

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP TRẬT GÂN CHÀY SAU

Trần Đức Tài¹, Lê Trung Hiếu¹, Bùi Thị Hiền¹

TÓM TẮT

Trật gân chày sau là một tình trạng bệnh lý hiếm gặp dẫn đến dễ bị chẩn đoán sót hoặc muộn. Đa số tác giả cho rằng việc điều trị bảo tồn không đem lại kết quả tốt bằng phẫu thuật nên việc chẩn đoán đúng để đưa ra chiến lược điều trị là rất quan trọng. Khai thác bệnh sử, thăm khám lâm sàng kết hợp các phương pháp chẩn đoán hình ảnh giúp tránh bỏ sót tổn thương. Chúng tôi báo cáo trường hợp một bệnh nhân trật gân chày sau được chẩn đoán và phẫu thuật sớm, bước đầu cho kết quả tốt.

Từ khóa: Trật gân chày sau.

CASE REPORT: POSTERIOR TIBIAL TENDON DISLOCATION

ABSTRACT

Posterior tibial tendon is a rare disease leading to misdiagnosis or delay. Most authors recommend that conservative treatment does not bring good results by surgery, therefore it is crucial to get the correct diagnosis early to make the appropriate treatment strategy. Exploiting medical history and clinical examination play a role as a guide to make appropriate image indications. We report the case of a patient who was diagnosed and had surgery early, initially giving good results.

Keywords: Posterior tibial tendon dislocation.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trật gân chày sau được mô tả lần đầu tiên vào năm 1874 bởi tác giả Martius [6]. Đây là một bệnh lý hiếm gặp, với chỉ 61 trường hợp được báo cáo trong y văn thế giới và chưa có báo cáo nghiên cứu nào

được báo cáo trong y văn Việt Nam. Bệnh lý này thường bị bỏ sót, chẩn đoán nhầm hoặc bị chậm trễ dẫn đến không được điều trị đúng cách. Thăm khám lâm sàng có vai trò quyết định trong việc định hướng, từ đó đưa ra các cận lâm sàng phù hợp để chẩn

¹ Bệnh viện Quân y 175

Người phản hồi (Corresponding): Trần Đức Tài (ductai1904@gmail.com)

Ngày nhận bài: 26/11/2021, ngày phản biện: 05/12/2021

Ngày bài báo được đăng: 30/12/2021

đoán xác định. Theo tài liệu nước ngoài, tổn thương này về cơ bản được điều trị bằng phẫu thuật [1,2,3,5]. Chúng tôi báo cáo một bệnh nhân (BN) được chẩn đoán trật gân chày sau và điều trị tại bệnh viện Quân y 175.

2. GIỚI THIỆU CA LÂM SÀNG

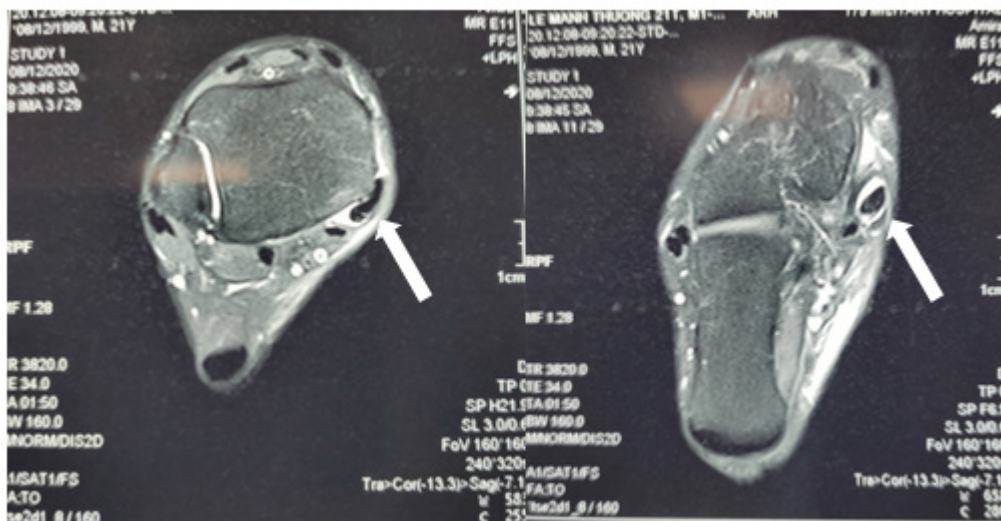
BN nam, 21 tuổi, không ghi nhận tiền sử bất thường. BN bị tai nạn giao thông ngã xe máy, đập chân P xuống nền đường cứng, không rõ tư thế của bàn chân khi tai nạn. BN vào bệnh viện tuyến trước, được chẩn đoán vết thương phần mềm mông T, trật khớp cùng đòn vai T, chấn thương phần mềm cổ chân P. Và được xử trí nắn chỉnh cố định khớp cùng đòn, cắt lọc và

khâu vết thương mông. Sau vài ngày, vết thương mông có triệu chứng nhiễm trùng kèm sốt nhẹ, gia đình đưa đi khám ở bệnh viện Quân y 175 và được nhập viện điều trị. Chúng tôi bắt động vai trái bằng đai Desault, vết thương mông được xử trí cắt chỉ, cắt lọc lại và dùng kháng sinh điều trị. Sau đó BN hết sốt, vết thương tiến triển tốt. Nhưng cổ chân P sưng đau, ấn vào phía sau mắt cá trong BN có cảm giác đau chói. Khám bệnh sờ được một cấu trúc gỗ dưới da phía trên mắt cá trong và có thể dùng tay đẩy ra phía trước mắt cá trong (Hình 1). BN không có tổn thương dây chằng cổ chân và không ghi nhận dấu hiệu tổn thương mạch máu thần kinh.



Hình 1: Hình ảnh gân chày sau trật ra trước.
(Nguồn: tư liệu nghiên cứu)

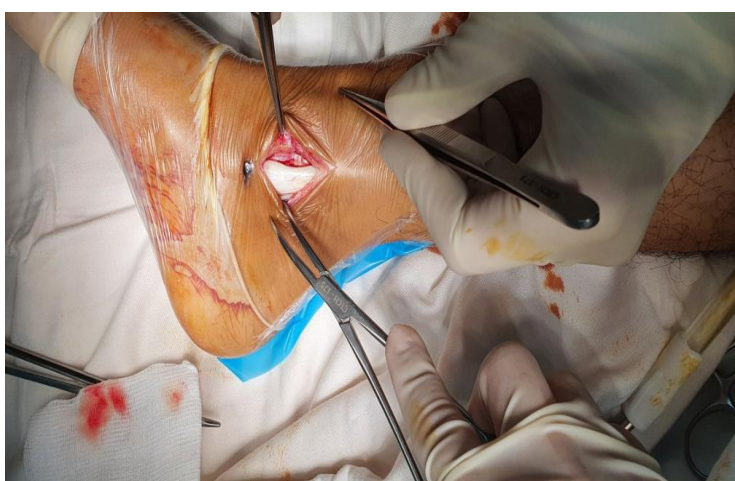
Xquang cổ chân thẳng nghiêng không ghi nhận bất thường về tổn thương xương. Kết quả siêu âm vùng cổ chân phát hiện gân cơ chày sau nằm lệch khỏi vị trí ống gót ra phía trước- trong mắt cá trong chân P. BN được chỉ định chụp MRI cổ chân phải để xác định chẩn đoán. Trên hình ảnh cộng hưởng từ có hình ảnh gân chày sau bị trật ra trước, nằm trên mắt cá trong chân phải (Hình 2).



Hình 2: Hình ảnh gân chày sau bị trật ra khỏi rãnh sau mắt cá trong và tụ dịch quanh gân (mũi tên trắng). (Nguồn: tư liệu nghiên cứu)

BN được chẩn đoán trật gân chày sau và mổ vào thời điểm 15 ngày sau tai nạn. Bằng đường mổ phía sau mắt cá trong, bóc tách qua lớp dưới da quan sát thấy mạc giữ gân gấp bị bong ngay điểm bám vào mắt cá trong, gân chày sau nằm dưới mạc này và bị trật ra trước (Hình 3). Chúng tôi tiến hành mở mạc giữ gân gấp, bóc lộ điểm

bám ở mắt cá trong, dùng 1 vít chỉ neo đôi khoan vào vị trí điểm bám, đưa gân chày sau về lại vị trí giải phẫu ở rãnh sau mắt cá trong dưới mạc giữ gân gấp, khâu cố định lại mạc này kiểu tà áo (Hình 4 và Hình 5). Kiểm tra vận động cổ chân sau khi khâu thấy gân không còn bị trật ra trước.



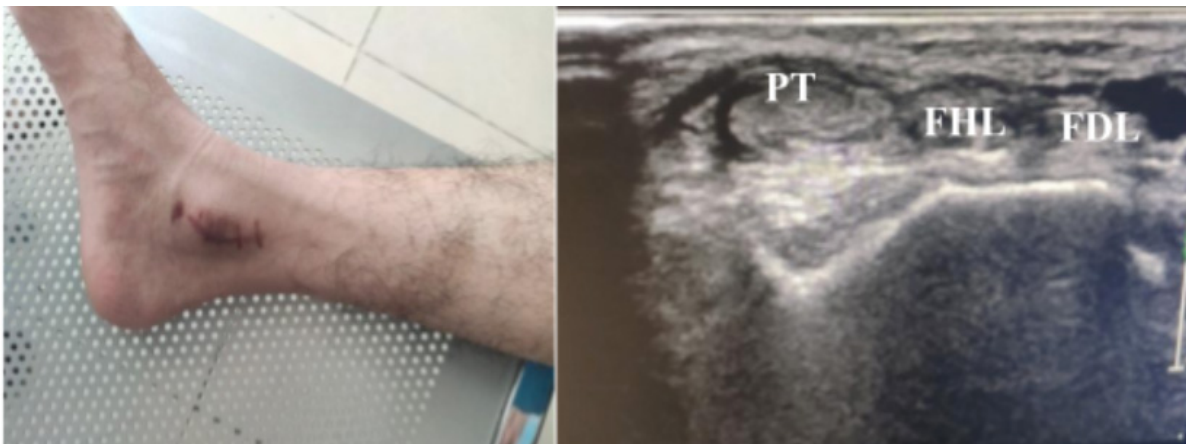
Hình 3: Gân chày sau bị trật ra trước, nằm trên mắt cá trong



Hình 4: Gân chày sau được đưa về vị trí giải phẫu, điểm bám của mạc giữ gân gấp được bộc lộ (Nguồn: tư liệu nghiên cứu)

Sau mổ, BN được mang nẹp bột căng bàn chân tư thế trung tính trong 4 tuần. Tuần thứ 5 BN được bỏ nẹp, tập vận động cổ chân không chịu lực, đi lại có hỗ trợ bằng nạng. Tuần thứ 8, BN được cho phép bỏ nạng, đi lại tải trọng hoàn toàn. Thăm khám lại sau mổ tại tuần thứ 12 ghi nhận: BN đi lại tải trọng hoàn toàn, không đau, điểm đau VAS- SCORE bằng 0, sẹo mổ cũ ở mắt cá trong liền tốt, tầm vận động cổ chân đạt tương tự chân lành, khi thực hiện

động tác chạy tại chỗ còn cảm giác căng tức nhẹ vùng mắt cá trong. Chức năng cổ chân theo thang điểm AOFAS đạt 77/90 điểm. Thăm khám lâm sàng gân chày sau đúng vị trí giải phẫu. Siêu âm kiểm tra kết quả gân chày sau nằm ở vị trí giải phẫu, không ghi nhận tình trạng tụ dịch vùng cổ chân. Bệnh nhân được hướng dẫn tập các bài tập có kháng lực và có thể tham gia các hoạt động thể thao nhẹ nhàng.



Hình 5: Hình ảnh sau mổ thời điểm 3 tháng. PT: Gân chày sau. FHL: Gân gấp ngón cái dài. FDL: Gân gấp các ngón chân dài. (Nguồn: tư liệu nghiên cứu)

3. BÀN LUẬN

Bệnh lý này thường bị chẩn đoán nhầm với bong gân cổ chân, viêm gân. Vì vậy bệnh nhân thường có phương pháp điều trị ban đầu không đúng. Do đó, việc chẩn đoán đúng ngay từ ban đầu là cực kỳ cần thiết và rất quan trọng. Ngày nay nền y học phát triển về phương tiện chẩn đoán hình ảnh giúp tăng hiểu biết đúng về cơ chế tổn thương và chẩn đoán sẽ giúp cho BN được điều trị sớm.

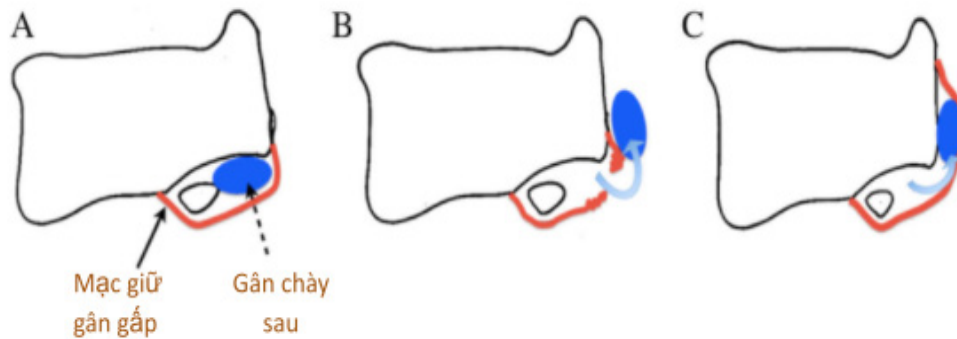
Về phương diện giải phẫu học, cơ chày sau có nguyên ủy từ 1/3 giữa mặt sau xương chày, mặt sau xương mác và màng gian cốt. Ở vùng cổ chân, gân chày sau đi trong rãnh mắt cá sau dưới mạc giữ gân gấp, đến bám tận vào lõi củ xương ghe, các xương chêm và nền xương đốt bàn II, III, IV. Cơ ngoài tác dụng gấp và nghiêng trong bàn chân còn có các dụng góp phần giữ vững vòm gan chân^[1]. Chính vì vậy, nếu không được chẩn đoán và điều trị đúng sẽ dẫn đến tình trạng giảm chức năng bàn chân, đau mạn tính, đứt gân gây biến dạng vẹo ngoài và bàn chân bẹt^[1].

Theo tác giả Lohrer và Nauck (2010) báo cáo tổng cộng 61 BN từng được ghi nhận trong y văn tính tới thời điểm bây giờ [2]. Trong đó, tác giả Ouzounian và Myerson (1992), điều trị số ca bệnh lớn nhất với 7 trường [6]. Theo đó, cơ chế chấn thương thường là do gấp lòng trong và xoay trong bàn chân, ngã tiếp đất trong tư thế vẹo trong hoặc trong chấn thương

năng lượng cao như tai nạn giao thông giống như trường hợp BN này.

Thăm khám lâm sàng toàn diện có vai trò quyết định trong việc chẩn đoán. Lâm sàng có thể sờ thấy gân chày sau nằm ở mặt trước mắt cá trong tuy nhiên dấu hiệu này dễ bị che khuất bởi tình trạng đau và sưng nề cổ chân. Chụp Xquang cổ chân là cần thiết để loại trừ các gãy xương cổ chân hoặc để chẩn đoán các tổn thương nhỏ điểm bám, nhất là điểm bám của mạc giữ gân gấp gân chày sau. Tác giả Prato và cộng sự (2004), đã báo cáo về việc sử dụng siêu âm để chẩn đoán trật gân chày sau, tuy nhiên việc này đòi hỏi nhiều vào kinh nghiệm[4]. Chụp cắt lớp vi tính cũng có giá trị trong việc chẩn đoán gãy nhỏ điểm bám xương hoặc xác định bề sâu của rãnh sau mắt cá trong. Chụp cộng hưởng từ là phương tiện được các tác giả khuyến cáo bởi cho thấy rõ ràng tình trạng trật gân ra trước, tổn thương mạc giữ gân gấp, tình trạng tụ dịch hay tổn thương gân và các thương tổn phối hợp [1,2,3,5,6].

Tác giả Prato và cộng sự (2004), chia tình trạng trật gân chày sau ra 2 type [5]. Type 1 là tình trạng mạc giữ gân gấp bị rách, gân chày sau chui qua vị trí rách nằm ngay dưới da. Type 2 là tình trạng bong lớp cốt mạc tại vị trí bám ở mắt cá trong của mạc giữ gân gấp khiến gân trật ra trước và nằm giữa cốt mạc và vỏ xương (Hình 7). BN của chúng tôi thuộc type II.



Hình 6. A: Giải phẫu học bình thường. B: Trật gân chày sau dưới da type I. C: Trật gân chày sau dưới cốt mạc type II.

Hiện tại chưa có tiêu chuẩn vàng trong điều trị trật gân chày sau. Tuy nhiên, đa số các tác giả đều khuyến cáo điều trị phẫu thuật đem lại kết quả tốt hơn cho BN so với điều trị bảo tồn[1,2,3,4,6]. Ouzounian và cộng sự (1992), đã mô tả 7 BN được thực hiện phẫu thuật sau điều trị bảo tồn thất bại bằng nẹp cổ chân, bó bột

và tập vật lý trị liệu. Kết quả 7/7 BN đạt chức năng cổ chân tốt[3].

Nguyên tắc phẫu thuật được đa số tác giả đồng ý là đưa gân chày sau về vị trí giải phẫu và phục hồi mạc hãm cố định gân. Có nhiều phương pháp đã được thống kê theo tác giả Lohrer và Nauck (2010) (Bảng 1).

Bảng 1: Các phương pháp phẫu thuật điều trị trật gân chày sau (61 BN)

Kỹ thuật	Số lượng
Tái tạo mạc giữ gân gấp	21
Khâu đính vào màng xương	3
Khâu đính bằng chốt neo	4
Khâu đính vào xương	2
Lật ngược vạt màng xương	4
Dùng vạt gân gót	2
Dùng vạt dây chằng delta	1
Trượt mắt cá trong	5
Khâu nối mạc giữ gân gấp	16
Làm sâu rãnh mắt cá trong phối hợp với tái tạo hoặc khâu mạc giữ gân gấp	9
Phẫu thuật không đặc hiệu	2
Giải áp, để mạc gân chày sau trật	1

Ở BN này, trong phẫu thuật chúng tôi thấy mạc giữ gân gấp bị đứt ngay sát

điểm bám vào mắt cá trong, rãnh mắt cá trong bình thường nên chúng tôi sử dụng

phương pháp dùng 1 vít neo và khâu gấp nếp kiểu tà áo cổ định chặt mạc giữ gân gấp vào mắt cá trong.

Thăm khám BN ở thời điểm 3 tháng sau mổ, chúng tôi nhận thấy BN đã hết than phiền về các triệu chứng đau cổ chân cũng như không có hiện tượng trật gân tái phát. BN về cơ bản đã quay trở lại được cuộc sống ban đầu và có thể tập luyện thể thao nhẹ nhàng. BN hài lòng với kết quả phẫu thuật thể hiện qua thang điểm đau và thang điểm đánh giá chức năng cổ chân.

4. KẾT LUẬN

Trật gân chày sau là một bệnh lý hiếm gặp. Cần nghĩ đến tổn thương này với các trường hợp đau cổ chân mặt trong cấp và mạn tính mà hình ảnh Xquang bình thường. Để tránh bỏ sót tổn thương thì kết hợp hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng và các phương pháp chẩn đoán hình ảnh là rất quan trọng. Việc điều trị bảo tồn thường đem lại kết quả không tốt. Phẫu thuật đưa gân chày sau về vị trí giải phẫu, khâu đính lại mạc giữ gân gấp là kỹ thuật đơn giản và đem lại hiệu quả cao, giúp phục hồi lại chức năng khớp cổ chân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Goucher NR, Coughlin MJ, Kristensen RM. Dislocation of the posterior tibial tendon: a literature review and presentation of two cases. *The Iowa orthopaedic journal*. 2006;26:12.
2. Lohrer H, Nauck T. Posterior tibial tendon dislocation: a systematic review of the literature and presentation of a case. *British journal of sports medicine*. 2010;44(6):398-406.
3. Ouzounian TJ, Myerson MS. Dislocation of the posterior tibial tendon. *Foot & ankle*. 1992;13(4):215-9.
4. Prato N, Abello E, Martinoli C, Derchi L, Bianchi S. Sonography of posterior tibialis tendon dislocation. *Journal of ultrasound in medicine*. 2004;23(5):701-5.
5. Soler RR, FJ GC. Traumatic dislocation of the tibialis posterior tendon at the ankle level. *The Journal of trauma*. 1986;26(11):1049-52.
6. Vilás RO, Montojo NR, Sorroche SP. Traumatic dislocation of tibialis posterior tendon: a case report in a Tae-Kwon-Do athlete. *Clinical Journal of Sport Medicine*. 2009;19(1):68-9.