

PHẪU THUẬT BẢO TỒN VẬT LIỆU ĐỘN MÔNG SAU NHIỄM TRÙNG KHOANG ĐẶT TÚI: BÁO CÁO 1 CA LÂM SÀNG

Phạm Thị Việt Dung^{1,2,3,✉}, Phạm Kiến Nhật¹

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Nâng mông là phẫu thuật thẩm mỹ ngày càng phổ biến. Nhiễm trùng chiếm 1,9 đến 5% biến chứng. Phương pháp điều trị thường là phối hợp liệu pháp kháng sinh và tháo vật liệu; tuy đảm bảo hiệu quả điều trị nhiễm trùng nhưng để lại tác động tâm lý đáng kể. Chúng tôi báo cáo một trường hợp điều trị thành công bằng liệu pháp kháng sinh phối hợp phẫu thuật bảo tồn túi độn mông. Bệnh nhân nữ 29 tuổi, được chẩn đoán nhiễm trùng khoang đặt túi sau phẫu thuật độn mông 10 ngày. Bệnh nhân được điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ; phẫu thuật lấy túi, rửa khoang, rửa và đặt lại túi cùng thì. Sau mổ bệnh nhân hết sốt, vết mổ liền tốt. Sau 8 tháng, hai mông hoàn toàn ổn định, không có biểu hiện nhiễm trùng tái phát, siêu âm không thấy tụ dịch. Phối hợp liệu pháp kháng sinh và phẫu thuật bảo tồn túi độn là khả thi và có cơ sở khoa học. Tuy nhiên, để có kết luận chính xác cần thời gian theo dõi dài hơn và trên số lượng lớn ca lâm sàng.

Từ khóa: nâng mông, phẫu thuật bảo tồn vật liệu độn, nhiễm trùng.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ca phẫu thuật nâng mông đầu tiên được thực hiện vào năm 1965. Từ đó đến nay, kỹ thuật này ngày càng phổ biến. Theo Hiệp hội Thẩm mỹ Hoa Kỳ, năm 2013 có tới 11.527 phẫu thuật nâng mông được thực hiện; đến năm 2016, con số này lên tới 20.673 ca. Tuy vậy, các biến chứng của phẫu thuật này không phải hiếm, tỷ lệ này trong một số báo cáo lên tới 30%.¹ Các biến chứng thường gặp bao gồm toác vết mổ (9,6%), bứu huyết thanh (4,6%), liệt dây thần kinh ngồi (1%), tụ máu (0,63%), di lệch vật liệu (0,6%). Nhiễm trùng sau mổ chiếm tới 1,9 - 5% tổng số biến chứng, tỷ lệ này bao gồm cả nhiễm trùng nông và nhiễm trùng sâu. Tác nhân phổ biến nhất là *S. aureus* và *E.coli*.¹

Phương pháp điều trị thông thường đối với các trường hợp nhiễm trùng sau đặt vật liệu độn mông là sử dụng liệu pháp kháng sinh và phẫu thuật lấy bỏ vật liệu càng sớm càng tốt. Phẫu thuật đặt lại túi độn có thể được xem xét thực hiện sau 3 - 6 tháng khi phần mềm tại chỗ ổn định, không còn các biểu hiện nhiễm trùng.² Phẫu thuật hai thì đem lại sự an toàn trong điều trị tình trạng nhiễm trùng nhưng để lại tác động tâm lý đáng kể cho bệnh nhân và thiệt hại về kinh tế do phải thêm một lần phẫu thuật và thay cặp túi mới. Phẫu thuật bảo tồn vật liệu độn hiện còn rất ít được báo cáo, những nguy cơ trong việc thực hiện phương pháp này khiến nó chưa được chấp thuận rộng rãi. Tuy vậy, trong một số trường hợp, phẫu thuật bảo tồn, đặt lại túi trong cùng thì phẫu thuật có thể xem xét chỉ định. Mục tiêu của bài báo nhằm mô tả một trường hợp điều trị thành công bằng kết hợp liệu pháp kháng sinh với phẫu thuật bảo tồn túi độn sau nhiễm trùng khoang đặt túi.

Tác giả liên hệ: Phạm Thị Việt Dung

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: phamvietdung@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 09/12/2021

Ngày được chấp nhận: 28/12/2021

II. CASE LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ 29 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, được phẫu thuật đặt túi độn mông gel silicon hãng Polytech, thể tích 350 cc mỗi bên. Khoang đặt túi ở mỗi bên mông nằm giữa các lớp của cơ mông lớn tương ứng. Đường vào khoang đặt túi là đường rạch da khoảng 5 cm ở khe liên mông. Sau mổ 10 ngày, bệnh nhân xuất hiện toác vết mổ và chảy dịch. Qua thăm khám, xét nghiệm, siêu âm khoang đặt túi và cấy khuẩn, bệnh nhân được xác định nhiễm khuẩn vết mổ do tụ cầu vàng nhạy với kháng sinh trong đó có Gentamicin và nhóm Quinolon, ổ nhiễm khuẩn thông với khoang đặt túi mông phải. Bệnh nhân đã được tiến hành phẫu thuật lấy túi độn mông bên phải, cọ rửa sạch túi bằng gạc vô trùng nhiều lần trong nước muối sinh lý pha betadin nhằm loại bỏ hoàn toàn vi khuẩn cũng như các màng sinh học bám trên bề mặt. Khoang đặt

túi cũng được lau rửa sạch nhiều lần bằng gạc cặp đầu panh, bơm rửa nhiều lần bằng dung dịch nước muối sinh lý pha betadin. Cuối cùng một dẫn lưu được đặt vào khoang đặt túi mông phải. Túi được đặt lại ngay cùng thì. Hai mép của đường rạch da cũ sau khi cắt lọc, làm sạch không thiếu hụt tổ chức, không căng; do đó vết mổ có thể được đóng trực tiếp theo các lớp giải phẫu. Trước khi đóng kín vết mổ, 80mg kháng sinh Gentamicin được bơm vào khoang đặt túi bên phải và lán đều trên bề mặt túi. Dẫn lưu được duy trì trong 3 ngày. Sau mổ bệnh nhân được dùng kháng sinh Tavanic 500mg/100ml truyền tĩnh mạch 1lần/ ngày trong 1 tuần. Sau mổ bệnh nhân không sốt, vết mổ khô và liền tốt, chỉ phẫu thuật được cắt sau 2 tuần. Khám lại sau 8 tháng, mông hai bên mềm mại, không tụ dịch, không có các dấu hiệu của nhiễm khuẩn tái phát.



Hình 1. Bệnh nhân lúc vào viện: vùng mông phải sưng nề, vết mổ cũ khe liên mông toác rộng, chảy dịch



Hình 2. Sau cắt lọc tổ chức hoại tử tại vết mổ cũ, đánh giá thấy nhiễm trùng vết mổ thông với khoang đặt túi bên phải



Hình 3. Khoang đặt túi được bơm rửa: túi độn sau khi tháo được rửa sạch trước khi đặt lại cùng thì; dẫn lưu được đặt tại khoang đặt túi vùng mông phải; vết mổ sau đó được đóng theo các lớp giải phẫu



Hình 4. Khám lại sau 8 tháng, 2 mông cân đối, vết mổ liền tốt, không có biểu hiện nhiễm trùng tái phát

III. BÀN LUẬN

Phẫu thuật bảo túi độn ngực trong trường hợp nhiễm trùng khoang đặt túi đã được một số phẫu thuật viên báo cáo, bước đầu ghi nhận kết quả đáng khích lệ.³ Spear và cộng sự điều trị bảo tồn cho 24 trường hợp bệnh nhân với 26 túi ngực nhiễm trùng đạt tỷ lệ thành công lên tới 76,9% bằng việc kết hợp các phương pháp bao gồm: liệu pháp kháng sinh tích cực, phẫu thuật cắt lọc bơm rửa khoang túi, thay túi hoặc đặt lại túi sau khi đã làm sạch, đóng vết mổ trực tiếp hoặc bằng vật tổ chức.⁴ Courtiss và cộng sự nghiên cứu trên 29 bệnh nhân nhiễm trùng sau đặt túi ngực, kết quả thu được tỷ lệ thành công đạt 45% (13/29 bệnh nhân) với phác đồ kháng sinh và bơm rửa, dẫn lưu khoang đặt túi.⁵ C. Laveaux báo cáo điều trị thành công 3 trường

hợp nhiễm trùng sau mổ đặt túi độn ngực bằng kết hợp liệu pháp kháng sinh trong 6 tuần với phẫu thuật bơm rửa khoang đặt túi và thay túi độn, theo dõi xa tối thiểu sau 13 tháng, tất cả các bệnh nhân đều không có biểu hiện nhiễm trùng tái phát.⁶

Trong khi đó, cho đến nay, trên y văn chưa thấy báo cáo về phẫu thuật bảo tồn sau nhiễm trùng khoang độn túi vùng mông. Đường rạch trong phẫu thuật đặt túi độn mông có vị trí gần so với hậu môn (trong vòng từ 4 đến 6 cm trên đường giữa vùng khe liên mông); đây cũng là vùng tỷ đè, chỉ có da và mạc che phủ xương nên mạch máu nuôi dưỡng nghèo nàn; đây có thể là yếu tố nguy cơ của nhiễm trùng và là một trong các yếu tố làm cho phẫu thuật đặt túi độn

mông bị nhiễm trùng nhiều hơn vùng ngực. Khi nhiễm trùng xảy ra, phẫu thuật tháo túi là một phương pháp điều trị rất nặng nề về tâm lý với bệnh nhân. Hơn nữa, phẫu thuật đặt lại túi sau 3 - 6 tháng sẽ khó khăn hơn rất nhiều so với lần đầu do khi đó vùng bóc tách bị xơ hóa, dính nên rất khó phẫu tích, dễ bóc nhầm khoang, thậm chí có thể gây tổn thương thần kinh ngồi.² Bên cạnh đó, thiệt hại về kinh tế khi phải phẫu thuật lần 2 với cặp túi độn mới cũng là một vấn đề cần cân nhắc.

Việc đặt lại túi sau nhiễm trùng tuy vẫn còn tranh cãi nhưng được cho là khả thi. P. Castus và cộng sự đã thực hiện một nghiên cứu trong phòng thí nghiệm trên tổng cộng 112 mảnh vỏ túi độn ngực silicon (cả túi trơn và nhám). Họ cho gây nhiễm chủ động với 2 chủng vi khuẩn là *S.aureus* và *S. epidermidis* sau 15 ngày. Các mảnh túi sau đó được "rửa sạch" bằng bàn chải mịn trong bồn chứa dung dịch povidone-iodine đặc, sau đó tráng lại bằng dung dịch nước muối sinh lý. Kết quả kiểm tra dưới kính hiển vi điện tử thấy sau khi được rửa sạch, các mảnh vỏ túi không còn bất cứ sự hiện diện nào của vi khuẩn cũng như không gây tổn hại nào cho bề mặt vỏ túi silicon. Quy trình khử nhiễm này đặt ra cơ hội cho việc đặt lại túi độn sau nhiễm trùng giai đoạn sớm khi có chỉ định điều trị bảo tồn. Đây cũng là cơ sở khoa học để các phẫu thuật viên có thể mạnh dạn chỉ định phẫu thuật bảo tồn, đặt lại túi ngay trong thì xử lý khoang độn túi bị nhiễm trùng.⁷

V. KẾT LUẬN

Phối hợp liệu pháp kháng sinh và phẫu thuật bảo tồn túi độn là khả thi và có cơ sở khoa học.

Tuy nhiên, để đi đến kết luận chính xác về vấn đề này cần theo dõi thời gian dài hơn và trên số lượng lớn ca lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Shah, B. Complications in Gluteal Augmentation. *Clin Plast Sur.* 2018;45(2):179-186.
2. Marc R. Matthews, Emily A. Helmick, Daniel M. Caruso, Kevin N. Foster. Necrotizing Soft Tissue Infection as a Result of a Brazilian Butt Lift Procedure. *Trauma Acute Care.* Jun 2017;2(3):46.
3. Washer L L, Gutowski K. Breast Implant Infections. *Infect Dis Clin North Am.* Mar 2012;26(1):111-125.
4. Spear S, Howard M, Boehmler J, et al. The infected or exposed breast implant: management and treatment strategies. *Plast Reconstr Surg.* 2004;113:1634-44.
5. Courtiss E, Goldwyn R, Anastasi G. The fate of breast implants with infection around them. *Plast Reconstr Surg.* 1979;63(6):812-6.
6. Laveaux C, Pauchot J, Loury J, Leroy J, Tropet Y. Acute periprosthetic infection after aesthetic breast augmentation. Report of three cases of implant "salvage". Proposal of a standardized protocol of care. *Ann Chir Plast Esthet.* 2009 Aug;54(4):358-64.
7. Castus, P., Heymans, O., Melin, P., Renwart, L., Henrist, C., Hayton, E., Leclère, F. M. Is Salvage of Recently Infected Breast Implant After Breast Augmentation or Reconstruction Possible? An Experimental Study. *Aesthetic Plast Sur;* 42(2):362-368.

Summary

IMPLANT-CONSERVING SURGERY TO TREAT GLUTEAL IMPLANT POCKET INFECTION AFTER GLUTEAL AUGMENTATION: A CASE REPORT

Gluteal augmentation is a popular esthetic surgery, in which postoperative infection accounts for about 1.9 to 5% of complications. The usual treatment for these infection cases is a combination of antibiotic therapy and removal of the implants. Although this method is effective in treating the infections, it leaves a significant psychological impact on the patient. We report a case that was successfully treated with antibiotic therapy in combination with silicone implant-conserving surgery. A 29-year-old female patient was diagnosed with an infection of the implant pocket 10 days after gluteal augmentation surgery. The patient was treated with antibiotic therapy and operated to irrigate the silicone implant and the pockets, and then the implants were reinserted into the pockets after irrigation. After 2 weeks, stitches were removed. After 8 months, the shape of the buttocks were normal and there was no sign of recurrent infection. Ultrasound did not show any fluid accumulation. A combination of antibiotic therapy and implant-conserving surgery is a good treatment approach to save infected buttock implants. Future longitudinal studies with a larger sample are needed to refine this approach.

Keywords: gluteal augmentation, implant - conseving surgery, infection.