

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU CHUYỂN CƠ THÁI DƯƠNG TREO ĐỘNG GÓC MÉP TRONG ĐIỀU TRỊ LIỆT THẦN KINH VII

NGUYỄN HỒNG HÀ, BÙI MAI ANH
Bệnh viện Việt Đức

TÓM TẮT

Liệt thần kinh mặt (TK VII) là bệnh lý thường gặp với nhiều nguyên nhân khác nhau (bẩm sinh, bệnh lý...). Trong nghiên cứu này, chúng tôi muốn trình bày kết quả bước đầu áp dụng treo động góc mép bằng cách chuyển cơ thái dương theo phương pháp của D.Labbé. Các bệnh nhân được thăm khám, đánh giá, phân loại nụ cười trước phẫu thuật, tập phục hồi chức năng và theo dõi 12-24 tháng sau mổ. Kết quả sớm không có biến chứng chảy máu, nhiễm trùng hay hoại tử. Kết quả xa bệnh nhân có được nét mặt cân đối ở trạng thái tĩnh và trạng thái động. So sánh trước và sau mổ theo phân loại HB, tất cả các bệnh nhân tiến triển từ độ V, VI lên độ II, III.

Từ khóa: Liệt thần kinh mặt, phương pháp của D.Labbé.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Liệt thần kinh (TK) VII hay gặp sau chấn thương vỡ xương đá, sau phẫu thuật khối u (u thần kinh sọ, u tuyến nước bọt mang tai...), xạ trị tuyến mang tai hay bệnh lý bẩm sinh. Mục đích của điều trị là phục hồi lại về mặt chức năng cũng như thẩm mỹ cho khuôn mặt. Có rất nhiều phương pháp phẫu thuật từ đơn giản đến phức tạp đã được áp dụng và báo cáo như các phương pháp treo tĩnh (bệnh nhân có được nét mặt cân đối khi mặt ở trạng thái tĩnh), phương pháp treo động bằng chuyển cơ thái dương, hay sử dụng kỹ thuật vi phẫu nối ghép thần kinh, cơ.

Từ năm 1934 Gillies đã tiến hành chuyển cơ thái dương trong điều trị liệt TK VII nhằm tạo lại sự cân đối ở góc mép. Cơ thái dương được chi phối vận động bởi dây TK V, việc chuyển cơ thái dương cùng bên xuống góc mép cho phép thay thế hoạt động các cơ mặt bị liệt. Vào năm 1952, Mc Laughlin chuyển chỗ bám cân cơ thái dương khỏi mỏm vẹt, toàn bộ cân thái dương được chuyển tới góc mép. Đến năm 1994, D. Labbe đã cải tiến phương pháp này bằng cách tách toàn bộ cơ thái dương khỏi hố thái dương, đồng thời tách cân thái dương khỏi mỏm vẹt xương hàm dưới và chia thành nhiều nhánh nhỏ tới góc mép và rãnh mũi má. Nhờ đó độ dài của cơ thái dương được kéo dài hơn mặc dù nó vẫn được cố định lại tại điểm bám hố thái dương theo đúng vị trí giải phẫu. Theo các nghiên cứu gần đây, phương pháp này cho kết quả phục hồi chức năng vận động góc mép, sự cân xứng của nụ cười gần như tương đương với các kỹ thuật nối ghép TK, cơ bằng kỹ thuật vi phẫu [1], [3], [8], [9].

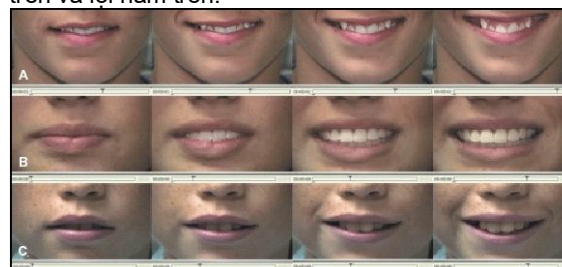
ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Chúng tôi tiến hành phẫu thuật cho 3 bệnh nhân, độ tuổi trưởng thành, trong đó có 2 nữ, 1 nam. Hai

bệnh nhân nữ liệt mặt bẩm sinh, mặt bị teo lõm nhiều. Bệnh nhân nam liệt mặt sau vỡ xương đá, được phẫu thuật sau 1 năm.

Đánh giá, phân loại nụ cười trước phẫu thuật theo Rubin [5]:

- Nụ cười răng nanh: đặc trưng bởi sự hoạt động của cơ nâng môi trên, khi cười cơ kéo toàn bộ môi trên như một cánh cửa sổ làm lộ toàn bộ răng hàm trên và lợi hàm trên.



Hình.1 Phân loại nụ cười theo Rubin. A.Cuspid. B.Complex. C. Mona Lisa [5]

- Nụ cười phức hợp hay nụ cười toàn răng: đặc trưng bởi sự hoạt động của cơ nâng môi trên và cơ hạ góc miệng, khi cười gây lộ toàn bộ răng hàm trên và hàm dưới.

- Nụ cười kiểu Monalisa: đặc trưng bởi sự hoạt động của cơ chèo gò má. Khi cười làm hở răng hàm trên đến răng nanh.

Phẫu thuật

Đường vào: Bộc lộ cơ thái dương theo đường rạch chữ T cùng bên bị liệt, rạch da xuống trước nắp tai đến cung tiếp gò má. Cắt cung tiếp gò má.

Chuyển cơ: Bộc lộ cơ ở hố thái dương, cắt cơ đến sát xương cách bờ thái dương 1cm. Giải phóng điểm bám tận của cân cơ ở mỏm vẹt, sau đó chia thành 2-3 bó nhỏ và cố định vào góc mép theo từng loại nụ cười.

- Với nụ cười kiểu Monalisa: đầu cân thái dương sẽ được cố định vào cơ chèo gò má lớn ở rãnh mũi má.

- Với nụ cười răng nanh: đầu cân sẽ được cố định vào cơ nâng môi trên và phía sau cánh mũi.

- Với nụ cười toàn răng: đầu cân được cố định càng xa càng tốt, dính vào với cơ nâng môi trên, cơ chèo gò má và cơ hạ góc miệng.

Phần cơ thái dương sau khi di chuyển xuống dưới khoảng 1-2cm sẽ được khâu dính lại với bờ thái dương, đặt lại cung tiếp và cố định bằng chỉ thép.

Đánh giá kết quả phẫu thuật: dựa vào bảng điểm House Brackmann [10].

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Trong 2 năm, chúng tôi tiến hành phẫu thuật chuyển cơ thái dương theo phương pháp của D.Labbe cho 3 bệnh nhân. Trong đó 2 bệnh nhân ở độ VI, 1 bệnh nhân ở độ V theo phân loại House Brackmann (HB). Kết quả sớm: Không có trường hợp nào nhiễm trùng hay hoại tử vết. Kết quả xa: nét mặt bệnh nhân ở trạng thái tĩnh và động đều đạt mức tốt, chuyển động của góc mép đạt độ II và III. Ngoài ra ở hai bệnh nhân liệt TK VII bẩm sinh, cơ bị teo lõm nhiều, sau chuyển cơ tạo lại được sự đầy đặn của vùng má nên bệnh nhân rất hài lòng. Trong lô nghiên cứu của D.Labbe, kết quả sau phẫu thuật nét mặt của bệnh nhân ở trạng thái tĩnh đều đạt mức tốt và rất tốt, ở trạng thái động đạt kết quả 50% là rất tốt, 50% trung bình [1].

So với phương pháp treo tĩnh góc mép bằng cân hoặc các chất liệu nhân tạo chỉ cho phép có được nét mặt cân đối khi ở trạng thái tĩnh. Phương pháp treo động có ưu điểm hơn nhiều vì góc miệng bệnh nhân luôn cân đối ở trạng thái tĩnh hay động [1], [3], [8], [9].

Đường sẹo sau mổ khá thẩm mỹ. Đường rạch da rãnh mũi má tạo nếp nhăn ở khoé miệng tăng thêm sự cân đối với bên không liệt. Sẹo vùng chuyển cơ được giấu trong tóc.

So với kỹ thuật ghép thần kinh xuyên mặt kết hợp với chuyển cơ vi phẫu, bệnh nhân sẽ trải qua 2 cuộc mổ vi phẫu, thì việc phẫu thuật chuyển cơ có kỹ thuật đơn giản hơn và thời gian mổ ngắn hơn (3-4h) [1], [3], [8], [9]. Tuy nhiên, trong một số trường hợp tổn thương dây V cùng bên không thể thực hiện phương pháp chuyển cơ thì việc sử dụng kỹ thuật vi phẫu lại là một lựa chọn tối ưu.

So với những phương pháp chuyển cơ thái dương khác, thì phương pháp của D.Labbe có nhiều ưu điểm. Tác giả Gillies chỉ sử dụng một dải cơ thái dương, do vậy lực của dải cơ này không được khỏe. Thêm nữa khi cơ thái dương co rút sẽ gây cơ kéo 2 điểm cùng một lúc là điểm bám của cơ tại mỏm vẹt và góc miệng do đó mặt bệnh nhân sẽ bị cơ kéo rất nhiều. Còn McLaughlin chỉ giải phóng điểm bám của cân thái dương tại mỏm vẹt, do vậy độ dài của cơ thái dương thường bị thiếu, giống như phương pháp của Gillies, khi cố định tại góc mép. Với phương pháp của D.Labbe, cơ thái dương được giải phóng tối đa tại hai điểm nguyên ủy và bám tận, việc chuyển cơ sẽ dễ dàng hơn và kết quả sau phẫu thuật ở hai trạng thái tĩnh và động đều rất tốt [1,3].

Tuy nhiên phương pháp này vẫn có những hạn chế nhất định như: không thể sử dụng cơ thái dương khi cơ này bị tổn thương do phẫu thuật hay chấn thương. Sau khi chuyển cơ cần phải tập phục hồi chức năng để hoạt động của cơ được chính xác. Vùng má sau chuyển cơ thường bị nề, cứng bệnh nhân cần tự massage để làm mềm cơ. Chỉ phục hồi được sự cân đối cho tầng dưới của mặt.

KẾT LUẬN

Phương pháp của D.Labbe cho phép phục hồi lại vận động của tầng dưới mặt bị liệt và khắc phục được hạn chế của những phương pháp chuyển cơ khác là độ dài của cân cơ thái dương thường bị hạn chế. Nguyên tắc cơ bản của phương pháp là trượt toàn bộ cơ thái dương xuống phía dưới 1-2 cm cộng với chuyển chỗ điểm di động của cân thái dương từ mỏm vẹt đến góc miệng để thay thế vận động các cơ của miệng. Kỹ thuật khá đơn giản và thời gian phẫu thuật ít hơn so với vi phẫu thuật. Kết quả đạt được rất khả quan: sẹo mổ thẩm mỹ, bệnh nhân có được nét mặt cân đối ở trạng thái tĩnh và trạng thái động. So sánh trước và sau mổ theo phân loại HB, tất cả các bệnh nhân tiến triển từ độ V, VI lên độ II, III. Cân có những nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn, thời gian nghiên cứu dài hơn để đưa ra được những kết quả chính xác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Labbe D. Myoplastie d'allongement du temporal et reanimation des levres: Note technique. *Ann. Chir. Plast. Esthet.* 42: 44, 1997.
2. D. Labbe, M.D., and M. Huault, M.D. Lengthening Temporalis Myoplasty and Lip Reanimation. *PLASTIC AND RECONSTRUCTIVE SURGERY, April 2000; 1289-1297.*
3. May, M., and Drucker, C. Temporalis muscle for facial reanimation: A 13-year experience with 224 procedures. *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.* 119: 378, 1993.
4. Coulson SE, Adams RD, O'Dwyer NJ, Croxson GR. Physiotherapy rehabilitation of the smile after long-term facial nerve palsy using video self-modeling and implementation intentions. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2006;134: 48-55
5. Rubin LR. The anatomy of a smile: its importance in the treatment of facial paralysis. *Plast Reconstr Surg* 1974;53: 384-387
6. Kang YS, Bae YC, Hwang SM, Nam SB. A simple and quantitative method for three-dimensional measurement of normal smiles. *Ann Plast Surg* 2005;54:379-383
7. Frey M, Giovanoli P, Gerber H, Slameczka M, Stussi E. Three-dimensional video analysis of facial movement; a new method to assess the quantity and quality of the smile. *Plast Reconstr Surg* 1999;104:2032-2039
8. Frey M, Giovanoli P, Tzou Chieh-Han J, Kropf N, Friedl S. Dynamic reconstruction of eye closure by muscle transposition or functional muscle transplantation in facial palsy. *Plast Reconstr Surg* 2004;114:865-875
9. Kofi D.O. Boahene, M.D. Dynamic Muscle Transfer in Facial Reanimation. *FACIAL PLASTIC SURGERY/VOLUME 24, NUMBER 2 2008; 204-210.*
10. Mervi Kanerva. PERIPHERAL FACIAL PALSY Grading, Etiology, and Melkersson-Rosenthal Syndrome. Department of Otorhinolaryngology University of Helsinki Finland.