

**SỬ DỤNG MÁY XẠ TRỊ BỀ MẶT (SRT-100)
PHỐI HỢP VỚI PHẪU THUẬT
TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO VỎY
(Thông báo lâm sàng)**

**Phan Thị Thục Trang, Vũ Quang Vinh
Đỗ Trung Quyết, Nguyễn Tuấn Anh, Vũ Tuấn Anh
Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác**

TÓM TẮT

Loét Marjolin là thường phát triển trên nền bệnh nhân có các vết loét mạn tính, bỏng hay vết thương không được liền từ kỳ đầu với tỷ lệ ác tính 0,77 - 2%, trong đó dạng chủ yếu là ung thư biểu mô tế bào vảy. Trên thế giới việc sử dụng liệu pháp xạ trị bề mặt đã được dùng thường quy trong điều trị ung thư da không phải Melanoma và sẹo lồi.

Trong bài báo này chúng tôi xin giới thiệu một trường hợp điển hình đã được điều trị thành công, bệnh nhân bị ung thư biểu mô tế bào vảy được phối hợp phẫu thuật và kết hợp chiếu xạ trị bề mặt bằng máy SRT-100.

Từ khóa: *Ung thư biểu mô tế bào vảy, loét Marjolin, liệu pháp xạ trị bề mặt*

ABSTRACT

Marjolin's ulcer is a rare and frequently aggressive cutaneous malignancy that arises from chronic ulcers, burns, and chronic inflammatory processes. Squamous cell carcinoma (SCC) is a malignant tumor, originating from epidermal keratinocytes, which has an invasive nature and the potential to metastasize. The use of superficial radiation therapy (SRT) has experienced a renaissance for treating nonmelanoma skin cancers and recurrent keloids.

We report on a case with an extensive SCC that has been treated successfully by surgery methods and superficial radiation therapy at my Department of plastic and reconstructive, aesthetic surgery.

Keywords: *Squamous cell carcinoma (SCC), Marjolin's ulcer, superficial radiation therapy.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bỏng là một bệnh lý diễn biến hết sức phức tạp, tỷ lệ tử vong cao và để lại di chứng nặng nề. Thời gian tiềm tàng của sẹo bỏng cũng như các vết thương không liền từ kỳ đầu rất dễ dẫn đến quá trình tạo ra vết loét Marjolin, nó là nguy cơ gây ra tình trạng nhiễm khuẩn cũng như ung thư hóa đe dọa đến tính mạng người bệnh. Tỷ lệ ác tính thường gặp của các vết loét là 0,77 - 2%.

Hiện nay trên thế giới phương pháp điều trị sẹo loét di chứng bỏng chủ yếu là phẫu thuật cắt bỏ ổ loét rộng rãi, nạo vét hạch, ghép da hoặc chuyển vật và khi đã chẩn đoán ung thư cần được tiến hành hóa trị, xạ trị hay liệu pháp miễn dịch.[3], [7]

Máy xạ trị SRT-100 của hãng Sensus Healthcare đã được FDA chấp thuận sử dụng an toàn và hiệu quả cho người bệnh trong điều trị sẹo lồi và ung thư da. Máy có tác dụng cung cấp một lượng phóng xạ để tiêu diệt khối u, hạn chế tối đa ung thư da tái phát và ít gây tổn thương mô lành xung quanh ở mức thấp nhất. Tại Bệnh viện bỏng quốc gia Lê Hữu Trác đã bước đầu đưa vào sử dụng máy xạ trị trong phối hợp điều trị bệnh lý sẹo lồi và loét ung thư hóa trên nền sẹo từ đầu tháng 2/2020.

Trong báo cáo lâm sàng này, chúng tôi xin giới thiệu một trường hợp điển hình đã điều trị thành công, bệnh nhân bị ung thư biểu mô tế bào vảy được điều trị phối hợp bằng phẫu thuật và dùng máy SRT-100 chiếu xạ trị.

2. GIỚI THIỆU BỆNH NHÂN

Bệnh nhân: Nguyễn Văn C., 56t, số bệnh án 0012- VB - 3501

Quê quán: Nông Cống - Thanh Hóa

Tóm tắt bệnh sử và diễn biến quá trình điều trị:

Bệnh nhân khởi phát loét vùng mông cách đây 3 tháng, không rõ nguyên phát, tình trạng tăng dần, đã được điều trị tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác nhưng sau đó về nhà; bệnh nhân trở lại bệnh viện điều trị vào ngày 16/03/2020, trong tình trạng ý thức lơ mơ, da niêm mạc nhợt nhạt, không tự vận động được. Thể trạng suy mòn, suy kiệt nặng, da bọc xương, gọi hỏi đáp ứng kém, tự thờ, phổi không có ran.

Tại chỗ: Tổn thương loét sùi vùng mông đùi phải, diện tích khoảng 5% xen lẫn hoại tử bề mặt, mùi hôi, mờ mép xung huyết, dễ chảy máu. Tổn thương nghi ngờ ung thư hóa.

Xét nghiệm cận lâm sàng: Bệnh nhân được chụp X quang tim phổi thường quy và MRI để đánh giá chính xác mức độ xâm lấn ổ loét.

Kết quả huyết học và sinh hóa máu: Thiếu máu nặng: hồng cầu 2,5 T/l, Huyết sắc tố 53 g/L, bạch cầu 22,1 G/L, Glucose 2,5 mmol/L, Albumin 21 g/L.

Sinh thiết ổ loét trước phẫu thuật : Kết quả ung thư biểu mô vảy sừng hóa độ 1. Chúng tôi đã tiến hành nâng đỡ cơ thể để bệnh nhân có thể chịu đựng được các phẫu thuật bằng các biện pháp tổng hợp như: Xử lý bù dịch, truyền máu, Albumin, kháng sinh, tăng cường nuôi dưỡng tích cực, thay băng hằng ngày cho người bệnh. Khi các chỉ số sinh tồn của bệnh nhân trở về tương đối ổn định tiến hành phẫu thuật sớm cho bệnh nhân nhằm mục đích giảm tình trạng thoát huyết tương qua ổ loét rộng vừa che phủ tổn khuyết.

Phẫu thuật lần 1 vào ngày 26/03/2020 được tiến hành bằng phương pháp: Cắt lọc rộng rãi toàn bộ ổ loét có kích thước 28 x 15cm², vượt quá ranh giới so với ban đầu 3cm, đến nền cân, cầm máu kỹ nền ghép. Một số vị trí vết loét xâm lấn sâu đã phải cắt

bỏ 1 phần cơ mông to, sau đó tiến hành ghép da mỏng và gửi mẫu bệnh phẩm sinh thiết. Mẫu bệnh phẩm được chia làm 3 vị trí lấy: Trung tâm ổ loét, xung quanh ổ loét và phần sát da lành. Kết quả sinh thiết ung thư biểu mô tế bào vảy xâm nhập độ II.

Sau phẫu thuật 4 tuần: Bệnh nhân toàn trạng ổn định, tự đi lại được, mảnh da bám

sống tương đối, còn khoảng 10cm² vùng tổ chức sùi loét ở trung tâm ổ loét. Chúng tôi đã tiến hành cắt lọc lại toàn bộ tổ chức sùi loét này và gửi mẫu bệnh phẩm sinh thiết lại. Kết quả vẫn là tổ chức ung thư biểu mô tế bào vảy. Điều đó chứng tỏ tổ chức ung thư vẫn chưa cắt bỏ hết và đang phát triển xâm lấn tại chỗ.



Hình 1: Tồn thương trước phẫu thuật



Hình 2: Ổ loét sau khi lấy ra gửi sinh thiết



Hình 3: Nền được cắt lọc, cầm máu kỹ bằng dốt điện



Hình 4: Ghép da mỏng lên nền ghép

Sử dụng thông tin từ kết quả sinh thiết, chúng tôi đã lập kế hoạch điều trị chiếu xạ ở khu vực sinh thiết là ác tính bằng máy SRT-100, phác thảo khu vực điều trị bằng bút đánh dấu và kê đơn liều. Chúng tôi đã phối hợp sử dụng máy xạ trị SRT-100 và thay bằng chăm sóc vết thương cho người bệnh dựa trên sơ đồ phân đoạn để TDF đạt chuẩn

trong khoảng từ 90 - 110 với liều chiếu: 380 cGy mỗi phần/3 lần một tuần/12 tổng số phân đoạn/tổng liều 4560 cGy/TDF = 98.

Kết quả sau xạ trị toàn trạng bệnh nhân ổn định, vùng mô hạt đỏ, sạch, rớm máu đều, đã được phẫu thuật ghép da mỏng bổ sung. Kết quả sinh thiết lần 4 chỉ là tổ chức viêm mạn tính. Bệnh nhân hoàn

toàn ổn định, tỉnh táo, sinh hoạt bình thường. Trọng lượng tăng 5 kg so với lúc

vào viện, vết thương khỏi hoàn toàn và được ra viện ngày 9/6/2020.



Hình 5: Loét tái phát sau phẫu thuật 4 tuần



Hình 6: Tiến hành xạ trị bề mặt ổ loét với máy SRT - 100



Hình 7: Tổ chức mô hạt đồ sạch sau chiếu xạ



Hình 8: Ổ loét da ghép bám sống hoàn toàn

3. BÀN LUẬN

Trong điều trị ung thư hóa trên nền sẹo thì phẫu thuật được chỉ định nhằm mục đích chính là giải quyết tận gốc vấn đề, cắt bỏ triệt để ổ loét cũng như sẹo bệnh lý. Việc tiến hành sử dụng các phương pháp chẩn đoán hình ảnh của ổ loét như MRI (Magnetic Resonance Imaging) hay CT scan (Computer Tomography) cần sử dụng thường quy những chẩn đoán hình ảnh này nhằm giúp cho các phẫu thuật viên sử dụng trong việc đánh giá mức độ di căn, xâm lấn của đáy ổ loét tới gân, cơ, xương khớp,... [5], [6]

Đối với các ổ loét đặc biệt là loét ác tính, các tác giả đều cho rằng cần lấy hết tổ chức bệnh lý và phần tổ chức xung quanh như vậy mới đảm bảo không tái phát. Hầu hết các tác giả đều thống nhất đối với các ổ loét lành tính thì cắt bỏ toàn bộ lớp sẹo đến nền cân mạc nhằm giải phóng co kéo. Còn đối với các vết loét ác tính thì cắt bỏ sâu rộng quá vùng loét ác tính 2 - 4cm, lấy hết tổ chức sẹo đến vùng lành, cầm máu kỹ. Việc cắt sẹo nên được sử dụng bằng dao điện vừa có tác dụng cầm máu và phòng tránh sự di chuyển của các tế bào ung thư theo hệ thống tuần hoàn và bạch huyết [1], [2], [4].

Hầu hết các nghiên cứu đều cho thấy tỷ lệ sử dụng ghép da xẻ đôi và dày toàn lớp chiếm chủ yếu trong phẫu thuật điều trị sẹo loét và ung thư hóa. Bởi vì đây là những phương pháp phẫu thuật tương đối đơn giản, có thể che phủ được diện tổn khuyết lớn, đặc biệt sẹo loét ác tính thì mục tiêu quan trọng nhất vẫn là cắt bỏ rộng rãi ổ loét, làm liền tổn thương còn việc tạo hình hoàn chỉnh có thể tiến hành ở lần sau.

Hiện nay xạ trị nhằm phòng ngừa tái phát hoặc di căn sau phẫu thuật. Theo tác giả Nanze Yu xạ trị cần được tiến hành cho những vết loét rộng có đường kính trên 10cm. Việc sử dụng máy chiếu xạ nông SRT-100 có tác dụng cung cấp một lượng phóng xạ để tiêu diệt khối u, hạn chế tối đa ung thư da tái phát và ít gây tổn thương mô lành xung quanh ở mức thấp nhất. Quy trình chiếu xạ cho người bệnh đòi hỏi sự hợp tác chặt chẽ giữa bệnh nhân và bác sĩ, tuân thủ đầy đủ quy tắc an toàn phóng xạ cũng như cách thức chăm sóc toàn thân và tại chỗ sau chiếu liều.

Ngoài ra việc dự phòng tránh sẹo loét tái phát và chiến lược điều trị vết loét ung thư hóa cần được tiến hành chi tiết cụ thể trên từng người bệnh nhằm mang lại hiệu quả cao trong điều trị. Chúng ta cần phải có nhiều nghiên cứu sâu hơn trên số lượng bệnh nhân đủ lớn để đánh giá chính xác hiệu quả của việc sử dụng phối hợp điều trị phẫu thuật và xạ trị cho bệnh nhân có bệnh lý ung thư da nói chung và đặc biệt hơn là ung thư hóa trên nền sẹo: Một biến chứng ác tính nhất trên bệnh nhân bị sẹo bỏng [8], [9], [10].

4. KẾT LUẬN

- Ung thư hóa trên nền sẹo là biến chứng ác tính hay gặp trên bệnh nhân di chứng bỏng

- Phẫu thuật cắt rộng lọc rộng rãi, ghép da mỏng là biện pháp chủ yếu trong điều trị

ung thư hóa trên nền sẹo

- Phối hợp sử dụng máy xạ trị nông nhằm giúp cung cấp liều chiếu tối ưu để tiêu diệt hết tế bào ung thư, nâng cao hiệu quả điều trị và cải thiện chất lượng sống cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Aydođdu E, Yildirim S, Aköz T.** Is surgery an effective and adequate treatment in advanced Marjolin's ulcer? *Burns* 2005; 31: 421-431
2. **Ghalambor A.** Marjolin ulcer: How much of safety margin needs resection along Marjolin ulcer squamous cell carcinoma in recurrence cases? *Pak J Med Sci* 2007; 23: 394-397
3. **Muhammad Saaq M, Ashraf B:** Marjolin's ulcers in the post-burned lesions and scars. *World journal of clinical cases.* 2014 Oct 16; 2(10): 507-514.
4. **Nanze Yu, Xiao Long, Jorge R Lujan-Hernandez, Kazi Z Hassan, Ming Bai, Yang Wang, Xiaojun Wang, and Ru Zhao.** Marjolin's ulcer: a preventable malignancy arising from scars; *World J Surg Oncol.* 2013; 11: 313.
5. **Konrad Wroński:** Marjolin's ulcer of the thigh after burn injury - case report and review of literature, © Borgis - *New Medicine* 4/2014, s. 139-141.
6. **Ochenduszkiewicz U, Matkowski R, Szynglarewicz B et al.:** Marjolin's ulcer: malignant neoplasm arising in scars. *Rep Pract Oncol Radiother* 2006; 11(3): 135-138.
7. **Oruç M, Kankaya Y, Sungur N, Özer K, Işık VM, Ulusoy MG, Uysal A, Koçer U:** Clinicopathological evaluation of Marjolin ulcers over two decades. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences* (2017) 33, 327-333.
8. **Spring P, El-Naggar AK, Myers JN, Langstein H.** Malignant melanoma arising within a burn scar: case report and review of literature. *Ann Otol Rhino Laryngol* 2001;110:369- 376.
9. **Schulte KW, Lippold A, Auras C, et al.** Soft x-ray therapy for cutaneous basal cell and squamous cell carcinomas. *J Am Acad Dermatol.* 2005;53(6):993- 1001.
10. **Zaorsky NG, Lee CT, Zhang E, et al.** Hypofractionated radiation therapy for basal and squamous cell skin cancer: a meta-analysis. *Radiother Oncol.* 2017;125(1):13-20.