

## SỬ DỤNG VẬT CÂN CƠ THÁI DƯƠNG TRONG TÁI TẠO KHUYẾT HỔNG VÙNG ĐẦU MẶT CỔ

Lý Xuân Quang\*, Văn Thị Hải Hà\*,  
Trần Ngọc Tường Linh\*, Trần Thanh Tài\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Vật cân cơ thái dương (VCCTD) là một trong những công cụ hữu ích được ứng dụng trong phẫu thuật tái tạo khuyết hồng vùng đầu mặt cổ. Nhằm đưa ra những kinh nghiệm của chúng tôi trong sử dụng VCCTD để tái tạo các khuyết hồng khác nhau, thu hoạch vật và đánh giá trên lâm sàng đối với loại vật đa năng này. **Đối tượng và phương pháp:** Đây là nghiên cứu báo cáo hàng loạt ca. Tất cả người bệnh đã được tái tạo khuyết hồng bằng VCCTD sau phẫu thuật vùng đầu mặt cổ từ tháng 01/2018 đến 04/2022 tại khoa Tai Mũi Họng thuộc bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. Các khuyết hồng bao gồm nguyên nhân khối u hoặc bẩm sinh. Những đặc điểm của người bệnh, vị trí khuyết hồng, kết quả sau phẫu thuật và các biến chứng sau tái tạo vật được ghi nhận. **Kết quả:** Tổng cộng có 16 người bệnh thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu. Tuổi trung bình của tất cả người bệnh là 60,7 tuổi. VCCTD được sử dụng để tái tạo tại các vị trí: khuyết hồng miệng, khẩu cái cứng và mềm, xương hàm trên, sàn sọ và hốc mắt. Hoại tử vật không có trường hợp (TH) nào được ghi nhận. 2 TH đã được tái tạo hõm thái dương. **Kết luận:** Dựa trên kinh nghiệm của chúng tôi về việc sử dụng VCCTD có cuống mạch thái dương sâu, loại vật này đã giúp đạt được kết quả thẩm mỹ tương đối và mang đến sự hài lòng cho người bệnh.

**Từ khóa:** Phẫu thuật tái tạo đầu mặt cổ, vật cân cơ thái dương.

### ABSTRACT

#### THE USE OF THE TEMPORALIS MYOFASCIAL FLAP FOR HEAD AND NECK RECONSTRUCTION: CROSS SECTIONAL STUDY

**Objectives:** The temporalis myofascial (TM) flap is a versatile tool used in head and neck reconstructive surgery. To report our experience with the use of the TM flap in different scenarios of reconstruction, technique of harvest and discuss clinical applications of this versatile of flap. **Methods:** This is a case series study. Patients underwent TM flap reconstruction flap at University Medical Center from January 2018 to April 2022. The defects had various etiologies including: tumors and congenital causes. The demographic data of patients, defect characteristics, operative procedures, postoperative results and complications were documented. **Results:** A total of 16 patients were included in this study.

---

\* Khoa Tai Mũi Họng - Bệnh viện Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh  
Chịu trách nhiệm chính: Lý Xuân Quang. Email: quang.lx@umc.edu.vn  
Ngày nhận bài: 10/6/2022. Ngày nhận phản biện: 22/6/2022  
Ngày nhận phản hồi: 4/7/2022. Ngày duyệt đăng: 6/7/2022

*The mean age of the patients were 60.7 years old. The flap was used for reconstruction of oral defects, hard and soft palate, maxillary defect, skull base and orbital defect. There were no cases of flap loss. No major complications were reported. Two patients had primary donor site reconstruction. **Conclusion:** Based on our experiences with use of TM flap with deep temporal artery, the TM is work for the creative head and neck reconstructive surgeon.*

**Keywords:** Head and neck reconstruction, temporalis myofascial flap.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

VCCTD có cuống mạch thái dương sâu là một vật hữu ích vì có tính linh hoạt và đáng tin cậy trong tái tạo các khuyết hồng sau phẫu thuật vùng đầu cổ. Hầu hết VCCTD được các phẫu thuật viên thường dùng để tái tạo khuyết hồng ổ mắt hoặc vùng mặt, nhưng vật cơ này còn có thể tái tạo những khuyết hồng vùng xa hơn trong khoang họng miệng như thành bên - sau họng, khẩu cái cứng - mềm, vùng má và góc liên hàm.

Vào năm 1895, Lentz và cộng sự lần đầu tiên mô tả VCCTD cho tái tạo lồi cầu xương hàm dưới trong điều trị viêm khớp thái dương hàm (1). Sau đó, Golovine đã dùng vật cơ này tái tạo khuyết hồng lớn vùng ổ mắt vào năm 1898 (2). Gilles và cộng sự tiếp tục ứng dụng VCCTD cho khuyết hồng lớn vùng gò má năm 1920 (3). Từ đó đến nay, vật cơ này đã được sử dụng càng nhiều hơn cho nhiều khuyết hồng ở nhiều vị trí: quanh ổ mắt, xương chũm, xương hàm trên, sần sọ và khoang họng miệng (4, 5, 6, 7). Tác giả Lê Văn Sơn đã nghiên cứu kết quả 60 người bệnh được tái tạo bằng vật cân - cơ thái dương đã mang lại kết quả tốt, mang tính thẩm mỹ và chức năng cho người bệnh (8).

### Mục tiêu

VCCTD đã được mô tả nhiều trong các tạp chí liên quan đến Phẫu thuật Răng Hàm

Mặt và Tạo Hình, nhưng vật cơ linh hoạt này lại ít được báo cáo trong các tạp chí thuộc lĩnh vực Tai Mũi Họng và phẫu thuật đầu mặt cổ. Vì vậy chúng tôi thực hiện báo cáo này nhằm mô tả kinh nghiệm của chúng tôi với VCCTD ở những bệnh nhân có khuyết hồng sau phẫu thuật đầu mặt cổ tại khoa Tai Mũi Họng thuộc bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả người bệnh sau phẫu thuật vùng đầu mặt cổ có khuyết hồng (ổ mắt, xương hàm trên, khẩu cái cứng - mềm và sần sọ) đã được tái tạo bằng VCCTD tại khoa Tai Mũi Họng bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM trong 4 năm (2018-2022).

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

#### \* Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu báo cáo hàng loạt ca.

#### \* Các bước thực hiện

Chúng tôi tiến hành thu thập thông tin tường trình phẫu thuật và hồ sơ bệnh án của những bệnh nhân thoả tiêu chuẩn chọn mẫu. Từ đó ghi nhận các thông tin biến số liên quan đến nghiên cứu trong phẫu thuật và theo dõi sau phẫu thuật.

Các biến số chính bao gồm: các đặc điểm lâm sàng của người bệnh, giải phẫu

bệnh học, vị trí khuyết hồng, tình trạng sống của vạt, biến chứng của vạt và tái tạo khuyết hồng vùng hõm thái dương, số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm Excel. Thời gian thực hiện nghiên cứu từ tháng 01/2022 đến 04/2022.

### \* *Giải phẫu*

Cơ thái dương nằm giữa cân thái dương sâu và hố thái dương của sàn sọ bên, đi dưới cung gò má. Cơ có nguyên uỷ tại đường thái dương và hố dưới thái dương; sau đó bám tận tại bờ trước mỏm quạ và ngành hàm dưới. Động mạch cấp máu chính cho cơ là các động mạch thái dương sâu trước và sau bắt nguồn từ nhánh động mạch hàm trong (9). Ngoài ra, còn có động mạch thái dương giữa nhánh của động mạch thái dương nông là nguồn cung cấp máu phụ. Thần kinh chi phối cho cơ là các nhánh thái dương sâu thuộc thần kinh hàm dưới, các nhánh này tùy hành với các mạch máu trong cơ.

### \* *Kỹ thuật phẫu thuật tái tạo VCCTD có cuống là động mạch thái dương sâu*

Rạch da từ trước tai hướng lên đỉnh đầu, độ sâu đến hết cân cơ thái dương nông. Da đầu được bóc tách bộc lộ mặt phẳng nằm dưới lớp mỡ thái dương dọc theo lớp sâu của cân cơ thái dương đến ngang mức bờ trên cung gò má. Bảo tồn chỗ bám của lớp mỡ thái dương nông trên cung gò má để hạn chế tổn thương nhánh thần kinh mặt và ngăn ngừa khuyết hồng hõm thái dương sau mổ. Rạch ngang trên cung gò má xuyên qua lớp mỡ đến bề mặt sâu của cung gò má để xác định bờ dưới của cung gò má và phân tách với chỗ bám của cơ cắn. Tiến hành tách toàn bộ cân cơ thái dương ra khỏi diện bám (chú ý bóc tách sát màng xương để tránh làm tổn thương động mạch thái dương sâu vì nó đi

sát mặt sâu của cơ). Tách cung gò má ra khỏi cơ thái dương giúp di động vạt tốt hơn, tăng thêm chiều dài vạt, giảm nguy cơ tổn thương vạt khi xoay và sự di động khớp thái dương hàm.

Đối với khuyết hồng vùng họng miệng: một đường hầm được tạo ra cho phép ngón tay phẫu thuật viên có thể luồn từ hố dưới thái dương đến họng miệng; một sợi chỉ được cố định vào đầu vạt, sau đó luồn vào khoang miệng. Vạt được kéo vào đúng vị trí khuyết hồng để mặt cân của cơ thái dương sâu đóng vai trò như lớp bề mặt che khuyết hồng. Trong trường hợp tái tạo VCCTD cho khuyết hồng sàn sọ bên: Vạt được xoay đến vị trí khuyết hồng, các cạnh của vạt được cố định bằng chỉ không tan vào các lỗ khoan ở rìa diện cắt của khuyết hồng vùng sàn sọ bên. Ngoài ra, trong khuyết hồng ổ mắt sẽ bộc lộ thành bên và cung gò má, khi đó một phần xương gò má được cắt vừa đủ để luồn vạt cơ đi qua để đến ổ mắt và vạt được cố định vào các cạnh ổ mắt và xương mũi.

### \* *Theo dõi và đánh giá kết quả*

Sau phẫu thuật, người bệnh được đánh giá tình trạng sống của vạt (tốt: màu sắc vạt hồng đều, hồi lưu mao mạch vạt tốt; trung bình: màu sắc vạt tím nhẹ, hồi lưu mao mạch vạt kém; xấu: màu sắc vạt tím >50%, hồi lưu mao mạch vạt kém).

## 3. KẾT QUẢ

Tổng cộng có 16 người bệnh (tuổi trung bình là 62,2; có 6 nam) tuổi từ 12 đến 88 đã được phẫu thuật vùng đầu mặt cổ có khuyết hồng vùng khẩu cái cứng - mềm, xương hàm trên, sàn sọ bên, hốc mắt và má (Bảng 1). Một TH được kết hợp thêm vạt da thái dương tái tạo khuyết hồng hốc mắt sau phẫu thuật cắt ung thư mi trên xâm lấn nhãn cầu. Giải phẫu bệnh đa số là ung thư

biểu mô tế bào gai, có 2 TH khác là u đại bào và cholesteatoma. Tình trạng sống của vật sau phẫu thuật đều tốt.

Có 2 TH có hõm thái dương cần tái tạo lại vùng thái dương bằng vật liệu nhân tạo; các biến chứng khác chưa được ghi nhận

như: hoại tử vật, liệt nhánh trán của thần kinh mặt, nhiễm trùng, tụ máu và há miệng hạn chế. Trong nghiên cứu có 3 TH ung thư xương thái dương đã bị liệt mặt trước mổ nên không được ghi nhận là biến chứng do tạo vật.

**Bảng 1:** Tái tạo bằng vật cân cơ thái dương

Chẩn đoán	Giải phẫu bệnh	Phương pháp mổ	Vị trí tái tạo	Số TH
Ung thư xương thái dương	Carinoma	Cắt bán phần/ toàn phần XTD	Xương thái dương	3
Ung thư xương hàm trên	Carcinoma	Cắt bán phần/ toàn phần XHT	Xương hàm trên	7
Ung thư khẩu cái cứng	Carcinoma	Cắt bán phần XHT	Khẩu cái	2
Ung thư lưỡi - sàn miệng	Carcinoma	Cắt bán phần lưỡi - má - sàn miệng	Má	1
Ung thư mi mắt xâm lấn nhân cầu	Carcinoma	Cắt tổ chức ổ mắt	Ồ mắt	1
U đại bào xương hàm trên	u đại bào	Cắt toàn phần XHT	Xương hàm trên	1
Cholesteatoma tai xương chũm phải	Cholesteatoma	Cắt toàn phần XTD	Xương thái dương	1

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã sử dụng vật cân cơ thái dương cho 16 người bệnh để tái tạo khuyết hổng nhiều vị trí khác nhau vùng đầu mặt cổ cho thấy kết quả khả quan tình trạng sống của vật tốt, chưa ghi nhận biến chứng nặng sau phẫu thuật và chỉ có 2 TH phải tái tạo lại hõm thái dương (Hình 1).



**Hình 1:** Một trường hợp sau phẫu thuật cắt u đại bào xương hàm trên có khuyết hổng khẩu cái cứng. (A) Hình ảnh khẩu cái cứng trước khi tái tạo. (B) Thu hoạch vật cân cơ thái dương. (C) Vật cân cơ thái dương che khuyết hổng khẩu cái cứng sau tái tạo

Phẫu thuật viên vùng đầu mặt cổ sẽ dựa vào chức năng và thẩm mỹ vùng khuyết hồng sau phẫu thuật cắt bỏ u để quyết định chọn lựa loại vật để tái tạo vùng khuyết hồng. Vật cơ ngực lớn là một vật thường được dùng để tái tạo vùng đầu mặt cổ, tuy nhiên có những hạn chế: vật kích thước lớn, có da và lông, tổn thương tại vị trí thu hoạch vật, vật co rút trong quá trình lành thương. Đối với vật cơ thang ít được sử dụng hơn do ít kinh nghiệm trong sử dụng vật này và dễ tổn thương các cấu trúc giải phẫu ở vị trí thu hoạch vật. Hơn nữa, các vật trên thường bị giới hạn về chiều dài để tái tạo vùng thành bên họng, sàn sọ và khẩu cái. Chuyển vật vi phẫu là một lựa chọn tốt, tuy nhiên cần tăng thời gian phẫu thuật và yêu cầu có nhóm phẫu thuật viên chuyên về vi phẫu.

Theo Hanasono và cộng sự, báo cáo 13 TH được vật cân cơ thái dương có nguồn cấp máu phong phú và đáng tin cậy, có thể điều chỉnh để phù hợp hầu hết các khuyết hồng sau phẫu thuật ung thư vùng đầu mặt cổ và ít gây tổn thương cho vị trí lấy vật (10). Vật dễ tiếp cận thông qua đường rạch trước vùng thái dương được ẩn trong vùng da đầu có tóc, vật nằm trong cùng hoặc gần phẫu trường có khuyết hồng, vì vậy làm giảm thời gian phẫu thuật đồng thời giảm tổn thương vật trong quá trình di chuyển vật. Ngoài ra, lớp cân sâu của cơ thái dương giúp che phủ vật và ổn định hình dạng vật do cần phát triển một lớp niêm mạc che phủ vật sau khi tái tạo, vì vậy vấn đề ghép da thêm không cần thiết (11). Chiều dài vật cân cơ thái dương từ 12 đến 16 cm, độ dày khoảng 0,5 đến 1 cm và độ xoay của vật có thể đạt 130 độ qua phẫu tích xác đã được Bradley và cộng sự báo cáo (6). Từ đó cho thấy vật dễ dàng chuyển đến khoang họng miệng và thành bên họng.

Và chống chỉ định của vật là đã tổn thương cơ trước đó hoặc tổn thương nguồn cung cấp máu cho vật do can thiệp vào động mạch cảnh trong hoặc ngoài.

Các biến chứng để lại di chứng nặng nề là tổn thương nhánh trán thần kinh mặt và hoại tử vật. Nhiễm trùng, tụ máu, rụng tóc, khít hàm và các vấn đề thẩm mỹ vùng thu hoạch vật là các biến chứng nhẹ. Trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận các biến chứng nặng nề, có 2 TH phải tái tạo khuyết hồng thái dương chỉ mang tính thẩm mỹ không đáng kể. Báo cáo của Hanasono và cộng sự, tái tạo VCCTD cho 13 TH sau phẫu thuật ung thư vùng đầu mặt cổ ghi nhận 1 TH bị tổn thương nhánh trán thần kinh mặt do thất bại trong quá trình nâng lớp mỡ thái dương nông (10). Vì vậy để tránh tổn thương nhánh thần kinh này, phẫu thuật viên cần nâng lớp mỡ thái dương nông cùng với vật da đầu, khi đó nhánh thần kinh này sẽ được bảo vệ trong lớp cân thái dương nông. Một nghiên cứu hàng loạt 26 ca của tác giả Colmenero ghi nhận 3 TH bị há miệng hạn chế sau phẫu thuật tái tạo vùng khẩu cái bằng VCCTD, tuy nhiên biến chứng này không ảnh hưởng đáng kể đến chức năng nhai (12). Khuyết hồng thái dương gây mất thẩm mỹ là ảnh hưởng thường gặp nhất liên quan đến VCCTD; nghiên cứu của chúng tôi đã tái tạo hõm thái dương cho 2 TH bằng vật liệu nhân tạo vào năm 2018. Và loạt các TH sau đó bằng việc bảo tồn lớp mỡ thái dương và 1/3 trước cơ thái dương (nếu có thể) đã làm giảm tạo hõm thái dương cải thiện thẩm mỹ vùng thái dương sau mổ.

#### 4. KẾT LUẬN

Nhìn chung, VCCTD là một lựa chọn hữu ích để tái tạo các khuyết hồng ổ mắt, xương hàm trên, khoang họng miệng và sàn sọ; vì đây là vật cơ có nguồn cung cấp máu

dồi dào, có kích thước (chiều dài, chiều rộng và thể tích) phù hợp và tỉ lệ biến chứng thấp. Với kinh nghiệm phẫu thuật của chúng tôi thấy rằng bảo tồn lớp mỡ thái dương không chỉ giúp bảo vệ nhánh thần kinh mặt mà còn giảm khả năng tạo hõm thái dương sau khi thu hoạch vạt.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lentz J (1895). Ankylose osseuse de la mâchoire inférieure, résection du col condyle avec interposition du muscle temporal entre les surfaces de résection. Congrès Franc de Chir, 113.
2. Golovine S (1898). Procédé de cloture plastique de l'orbite après l'exenteration. Arch Ophthalmol, 18:679-680.
3. Gilles H, Plastic Surgery of the Face. London. 1920, Oxford.
4. Rambo J T (1958). Musculoplasty: a new operation for suppurative middle ear deafness. Transactions-American Academy of Ophthalmology and Otolaryngology. American Academy of Ophthalmology and Otolaryngology, 62(2): 166-177.
5. Shagets F w, Panje w R, Shore J w (1986). Use of temporalis muscle flaps in complicated defects of the head and face. Archives of Otolaryngology-Head & Neck Surgery, 112(1):60-65.
6. Bradley P Brockbank J (1981). The temporalis muscle flap in oral reconstruction: a cadaveric, animal and clinical study. Journal of Maxillofacial Surgery, 9:139-145.
7. Eldaly A, et al (2008). Temporalis myofascial flap for primary cranial base reconstruction after tumor resection. Skull Base, 18(04):253-263.
8. Sơn L V (2004). Phục hồi các khuyết vùng hàm mặt bằng vạt cân cơ thái dương. Đại học Y Hà Nội.
9. Cheung L (1996). The blood supply of the human temporalis muscle: a vascular corrosion cast study. Journal of anatomy, 189(Pt 2):431.
10. Hanasono M M, Utley D s, Goode R L (2001). The temporalis muscle flap for reconstruction after head and neck oncologic surgery. The Laryngoscope, 111(10): 1719-1725.
11. Clauser L (1998). The temporalis muscle flap revisited on its centennial: advantages, newer uses, and disadvantages. Plastic and Reconstructive Surgery, 101 (4): 1154-1155.
12. Colmenero c, et al (1991). Temporalis myofascial flap for maxillofacial reconstruction. Journal of oral and maxillofacial surgery, 49(10): 1067-1073.