

ĐÁNH GIÁ SỰ HIỆU QUẢ CỦA PHẪU THUẬT GHÉP XƯƠNG CHO KHE HỞ XƯƠNG Ổ RĂNG

NGUYỄN HỮU NAM

TÓM TẮT

Điều trị các trẻ bị khe hở môi, hở hàm ếch chủ yếu nhằm sửa chữa những khiếm khuyết thẩm mỹ do dị tật ổ môi và mũi cũng như phục hồi chức năng của môi và vòm miệng. Mục đích của mảnh ghép xương ổ không chỉ khấp kín lỗ thông giữa mũi và miệng mà còn tạo sự liên tục cho chỗ ghép, tạo dáng cho xương ổ răng, hỗ trợ cho sự mọc răng và chỉnh nha, cho phép mang lại vẻ ngoài tương đối bình thường của hàm răng cạnh khe hở, tạo chỗ tựa cho nền mũi. Nghiên cứu 50 bệnh nhân

tuổi rung bình 15,2 đã được phẫu thuật tạo hình môi và vòm miệng toàn bộ một bên hoặc hai bên cần được ghép xương đủ điều kiện gây mê, đồng ý tham gia nghiên cứu tại Bv RHM TW tp Hồ Chí Minh.

Kết quả sau 12 tháng ghép xương cho 59 khe hở trên 50 bệnh nhân răng nanh mọc qua khe hở tốt, 98% bệnh nhân với lỗ thông mũi miệng được đóng kín, mảnh ghép vững ổn và chỉ có 2% bệnh bị nhiễm trùng, bung chỉ vết mổ

SUMMARY

Treatment of the child with cleft lip and palate begins with considerations primarily directed toward cosmetic repair of the lips and nasal deformities as well as toward function repair for the lip musculature. Most patients with alveolar cleft that is unrepaired present with one or more of a number of problems associated this deformities.

Some of the goals of alveolar cleft bone grafting include closing the oralnasal fistula; stabilization of the lesser segment ; providing adequate bone support for the teeth adjacent to the cleft; allowing for eruption teeth in the cleft area (canine or lateral incisor teeth) with good bone support; supporting the alar base and lip establishing good soft tissue contours with adequate keratinized gingiva for periodontal health and minimizing growth disturbance

Studied on 50 patients with repaired complete unilateral and bilateral cleft lip needing to be bone grafted at the national hospital of Odontomatology at Hochiminh city from March 2005 to March 2010, we evaluated the effects of the bone graft on these patients.

Keyword: alveolar cleft; cleft lip and palate; tibia; alveolar bone grafting

ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị các trẻ bị khe hở môi, hở hàm ếch chủ yếu nhằm sửa chữa những khiếm khuyết thẩm mỹ do dị tật ở môi và mũi cũng như phục hồi chức năng của môi và vòm miệng. Mặc dù nhìn bên ngoài, dường như đơn giản để thấy rằng hầu hết các bác sĩ lâm sàng đề nghị chỉnh sửa xương và mô mềm đối với khe hở xương ổ răng, một số tác giả cho rằng chỉnh hình xung quanh xương trong giai đoạn sớm cũng có hiệu quả trong 1 số trường hợp, một số khác tin rằng những khe hở nhỏ không phải lúc nào cũng cần phải được chỉnh sửa. Tuy vậy, hầu hết bệnh nhân có khe hở xương ổ chưa được chỉnh sửa đều có biểu hiện dị tật khác đi kèm. Vì mục đích của mảnh ghép xương ổ không chỉ khép kín lỗ thông giữa mũi và miệng mà còn tạo sự liên tục cho chỗ ghép, tạo dáng cho xương ổ răng, hỗ trợ cho sự mọc răng và chỉnh nha, cho phép mang lại vẻ ngoài tương đối bình thường của răng cạnh khe hở, tạo chỗ tựa cho nền mũi[1,3].

Nhiều kỹ thuật phẫu thuật điều trị khe hở cung răng như là chỉ tạo hình nướu- màng xương, ghép xương sau tạo hình nướu- màng xương, ghép xương không có tạo hình nướu màng xương, các giai đoạn trong thủ thuật ghép xương như là ghép xương thì đầu trong lúc tạo hình môi hàm ếch, hay ghép xương thì 2.

Các phẫu thuật viên luôn tìm kiếm các nguồn vật liệu để đáp ứng nhu cầu ngày càng đa dạng của bệnh nhân cũng như đánh giá loại xương ghép và kết quả đạt được

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu 50 bệnh nhân tuổi trung bình 15,2 đã được phẫu thuật tạo hình môi và vòm miệng toàn bộ một bên hoặc hai bên cần được ghép xương đủ điều kiện gây mê, đồng ý tham gia nghiên cứu tại Bv RHM TW tp Hồ Chí Minh.

2. Phương pháp nghiên cứu.

- 2.1. Nghiên cứu theo phương pháp mô tả loạt ca.
- 2.2. Các bước tiến hành.

Nghiên cứu trên mẫu hàm trước và sau phẫu thuật cũng như x-quang trên bệnh nhân được ghép xương từ đầu gần xương chày nhằm đánh giá

Sự hình thành răng, sự mọc răng nanh và cũng như tương quan của mầm răng chưa mọc với chân răng đã mọc hai bên bờ khe hở xương ổ răng

Cấu trúc xương hai bên bờ khe hở.

Kết quả sau khi ghép xương ổ răng.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Cấu trúc khe hở xương ổ răng.

Bảng 1. Cấu trúc khe hở xương ổ răng

Cấu trúc khe hở xương ổ răng	Số lượng	Tỷ Lệ (%)
Hai bờ khe hở liền nhau	23	39
Hai bờ khe hở không liền nhau	36	61
Cộng	59	100

Tạo hình nướu - màng xương là một thủ thuật phẫu thuật đưa đến sự tạo thành cấu xương giữa các phân đoạn xương ổ bị khe hở với hy vọng đạt được sự kết hợp xương. Tạo hình nướu-màng xương theo kiểu Millard đã được chứng minh là có ảnh hưởng đến sự tăng trưởng dài hạn của xương hàm trên. Những bệnh nhân đã làm tạo hình nướu-màng xương nhận được lợi ích giống hệt nếu không muốn nói là nhiều hơn, bao gồm cơ hội tốt là tránh phải ghép xương ổ kỳ hai, loại trừ lỗ dò, ổn định các phân đoạn xương ổ, và mọc răng sữa bình thường hơn, việc đánh giá cấu trúc khe hở xương ổ răng bằng việc phim X – quang trước phẫu thuật thì trong lúc phẫu thuật chúng tôi cũng đánh giá lại Tuy nhiên, khi sự tạo thành cấu xương do tạo hình nướu-màng xương là không hoàn toàn, bệnh nhân đòi hỏi ghép xương ổ kỳ hai [9].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 39% khe hở xương ổ có cấu xương.

2. Sự hình thành và mọc răng nanh

Bảng 2 Sự hình thành và mọc răng nanh

Loại khe hở	Khe hở một bên		Khe hở hai bên			
			Bên phải		Bên trái	
Sự hình thành và mọc răng	Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%
Không có mầm răng	1	2.2	0	0	0	0
Mầm răng chưa mọc	8	9.8	1	11.1	1	11.1
Mầm răng đã mọc	32	78	8	88.9	8	88.9
Cộng	41	100	9	100	9	100

Đa số các tác giả qua tâm nhất trong vấn đề ghép xương không chỉ đóng kín lỗ thông mũi – miệng (nếu có), tạo sự nâng đỡ cho nền mũi, cánh mũi tạo ra một cung hàm cân đối., tạo liên kết xương vững chắc cho hai bên cung hàm, mà còn giúp phục hình cũng như chỉnh hình sau này mà còn tạo điều kiện cho răng nanh mọc đúng vị trí.

Nghiên cứu của chúng tôi, không có mầm răng nanh chiếm tỷ lệ 1,7% trên tổng số khe hở, mầm răng nanh chưa mọc chiếm tỷ lệ 16,9% trên tổng số khe hở, mầm răng nanh đã mọc chiếm tỷ lệ là 81,4% trên tổng số khe hở

3. Kết quả sau phẫu thuật.

Bảng 1. Sau xuất viện.

	Tốt	Trung bình	Kém	Tổng
Tình trạng nhiễm trùng	50	0	0	50
Tỷ lệ %	100	0	0	100

- 100% không có dấu hiệu nhiễm trùng khi xuất viện

Bảng 2. Kết quả sau 3 tháng

Đánh giá vùng nhận mảnh ghép	Tốt		Trung bình		Kém		Tổng N
	N	%	N	%	N	%	
Vững ổn mảnh ghép	49	98	0	0	1	2	50
Độ kín lỗ thông	50	100	0	0	0	0	50
Sức khỏe mô nha chu	41	82	6	12	3	6	50
Tình trạng nhiễm trùng	48	96	1	2	1	2	50

Tái khám sau 3 tháng lỗ thông mũi miệng được đóng kín tỉ lệ 100%. Có 2% nhiễm trùng sau tái khám 3 tháng. Sự liên tục đường viền nướu và khả năng mọc răng chiếm tỉ lệ 100%

Bảng 3. Sau 6 tháng

Đánh giá vùng nhận mảnh ghép	Tốt		Trung bình		Kém		Tổng N
	N	%	N	%	N	%	
Vững ổn mảnh ghép	48	96	1	2	1	2	50
Độ kín lỗ thông	50	100	0	0	0	0	50
Sức khỏe mô nha chu	42	84	5	10	3	6	50
Tình trạng nhiễm trùng	48	96	1	2	1	2	50

Tái khám sau 6 tháng lỗ thông mũi miệng được đóng kín tỉ lệ 100%. Có 2% nhiễm trùng sau tái khám 6 tháng. Sự liên tục đường viền nướu và khả năng mọc răng chiếm tỉ lệ 100%. Sức khỏe mô nha chu tốt 84%.

Bảng 4. Sau 12 tháng

Đánh giá vùng nhận mảnh ghép	Tốt		Trung bình		Kém		Tổng N
	N	%	N	%	N	%	
Vững ổn mảnh ghép	47	94	2	4	1	2	50
Độ kín lỗ thông	42	84	5	10	3	6	50
Sức khỏe mô nha chu	49	98	1	2	0	0	50
Tình trạng nhiễm trùng	48	96	1	2	1	2	50

Tái khám sau 12 tháng lỗ thông mũi miệng được đóng kín tỉ lệ 98%.

Có 2% nhiễm trùng sau tái khám 12 tháng.

Sự liên tục đường viền nướu và khả năng mọc răng chiếm tỉ lệ 100%

KẾT LUẬN

Ghép xương ổ răng vùng khe hở để tạo điều kiện cho răng nanh mọc đúng vị trí; đóng kín lỗ thông mũi – miệng (nếu có); đảm bảo sức khỏe mô nha chu; tạo ra một cung hàm cân đối; tạo liên kết xương vững chắc cho hai bên cung hàm

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alan S. Herford (2003), "Medial approach for tibia bone graft", *J. Oral. Maxillofac Surg.*, 61, pp. 358-363.
2. Boyne P.J., Herford A.S (2001), "An algorithm for reconstruction of alveolar defects prior to implant placement", *Oral. Maxillofac Surg. Clin. North Am.*, 13, pp. 533
3. David M. Shafer (1995), "Secondary bone grating for alveolar clefts", *Atlas of the Oral Maxillofac Surg. Clinics of North America*, 3, pp. 29-50.
4. Deborah Zelter (2000), "Alveolar cleft graft", *Fonseca J. Oral. Maxillofac Surg.*, vol. 6, pp. 75-86.
5. M. Telfer, L.J Peterson (1998), "A prospective study of trephined bone grafts of tibia shaft and iliac crest", *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 36 pp 434-439
6. O' Keefe R.M., Reimer B.L., Butterfield S.L. (1991), "Harvesting of autogenous cancellous bone graft from the proximal tibial metaphysis: A review of 230 cases", *J. Orthop. Trauma.*, 5, pp. 469.