

Đánh giá kết quả tạo hình tai trong điều trị dị tật tai nhỏ bẩm sinh tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Trần Thị Thanh Huyền, Nguyễn Hồng Hà*

Khoa Phẫu thuật hàm mặt, tạo hình và thẩm mỹ, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Ngày nhận bài 16/3/2017; ngày chuyển phản biện 27/3/2017; ngày nhận phản biện 8/5/2017; ngày chấp nhận đăng 16/5/2017

Tóm tắt:

Dị tật tai nhỏ bẩm sinh là một tổn thương phức tạp, có thể có nhiều dạng, từ một vài di tích của sụn vành tai cho đến biến mất toàn bộ vành tai. Cấu trúc giải phẫu đặc biệt của tai cũng như hình thể 3 chiều của nó khiến cho việc tạo hình tai luôn là thách thức cho các phẫu thuật viên tạo hình. Trong bài báo này, các tác giả đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình tai nhỏ bằng sụn sườn tự thân theo 2 thì tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ năm 2008 đến 2016. Tất cả các bệnh nhân (BN) và gia đình đều hài lòng với kết quả ngay sau phẫu thuật. Với tỷ lệ biến chứng thấp, kết quả thẩm mỹ và mức độ hài lòng cao của người bệnh đã chứng tỏ kỹ thuật này là một trong những lựa chọn tối ưu trong điều trị tạo hình tai.

Từ khóa: Dị tật tai, tai nhỏ bẩm sinh, tạo hình tai.

Chỉ số phân loại: 3.2

Đặt vấn đề

Dị tật tai nhỏ là một thương tổn có tỷ lệ hiếm gặp, do nguyên nhân bẩm sinh (1/5.000-7.000 trẻ được sinh ra). Phân loại tổn thương tai nhỏ có thể gặp theo các thể khác nhau hoặc mức độ nặng có thể thấy không có tai (anotia hoặc microtia độ 3), cũng có thể gặp trong một số bệnh cảnh của các hội chứng như Treacher Collin, Goldenhar, hội chứng tai miệng [1]...

Tạo hình tai có lịch sử lâu dài và luôn thay đổi, cho đến nay vẫn có nhiều thách thức cho các phẫu thuật viên tạo hình. Từ thế kỷ thứ VIII, tác giả người Ấn Độ đã ghi lại những mô tả về tạo hình tai bằng cách sử dụng vạt má để tạo hình tổn khuyết da tai. Một thông báo vào năm 1551 đã lần đầu tiên mô tả trồng lại tai do đứt rời toàn bộ tai. Vào năm 1920, Gillies đã sử dụng sụn tự thân trong tạo hình tai toàn bộ. Đến năm 1959, Tanzer đã đánh dấu sự khởi đầu trong kỷ nguyên tạo hình tai hiện đại với thành công trong việc sử dụng ghép sụn sườn tự thân. Brent đã tiếp tục cải tiến và hoàn thiện quy trình tạo hình tai với chất liệu tự thân và đã thông báo lần đầu tiên thành công việc sử dụng kỹ thuật giãn da trong tạo hình tai. Kỹ thuật tạo hình vành tai của Nagata có hai thì lần đầu tiên được thông báo vào năm 1987. Brent lần đầu tiên thông báo kỹ thuật của ông vào năm 1981 với những nguyên lý và khái niệm mới. Nagata và Firmin là hai tác giả sau này với kỹ thuật tạo hình tai hai giai đoạn [2].

Vào năm 1993, Nagata đã thông báo hướng điều trị mới

cho các dị tật tai nhỏ bẩm sinh. Ở Việt Nam, chúng tôi thấy còn chưa có nhiều nghiên cứu về điều trị dị tật tai nhỏ bẩm sinh, do vậy chúng tôi thực hiện đề tài: Đánh giá kết quả tạo hình vành tai trong điều trị dị tật tai nhỏ bẩm sinh tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức với mục tiêu: Nhận xét kết quả tạo hình tai trong điều trị dị tật tai nhỏ bẩm sinh.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu

30 BN được chẩn đoán khuyết tai bẩm sinh. Các BN đều được điều trị tại Khoa Phẫu thuật hàm mặt, tạo hình và thẩm mỹ, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 1/2008 đến 6/2016.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu, can thiệp lâm sàng và không đối chứng.

Tiến hành nghiên cứu: BN được thăm khám lâm sàng, chỉ định làm các xét nghiệm cận lâm sàng cần thiết, lập kế hoạch điều trị phù hợp, phẫu thuật và theo dõi sau phẫu thuật để đánh giá kết quả gần, kết quả xa, chụp ảnh trước và sau mổ, đo đạc và ghi chép thiết kế vị trí đặt khung sụn, trực của tai nhằm tạo sự đối xứng với tai lành và tương quan với các mốc giải phẫu trên khuôn mặt.

Kỹ thuật phẫu thuật lựa chọn: Tạo hình tai hai thì bằng khung sụn tự thân, áp dụng kỹ thuật tạo hình tai của Firmin và Nagata. Tiến hành dưới gây mê nội khí quản, tư thế BN nằm ngửa.

Thì 1: Tiêm lidocain 1% pha adrenalin 1/200.000 vào

*Tác giả liên hệ: Email: nhadr4@gmail.com

Results of ear reconstruction using autologous costal cartilage framework at Viet Duc Hospital

Thi Thanh Huyen Tran, Hong Ha Nguyen*

Department of Maxillofacial, Plastic and Aesthetic Surgery, Viet Duc Hospital

Received 16 March 2017; accepted 16 May 2017

Abstract:

Microtia is a congenital disease with various degrees of severity, ranging from the presence of rudimentary and malformed vestigial structures to the total absence of the ear (anotia). The complex anatomy of the external ear and the necessity to provide the good projection and symmetry make this reconstruction become particularly difficult. The aim of this paper is to report our results of ear reconstruction to correct microtia at Viet Duc Hospital. Our technique involves transposing the lobule of auricle, carving a framework that includes the tragus, and constructing the posterior wall by a small piece of rib cartilage, a fascial temporal flap, and a skin graft. The results have been considered satisfactory by all patients starting from the first surgical step until second step. A low complication rate, the good results obtained, and a high rate of patient satisfaction make this technique become one of the best choices for the treatment of microtia.

Keywords: Ear malformation, ear reconstruction, microtia.

Classification number: 3.2

vùng dự kiến đặt khung sụn vành tai và vùng dự kiến lấy sụn sườn 6-7-8-9 (3 hoặc 4 sụn sườn) cùng bên. Bóc tách bộc lộ khoang nhận khung sụn. Lấy khối sụn sườn, tạo hình các gờ luân, gờ đối luân, hồ tam giác, hõm thuyền theo kích thước tương ứng với tai bên lành hoặc tai người trưởng thành (đối với BN khuyết cả hai tai). Khung sụn được giữ hình dạng bằng chỉ thép nhỏ và chỉ prolene 4/0.

Tận dụng phần da còn lại của di tích tai làm mái tai (nếu có thể). Đặt dẫn lưu sonde hút dạ dày số 8, hút liên tục áp lực âm. Khâu đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

Thi 2: Tạo hình dựng tai sử dụng mẫu sụn sườn dày 5 mm đã chuẩn bị từ thì phẫu thuật thứ nhất để chống tai, che phủ mẫu sụn và làm rãnh sau tai bằng sử dụng vạt cân thái

dương nông, ghép da mỏng trên vạt.

Thời gian giữa hai thì phẫu thuật cách nhau khoảng 6 tháng.

Theo dõi sau phẫu thuật: Theo dõi nhiệt độ, dịch dẫn lưu tại chỗ nơi lấy sụn (ngay sau phẫu thuật); theo dõi các biến chứng (chảy máu, nhiễm trùng, tiêu khung sụn, lộ sụn, biến dạng thành ngực) sau 1 tháng/3 tháng/6 tháng/12 tháng...

Các chỉ số nghiên cứu: Tuổi, giới tính, đơn thuần hay phối hợp, sẹo thành ngực, sự nổi rõ của khung sụn vành tai, biến chứng, mức độ hài lòng của BN.

Kết quả và bàn luận

Tuổi, giới tính và nguyên nhân bệnh

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 28 BN dị tật tai nhỏ một tai và 2 BN dị tật tai nhỏ bẩm sinh hai bên. Độ tuổi trung bình ở thời điểm phẫu thuật là 13,4 tuổi, nhỏ nhất là 5 tuổi và lớn nhất là 26 tuổi. Độ tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các báo cáo của các tác giả khác. Có sự khác biệt như vậy có thể do trình độ hiểu biết về khả năng chữa bệnh của người dân chúng ta thấp hơn nhiều so với các nước phát triển. Các tác giả khác trên thế giới đều khuyến cáo nên tạo hình tai lúc trẻ 5-8 tuổi, khi đó kích thước tai bằng 90% kích thước tai của người trưởng thành [3]. Tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu là 17/13. Theo Tuomas Klockars thì microtia xảy ra phổ biến ở nam giới [4, 5], còn trong nghiên cứu của chúng tôi thì tỷ lệ nam/nữ ở mức tương đương. Chưa có sự khác biệt rõ rệt vì có thể số liệu thống kê của chúng tôi còn ít, chưa đủ lớn để nhận định về mặt dịch tễ học.

Vị trí tổn khuyết tai

Trong nhóm BN nghiên cứu, 26/30 trường hợp khuyết tai phải, trong số đó có 2/30 trường hợp khuyết cả tai trái. Trong một báo cáo của Tuomas Klockars và cộng sự, microtia thường ở bên phải, chiếm 57-65% [4].

Chiều dài của khung sụn và kỹ thuật tạo khung sụn

Chiều dài khung sụn:

Chiều dài của khung sụn	Số lượng tai/tổng số
5 - 5,5 cm	3/32
5,5 - 6 cm	28/32
> 6 cm	1/32

Chiều dài của khung sụn được đo bằng trục của khung sụn. Khi quyết định kích cỡ tai bao nhiêu đối với mỗi BN, chúng tôi thường đo đặc kích cỡ của tai bên lành. Chụp ảnh lấy mẫu về các chi tiết của tai còn lại và dùng kỹ thuật soi

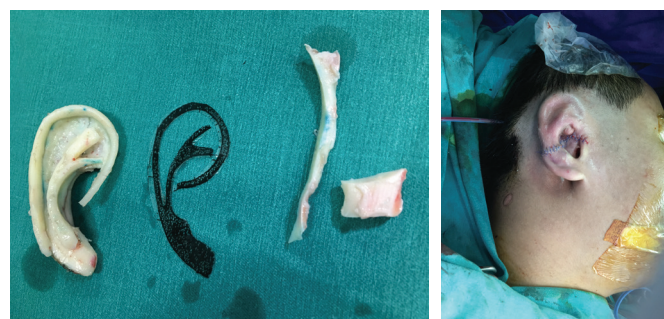
giương để dựng hình ảnh cho tai bên cần tạo hình, mẫu này được tiệt trùng để đối chiếu trong quá trình phẫu thuật sao cho giống với tự nhiên nhất. Kích cỡ của khung sụn được tính toán dựa theo Nagata, chiều dài khung sụn thực tế chính là kích thước tai (đo theo trục tai) - 2 mm (2 mm này chính là phần da bao phủ) [2].

Kỹ thuật tạo khung sụn:

- Số lượng sụn và vị trí lấy sụn để tạo khung: Theo khuyến cáo của Nagata, chúng tôi thường lấy sụn sườn 6, 7, 8, 9 cùng bên. Trong khi với Brent, Tanzer thì thường lấy sụn sườn 6, 7, 8 của bên đối diện [1, 2, 6]. Chúng tôi nhận thấy, muốn có khung sụn nổi rõ hơn các gờ và tăng hình dạng không gian 3 chiều thì cần lấy một số lượng sụn tương đối để giúp cho việc định hình khung sụn rõ rệt hơn. Đặc biệt lưu ý với các BN dưới 10 tuổi, sụn sườn có kích thước nhỏ về chiều dày và chiều dài nên trong quá trình tạo khung sụn phải hết sức thận trọng, tận dụng tối đa sụn để được khung sụn có kích thước tương đối phù hợp.

- Lấy toàn bộ chiều dày sụn hay bán phần: Có 22/30 BN là trẻ em với độ tuổi từ 5-15 tuổi, chúng tôi lấy sụn sườn để lại màng sụn (lấy bán phần chiều dày của các sụn sườn) và tạo các gờ của khung sụn vành tai bằng việc ghép chồng lên phía trên để khung sụn chính các mảnh sụn ghép nhằm tạo sự nổi gờ luân, gờ đối luân..., và làm sâu các rãnh, các hõm bằng việc đục sâu nền sụn xuống. Nagata cũng đã khuyến cáo nên để lại màng sụn và dùng các mẫu sụn thừa để lại vị trí cũ của sụn sườn, giúp cho việc không bị biến dạng lồng ngực và phát triển lồng ngực thứ phát [2, 7]. Còn 8/30 BN có độ tuổi từ 15-26, chúng tôi đã sử dụng toàn bộ chiều dày của sụn sườn nhưng cũng để lại màng sụn, sau khi tạo hình dạng chính cho vành tai, trên nền để của khung sụn vành tai, chúng tôi tạo các rãnh sâu xuống nhằm mục đích nổi rõ các gờ luân, gờ đối luân, các hõm xoắn, hõ scapha...

- Phương tiện hỗ trợ tạo hình khung sụn: Nagata sử dụng chỉ thép mảnh để cố định khung sụn. Một số tác giả Mỹ đã sử dụng Ethibond (special order) để cố định các mẫu sụn với nhau. Vì điều kiện không cho phép, chúng tôi sử dụng chỉ thép 0,4 mm và chỉ prolene để hỗ trợ trong tạo hình khung sụn. Có 2/30 BN sử dụng hoàn toàn bằng chỉ thép để cố định, và ban đầu chúng tôi buộc nơ chỉ về mặt trước của khung sụn nên sau này theo dõi thì thấy cả hai BN này đều có hiện tượng lộ chỉ thép. Có thể do chỉ thép của chúng tôi còn to và lại thất nơ chỉ ở mặt trước nên gây hiện tượng lộ chỉ. Tuy nhiên sau khi rút chỉ thép, khung sụn vẫn ổn định và da che phủ vẫn đảm bảo. Để khắc phục tình trạng đó, chúng tôi hạn chế sử dụng chỉ thép (chỉ sử dụng giúp giữ nền khung sụn) và thất nơ chỉ ở mặt sau khung sụn, đồng thời giữa các gờ và nền khung sụn, chúng tôi sử dụng chỉ prolene 4/0 giúp cho việc định hình khung sụn. Không còn



BN nam, 26 tuổi, chẩn đoán microtia tai phải.

thấy hiện tượng lộ chỉ ở 28/30 BN. Tác giả Nagata sử dụng chỉ thép nhỏ, kim thẳng, hai kim liền nhau để buộc nơ chỉ vào mặt dưới khung sụn. Tác giả Firmin sử dụng chỉ prolene để cố định khung sụn thành một khối thống nhất.

Da che phủ khung sụn

Thành công của phẫu thuật chủ yếu phụ thuộc vào 2 yếu tố chính, đó là khung sụn và da che phủ khung sụn. Sự thiếu hụt của da che phủ phía trên khung sụn là một vấn đề. Tuy nhiên có một số tác giả gợi ý đặt túi giãn để chuẩn bị cho vùng da sẽ nhận khung sụn. Trong số 30 BN của chúng tôi, 100% vật da che phủ khung sụn sống tốt. Tuy nhiên, chúng tôi nhận thấy vấn đề là nếu để vật da dày (lấy theo cả một phần lớp mỡ) thì sức sống của vật tốt nhưng làm lu mờ việc nổi các gờ của khung sụn; còn nếu bóc tách vật da mỏng (không bóc kèm lớp mỡ) thì sức sống của vật bị đe dọa nhưng lại giúp cho việc nổi các gờ của khung sụn rõ ràng và giúp cho khung sụn trở nên tự nhiên hơn. Như vậy, việc bóc tách vật da quá dày cũng sẽ cho kết quả thẩm mỹ không như mong muốn, không làm nổi bật được các bờ cong tự nhiên của khung sụn. Theo Nagata, Brent thì việc chuyển dải tai đối với những trường hợp tai nhỏ còn dải tai là hết sức quan trọng. Nagata chuyển ngay dải tai trong thì phẫu thuật lần đầu cùng với thời điểm đặt khung sụn, còn Brent đã xây dựng một thì mổ để tăng tính an toàn và dễ dàng hơn khi chuyển đơn vị giải phẫu dải tai tới vị trí mới. Chúng tôi chủ yếu áp dụng thời điểm chuyển dải tai theo kỹ thuật của Nagata và có 26/30 trường hợp có di tích dải tai và khi chuyển sang vị trí mới đều có sức sống tốt, hình dáng tự nhiên. Tác giả Nagata đã đề xuất để lại một cuống nuôi dưới da nhỏ để tăng sức sống cho vật da che phủ phía trên khung sụn để tránh hoại tử, lộ sụn. Khi áp dụng kỹ thuật này, chúng tôi thấy tất cả BN đều không có hiện tượng hoại tử da.

Dựng khung sụn vành tai và tạo rãnh sau tai

Tất cả BN khi dựng tai ở thì hai được chúng tôi thực hiện sau thì phẫu thuật đầu tiên tối thiểu là 6 tháng. Chúng tôi sử dụng mẫu sụn sườn đã chuẩn bị từ ngay thì phẫu thuật đầu tiên để chống khung sụn khi dựng vành tai. Mẫu sụn này

có hình chêm và được đặt sâu vào rãnh sau tai khi bóc tách dụng vành tai. 100% trường hợp chúng tôi sử dụng vật cân thái dương nông để che phủ mẫu sụn chổng và ghép da dày phía sau tai và tại vị trí da đầu nơi đặt khung sụn nhằm tăng tính rõ nét của việc tạo rãnh sau tai. Cả Brent, Nagata và nhiều tác giả khác đều nhận thấy nếu sử dụng da mỏng ghép cho vùng sau tai, có thể gây co kéo, vì vậy có thể làm dính tái phát vành tai xuống, gây biến mất rãnh sau tai. Nagata khuyến cáo là mẫu sụn cho thì tạo hình dụng tai được cất ở dưới da vùng ngực và khi lấy da ghép có thể lấy da ngay tại vùng ngực (chỗ có sẹo). Các BN của chúng tôi được lấy mảnh da ghép là da dày và lấy tại vùng ngực (vừa sửa sẹo, vừa lấy da, vừa lấy mẫu sụn sườn để làm sụn chổng đỡ khung sụn).

Các biến chứng

- Theo khuyến cáo, các biến chứng gần có thể gặp là chảy máu, tụ máu, nhiễm trùng, thủng màng phổi... Trong nghiên cứu, chúng tôi gặp 2/30 trường hợp tụ máu và sau khi cắt chỉ thì dịch thoát ra và không gây lộ sụn hay viêm sụn.

- Sẹo thành ngực: Đa số BN đều cho rằng sẹo thành ngực kín đáo, tại chỗ lấy sụn sườn không đau, 13/30 BN có sẹo quá phát. Không có BN nào có sẹo lộ vùng trước ngực.

- Tại chỗ lấy vật cân thái dương: Theo Nagata thông báo có 28,6% BN bị hói tại nơi cho vật, 17,4% BN bị tê bì, 25% BN có sẹo rõ với các BN nam [1, 2]. Tuy nhiên, ở các BN của chúng tôi sẹo đều kín đáo, BN dễ dàng chấp nhận và chưa thấy trường hợp nào bị hói.

- Biến dạng thành ngực: Chúng tôi chưa gặp trường hợp nào có hiện tượng biến dạng thành ngực, có thể do thời gian theo dõi của chúng tôi còn chưa đủ dài để có thể kết luận. Còn theo Firmin và nhiều tác giả khác thì biến chứng này là một biến chứng hiếm gặp. Theo Ohara và cộng sự, tỷ lệ gặp biến chứng này là trên 64% đối với trẻ em dưới 10 tuổi và 20% trẻ ở tuổi lớn hơn. Brent lại quan sát thấy biến chứng này xảy ra ở hầu hết các BN. Có thể ở các nước phát triển, các trường hợp khuyết tai này đều được điều trị sớm (6-10 tuổi) nên tỷ lệ biến dạng lồng ngực rất cao.

- 100% BN không bị hoại tử vật da che phủ khung sụn, hoại tử cân che phủ sụn sau chổng, hoại tử da ghép, hoại tử dải tai. Không có BN nào bị lộ khung sụn.

- 6/30 BN vùng da che phủ mặt trước khung sụn vành tai có mang tóc (tai mang tóc), các BN này đều khuyết tai trong bệnh cảnh Hemifacial microsomia. Các tác giả như Nagata, Brent, Firmin... đều gặp hiện tượng này. Hiện nay trên thế giới, người ta khắc phục bằng cách sử dụng laser để triệt lông hoặc IPL [8]. Trong tương lai, với các BN này, chúng tôi sẽ tiếp tục khắc phục tình trạng kém thẩm mỹ này.

Kết luận

Sau khi nghiên cứu trên 30 BN dị tật tai nhỏ bẩm sinh, tuổi trung bình 13,4 (nhỏ nhất 5 tuổi, lớn nhất 26 tuổi), chúng tôi thấy có 100% BN được tạo hình tai bằng khung sụn tự thân theo hai giai đoạn; 100% vật da che phủ trên tai, vật dải tai (nếu có) và khung sụn sống tốt; 6/30 BN có mang tóc trên tai tạo hình; 13/30 BN có sẹo quá phát vùng ngực. Các BN đều hài lòng ngay sau khi mổ đặt khung sụn dưới da thì một. Tỷ lệ biến chứng sớm và muộn sau mổ thấp và không có sự khác biệt với các tác giả trên thế giới. Tạo hình tai toàn bộ bằng khung sụn tự thân trong khuyết tai là một kỹ thuật phức tạp, đòi hỏi tính tỷ mỉ, cẩn thận rất cao, luôn là một thách thức với các phẫu thuật viên tạo hình vì đặc tính 3D của vành tai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] R. Staudenmaier Editor (2010), *Aesthetics and functionality in ear reconstruction*, **68**, 135p.
- [2] Yasuyo Kawanabe, Satoru Nagata (2006), "A new method of costal cartilage harvest for total auricular reconstruction", *Plastic and reconstructive surgery*, **117(6)**, pp.2011-2018.
- [3] John F. Reinisch and Sheryl Lewin (2009), "Ear reconstruction using a Porous Polyethylene framework and emporoparietal Fascia Flap", *Facial plastic surgery*, **25(3)**, pp.181-189.
- [4] Tuomas Klockars and Jorma Rautio (2009), "Embryology and epidemiology of microtia", *Facial plastic surgery*, **25(3)**, pp.145-148.
- [5] Samuli Suutarla, Jorma Rautio, Tuomas Klockars (2009), "The learning curve in microtia surgery", *Facial plastic surgery*, **25(3)**, pp.164-168.
- [6] Gordon H. Wilkes (2009), "Learning to perform ear reconstruction", *Facial plastic surgery*, **25(3)**, pp.158-163.
- [7] Theodora Manoli, Patrick Jaminet, Armin Kraus, Hans-Eberhard Schaller, Frank Werdin, Nektarios Sinis (2010), "One-stage ear reconstruction after avulsion injury, using the amputated cartilage and a retroauricular transposition flap", *Eplasty*, **10**, p.e13.
- [8] David Gault (2009), "Treatment of unwanted hair in auricular reconstruction", *Facial plastic surgery*, **25(3)**, pp.175-180.