyết.

Phẫu thuật vùng đầu mặt cổ vẫn còn là thách thức cho phẫu thuật viên. Khi loét do xạ trị ở đầu hoặc trong vùng giữa mặt, vật vi phẫu là lựa chọn hàng đầu cho phẫu thuật tạo hình vì không có vật có cuống liền nào có thể tiếp cận các khu vực xa một cách an toàn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, vật vi phẫu chủ yếu được sử dụng trong tạo hình các tổn khuyết vùng đầu mặt cổ. Đây là những tổn thương phức tạp, gồm nhiều thành phần mạch máu thần kinh, lan rộng trên nhiều đơn vị thẩm mỹ, vì vậy vật vi phẫu có thể che phủ tốt các cơ quan quan trọng như mạch máu, thần kinh. Vũ Ngọc Lâm nghiên cứu trên 15 BN sử dụng 13 vật vi phẫu và 3 vật có cuống điều trị loét vùng cổ mặt sau xạ trị, trong đó sử dụng 8 vật xương mác, 5 vật đùi trước ngoài và 2 vật cơ ngực lớn [5]. Amelie Bourget và CS (2011) nghiên cứu trên 137 BN cần phẫu thuật tạo hình vùng hàm mặt sau xạ trị do các nguyên nhân khác nhau, các BN này đều được chỉ định sử dụng vật vi

phẫu, trong đó vật đùi trước ngoài được sử dụng nhiều nhất (36/137 vật), tiếp đó là đến các vật cánh tay ngoài, vật xương mác [6]. Donald P.B. [7] nghiên cứu trên 63 BN loét hoại tử xương hàm dưới sau xạ trị, có tới 65 vật vi phẫu và 13 vật cuống liền được sử dụng tạo hình sau cắt bỏ tổn thương.

Vật nhánh xuyên động mạch mông là lựa chọn tối ưu trong che phủ tổn loét vùng cùng cụt vì có hệ thống mạch máu nuôi dưỡng tốt, kích thích vùng cho vật nhỏ, phù hợp với yêu cầu thẩm mỹ mà không ảnh hưởng đến chức năng vùng lấy vật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 3 BN sử dụng vật nhánh xuyên cơ mông để che phủ ổ loét vùng cùng cụt đều ghi nhận kết quả tốt, vết mổ lành tốt, không phải phẫu thuật lại, không loét tái phát. Cheon và CS (2008) đã công bố kết quả tương tự trên 10 BN điều trị loét vùng cùng cụt bằng sử dụng vật có nhánh xuyên động mạch mông [8].

Tổn thương do xạ trị có hình núi lửa, tổn thương loét chỉ là biểu hiện ở miệng núi lửa [9]. Trong các biện pháp điều trị, hiệu quả cao nhất vẫn là cắt bỏ tổn thương, che phủ bằng các vật giàu mạch máu nuôi dưỡng.

4. Biến chứng sau mổ

Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật loét do xạ trị thường lớn hơn so với điều trị vết loét thông thường khác. Trong nghiên cứu của chúng tôi biến chứng sau mổ chiếm 50%, trong đó chủ yếu là tình trạng nhiễm khuẩn (19,2%). Đây là phản ứng tại chỗ sau mổ, các biến chứng này sẽ hết khi kết hợp điều trị toàn thân và tại chỗ tốt. Chỉ có 1 vật hoại tử một phần và

1 vật hoại tử toàn bộ cần phẫu thuật lại. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Akira Saito trên 36 BN điều trị tổn thương da do xạ trị, tỷ lệ biến chứng là 47,22%, trong đó tại vùng nhận vật có 7 BN loét vết mổ, 5 BN nhiễm khuẩn, 4 BN hoại tử một phần vật, 1 BN tụ máu dưới vật [3].

5. Kết quả điều trị gần và xa

Trong nghiên cứu có 22 BN (91,67%) liền vết thương, chỉ có 2 BN hoại tử vật (1 BN hoại tử toàn bộ, 1 BN hoại tử một phần) đã được cắt bỏ hoại tử và thay vật khác để che phủ đều liền vết thương tốt, tuy nhiên thời gian nằm viện kéo dài.

Theo dõi kết quả xa sau 6 và 24 tháng chúng tôi không gặp BN nào xảy ra loét tái phát.

KẾT LUẬN

Loét do xạ trị là biến chứng có thể gặp sau xạ trị điều trị ung thư. Khi xuất hiện, ổ loét thường ở trung tâm, xung quanh là vùng thâm nhiễm xơ cứng lớn. Cần tiến hành cắt bỏ triệt để ổ loét và vùng thâm nhiễm xơ cứng đến tổ chức lành, sau đó che phủ ngay bằng các vật da được cấp máu tốt. Các vật lựa chọn che phủ cần đủ lớn về kích thước và có mạch máu nuôi dưỡng tốt nhưng cần hạn chế ảnh hưởng chức năng tại vùng lấy vật. Phẫu thuật chuyển vật điều trị loét do xạ trị cho kết quả tương đối tốt, tỷ lệ vật sống hoàn toàn lên tới 92,4%. Tỷ lệ chung biến chứng tại chỗ là 50%, trong đó có 1 vật hoại tử toàn bộ, 1 vật hoại tử một phần. Qua đó càng khẳng định: Điều trị loét da mạn tính do xạ trị vẫn luôn là thách thức lớn với các phẫu thuật viên vì tỷ lệ biến chứng cao, nguy cơ nhiễm khuẩn, chậm liền vết thương và hoại tử vật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Y học Hạt nhân, Học viện Quân y. Y học hạt nhân. Nhà xuất bản Quân đội Nhân dân. 2010, tr.173-179.

2. Wells M. Radiation skin reactions. Supportive Care in Radiotherapy. 2003.

3. Saito A., Saito N., Funayama E. et al. The surgical treatment of irradiated wounds: A report on 36 patients. Plast Surg: Int J. 2013.

4. Fujioka M. Surgical reconstruction of radiation injuries. Advances in Wound Care. 2014, 3(1), pp.25-37.

5. Lam Vu Ngoc. Tissue necrosis in cervico facial area after radiation therapy: Assessment of surgical management. 2015.

6. Bourget A., Chang J.T., Wu D.B.S. et al. Free flap reconstruction in the head and neck

region following radiotherapy: A cohort study identifying negative outcome predictors. Plastic and Reconstructive Surgery. 2011, 127(5), pp.1901-1908.

7. Baumann D.P., Yu P., Hanasono M.M. et al. Free flap reconstruction of osteoradionecrosis of the mandible: A 10-year review and defect classification. Head & Neck. 2011, 33(6), pp.800-807.

8. Cheon Y.W., Lee M.C., Kim Y.S. et al. Gluteal artery perforator flap: A viable alternative for sacral radiation ulcer and osteoradionecrosis. Journal of Plastic, Reconstructive & Anesthetic Surgery. 2010, 63(4), pp.642-647.

9. Cruz N.I., Ariya S., Minitier P. et al. An experimental model to determine the level of antibiotics in irradiated tissues. Plastic and Reconstructive Surgery. 1984, 73(5), pp.811-817.