

ĐIỀU TRỊ KHUYẾT HỔNG PHẦN MỀM Ở CHI THỂ BẰNG VẬT CẢNH TAY NGOÀI

Nguyễn Việt Tiến*

Lê Văn Đoàn* và CS

TÓM TẮT

21 bệnh nhân (BN) với 22 khuyết hồng phần mềm đ-ợc tạo hình bằng vật cánh tay ngoài. Sử dụng 20 vật ở dạng tự do để tạo hình phủ khuyết hồng ở vùng bàn chân và bàn tay, 2 vật dạng cuống mạch liên để tạo hình phủ khuyết da vùng khuỷu. Tỷ lệ sống của vật là 21/22. Trường hợp thất bại là vật tự do che phủ vùng gót bị hoại tử vì tắc mối nối mạch, đ-ợc tạo hình lần thứ hai thành công bằng vật da cân bả vai. Cả 22 tổn th-ơng đều liền ổn định. 11 vật có nối thần kinh cảm giác để tạo hình vùng đệm gót và mỏm cụt nửa trước bàn chân, cảm giác của vật đều phục hồi, đạt mức S2 sau 6 tháng và mức S3 sau 1 năm. Vật cánh tay ngoài có thần kinh cảm giác, có cuống mạch hằng định, phù hợp cho tạo hình phủ những khuyết hồng có kích th-ớc vừa và nhỏ ở vùng bàn tay, bàn chân.

* Từ khóa: Khuyết hồng phần mềm; Vật cánh tay ngoài.

RECONSTRUCTION OF SOFT TISSUE DEFECTS OF THE EXTREMITIES BY LATERAL ARM FLAP TRANSPLANTATIONS

Nguyen Viet Tien

Le Van Doan

SUMMARY

Twenty two soft tissue defects in twenty one patients were reconstructed by lateral arm flap. Among them, twenty free flaps were used as a free flap for coverage of the hand and foot defects and two flaps were used in a retrograde fashion for coverage of elbow defects. The overall success rate was 21 of 22 flaps. The failure case was the free flap used for coverage of the heel defect and then this defect was recovered successfully by free scapular flap in second reconstructive surgery. The final results shown that all the defects healed well. In all eleven cases with nerve anastomosis, the sensory of the flap returned with S2 degree after 6 months and with S3 degree after 12 months. The lateral arm flap is a innervated flap and with a constant vascular, that is suitable and reliable to resurface small and medium sized hand and foot defects.

* Key words: Soft tissue defect; Lateral arm flap.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 1982, Song R. [6] đề cập đến vật cánh tay ngoài trong công trình nghiên cứu về sử dụng vật tự do ở cánh tay. Hai năm sau,

năm 1984, Katsaros J. [3] báo cáo về đặc điểm giải phẫu và kết quả ứng dụng lâm sàng vật cánh tay ngoài. Từ đó, với đặc điểm là vật da cân mỏng, dễ bóc tách,

* Bệnh viện TWQĐ 108

Phán biện khoa học: PGS. TS. Nguyễn Tiến Bình

cuống mạch hàng định và dài, đặc biệt là có thần kinh cảm giác nên vật cánh tay ngoài đ- ợc nhiều tác giả sử dụng trong điều trị khuyết hồng ở chi thể, nhất là những vùng đòi hỏi phục hồi cảm giác. Đã có nhiều báo cáo về vấn đề này. Ở Việt Nam, phẫu thuật phục hồi nói chung và chuyển vật cánh tay ngoài nói riêng vẫn đang là vấn đề mới mẻ. Trong báo cáo này, chúng tôi trình bày một số nhận xét về kết quả sử dụng vật cánh tay ngoài qua thực tiễn điều trị cho 21 BN bị khuyết hồng phần mềm ở chi thể.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

- 21 BN với 22 khuyết hồng phần mềm (KHPM), tuổi từ 17 - 71, 8 BN nam và 3 BN nữ.
- Nguyên nhân KHPM: 11 do tai nạn giao thông, 3 do tai nạn lao động, 1 do vết thương hoá khí, 4 do loét sẹo xấu, 2 do nhiễm khuẩn gây loét vết mổ vùng khuỷu, 1 do cắt sẹo co kéo.
- Vị trí khuyết hồng: 2 ở bàn tay, 2 ở khuỷu, 2 ở nửa tr- ớc bàn chân, 16 ở khu vực củ gót, đệm gót.
- Tổn thương giải phẫu: 18 KHPM đơn thuần, 4 KHPM có viêm khuyết x- ơng nhỏ ở bàn chân.
- Tình trạng nhiễm khuẩn: 12 bán cấp, 9 mạn tính, 1 vô khuẩn.

2. Phương pháp nghiên cứu.

- Tiến cứu, mô tả bệnh chứng từng ca bệnh, khám lâm sàng, X quang, vi sinh vật đ- ợc sử dụng trong chẩn đoán, theo dõi, đánh giá kết quả. Xử lý số liệu theo toán thống kê.
- Các chỉ tiêu đánh giá kết quả: căn cứ vào sự sống của vật, tình trạng liền khuyết hồng, liền tại nơi lấy vật, sự phục hồi cảm giác nếu có nối thần kinh. Phân theo mức độ: So (sensation): không có cảm giác; S1: phục hồi cảm giác sâu; S2: phục hồi cảm giác đau, phân biệt đ- ợc châm theo test Weber và sờ; S3: cảm giác tốt, phân biệt đ- ợc kích thích đau > 15 mm với test Weber; S4: cảm giác bình thường.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Kết quả gần.

Trong tổng số 22 vật đ- ợc sử dụng, 20 vật đ- ợc chuyển ở dạng tự do với kỹ thuật vi phẫu (KTVP), 2 vật ở dạng cuống mạch liền phía ngoài vi để tạo hình phần mềm vùng khuỷu. 18 vật da cân và 4 vật da - cơ. Kết quả gần cho thấy:

- Nơi nhận: 21 vật sống, khuyết hồng đều liền kỳ đầu. 1 vật bị hoại tử toàn bộ, đây là vật tự do, bị biến chứng tắc mối nối mạch.
- Nơi lấy vật: tất cả đều khâu da trực tiếp, vết mổ liền kỳ đầu.
- Biến chứng gần và xử trí: 1 vật tự do bị hoại tử, phải tháo bỏ vật và tạo hình lần thứ hai bằng vật da cân bả vai.

2. Kết quả xa (sau 1 năm).

- Nơi nhận:

+ 21/22 vạt cánh tay ngoài sống, tổn thương liền ổn định, không tái phát viêm rò. Trong số này, 4 KHPM kèm theo ổ viêm khuyết x-ơng nhỏ ở khu vực bàn chân (1 ở x-ơng gót, 1 ở x-ơng hộp, 1 ở x-ơng gót và x-ơng hộp, 1 ở x-ơng thuyền).

Tr-ờng hợp vạt cánh tay ngoài bị hoại tử, khuyết hồng đ-ợc tạo hình lần hai bằng vạt da cân bả vai, tổn thương liền ổn định.

+ 11 vạt có nối thần kinh cảm giác để tạo hình vùng đệm gót và mỏm cụt nửa trước bàn chân, cảm giác của vạt đều phục hồi, đạt mức S2 sau 6 tháng và mức S3 sau 1 năm. Ở 10 vạt không nối thần kinh (8 vạt tự do, 2 vạt cuống liền), cảm giác sâu phục hồi sau 6 tháng và đạt mức S2 sau 1 năm.

- Nơi lấy vạt: vết mổ liền ổn định, sẹo mềm mại, không gập sẹo lồi.

BÀN LUẬN

Hiện có nhiều vạt da cân với cuống mạch nuôi riêng biệt đã đ-ợc phát hiện và sử dụng ở dạng cuống mạch liền hoặc dạng tự do với kỹ thuật vi phẫu để tạo hình che phủ KHPM. Khi lựa chọn một vạt cụ thể, chúng tôi căn cứ vào đặc điểm của KHPM (vị trí, kích thước, hình dạng, tổn thương giải phẫu, mạch nuôi đ-ợc sử dụng, vị trí nối mạch), đặc điểm giải phẫu của vạt ghép (kích thước, độ dày của vạt, chiều dài cuống mạch, kích thước mạch, thần kinh cảm giác, cơ có thể lấy kèm, lông mọc trên vạt) và ảnh hưởng về chức năng, thẩm mỹ tại nơi lấy vạt.

Về giải phẫu vạt cánh tay ngoài, theo Katsaros J [3], vạt có cuống mạch hằng định tách từ động mạch cánh tay sâu, thần kinh bì sau cẳng tay đi qua vạt và tách các nhánh nhỏ cảm giác cho vạt, vạt thường là mỏng, dễ bóc tách. Nh-ợc điểm chính của vạt là chiều rộng chỉ khoảng 6 cm mới có thể khâu đ-ợc trực tiếp khuyết da sau lấy vạt. Do vậy, có thể cắt đôi một vạt dài thành hai mảnh nh-ng vẫn có chung cuống mạch và đặt tiếp xúc bên - bên để tăng chiều rộng của vạt. Một nh-ợc điểm nữa là đ-ờng kính động mạch chỉ khoảng 0,75 - 1,5 mm, do vậy cần bóc tách lên tới nguyên uỷ của động mạch cánh tay sâu để có cuống mạch dài và đ-ờng kính mạch lớn hơn nhằm thuận lợi cho khâu nối mạch. Một nh-ợc điểm nữa là phải hy sinh thần kinh bì sau cẳng tay khi bóc tách cho dù không muốn lấy thần kinh theo vạt.

Theo Coessens BC [2], kích thước vạt cánh tay ngoài lớn nhất có thể lấy đ-ợc là 23 x 7 cm. Tuy nhiên, kích thước này còn phụ thuộc vào kích thước cánh tay và độ chun giãn của lớp da. Theo Akinci M. [1], năm 2005, trong nghiên cứu điều trị khuyết hồng chi trên ở 72 BN với 74 vạt cánh tay ngoài, kích thước vạt lớn nhất là 20 x 9 cm. Những nghiên cứu khác cũng cho thấy vạt cánh tay ngoài có kích thước vừa phải, phù hợp với tạo hình phủ những KHPM vừa và nhỏ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, cả 22 trường hợp đều là những KHPM không lớn, yêu cầu tạo hình phủ bằng vạt da cân mỏng nên vạt cánh tay ngoài đ-ợc lựa chọn. Kích thước

của vạt ghép nhỏ nhất 5 x 4 cm, lớn nhất 15 x 8 cm, khuyết da nơi lấy vạt đều khâu trực tiếp và liền kỳ đầu. Trong số 20 trường hợp sử dụng vạt ở dạng tự do, 11 vạt được khâu nối thần kinh cảm giác, đều đạt phục hồi cảm giác ở mức S3 sau 1 năm. Đây là 9 trường hợp tạo hình vùng đệm gót với thần kinh cảm giác cho vạt là nhánh đệm gót tách từ thần kinh gan chân trong hoặc hiển ngoài và 2 trường hợp tạo hình mỏm cụt bàn chân với thần kinh cảm giác cho vạt là nhánh cảm giác mu chân. Số còn lại không được nối thần kinh, đây là 2 trường hợp tạo hình vùng bàn tay và 7 trường hợp tạo hình vùng củ gót, do thấy không cần thiết phải phải chuyển thần kinh cảm giác ở vùng kế cận cho vạt ghép. Tuy thế, ở 9 vạt không nối thần kinh này, do phục hồi cảm giác và đạt mức S2 sau một năm. Giải thích cho điều này, là do thần kinh cảm giác phát triển từ xung quanh vào trong vạt ghép [4].

Về giải phẫu, động mạch nuôi vạt cánh tay ngoài cho một số nhánh nuôi cơ tam đầu cánh tay. Do vậy, theo yêu cầu trám độn ổ viêm khuyết xương nhỏ ở vùng bàn chân, chúng tôi lấy kèm theo vạt da một phần nhỏ cơ tam đầu cánh tay, đáp ứng yêu cầu điều trị phục hồi và cũng không gây ảnh hưởng đến chức phận duỗi khuỷu. Theo y văn hiện có, chúng tôi chưa thấy tác giả nào lấy cơ kèm theo vạt.

Về kết quả sử dụng vạt cánh tay ngoài dạng tự do, Stober V.R. [7] đạt thành công 96% với lô nghiên cứu 73 vạt, Ulusal B.G. [8] đạt tỷ lệ thành công 97,5% với 118 vạt, Marques Faria J.C. [5] đạt 95,2% (210 vạt). Tỷ lệ thành công của nghiên cứu này là 19/20, tuy số liệu chưa nhiều nhưng kết quả này là đáng khích lệ.

Trường hợp thất bại ở BN có KHPM kích thước 10 x 6 cm sau cắt sẹo xấu dính xương vùng củ gót, đệm gót. Vạt bị hoại tử do tắc các mối nối mạch, vì phát hiện muộn nên không còn khả năng phẫu thuật lấy cục nghẽn để cứu vạt. Trường hợp này được phẫu thuật tạo hình lần thứ hai bằng vạt bả vai, kết quả tổn thương liền ổn định.

KẾT LUẬN

Vạt cánh tay ngoài dễ bóc tách, củng mạch hằng định, phẫu tích tới nguyên uỷ động mạch cánh tay sâu sẽ có củng mạch dài, đường kính động mạch lớn rất thuận lợi cho nối mạch. Với chiều rộng của vạt khoảng 6 cm, nơi lấy vạt được khâu trực tiếp, không để lại sẹo xấu. Vạt phù hợp cho tạo hình những KHPM vừa và nhỏ. Vì có thần kinh cảm giác nên vạt là một lựa chọn tốt cho tạo hình phủ khuyết da vùng đệm gót. Đây là vạt đáng tin cậy khi sử dụng ở dạng tự do, tỷ lệ thành công đạt trên 95%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Akinci M., Ay S., Kamiloglu S., Ercetin O. Lateral arm free flaps in the defects of the upper extremity – a review of 72 cases. *Hand Surg.* 2005; 10 (2), pp.177- 85.
2. Coessens B C., Hamdi M. The distally planned lateral arm flap in hand reconstruction. *Chir Main.* 1998, 17 (2), pp.133-41.

3. *Katsaros J. The lateral upper arm flap. Anatomy and clinical applications. Annals of Plastic Surgery. 1984, 12, pp.489 - 500.*

4. *Lahteenmaki T., Waris . The return of sensitivity to cold, warm and pain from excessive heat in free microvascular flaps. Plast Reconstr Hand Surg.1991, 25, pp.143 – 150.*

5. *Marques Faria J C., Rodrigues M L., Scopel G P., Kowalski L P., Ferreira MC. The versatility of the free lateral arm flap in head and neck soft tissue reconstruction: clinical experience of 210 cases” - J Plast Reconstr Surg. 2008, 61(2), pp.172-9.*

6. *Song R., Song Y., Yu Y. The upper arm free flap. Symposium on one stage reconstruction. Clinics in Plastic Surgery. W B Saunders, New York. 1983, Vol 9, pp. 27 -36.*

7. *Stober V R. Experiences with the lateral upper arm flap. Handchir Mikrochir Plast.1996, 28 (1), pp.22-7.*

8. *Ulusal B G., Lin Y T., Ulusal A E Lin C H., Yen J T. Reconstruction of foot defects with free lateral arm fasciocutaneous flaps: analysis of fifty patients. Microsurgery. 2005, 25 (8), pp.581-8.*