

A CASE REPORT OF SKIN CANCER OF THE PALM UNDERWENT RADICAL SURGERY COMBINED WITH PEDICLED FLAP COVERAGE AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Hoang Minh Cuong¹, Duong Hai Yen²

¹TNU - University of Medicine and Pharmacy, ²Thai Nguyen national hospital

ARTICLE INFO	ABSTRACT
Received: 14/01/2025	Squamous cell carcinoma is a common type of skin cancer. In the hand area, this is the most common type; the most common location is the dorsum of the hand. The hand area has complex anatomical characteristics from ligaments, muscles, nerves, skin, and blood vessels, so treatment is complex. Due to the complexity of the treatment, this article aimed to describe the first case of skin cancer in the palm area that was treated with radical surgery and a pedicled flap at the Oncology Center, Thai Nguyen National Hospital. A 63-year-old male patient was admitted to the hospital with a 2x3 cm tumor in the right palm; the tumor was ulcerated, secreted a foul-smelling fluid, had limited mobility, was on an old surgical scar, and invaded the surrounding skin tissue. The patient had a tumor biopsy and was diagnosed with Squamous cell carcinoma T4N0M0. The patient underwent wide excision of the tumor in the right-hand area, right axillary lymph node dissection, and peripheral radial forearm flap. After surgery, the disease progression was stable. With a diagnosis of T4N0M0 stage II squamous cell skin cancer in the right-hand area, it is classified as having a very high risk of recurrence. The patient was scheduled for postoperative radiotherapy.
Revised: 31/3/2025	
Published: 31/3/2025	
KEYWORDS	
Radical surgery	
Skin cancer	
Squamous cell skin cancer	
Hand	
Thai Nguyen	

BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP UNG THƯ DA LÒNG BÀN TAY ĐƯỢC PHẪU THUẬT TRIỆT CĂN KẾT HỢP CHUYỂN VẬT CÓ CUỐNG CHE PHỦ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Hoàng Minh Cường¹, Dương Hải Yến²

¹Trường Đại học Y Dược – ĐH Thái Nguyên, ²Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

THÔNG TIN BÀI BÁO	TÓM TẮT
Ngày nhận bài: 14/01/2025	Ung thư da tế bào vảy là loại ung thư da phổ biến. Với vùng bàn tay, ung thư biểu mô vảy là loại hay gặp, phổ biến nhất là vùng mu bàn tay. Vùng bàn tay, có đặc điểm giải phẫu phức tạp, gồm dây chằng, cơ, dây thần kinh, da và mạch máu nên việc điều trị gặp nhiều khó khăn. Do đặc điểm phức tạp của hoạt động điều trị, bài báo này nhằm mô tả trường hợp ung thư da vùng lòng bàn tay đầu tiên được phẫu thuật triệt căn cùng với chuyển vật có cuống che phủ tại Trung tâm Ung Bướu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Bệnh nhân nam, 63 tuổi vào viện với khối u lòng bàn tay phải kích thước 2 x 3 cm, khối u dạng sùi loét, tiết dịch có mùi hôi thối, u hạn chế di động, u trên nền sẹo mổ cũ, xâm lấn tổ chức da lân cận. Bệnh nhân đã được sinh thiết u và được chẩn đoán: Ung thư da tế bào vảy T4N0M0. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt rộng u vùng bàn tay phải, vết hạch nách phải, tạo hình che phủ bằng vật da cân chỉnh tay quay cuống ngoại vi. Sau mổ, diễn biến của bệnh ổn định. Với chẩn đoán ung thư da tế bào vảy vùng bàn tay phải T4N0M0 giai đoạn II, xếp loại nguy cơ tái phát rất cao, bệnh nhân được lên kế hoạch xạ trị hậu phẫu.
Ngày hoàn thiện: 31/3/2025	
Ngày đăng: 31/3/2025	
TỪ KHÓA	
Phẫu thuật triệt căn	
Ung thư da	
Ung thư da tế bào vảy	
Bàn tay	
Thái Nguyên	

DOI: <https://doi.org/10.34238/tnu-jst.11880>

Email: hoangminhcuong@tnmc.edu.vn

<http://jst.tnu.edu.vn>

349

Email: jst@tnu.edu.vn

1. Đặt vấn đề

Ung thư da tế bào vảy (UTDTBV) là các khối u ác tính phát sinh từ các tế bào tạo sừng thuộc lớp thượng bì, đây là loại ung thư da phổ biến thứ 2 sau ung thư da tế bào đáy [1]. Tuy nhiên với vùng bàn tay, UTDTBV là loại hay gặp nhất, vị trí phổ biến nhất là vùng mu bàn tay [2]. Bệnh sinh của UTDTBV liên quan tới tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ (trong đó bức xạ tia cực tím có vai trò lớn nhất) và một số đặc điểm của bệnh nhân như tuổi, loại da và chủng tộc [3], [4]. Phẫu thuật là biện pháp chính điều trị UTDTBV vùng bàn tay, nhưng do đặc điểm giải phẫu phức tạp vùng bàn tay gồm dây chằng, cơ, dây thần kinh, da và mạch máu nên sau khi cắt rộng u, không thể che phủ đơn thuần bằng việc ghép da mà cần được phủ bởi một vật da có mạch nuôi [5], [6]. Đối với phẫu thuật UTDTBV vùng bàn tay ngoài việc cắt rộng u, phẫu thuật viên còn phải thực hiện vét hạch vùng, lấy vật da che phủ diện khuyết vùng bàn tay. Đây là một phẫu thuật phức tạp, đòi hỏi phẫu thuật viên có nhiều kinh nghiệm. Nhân một trường hợp ung thư da tế bào vảy vùng lòng bàn tay, đối chiếu với y văn, một ca phẫu thuật phức tạp điều trị triệt căn kết hợp với chuyển vật có cuống che phủ được báo cáo để cung cấp thêm dữ liệu, góp phần trao đổi kinh nghiệm trong thực hành lâm sàng.

2. Ca lâm sàng

Bệnh nhân nam, 63 tuổi, nhập vào Trung tâm Ung Bướu – Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên với triệu chứng nổi bật là khối sùi loét trong lòng bàn tay phải. Bệnh nhân kể lại, vào năm 2020 tại vị trí tương ứng xuất hiện khối sùi, có chảy dịch hôi, kích thước không rõ, đã được phẫu thuật cắt u lòng bàn tay tại bệnh viện tuyến tỉnh, không rõ chẩn đoán. Bệnh nhân không được điều trị gì thêm sau phẫu thuật. Sau đó, tại vị trí sẹo mổ cũ có tổn thương sùi lên, tổn thương to lên nhanh, chảy dịch, có mùi hôi thối. Do hoàn cảnh gia đình khó khăn, nên không nhập viện. Cho tới nay, khối u lòng bàn tay kích thước khá lớn, hình nấm, chảy dịch hôi thối, ảnh hưởng đến sinh hoạt hàng ngày. Khám lâm sàng, khối u lòng bàn tay phải kích thước 2x3 cm, khối u dạng sùi loét, tiết dịch, u hạn chế di động, u trên nền sẹo mổ cũ, xâm lấn tổ chức da lân cận (Hình 1). U không gây đau, không có biểu hiện bội nhiễm quanh u, không hạn chế vận động của cổ tay phải, không có dấu hiệu xâm lấn dây thần kinh vùng bàn tay. Hạch ngoại vi không có hạch bất thường.



Hình 1. U sùi loét vùng bàn tay phải

Khi vào viện, bệnh nhân đã được bấm sinh thiết u, kết quả giải phẫu bệnh: Ung thư tế bào vảy, độ mô học 1. Bệnh nhân được chẩn đoán: Ung thư da tế bào vảy T4N0M0 [7]. Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật cắt rộng u vùng bàn tay phải, vét hạch nách phải, tạo hình che phủ bằng vật da cân cẳng tay quay cuống ngoại vi (vật Trung Quốc). Ban đầu, vét hạch nách phải được tiến hành thông qua đường mổ nhỏ nằm theo nếp lằn nách, tiến hành vét hạch nách phải, tương tự như vét hạch nách trong điều trị ung thư vú. Qua phẫu thuật, 13 hạch nách được phẫu tích, hạch có

tính chất hạch viêm, mật độ mềm, không phá vỡ vỏ. Phẫu thuật cắt u vùng bàn tay được tiến hành, diện cắt bờ u 1 cm về các phía. Trước khi cắt rộng u, xác định diện tích da cắt bỏ để thiết kế vạt da. Dùng dao điện cắt rộng u, vùng đáy u trên nền sẹo mô cũ nên dính, các tổ chức dính vào u đều được cắt bỏ cùng với u. Vùng phẫu thuật được cầm máu kỹ. Khi cắt rộng u, để lại một vùng khuyết da tại lòng bàn tay phải kích thước 5 x 4 cm (Hình 2a). Tiến hành lấy vạt da cân cẳng tay quay, xoay vạt da - tổ chức dưới da che phủ diện khuyết tại lòng bàn tay, đặt một lam dẫn lưu (Hình 2b). Vùng khuyết tại cẳng tay phải được che phủ bởi vạt da mỏng lấy từ vùng bẹn phải. Da vùng bẹn phải được khâu lại.



Hình 2. Hình ảnh trong và sau khi phẫu thuật cắt u:

A) Khuyết da vùng bàn tay (P) sau cắt rộng u,

B) Kết thúc phẫu thuật che phủ khuyết da vùng bàn tay và cẳng tay (P)

Sau phẫu thuật, vạt da chuyển hồng hào, mạch quay đập rõ tại vạt chuyển, được nuôi dưỡng tốt. Băng ép được áp dụng với vị trí vùng bàn tay (chỗ vạt che phủ) và cùng cẳng tay (vùng vá da rời), khi băng không tạo áp lực lớn vào vùng cổ tay, băng cố định vùng cổ tay phải.

Quá trình điều trị hậu phẫu, diễn biến của bệnh ổn định. Ngày đầu tiên, có nhiều dịch thấm băng, vùng vá da mỏng có nhiều máu thấm băng, tiến hành thay băng, không có tụ máu dưới vạt da. Ngày thứ 2, còn thấm băng, nhưng lượng dịch giảm rõ. Ngày thứ 3, kiểm tra thấy vạt da hồng hào. Rút lam dẫn lưu tại lòng bàn tay. Đến ngày thứ 8, vạt da sống tốt, vùng vá da rời liền tốt. Cho bệnh nhân ngoại trú, khám lại sau 7 ngày. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ: ung thư da tế bào vảy, diện cắt không còn u, không di căn hạch nách.

Sau 7 ngày ngoại trú, bệnh nhân khám lại, đánh giá vạt da vùng lòng bàn tay sống tốt, không thiếu dưỡng. Vạt da rời vùng cẳng tay thiếu dưỡng vài vị trí nhỏ, dự báo sẽ hồi phục và che phủ tốt (Hình 3).



Hình 3. Vùng phẫu thuật sau mổ 14 ngày

Với chẩn đoán Ung thư da tế bào vảy vùng bàn tay phải T4N0M0 giai đoạn II, xếp loại nguy cơ tái phát rất cao [8], bệnh nhân được lên kế hoạch xạ trị hậu phẫu.

3. Bàn luận

Ung thư da tế bào vảy là ung thư khởi phát từ các lớp biểu bì của da và niêm mạc. Nói chung, ung thư da tế bào vảy chiếm khoảng 20% các ung thư da và đứng hàng thứ hai sau ung thư tế bào đáy. Tuy nhiên ở vùng bàn tay, ung thư da tế bào vảy là loại ung thư hay gặp nhất chiếm 58% đến 90%, chiếm 11% đến 16% trong các trường hợp ung thư tế bào vảy và 2/3 các trường hợp có vị trí ở mu bàn tay [9]. Nguyên nhân của bệnh chủ yếu là do tiếp xúc với tia cực tím, một số vùng viêm mạn tính, loét và những vết thương lâu liền cũng là yếu tố nguy cơ của bệnh.

Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính đối với ung thư da tế bào vảy nói chung và vùng bàn tay nói riêng. Phẫu thuật triệt căn bao gồm cắt rộng u, đảm bảo diện cắt âm tính, vét hạch vùng. Đối với tổn thương ung thư da vùng bàn tay, việc tạo hình che phủ diện khuyết đóng vai trò quan trọng trong quá trình phẫu thuật do da vùng bàn tay ít, căng, do vậy khi cắt rộng u sẽ để lại khuyết hồng; do vậy hầu như không thể khâu lại sau khi cắt rộng trong điều trị ung thư da. Vạt cẳng tay quay cuống ngoại vi được mô tả lần đầu tiên vào năm 1978 bởi một nhóm bác sĩ phẫu thuật tại Bệnh viện Quân Y Thẩm Dương (Trung Quốc) và việc sử dụng vạt này cho các khuyết tật mu bàn tay được thực hiện bởi Reid và Moss năm 1983 [10]. Vạt cẳng tay quay là vạt da-cân có thể được sử dụng như vạt cuống ngược để che phủ các khuyết hồng tại bàn tay. Đây là vạt có cuống mạch máu dựa vào động mạch quay có tuần hoàn ngược dòng. Tuy nhiên, nhược điểm của vạt là phải hi sinh một trục động mạch chính của cẳng tay nên có thể gây ra suy giảm chức năng của bàn tay [11], [12]. Đối với ca lâm sàng này, với một tổn thương ung thư da tế bào vảy kích thước 2x3 cm tại lòng bàn tay phải, khi cắt rộng u sẽ để lại diện khuyết lớn. Chúng tôi đã thiết kế vạt với khoảng cách từ nếp lằn cổ tay phải đến bờ dưới của vạt là 5 cm, kích thước của vạt 5x4 cm (bằng kích thước khuyết da sau khi cắt u tại lòng bàn tay). Đối với ca lâm sàng này, chúng tôi chọn điểm xoay ở cổ tay phải, trên đường đi của động mạch quay, khi xoay vạt có thể gặp hiện tượng mạch nuôi bị căng [13]. Trong quá trình thực hiện, khi xoay vạt thì cuống vạt ngắn không đưa vạt tới được vùng khuyết ở lòng bàn tay, do vậy chúng tôi đã giải phóng vạt bằng việc cắt vào dây chằng ngang cổ tay. Ở những trường hợp sắp tới, chúng tôi sẽ tăng chiều dài của cuống mạch.

Đối với vạt da cẳng tay quay, cuống vạt luôn trong đường hầm dưới da nên có thể gây nên tình trạng phù nề, thiếu máu nuôi vạt, chăm sóc hậu phẫu sau mổ đặc biệt là khi băng ép cần lưu ý đến vị trí cuống vạt không được ép mạnh vào cuống. Hoại tử một phần hoặc toàn bộ vạt da là biến chứng đáng lo ngại nhất, tuy nhiên các báo cáo đều ghi nhận vạt Trung Quốc là vạt được nuôi dưỡng tốt, hoại tử có thể gặp ở lớp nông đầu xa của vạt da [14], [15]. Trong trường hợp này, sau mổ vạt da hồng hào, nuôi dưỡng tốt. Che phủ khuyết da vùng cẳng tay phải sau khi lấy vạt, trong trường hợp này, ghép da mỏng được thực hiện với vùng cho da là vùng bẹn. Khâu lại khuyết da vùng bẹn phải dễ dàng. Sau phẫu thuật, cổ tay hoạt động bình thường, bệnh nhân không có các dấu hiệu của tổn thương thần kinh và thiếu máu ở vùng bàn tay. Tuy nhiên, đánh giá mức độ suy giảm chức năng của bàn tay như hậu quả của việc hi sinh động mạch quay cần được quan tâm bệnh nhân thăm khám định kì. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy vạt da cẳng tay quay là một lựa chọn phù hợp cho việc tạo hình các khuyết hồng vùng bàn tay [16], [17].

4. Kết luận

Vạt cổ tay quay là lựa chọn phù hợp trong che phủ các khuyết hồng sau phẫu thuật ung thư da vùng bàn tay. Mặc dù khi lấy vạt phải hi sinh động mạch quay, nhưng không gây thiếu dưỡng vùng bàn tay. Trong quá trình lấy vạt, cần lấy vạt da đủ dài để khi cố định vạt không căng. Mức độ suy giảm chức năng của bàn tay như hậu quả của việc hi sinh động mạch quay cần được đánh giá khi bệnh nhân thăm khám định kì.

TÀI LIỆU THAM KHẢO/ REFERENCES

- [1] S. K. T. Que, F. O. Zwald, and C. D. Schmults, "Cutaneous squamous cell carcinoma: Incidence, risk factors, diagnosis, and staging," *J. Am. Acad. Dermatol*, vol. 78, pp. 237-247, Feb. 2018.
- [2] E. N. Ilyas, C. F. Leinberry, and A. M. Ilyas, "Skin cancers of the hand and upper extremity," *J. Hand Surg. Am.*, vol. 37, pp. 171-178, Jan. 2012.

- [3] A. Lomas, J. Leonardi-Bee, and F. Bath-Hextall, "A systematic review of worldwide incidence of nonmelanoma skin cancer," *Br. J. Dermatol.*, vol. 166, pp. 1069-1080, May 2012.
- [4] Z. C. Venables, T. Nijsten, K. F. Wong, P. Autier, J. Broggio, A. Deas, *et al.*, "Epidemiology of basal and cutaneous squamous cell carcinoma in the U.K. 2013-15: a cohort study," *Br. J. Dermatol.*, vol. 181, pp. 474-482, Sep 2019.
- [5] S. J. Maciburko, W. A. Townley, K. Hollowood, and H. P. Giele, "Skin Cancers of the Hand: A Series of 541 Malignancies," *Plastic and Reconstructive Surgery*, vol. 129, pp. 1329-1336, 2012.
- [6] C. Hou, S. Chang, J. Lin, and D. Song, "Radial Artery Perforator Flap," in *Surgical Atlas of Perforator Flaps: A Microsurgical Dissection Technique*, C. Hou, S. Chang, J. Lin, and D. Song, Eds., Dordrecht: Springer Netherlands, 2015, pp. 55-65.
- [7] S. Farasat, S. S. Yu, V. A. Neel, K. S. Nehal, T. Lardaro, M. C. Mihm, *et al.*, "A new American Joint Committee on Cancer staging system for cutaneous squamous cell carcinoma: creation and rationale for inclusion of tumor (T) characteristics," *J. Am. Acad. Dermatol.*, vol. 64, pp. 1051-1059, Jun. 2011.
- [8] J. S. Stevens, F. Murad, T. D. Smile, D. M. O'Connor, E. Ilori, S. Koyfman, *et al.*, "Validation of the 2022 National Comprehensive Cancer Network Risk Stratification for Cutaneous Squamous Cell Carcinoma," *JAMA Dermatol.*, vol. 159, pp. 728-735, 2023.
- [9] M. Askari, S. Kakar, and S. L. Moran, "Squamous cell carcinoma of the hand: a 20-year review," *J. Hand Surg. Am.*, vol. 38, pp. 2124-2133, Nov. 2013.
- [10] C. D. Reid and L. H. Moss, "One-stage flap repair with vascularised tendon grafts in a dorsal hand injury using the "Chinese" forearm flap," *Br. J. Plast. Surg.*, vol. 36, pp. 473-479, Oct. 1983.
- [11] N. F. Jones, R. Jarrahy, and M. R. Kaufman, "Pedicled and free radial forearm flaps for reconstruction of the elbow, wrist, and hand," *Plast Reconstr. Surg.*, vol. 121, pp. 887-898, Mar. 2008.
- [12] C. Fulchignoni, G. Rovere, T. Greco, C. Perisano, A. Smakaj, A. Fidanza, *et al.*, "Versatility of the perforator radial artery flap in the reconstruction of the upper limbs and comparison of the outcomes with the "classic" radial flap, a retrospective study," *J. Orthop.*, vol. 44, pp. 17-21, Oct. 2023.
- [13] C. D. Reid and L. H. Moss, "One-stage flap repair with vascularised tendon grafts in a dorsal hand injury using the "Chinese" forearm flap," *J British journal of plastic surgery*, vol. 36, no. 4, pp. 473-479, 1983.
- [14] Z. N. Maan, A. Legrand, C. Long, and J. C. Chang, "Reverse Radial Forearm Flap," *Plast Reconstr. Surg. Glob. Open*, vol. 5, Apr. 2017, Art. no. e1287.
- [15] A. Govila and D. Sharma, "The radial forearm flap for reconstruction of the upper extremity," *Plast Reconstr. Surg.*, vol. 86, pp. 920-927, Nov. 1990.
- [16] K. Megerle, M. Sauerbier, and G. Germann, "The evolution of the pedicled radial forearm flap," *Hand (N Y)*, vol. 5, pp. 37-42, Mar 2010.
- [17] S. D. De and S. J. Sebastin, "Considerations in Flap Selection for Soft Tissue Defects of the Hand," *Clinics in Plastic Surgery*, vol. 46, pp. 393-406, 2019.