PHẪU THUẬT TẠO HÌNH ĐIỀU TRỊ SẸO LỒI VÀNH TAI DO XỎ KHUYÊN

Phạm Thị Việt Dung[1,2,3,✉], Phạm Kiến Nhật[2], Nguyễn Anh Đạt[1]

[1]Trường Đại học Y Hà Nội
[2]Bệnh viện Bạch Mai
[3]Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình điều trị sẹo lồi vành tai do xỏ khuyên. Nghiên cứu mô tả trên 26 bệnh nhân với 34 sẹo lồi vành tai sau xỏ khuyên được điều trị bằng phẫu thuật cắt sẹo và tạo hình tổn khuyết linh hoạt theo vị trí và kích thước sẹo, từ tháng 06/2021 đến 06/2022 tại Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tất cả bệnh nhân đều là nữ, tuổi trung bình 21,3 ± 4,5. Hầu hết tổn khuyết sau cắt sẹo được đóng trực tiếp (64,7%), các trường hợp còn lại cần chuyển vạt tại chỗ hoặc ghép da che phủ. Đánh giá kết quả điều trị sau 6 tháng thấy điểm sẹo Kyoto từ 6,8 trước mổ giảm xuống 0,8 sau mổ. 75% trường hợp có kết quả rất tốt và tốt. Tiền sử sẹo lồi tái phát và kích thước của sẹo có thể coi là các yếu tố tiên lượng kết quả phẫu thuật. Phẫu thuật điều trị sẹo lồi vành tai do xỏ khuyên bằng cắt sẹo kết hợp tạo hình tổn khuyết đem lại kết quả khả quan.

Từ khóa: Sẹo lồi tai, phẫu thuật tạo hình, xỏ khuyên tai.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sẹo lồi ở vành tai do xỏ khuyên khá thường gặp.[1] Do nằm ở vị trí dễ thấy trên khuôn mặt nên sẹo lồi vành tai gây tác động thẩm mỹ đáng kể. Ngoài ra, các triệu chứng liên quan đến sẹo lồi như đau, ngứa, loét cũng gây khó chịu cho bệnh nhân. Thêm vào đó, việc điều trị không thỏa đáng sẽ gây nên các biến dạng thẩm mỹ và kéo theo các vấn đề tâm lý. Đây là thách thức đối với bác sĩ phẫu thuật tạo hình. Có nhiều phương pháp điều trị sẹo lồi vành tai như: phẫu thuật, tiêm corticosteroid trong sẹo, xạ trị, áp lạnh, silicone – gel, lazer, chất chống khối u hoặc ức chế miễn dịch hoặc kết hợp phẫu thuật với một hoặc nhiều phương pháp khác nêu trên, đã được áp dụng và cho hiệu quả thay đổi tùy nghiên cứu.[1,2] Tại Việt Nam hiện chưa có nghiên cứu về sẹo lồi vành tai do xỏ khuyên mặc dù tình trạng bệnh lý này khá phổ biến trên thực hành lâm sàng. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình điều trị dạng tổn thương bệnh lý này.

Tác giả liên hệ: Phạm Thị Việt Dung
Trường Đại học Y Hà Nội
Email: phamvietdung@hmu.edu.vn
Ngày nhận: 31/01/2023
Ngày được chấp nhận: 10/03/2023

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

26 bệnh nhân với 34 sẹo lồi vành tai do xỏ khuyên được khám, phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật Tạo hình Thẩm mỹ, Bệnh viện Bạch Mai và đơn vị Phẫu thuật Tạo hình Thẩm mỹ công nghệ cao, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 06/2021 đến tháng 06/2022. Các bệnh nhân này được chẩn đoán sẹo lồi vành tai dựa vào lâm sàng và thang điểm JSW 2015, nguyên nhân do xỏ khuyên tai.[3]

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang, hồi cứu.

Chọn mẫu

Thuận tiện.

Qui trình nghiên cứu

Phẫu thuật được tiến hành dưới gây tê tại chỗ bằng lidocain 1% và epinephrine 1:200.000 với đường rạch nằm trên da lành, sát với chu vi của sẹo. Sẹo được lấy bỏ triệt để cả da trên sẹo và lõi xơ. Tổn khuyết vành tai sau cắt sẹo được đóng lại bằng các phương pháp tạo hình thích hợp, tùy thuộc vào vị trí và kích thước.

Các phương pháp tạo hình được sử dụng:

- Phương pháp đóng trực tiếp: áp dụng với sẹo có kích thước lớn nhất < 10mm.

+ Tổn khuyết mặt trước và sau của vành tai: chuyển khuyết da thành hình elip và đóng theo hướng dễ huy động da xung quanh, thường với trục không vuông góc với bờ tự do của vành tai, tránh biến dạng bờ tự do.

+ Tổn khuyết tại bờ tự do vành tai: cắt tổn thương theo hình chêm, đóng trực tiếp tổn khuyết vành tai theo 3 lớp.

+ Vạt tại chỗ : áp dụng với sẹo có kích thước lớn nhất ≥ 10mm, được sử dụng dưới 2 dạng:

+ Vạt chuyển: từ da rãnh sau tai, cuống ngẫu nhiên, dạng cuống trên sử dụng để tạo hình tổn khuyết ½ trên vành tai, dạng cuống dưới cho ½ dưới vành tai, nơi cho vạt đóng trực tiếp.

+ Vạt xoay: từ da mặt sau vành tai và rãnh sau tai sát với tổn khuyết, cuống ngẫu nhiên, phẫu tích trên màng sụn.

- Phương pháp ghép da: áp dụng với sẹo mặt trước vành tai kích thước lớn nhất ≥ 10mm (do da vùng này mỏng, khó huy động).

Mảnh da ghép được thu hoạch từ rãnh sau tai, nơi cho được khâu đóng trực tiếp theo lớp giải phẫu.

Thang điểm sẹo Kyoto được sử dụng để đánh giá trước mổ và kết quả sau mổ 6 tháng. Sẹo sau mổ ở mức ≥ 4 điểm được coi là tái phát.[1]

Bảng 1. Điểm sẹo theo thang Kyoto

Triệu chứng \ Mức độ		Không	Ít	Nhiều
Triệu chứng thực thể	Đỏ	0	1	2
	Cứng	0	1	2
	Lồi	0	1	2
Triệu chứng cơ năng	Ngứa	0	1	
	Đau	0	1	

Điểm được cộng lại với nhau để xác định tổng điểm và phân loại theo 4 mức độ đánh giá: rất tốt (0 điểm); tốt (1 - 2 điểm); trung bình (3 điểm); kém (4 - 8 điểm).

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ đầy đủ các qui định về đạo đức nghiên cứu. Người bệnh được giải thích đầy đủ về phương pháp phẫu thuật, các yếu tố nguy cơ rủi ro, mục đích của nghiên cứu và tự nguyện đồng ý tham gia. Các thông tin, hình ảnh của bệnh nhân được bảo mật và chỉ được sử dụng với mục đích khoa học.

III. KẾT QUẢ

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều là nữ với độ tuổi trung bình là 21,3 (nhỏ nhất là 16, lớn nhất là 26 tuổi). 23 sẹo (67,65%) điều trị lần đầu và 11 sẹo còn lại (32,35%) là sẹo lồi tái phát, đã điều trị bằng các phương pháp khác nhau. Thời gian trung bình từ khi xuất hiện sẹo đến khi được điều trị là 2,3 tháng (ngắn nhất là 1 tháng, dài nhất 13 tháng).

Bảng 2. Vị trí sẹo lồi (n = 34)

Vị trí	Số sẹo	Tỷ lệ (%)
Dái tai	14	41,2
Vành tai sụn ½ trên	14	41,2
Vành tai sụn ½ dưới	6	17,6
Tổng	34	100

Có 18/26 bệnh nhân có sẹo lồi ở một bên tai, 8 bệnh nhân còn lại có sẹo lồi ở cả 2 tai. Phần vành tai có sụn là vị trí gặp sẹo lồi phổ biến nhất với 58,8% các trường hợp.

Kích thước lớn nhất của sẹo ghi nhận được là 27mm, nhỏ nhất là 3mm (trung bình 18mm). Phần lớn sẹo có kích thước dưới 10mm, chiếm 64,7%, sẹo kích thước lớn (≥ 10mm) ít gặp hơn, chiếm 35,3%.

Bảng 3. Phương pháp phẫu thuật phân bố theo vị trí và kích thước sẹo

Phương pháp phẫu thuật Yếu tố ảnh hưởng		Đóng trực tiếp	Vạt tại chỗ, Ghép da
Vị trí sẹo	Vành tai sụn	10	10
	Dái tai	12	2
Kích thước lớn nhất	< 10mm	22	0
	≥ 10mm	0	12
Tổng		22	12
Tỷ lệ %		64,70	35,30

Sẹo lồi dái tai hầu hết có thể đóng trực tiếp khuyết sau cắt sẹo (12/14 trường hợp); đối với sẹo nằm trên phần vành tai có sụn, phương pháp đóng trực tiếp chỉ áp dụng được ở một nửa số ca. Sẹo lồi kích thước nhỏ (< 10mm) đều đóng được trực tiếp khuyết sau cắt sẹo dù ở vị trí nào của vành tai; các sẹo lớn (≥ 10mm) đòi hỏi các phương pháp tạo hình khác.

20 sẹo được theo dõi sau mổ với thời gian theo dõi ít nhất là 6 tháng, dài nhất là 15 tháng. 15/20 sẹo không cho thấy bất kỳ dấu hiệu nào của lồi tái phát sau 6 tháng đạt kết quả điều trị "rất tốt" và "tốt"; 2 sẹo có kết quả "trung bình" và kết quả "kém" ở 3 sẹo tương ứng với các trường hợp sẹo tái phát (điểm Kyoyo ≥ 4). 3 trường hợp sẹo lồi tái phát cần phải tiêm Triamcinolone trong sẹo bổ sung: 2 trường hợp phải tiêm sẹo 1 lần, 1 trường hợp còn lại phải tiêm 2 lần, tất cả các trường hợp đều đều đáp ứng với liệu pháp steroid và không còn các biểu hiện của sẹo lồi tái phát sau đó. Điểm Kyoto trung bình trước phẫu thuật ở 20 sẹo này là 6,8 giảm đáng kể xuống 0,8 (Min = 0, Max = 4) sau phẫu thuật tạo hình 6 tháng.

Bảng 4. Các yếu tố liên quan kết quả phẫu thuật (n = 20)

Các yếu tố liên quan		Rất tốt, Tốt	Trung bình, Kém
Tiền sử điều trị	Sẹo lần đầu	12	2
	Sẹo tái phát	3	3
Vị trí sẹo	Vành tai vị trí có sụn	11	4
	Dái tai	4	1
Kích thước sẹo và Phương pháp phẫu thuật	Sẹo dưới 10mm, đóng trực tiếp	11	2
	Sẹo từ 10mm , vạt tại chỗ	3	2
	Sẹo > 10mm mặt trước vành tai, ghép da	1	1

Kết quả phẫu thuật khả quan hơn ở nhóm bệnh nhân có sẹo lồi lần đầu, so với nhóm có sẹo tái phát, thể hiện bằng tỷ lệ sẹo có kết quả điều trị "Rất tốt" và "Tốt" cao hơn rõ rệt. Tương tự, chúng tôi cũng ghi nhận được kết quả điều trị tốt hơn ở nhóm bệnh nhân có sẹo kích thước nhỏ chỉ cần đóng trực tiếp tổn khuyết sau cắt sẹo, so với nhóm bệnh nhân sẹo kích thước lớn, cần áp dụng các phương pháp tạo hình tổn khuyết khác.

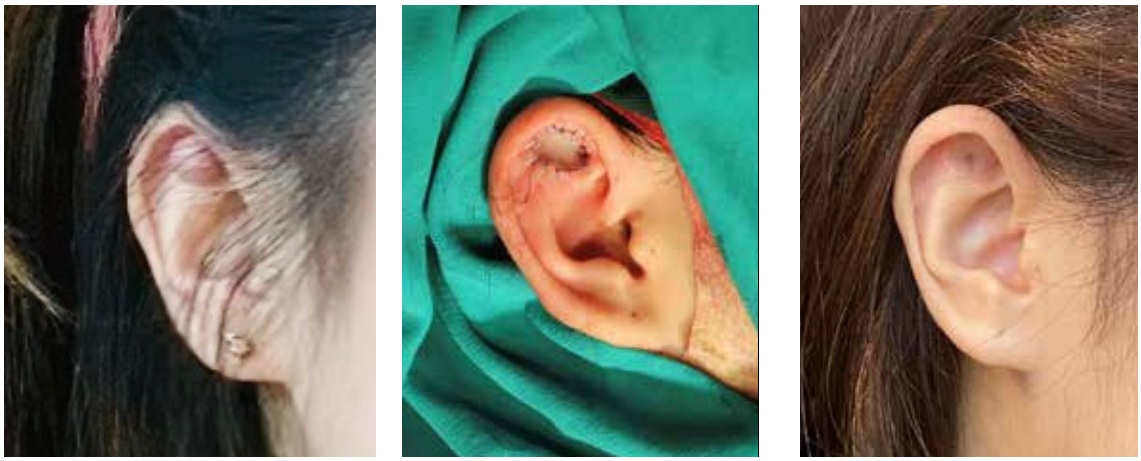
Một số hình ảnh lâm sàng:

A **B**

Hình 1. A: Sẹo lồi dái tai trái, B: Kết quả sau mổ cắt sẹo, đóng trực tiếp 6 tháng, không có biểu hiện tái phát, dái tai không biến dạng

A **B** **C** **D**

Hình 2. A: Sẹo lồi 1/3 trên vành tai, B: thiết kế vạt trước mổ, C: sau khi chuyển vạt sau tai, D: Kết quả sau 6 tháng



A B C

Hình 3. A: Sẹo lồi mặt trước vành tai trước mổ, B: sau phẫu thuật ghép da, C: Kết quả sau mổ 7 tháng

IV. BÀN LUẬN

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều là nữ, kết quả này tương tự kết quả về sự phân bố giới tính trong nghiên cứu của Ali Akbar Mohammadi trên quần thể người Iran (100% nữ) nhưng khác biệt hẳn nghiên cứu của N. Litrowski tại Pháp với số bệnh nhân nữ chỉ chiếm 50%.[1,2] Sự khác biệt này dễ dàng giải thích là do tập quán xỏ khuyên tai của các chủng tộc châu Á thường gặp chủ yếu ở nữ giới, trong khi ở Pháp và các nước Châu Âu cả hai giới đều thích xỏ khuyên. Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 21,3 (từ 16 đến 26 tuổi), hiếm gặp ở người già và trẻ nhỏ, có thể do trào lưu xỏ khuyên liên quan nhiều đến nhóm thanh niên trong độ tuổi này. Tuy nhiên, một số tác giả cho rằng việc hình thành sẹo có thể liên quan đến sự thay đổi hoocmon sinh dục. Joshua E Lane nhận thấy sẹo lồi vành tai có nguy cơ hình thành cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm bệnh nhân nữ xỏ khuyên sau 11 tuổi. Tác giả đưa ra khuyến cáo rằng việc xỏ khuyên tai nên được thực hiện sớm, tốt nhất là trước 11 tuổi nhằm hạn chế nguy cơ phát triển sẹo lồi và việc xỏ khuyên tai không được khuyến khích ở những cá thể có tiền sử gia đình hay tiền sử bản thân có sẹo lồi.[4] Theo một nghiên cứu khác được thực hiện ở cộng đồng người Úc, hai yếu tố chính dẫn đến sẹo lồi vành tai là biến chứng sau xỏ khuyên (nhiễm trùng, phản ứng dị ứng, toác rộng lỗ xỏ) và xỏ qua vùng sụn của vành tai. Ngoài ra, nghiên cứu cũng chỉ ra có sự khác biệt trong chất liệu khuyên tương quan với sự hình thành sẹo lồi. Tác giả nhận thấy khuyên bằng bạc có tỉ lệ cao hơn, mặc dù kết luận này vẫn chưa đủ bằng chứng cụ thể cũng như chưa được giải thích cơ chế một cách thỏa đáng.[5]

Nguyên tắc điều trị sẹo lồi vành tai là loại bỏ mô sẹo, tái tạo hình thể vành tai và quan trọng hơn là ngăn ngừa tái phát. Có rất nhiều quan điểm và phương pháp điều trị được đề xuất và hiệu quả thay đổi tùy nghiên cứu. Phẫu thuật cắt sẹo đơn thuần dẫn đến tỷ lệ tái phát cao, từ 30 - 50% theo nghiên cứu của Nast A, Eming S, Fluhr J và cộng sự.[6] Phẫu thuật chỉ cắt bỏ sẹo 1 phần, lấy bỏ lõi xơ, giữ lại 1 phần da sẹo trong tất cả các trường hợp để đóng vết mổ không căng, tỷ lệ tái phát cũng lên tới 36% sau

6 tháng theo nghiên cứu của N.Litrowski.[2] Kim DY thì sử dụng duy nhất 1 phương pháp che phủ tổn khuyết bằng vạt da trên sẹo trong tất cả các trường hợp, do đó luôn đảm bảo khả năng đóng kín tổn khuyết nhưng sức sống vạt da không cao, không lấy bỏ được tối đa tổ chức xơ sẹo với các sẹo lớn. Tỷ lệ tái phát trong nghiên cứu cũng lên tới 30%.[7] Khác với kỹ thuật các tác giả trên, chúng tôi phẫu thuật cắt toàn bộ tổ chức sẹo, bao gồm cả lõi xơ và da trên sẹo với đường rạch trên da lành và sử dụng linh hoạt các phương pháp tạo hình che phủ tổn khuyết tùy theo từng vị trí, kích thước của sẹo. Kết quả theo dõi sau 6 tháng, 75% trường hợp không có bất cứ dấu hiệu tái phát nào. Theo quan điểm của chúng tôi, phẫu thuật có một vai trò rất quan trọng trong điều trị sẹo lồi vành tai. Cắt sẹo rộng rãi đến tổ chức lành giúp loại bỏ toàn bộ tổ chức sẹo và sụn viêm. Áp dụng các phương pháp tạo hình linh hoạt giúp hạn chế nguy cơ tái phát sẹo lồi và đạt hiệu quả phục hồi hình thể thẩm mỹ của vành tai.

Tuy nhiên, tỷ lệ sẹo lồi tai tái phát vẫn còn rất cao. Chính vì thế, chúng tôi cho rằng, dù áp dụng phương pháp nào, phẫu thuật cũng nên được phối hợp với các phương pháp điều trị khác nhằm nâng cao hiệu quả. Trong nghiên cứu này, chúng tôi tiến hành tiêm corticosteroid trong sẹo như một phương pháp bổ trợ đối với các trường hợp sẹo lồi tái phát sau phẫu thuật và đạt kết quả tốt. Quan điểm điều trị đa mô thức cũng được hầu hết các tác giả ủng hộ.[1,2,6]

Dựa trên kết quả nghiên cứu, chúng tôi cho rằng tiền sử sẹo lồi tái phát là yếu tố ảnh hưởng có ý nghĩa tới kết quả điều trị sau cùng, thể hiện bằng tỷ lệ kết quả điều trị sẹo khả quan hơn ở nhóm sẹo lần đầu so với nhóm sẹo tái phát. Điều đó được nhiều tác giả đồng thuận, cho rằng yếu tố cơ địa đóng 1 vai trò quan trọng trong việc hình thành và tái phát sẹo lồi.[1,2,6] Các sẹo nhỏ dưới 10mm ở bờ viền của vành tai được khâu đóng trực tiếp, tỷ lệ kết quả sau mổ tốt cũng cao hơn so với nhóm sẹo lớn hơn 10mm và sẹo ở mặt trước vành tai. Theo Bernardo, các sẹo trên vùng không sụn có khả năng đạt kết quả tốt hơn vùng sẹo trên vị trí có sụn.[5] Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả điều trị của 2 nhóm này là ngang nhau. Chúng tôi cho rằng, để rút ra kết luận về sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm này cần nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật tạo hình điều trị sẹo lồi vành tai do xỏ khuyên bằng cách cắt toàn bộ sẹo và lựa chọn phương pháp tạo hình linh hoạt tùy theo vị trí và kích thước của sẹo đem lại kết quả khả quan, tuy nhiên một số trường hợp sẹo lồi tái phát và sẹo lồi kích thước lớn vẫn là thách thức lớn, cần tìm giải pháp điều trị phối hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ali Akbar Mohammadi, Sina Kardeh, Gholam Reza Motazedian, Soheil Soheil.2019. Management of Ear Keloids Using Surgical Excision Combined with Postoperative Steroid Injections. *World J Plast Surg*. 8(3): 338-344.

2. N Litrowski, M C Boullie, D Dehesdin, A De Barros, P Joly. 2014. Treatment of earlobe keloids by surgical excision and cryosurgery. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 28(10): 1324-31.

3. Rei Ogawa, Luc Téot, Thomas A. Mustoe, Esther Middelkoop, Gerd G. Gauglitz.2020. Japan Scar Workshop (JSW) Scar Scale (JSS) for Assessing Keloids and Hypertrophic Scars. Textbook on Scar Management: State of the Art Management and Emerging Technologies. Cham (CH): Springer. Chapter 15.

4. Joshua E Lane, Jennifer L Waller, Loretta S Davis.2005. Relationship between age of ear piercing and keloid formation. *Pediatrics*. 115(5): 1312-4.

5. Bernardo Hochman, Felipe C Isoldi, Tiago S Silveira, Graizela C Borba, Lydia M Ferreira. 2015 Does ear keloid formation depend on the type of earrings or piercing jewellery? *Australas J Dermatol*. 56(3): e77-9.

6. Alexander Nast, Sabine Eming, Joachim Fluhr, Klaus Fritz, Gerd Gauglitz, Silvia Hohenleutner, Renato G Panizzon, Günther Sebastian, Birte Sporbeck, Josef Koller.2012. German S2k guidelines for the therapy of pathological scars (hypertrophic scars and keloids). *J Dtsch Dermatol Ges*. 10(10): 747-62.

7. Dae Young Kim, Eui Sik Kim, Su Rak Eo, Kwang Seog Kim, Sam Yong Lee, Bek Hyun Cho.2004 A surgical approach for earlobe keloid: keloid fillet flap. *Plast Reconstr Surg*. 113(6): 1668-74.

Summary

RECONSTRUCTIVE SURGERY TO TREAT KELOIDS CAUSED BY EAR PIERCING

This is a descriptive study on 26 patients with 34 helix keloids operated from June 2021 to June 2022 at Bach Mai Hospital and Hanoi Medical University Hospital to evaluate the results of plastic surgery to treat helixear keloids caused by ear piercing. All patients were females, the age were 21.3 ± 4.5 years old on average. Most of the defects were closed directly (64.7%), other cases required using local flaps or skin graft. Results at 6 months postoperated showed that Kyoto scar score decreased from 6.8 to 0.8. 75% of keloids achieved exellent and good results. The history of recurrent keloids and the size of the keloid could be considered as predictors to the outcomes. Plastic surgery to treat piercing ear keloid by excision and instant reconstruction based on the reconstructive ladder gave positive results.

Keywords: Ear keloids, plastic surgery, ear piercing.