

UNG THƯ VÚ

1-Đại cương:

Ung thư vú là bệnh lý ác tính phổ biến nhất ở nữ giới.

Các yếu tố nguy cơ của ung thư vú:

- Nguy cơ cao:
 - Tuổi cao
 - Vùng Bắc Mỹ hay Bắc Âu
 - Nồng độ IGF-1 (Insulinlike Grow Factor-1) trong giai đoạn mãn kinh cao
 - Nồng độ estrogen trong giai đoạn mãn kinh cao
 - Gia đình có mẹ hay chị em gái bị ung thư vú
- Nguy cơ trung bình:
 - Mức sống cao
 - Sinh con đầu sau 30 tuổi
 - Đã bị ung thư một vú
 - Tổn thương loạn sản ở vú
- Nguy cơ thấp:
 - Có kinh nguyệt sớm
 - Mãn kinh muộn
 - Béo phì sau mãn kinh
 - Chế độ ăn nhiều mỡ, đặc biệt mỡ bão hoà

Các yếu tố bảo vệ chống lại ung thư vú:

- Có kinh nguyệt lần đầu sau 15 tuổi
- Cho con bú kéo dài hơn 1 năm
- Béo phì trước mãn kinh
- Vận động
- Chế độ ăn mỡ không bão hoà

Phân loại mô học của ung thư vú:

- Ung thư ống tuyến vú
- Ung thư nang tuyến vú
- Ung thư nướu vú:
 - Bệnh paget
 - Bệnh Paget kết hợp với carcinoma trong ống tuyến
 - Bệnh Paget kết hợp với carcinoma ống tuyến xâm lấn
- Carcinoma không biệt hoá

- Các loại ung thư vú hiếm gặp khác:
 - Cystosarcoma phyllode
 - Angiosarcoma
 - Lymphoma

Phá vỡ màng đáy là đặc điểm chính của carcinoma xâm lấn. Carcinoma ống tuyến vú xâm lấn chiếm đa số các tổn thương ác tính của tuyến vú (70-80%).

Các tổn thương ác tính không phá vỡ màng đáy:

- Carcinoma ống tuyến vú không xâm lấn (ductal carcinoma in situ-DCIS) là tổn thương tiền ung thư. DCIS có thể hoại tử trung tâm, can-xi hoá và sờ được trên lâm sàng.
- Carcinoma nang tuyến vú không xâm lấn (lobular carcinoma in situ-LCIS) ít gặp hơn nhiều so với DCIS. LCIS thường không hoại tử, không đóng vôi và không sờ được trên lâm sàng cũng như trên nhũ ảnh. LCIS có thể được phát hiện tình cờ trên mẫu giải phẫu bệnh. Nhiều quan điểm cho rằng LCIS không phải là tổn thương ác tính.

Hiện nay, các phương pháp điều trị ung thư tuyến vú được chọn lựa dựa vào các yếu tố sau: tuổi tác của BN, tình trạng kinh nguyệt, kích thước khối u, receptor estrogen hay progesteron (ER/PR), bản chất của tế bào ung thư và nhân, thành phần DNA, tỉ trọng tăng trưởng (S-phase fraction), xâm lấn mạch máu, hoại tử u...

Với phương pháp điều trị đa mô thức, phẫu thuật kinh điển “đoạn nhũ triệt căn” (Halsted) đã dần được thay bằng các phẫu thuật có tính cách bảo tồn hơn.

2-Chẩn đoán:

2.1-Chẩn đoán lâm sàng:

Chẩn đoán lâm sàng ung thư vú dựa vào:

- Đánh giá các yếu tố nguy cơ
- Hỏi kỹ bệnh sử
- Khám kỹ tuyến vú.

BN ung thư vú có thể có triệu chứng sau:

- Sờ được khối u: 75% khối u được phát hiện bởi chính BN
- Khối u phát triển nhanh
- Chảy máu hay chảy dịch trong từ một núm vú
- Đau âm ỉ một bên vú, đau không liên quan đến kinh nguyệt
- Sốt
- Rối loạn kinh nguyệt

Khi khám vú, cần chú ý đến các dấu hiệu sau:

- Tuyến vú mất cân xứng
- Núm vú bị thụt một bên
- Da trên khối u bị nhú, đổi màu, hay giống như da cam

- Quan trọng nhất là sờ khối u. Ung thư vú có các tính chất sau khi sờ nắn:
 - Chắc
 - Kém di động, đôi khi dính vào cơ ngực lớn
 - Giới hạn không rõ
 - Bề mặt không đều
 - Thường không đau
- Luôn khám vùng nách để có thể phát hiện hạch di căn.

2.2-Chẩn đoán cận lâm sàng:

2.2.1-Chụp nhũ ảnh:

Chụp nhũ ảnh là phương tiện được chọn lựa để tầm soát và đánh giá ban đầu một trường hợp ung thư vú.

Các dấu hiệu của một tổn thương ác tính trên nhũ ảnh: hình sao, bờ không đều, đậm độ cản quang không đều, cấu trúc bị biến dạng, có đám can-xi nhỏ hơn 5 mm hay nhiều đám tụ thành đám.

Thái độ xử trí dựa vào kết quả nhũ ảnh:

- Lành tính: chụp lại nhũ ảnh sau một năm.
- Có thể lành tính: chụp lại nhũ ảnh sau sáu tháng.
- Nghi ngờ ác tính: sinh thiết.

2.2.2-Siêu âm:

Siêu âm là phương tiện thay thế cho nhũ ảnh đối với các BN trẻ, hay BN có kèm theo bệnh xơ nang vú. Siêu âm có thể chẩn đoán phân biệt khối u đặc hay nang. Siêu âm cũng có thể hướng dẫn cho việc chọc hút sinh thiết.

Hình ảnh ung thư vú trên siêu âm: khối có cấu trúc echo kém, tăng âm phía sau, giới hạn không rõ, bờ đa cung.

2.2.3-Chọc hút sinh thiết u (FNA: fine needle aspiration):

Chọc hút sinh thiết u là thủ thuật chẩn đoán được chọn lựa trước tiên. Chọc hút sinh thiết có giá trị chẩn đoán cao (độ nhạy 90%, độ đặc hiệu 98-100%).

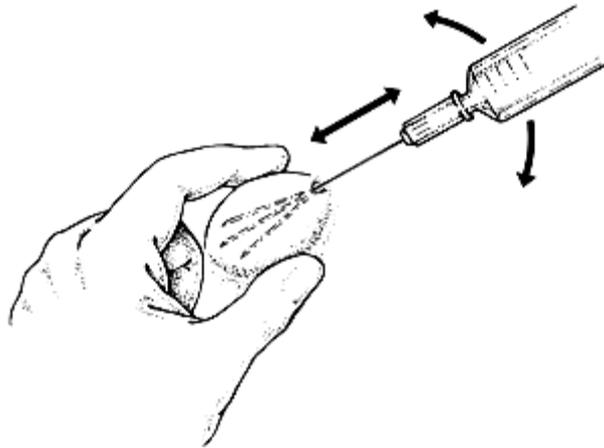
Kết quả âm tính giả của chọc hút sinh thiết sẽ cao hơn nếu khối u nhỏ hơn 1 cm.

Do tỉ lệ dương tính giả thấp (2%), tất cả BN có kết quả chọc hút sinh thiết dương tính được xếp mổ chương trình.

Kỹ thuật chọc hút sinh thiết:

- Phương tiện: kim chọc hút, syringe 10 mL (có sẵn 1-2 mL không khí)
- Sau khi gây tê tại chỗ, cố định khối u bằng các ngón tay của bàn tay trái, đâm kim vào khối u, vừa chọc vừa rút vừa hút trong một khoảng cách khoảng 1 cm cho đến khi có ít mẫu mô hiện diện trong syringe (hình 1). Ngưng hút khi rút kim.
- Nếu hút ra tế bào: phết mẫu lên lam kính để gửi đi phân tích.
- Nếu hút ra dịch, dịch sẽ được gửi đi phân tích nếu:

- Dịch là máu
- Khối cộm còn hiện diện sau khi hút hết dịch
- Nang tái lập nhanh sau khi hút hết dịch



Hình 1- Chọc hút sinh thiết kim nhỏ (FNA)

2.2.4-Sinh thiết/ cắt trọn u:

Chỉ định

- Khối u đặc
- FNA:
 - Cho kết quả ác tính hay nghi ngờ ác tính
 - Chọc hút ra máu
 - Nang tái lập nhanh sau chọc hút

Nguyên tắc:

- Đường rạch: hình vòng cung trên rìa quầng vú nếu khối u nằm lân cận quầng vú, hình nan quạt nếu khối u nằm ở ¼ dưới ngoài, hình vòng cung nếu khối u nằm ở ¼ trên trong.
- Lấy trọn u và một lớp mô bình thường quanh u (5-10 mm), không làm phá vỡ cấu trúc u.

2.2.5-Sinh thiết một phần:

Mục đích:

- Xác định ung thư vú
- Xác định các tính chất khác của tế bào ung thư (bản chất tế bào và nhân, ER/PR...)
- Làm tiền đề cho việc chọn lựa phương pháp điều trị.

Chỉ định: khối u lớn, khối u T4.

Nguyên tắc:

- Sinh thiết một mẫu hình múi cam
- Cầm máu kỹ
- Không dẫn lưu.

2.2.6-Sinh thiết bằng kim to (core needle biosy):

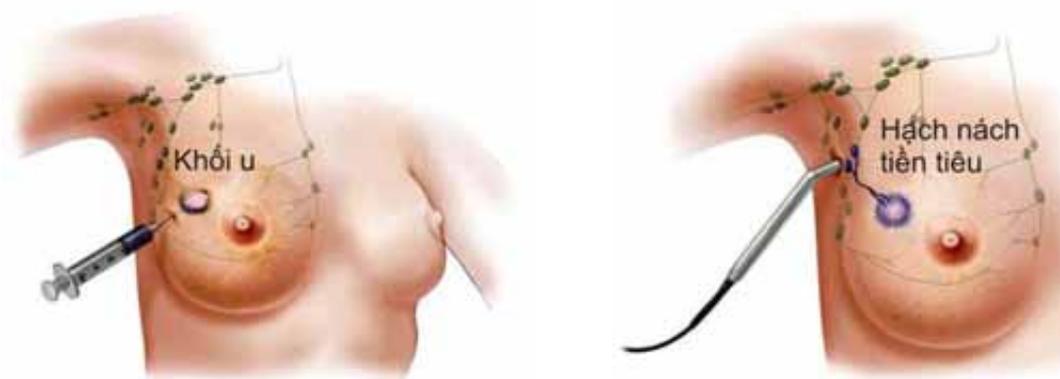
Có giá trị chẩn đoán tương đương sinh thiết một phần.

2.2.7-Sinh thiết hạch nách tiền tiêu:

Mục đích của sinh thiết hạch nách tiền tiêu là nhằm đánh giá giai đoạn hạch nách trước khi quyết định có nạo hạch nách hay không.

Hạch tiền tiêu (sentinel node) là hạch ở đầu hệ thống dẫn lưu bạch mạch, bị di căn trước tiên.

Kỹ thuật: dùng chất nhuộm isosulfan blue hay chất keo có đánh dấu phóng xạ tiêm vào khối u, xác định và sinh thiết hạch đầu tiên bị nhuộm màu hay có chất phóng xạ (hình 2).



Hình 2- Kỹ thuật tìm hạch nách tiền tiêu

2.2.8-Cắt ống tuyến vú:

Được chỉ định cho các trường hợp chảy dịch trong hay máu từ một núm vú mà khối u không phát hiện được trên lâm sàng cũng như trên nhũ ảnh. Trong các trường hợp như thế, thống kê cho thấy 80% là lành tính (papilloma hay dẫn ống tuyến vú). 20% cho kết quả ung thư vú.

Phương pháp: luồn ống thông tuyến lệ (4.0) vào ống tuyến vú chảy dịch, cắt một mẫu mô hình nón.

2.2.9-Xét nghiệm tìm các chất đánh dấu (CEA, CA 15-3, CA 27.29):

Ít có giá trị trong chẩn đoán ung thư vú

2.2.10-Xét nghiệm gene BRCA-1 và BRCA-2:

Được chỉ định khi gia đình BN cũng có người bị ung thư hay bản thân BN bị ung thư buồng trứng kèm theo.

2.3-Chẩn đoán phân biệt:

U sợi tuyến vú (fibroadenoma): khối hình cầu hay bầu dục, bề mặt phẳng, giới hạn rõ, mật độ chắc, không đau và di động rất dễ dàng.

U nhú trong ống tuyến vú: phần lớn nằm ở trung tâm. Triệu chứng: chảy dịch trong hay máu từ núm vú. Chẩn đoán dựa vào siêu âm, FNA hay sinh thiết ống tuyến vú.

Nang vú: khối có giới hạn rõ và di động. Chẩn đoán dựa vào siêu âm.

Bệnh xơ nang vú: nhiều khối cộm rải rác hai bên vú, có thể kèm theo đau hay không. Chẩn đoán dựa vào siêu âm. Ung thư vú có thể phát triển trên vú đã có tổn thương xơ

nang. Trên lâm sàng không thể phân biệt khối cộm của xơ nang vú với khối cộm của ung thư vú. Nếu khám thấy một trong số các khối cộm có mật độ cứng chắc hơn các khối còn lại, phát triển nhanh hơn, đặc biệt có hạch nách, nhất thiết phải chỉ định FNA.

Nang sữa tuyến vú: thường gặp trong giai đoạn hậu sản. Nguyên nhân do tắc một nhánh nào đó của ống dẫn sữa.

2.4-Đánh giá giai đoạn (theo AJCC):

Khối u:

- Tis: carcinoma ống tuyến vú in situ, carcinoma nang tuyến vú in situ, bệnh Paget của núm vú chưa xâm nhập vào mô vú. Các tổn thương này được xem như các tổn thương tiền ung thư.
- T1: khối u nhỏ hơn hay bằng 2 cm.
- T2: khối u lớn hơn 2 cm nhưng nhỏ hơn hay bằng 5 cm.
- T3: khối u lớn hơn 5 cm.
- T4: khối u xâm lấn vào thành ngực hay vào da, khối u viêm tấy.

Di căn hạch:

- N0: không di căn hạch.
- N1: có di căn hạch nách cùng bên và hạch còn di động.
- N2: có di căn hạch nách cùng bên và hạch đã cố định.
- N3: có di căn hạch dưới đòn cùng bên.

Di căn xa:

- M0: không di căn xa.
- M1: có di căn xa.

<i>Giai đoạn</i>	<i>T</i>	<i>N</i>	<i>M</i>
<i>0</i>	<i>is</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>I</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>IIA</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>0</i>
	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>0</i>
	<i>2</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>IIB</i>	<i>2</i>	<i>1</i>	<i>0</i>
	<i>3</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>III_A</i>	<i>0</i>	<i>2</i>	<i>0</i>
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>0</i>
	<i>2</i>	<i>2</i>	<i>0</i>
	<i>3</i>	<i>1</i>	<i>0</i>
	<i>3</i>	<i>2</i>	
<i>III_B</i>	<i>4</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
	<i>4</i>	<i>1</i>	<i>0</i>
	<i>4</i>	<i>2</i>	<i>0</i>
<i>III_C</i>	<i>Bất kỳ</i>	<i>3</i>	
<i>IV</i>	<i>Bất kỳ</i>	<i>Bất kỳ</i>	<i>1</i>

3-Điều trị:

3.1-Các phương pháp điều trị:

3.1.1-Phẫu thuật bảo tồn vú:

Có ba phương pháp phẫu thuật bảo tồn vú:

- Cắt trọn u (lumpectomy)
- Cắt một thùy vú
- Cắt ¼ vú

3.1.2-Phẫu thuật đoạn nhũ:

Các phương pháp:

- Đoạn nhũ đơn thuần: cắt bỏ mô tuyến vú (bao gồm núm và quầng vú), không nạo hạch nách.
- Đoạn nhũ triệt căn cải biên: đoạn nhũ + nạo hạch nách mức I và II (nhóm hạch ở ngoài và sau cơ ngực bé).
- Đoạn nhũ triệt căn cải biên của Patey: đoạn nhũ + nạo hạch nách mức I, II, III (nhóm hạch ở ngoài, sau và phía trong cơ ngực bé). Thường phải cắt ngang hay cắt bỏ cơ ngực bé để có thể nạo được hạch nhóm III. So với phẫu thuật đoạn nhũ triệt căn cải biên, phẫu thuật Patey làm tăng tỉ lệ phù tay do ứ trệ bạch mạch lên 3-10%.
- Phẫu thuật triệt căn (Halsted): đoạn nhũ + nạo hạch nách mức I, II, III + cắt bỏ cơ ngực lớn và cơ ngực bé.

Chuẩn bị trước mổ:

- Quan trọng nhất là chuẩn bị tâm lý BN và bàn luận với BN về phẫu thuật tạo hình vú sau mổ.
- Cho kháng sinh trước mổ (cephalosporin thế hệ 1).

Các bước của phẫu thuật đoạn nhũ triệt căn cải biên:

1-Rạch da hình elip.

2-Tách hai vạt da tới bờ ngoài xương ức (phía trong), bờ trước cơ lưng rộng (phía ngoài), bờ dưới xương đòn (phía trên) và bờ sườn (phía dưới).

3-Cắt bỏ toàn bộ mô vú kèm núm và quầng vú (phía trước) và mạc ngực lớn (phía sau).

4-Nạo hạch nách:

- Mở mạc đòn-ngực để tiếp cận đến bờ ngoài cơ ngực bé và bờ dưới tĩnh mạch nách.
- Tìm và bảo tồn thần kinh:
 - Bắt buộc phải bảo tồn: ngực dài, ngực lưng.
 - Có thể bảo tồn: gian sườn-cánh tay, ngực giữa, ngực bên.
- Nạo hạch vùng hố nách (mức I,II).

5-Dẫn lưu vùng mổ.

Chăm sóc sau mổ:

- Cho thuốc giảm đau
- Kháng sinh: cho đến 24 giờ sau khi rút ống dẫn lưu.

- Ống dẫn lưu: thường được rút vào ngày hậu phẫu 7-10. Đôi khi ống dẫn lưu có thể được giữ đến 1 tháng, tùy thuộc vào lượng dịch dẫn lưu ra nhiều hay ít.

Biến chứng sau mổ:

- Chảy máu
- Hoại tử vật da do thiếu máu nuôi
- Nhiễm trùng vết mổ
- Tụ dịch vùng mổ
- Phù bạch mạch tay
- Tổn thương thần kinh: thường gặp nhất là tê vùng nách và mặt trong cánh tay, do tổn thương thần kinh gian sườn-cánh tay. Tổn thương đám rối cánh tay hiếm gặp.

3.1.3-Phẫu thuật tạo hình vú:

Phẫu thuật tạo hình vú là phần không thể tách rời sau phẫu thuật đoạn nhũ.

Thời điểm có thể tiến hành phẫu thuật tạo hình vú:

- Tức thì (ngay sau đoạn nhũ): dành cho ung thư giai đoạn I, II.
- Trì hoãn (sau xạ/hoá trị): dành cho ung thư ở tất cả các giai đoạn.

Phương pháp:

- Đặt túi nhân tạo: được chỉ định cho BN có vú nhỏ hay vừa, BN sức khoẻ kém, BN có thời gian sống còn lại không lâu. Chống chỉ định: BN sẽ được xạ trị bổ túc.
- Dùng mô tự thân (thường nhất là vật da-cơ lưng rộng có cuống).

3.1.4-Hormone liệu pháp:

Chỉ định: có sự hiện diện của ER và/hoặc PR trên mô ung thư.

Tamoxifen điều trị bổ túc sau mổ: giảm 50% nguy cơ ung thư tái phát và 28% nguy cơ tử vong, là trị liệu hormone được chỉ định rộng rãi nhất.

Cắt bỏ buồng trứng: cho hiệu quả tương tự như hoá trị bổ túc (giảm 25% nguy cơ tử vong).

3.1.5-Hoá trị:

Hoá trị cải thiện rõ rệt tiên lượng sống của BN bị ung thư vú (hoá trị bổ túc giảm 25% tỉ lệ tử vong).

Đa hoá trị chứng tỏ tính ưu việt hơn so với đơn hoá trị.

Có di căn hạch: hoá trị bổ túc là chỉ định bắt buộc. Không di căn hạch: tùy thuộc vào kích thước và bản chất mô học của khối u mà quyết định có hoá trị bổ túc hay không.

Các phác đồ:

- CMF (tiêu chuẩn): cyclophosphamide, methotrexate, 5-fluouracil
- CAF: cyclophosphamide, doxorubicin (Adriamycin), 5-fluouracil
- AC: doxorubicin, cyclophosphamide
- AC kèm theo bởi paclitaxel (Taxol)

- AC kèm theo bởi CMF

3.1.6-Xạ trị:

Chỉ định:

- Sau phẫu thuật bảo tồn vú
- Sau đoạn nhũ với khối u to (kích thước hơn 5cm) hay bờ cắt còn tế bào ung thư
- Sau nạo hạch: có trên 4 hạch bị di căn. Chỉ định này còn đang bàn cãi vì kết hợp xạ trị và nạo hạch nách sẽ làm tăng tỉ lệ và mức độ phù bạch mạch tay.

3.2-Chỉ định:

3.2.1-Giai đoạn 0:

Carcinoma ống tuyến vú in situ:

- Phẫu thuật bảo tồn vú kết hợp xạ trị, có kết hợp hay không với tamoxifen
- Đoạn nhũ, có kết hợp hay không với tamoxifen
- Phẫu thuật bảo tồn vú kết hợp tamoxifen, có kết hợp hay không với xạ trị

Carcinoma nang tuyến vú in situ:

- Theo dõi
- Tamoxifen
- Các thử nghiệm ngăn ngừa ung thư vú đang được nghiên cứu
- Đoạn nhũ phòng ngừa cả hai bên

3.2.2-Giai đoạn I, IIA, IIB, IIIA, IIIB, IIIC* (*: nếu có thể cắt được):

Điều trị theo phương pháp đa mô thức: kết hợp điều trị tại chỗ, điều trị toàn thân và hoá trị.

Điều trị tại chỗ:

- Điều trị bảo tồn vú (phẫu thuật bảo tồn vú, xạ trị, đánh giá giai đoạn hạch nách): đối với khối u nhỏ hơn 2 cm.
- Đoạn nhũ triệt căn cải biên, có kết hợp hay không với tạo hình vú. Xạ trị bổ túc sau mổ nếu có di căn trên 4 hạch hay có xâm lấn ngoài hạch.

Điều trị toàn thân: các phương pháp sau có thể được chọn lựa, tùy thuộc vào tuổi, trạng thái kinh nguyệt, tính chất u (kích thước, độ biệt hoá, loại receptor), di căn hạch:

- Tamoxifen
- Hoá trị
- Cắt buồng trứng
- Tamoxifen + hoá trị
- Hoá trị + cắt buồng trứng
- Tamoxifen + hoá trị + cắt buồng trứng

3.2.3-Giai đoạn IIIB, IIIC (không phẫu thuật được), u viêm tấy:

Điều trị trước tiên: hoá trị.

Nếu có đáp ứng: đoạn nhũ, nạo hạch, xạ trị sau mổ. Có thể phẫu thuật bảo tồn vú nếu đáp ứng hoàn toàn hay đáp ứng tốt.

3.2.4-Giai đoạn IV:

Chủ yếu là hoá trị, có kết hợp hay không với hormone liệu pháp.

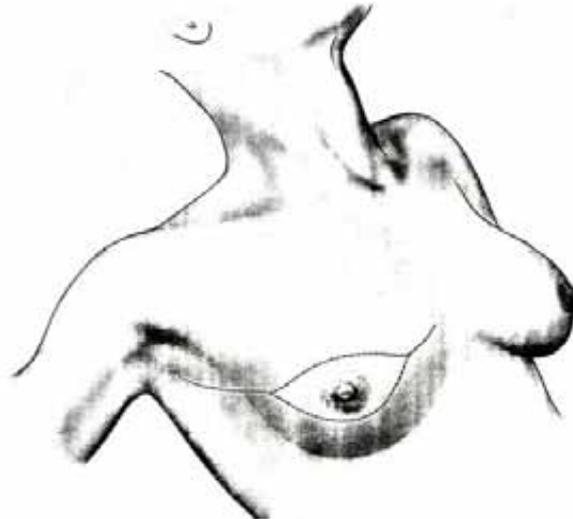
Cân nhắc phẫu thuật (chọn lọc) cho một số BN có tổn thương di căn có triệu chứng.

3.3-Kết quả và tiên lượng:

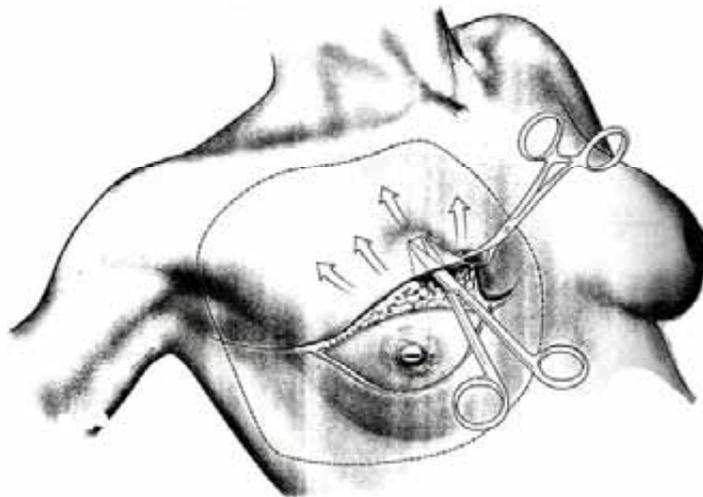
Kết quả chung cho ung thư vú: thời gian sống 20 năm: 75%.

Giai đoạn IV: thời gian sống TB 18-24 tháng.

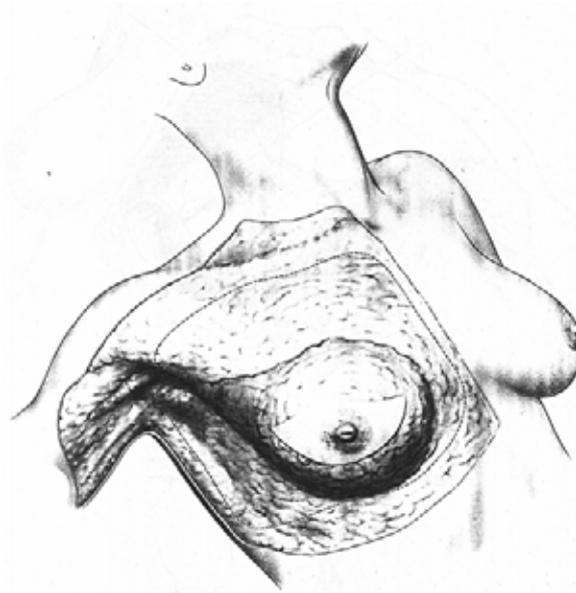
4-Phẫu thuật đoạn nhũ triệt căn cải biên:



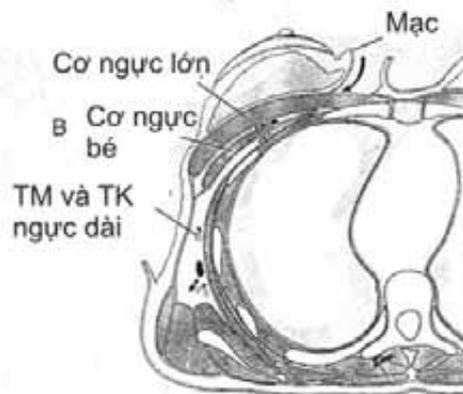
1-Rạch da theo chiều ngang sẽ làm cho việc tạo hình vú dễ dàng hơn. Kích thước và vị trí của đường rạch phụ thuộc vào vị trí khối u và sở thích của phẫu thuật viên.



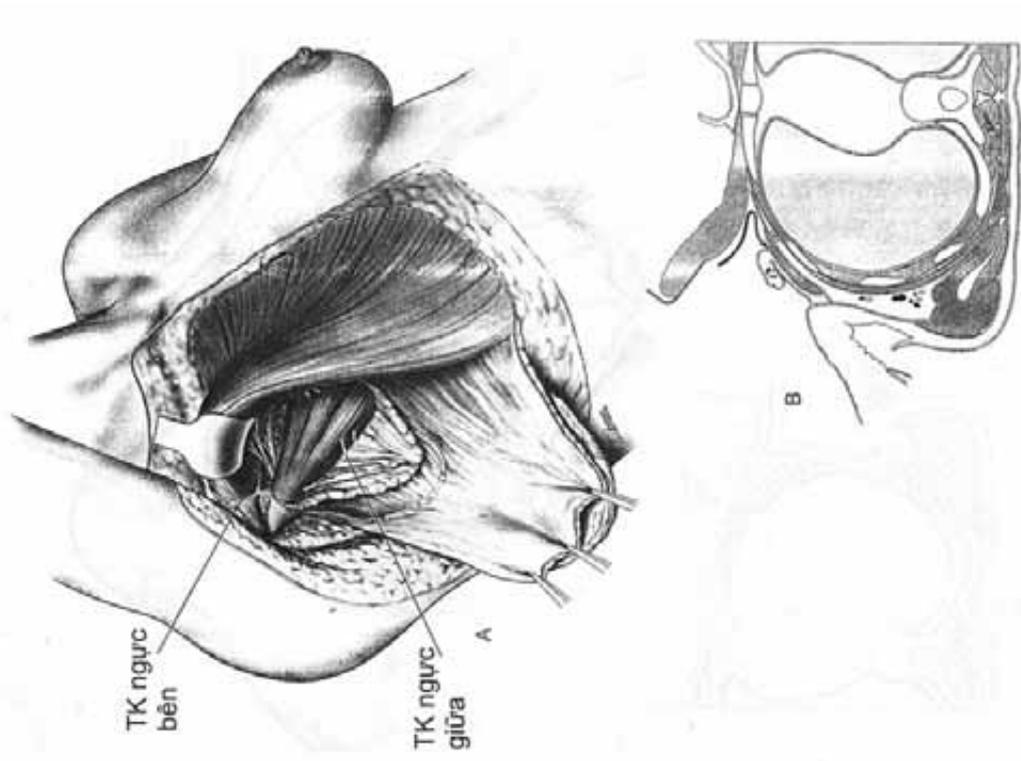
2-Hai vạt da được tách theo bốn hướng: trong tới bờ ngoài xương ức, trên tới bờ dưới xương đòn, dưới tới bờ sườn, ngoài tới bờ ngoài cơ lưng rộng. Mặt phẳng để tách hai vạt da nằm trên lớp mạc nông trong lớp mỡ dưới da. Mạng mạch máu dưới da phải được bảo tồn để hai vạt da sống tốt.



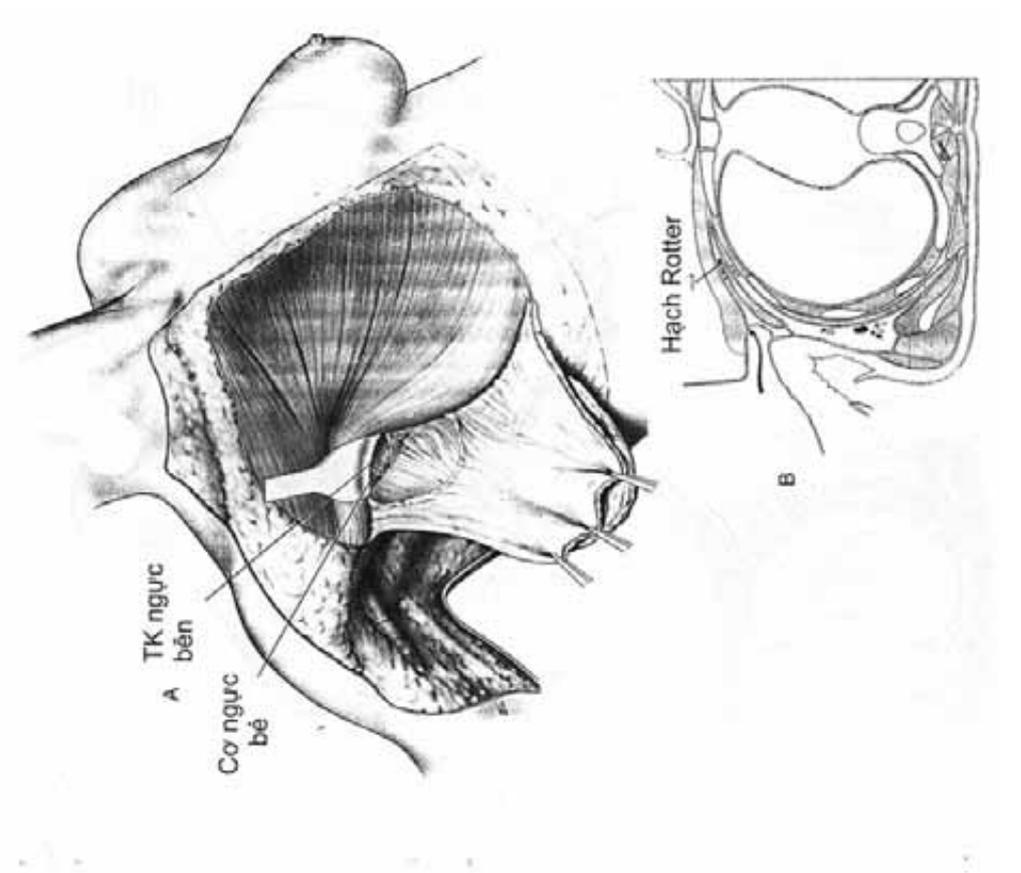
3-Đường chấtm thể hiện giới hạn của hai vạt da.



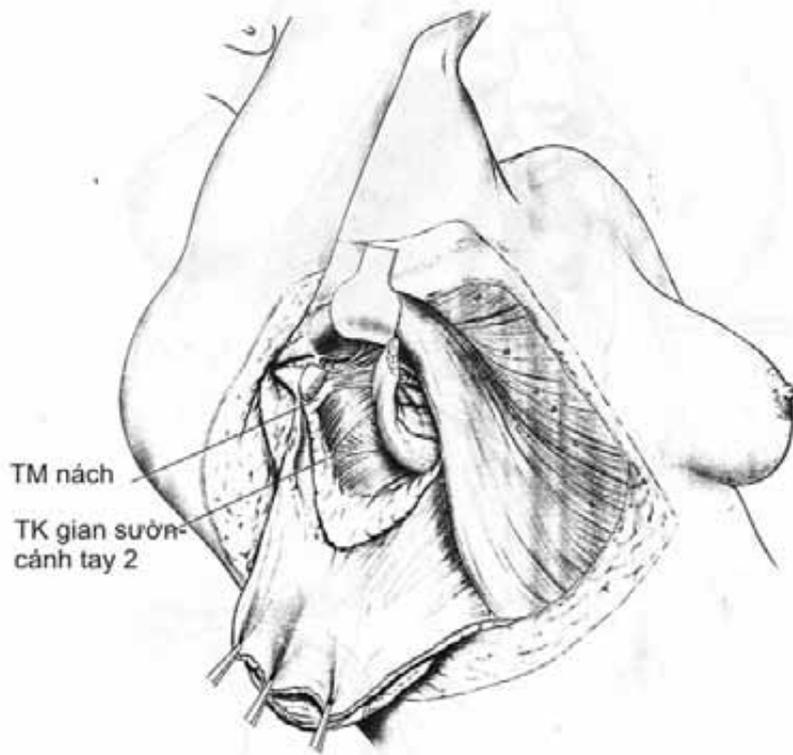
4-Mạc cơ ngực lớn được rạch và tuyến vú được tách ra khỏi cơ ngực lớn bên dưới. Quá trình đoạn nhũ bắt đầu từ phía trên trong (góc ức-đòn) xuống phía dưới ngoài.



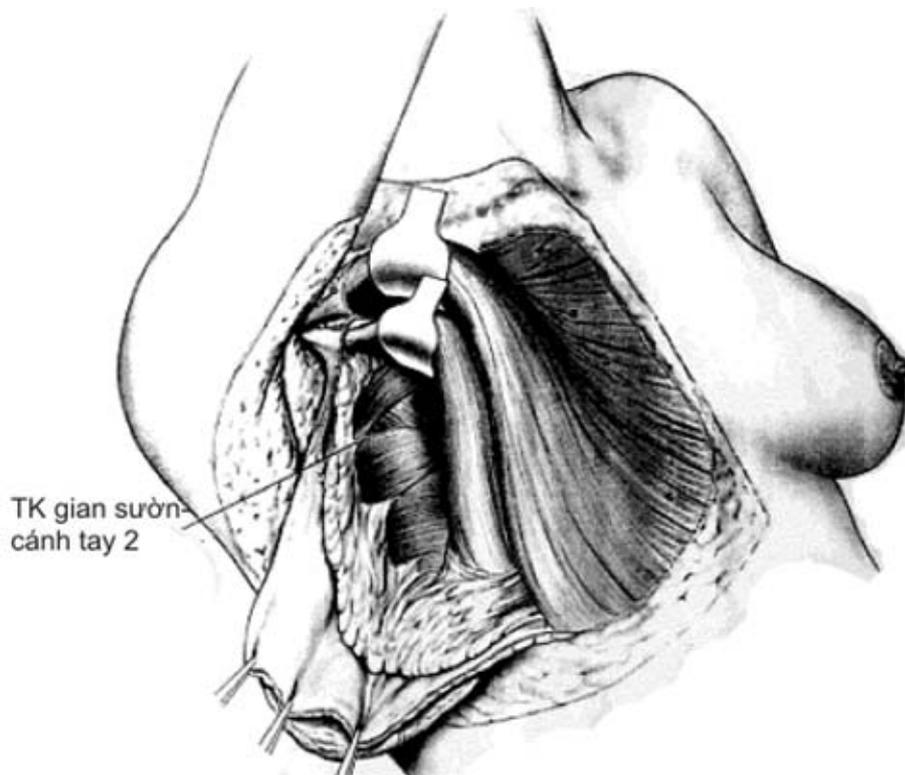
6-Thần kinh ngực giữa có thể được cắt để cho việc bóc tách được dễ dàng.



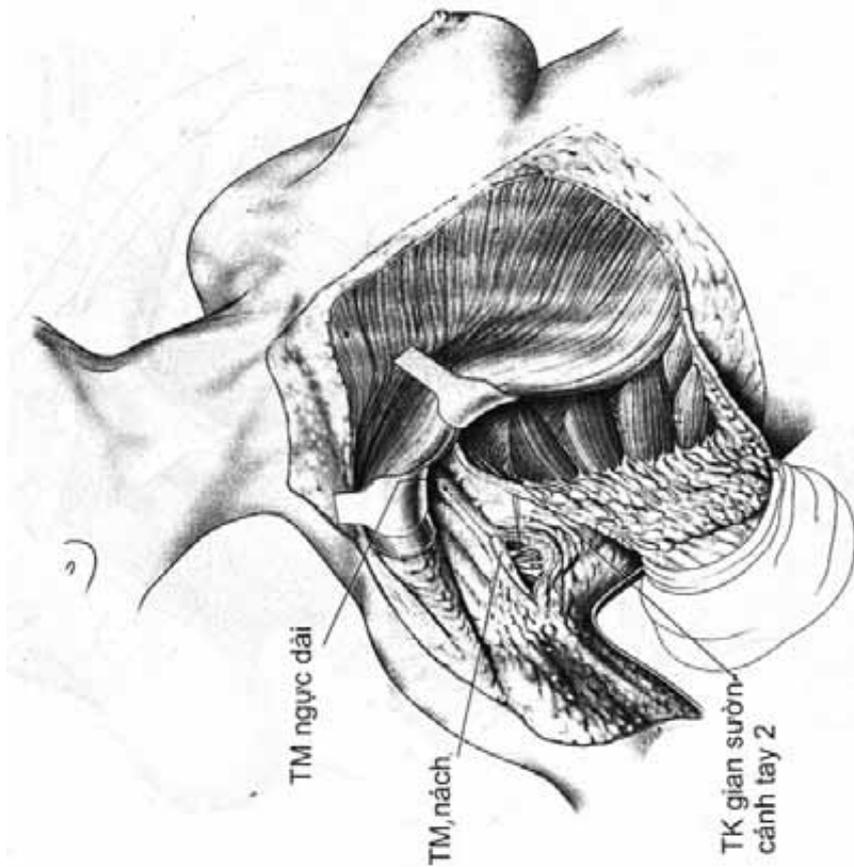
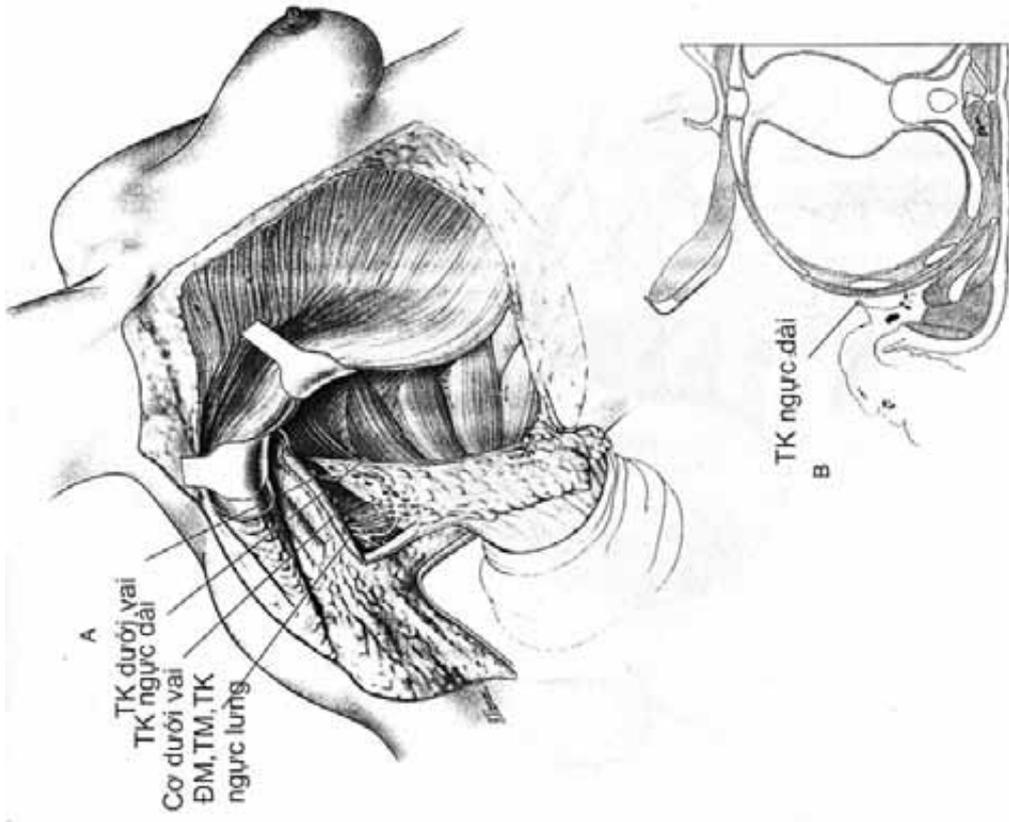
5-Khi tách tới bờ ngoài cơ ngực lớn, việc bóc tách tiếp tục và mạc cơ ngực bé được lấy đi cùng với hạch nhóm I (hạch ngoài cơ ngực bé, còn gọi là hạch Rotter).



7-Cơ ngực bé được vén lên để tiến hành nạo hạch nhóm II (có thể cắt cơ ngực bé ở gần đầu trên, sau đó khâu nối lại).

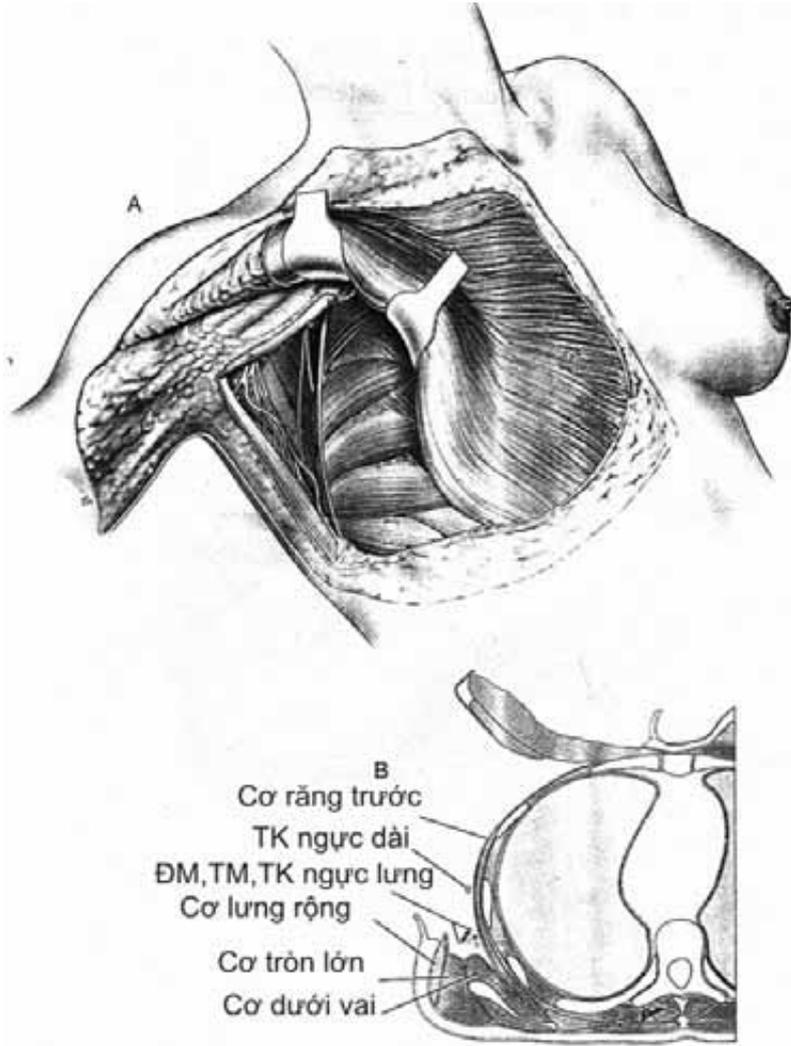


8-Việc bóc tách được tiếp tục ra phía ngoài thành ngực (thường phải cắt thần kinh gian sườn-cánh tay 2) và lên trên, vào hố nách.

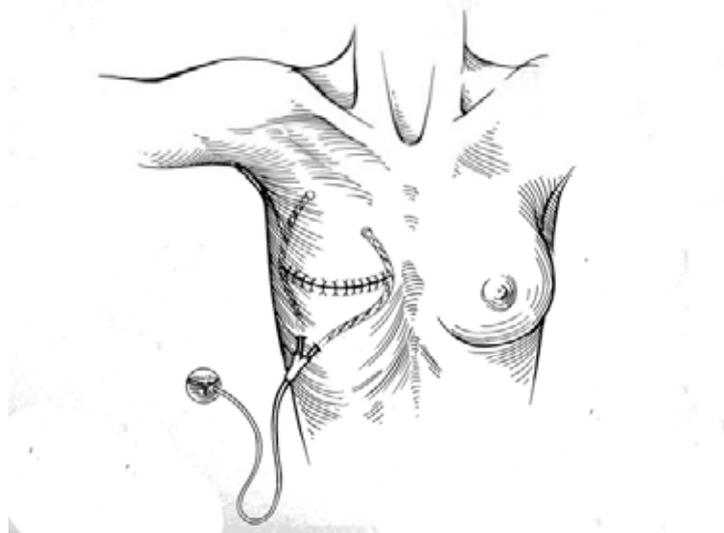


9-Mạch đòn ngực được rạch để bộc lộ tĩnh mạch nách.

10-Tìm và bảo tồn thần kinh ngực dài. Các nhánh tĩnh mạch nhỏ từ khối mỡ vùng hố nách đổ vào tĩnh mạch nách được buộc và cắt. Tim và bảo tồn bó mạch và thần kinh ngực lưng.



11-Việc bóc tách hoàn tất: khối mỡ trong hố nách nằm giữa thần kinh ngực dài và thần kinh ngực lưng đã được lấy đi.



12-Đặt hai ống dẫn lưu hút-kín: một ở trước cơ ngực lớn, một ở cạnh bờ ngoài cơ ngực lớn, trong hố nách. Khâu đóng hai vạt da.