

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP DÍNH KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM HAI BÊN DO BỆNH VẢY NÉN THỂ KHỚP

*Nguyễn Trọng Đức¹, Đinh Thị Hồng Hạnh¹,
Nguyễn Văn Tuấn², Huỳnh Châu Quang Khải²*

TÓM TẮT

Dính khớp thái dương hàm được gây ra bởi nhiều nguyên nhân, trong đó dính khớp thái dương hàm ở bệnh nhân vảy nến là một trong những trường hợp hiếm gặp. Tính đến nay có khoảng 15 ca bệnh được công bố trên thế giới^{2,3,4,5}. Đây là một trường hợp dính khớp thái dương hàm hai bên nặng trên bệnh nhân vảy nến thể khớp giai đoạn di chứng đã được chúng tôi điều trị bằng phương pháp phẫu thuật của L.B Kaban (1990)⁷ với kết quả tuy hạn chế nhưng bước đầu cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân đáng kể.

Từ khóa: Bệnh vảy nến thể khớp, Dính khớp thái dương hàm, Tạo hình khớp thái dương hàm bằng vật liệu tự thân.

ACASE REPORT OF THE BILATERAL TEMPOROMANDIBULAR JOINT ANKYLOSIS CAUSED BY PSORIATIC ARTHRITIS

ABSTRACT

There are a wide range of causes of Temporomandibular Joint (TMJ) ankylosis. However, the involvement of Temporomandibular joint in PsA leading to TMJ ankylosis is rare which is less than 15 cases reported in literature until now. This patient got a severe TMJ dysfunction caused by PsA, who was treated quite successfully by surgical method of L.B Kaban (1990) as well as physical therapy. In general, we hope that our report about the severe PsA TMJ ankylosis case is able to contribute moderately to the knowledge about assessment criteria and treatment guideline for these patients.

¹Bệnh viện Quân y 175; ²Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương TP.HCM

Người phản hồi (Corresponding): Đinh Thị Hồng Hạnh (honghanh200187@gmail.com)

Ngày nhận bài: 29/7/2021, ngày phản biện: 11/9/2021

Ngày bài báo được đăng: 30/9/2021

Key words: Psoriatic Arthritis, Temporomandibular Joint Ankylosis, Autogenous Reconstruction of the TMJ.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dính khớp thái dương hàm được định nghĩa là sự mất chuyển động của khớp nguyên nhân do sự liền lại của các đầu xương trong khớp hoặc sự canxi hoá dây chằng xung quanh¹, gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến các hoạt động chức năng ăn nhai, tiêu hoá, phát âm, vệ sinh răng miệng, gây rối loạn phát triển xương hàm dưới và gương mặt, làm ảnh hưởng đến hô hấp và thẩm mỹ. Nhìn chung, dính khớp thái dương hàm sẽ để lại những ảnh hưởng nghiêm trọng về tâm sinh lý, chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Có nhiều nguyên nhân dẫn đến dính khớp thái dương hàm: chấn thương, viêm nhiễm toàn thân, tại chỗ, bệnh tự miễn và các dị tật bẩm sinh⁷. Trong nguyên nhân bệnh tự miễn, dính khớp thái dương hàm do bệnh lý vảy nến thể khớp là một trong những nguyên nhân hiếm gặp, nó được mô tả đầu tiên vào năm 1965 bởi Franks và Lundberg[4]. Tính đến nay có khoảng 50 ca lâm sàng được công bố[4], trong đó số ca nghiêm trọng gây nên tình trạng dính khớp thái dương hàm chỉ có khoảng 15 ca [2,3,4,5], điều này có thể dẫn đến những thiếu sót và chậm trễ trong việc tiên lượng và điều trị.

Bệnh vảy nến được biết đến như một bệnh lý tổn thương da mạn tính với cơ

chế bệnh sinh chưa rõ ràng và bệnh nguyên đa dạng từ nhiễm trùng đến di truyền. Ở Việt Nam, theo số liệu thống kê của Bệnh viện Da liễu trung ương năm 2010 bệnh vảy nến chiếm khoảng 2.2% dân số. Bệnh được điều trị chủ yếu bằng các thuốc ức chế miễn dịch hoặc gần đây là các liệu pháp sinh học giống với các bệnh lý tự miễn.

Ngoài tổn thương trên da, bệnh vảy nến còn gây tổn thương lên các cơ quan khác như tóc, móng, giác mạc, khớp. Trong đó bệnh vảy nến thể khớp chiếm khoảng 14% bệnh nhân vảy nến tại Châu Á [8]. Tổn thương khớp trong bệnh lý vảy nến được biết đến là tổn thương khớp không có yếu tố thấp, để phân biệt với viêm khớp dạng thấp. Có nhiều phương pháp phân loại bệnh vảy nến thể khớp, ngày nay các thầy thuốc chủ yếu dựa vào CASPAR của Taylor năm 2006 [9].

Trong bài viết này, chúng tôi xin trình bày ca lâm sàng dính khớp thái dương hàm do bệnh vảy nến thể khớp được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật tạo hình khớp thái dương hàm theo kỹ thuật của L.B Kaban (1990) [7] bao gồm các bước: cắt bỏ tổ chức xơ dính, cắt bỏ mòm vệt và chèn vạt cân cơ thái dương vào khoảng hở khe khớp.

2. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân H.V.D, nam, 38 tuổi, được chẩn đoán vẩy nến thể khớp cách đây 12 năm, được điều trị bằng thuốc steroid và ức chế miễn dịch, quá trình điều trị, trong khi các tổn thương về da được kiểm soát các tổn thương khớp tiến triển tăng dần gây biến dạng và hạn chế vận động các khớp vĩnh viễn. Hạn chế vận động khớp thái dương hàm xuất hiện cách đây khoảng 05 năm.

Bệnh nhân được chuyển từ khoa da liễu sang khoa chúng tôi vào tháng 9 năm 2020 trong tình trạng suy mòn, BMI 13,6. Các khớp bị biến dạng và mất khả năng vận động hoàn toàn, tổn thương da tróc vảy rải rác vùng bàn tay, bàn chân, móng và lưng. Tổn thương móng điển hình của bệnh lý vẩy nến. Về bệnh lý răng miệng, vệ sinh răng miệng kém, mảng bám và tổn thương viêm nướu 2 hàm, độ há miệng đo vùng răng cửa 0mm, không có các cử động sang bên, lui sau và ra trước.

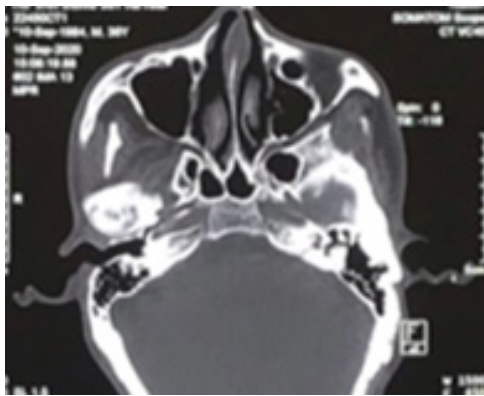


Hình 1: Hình tổn thương lâm sàng

Kết quả cận lâm sàng bao gồm RF âm tính, tình trạng thiếu máu nhẹ với hồng cầu 3,2Mu/L, huyết sắc tố 10,5g/dL, Albumin máu giảm nhẹ 30.1g/L, Fe⁺⁺

giảm nhẹ 12.1 $\mu\text{mol/L}$, máu lắng tăng 28mm. Các xét nghiệm về chức năng hô hấp, tim mạch, gan, thận đều trong giới hạn cho phép phẫu thuật. Hình ảnh CT biến dạng cột sống cổ, mất ưỡn sinh lý, gãy

mỏm răng C2, hình ảnh phá huỷ xương dưới sụn, mất khe khớp, biến dạng đầu lồi cầu khớp thái dương hàm hai bên, quá phát mỏm vẹt hai bên thể hiện trên phim CT hàm mặt dựng hình 3D. Đánh giá ASA III.



Hình 2: CT hình ảnh biến dạng khớp TDH (P)



Hình 3: CT lát cắt dọc qua khớp TDH 2 bên



Hình 4: Hình ảnh 3D thể hiện quá phát mỏm vẹt (P)



Hình 5: Hình ảnh 3D thể hiện quá phát mỏm vẹt (T)

Bệnh nhân được chẩn đoán: Dính khớp thái dương hàm hai bên do bệnh vẩy nến thể khớp giai đoạn di chứng và được điều trị bằng phẫu thuật tạo hình khớp thái dương hàm hai bên theo phương pháp của L.B Kaban (1990) vào tháng 10/2020 với

phương pháp vô cảm là gây mê qua ống nội khí quản được đặt dưới sự hướng dẫn của ống nội soi mềm, gây tê vùng khí quản và thanh quản. Quá trình phẫu thuật, sau khi tạo khoảng hở khe khớp 0.6 cm mỗi bên, cắt bỏ mỏm vẹt hai bên, bệnh nhân

há miệng được khoảng 4cm. Sau mổ 05 ngày độ há miệng giảm còn 2cm, hở cửa 4mm, bệnh nhân cố định hàm bằng cung móc và tháo cố định hàm 01tuần sau đó để tập vận động hàm dưới sự hỗ trợ của que đè lưỡi, sau tháo cố định hàm, độ há miệng 1cm, hở cửa 2mm. Sau 03 tháng tập vận

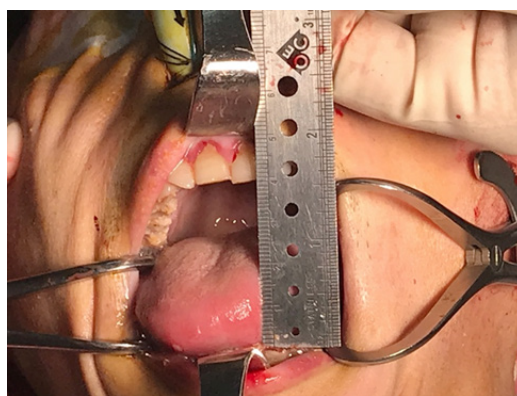
động hàm độ há miệng cải thiện đạt 1,5cm, độ hở cửa được duy trì, tại lần tái khám 06 tháng sau độ há miệng đạt 2cm và duy trì đến sau này. Bệnh nhân chuyển từ chế độ ăn loãng sang mềm và đặc, nói chuyện rõ hơn, vệ sinh răng miệng được cải thiện.



Hình7: Các bác sĩ BVRHMTW Tp HCM và BVQY175 tiến hành đặt ống nội khí quản dưới gây tê vùng thanh quản và khí quản



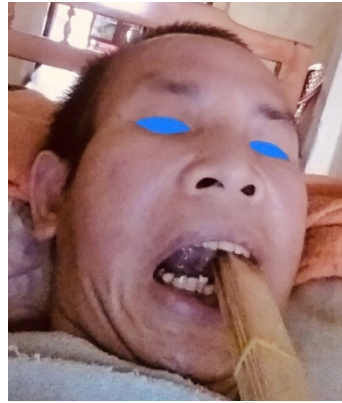
Hình 8: Khoảng trống sau khi cắt bỏ đầu lồi cầu dính khớp



Hình 9: Độ há miệng sau cắt bỏ đầu lồi cầu và mỏm vẹt 2 bên



Hình 10: Độ há miệng sau phẫu thuật 03 tháng



Hình 11: Bệnh nhân tập há miệng.

3. BÀN LUẬN

Dính khớp thái dương hàm là bệnh lý đặc trưng bởi sự dính lại của các điện xương trong khớp gây nên tình trạng hạn chế và mất chức năng của khớp¹, có nhiều nguyên nhân gây dính khớp thái dương hàm nhưng nguyên nhân gây dính khớp thái dương hàm do bệnh lý vảy nên thể khớp là một trong những nguyên nhân hiếm gặp. Tính đến thời điểm hiện tại số ca được công bố chỉ khoảng 15 ca [2,3,4,5] kể từ ca lâm sàng đầu tiên về rối loạn khớp thái dương hàm ở bệnh nhân vảy nên thể khớp được mô tả vào năm 1965 bởi Franks và Lundberg⁴. Bệnh nhân ngoài những biểu hiện về tổn thương khớp thái dương hàm gây ảnh hưởng đến việc ăn nhai, phát âm và vệ sinh răng miệng còn biểu hiện những tổn thương do bệnh vảy nên thể khớp gây nên như tổn thương da, móng và hệ thống các khớp, gây nên tình trạng biến dạng và mất chức năng đa khớp, tất cả những điều này làm trầm trọng thêm tính chất của

bệnh và gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Việc điều trị bệnh lý dính khớp thái dương hàm nói chung và dính khớp thái dương hàm do bệnh vảy nên thể khớp nói riêng có nhiều thách thức. Có nhiều phương pháp điều trị bệnh lý khớp thái dương hàm do bệnh vảy nên thể khớp từ bảo tồn đến xâm lấn đã được Lauren Corvert và cộng sự khái quát vào năm 2021 [10] căn cứ theo phân loại bệnh vảy nên thể khớp của CASPAR và chỉ số rối loạn khớp thái dương hàm của Helkimo. Việc chỉ định phương pháp điều trị phụ thuộc vào mức độ tổn thương tại chỗ, điều kiện sức khỏe toàn thân của người bệnh, điều kiện kinh tế, trang thiết bị kỹ thuật và trình độ chuyên môn của cơ sở y tế điều trị. Tuy nhiên hiện nay vẫn chưa có một phương pháp cụ thể nào thể hiện được vai trò vượt trội. Bên cạnh đó, duy trì kết quả sau điều trị cũng là một thách thức. Phần lớn các tác giả nhận định việc duy trì hiệu quả điều trị

phụ thuộc vào việc tập vận động hàm càng sớm càng tốt và càng kiên trì càng duy trì được hiệu quả lâu dài[2,7,11].

Ở bệnh nhân này, mặc dù căn cứ theo mức độ bệnh, bệnh nhân nên được tiến hành thay khớp toàn bộ bằng khớp nhân tạo. Tuy nhiên sau khi cân nhắc các điều kiện, chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật tạo hình khớp thái dương hàm theo L.B Kaban (1990)[7] do những yếu tố sau: điều kiện toàn thân bệnh nhân với BMI 13.6 và ASA III, bệnh nhân bị hạn chế há miệng và ưỡn cổ do tổn thương các khớp đốt sống cổ gây ra bởi bệnh vảy nến thể khớp, vì vậy tiên lượng gây mê cũng như giải mê khó khăn. Trên thực tế phương pháp phẫu thuật này chúng tôi chỉ tiến hành trong 2 tiếng thay vì 6 tiếng như dự kiến với phương pháp thay khớp thái dương hàm hai bên, điều sẽ làm tăng thời gian gây mê và làm khó khăn hơn cho giai đoạn hậu phẫu. Trên thực tế, ngay sau khi giải mê bệnh nhân đã lấy lại sự tỉnh táo, tự thở mà không cần sự hỗ trợ của ống nội khí quản hay canuyn. Ngoài ra phương pháp trên cũng phù hợp với điều kiện kinh tế của bệnh nhân, trình độ chuyên môn và trang bị kỹ thuật của bệnh viện.

Mặc dù phương pháp của L.B Kaban (1990) giúp rút ngắn thời gian phẫu thuật, tạo điều kiện cho bệnh nhân phục hồi nhanh sau quá trình gây mê nội khí quản, nó vẫn có những hạn chế so với phẫu thuật thay khớp toàn bộ, khớp cắn

của bệnh nhân bị ảnh hưởng do giảm kích thước dọc phía sau, gây nên tình trạng hở cửa, tình trạng này gặp ở các trường hợp tạo hình khớp thái dương hàm hai bên. Cụ thể ở trường hợp này, độ hở cửa sau mổ là 4mm, sau quá trình cố định hàm và tập luyện độ hở cửa giảm xuống 2mm. Kết quả này cũng đồng nhất với các báo cáo lâm sàng trước đây[7,11].

Về việc tập vận động sớm và duy trì độ há miệng, bệnh nhân của chúng tôi được tập vận động sau 1 tuần cố định hàm. Việc tập vận động sớm đã được tác giả L.B Kaban đề cập đến trong nghiên cứu của ông với tác dụng phòng ngừa việc há hạn chế trở lại của bệnh nhân. Tuy nhiên trên bệnh nhân này của chúng tôi, hiệu quả đó không được thể hiện rõ ràng. Cụ thể độ há miệng của bệnh nhân ngay sau mổ dưới tác dụng của thuốc giãn cơ là 4cm, giảm xuống còn 2cm sau mổ 5 ngày, 1cm sau khi được cố định hàm, việc tập vận động hàm chỉ giúp độ há miệng quay lại kích thước 2cm ở thời gian 06 tháng sau mổ cũng như duy trì đến sau này. Kết quả này khá thấp so với nguyên cứu của Kaban (1990), mặc dù Kaban có đề cập đến việc phẫu thuật mở miệng cưỡng bức dưới gây mê nội khí quản ở các bệnh nhân như vậy, tuy nhiên bệnh nhân không đồng ý tiến hành phẫu thuật. Nguyên nhân của kết quả hạn chế này chúng tôi nghĩ đến do thời gian bệnh nhân bị dính khớp kéo dài, dẫn đến các mô cơ xung quanh bị xơ hoá mất

khả năng đàn hồi[6]. Do đó có sự chênh lệch rõ ràng về độ há miệng đạt được trong cuộc phẫu thuật dưới tác dụng của thuốc giãn cơ và độ há miệng sau mổ của bệnh nhân. Bên cạnh đó, việc hạn chế động tác gấp và uốn cổ cũng ảnh hưởng một phần đến động tác há đóng hàm của bệnh nhân. Ngoài ra còn một yếu tố chủ quan khác là bệnh nhân bị hạn chế vận động hai tay nên việc sử dụng các dụng cụ tập há miệng cũng bị ảnh hưởng, dẫn đến hiệu quả tập luyện bị hạn chế.

Mặc dù kết quả sau phẫu thuật không đáng kể nhưng cũng góp phần cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân rất rõ ràng. Bệnh nhân đã có thể dễ dàng hơn trong giao tiếp, cũng như vệ sinh răng miệng, đặc biệt việc thay đổi chế độ ăn từ lỏng hoàn toàn sang chế độ ăn đặc không những giúp đảm bảo tăng cường thể trạng toàn thân mà còn giúp bệnh nhân giải tỏa áp lực sau một thời gian dài không thể há được miệng để ăn uống và giao tiếp.

4. KẾT LUẬN

Dính khớp thái dương hàm do bệnh vảy nến thể khớp là một tình trạng hiếm gặp, ít được mô tả trên y văn, dẫn đến những nhận định sai lầm và chậm trễ trong công tác tiên lượng và điều trị ở cả thầy thuốc và bệnh nhân, ảnh hưởng kết quả điều trị và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Trong ca lâm sàng này, bệnh nhân được điều trị ở giai đoạn muộn, sau phẫu thuật chất lượng cuộc sống của bệnh

nhân được cải thiện rõ rệt, tuy nhiên kết quả phẫu thuật vẫn còn hạn chế do mức độ nghiêm trọng của bệnh. Qua đó ta thấy được vai trò của việc nâng cao nhận thức của các bác sĩ lâm sàng đối với việc chẩn đoán sớm tổn thương khớp thái dương hàm ở bệnh nhân vảy nến thể khớp cũng như trong việc giáo dục bệnh nhân tuân thủ điều trị một cách liên tục, chặt chẽ, giúp bệnh nhân hiểu rõ những nguy cơ có thể gặp trong quá trình điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Huỳnh Châu Quang Khải (2018), Đánh giá hiệu quả sử dụng vật cân cơ thái dương trong điều trị dính khớp thái dương hàm, Luận văn chuyên khoa cấp hai chuyên ngành Răng Hàm Mặt ĐHYD Tp Hồ Chí Minh 2018, Mã số CK62722815
2. Kazuo Uchida và cộng sự (1999), A case of reankylosis of the TMJ caused by psoriatic arthritis that was indicated for condylar replacement with an artificial joint prosthesis, Japanese Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. Volume 45 Issue 4 Pages 293-295.
3. Kawakami Tetsuji và cộng sự (2015), A case of psoriatic arthritis with bilateral TMJ ankylosis, Japanese Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Volume 61 Issue 4 Pages 237-240.
4. Zhi Hui Wang và cộng sự (2014), Ankylosis of TMJ caused by Psoriatic Arthritis: A report of four cases

with literature review, The Chinese Journal of Dental Research, Volume 17, Number 1.

5. Shaharyar Khan Niazi và cộng sự (2019), Case report: Psoriatic Arthritis leading to TMJ ankylosis – ACTA scientific dental sciences – Volume 3 issue 3, 2019

6. W.H.Wang và cộng sự (2016), TMJ ankylosis contributing to coronoid process hyperplasia, International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery 2016;45;1229-1233.

7. Leonard B. Kaban MD và cộng sự (1990), A protocol for management of Temporomandibular Joint Ankylosis, Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Volume 48, issue 11, November 1990, pages 1145 - 1151

8. Alinaghi F và cộng sự (2019), Prevalence of psoriatic arthritis in patients

with psoriasis: A systematic review and meta-analysis of observational and clinical studies – J Am Acad Dermatol 2019.

9. Taylor WJ và cộng sự (2006), CASPAR study group: Classification criteria for Psoriatic Arthritis: Result from the CASPAR study group – Arth & Rheum.54.

10. Lauren Covert và cộng sự (2021), Comprehensive Management of Rheumatic Diseases Affeting the Temporomandibular Joint, Diagnostic 11:49.

11. Min Woo Park và cộng sự (2019), Gap arthroplasty with active mouth opening exercises using an interocclusal splint in temporomandibular joint ankylosis patients – Springer Open.