

10 NĂM TẠO HÌNH MÀNG NHỠ QUUA NỘI SOI TẠI BV NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

*Võ Hồng Ngọc**, *Trần Việt Hồng**, *Trần Đình Kha**, *Nguyễn Hoàng Nam***, *Nguyễn Hữu
Khôi***,
*Nguyễn Thị Kiều Tho***

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả của 3 KT tạo hình màng nhĩ trong ống tai qua NS : đặt dưới có và không tạo vạt da ống tai màng nhĩ và sụn cánh bướm sau 10 năm.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả hàng loạt ca. Kết quả : 234 ca : 15 ca KT sụn cánh bướm, 30 ca KT đặt dưới không tạo vạt da ống tai màng nhĩ và 189 ca KT đặt dưới có tạo vạt da ống tai màng nhĩ. Tỷ lệ liền màng nhĩ : 100% cho KT sụn cánh bướm, 88,88% KT đặt dưới có tạo vạt da ống tai màng nhĩ và 70% KT đặt dưới không tạo vạt da ống tai màng nhĩ. Tỷ lệ cải thiện sức nghe là 100%, 87,74% và 61,25% theo thứ tự từng loại KT.

Kết luận: KT đặt dưới có tạo vạt da ống tai màng nhĩ phù hợp cho mọi loại lỗ thủng nhỏ hơn 75% diện tích màng nhĩ, KT sụn cánh bướm và KT đặt dưới không tạo vạt da ống tai màng nhĩ chỉ phù hợp cho lỗ thủng nhỏ hơn 25% diện tích màng nhĩ.

Từ khoá : Tạo hình màng nhĩ, Nội soi

ABSTRACT

10 YEARS EXPERIENCE OF ENDOSCOPIC MYRINGOPLASTY AT THE GIA DINH PEOPLE'S HOSPITAL

Vo Hong Ngoc, Tran Viet Hong, Tran Dinh Kha, Nguyen Hoang Nam, Nguyen Huu Khoi,
Nguyen Thi Kieu Tho * Y Hoc TP. Ho Chi Minh * Vol. 14 - Supplement of No 4 - 2010: 59 - 62

Objectives: to evaluate the result of the three endoscopic transcanal procedures of myringoplasty : Underlay technique with or without tympanometal flap and cartilage butterfly technique.

Study design: descriptive study as case series.

Results: 234 cases: 15 cases of cartilage butterfly technique, 30 cases of Underlay technique without tympanometal flap and 189 cases of Underlay technique with tympanometal flap. Overall perforation closure rate was 100% as cartilage butterfly technique, 88.88% as Underlay technique with tympanometal flap. Air-bone gap was closed in 100%, 87.74% and 61.25% respectively.

Conclusion: the underlay grafting technique with tympanomeatal flap is the most suitable procedure for the any kind of perforation from small size up to large size. Underlay technique without tympanometal flap and cartilage butterfly technique are suitable for the small perforation.

Key words: Myringoplasty, Endoscopy.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tạo hình màng nhĩ qua kính hiển vi (KHV) ngày càng trở nên đơn giản đối với các BS TMH và bệnh nhân. Do ngày càng đơn giản về mặt kỹ thuật nhưng hiệu quả đạt được ngày càng cao và ổn định, nên các nhà tai học ngày càng quan tâm đến vấn đề thẩm mỹ và giảm thiểu tổn thương mô lành hơn

* Khoa Tai Mũi Họng - Bệnh viện Nhân Dân Gia Định

** Bộ môn TMH ĐH Y Dược TP Hồ Chí Minh

Địa chỉ liên lạc: BSCK1 Võ Hồng Ngọc

ĐT: 0903.368.989

Email: ruby_vo@yahoo.com

đối với PT này^(1,4). Như thế chỉ có mổ trong ống tai mới giải quyết trọn vẹn hai vấn đề trên⁽⁷⁾. Tuy vậy mổ trong ống tai qua KHV gặp nhiều trở ngại về mặt kỹ thuật vì thế ONS cũng được nhiều tác giả trên thế giới xem là phương tiện lý tưởng để thay thế KHV. Sau những nghiên cứu thăm dò và đạt kết quả khả quan⁽⁶⁾, chúng tôi đã sử dụng ONS như là phương tiện đầu tay trong PT tạo hình màng nhĩ từ năm 2001 đến nay với 3 KT là đặt dưới có và không tạo vạt da ống tai màng nhĩ và sụn cánh bướm cho những lỗ thủng nhỏ hơn 75% diện tích màng nhĩ. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để đánh giá lại kết quả của 3 KT tạo hình màng nhĩ nêu trên sau 10 năm.

ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả hàng loạt ca

Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân (>15 tuổi) bị thủng nhĩ với bất kỳ lý do nào đến PT tạo hình màng nhĩ tại BV Nhân Dân Gia Định từ tháng 01/2000 đến tháng 01/2010.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Tiêu chuẩn nội soi

- Thủng màng căng < 75% diện tích màng nhĩ.
- Nếu thủng do chấn thương phải có thời gian từ lúc chấn thương đến lúc mổ tối thiểu 1 tháng.

Phần màng nhĩ còn lại mỏng, trắng đục và khô sạch.

- Bờ lỗ thủng không dính vào hòm nhĩ.
- Niêm mạc hòm nhĩ bình thường (hồng, mỏng và trơn láng) hoặc dày.
- Xương con liên tục, không có mô hạt viêm xung quanh khớp đe đập.

Tiêu chuẩn cận lâm sàng

- Phim Schuller: còn thông bào chũm, không thấy hình ảnh cholesteatoma trên phim.
- Thính lực đơn âm : có giảm sức nghe ở tần số hội thoại (500Hz, 1000Hz và 2000Hz), với mức trung bình không vượt quá 40dB.

Tiêu chuẩn theo dõi sau mổ

Bệnh nhân phải được theo dõi sau mổ tối thiểu là 6 tháng.

Tiêu chuẩn chọn bệnh cho từng loại KT

KT sụn cánh bướm: lỗ thủng <25% + lấy hết biểu bì xung quanh bờ lỗ thủng

KT đặt dưới không tạo vạt : lỗ thủng <25%

KT đặt dưới có tạo vạt : lỗ thủng >25%

Dữ kiện nghiên cứu

Tỉ lệ liền màng nhĩ, mức độ thu hồi sức nghe, thời điểm phát hiện lỗ thủng và kích thước lỗ thủng.

Tiến hành nghiên cứu

Hồi cứu hồ sơ để thu thập các dữ kiện nghiên cứu, tính toán các tỉ lệ.

Phương pháp tiến hành

Dụng cụ

Ống nội soi 0°, 30°, 70° và camera có zoom Karl Storz, màn hình tivi.

Bộ dụng cụ vi phẫu tai giữa.

Phương pháp

- lấy mảnh ghép là màng sụn và sụn nắp tai hoặc cân cơ thái dương cùng bên tai phẫu thuật.
- Làm tươi rìa lỗ thủng, lấy hết biểu bì quanh bờ lỗ thủng.
- Đặt mảnh ghép:

* Đối với lỗ thủng có kích thước < 25% diện tích màng nhĩ, đặt mảnh ghép theo kiểu cánh bướm hoặc đặt dưới màng nhĩ cũ sau khi lót gelfoam trong hòm nhĩ.

* Đối với lỗ thủng có kích thước > 25% diện tích màng nhĩ, tiến hành rạch da thành sau ống tai, bóc tách tới cung nhĩ để tạo vạt da ống tai – màng nhĩ lật ra trước, đặt mảnh ghép dưới màng nhĩ cũ sau khi lót gelfoam trong hòm nhĩ, phủ lại vạt da ống tai – màng nhĩ.

- Cố định mảnh ghép bằng tán gelfoam trong ống tai ngoài.

KẾT QUẢ

Có 345 tai đã được PT nhưng chỉ có 234 đạt tiêu chuẩn nghiên cứu.

Các loại kỹ thuật

Bảng 1: Các loại kỹ thuật

Kỹ thuật		n	%
KT đặt dưới	Có tạo vạt da ống tai màng nhĩ	189	80,76
	Không tạo vạt da ống tai màng nhĩ	30	12,82
KT sụn cánh bướm		15	06,42
Tổng số		234	100

Tỉ lệ liền màng nhĩ

Bảng 2: Tỉ lệ liền màng nhĩ

Kỹ thuật		n	%
KT đặt dưới	Có tạo vạt da ống tai màng nhĩ	168	88,88
	Không tạo vạt da ống tai màng nhĩ	21	70,00
KT sụn cánh bướm		15	100
Tổng số		204	87,2

Mức độ thu hồi sức nghe

Bảng 3: Mức độ thu hồi sức nghe

	Mức độ thu hồi sức nghe (tính lần tái khám sau cùng)			
	> 20 dB	> 10 dB	Không thu hồi	> 40 dB (nặng hơn trước mổ)
KT đặt dưới có vạt	70,20%	17,54%	12,26%	0
KT đặt dưới khg vạt	18,75%	42,5%	38,75%	0
KT sụn cánh bướm	0	100%	0	0

Thời điểm phát hiện lỗ thủng

Bảng 4: Thời điểm phát hiện lỗ thủng sau mổ

Thời gian	Kỹ thuật	
	Đặt dưới không vạt	Đặt dưới có vạt
< 2 tuần sau mổ	3	0
> 2-6 tuần sau mổ	6	15
> 6 tuần sau mổ	0	6

Kích thước lỗ thủng

Bảng 5: Kích thước lỗ thủng sau mổ

	Kỹ thuật	
	Đặt dưới không vật	Đặt dưới có vật
Như cũ	3	1
Nhỏ hơn trước mổ	6	20

BÀN LUẬN

Tỉ lệ đóng kín màng nhĩ của KT sụn cánh bướm tương đương với các kết quả của Eavey⁽³⁾, điều này cho thấy ONS hoàn toàn có thể thay thế KHV trong KT này. Mặc dù có ưu thế hơn KHV ở chỗ có thể áp dụng cho mọi loại ống tai và cho mọi lỗ thủng ở bất kỳ vị trí nào trên màng nhĩ, nhưng việc lấy biểu bì xung quanh bờ lỗ thủng qua ONS gặp nhiều khó khăn hơn nếu so với làm qua KHV. Chính điều này làm giảm khả năng áp dụng KT này trong PT tạo hình màng nhĩ qua NS. Ngoài ra chúng tôi chỉ chủ trương thực hiện KT cho những lỗ thủng nhỏ hơn 25% diện tích màng nhĩ vì đối với loại lỗ thủng kiểu này việc đo chính xác kích thước mảnh ghép để bằng với lỗ thủng đã lấy hết biểu bì dễ hơn rất nhiều nếu so với trường hợp thủng trên 50% diện tích màng nhĩ vì thực chất màng nhĩ không phẳng mà có hình nón. Hơn nữa nếu thủng trên 25% diện tích thì màng nhĩ mới sẽ không có độ lõm như tự nhiên nếu dùng sụn. Tỉ lệ đóng kín màng nhĩ và mức độ thu hồi sức nghe của KT đặt dưới có tạo vật cũng tương đương các báo cáo gần đây về tạo hình màng nhĩ qua KHV với đường mổ sau tai⁽⁵⁾. Các ca thủng lại của chúng tôi chỉ có ba ca xuất hiện ngay sau mổ còn lại đều xuất hiện trong quá trình hoà hợp của mảnh ghép vào màng nhĩ cũ. Điều này cho thấy với một tay chúng ta hoàn toàn có thể tạo được sự tiếp xúc chặt chẽ và ổn định giữa mảnh ghép và mặt dưới của phần màng nhĩ còn lại. Như vậy so với mổ KHV, mổ trong tai qua ONS không những không để lại sẹo và mất cảm giác vùng sau tai mà ONS còn dễ dàng giúp PTV kiểm soát toàn bộ hòm nhĩ trong những trường hợp cần thiết⁽⁶⁾. Như vậy KT đặt dưới có thể áp dụng cho mọi loại lỗ thủng nhỏ hơn 75% diện tích màng nhĩ trong mọi loại ống tai. Trái lại KT đặt dưới không tạo vật có tỉ lệ liền màng nhĩ thấp mặc dù chúng tôi đã chủ động chọn những lỗ thủng nhỏ hơn 25% diện tích màng nhĩ và lỗ thủng thường xuất hiện lại những tuần đầu sau mổ. Điều này cho thấy KT này không tạo được sự tiếp xúc chặt chẽ và ổn định giữa mảnh ghép và mặt dưới của phần màng nhĩ còn lại, điều kiện cơ bản để mảnh ghép hoà vào màng nhĩ cũ. Có thể do bản thân KT này chưa hoàn chỉnh hoặc KT của chúng tôi còn kém kỹ thuật, hơn nữa chúng tôi cũng chưa tìm thấy một bài báo nào xuất bản bằng tiếng Anh báo cáo kết quả của KT không tạo vật qua KHV trong khoảng 20 năm trở lại đây, ngoại trừ các báo cáo của các tác giả sử dụng ONS^(2, 5, 8). So với chúng tôi thì các tác giả này có sử dụng thêm keo sinh học để dán mảnh ghép vào mặt dưới của màng nhĩ. Mặc dù KT không tạo vật là KT ít xâm lấn hơn rất nhiều nếu so với KT có tạo vật nhưng đứng trên quan điểm đặt lợi ích của người bệnh lên trên thì chỉ nên sử dụng KT này khi PTV đã có nhiều kinh nghiệm mổ tạo hình màng nhĩ không những qua ONS mà còn qua KHV và có keo sinh học. Nếu không chỉ nên áp dụng KT không tạo vật cho những lỗ thủng nhỏ hơn 25% diện tích màng nhĩ.

KẾT LUẬN

Đối với lỗ thủng nhỏ hơn 75% diện tích màng nhĩ thì ONS hoàn toàn có thể thay thế KHV để thực hiện PT tạo hình màng nhĩ trong ống tai với kết quả không những cao về mặt chức năng mà còn về mặt thẩm mỹ và hậu phẫu thì rất đơn giản. KT đặt dưới có tạo vật phù hợp với mọi loại lỗ thủng trong mọi loại ống tai, KT đặt dưới không tạo vật và KT sụn cánh bướm cần theo những chỉ định cụ thể để đảm bảo kết quả tốt nhất cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Berna U. C. et al (2006), The effects of the incision types in myringoplasty operations on cosmesis, Eur Arch Otorhinolaryngol, 263 : 820-822.
- El-Guindy A. (1992), Endoscopic transcanal myringoplasty, The Journal of Laryngology and Otology, 106 :193-595.
- Eavey RD (1998), Inlay Tympanoplasty-Cartilage Butterfly Technique, Laryngoscope, 108(5) : 657-661.
- Inwood JL, Wallace HC, Clarke SE (2003), Endaural or postaural incision for myringoplasty: does it make a difference to the patient, Clin Otolaryngol, 28:396-398.
- Karhuketo S.T., Puhakka J.H. (2002), Technique of Endoscope-aided Myringoplasty, Otolology & Neurotology, 23(2) : 129 – 131.
- Nguyễn Hoàng Nam (2001), Đánh giá sử dụng nội soi trong phẫu thuật tai giữa, Y học Thành phố Hồ Chí Minh chuyên đề Tai Mũi Họng, Phụ bản số 4, tập 5 : 104 – 107.
- Shea C.M. (1994) : Tympanoplasty : the undersurface graft technique – transcanal approach. In : Brackmann DE (ed), Otolologic Surgery, the second edition, pp. 134-140, W.B. Saunders Company.
- Usami S., Lijima N., Fujita S., Takumi Y. (2001), "Endoscopic-Assisted Myringoplasty", ORL, 63 : 287-290.