

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TẾ BÀO ĐÁY DA VÙNG ĐẦU MẶT CỔ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN K, DA LIỄU VÀ RĂNG HÀM MẶT TRUNG ƯƠNG

TRƯƠNG MẠNH DŨNG, VƯƠNG QUỐC CƯỜNG

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị ung thư tế bào đáy da vùng đầu, mặt, cổ tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội, Bệnh viện K và Bệnh viện Da Liễu Trung ương từ 1/1/2007 đến 31/12/2012. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu được tiến hành trên 248 hồ sơ bệnh án của những bệnh nhân đã điều trị ung thư biểu mô tế bào đáy da vùng đầu, mặt cổ từ tháng 01/2007 đến tháng 12/2012, trong đó 168 hồ sơ bệnh án tại bệnh viện K, 75 hồ sơ bệnh án tại Bệnh viện Da liễu Trung ương và có 05 hồ sơ bệnh án tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương. **Kết quả nghiên cứu:** Phương pháp điều trị chủ yếu là phẫu thuật đơn thuần (97,2%). Điều trị tia xạ kết hợp sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ thấp (2,8%). Không có bệnh nhân được điều trị bằng xạ trị đơn thuần hay truyền hóa chất. Tỷ lệ biến chứng nhiễm trùng sau phẫu thuật (3,2%). Vị trí hay tái phát là vùng da quanh mắt (28%), rãnh mũi má (20%), mũi (16%). Thời gian tái phát sau điều trị được ghi nhận nhiều nhất là sau 24 tháng (48%). **Kết luận:** Phương pháp điều trị chủ yếu là phẫu thuật đơn thuần (97,2%). Có 25 trường hợp có tái phát sau điều trị (15,3%).

Từ khóa: Ung thư tế bào đáy, hồ sơ bệnh án.

SUMMARY

TREATMENT RESULTS OF BASAL-CELL CARCINOMA IN PATIENTS TREATED IN K HOSPITAL, NATIONAL HOSPITAL OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY AND HANOI NATIONAL HOSPITAL OF ODONTO – STOMATOLOGY

Objectives: Describe treatment results of basal-cell carcinoma in patients treated in K hospital, National hospital of Dermatology and Venereology and Hanoi National Hospital of Odonto – Stomatology from 1/2007 to 12/2012. **Methods:** A retrospective, descriptive study in 248 medical records of patients were treated with basal-cell carcinoma from 1/2007 to 12/2012, in which 168 medical records are in K hospital, 75 medical records are in national hospital of dermatology and venereology and 05 medical records are in in Hanoi National Hospital of Odonto – Stomatology. **Results:** Surgery appear to be the most effective treatments (97.2%). Radiotherapy aftersurgery has low percent (2.8%). There is no patient who treated with only radiotherapy or

chemotherapy. Post-operative infection is 3.2%. Recurrent location of skin is around the eyes (28%), nasolabial grooves (20%), nose (16%). The time relapse after treatment were recorded after 24 months (48%). Conclusion: Surgery appear to be the most effective treatments (97.2%). There are 25 cases of recurrence after treatment (15.3%). Conclusion: Basal-cell carcinoma usually occurs in the elderly. The most common signs and symptoms is ulcerated, wale (62.1%). The percentage of patients with one tumor is highest (95.2%).

Keywords: Basal-cell carcinoma, medical records.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào đáy chiếm khoảng hơn 70% các loại ung thư da không hắc tố với tỷ lệ mắc tăng dần theo tuổi, được ước tính dao động trong khoảng 10-100 trường hợp/100.000 người tùy theo khu vực [1], [2]. Ở Mỹ có khoảng 800.000 người Mỹ mắc bệnh mỗi năm, là một tỷ lệ rất cao trong ung thư [3]. Tuy tỷ lệ tử vong do ung thư tế bào đáy thấp nhưng ảnh hưởng của nó đối với sức khỏe cộng đồng là rất quan trọng khi tính đến sự mất chức năng, biến dạng và các ảnh hưởng về tâm sinh lý của người bệnh. Yếu tố ô nhiễm môi trường là nguyên nhân gây nhiều loại ung thư, người ta đánh giá rằng sự suy giảm 5% của tầng Ozone sẽ làm tăng 10% ung thư tế bào đáy ở người [4].

Trong nghiên cứu lâm sàng và điều trị bệnh, tổng kết của Trần Thanh Cường (2005): 90% ung thư biểu mô tế bào đáy ở vùng đầu, cổ [5], Trần Văn Thiệp (2005) là 93% [2]; Bùi Xuân Trường (1999) thấy ung thư biểu mô tế bào đáy có tỷ lệ tái phát 3,3% [6]; Đỗ Thu Hằng (2004): tỷ lệ sống thêm của ung thư biểu mô tế bào đáy 94,5% [7].

Ở Việt Nam có nhiều nghiên cứu về ung thư da nhưng đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học, tỷ lệ tái phát sau điều trị của ung thư biểu mô tế bào đáy vùng đầu, mặt, cổ còn ít. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Kết quả điều trị ung thư tế bào đáy da vùng đầu mặt cổ điều trị tại Bệnh viện K, Da liễu và Răng Hàm Mặt Trung ương" với mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị ung thư tế bào đáy da vùng đầu, mặt, cổ tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội, Bệnh viện K và Bệnh viện Da liễu Trung ương từ 01/01/2007 đến 31/12/2012.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư tế bào đáy da vùng đầu, mặt, cổ và được điều trị tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương, Bệnh viện K, Bệnh viện Da liễu Trung ương, từ 01/2007–12/2012.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu.

Cỡ mẫu: 248 hồ sơ bệnh án của những bệnh nhân đã điều trị ung thư biểu mô tế bào đáy da vùng đầu, mặt cổ từ tháng 01/2007 đến tháng 12 /2012, trong đó 168 hồ sơ bệnh án tại Bệnh viện K, 75 hồ sơ bệnh án tại Bệnh viện Da liễu Trung ương và có 05 hồ sơ bệnh án tại Bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương.

Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu chủ đích.

Biến số nghiên cứu: Tuổi, giới, lâm sàng, phân loại giai đoạn (TNM), giải phẫu bệnh lý

Kỹ thuật thu thập thông tin: Sao chép các thông tin cần thiết vào bệnh án nghiên cứu và những thông tin do bệnh nhân cung cấp qua viết thư thăm hỏi hoặc qua điện thoại phỏng vấn bệnh nhân hay thân nhân để theo dõi sau điều trị.

Xử lý số liệu: Tất cả số liệu ghi nhận theo mẫu bệnh án nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Phương pháp điều trị

Phương pháp điều trị	Số BN	Tỷ lệ (%)
Phẫu thuật đơn thuần	241	97,2
Phẫu thuật + Tia xạ	7	2,8
Tổng	248	100

Phương pháp điều trị chủ yếu là phẫu thuật đơn thuần (97,2%); có 7 trường hợp bệnh nhân được kết hợp điều trị tia xạ sau phẫu thuật (2,8%).

Bảng 2: Phương pháp tạo hình khuyết hổng

Phương pháp tạo hình	Số BN	Tỷ lệ (%)
Tạo vạt	149	60,1
Vá da rời	26	10,5
Khâu da đơn thuần	73	29,4
Tổng	248	100

Phương pháp tạo vạt chiếm tỷ lệ cao nhất (60,1%), Khâu da đơn thuần (29,4%), Vá da rời (10,5%).

Bảng 3: Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng	Số BN	Tỷ lệ (%)
Chảy máu	2	0,8
Hoại tử vạt	3	1,2
Nhiễm trùng	8	3,2
Loét	2	0,8
Không biến chứng	233	94,0
Tổng	248	100

Tỷ lệ không có biến chứng sau phẫu thuật là 94%, có biến chứng chỉ chiếm 6%, trong đó 0,8% bệnh nhân biến chứng chảy máu và loét; 1,2% bệnh nhân bị hoại tử vạt da; 3,2% bệnh nhân bị nhiễm trùng.

Bảng 4: Tái phát sau điều trị

Tái phát	Nam		Nữ		Tổng số	
	n	%	N	%	n	%
Có tái phát	14	18,9	11	12,4	25	15,3
Không tái phát	60	81,1	78	87,6	138	84,7
Tổng	74	100	89	100	163	100

Trong số 163 trường hợp bệnh nhân liên lạc được (65,7%) có 25 trường hợp có tái phát sau điều trị (15,3%); 138 trường hợp không tái phát (84,7%).

Tỷ lệ tái phát và không tái phát của cả 2 giới là không có sự khác nhau với $p > 0,05$.

Bảng 5: Vị trí tái phát

Vị trí tái phát	Số BN	Tỷ lệ (%)
Má	3	12,0
Quanh mắt	7	28,0
Môi	2	8,0
Mũi	4	16,0
Rãnh mũi má	5	20,0
Thái dương	1	4,0

Cầm	1	4,0
Đầu	2	8,0
Tổng số	25	100

Vị trí tái phát nhiều nhất là ở vùng quanh mắt (chiếm tỷ lệ 28,0%). Mũi, má (48%).

Bảng 6: Thời gian tái phát sau điều trị

Thời gian	Số BN	Tỷ lệ (%)
Dưới 6 tháng	0	0
Từ 6 đến 12 tháng	5	20,0
Từ 13 đến 24 tháng	8	32,0
Trên 24 tháng	12	48,0
Tổng	25	100

Tỷ lệ tái phát sau 24 tháng cao nhất (48,0%); dưới 6 tháng không có trường hợp nào.

Bảng 7: Liên quan giữa kích thước u và tái phát

Kích thước U	Tái phát				Tổng
	Có tái phát		Không tái phát		
	n	%	n	%	
≤ 2 cm	10	9,5	95	90,5	105
Trên 2 đến 5 cm	10	19,6	41	80,4	51
Trên 5 cm	5	71,4	2	28,6	7
Tổng	25		138		163

Khối u càng to thì tỷ lệ tái phát càng cao, khối u > 5 cm có tỷ lệ tái phát cao nhất (71,4%). Khối u ≤ 2 cm tỷ lệ tái phát thấp (7,4%). Có sự liên quan chặt chẽ giữa kích thước khối u và tái phát với $p < 0,001$.

Bảng 8: Liên quan giữa giai đoạn u và tái phát

Giai đoạn U	Tái phát				Tổng
	Có tái phát		Không tái phát		
	n	%	N	%	
GD I	4	5,3	71	94,7	75
GD II	8	13,3	52	86,7	60
GD III	13	46,4	15	53,6	28
Tổng	25		138		163

Khối u ở giai đoạn III có tỷ lệ tái phát cao nhất (46,4%), giai đoạn I có tỷ lệ tái phát thấp (5,3%). Có mối liên quan chặt chẽ giữa giai đoạn của khối u với tái phát với $p < 0,001$.

Bảng 9: Liên quan giữa thể lâm sàng và tái phát

Thể lâm sàng	Tái phát				Tổng
	Có tái phát		Không tái phát		
	n	%	n	%	
Thể cục	17	14,2	103	85,8	120
Thể xơ	6	18,7	26	81,3	32
Thể hỗn hợp	2	18,2	9	81,8	11
Tổng	25		138		163

Tỷ lệ tái phát của thể xơ và thể hỗn hợp lần lượt là 18,7% và 18,2%, của thể cục là 14,2%. Không có mối liên quan giữa thể lâm sàng và tái phát với $p > 0,05$.

BÀN LUẬN

1. Phương pháp điều trị

Hiện nay trên thế giới cũng như ở trong nước, phẫu thuật là phương pháp điều trị chính của ung thư da nói chung cũng như ung thư biểu mô tế bào đáy nói riêng. Theo UICC có khoảng 80% ung thư da được điều trị bằng phẫu thuật, nguyên tắc của phẫu thuật triệt căn đối với u nguyên phát là phải lấy đủ rộng, đảm bảo diện cắt xung quanh không còn tế bào ung thư [8].

Xạ trị là phương pháp điều trị sử dụng phóng xạ năng lượng cao chiếu trực tiếp vào khối u để tiêu diệt các tế bào ung thư, phương pháp xạ trị cũng được sử dụng trong ung thư da nói chung cũng như ung thư biểu mô tế bào đáy nói riêng, trong ung thư biểu mô tế bào đáy hai phương pháp xạ trị thường dùng là xạ trị đơn thuần và xạ trị kết hợp sau phẫu thuật.

Ở giai đoạn sớm của như ung thư biểu mô tế bào đáy, kết quả của phẫu thuật và xạ trị là như nhau do đó việc lựa chọn phương pháp này hay phương pháp kia phụ thuộc vào những yếu tố khác như chức năng, tuổi của bệnh nhân, thẩm mỹ, chi phí, các phương tiện sẵn có và ý muốn của bệnh nhân [9].

Nếu sau phẫu thuật có những dấu hiệu của nguy cơ tái phát thì có thể kết hợp xạ trị sau phẫu thuật. Những vùng như mũi, mí mắt, tai và những tổn thương gần những nhánh thần kinh chính thường được điều trị sau phẫu thuật, những vùng này có nguy cơ tái phát cao hơn các vùng da phẳng [10].

Trong 248 hồ sơ bệnh án thu thập được có tới 241 trường hợp điều trị bằng phương pháp phẫu thuật đơn thuần chiếm tỷ lệ 97,2%, cao hơn nghiên cứu của Phạm Cẩm Phương (82,9%), nghiên cứu của Nguyễn Văn Hùng (96,2%). Có 7 trường hợp bệnh nhân được điều trị tia xạ sau phẫu thuật, chiếm tỷ lệ 2,8%, các trường hợp điều trị kết hợp tia xạ có khối u ở các vị trí phẫu thuật khó lấy bỏ hết tổ chức ung thư như: quanh mắt, mũi, rãnh mũi má, và người bệnh đã được phẫu thuật nhiều lần nhưng vẫn tái phát. Tỷ lệ điều trị kết hợp tia xạ sau phẫu thuật của Nguyễn Văn Hùng là 1,5%, nghiên cứu của Đỗ Thu Hằng là 1,6% [7].

Chúng tôi không ghi nhận thấy trường hợp bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp xạ trị đơn thuần, cũng như các phương pháp điều trị khác.

2. Phương pháp tạo hình khuyết hổng

Tạo hình là vấn đề cơ bản trong phẫu thuật trong ung thư biểu mô tế bào đáy, chủ yếu là bằng tổ chức tại chỗ. Tuy nhiên còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố ảnh hưởng cùng thương tổn theo đơn vị giải phẫu làm sao đạt được kết quả cao nhất, sẹo được giấu ở các nếp nhăn tự nhiên, các phương pháp được sử dụng là:

Tạo vạt: Có nhiều phương pháp tạo vạt được sử dụng trong phẫu thuật tạo hình khuyết hổng ung thư biểu mô tế bào đáy, trong nghiên cứu của chúng tôi phương pháp này chiếm tỷ lệ cao nhất là 60,1%, nghiên cứu của Nguyễn Văn Hùng tỷ lệ sử dụng phương pháp này là 75,4%.

Vá da rời: Được sử dụng nhiều ở vùng mũi má và bệnh ở giai đoạn II, khi tổn thương chưa quá lớn, trong nghiên cứu của chúng tôi phương pháp này chiếm tỷ lệ là 10,5%. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Hùng là 7,1%.

Khâu da đơn thuần: Áp dụng với những khối u nhỏ, thường là bệnh nhân ở giai đoạn I, phương pháp này đơn giản, dễ áp dụng. Trong nghiên cứu của chúng tôi phương pháp này chiếm tỷ lệ 29,4%. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Hùng là 17,5%.

3. Biện chứng sau phẫu thuật

Trong ung thư biểu mô tế bào đáy, phẫu thuật theo chiều sâu thương tổn, theo Graham Colver thì phần

lớn bệnh không lan tới hạ bì, do đó phẫu thuật tới lớp mỡ là đủ, độ sâu này ở mặt từ 1-4 mm [5]. Da vùng đầu, mặt, cổ là vùng da giàu mạch máu nuôi dưỡng nhưng cũng là vùng da hờ, dễ tiếp xúc với môi trường bên ngoài nên cũng có tỷ lệ biến chứng sau mổ nhất định.

Biến chứng sau phẫu thuật theo ghi nhận của chúng tôi chỉ chiếm tỷ lệ 6%, trong đó nhiễm trùng (3,2%), hoại tử vết (1,2%); so với nghiên cứu của Trần Thanh Cường các tỷ lệ lần lượt là (3,4%) và (6,8%) [5], của Bùi Xuân Trường lần lượt là (1%) và (1,3%) [6].

4. Tái phát sau điều trị

Nghiên cứu tỷ lệ tái phát sau điều trị trong bệnh ung thư là việc làm rất quan trọng để đánh giá hiệu quả của quá trình điều trị tại bệnh viện. Dựa vào địa chỉ liên lạc và số điện thoại của bệnh nhân trên hồ sơ bệnh án, chúng tôi tiến hành gửi thư thăm hỏi, gọi điện thoại phỏng vấn.

Trong số 163 bệnh nhân liên lạc được, chúng tôi xác định có 25 trường hợp bệnh nhân có biểu hiện tái phát bệnh tại chỗ, chiếm tỷ lệ 15,3%, nghiên cứu của Trịnh Quang Diện là 16,8%, của Đỗ Thu Hằng là 10,1% [7], của Nguyễn Văn Hùng là 6,7%, của Douglas. E. Brash là 11,7%. Có 138 trường hợp không có biểu hiện tái phát chiếm tỷ lệ 84,7%.

Tỷ lệ tái phát của cả 2 giới là không có sự khác biệt với $p > 0,05$.

5. Vị trí tái phát

Vị trí tái phát chiếm tỷ lệ cao nhất là vùng mũi má (48%), quanh mắt (28%). Nghiên cứu của Nguyễn Văn Hùng tỷ lệ tái phát tại vùng mũi, má là 55,6%, vùng quanh mắt là 33%, của Đỗ Thu Hằng tái phát tại vùng mũi má 44,8%, vùng quanh mắt 31,5% [7]. Theo Wilson de Olivera tỷ lệ tái phát vùng mũi và quanh mắt là 71% [3]. Các vị trí tái phát cũng là những vị trí hay gặp ung thư biểu mô tế bào đáy, vị trí quanh mắt chiếm tỷ lệ cao là do u lan gần đến mắt, ảnh hưởng chức năng bệnh nhân mới đến điều trị, việc phẫu thuật như ý muốn ảnh hưởng lớn đến mắt nên bác sĩ phẫu thuật thường dè dặt nhằm bảo tồn giải phẫu, viên phẫu thuật để tái phát ung thư. Vùng mũi, má và mắt do thiếu hụt tổ chức nên các phẫu thuật viên khó lấy rộng rãi u được, đồng thời các tổn thương vi thể xâm lấn rộng rãi hơn.

Do vậy, giảm tỷ lệ tái phát là một vấn đề cần bàn luận, việc khuyến cáo người dân ý thức phòng bệnh, đi khám những thương tổn ở vùng quan trọng như mắt, mũi... và xử lý sớm sẽ góp phần giảm tỷ lệ tái phát và bảo tồn các cơ quan chức năng: mắt, mũi. Triển khai phẫu thuật Mohs, lấy sạch tổ chức ung thư là bước điều trị cơ bản, hạn chế tái phát.

6. Thời gian tái phát sau điều trị

Qua nghiên cứu 25 trường hợp bệnh nhân có tái phát tại chỗ, thời gian tái phát sau điều trị là trên 24 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất 48%, dưới 6 tháng không ghi nhận trường hợp nào. Điều này phù hợp với diễn biến chậm và âm thầm của ung thư biểu mô tế bào đáy.

7. Liên quan giữa kích thước u và tái phát

Chúng tôi nhận thấy kích thước u càng lớn thì tỷ lệ tái phát càng cao. Khi u còn nhỏ (≤ 2 cm), tỷ lệ tái

phát chỉ là 9,5%. Khi u lớn hơn (2-5 cm), tỷ lệ tái phát là 19,6%. Khi $u > 5$ cm tỷ lệ tái phát là 71,4%. Nghiên cứu của Trịnh Quang Diện các tỷ lệ lần lượt là 7,3%, 18,4% và 38,9%. Trong phẫu thuật các khối u vùng mặt phải tuân thủ 2 nguyên tắc đó là phải tiết kiệm da để dễ dàng tạo hình thẩm mỹ sau cắt bỏ u và phải lấy rộng u sao cho diện cắt cách rìa u một khoảng cách đủ an toàn để hạn chế tái phát. Điều này thật không dễ dàng, đặc biệt đối với các khối u da vùng mặt có kích thước lớn và những khối u lan sâu vào các hốc tự nhiên như mắt, mũi, ống tai. Với các khối $u \leq 2$ cm, các phẫu thuật viên có thể thỏa mãn cả 2 nguyên tắc trái ngược trên nên tỷ lệ tái phát thấp, còn các khối u có kích thước lớn thật khó có thể đáp ứng được cả 2 đòi hỏi này và phẫu thuật viên thường phải tiết kiệm da do vậy tỷ lệ tái phát cao hơn rất nhiều so với khối u có kích thước nhỏ.

Có mối liên quan chặt chẽ giữa kích thước u và tái phát với $p < 0,001$.

8. Liên quan giữa giai đoạn u và tái phát

Chúng tôi nhận thấy tỷ lệ tái phát cao nhất gặp ở bệnh nhân giai đoạn III (chiếm 46,4%), giai đoạn II (13,3%), giai đoạn I (5,3%), điều này cũng phù hợp với đặc điểm lâm sàng cũng như giai đoạn của ung thư biểu mô tế bào đáy, ở giai đoạn III khi u xâm lấn sâu xuống cơ, sụn, xương việc phẫu thuật lấy bỏ hết tổ chức ung thư trở nên khó khăn hơn giai đoạn I và II.

Có mối liên quan chặt chẽ giữa giai đoạn của u với tái phát với $p < 0,001$.

9. Liên quan giữa thể lâm sàng và tái phát

Tỷ lệ tái phát của thể cục là 14,2%, thể xơ là 18,7%, thể hỗn hợp là 18,2%. Chúng tôi nhận thấy rằng không có sự chênh lệch nhiều về tái phát giữa các thể lâm sàng với tái phát, không có mối liên quan giữa thể lâm sàng và tái phát với $p > 0,005$.

Biểu bì có chức năng bảo vệ và giữ gìn sự toàn vẹn các cấu trúc ở phía dưới, sản sinh ra hắc tố, gồm 5 lớp tế bào thường xuyên đổi mới (28 – 30 ngày). Khả năng sinh sản của tế bào đáy và sự di chuyển của chúng là yếu tố làm cho biểu bì luôn đổi mới. Tuổi tác cùng quá trình lão hóa da tự nhiên làm cho da trở nên nhám và nhiều tàn nhang, u da hay mụn cóc. Việc hạn chế lão hóa da bằng các phương pháp chống nắng, sử dụng các loại kem dưỡng da, kem chống nắng (đặc biệt là loại kem có vitamin E)... Khi phải tiếp xúc nhiều với ánh nắng mặt trời là biện pháp cơ bản nhằm tạo nên một lớp da được nuôi dưỡng tốt, mịn màng, giảm lão hóa da.

KẾT LUẬN

Phương pháp điều trị chủ yếu là phẫu thuật đơn thuần (97,2%).

Điều trị tia xạ kết hợp sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ thấp (2,8%).

Không có bệnh nhân được điều trị bằng xạ trị đơn thuần hay truyền hóa chất.

Tất cả bệnh nhân đều được phẫu thuật kết hợp với tạo hình một thì, tạo vật da là phương pháp tạo hình chủ yếu (60,1%), khâu da đơn thuần được sử dụng với khối u nhỏ (29,4%), vá da rời chiếm tỷ lệ thấp nhất (10,5%).

Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật là 6%, trong đó chủ yếu là biến chứng nhiễm trùng (3,2%).

Trong số 163 bệnh nhân liên lạc được có 25 trường hợp có tái phát sau điều trị (15,3%).

Vị trí hay tái phát là vùng da quanh mắt (28%), rãnh mũi má (20%), mũi (16%).

Thời gian tái phát sau điều trị được ghi nhận nhiều nhất là sau 24 tháng (48%).

Khối u kích thước lớn ($> 5\text{cm}$) có tỷ lệ tái phát cao (71,4%), khối u kích thước nhỏ ($\leq 2\text{cm}$) có tỷ lệ tái phát thấp (9,5%).

Giai đoạn III có tỷ lệ tái phát cao nhất (46,4%) và giảm dần đến giai đoạn I chỉ còn 5,3%.

Tỷ lệ tái phát của các thể lâm sàng là không khác nhau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn phẫu thuật tạo hình Trường Đại học Y Hà Nội (2004). Các u ác tính của da. Phẫu thuật tạo hình, nhà xuất bản Y học, 116 – 120.

2. Trần Văn Thiệp, Phan Triệu Cung, Võ Duy Phi Vũ, Đỗ Tường Huân (2005). Vạt đảo có cuống dưới da trong phẫu trị ung thư da vùng đầu cổ. Chuyên đề Ung thư học, Hội thảo phòng chống ung thư TP Hồ Chí Minh, 175 – 183.

3. Wilson de Oliveira and all (2003). Dermatology Online Journal. Volume 9, number 5; www.dermatology.cidlilb.org/basal/ribeiro.html

4. Jeffrey L. Melton, M.D., Atlas of Dermatology. www.meddean.luc.edu.

5. Trần Thanh Cường, Võ Đăng Hùng, Bùi Xuân Trường, Trần Chí Tiến (2005). Sử dụng vạt tại chỗ trong điều trị ung thư da vùng đầu cổ. Chuyên đề ung thư học, hội thảo phòng chống ung thư TP Hồ Chí Minh, 163 – 170.

6. Bùi Xuân Trường, Trần Văn Thiệp, Phó Đức Mẫn (1999). Chẩn đoán và phẫu thuật ung thư da vùng đầu cổ. Tạp chí Thông tin Y dược, số đặc biệt chuyên đề ung thư, 122 – 128.

7. Đỗ Thu Hằng (2004). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và kết quả điều trị ung thư biểu mô da tại bệnh viện K từ 1999 - 2004. Luận văn thạc sỹ y học.

8. UICC (1997):TNM Atlas, 187 – 190.

9. Rhodes A.R. (1995). Public Education and Cancer of the skin. Cancer supplement: 613 – 630.

10. Nguyễn Bá Đức (2007), “Các nguyên tắc xạ trị trong ung thư”, Chẩn đoán và điều trị bệnh ung thư, Nhà xuất bản Y học, tr 31-38.