

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TẾ BÀO ĐÁY Ở ĐẦU MẶT CỔ BẰNG PHẪU THUẬT MOHS

Phạm Cao Kiêm\*; Nguyễn Sỹ Hóa\*

### TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang 86 bệnh nhân (BN) ung thư tế bào đáy (UTTBD) được điều trị bằng phẫu thuật Mohs. Phẫu thuật lớp Mohs dày 2 mm, chia lớp Mohs thành các mảnh nhỏ thích hợp, kiểm tra trên kính hiển vi để xem còn hay hết ung thư. Nếu còn ung thư, tiếp tục phẫu thuật cho đến hết. Kết quả: 97,7% khỏi UTTBD, 2 BN tái phát sau phẫu thuật Mohs. Đây là phương pháp có hiệu quả điều trị UTTBD ở đầu mặt cổ.

\* Từ khóa: Ung thư tế bào đáy; Phẫu thuật Mohs.

## TREATMENT OF BASAL CELL CARCINOMA WITH MOHS MICROGRAPHIC SURGERY

### SUMMARY

86 basal cell carcinoma patients were performed with Mohs micrographic surgery from 2004 to 2011. We operated Mohs layer (2 mm thickness) and then divided it into many small pieces. All pieces were frosted and examined under microscope in order to ascertain whether basal cell carcinoma remains or not? Positive areas were reexcised and the process repeated until a tumour-free plane is reached. Result: 97.7% of patients had been removed basal cell carcinoma completely. However, there were two recurrent basal cell carcinoma patients.

\* Key words: Basal cell carcinoma; Mohs micrographic surgery.

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Có nhiều phương pháp điều trị UTTBD như phẫu thuật thông thường, xạ trị, đốt điện, áp lạnh..., nhưng phẫu thuật Mohs (Mohs micrographic surgery) cho hiệu quả cao nhất.

Phẫu thuật Mohs là một kỹ thuật loại bỏ hoàn toàn tế bào ung thư bằng cách lấy bỏ tổ chức ung thư theo diện cắt hình lòng chảo, sau đó, kiểm tra bằng kính hiển vi 100% diện cắt ở bề mặt đáy để tìm ra vị trí

còn ung thư. Vùng còn ung thư được phẫu thuật lại và lặp lại quy trình này đến khi đạt được một mặt phẳng không còn ung thư. Điều này cho phép bảo vệ tối đa tổ chức lành và loại bỏ ung thư ở mức cao nhất.

Để đảm bảo việc điều trị UTTBD ở mức tốt nhất và góp phần nghiên cứu phẫu thuật Mohs ở Việt Nam, chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả phẫu thuật Mohs trong điều trị UTTBD ở đầu mặt cổ.*

\* Bệnh viện Da liễu Trung ương

Chịu trách nhiệm nội dung khoa học: GS. TS. Lê Trung Hải

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu.

86 BN được chẩn đoán lâm sàng, mô bệnh học là UTTBĐ, phẫu thuật Mohs tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 10 - 2004 đến 10 - 2011.

### 2. Phương pháp nghiên cứu.

Mô tả cắt ngang, tiến cứu.

\* *Các bước tiến hành:*

Gây tê tại chỗ. Phẫu thuật làm giảm phần lớn khối UTTBĐ. Phẫu thuật lớp Mohs dày 2 mm; chia lớp Mohs thành nhiều mảnh nhỏ thích hợp; đánh dấu vị trí trên bờ lớp Mohs; vẽ sơ đồ Mohs. Làm đông lạnh tất cả những mảnh nhỏ và kiểm tra bằng kính hiển vi để tìm ra vị trí còn ung thư. Vị trí còn ung thư được tái phẫu thuật đến khi không còn u, chuyển tạo hình khuyết da.

\* *Xử lý số liệu* bằng chương trình SPSS 16.0.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

\* *Thời gian theo dõi:* trung bình:  $51,9 \pm 19,6$  tháng, 44,8% BN được theo dõi > 60 tháng.

\* *Vị trí thương tổn:*

Theo Robert S Bader và CS (2011), 70,0% UTTBĐ phân bố ở đầu, 25,0% phân bố ở thân người, 5,0% phân bố ở dương vật, âm hộ và quanh hậu môn. Hầu hết UTTBĐ gặp ở mặt, trong đó, vị trí hay gặp nhất là mũi, đặc biệt là cánh mũi và đầu mũi [6].

Theo Graham Colver (2002), UTTBĐ có nguy cơ cao khi thương tổn lớn, ở vùng chữ H, bờ khó xác định, dễ tái phát [1].

Nghiên cứu của chúng tôi có 88,4% thương tổn nằm ở vùng hờ, phù hợp với những nghiên cứu trên, vì phần lớn UTTBĐ nằm ở vùng hờ của mặt. Đây là vùng cần tối đa về thẩm mỹ. Việc áp dụng phẫu thuật Mohs ở vùng này cần thiết, vì nó không những giúp loại bỏ UTTBĐ ở mức cao nhất mà còn bảo

vệ tối đa tổ chức lành xung quanh, dễ dàng tạo hình khuyết tổ chức lớn. Do đó, kết quả thẩm mỹ cũng cao hơn.

Chúng tôi gặp 83,7% thương tổn nằm ở vùng chữ H. Theo Graham Colver, đây là vùng dễ tái phát sau điều trị, ở những vùng này có nhiều bó mạch thần kinh và ung thư có xu hướng ăn sâu ở giai đoạn sớm. Maureen Mooney (2005) [4] chỉ ra mỗi vùng có một tỷ lệ tái phát UTTBĐ khác nhau (43,0% ở góc mắt ngoài, 33,0% ở bờ trên mi mắt và lông mày, 24,0% ở tai, 0,5% ở thân mình, cổ và tứ chi). Rõ ràng, việc chỉ định phẫu thuật Mohs để điều trị UTTBĐ là cần thiết để giảm nguy cơ tái phát khi ở vùng chữ H.

Chúng tôi gặp UTTBĐ chủ yếu nằm ở vùng hờ của mặt, đặc biệt, UTTBĐ nằm ở vùng chữ H có nguy cơ tái phát cao và vùng cần tối đa về tạo hình thẩm mỹ, do đó áp dụng phẫu thuật Mohs là cần thiết để hạn chế đến mức thấp nhất UTTBĐ tái phát, mà còn giúp cho tạo hình thẩm mỹ đạt kết quả cao nhất, phù hợp với nhận xét của nhiều tác giả

\* *Kích thước thương tổn:*

Khi kích thước thương tổn càng tăng, tỷ lệ tái phát sau điều trị UTTBĐ càng cao. Nếu kích thước UTTBĐ < 0,6 cm, tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật thông thường là 3,2%, khi kích thước UTTBĐ 6 - 9 mm, tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật 5,2 - 8,0%, và UTTBĐ > 9 mm, tỷ lệ tái phát là 9,0% [3]. Maureen Mooney (2005) [4] cho rằng, UTTBĐ ở trên mặt có đường kính 0,6 - 1 cm thì phẫu thuật Mohs cho hiệu quả điều trị cao nhất. Kích thước thương tổn trong nghiên cứu của chúng tôi lớn nhất 5 cm, nhỏ nhất 0,5 cm, trung bình 2,0 cm. Như vậy, 100% UTTBĐ có kích thước < 5 cm, trong đó, 36,0% UTTBĐ có đường kính > 2 cm. Khi kích thước UTTBĐ

càng lớn, phẫu thuật càng phải rộng, nếu phẫu thuật quá rộng sẽ khó tạo hình. Mặt khác, mặc dù phẫu thuật rộng, nhưng tỷ lệ tái phát vẫn cao vì không biết chính xác vị trí còn ung thư. Do đó, phẫu thuật Mohs vừa bảo vệ tối đa tổ chức lành, vừa loại trừ UTTBĐ ở mức cao nhất, bất kể ung thư ở kích thước nào.

*\* Thể UTTBĐ:*

Nếu gặp UTTBĐ thể cục và thể nông, chỉ cần cắt bỏ thương tổn cách bờ nhìn thấy khoảng 5 mm đã điều trị khỏi 90% UTTBĐ [4]. Maureen Mooney (2005) [4] khuyên nên cắt bỏ thương tổn cách bờ từ 9 - 10 mm chỉ với UTTBĐ thể cục > 2 cm và thể xơ. Theo Mark R. Wick [3], thể cục chiếm gần 70,0%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thể cục chiếm 88,4%, cao hơn của Mark R. Wick. Về lâm sàng, chúng tôi gặp một số trường hợp thể tăng sắc tố, nhưng về mô bệnh học, thể tăng sắc tố có hình ảnh như thể u, nhưng có nhiều tế bào nhiễm sắc tố ở giữa các tế bào u. Việc chẩn đoán nên dựa vào giải phẫu bệnh bằng nhuộm S100. Chúng tôi không nhuộm S100 nên xếp thể tăng sắc tố vào thể cục. Đây cũng là lý do làm tỷ lệ thể cục cao hơn Mark R. Wick. Thể xơ 7,0%, thể hỗn hợp chỉ có 1,2%. Kỹ thuật Mohs dễ thực hiện ở thể cục, vì dễ phát hiện tế bào ung thư, khó thực hiện ở thể xơ vì tế bào thành dải dài giống tổ chức xơ. Tuy thể xơ khó thực hiện, nhưng phẫu thuật Mohs vẫn cho kết quả tốt hơn phẫu thuật thông thường do biết chính xác vị trí còn ung thư để loại bỏ tiếp.

*\* Lớp Mohs:*

Theo Paul O. Larson và CS [5], điểm mấu chốt để thành công trong phẫu thuật Mohs là khả năng đạt được một lớp Mohs không chỉ mỏng, mềm mại, mà còn không bị

thủng, rách hoặc khuyết bờ.

Howard K. Steinman [2] cho rằng, độ dày lớp Mohs từ 1 - 5 mm. Độ dày này phụ thuộc vào loại ung thư, vị trí và phẫu thuật viên. Phẫu thuật Mohs thực hiện lần lượt theo từng lớp (tùy thuộc vào tình trạng còn hay hết ung thư), nhưng không phải lớp nào cũng cắt bỏ toàn bộ lớp đáy thương tổn, chỉ là cắt bỏ toàn bộ lớp dưới bề mặt đáy thương tổn, các lớp sau phẫu thuật ở vị trí còn ung thư. Mỗi lớp lại được phân chia thành các mảnh có kích thước thích hợp để cắt lạnh, nhuộm và soi trên kính hiển vi nhằm tìm ra vị trí UTTBĐ còn, thực hiện quy trình này cho đến khi không còn UTTBĐ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 61 BN (70,9%) phẫu thuật 1 lớp, phẫu thuật đến lớp thứ hai: 16 BN (18,6%). Phẫu thuật > 3 lớp Mohs chỉ có 9,5%. Với lớp Mohs dày > 2 mm, khi cắt bỏ hết thương tổn cách bờ 2 mm (độ dày của lớp Mohs) mới điều trị khỏi 70,9% BN. Do vậy, 71,0% BN trong nghiên cứu chỉ cần phẫu thuật cách bờ 2 mm mà vẫn đảm bảo loại bỏ ung thư ở mức cao nhất. Khi phẫu thuật cách bờ 2 mm, đường kính thương tổn rộng ra 4 mm. Cũng với thương tổn đó, nếu loại bỏ bằng phẫu thuật thông thường, cách bờ > 5 mm thì đường kính khuyết da tăng > 10 mm.

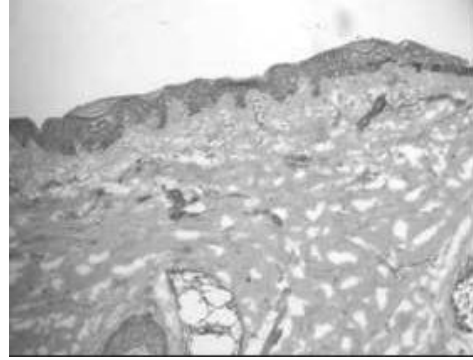
*\* Số lớp Mohs ở các vị trí:* một lớp gặp ở hầu hết các vị trí, nhưng trên hai lớp gặp ở vùng môi, mũi và má. 9/23 BN bị ở mũi (39,1%) phải phẫu thuật trên một lớp Mohs. 4/7 BN (57,14%) bị ở môi cần trên 2 lớp Mohs. Môi, mũi nằm trong vùng nguy cơ tái phát cao sau phẫu thuật, cho thấy, việc áp dụng phẫu thuật Mohs để điều trị UTTBĐ ở vùng nguy cơ cao trên mặt là cần thiết.

*\* Số lớp Mohs và các thể UTTBĐ:* trong nghiên cứu này, các thể đều phẫu thuật trên một lớp Mohs. 3/6 BN thể xơ phải phẫu thuật trên 1 lớp Mohs, cá biệt, 1 BN phải phẫu thuật 5 lớp Mohs mới lấy hết

được UTTBĐ thể xơ. Số lượng BN thể xơ, hỗn hợp và thể tuyến trong nghiên cứu của chúng tôi còn ít, do đó, cần tiếp tục nghiên cứu để làm sáng tỏ vấn đề này trong phẫu thuật Mohs.

*\* Kết quả phẫu thuật Mohs:*

Tỷ lệ thành công của chúng tôi là 97,7%. Tuy nhiên, 2 BN tái phát sau phẫu thuật Mohs gồm: 1 BN có thương tổn ở mũi, tái phát sau phẫu thuật Mohs 13 tháng; 1 BN khác có thương tổn ở thái dương, tái phát sau phẫu thuật Mohs 15 tháng.



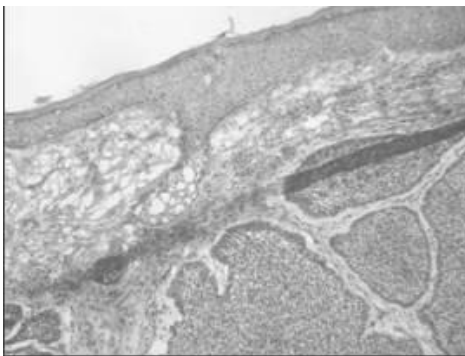
Ảnh 3: Trần Thị M, sau phẫu thuật Mohs không còn UTTBĐ.



Ảnh 1: Trần Thị M, 68 tuổi, chẩn đoán UTTBĐ thái dương trái.



Ảnh 4: Trần Thị M, kết quả sau phẫu thuật Mohs và tạo hình 15 tháng.



Ảnh 2: Trần Thị M, mô bệnh học UTTBĐ thể cục.

Hruza [7] qua nghiên cứu phẫu thuật Mohs cho 2.414 BN ung thư da đã kết luận: lý do giải thích cho tái phát ung thư da gồm: yếu tố kỹ thuật, đặc điểm u, đặc điểm BN. > 75,0% ung thư tái phát là do lỗi kỹ thuật, bao gồm: đọc slide sai (25,0%), kỹ thuật labo sai (40,0%), thất bại (10%) không thể lấy hoàn toàn phần còn lại của u.

### KẾT LUẬN

Phẫu thuật Mohs là kỹ thuật đơn giản, có hiệu quả cao trong điều trị UTTBĐ ở đầu mặt cổ. Tuy nhiên, để đạt hiệu quả cao, cần phải phẫu thuật tỉ mỉ ở tất cả các giai đoạn.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. *Graham Colver*. Skin cancer A practical guide to management. Martin Dunitz Ltd. 2002, pp.25-43, 93-152, 174-180.
2. *Howard K. Steinman*. Mohs surgical techniques. Mohs Surgery. Mosby. 1999, pp.49-66.
3. *Mark R. Wick*. Malignant tumors of the epidermis. Pathology of the Skin. Applton and Lange. 1990, pp.568-579.
4. *Maureen Mooney*. Mohs Micrographic Surgery. eMedicine 2005, February, 7.
5. *Paul O. Larson, Stephen N. Snow, Fredderic E. Mohs*. Mohs micrographic surgery. Principles and Techniques of Cutaneous Surgery. McGraw-Hill. 1996, pp.561-576.
6. *Robert S Bader*. Basal Cell Carcinoma. Updated. 2011, Nov, 15.
7. *Vincent A. Muscarella*. Mohs cure rates. Mohs Surgery. Mosby. 1999, pp.277-279.
8. *Walter F. Lever, et al*. Basal cell epithelioma. Histopathology of the Skin. J.B.Lippncott Company. 1990, pp.622-639.

**Ngày nhận bài: 30/10/2012**

**Ngày giao phân biện: 15/11/2012**

**Ngày giao bản thảo in: 6/12/2012**

