

Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình vành tai vùi tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

The result of cryptotia surgery at 108 Military Central Hospital

Nguyễn Thu Phương*,
Nguyễn Quang Đức và Vũ Ngọc Lâm

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Tóm tắt

Mục tiêu: Trình bày đặc điểm lâm sàng, kỹ thuật và kết quả của phẫu thuật tạo hình vành tai vùi bằng các vạt da tại chỗ, những tai biến biến chứng và cách xử lý. **Đối tượng và hương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu kết hợp hồi cứu, mô tả cắt ngang theo dõi dọc, lấy mẫu thuận tiện. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nhóm nhiên cứu là 14 ± 10 , lứa tuổi đến khám và điều trị nhiều nhất là 6-18 tuổi. Tỷ lệ đến phẫu thuật giữa bệnh nhân nam và nữ là 14/2. Trước mổ không có trường hợp nào có góc vành tai xương chũm > 20 độ, sau mổ có 24/26 tai đạt 20-30 độ. Trước mổ không có trường hợp nào có tỉ lệ chu vi vành tai đạt $> 90\%$, sau mổ có 24/26 tai đạt trên 90%. Bệnh nhân được sử dụng phương pháp thiết kế vạt da sử dụng vạt Multi V-Y là 14, có tỉ lệ cao nhất chiếm 53,84%. **Kết luận:** Dị tật vành tai vùi bẩm sinh có tỉ lệ bệnh nhân nam đến phẫu thuật nhiều hơn nữ, chủ yếu lứa tuổi học sinh. Sử dụng vạt da tại chỗ với kỹ thuật tạo hình V-Y hoặc multy V-Y, 100% cần giải phóng các cơ bám lạc chỗ của vành tai để tạo hình khung sụn mang lại hiệu quả cao, kết quả tốt đạt 81,5%.

Từ khóa: Tạo hình vành tai, vành tai vùi.

Summary

Objective: To present the clinical characteristics, techniques and results of cryptotia surgery with local skin flaps, the complications and how to deal with. **Subject and method:** Prospective study combined with retrospective, cross-sectional description with longterm follow-up, convenience sampling. **Result:** The average age of patients in the study group was 14 ± 10 years old, the most common age for examination and treatment was 6-18 years old. The ratio of coming to surgery between male and female patients was 14/2. Before surgery, there was no case with a mastoid ear angle > 20 degrees. After surgery, 24/26 ears reached 20-30 degrees. Before surgery, there was no case with ear circumference ratio reaching $> 90\%$, after surgery, 24/26 ears reached over 90%. Patients used the skin flap design method using the Multi V-Y flap of 14 (53.84%). **Conclusion:** Congenital buried ear defects have a higher rate of male patients than female patients, mainly of student age. Using local skin flaps with V-Y or multi V-Y shaping techniques, 100% need to release the misplaced muscles of the ear to shape the cartilage framework, bringing high efficiency, with good results reaching 81.5%.

Keywords: Ear shaping, buried ear reconstruction.

Ngày nhận bài: 22/6/2024, ngày chấp nhận đăng: 30/6/2024

*Tác giả liên hệ: nthuphuong94@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị tật vành tai vùi (cryptotia) tuy chiếm tỷ lệ không cao trong dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt nhưng cũng là loại dị tật gây ảnh hưởng lớn đến chức năng và thẩm mỹ của người bệnh¹. Mặc dù không gây nguy hiểm đến tính mạng, sức khoẻ thể chất nhưng với dị tật vành tai vùi, phần trên của vành tai bị vùi dưới da vùng thái dương bệnh nhân rất khó đeo kính, đeo khẩu trang² bình thường và hình thể biến dạng của vành tai gây tâm lý mặc cảm, ngại tiếp xúc giao tiếp xã hội và giảm chất lượng cuộc sống. Việc điều trị vành tai vùi bẩm sinh đã được một số tác giả nghiên cứu và báo cáo, chủ yếu là sử dụng phương pháp phẫu thuật. Những nghiên cứu về giải phẫu những trường hợp vành tai vùi cho thấy sự biến dạng của loại bệnh lý này liên quan nhiều đến các cấu trúc mô mềm như cơ, dây chằng bám vào khung sụn của vành tai³ làm thay đổi góc vành tai xương chũm, thiếu da sau tai trong khi cấu trúc, hình thể của khung sụn vành tai thường không bị biến dạng hay thay đổi quá nhiều. Từ những nghiên cứu này, có nhiều phương pháp tạo hình trong phẫu thuật điều trị vành tai vùi được đưa ra, chủ yếu tập trung vào các kỹ thuật tạo vạt da, bù da sau tai... Có một số vấn đề cần khai thác, làm rõ thêm như việc tạo hình khung sụn, sử dụng vạt da hiệu quả, an toàn, dựng góc vành tai xương chũm...

Chúng tôi trình bày kết quả bước đầu tạo hình 26 vành tai vùi với kỹ thuật sử dụng các vạt da tại chỗ, phân tích ưu nhược điểm, các tai biến biến

chứng và cách xử lý trong phẫu thuật điều trị loại bệnh lý này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Từ tháng 7/2019 đến tháng 5/2024 có 16 bệnh nhân (gồm 14 nam, 2 nữ) từ 6 đến 46 tuổi với 26 vành tai dị tật vùi bẩm sinh được điều trị bằng phẫu thuật tại Trung tâm Phẫu thuật sọ mặt và tạo hình, Bệnh viện TƯQĐ 108.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu tiến cứu kết hợp hồi cứu, mô tả cắt ngang theo dõi dọc.

Các bước phẫu thuật

Bệnh nhân được gây mê toàn thân, hô hấp điều khiển hoặc tê tại chỗ với trẻ lớn, người trưởng thành

Kéo vành tai bị vùi lấp ra ngoài, vẽ vị trí trên da của rãnh sau tai. Thiết kế đường rạch tạo vạt: Tạo hình chữ Z, vạt tại chỗ, vạt V-Y... tại vùng da đầu vùng thái dương và da phía trên vành tai. Trong trường hợp sử dụng vạt Multi V-Y cải tiến thiết kế đường rạch là đường zig zắc được tạo bởi 3 vạt V-Y nối tiếp nhau không nằm trên đường thẳng mà nằm trun đường cong (vị trí rãnh sau tai). Điểm phía trước của đường zig zắc bắt đầu từ phần da bị vùi lấp phía trước của gờ luân. Điểm phía sau là điểm cuối của rãnh sau tai cần tái tạo. Phẫu tích các vạt da hình tam giác lên khỏi vùng sau tai và trượt về 2 bên.

Giải phóng điểm bám sai của các cơ nội tại vành tai.

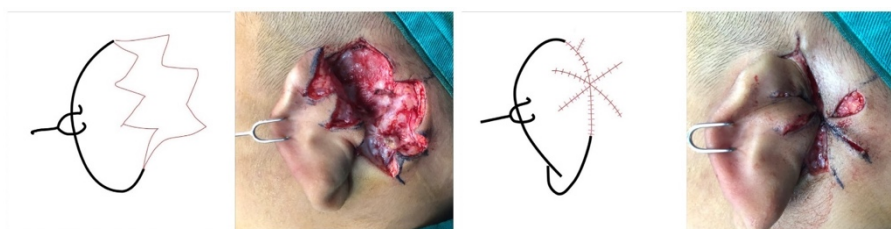


Hình 1, 2, 3, 4. Minh họa thiết kế đường rạch da. Sau giải phóng các điểm bám cơ. Ghép sụn bổ sung tại mặt sau gờ đối luân

Chỉnh sửa các biến dạng sụn bằng các kỹ thuật tại chỗ như: Rạch sụn, khâu tạo hình sụn, ghép sụn...

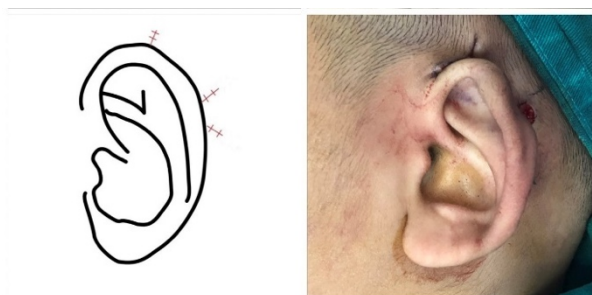
Khâu vạt da tạo hình vành tai:

Các vạt da được khâu chụm lại tại một điểm trung tâm nằm trên đường sau tai. Dùng chỉ nylon 5.0 khâu dính tổ chức dưới da của mép vạt với sụn để làm sâu rãnh sau tai. Khâu đóng các đường rạch da lớp trong bằng Vicryl 5.0, lớp ngoài bằng chỉ Nylon 6.0. Cắt chỉ sau 7 ngày.



Hình 5, 6, 7, 8. Minh họa rạch da, phẫu tích các vật tam giác. Gỡ dính điểm bám sau của cơ sau tai. Khâu các đầu vạt chụm lại tại điểm trung tâm nằm trên rãnh sau tai. Khâu dính tổ chức dưới da vào sụn tạo thành rãnh sau tai.

Khâu đóng các vết mổ, băng gối gác chèn sau tai



Hình 9, 10. Sau khi khâu vết mổ. Sẹo được giấu phía sau vành tai

2.4. Đánh giá kết quả

Đánh giá kết quả sau nhất 6 tháng sau mổ

Bảng 1. Thang điểm đánh giá kết quả

Chỉ số	0 điểm	1 điểm	2 điểm
Tình trạng sẹo mổ	Sẹo lồi, phì đại, co kéo	Sẹo giãn, mềm mại	Sẹo mảnh mai, mềm, nhìn không rõ
Tỉ lệ chu vi vành tai cải thiện	<70%	70-90%	>90%
Góc vành tai xương chũm	Không cải thiện	< 20°	Từ 20° đến 30°
Độ cân đối 2 tai	Không cân đối	Tương đối cân	Cân đối
Mức độ hài lòng	Không hài lòng	Khá hài lòng	Hài lòng

Xếp loại: Tốt 9-10 điểm; Khá 7-8 điểm; Trung bình: 5-6 điểm; Kém <5 điểm; (Tốt và khá không có tiêu chí nào bị điểm 0).

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

3.1.1. Phân bố theo tuổi

Bảng 2. Phân bố theo tuổi (n = 16)

Nhóm tuổi	< 6	6-18	> 18	Tổng
Số BN	0	13	3	16
Tỉ lệ (%)	0	81,25	18,75	100

3.1.2. Phân bố theo giới

Bảng 3. Phân bố theo giới (n = 16)

Giới	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Nam	14	87,5
Nữ	2	12,5
Tổng	16	100

3.1.3. Đặc điểm góc vành tai xương chũm trước và sau mổ

Bảng 4. Góc vành tai trước và sau mổ (n = 26)

Số đo (độ)	Trước mổ	Sau mổ
<10	4 (15,4%)	0 (0%)
10-20	22 (84,6%)	2 (7,7%)
>20	0 (0%)	24 (92,3%)
Tổng	26 (100%)	26 (100%)

3.1.4. Đặc điểm chu vi vành tai trước và sau mổ

Bảng 5. Chu vi vành tai trước và sau mổ (n = 26)

Số đo (%)	Trước mổ	Sau mổ
<70	5 (19,2%)	0 (0%)
70-90	21 (80,8%)	2 (7,7%)
>90	0 (0%)	24 (92,3%)
Tổng	26 (100%)	26 (100%)

3.2. Phương pháp điều trị

3.2.1. Phương pháp thiết kế vạt da

Bảng 6. Phương pháp thiết kế vạt da (n = 26)

Phương pháp thiết kế vạt da	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Vạt chữ Z	3	11,54
Vạt V-Y	5	19,23
Vạt Multi V-Y	14	53,84
Khác	4	15,38
Tổng	26	100

3.2.2. Phương pháp thiết lập khung sụn

Bảng 7. Phương pháp thiết lập khung sụn (n = 26)

Phương pháp	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Bóc tách cơ	26	100
Khâu tạo hình sụn đơn thuần	17	65,38
Khâu tạo hình sụn kết hợp ghép sụn	9	34,62

3.3. Kết quả điều trị

3.3.1. Đánh giá chung kết quả xa (6 tháng sau phẫu thuật)

Bảng 9. Đánh giá chung kết quả xa sau PT (n = 16)

Mức độ	Tốt (9-10đ)	Khá (7-8đ)	TB (5-6đ)	Kém <5đ	Tổng
Số BN	13	1	2	0	16
Tỷ lệ %	81,25	6,25	12,5	0	100

3.3.2. Biến chứng sau phẫu thuật

Bảng 10. Biến chứng sau phẫu thuật (n = 26)

Loại biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Chảy máu	0	0
Toác vết mổ	2	7,7
Nhiễm khuẩn vết mổ	0	0
Viêm sụn vành tai	0	0
Không biến chứng	24	92,3
Tổng	26	100

IV. BÀN LUẬN

Để đạt được mục đích phục hồi hình thể và chức năng vành tai, các phẫu thuật cần phải đạt được các mục tiêu sau: 1) Phục hồi rãnh sau tai, 2) Thay thế vùng da bị thiếu hụt để che phủ sụn tai, 3) Thiết lập sụn bị xẹp, và 4) Giải phóng các cơ bám bất thường tại vành tai^{4,5}. Nhiều kỹ thuật phẫu thuật như sử dụng các vạt tại chỗ vạt chữ Z⁶, vạt V-Y⁷, vạt chân nuôi tổ chức dưới da⁸, hoặc sự kết hợp giữa vạt da và ghép da... được phát triển để điều trị dị tật này.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chúng tôi sử dụng dạng thiết kế vạt da chính là vạt V-Y với một số biến thể của loại vạt này là vạt Multi V-Y, ngoài ra còn sử dụng vạt chữ Z. Trong số 26 trường hợp, chúng tôi sử dụng thiết kế vạt da dạng Multi V-Y trong 14 trường hợp chiếm tỉ lệ 53,8%, vạt V-Y đơn thuần được sử dụng trong 5 trường hợp (19,2%), vạt chữ Z sử dụng trong 3 trường hợp (11,5%) và 4 trường hợp khác không cần thiết kế vạt da để bù đắp phần da bị thiếu hụt ở sau tai. Với mỗi trường hợp tai vùi, việc lựa chọn thiết kế vạt da được chúng tôi đánh giá dựa vào các đặc điểm mức độ thiếu hụt da, mức độ biến dạng khung sụn, đặc điểm đường chân tóc của bệnh nhân. Ưu điểm của vạt chữ Z là khả năng để lại sẹo thẩm mỹ hơn tại nơi cho vạt, trong những trường hợp nhẹ, vạt chữ Z là một lựa chọn tốt, nhưng trong những trường hợp cần lượng da nhiều hơn thì vạt V-Y được xem là lựa chọn tốt hơn⁹. Tuy nhiên nhược điểm của vạt V-Y là sẹo dễ nhìn thấy ở vùng da thái dương, đường chân tóc bị hạ thấp và vị trí rạch da không thuận lợi cho sửa biến dạng sụn. 14/26 trường hợp biến dạng ở mức độ nặng chúng tôi sử dụng vạt Multi V-Y để bù phần da thiếu hụt. Ưu điểm là các vạt da nhỏ không nằm ở phần da đầu mang tóc nên không làm hạ thấp đường chân tóc¹⁰. Dùng nhiều vạt V-Y và các vạt trượt tối đa nên huy động được nhiều da che phủ sụn tai nhưng không phải ghép da. Có đường sẹo nằm tại rãnh tai sau nên đảm bảo rãnh sau tai sâu. Đường rạch da dài và xuống thấp tạo điều kiện dễ dàng để tiếp cận và sửa chữa những biến dạng sụn.

Các bệnh nhân có dị tật vành tai vùi đều có biến dạng sụn tai, phần thân của gờ đối luân và phần nhánh trên hoặc nhánh dưới của gờ đối luân bị dính

với nhau. Dị tật này không thể được điều trị thành công nếu không giải quyết được sự bám dính này¹¹. Tất cả các trường hợp chúng tôi đều tiến hành giải phóng các điểm bám cơ bất thường tại vành tai. Sau khi loại bỏ phần cơ bám dính bằng kéo phẫu tích, các trường hợp đều được khâu tạo hình khung sụn bằng các mũi khâu Mustarde¹² với mục đích làm duỗi phần thân gờ đối luân bị nén ép quá mức là nguyên nhân làm phần khung sụn phía trên bị gập và vùi xuống phần da tại vùng thái dương. Trong nghiên cứu có 9 trường hợp (34,62%) được đánh giá là gờ đối luân biến dạng nén ép nặng hơn, chúng tôi tiến hành lấy một phần sụn từ vùng hõm xoắn của tai cùng bên, kích thước khoảng 1x0,5cm ghép vào phía sau của gờ đối luân, khâu cố định bằng chỉ nylon 5.0, có tác dụng như một thanh nẹp để hạn chế sự co nén tái phát của gờ đối luân.

4.4. Kết quả điều trị

Biến chứng mà chúng tôi ghi nhận là 2 trường hợp vết mổ không liền do thiếu dưỡng một phần đầu vạt. Các biến chứng khác như chảy máu, nhiễm khuẩn vết mổ hay viêm sụn vành tai đều không xảy ra ở trường hợp nào.

Chúng tôi ghi nhận 21/26 trường hợp vết mổ liền tốt, sẹo mảnh mai và không thấy rõ đường sẹo, bệnh nhân 2/26 trường hợp xuất hiện sẹo phì đại khi tái khám, 3/26 trường hợp xuất hiện sẹo giãn. Chất

lượng của sẹo mổ phụ thuộc nhiều yếu tố như cơ địa, lứa tuổi... tuy nhiên ảnh hưởng nhiều nhất vẫn là chất lượng của vạt da, độ căng của vạt da và sẹo sau mổ, tình trạng liền vết mổ kỳ đầu hay kỳ hai. Trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi, 1 trường hợp sẹo phì đại ở bệnh nhân liền thương kỳ hai, trường hợp còn lại ở bệnh nhân là trẻ 8 tuổi sau phẫu thuật được đánh giá liền thương tốt, có thể tình trạng vạt da căng nên ảnh hưởng đến quá trình hình thành sẹo.

Kết quả cho thấy tỷ lệ chu vi vành tai tăng lên rất rõ rệt ngay sau mổ với 100% các trường hợp đều đạt trên 90% chu vi bình thường, tỷ lệ này cũng giảm đi còn 92,3% ở kết quả xa tuy nhiên vẫn đạt từ 70-90% chu vi bình thường nên chỉ số này vẫn được đánh giá đạt kết quả tốt.

Khi đánh giá kết quả tốt chung chúng tôi tổng hợp các yếu tố và cho điểm, tỷ lệ đạt điểm 9-10 (loại tốt) còn 81,5%.

V. KẾT LUẬN

Dị tật vành tai vùi bẩm sinh có tỉ lệ bệnh nhân nam đến phẫu thuật nhiều hơn nữ, chủ yếu lứa tuổi học sinh. Sử dụng vạt da tại chỗ với kỹ thuật tạo hình V-Y hoặc Multi V-Y, 100% cần giải phóng các cơ bám lạc chỗ của vành tai để tạo hình khung sụn mang lại hiệu quả cao, kết quả tốt đạt 81,5%.



Hình ảnh trước và sau phẫu thuật 6 tháng
(Nguyễn Minh Q. mã BA: 23796321)



Hình ảnh sau phẫu thuật bệnh nhân có thể đeo kính
(Nguyễn Ngọc Quang M., mã BA: 24792005)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hirose T, Tomono T, Matsuo K et al (1985) *Cryptotia: Our classification and treatment*. Br J Plast Surg 38: 352-360.
- Kim YS (2013) *Correction of cryptotia with upper auricular deformity*. Annals of Plastic Surgery 71: 361-364.
- Yotsuyanagi T, Yamauchi M, Yamashita K, Sugai A, Gonda A, Kitada A, Saito T, Urushidate S (2015) *Abnormality of auricular muscles in congenital auricular deformities*. Plast Reconstr Surg 136: 78.
- Paredes AA Jr, Williams JK, Elshahy NI (2002) *Cryptotia: Principles and management*. Clin Plast Surg 29(02): 317-326.
- Wang Y, He Z, Ma X, Li Q, Li N, Liu G (2018) *A new surgical method of correcting abnormal cartilage in mild or moderate cryptotia*. Ann Plast Surg 81: 662-668.
- Yotsuyanagi T, Yamashita K (2001) *A new operative method of correcting cryptotia using large Z-plasty*. British journal of plastic surgery 54: 20-24.
- Cho YK, Bae SG, Cho BC (2014) *Comparison between Z-plasty and V-Y advancement for the surgical correction of cryptotia*. Arch Craniofac Surg 15(1): 7-13.
- Hikiami R, Kakudo N, Morimoto N, Hihara M, Kusumoto K (2017) *A new modified method of correcting cryptotia with a subcutaneous pedicled flap*. Plast Reconstr Surg Glob Open 6: 1548.
- Cho BC, Han KH (2005) *Surgical correction of cryptotia with V-Y Advancement of a temporal triangular flap*. Plast reconstr Surg 115: 1570.
- Adams MT, Cushing S, Sie K (2015) *Cryptotia repair a modern update to the trefoil flap*. Arch Facial Plast Surg 13(5): 355-358.
- Xu JH, Wu WH, Tan WQ (2009) *Surgical correction of Cryptotia with the square flap method: A preliminary report*. Plast Reconstr Hand Surg 43: 29-35.
- Andreas N (2007) *GMS Current Topics in Otorhinolaryngology*. Head and Neck Surgery, ISSN 1865-1011.