

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP SỬ DỤNG VẬT CUỐN MŨI DƯỚI TÁI TẠO KHUYẾT NỀN SỌ TRƯỚC

Ngô Văn Công*

TÓM TẮT

Giới thiệu: Trong phẫu thuật u nền sọ với các trường hợp các khối u lớn, có xâm lấn nền sọ hay màng cứng và xâm lấn niêm mạc vách ngăn. Sau khi cắt sạch u sẽ để lại khuyết sọ hoặc khuyết màng cứng và toàn bộ niêm mạc vách ngăn. Vì vậy, việc tái tạo nền sọ khuyết gặp nhiều khó khăn. Trong trường hợp này chúng tôi dùng vật cuốn mũi dưới có cuốn để tái tạo nền sọ khuyết thay thế vật HBF kinh điển. **Phương pháp nghiên cứu:** Báo cáo một trường hợp khối u hốc mũi xâm lấn sàn sọ trước và vách ngăn được điều trị tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Sau phẫu thuật nội soi mở rộng, đã sử dụng vật cuốn mũi dưới có cuốn để tái tạo nền sọ khuyết. **Kết quả:** Nhân một trường hợp ung thư hốc mũi xâm lấn sọ não và vách ngăn. Sau phẫu thuật cắt toàn bộ khối u làm khuyết nền sọ và mất vách ngăn. Chúng tôi đã sử dụng vật cuốn mũi dưới để tái tạo thành công ca khuyết nền sọ này. **Kết luận:** Bước đầu sử dụng vật cuốn mũi dưới giúp tái tạo thành công khuyết nền sọ trước, góp phần đưa vật cuốn dưới có giá trị trong quá trình tái tạo khuyết nền sọ. Vật cuốn dưới có cuốn thường linh hoạt, dễ sử dụng và giàu máu nuôi cung cấp. Vật cuốn dưới có cuốn là vật thay thế hiệu quả khi vật HBF không còn.

Từ khóa: tái tạo nền sọ, vật cuốn dưới, tái tạo nền sọ.

SUMMARY

A CASE REPORT: USING INFERIOR TURBinate FLAP FOR RECONSTRUCTION OF ANTERIOR SKULL BASE DEFECT

Introduce: Anterior skull base tumors which invade brain or nasal septum. After removing total tumor will cause large skull base defect. So, reconstruction of skull base defect is difficult. In this case, we use inferior turbinate flap with vascular pedicle. **Methods:** A case report which have tumor in his nose at Cho Ray hospital. The tumor invade into brain and nasal septum. Skull base defect was occurred after removing skull base tumor. His nasal septum did not exist because the tumor invade nasal septum. Then, we used inferior turbinate flap with vascular pedicle to cover skull base defect in his nose. **Results:** A patient have tumor in his nose. Result of pathology is squamous carcinoma. This tumor invades anterior skull base and brain. Beside, it destroys his nasal septum. We operated this case with expanded endoscopic sinus surgery. We reconstructed anterior skull base defect by multiple layers. And the inferior

turbinate flap was used in this case because his nasal septum is destroyed by tumor. The result of surgery is successful. **Conclusion:** Using inferior turbinate flap to help a successful reconstruction of anterior skull defect. It is important in a process of skull base reconstruction. It is a flap which can be changed flap when nasoseptal flap is unavailable. The inferior turbinate flap is also flexible, easy using and vascular pedicle.

Keywords: skull base reconstruction, inferior turbinate flap with pedicle.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những thập niên gần đây, phẫu thuật nội soi qua mũi mở rộng giúp tiếp cận bệnh học nền sọ và trong màng cứng, giảm các nguy cơ liên sọ với một số phương pháp mở sọ mặt truyền kinh điển. Sau cắt bỏ khối u tạo ra khuyết sàn sọ và cần tái tạo để tách biệt khoang sọ và khoang mũi. Thất bại trong quá trình tái tạo sẽ dẫn đến các biến chứng như chảy dịch não tủy, viêm màng não... [1]. Lỗ rò nhỏ (<1cm) có thể bít rò với tỷ lệ thành công cao bằng tái tạo nhiều mảnh ghép rời [2]. Khuyết sàn sọ sau phẫu thuật nội soi mở rộng là thách thức do tính chất phức tạp và phụ thuộc vào kích thước khuyết. Ngày phẫu thuật nội soi qua mũi mở rộng càng gia tăng, bệnh học cũng đa dạng và các kỹ thuật tái tạo khuyết sàn sọ cũng phát triển. Vật giàu mạch máu đã trở nên chọn lựa chủ yếu do sự linh hoạt của nó với các biến chứng tại chỗ thấp và giúp lành thương nhanh [3][4]. Vật vật mũi vách ngăn có cuốn giàu mạch máu làm giảm tỷ lệ chảy dịch não tủy sau mổ. Trong trường hợp vật HBF không có sẵn do khối u xâm lấn vào vách ngăn, hoặc những trường hợp phẫu thuật lại vách ngăn đã được cắt, cần xem xét vật khác để thay thế. Vật cuốn mũi dưới có cuốn được mô tả như vật thay thế thích hợp [5]. Vật cuốn mũi dưới dựa vào động mạch cuốn mũi dưới, một nhánh của động mạch mũi bên sau, bắt nguồn từ động mạch bướm khẩu cái.

II. CA LÂM SÀNG:

Bệnh nhân nam, 68 tuổi vào viện vì chảy máu mũi, tháng 1/2021. Kèm theo chảy máu mũi có đau đầu từng cơn, nghẹt mũi, giảm khứu giác. Với tiền sử đã phẫu thuật nội soi điều trị viêm xoang 3 tháng trước đó. Bệnh nhân được khám lâm sàng, nội soi và chụp CT, MRI để đánh giá và làm giải phẫu bệnh. Với kết quả mô bệnh học là carcinoma tế bào gai không sừng hóa, kém biệt hóa. Chẩn đoán xác định là ung thư xoang

*Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Văn Công

Email: congtmh@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 16.8.2021

Ngày duyệt bài: 24.8.2021

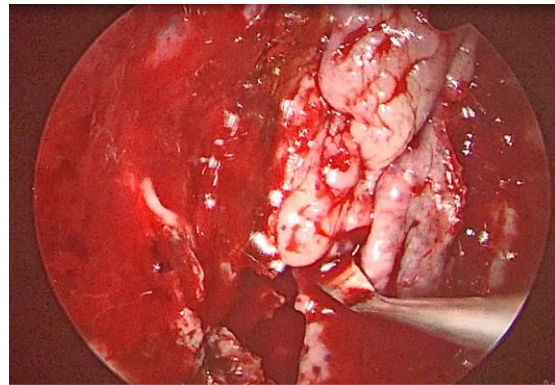
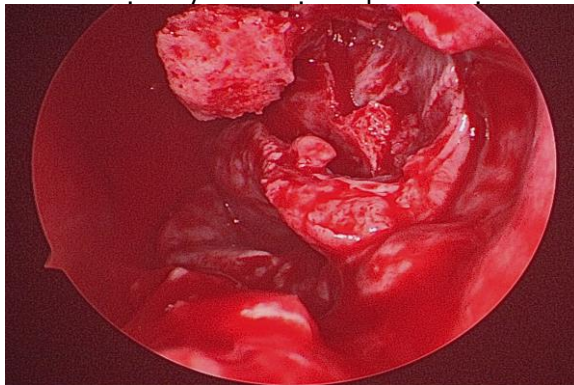
sàng xẩm lẫn sàn sọ trước và vách ngăn. Sau đó, hội chẩn chọn phương pháp phẫu thuật nội soi qua mũi mở rộng để cắt trọn khối xâm lấn não và tái tạo nền sọ trước khuyết sau phẫu thuật nhiều lớp (cân cơ, mỡ, cân cơ và vạt tại chỗ).

Trong trường hợp này, vách ngăn đã mất do u xâm lấn nên phải cắt rộng bỏ toàn bộ vách ngăn đến sàn mũi. Vì vậy, chúng tôi chọn vạt cuốn mũi dưới có cuốn thay thế vạt mũi vách ngăn đã mất.



Hình 1: khối u hàm sàng xâm lấn vào não và vách ngăn bị thủng

Sau phẫu thuật, được chăm sóc và theo dõi tình trạng bệnh ổn và vạt cuốn mũi dưới sống và che phủ toàn bộ khuyết sàn sọ sau phẫu thuật cắt u.



Hình 2: vạt cuốn mũi dưới – sàn mũi để che sàn sọ trước khuyết

III. BÀN LUẬN

Nguyên lý cơ bản của tái tạo nền sọ là tách biệt khoang não và khoang mũi xoang để bảo vệ các cấu trúc mạch máu thần kinh sinh tồn. Tái tạo sàn sọ kín hạn chế chảy dịch não tủy sau mổ, giảm tình trạng nhiễm khuẩn, cũng như thoát mạch và giả phình thứ phát dẫn đến khô và nhiễm trùng mạch máu chính [1]. Tỷ lệ thành công đến 95% với các khuyết sàn sọ nhỏ. Với các khuyết sàn sọ lớn sau phẫu thuật nội soi mũi mở rộng là một thách thức cho phẫu thuật viên. Tái tạo khuyết dựa vào nhiều yếu tố như: kích cỡ, hình dạng và vị trí màng não khuyết, bóc tách trong màng nhện, phẫu thuật hàm mặt hoặc trong mũi trước đó, điều trị xạ trị trước đó, và nguy cơ tăng áp dịch não tủy sau phẫu thuật [6]. Việc tái tạo sàn sọ dựa vào quan điểm phẫu

thuật đơn giản nhất với tỷ lệ thành công cao nhất. Ngày nay để có tỷ lệ thành công cao có thể ứng dụng các kỹ thuật phức tạp, bao gồm vạt không cuốn mạch, vạt mũi vách ngăn có cuốn mạch, vạt cuốn mũi và vạt vùng [6]. Vạt cuốn mạch phát triển cho các khuyết sàn sọ lớn [1]. Sử dụng các vạt tái tạo làm giảm tỷ lệ chảy dịch não tủy sau mổ so với các mảnh ghép mô tự do. Vạt HBF có hiệu quả cao trong tái tạo sàn sọ qua nội soi mũi do tính linh hoạt, rất tốt cho xoay và phủ bề mặt lớn [1]. Cần xem xét vạt thay thế khi vạt HBF không còn. Vạt cuốn dưới được xem là vạt thay thế thích hợp [5]. Mạch máu cung cấp đến vạt niêm mạc cuốn dưới xuất phát từ động mạch cuốn dưới, một nhánh tận có động mạch vách mũi xoang sau, chúng là nhánh của động mạch bướm khẩu cái.

Lịch sử, vạt cuốn mũi dưới có cuốn đã được sử dụng cho đóng thủng vách ngăn và rò họng mũi [7]. Fortes và cộng sự [5] lần đầu tiên mô tả sử dụng vạt cuốn mũi dưới cho tái tạo sàn sọ, có 4 bệnh nhân tái tạo thành công với vạt cuốn mũi. Lee và cộng sự [8] gần đây đã báo cáo 5 bệnh nhân khuyết sàn sọ được tái tạo với vạt cuốn mũi dưới cho kết quả thành công. Chúng tôi ứng dụng vạt cuốn dưới cho trường trên và đã thành công. Thời gian đầu có vảy (6 tuần đầu) cũng được làm sạch với sự phục hồi niêm mạc của vị trí chuyển niêm mạc.

Tuy nhiên vạt cuốn mũi dưới vẫn có giới hạn liên quan đến khả năng che phủ toàn bộ sàn sọ trước. Phân tích giải phẫu cho thấy vạt cuốn mũi dưới có thể chỉ phủ đến 67% của chiều dài hố sọ trước khuyết [9]. Vạt cuốn mũi dưới cho thấy bao phủ phần lớn hố sọ trước từ thành sau xoang trán đến mảnh ngang xoang bướm [10]. Vạt này có thể sử dụng một mình hoặc phối hợp với vạt HBF. Giới hạn khác của vạt cuốn dưới là bề mặt không rộng so với vạt HBF hoặc vạt ngoài mũi. Diện tích bề mặt của vạt cuốn mũi dưới trung bình $2.4 \pm 1.0 \text{ cm}^2$, chiều dài 5.4 cm, chiều rộng 2.2 cm [9]. Tuy nhiên, phần niêm mạc có thể mở rộng xuống vách mũi xoang, bao gồm vách mũi xoang phía dưới cuốn dưới, khe mũi dưới và sàn mũi để tăng diện tích của vạt. Việc cải tiến này có thể tăng diện tích vạt gấp 3

lần vạt cuốn mũi dưới [1]. Trong trường hợp vạt cuốn che không hoàn toàn nền sọ khuyết thì đặt vạt ở trung tâm của khuyết sàn sọ và hỗ trợ các mảnh ghép rời để có thể che kín hoàn toàn khuyết sàn sọ [9]. Ngoài ra, có thể sử dụng hai vạt cuốn mũi dưới để che phủ hoàn toàn khuyết nền sọ.

Kỹ thuật phẫu thuật

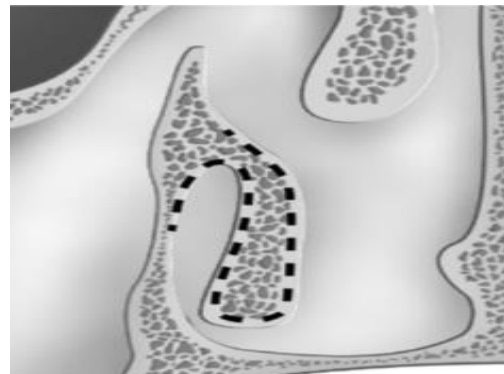
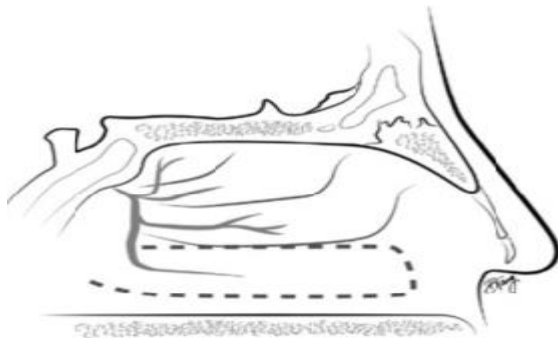
Bê cuốn mũi dưới ra ngoài, xác định lỗ bướm khẩu cái phía trên sau với đuôi cuốn mũi dưới. Cuốn mạch nuôi cuốn mũi dưới thỉnh thoảng nhìn thấy di động theo nhịp mạch.

Chích tê lidocaine 1% và epinephrine 1:100.000 vào đuôi cuốn mũi dưới và quanh niêm mạc cuốn mạch. Dùng dao điện đơn cực bề cong đầu 45° cắt:

+ Đường cắt phía dưới bắt đầu phía sau lỗ bướm khẩu cái, rạch dọc xuống trước vòm nhĩ đến sàn mũi, sau đó vòng cung ra trước qua khe mũi dưới và dọc ra trước đến đầu cuốn mũi dưới.

+ Đường cắt phía trên bắt đầu phía trước lỗ bướm khẩu cái và tiếp tục ra trước dọc trên cuốn dưới ở vách mũi xoang. Ở đầu cuốn mũi dưới nổi 2 đường lại theo hình chữ S ở đầu cuốn dưới, cẩn thận tránh tổn thương van Hasner.

+ Tách nhẹ nhàng niêm mạc ra sau vì niêm mạc mỏng và khó. Sau khi tách xong chuyển vạt xuống vòm mũi họng.



Hình 3: minh họa đường cắt tạo vạt cuốn mũi dưới có cuốn

IV. KẾT LUẬN

Trong trường hợp tái tạo nền sọ trước cần sử dụng vạt mũi tại chỗ. Mà vạt mũi vách không còn do đã phẫu thuật hay do u xâm lấn. Một vạt thay thế vạt mũi vách ngăn, vạt cuốn mũi dưới có cuốn là vạt thay thế được, an toàn và hiệu quả cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rivera-Serrano CM, Bassagaisteguy LH,

Hadad G, Carrau RL, Kelly D, Prevedello DM, Fernandez-Miranda J, Kassam AB: Posterior pedicle lateral nasal wall flap: new reconstructive technique for large defects of the skull base. Am J Rhinol Allergy 2011, 25:e212–e216.

2. Hegazy HM, Carrau RL, Snyderman CH, Kassam A, Zweig J: Transnasal endoscopic repair of cerebrospinal fluid rhinorrhea: a meta-analysis. Laryngoscope 2000, 110:1166–1172.

3. Harvey RJ, Nogueira JF, Schlosser RJ, Patel SJ, Vellutini E, Stamm AC: Closure of large skull base defects after endoscopic trans-nasal craniotomy,

- Clinical article. J Neurosurg 2009, 111:371–379.
4. **Zanation AM, Carrau RL, Snyderman CH, Germanwala AV, Gardner PA, Prevedello DM, Kassam AB:** Nasoseptal flap reconstruction of high flow intraoperative cerebral spinal fluid leaks during endoscopic skull base surgery. Am J Rhinol Allergy 2009, 23:518–521.
 5. **Fortes FS, Carrau RL, Snyderman CH, Prevedello D, Vescan A, Mintz A, Gardner P, Kassam AB:** The posterior pedicle inferior turbinate flap: a new vascularized flap for skull base reconstruction. Laryngoscope 2007, 117:1329–1332.
 6. **Patel MR, Stadler ME, Snyderman CH, Carrau RL, Kassam AB, Germanwala AV, Gardner P, Zanation AM:** How to choose? Endoscopic skull base reconstructive options and limitations. Skull Base 2010, 20:397–404.
 7. **Masing H, Gammert C, Jaumann MP:** Our concept concerning treatment of septal perforations. Laryngol Rhinol Otol 1980, 59:50–56.
 8. **Lee DH, Yoon TM, Lee JK, OO YE, Kim IY, Jang WY, Moon KS, Jung S, Lim SC:** Clinical utility of the inferior turbinate flaps in the reconstruction of the nasal septum and skull base. J Craniofac Surg 2012, 23:e322–e326.
 9. **Harvey RJ, Sheahan PO, Schlosser RJ:** Inferior turbinate pedicle flap for endoscopic skull base defect repair. Am J Rhinol Allergy 2009, 23:522–526.
 10. **Gil Z, Margalit N:** Anteriorly based inferior turbinate flap for endoscopic skull base reconstruction. Otolaryngol Head Neck Surg 2012, 146:842–847.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH THÁI RĂNG NANH VĨNH VIỄN HÀM TRÊN NGẪM QUA PHIM CẮT LỚP VI TÍNH CHỤM TIA HÌNH NÓN

Vi Thị Hồng*, Trần Cao Bính**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình thái răng nanh vĩnh viễn hàm trên ngậm (răng nanh ngậm) qua phim cắt lớp vi tính chòm tia hình nón. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên phim CT Conbeam của những bệnh nhân cố răng nanh ngậm lấy từ dữ liệu DICOM (Digital Imaging and Communications in Medicine). **Kết quả:** Tỷ lệ xuất hiện răng nanh ngậm ở nữ (53.7%) cao hơn ở nam (46.3%). Bệnh nhân chỉ có 1 răng nanh vĩnh viễn chiếm đa số (83.33%). Số răng nanh ngậm đã hoàn thiện chân răng chiếm 63,5%, tỉ lệ răng nanh ngậm không có răng nanh sữa tương ứng là 57.1%. Tỉ lệ răng nanh ngậm có góc với đường giữa trên 45 độ là 55.6%. Răng nanh ngậm nằm về phía tiền đình chiếm 73%. Răng nanh ngậm nghiêng gần chiếm 66.7%. Trường hợp đỉnh răng nanh ngậm ở xa đường nối men-cement nhưng dưới chóp chân răng bên cạnh chiếm 50.8%. Răng nanh ngậm có tình trạng bệnh lý hoặc bất thường đi kèm chiếm 63.5%. **Kết luận:** Đa số răng nanh ngậm đã hoàn thiện chân răng và phần lớn không có răng nanh sữa tương ứng. Số răng nanh ngậm có trục răng tạo với đường giữa góc trên 45 độ chiếm hơn một nửa các trường hợp nghiên cứu. Về vị trí: theo chiều trong- ngoài phần lớn răng nanh ngậm nằm về phía tiền đình; theo chiều trên dưới các trường hợp đỉnh răng nanh ngậm ở xa đường nối men - cement nhưng dưới chóp chân răng bên cạnh chiếm tỉ lệ cao; theo chiều gần-xa phần lớn răng nanh ngậm

ngiêng gần. Đa số răng nanh ngậm có tình trạng bệnh lý hoặc bất thường đi kèm.

Từ khóa: răng nanh ngậm, phim cắt lớp vi tính chòm tia hình nón.

SUMMARY

MORPHOLOGY CHARACTERISTICS OF MAXILLARY IMPACTED CANINES WITH CONE BEAM COMPUTED TOMOGRAPHY

Aim: The objectives of this study were to describe morphology characteristics of maxillary impacted canines (impacted canine) with Cone Beam Computed Tomography findings. **Subjects and methods:** We conducted a cross-sectional descriptive study. CT Cone Beam images of patients with impacted canines were taken from DICOM (Digital Imaging and Communications in Medicine). **Results:** The prevalence of impacted canine in the female group (53.7%) was higher than the male group (46.3%). Most of subjects had solitary permanent canine (83.33%). The percentage of completed root was 63.5%, the percentage of impacted canine with the absence of deciduous canine was 57.1%. There was 55.6% impacted canine having 45 degree angulation to midline. Impacted canine locating buccally accounted for 73%. Impacted canine locating mesially to the midline accounted for 66.7%. There was 50.8% impacted canine locating distally from enamel-cement junction but below adjacent tooth's apex. Impacted canine with pathological or abnormal condition accounted for 63.5%. **Conclusions:** Most of the impacted canines have complete root canals and most have no corresponding deciduous canines. The number of impacted canines with angulation to midline angle more than 45 degrees accounted for more than half of the cases studied. Most of the impacted canines located buccally and had mesially to the midline; the highest point of most impacted canines located distally to the enamel-cement junction

*Trường Đại học Y Hà Nội

**Bệnh viện Răng Hàm Mặt TW Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vi Thị Hồng

Email: drvihonghmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 16.8.2021

Ngày duyệt bài: 24.8.2021