

Nhìn lại chỉ định phẫu thuật cắt chỉnh xương hàm mặt không chỉnh nha trước mổ nhân 2 trường hợp lâm sàng

Nguyễn Việt Anh, Vũ Trung Trực, Nguyễn Hồng Hà*

Bệnh viện Việt Đức

Ngày nhận bài 15/8/2018; ngày gửi phản biện 17/8/2018; ngày nhận phản biện 20/9/2018; ngày chấp nhận đăng 2/10/2018

Tóm tắt:

Điều trị sai lệch xương hàm mặt thường quy cần có giai đoạn điều trị chỉnh nha kéo dài trước phẫu thuật. Giai đoạn này được coi là rất quan trọng để chuẩn bị cho phẫu thuật và đảm bảo kết quả ổn định. Nó thường gây phiền toái cho bệnh nhân vì thời gian điều trị kéo dài, ảnh hưởng đến thẩm mỹ và chức năng ăn nhai của bệnh nhân kém. Gần đây, trên thế giới một số tác giả đã tiến hành phẫu thuật trước chỉnh nha (không chỉnh nha trước mổ) trong xử lý sai lệch xương hàm mặt, rút ngắn thời gian điều trị mà vẫn thu được kết quả tốt. Trong bài báo, các tác giả trình bày 2 trường hợp bệnh nhân được điều trị theo hướng này tại Bệnh viện Việt Đức. Về thẩm mỹ, cả 2 bệnh nhân được cải thiện ngay sau mổ, kết quả tốt, bệnh nhân rất hài lòng. Nhân 2 trường hợp này, các tác giả muốn nhìn lại y văn để xem xét về chỉ định và hiệu quả của phương pháp điều trị sai lệch xương hàm mặt thường quy.

Từ khóa: nhô xương hàm dưới, phẫu thuật không chỉnh nha trước mổ, vẩu xương hai hàm.

Chỉ số phân loại: 3.2

Đặt vấn đề

Trước những năm 1960, điều trị chỉnh nha trước phẫu thuật còn chưa phổ biến. Tuy nhiên, khi các kỹ thuật phẫu thuật phát triển và số lượng bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật chỉnh xương hàm tăng lên, mong muốn của bệnh nhân cũng như của bác sĩ là đạt được kết quả thẩm mỹ và khớp cắn tối ưu khiến phương pháp điều trị chỉnh nha trước mổ trở nên phổ biến. Phương pháp này yêu cầu chỉnh nha trước mổ để xóa bỏ trừu tượng quan khớp cắn và các răng được dàn đều. Với hầu hết trường hợp phải cắt chỉnh xương hàm, có 2 giai đoạn di chuyển răng chỉnh nha, đó là: chỉnh nha trước và sau phẫu thuật. Nhược điểm của việc can thiệp chỉnh nha cả trước và sau mổ là khiến thời gian điều trị kéo dài, thẩm mỹ khuôn mặt xấu trong thời gian chỉnh nha trước mổ dẫn đến nhiều bệnh nhân chán nản.

Trong những năm gần đây, xu hướng điều trị để có được sự thay đổi khuôn mặt sớm ngày càng tăng. Trong kế hoạch điều trị phẫu thuật trước (Surgery First), giai đoạn chỉnh nha trước phẫu thuật được loại bỏ hoặc rút ngắn tối đa, xương hàm được phẫu thuật để có vị trí mong muốn và tiếp theo là chỉnh nha. Bệnh nhân có được sự thay đổi thẩm mỹ khuôn mặt ngay sau phẫu thuật, đồng thời bác sĩ chỉnh nha có thể tận dụng quá trình lành thương của xương để giúp việc di

chuyển răng nhanh hơn [1-3]...

Ca lâm sàng

Trường hợp 1

Bệnh nhân nữ 33 tuổi đến khám vì vẩu hai hàm. Bệnh nhân mong muốn cải thiện thẩm mỹ khuôn mặt một cách nhanh nhất và không muốn đeo mắc cài chỉnh răng.

Khám lâm sàng, bệnh nhân có dạng mặt lồi, không cân xứng, môi trên ngắn, hai môi không kín ở tư thế nghỉ. Khám trong miệng, bệnh nhân có khớp cắn loại I răng hàm lớn thứ nhất 2 bên, độ cắn chia 4 mm, cắn chùm 3 mm. Đường giữa răng cửa trên và dưới thẳng và trùng với đường giữa mặt. Các răng sắp xếp tương đối đều trên cung hàm, không có khe thừa giữa các răng. X-quang mặt thẳng, mặt nghiêng và chụp cắt lớp đa lát cắt (MSCT) hàm mặt cho thấy, xương hàm trên và xương hàm dưới nhô ra trước so với nền sọ (góc SNA và SNB); trục răng cửa trên và dưới trong giới hạn bình thường.

Dựa trên các triệu chứng lâm sàng, X-quang và mong muốn điều trị của bệnh nhân, chúng tôi quyết định kế hoạch điều trị như sau:

- Phẫu thuật cắt xương hàm trước chỉnh nha.

*Tác giả liên hệ: Email: nhadr4@gmail.com

Orthognathic surgery without presurgical orthodontics: two clinical cases and literature review

Viet Anh Nguyen, Trung Truc Vu, Hong Ha Nguyen*

Viet Duc Hospital

Received 15 August 2018; accepted 2 October 2018

Abstract:

The conventional approach in orthodontic surgery treatment of dentofacial anomalies requires a varied period of pre-surgical orthodontic treatment. This presurgical period is considered to be important for adequate surgical treatment and stable results. This period is usually long bothersome for patients because dental decompensation is required and there is consequent deterioration of aesthetics and function. Recently, some authors suggest a surgery-first approach (SFA), one of the treatment choices for Class III and bimaxillary protrusion patients. In this report, we present two first cases of Viet Duc Hospital. The patient benefitted from immediate improvement of the facial profile after surgery, and the results were not compromised. We would like to review the literature on indication and effect of this alternative treatment.

Keywords: bimaxillary protrusion, mandibular prognathism, surgery-first approach.

Classification number: 3.2



Hình 1. Mẫu thạch cao.



Hình 2. Hình ảnh trong mổ, kết xương nẹp vít, cố định cung tigerstedt.

Phẫu thuật được tiến hành đúng theo kế hoạch, chúng tôi đã nhổ răng 14, 24, 34, 44, cắt segment hàm trên và hàm dưới tại vị trí nhổ răng, đẩy lùi xương hàm trên và xương hàm dưới ra sau, cố định 2 hàm bằng cung tigerstedt, kết hợp xương nẹp vít (hình 2).

Khám lại 1 tháng sau mổ cho thấy: mặt cân đối, tương quan mô mềm của khuôn mặt hài hòa, mặt nghiêng được cải thiện nhiều, không bị vầu. Hai môi khép kín ở tư thế nghỉ. Khám trong miệng, ở tư thế cắn lỏng mũi tối đa, các răng hàm trên và dưới ăn khớp tốt, tương quan răng 6 loại I cả 2 bên, độ cắn chùm và cắn chìa trong giới hạn bình thường. Ở trên cung răng, có khe thừa khoảng 1,5 mm giữa răng nanh và răng hàm nhỏ thứ 2. Chúng tôi đã tư vấn cho bệnh nhân điều trị chỉnh nha sau mổ để đóng kín khe thừa nhưng bệnh nhân chưa sẵn sàng đeo mắc cài, chúng tôi đã trám composite để tạm thời đóng kín khe thừa, cải thiện thẩm mỹ cho bệnh nhân trong thời gian chưa chỉnh răng sau mổ. Bệnh nhân rất hài lòng với kết quả đạt được.

Trường hợp 2

Bệnh nhân nam 22 tuổi đến khám vì mặc cảm thẩm mỹ “mặt lưỡi cày”. Bệnh nhân than phiền vì thấy mặt bị lệch,

- Nhổ răng 14, 24, 34, 44 trong phẫu thuật.

- Cắt hàm trên và hàm dưới segmental qua vị trí răng 14, 24, 34, 44, đẩy lùi xương hàm trên và xương hàm dưới ra sau.

- Cố định 2 hàm bằng cung tigerstedt trong 2 tuần sau phẫu thuật để đảm bảo ổn định khớp cắn.

- Chỉnh nha sau phẫu thuật để có kết quả tối ưu về thẩm mỹ và chức năng.

Trước phẫu thuật, chúng tôi có lấy dấu 2 hàm, đưa vào cang cắn, cắt hàm trên mẫu thạch cao, giữ tương quan răng hàm lớn ở loại I và các răng ở tư thế lỏng mũi tối đa và đúc máng phẫu thuật (surgical splint) cho bệnh nhân (hình 1).

hàm dưới nhô ra trước nhiều, ăn nhai khó khăn (hình 3).

Khám lâm sàng ngoài mặt: mặt không cân đối, hàm dưới nhô ra trước và lệch phải, tầng mặt dưới dài, nhìn nghiêng bệnh nhân có dạng mặt lõm. Trong miệng: chen chúc nhẹ cung răng hàm trên, chen chúc mức độ trung bình cung răng hàm dưới, khớp cắn loại III răng hàm lớn bên trái, loại II răng hàm lớn bên phải, cắn ngược và hở từ vùng răng sau bên phải cho tới vùng răng cửa, đường giữa hàm dưới lệch phải 5 mm, răng 32, 42 xoay và lệch phía lưỡi.

Bệnh nhân được chụp ảnh ngoài mặt, trong miệng, lấy dấu hàm, chụp X-quang mặt thẳng, mặt nghiêng (hình 4) và chụp MSCT hàm mặt có dựng hình 3D.



Hình 3. Bệnh nhân thứ 2 trước mổ.



Hình 4. Bệnh nhân thứ 2, X quang mặt thẳng và nghiêng trước và sau mổ.

Bệnh nhân không muốn điều trị chỉnh nha, do đó chúng tôi đã lên kế hoạch điều trị phẫu thuật không chỉnh nha cho bệnh nhân:

- Cắt dọc giữa xương hàm dưới ở vị trí góc hàm - cành lên 2 bên (BSSO).
- Xoay xương hàm dưới sang trái, kết hợp xương ở góc hàm 2 bên.
- Cố định 2 hàm bằng cung tigerstedt 3 tuần sau phẫu thuật.

Sau mổ, bệnh nhân được theo dõi và điều trị kháng sinh, giảm đau chống phù nề trong 1 tuần và không có biến chứng gì. Khám lại sau mổ 1 tháng, chúng tôi thấy thẩm mỹ được cải thiện rõ rệt: mặt cân đối, hài hòa, há miệng tốt, khớp cắn

được cải thiện nhiều, bệnh nhân đã hết cắn ngược, cắn chạm được vùng răng hàm cả 2 bên, khả năng ăn nhai của bệnh nhân được cải thiện tốt. Bệnh nhân rất hài lòng với kết quả điều trị (hình 5).



Hình 5. Bệnh nhân thứ 2 sau mổ.

Bàn luận

Trong điều trị các bất thường xương hàm mặt thường quy, chỉnh nha trước mổ nhằm loại bỏ chen chúc răng và bù trừ răng, mục đích để tạo khớp cắn ổn định, răng và tương quan hàm ở vị trí đúng sau phẫu thuật [4, 5]. Thời gian chỉnh răng trước mổ thường kéo dài 6 tháng đến 2 năm, tùy theo bệnh nhân và bác sĩ. Trong suốt quá trình này, chức năng và thẩm mỹ khuôn mặt của bệnh nhân sẽ kém hơn lúc trước điều trị [6-8].

Các nguyên tắc của chỉnh nha chuẩn bị cho phẫu thuật đối nghịch với điều trị chỉnh nha đơn thuần. Phẫu thuật xương hàm không chỉnh nha trước mổ làm thay đổi thẩm mỹ khuôn mặt và tương quan xương hàm trước. Do đó, việc chỉnh nha sau mổ theo các nguyên tắc chỉnh nha thường quy sẽ giải quyết các vấn đề còn lại như sai khớp cắn loại I.

Phẫu thuật cắt chỉnh xương hàm không chỉnh nha trước mổ thực sự rút ngắn thời gian điều trị so với phương pháp thường quy. Phương pháp này giúp cải thiện ngay tương quan giữa xương và mô mềm, giải quyết được những mặc cảm về thẩm mỹ cho bệnh nhân. Điều quan trọng là chúng ta phải khám, đánh giá và chỉ định đúng những trường hợp có thể điều trị phẫu thuật không chỉnh nha trước mổ gồm [1]:

- Các răng đều hoặc chen chúc nhẹ.
- Đường cong Spee phẳng hoặc cong nhẹ.
- Trục răng cửa bình thường hoặc ngả môi/lưỡi mức độ nhẹ.

Phương pháp không chỉnh nha trước mổ có thể áp dụng cho cả trường hợp sai khớp cắn loại II và loại III nhưng các ca sai khớp cắn loại III chiếm tỷ lệ cao hơn.

Quy trình chung của 1 ca phẫu thuật không chỉnh nha

trước mổ bao gồm [2]:

- Các răng hàm trên và hàm dưới được gắn mắc cài và khâu nhưng chưa đặt dây cung. Dây cung chỉnh nha được đặt sau phẫu thuật từ 1 tuần tới 1 tháng để dần đều, trong thời gian đó xương hàm đã cắt được giữ vững bởi nẹp cố định cứng chắc.

- Khi phẫu thuật trên mẫu, xương hàm trên và dưới được sắp xếp sao cho tương quan răng hàm lớn đứng và độ cắn chàm dương. Tương quan răng hàm lớn có thể ở loại I trong trường hợp không nhổ răng hoặc nhỏ 4 răng hàm nhỏ thứ nhất, ở loại III trong trường hợp nhổ răng hàm nhỏ thứ nhất hàm dưới và ở loại II trong trường hợp nhổ răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên. Chỉ khi xác định được tương quan răng hàm lớn, độ cắn chia mới được xác định.

- Điều trị chỉnh nha sau phẫu thuật nên bắt đầu sớm, khoảng sau phẫu thuật từ 1 tuần đến 1 tháng để tận dụng lợi thế của hiện tượng “di chuyển răng tăng tốc sau phẫu thuật”. Các khí cụ chỉnh hình như facemask hoặc chin cup cho các bệnh nhân loại III có thể được sử dụng để duy trì tương quan xương trong suốt thời gian chỉnh răng.

Những điểm cần chú ý khi lên kế hoạch điều trị:

- Tương quan răng hàm lớn được sử dụng làm mốc ban đầu để xác định khớp cắn tạm thời.

- Trục của các răng cửa trên có vai trò quan trọng xác định có cần thiết nhổ răng không. Nếu góc răng cửa trên - mp cắn <53-55° → xét nhổ răng [3]. Một giải pháp khác là thay đổi vị trí của xương hàm trên, để mặt phẳng cắn dốc hơn → trục răng cửa trên dựng thẳng hơn. Ngoài ra cũng có thể di xa khỏi răng sau hàm trên bằng nẹp gò má tạo khoảng để kéo lùi răng cửa dưới [9-11].

- Đường giữa phải trùng nhau sau phẫu thuật, độ cắn chia phía sau phải đứng cả 2 bên.

Trong hai trường hợp báo cáo lâm sàng của chúng tôi, phẫu thuật xương hàm không chỉnh nha trước mổ đã mang lại sự cải thiện rõ rệt về thẩm mỹ trong cả trường hợp vẩu 2 hàm và đặc biệt ở trường hợp nhô xương hàm dưới.

Bệnh nhân nam ban đầu có hàm dưới lệch phải, khớp cắn hở nhiều. Sau mổ, mặt bệnh nhân đã cân đối, khớp cắn được cải thiện, các răng cắn khít tốt, bệnh nhân ăn nhai được tốt hơn.

Ở trường hợp bệnh nhân nữ, mặc dù sau mổ vẫn còn khe thưa giữa răng nanh và răng hàm nhỏ nhưng chức năng ăn nhai của bệnh nhân vẫn tốt, khớp cắn vùng răng sau và vùng răng cửa chạm khít, có hướng dẫn răng nanh và răng cửa. Khe thưa giữa răng nanh và răng hàm nhỏ sẽ được đóng kín nhờ chỉnh nha sau mổ. Bệnh nhân hài lòng với kết quả thẩm mỹ khuôn mặt ngay sau phẫu thuật.

Kết luận

Mặc dù điều trị sai lệch xương hàm mặt theo phương pháp thường quy là phương pháp điều trị tốt, độ tin cậy cao, tuy nhiên thời gian điều trị thường kéo dài, đặc biệt là giai đoạn chỉnh nha trước phẫu thuật thường khiến bệnh nhân mệt mỏi, chán nản. Trong những trường hợp cụ thể, nếu đáp ứng được các tiêu chuẩn, chỉ định của phẫu thuật không chỉnh nha trước mổ thì đây cũng là một phương pháp điều trị tốt, rút ngắn thời gian điều trị cho bệnh nhân, cải thiện ngay thẩm mỹ và có thể cả chức năng ăn nhai cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] E.J. Liou, P.H. Chen, Y.C. Wang, C.C. Yu, C.S. Huang, Y.R. Chen (2011), “Surgery-first accelerated orthognathic surgery: orthodontic guidelines and setup for model surgery”, *J. Oral Maxillofac. Surg.*, **69**, pp.771-780.

[2] Vipul Kumar Sharma, Kirti Yadav, and Pradeep Tandon (2015), “An overview of surgery-first approach: recent advances in orthognathic surgery”, *J. Orthod. Sci.*, **4(1)**, pp.9-12.

[3] Y.F. Liao, Y.T. Chiu, C.S. Huang, E.W. Ko, Y.R. Chen (2010), “Presurgical orthodontics versus no presurgical orthodontics: treatment outcome of surgical-orthodontic correction for skeletal class III open bite”, *Plast. Reconstr. Surg.*, **126**, pp.2074-2083.

[4] W.R. Proffit, R.P. White, D.M. Sarver (2003), “Combining surgery and orthognathics: who does what, when?”, *Contemporary Treatment of Dentofacial Deformity*, pp.245-267.

[5] J.D. Jacobs, P.M. Sinclair (1983), “Principles of orthodontic mechanics in orthognathic surgery cases”, *Am. J. Orthod.*, **84**, pp.399-407.

[6] P.A. Dowling, L. Espeland, O. Krogstad, A. Stenvik, A. Kelly (1999), “Duration of orthodontic treatment involving orthognathic surgery”, *Int. J. Adult Orthodon. Orthognath. Surg.*, **14**, pp.146-152.

[7] F. Luther, D.O. Morris, C. Hart (2003), “Orthodontic preparation for orthognathic surgery: how long does it take and why? a retrospective study”, *Br. J. Oral Maxillofac. Surg.*, **41**, pp.401-406.

[8] F. Luther (2007), “Orthodontic treatment following orthodonticsurgery: how long does it take and why? a retrospective study”, *J. Oral Maxillofac. Surg.*, **65**, pp.1969-1976.

[9] C. Villegas, F. Uribe, J. Sugawara, R. Nanda (2010), “Expedited correction of significant dentofacial asymmetry using a ‘surgery first’ approach”, *J. Clin. Orthod.*, **44**, pp.97-103.

[10] H. Nagasaka, J. Sugawara, H. Kawamura, R. Nanda (2009), “Surgery first skeletal class III correction using the Skeletal Anchorage System”, *J. Clin. Orthod.*, **43**, pp.97-105.

[11] K.R. Park, S.Y. Kim, H.S. Park, Y.S. Jung (2013), “Surgery-first approach on patients with temporomandibular joint disease by intraoral vertical ramus osteotomy”, *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol.*, **116**, pp.e429-436.