

# Tạo hình sàn ổ mắt sau chấn thương có nội soi hỗ trợ: nhân hai trường hợp đầu tiên ở Việt Nam

Vũ Trung Trục, Bùi Mai Anh

Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

## Từ khóa:

Vỡ xương ổ mắt, chấn thương hàm mặt, lõm ổ mắt, tạo hình ổ mắt, phẫu thuật nội soi.

## Địa chỉ liên hệ:

Vũ Trung Trục,  
*Khoa Phẫu thuật Hàm mặt Tạo hình Thẩm mỹ, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức,*  
40 Tràng Thi, Hoàn Kiếm, Hà Nội  
Điện thoại: 0983383009  
Email: drvutrongtruc@gmail.com

## Tóm tắt

Vỡ xương ổ mắt là một bệnh cảnh phối hợp trong chấn thương hàm mặt và chấn thương sọ mặt. Các biến chứng thường gặp nhất là lõm ổ mắt, song thị và kẹt cơ vận nhãn để lại ảnh hưởng nặng nề cả về chức năng và tâm lý. Điều trị có thể được thực hiện bởi nhiều chuyên khoa, tuy nhiên kỹ thuật và chỉ định vẫn còn nhiều bàn cãi. Tác giả thông báo hai trường hợp đầu tiên ở Việt Nam được tạo hình sàn ổ mắt sau chấn thương với nội soi hỗ trợ tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2016.

**Ngày nhận bài:** 24/5/2018

**Ngày duyệt:** 29/6/2018

**Ngày chấp nhận đăng:**  
8/8/2018

## Endoscopic-Assisted Orbital Floor Reconstruction: the First Two Cases in Vietnam

Vu Trung Truc, Bui Mai Anh

Viet Duc University Hospital

## Abstract

Orbital fractures are a combination of facial jaw injuries and face skull injuries. The most common complications are enophthalmos, diplopia and muscle entrapment that leave a bad effect on both function and psychology. Treatment can be done by various specialists, however the technique and surgical indications are still controversial. The authors report the first two cases in Vietnam which were reconstructed of the orbital floor with endoscopic-assisted at VietDuc University Hospital in 2016.

**Keyword:** Orbital fracture, facial trauma, enophthalmos, orbital floor reconstruction, endoscopic surgery.

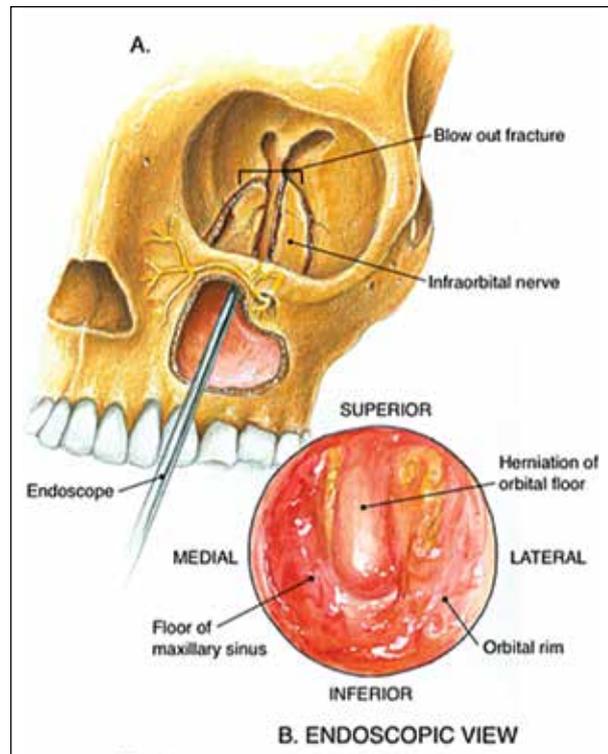
Vỡ sàn ổ mắt là một tổn thương khá thường gặp trong bệnh cảnh phối hợp với chấn thương hàm mặt hoặc vỡ sàn ổ mắt đơn thuần (*Blow-out fracture* – BOF) khi có lực tác động trực tiếp vào nhãn cầu. Phương pháp phẫu thuật kinh điển là mổ mở bộc lộ ổ gãy. Phẫu thuật nội soi ra đời đã nhanh chóng khẳng định các ưu điểm vượt trội và được ứng dụng vào nội soi mũi xoang từ những năm 1980; ứng dụng vào phẫu thuật tạo hình-thẩm mỹ từ những năm 1990 trong căng da trán, căng da mặt và sau đó là hỗ trợ điều trị chấn thương hàm mặt trong đó có tạo hình ổ mắt [1]. Việc sử dụng nội soi hỗ trợ hay toàn bộ giúp tăng cường khả năng quan sát chính xác của phẫu thuật viên, đặc biệt là với các thương tổn nằm sâu trong ổ mắt, từ đó giúp hồi tốt nhất giải phẫu và thể tích ổ mắt [1-5]. Cho đến thời điểm hiện tại chưa có báo cáo nào ứng dụng nội soi trong phẫu thuật tạo hình sàn ổ mắt tại Việt Nam. Tác giả thông báo hai trường hợp đầu tiên được ứng dụng thành công kỹ thuật này ở Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức vào năm 2016.

### Ca lâm sàng

**Ca lâm sàng 1 (NB1):** nam, 15 tuổi, hôn mê sau tai nạn giao thông đa chấn thương hàm mặt, sọ não. Phẫu thuật cấp cứu giải toả não, bỏ miếng xương sọ. Khám chuyên khoa tạo hình sau 1 tháng, lâm sàng và CT cho thấy lõm ổ mắt phải 7mm, trực nhãn cầu xuống dưới, vỡ sàn và thành trong, di lệch bờ dưới ổ mắt. Phẫu thuật lần 2 mở đường dưới mi với nội soi hỗ trợ, tạo hình thành trong, sàn và bờ dưới với Mesh Titanium cố định bằng vít. Phẫu thuật lần 3 sau 6 tháng tạo hình khuyết sọ trán và trần ổ mắt. Khám lại định kỳ hàng năm, kết quả tốt và ổn định (Hình 2).

**Ca lâm sàng 2 (NB2):** nữ, 32 tuổi, ngã đập vào vùng mắt trái, điều trị nội khoa tại địa phương. Sau 1 tuần mắt đờ phù nề, người bệnh tự thấy mắt trái lõm hơn mắt phải, đến khám với chúng tôi ngày thứ 10 sau chấn thương. Trên lâm sàng và CT, mắt trái lõm 4mm, vỡ sàn ổ mắt đơn thuần (BOF). Phẫu thuật ngày thứ 11, nội soi qua thành trước xoang hàm (Hình 1), đẩy tổ chức thoát vị vào ổ mắt, tạo

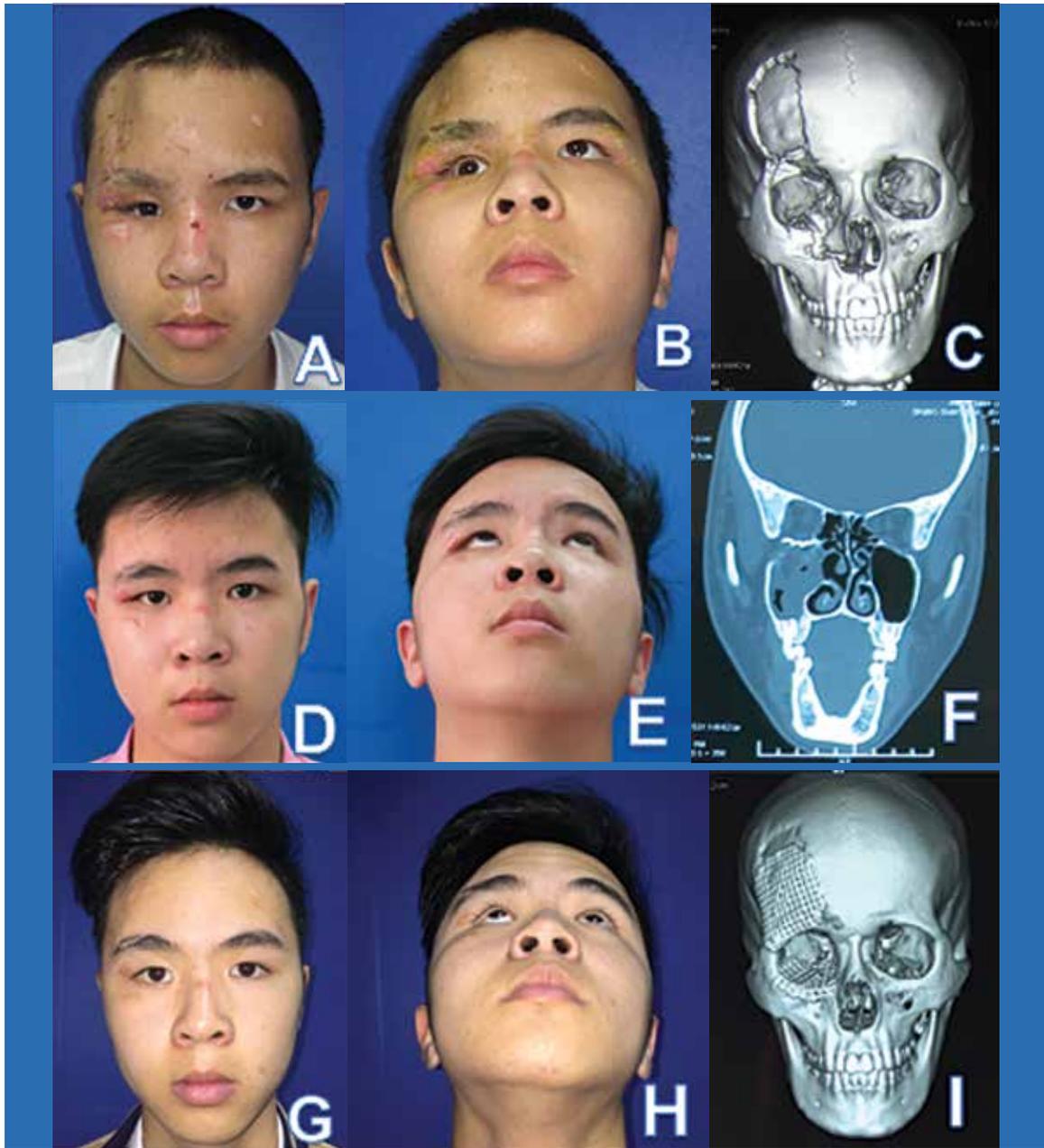
hình sàn ổ mắt bằng Mesh Titanium, cố định hỗ trợ bằng bóng trong xoang hàm trong 5 ngày. Khám lại sau 3 tuần, mắt trái nhô hơn mắt phải 1mm, tê bì má trái. Sau 3 tháng, hai mắt cân nhau, má trái không còn tê bì.



Hình 1. Minh họa nội soi sàn ổ mắt qua đường xoang hàm.

### Bàn luận

Ổ mắt là hốc xương hình tháp 4 mặt, trần ổ mắt và thành ngoài tương đối vững chắc, thành trong tiếp giáp với xoang sàng và thành dưới hay sàn tiếp giáp với xoang hàm là vùng mỏng và yếu nên tổn thương gặp chủ yếu ở phần này [2]. Chẩn đoán vỡ sàn ổ mắt dựa vào thăm khám lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh, trong đó chụp cắt lớp vi tính (CT) được coi là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định và đánh giá mức độ tổn thương. Tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức tất cả các trường hợp chấn thương ổ mắt nói riêng và chấn thương hàm mặt nói chung đều được chụp CT trước mổ. Dựa trên CT có 3 loại tổn thương ổ mắt thường gặp bao gồm: (1) vỡ cài kiểu cửa sổ (*trap-door*), (2) BOF thành trong (3) BOF thành ngoài, phân định bởi thần kinh dưới ổ mắt [3].



Hình 2. Minh họa NB1. Trước mổ (A,B,C). Sau mổ 1 năm (D,E,F), hình F cho thấy Mesh Titanium được đặt đúng giải phẫu kể cả vị trí sâu gắn đáy ổ mắt. Kết quả tốt sau mổ 2 năm (G,H,I).

Vỡ xương ổ mắt được mô tả từ năm 1844 bởi MacKenzie. Phẫu thuật mổ mở kinh điển thường được thực hiện qua các đường mổ như nếp má ổ mắt (Caldwell-Luc những năm 1970), đường kết mạc (*transconjunctiva*) hoặc đường dưới bờ mi (*h*). Đường nếp má ổ mắt không giấu được sẹo nên để

lại sẹo tương đối rõ, đường kết mạc thường hẹp khó quan sát nửa sau của ổ mắt, đường dưới bờ mi gây sẹo trĩ mi 1,2-42%. Chỉ định phẫu thuật nội soi cũng tương tự như đối với phẫu thuật mổ mở. Strong đưa ra 3 chỉ định: vỡ sàn ổ mắt đơn thuần; lõm ổ mắt; vỡ sàn ổ mắt trên 50% và chống chỉ

định nếu vỡ trên 2 thành ổ mắt [3]. Chen chống chỉ định tương đối với trường hợp tạo hình muôn vì hiện tượng xơ sẹo [1]. Jin cho rằng có thể ứng dụng nội soi trong mọi trường hợp hoặc là nội soi hoàn toàn hoặc là nội soi hỗ trợ, với những trường hợp vỡ sàn và thành trong có thể đi hai đường qua xoang hàm và qua mũi [4]. Trường hợp NB1, chấn thương vỡ cả thành trong, sàn ổ mắt và bờ dưới ổ mắt. Vì vậy, đường vào bờ mi dưới được lựa chọn để giải quyết cả ba thương tổn này với sự hỗ trợ của nội soi.

Về đường vào phẫu thuật nội soi sàn ổ mắt, tất cả các tác giả đều thống nhất đi qua đường niêm mạc tiền đình hàm trên theo kỹ thuật tiếp cận xoang hàm trên của Caldwell-Luc [1-5]. Phẫu tích dưới màng xương, bóc lộ thành trước xoang hàm, mở cửa sổ xương và nội soi tiếp cận sàn ổ mắt. Về kích thước mở cửa sổ xương cũng có nhiều quan điểm, Chen mở 20x15mm, Jin mở 10x15mm, Ducic mở tối đa chỉ để lại cách lỗ dưới ổ mắt và bờ hố lê, xương ổ răng 2-5mm [1][4][5].

Trường hợp NB2 (BOF) của chúng tôi cũng được mở thành trước xoang tối đa theo quan điểm của Ducic, việc mở cửa sổ xương rộng rãi giúp thao tác dễ dàng hơn, mảnh xương sau đó được đặt lại và cố định. Ống kính nội soi sử dụng cũng khác nhau tùy theo từng tác giả, đường kính optic thường sử dụng là 2,7mm nhưng có tác giả sử dụng loại 0 độ, có tác giả sử dụng loại 30 độ, có tác giả sử dụng cả hai loại, ở cơ sở điều trị của chúng tôi chỉ có duy nhất một loại optic 30 độ. Phương pháp cố định mảnh vỡ hoặc vật liệu ghép nhân tạo cũng khác nhau, Chen sử dụng Mesh Titanium đặt mặt dưới và cố định vào xương sàn ổ mắt bằng vít, Strong sử dụng Medpor dạng nhiều mảnh nhỏ ghép lại với nhau, Jin sử dụng Medpor một mảnh và chỉ dùng với các tổn khuyết lớn, đa số trường hợp tác giả nâng xương cũ lên và cố định với bóng trong xoang hàm. Cả hai trường hợp trong nghiên cứu chúng tôi đều sử dụng Mesh Titanium, NB1 có đường gãy cũ gây khuyết xương bờ dưới ổ mắt nên chúng tôi uốn cong miếng mesh xuống để tạo hình bờ dưới ổ mắt và cố định bằng vít, NB2 được đặt Mesh qua xoang

hàm vào trên xương sàn ổ mắt hỗ trợ cố định thêm bằng bóng đặt trong xoang hàm và rút ngày thứ 5 sau mổ.

Thời điểm phẫu thuật phù hợp vẫn là vấn đề gây nhiều tranh cãi, đa số phẫu thuật viên chủ trương chờ 3-5 ngày cho bớt phù nề [3]. Burnstine [6] chia làm ba thời điểm phẫu thuật: (1) phẫu thuật cấp cứu với những trường hợp có kẹt cơ vận nhãn, lõm ổ mắt ngay sau chấn thương, lệch trục nhãn cầu xuống dưới; (2) phẫu thuật trong hai tuần sau chấn thương và (3) phẫu thuật muôn. NB1 của chúng tôi trong nhóm phẫu thuật muôn vì chấn thương sọ não hôn mê trước đó, khi phẫu tích khá khó vì tổ chức xơ sẹo nhiều tuy nhiên đường dưới bờ mi rộng rãi và nội soi hỗ trợ giúp vị trí miếng mesh được đặt chính xác. NB2 được phẫu thuật vào ngày 11 sau chấn thương, tổ chức không còn phù nề, phẫu tích khá thuận lợi qua nội soi.

Mặc dù ưu điểm của nội soi trong tạo hình sàn ổ mắt đã được khẳng định qua y văn. Các biến chứng của phẫu thuật nội soi vẫn có thể gặp cũng tương tự như với phẫu thuật mở ngoài trừ biến chứng sẹo co kéo gây trễ mi dưới vì đường mổ trong miệng. Trường hợp NB1 của chúng tôi dù có mở đường dưới mi nhưng không gặp biến chứng này. Jin so sánh hai nhóm cho thấy phẫu thuật tạo hình lõm ổ mắt với nội soi cho kết quả tốt 89% và kết quả này ở nhóm không nội soi là 76%, tỉ lệ biến chứng ở hai nhóm không có sự khác biệt. Chen thường gặp tê bì má tự hết sau 2-3 tháng sau mổ. NB2 trong nghiên cứu cũng bị tê bì má sau mổ, cảm giác phục hồi bình thường ở thời điểm khám lại 3 tháng sau mổ.

### Kết luận

Phẫu thuật tạo hình sàn ổ mắt với nội soi hỗ trợ là phương pháp có nhiều ưu điểm, cho kết quả tối ưu cả về chức năng và thẩm mỹ, hạn chế các biến chứng của phẫu thuật mổ mở kinh điển. Tuy nhiên để thực hiện được kỹ thuật này cần có các phẫu thuật viên được đào tạo và có kinh nghiệm về phẫu thuật nội soi, cần trang thiết bị máy móc. Các nghiên cứu sâu hơn trong tương lai.

### Tài liệu tham khảo

1. Chen CT, Chen YR. Endoscopic orbital surgery. Atlas Oral Maxillofac Surg Clin North Am. 2003 Sep; 11(2):179-208.
2. Fernandes R, Strong EB. Endoscopic repair of orbital floor fractures. Operative Techniques in Otolaryngology (2008) 19, 209-213.
3. Strong EB. Endoscopic repair of orbital blow-out fractures. Facial Plast Surg. 2004 Aug; 20(3):223-30.
4. Jin HR, Yeon JY, Shin SO, Choi YS, Lee DW. Endoscopic versus external repair of orbital blowout fractures. Otolaryngol Head Neck Surg. 2007 Jan; 136(1):38-44.
5. Ducic Y, Verret DJ. Endoscopic transantral repair of orbital floor fractures. Otolaryngol Head Neck Surg. 2009 Jun; 140(6):849-54.
6. Burnstine MA. Clinical recommendations for repair of isolated orbital floor fractures: an evidence-based analysis. Ophthalmology 2002; 109: 1207-10.