

CO THẮT NỬA MẶT: TỔNG QUAN VÀ KINH NGHIỆM ĐIỀU TRỊ BẰNG BOTULINUM TOXIN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC

(Bản báo cáo viết rút gọn)

Lê Minh,¹ Trần Ngọc Tài²

TỔNG QUAN

Co thắt nửa mặt (CTNM) đặc trưng bởi sự co cứng và co giật cơ do thần kinh mặt cùng bên chi phối. Đây không được xem là một thể loạn trương lực khu trú vì do nguyên nhân ngoại biên. Bệnh không gây tử vong nhưng có thể ảnh hưởng chất lượng cuộc sống. Do đó, chẩn đoán sớm là cần thiết vì sẽ giúp điều trị thích hợp.

DỊCH TẾ HỌC: Nói chung, thiếu dữ liệu về dịch tế học của CTNM. Tần suất mới mắc trung bình ở Mỹ là 0,78/100000 ở nữ và 0,74/100000 ở nam. Tần suất hiện mắc là 14,5/100000 ở nữ và 7,4/100000 ở nam.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG: Thường gặp ở tuổi 40-50. Bệnh nhân thường than phiền triệu chứng mắt nhắm tự phát gây khó chịu khi giao tiếp. Vị trí khởi phát thường là cơ vòng mắt, một tỉ lệ nhỏ khởi phát ở vùng mặt dưới. Qua vài tháng đến vài năm, tình trạng co thắt lan đến các cơ khác do thần kinh mặt cùng bên chi phối.

Co thắt nửa mặt thường tự phát và có thể kéo dài suốt lúc ngủ. Triệu chứng thường nặng lên với stress, mệt mỏi, lo lắng và cử động mặt chủ ý. Sự phối hợp với yếu mặt ngoại biên nhẹ kèm theo khe mi khép nhẹ là đặc trưng cho chẩn đoán.

CTNM là một bệnh mạn tính với những trường hợp khỏi bệnh tự phát <10%. Yếu mặt rõ một bên có thể gặp trong trường hợp kéo dài.

BỆNH NGUYÊN: Với những tiến bộ về hình ảnh học và kỹ thuật phẫu thuật, chèn ép thần kinh mặt tại lối ra rễ bởi bất thường mạch máu được xem là nguyên nhân cơ bản thường gặp nhất của CTNM. Bất thường mạch máu thường là xơ vữa, dẫn mạch hay mạch máu lạc chỗ. Các tổn thương choán chỗ vùng góc cầu tiểu não đôi khi gây CTNM.

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT: Cần phân biệt CTNM với các nguyên nhân khác gây cử động mặt không chủ ý như loạn động muộn, myokymia, tics, loạn trương lực hàm-miệng và co thắt nửa mặt tâm lý.

CẬN LÂM SÀNG: Ở những bệnh nhân có triệu chứng không điển hình như tê hoặc yếu vùng mặt, hoặc có bằng chứng thiếu sót thần kinh khu trú thì cần chụp MRI và MRA. Ngoài ra, hình ảnh học cũng cần cho những bệnh nhân thất bại với điều trị bảo tồn để xem xét phẫu thuật.

¹ BS CKII, Bộ Môn Thần Kinh Học, Đại Học Y Dược Tp Hồ Chí Minh; Phân Khoa Thần Kinh, Bệnh Viện Đại Học Y Dược.

² ThS Phân Khoa Thần Kinh, Bệnh Viện Đại Học Y Dược

ĐIỀU TRỊ: Cần giải thích cho bệnh nhân rằng thần kinh mặt có thể bị kích thích bởi mạch máu; và dù tình trạng này gây khó chịu nhưng chúng không nguy hiểm. Việc điều trị bằng thuốc nói chung kém hiệu quả, cần xem xét đến chích Botulinum toxin hoặc phẫu thuật giải ép vi mạch.

Thuốc: Hiệu quả của thuốc thường thoáng qua. Các thuốc carbamazepin, anticholinergic, baclofen, clonazepam, haloperidol và gabapentin từng được nghiên cứu trong HFS.

Botulinum toxin: Btx là một độc tố sinh học mạnh nhất đã từng biết. Btx ức chế sự phóng thích acetylcholine qua trung gian Calcium vào khe sinap làm mất chi phối hóa học tại chỗ và mất hoạt động thần kinh ở cơ quan đích. Btx A được tiêm vào mô dưới da nằm trên cơ vòng mắt và các cơ mặt dưới. Cải thiện tốt được ghi nhận 75-100% bệnh nhân. Thời gian đáp ứng trung bình khoảng vài tháng. Tác dụng phụ bao gồm khô mắt, sụp mi, nhìn đôi và chảy nước mắt quá mức. Tuy nhiên, tác dụng phụ này thường thoáng qua và không ảnh hưởng toàn thân. Nhiều bác sĩ thần kinh hiện nay xem Btx là lựa chọn điều trị HFS. Quan tâm chính đối với điều trị này là giá thành cao.

Phẫu thuật: Giải ép vi mạch thần kinh mặt tại góc cầu tiểu não là phẫu thuật thường dùng nhất hiện nay. Phẫu thuật này giúp cải thiện đáng kể phần lớn bệnh nhân CTNM với tỉ lệ thành công >90%. Tuy nhiên, tỉ lệ tái phát được ghi nhận lên tới 20%. Với sự khám phá ra Btx an toàn và hiệu quả, biến chứng của phẫu thuật không được chấp nhận ở một số bệnh nhân.

KINH NGHIỆM ĐIỀU TRỊ BẰNG BOTULINUM TOXIN

Bệnh viện ĐHYD bắt đầu ứng dụng Btx trong điều trị một số bệnh thần kinh từ năm 2003, trong đó có CTNM. Trong thời gian 01 năm từ 01/6/2007 đến 31/5/2008, chúng tôi đã thực hiện điều trị Btx cho 60 bệnh nhân CTNM.

Chế phẩm điều trị: chúng tôi sử dụng BTX type A với tên thương mại là Dysport.

Cách thức tiêm: Các cơ vùng mặt trên, cơ vòng mắt thì tiêm dưới da. Các cơ vùng mặt dưới thì tiêm dưới da hoặc trong cơ.

Liều tiêm: thay đổi tùy theo vị trí và độ nặng của cơ thắt, mức độ đáp ứng và tác dụng phụ của bệnh nhân ở lần tiêm trước, trung bình 10U tương đương 0,05ml cho mỗi vị trí tiêm (dao động 5 -15U).

Vị trí tiêm: Quanh ổ mắt, có khoảng 3-4 vị trí tiêm cho cơ vòng mắt tại vị trí trên ngoài, rìa ngoài, dưới ngoài và trên trong; Vùng mặt dưới, vị trí tiêm tùy thuộc mức độ co thắt của nhóm cơ.

Bệnh nhân: Tất cả bệnh nhân đều ngoại trú

Kết quả và nhận xét:

Tuổi: Trung bình 51 tuổi, tuổi lớn nhất là 76, tuổi nhỏ nhất là 30

Giới: Nữ 73,3%; nam 26,7%

Bên mặt bị ảnh hưởng: Trái 40%; Phải 60%

Đa số khởi phát ở cơ vòng mắt (97,2%) sau đó lan đến các nhóm cơ khác do thần kinh mặt chi phối.

Bệnh nhân được tiếp cận điều trị Btx tương đối trễ, trung bình khoảng 4 năm kể từ lúc khởi phát triệu chứng.

61% bệnh nhân khi đến chúng tôi điều trị Btx có ảnh hưởng chức năng như có khó khăn trong việc đọc, xem tivi, lái xe, mất tự tin trong giao tiếp...

Bệnh nhân được tiêm nhiều nhất là 11 lần, trung bình là 3 lần. Một số lý do không theo đuổi điều trị là giá thành cao, điều trị không khỏi hẳn, sau vài tháng phải tiêm lại...

Điều trị Dysport:

Kết quả	Trung bình	Ít nhất	Nhiều nhất
Tổng liều Dysport	78U	50	120
Bắt đầu hiệu quả	01 tuần	01 ngày	15 ngày
Hiệu quả tối đa	Sau 6 tuần	02 tuần	08 tuần
Mức độ hiệu quả	81%	50%	100%
Tổng thời gian hiệu quả	15 tuần	08 tuần	96 tuần

Tác dụng phụ: thường gặp là yếu mắt, mỏi mắt, sụp mi, nhìn đôi, chảy nước mắt, bầm máu...

Kết luận:

CTNM thường xuất hiện ở một bên. Điều trị bằng Btx thường khá hiệu quả (81%) và tác dụng phụ nhẹ và thoáng qua. Điều này cho thấy tính hiệu quả và an toàn của Btx trong điều trị CTNM.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1) Anchi Wang, and Joseph Jankovic (1998). Hemifacial spasm: Clinical finding and treatment. *Muscle Nerve*, 21: 1740–1747.
- 2) Suthipun Jitpimolmard, Somsak Tiamkao and Malinee Laopaiboon (1998). Long term results of botulinum toxin type A (Dysport) in the treatment of hemifacial spasm: a report of 175 cases. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 64:751-757
- 3) N.-C. Tan, L.-L. Chan and E.-K. Tan (2002). Hemifacial spasm and involuntary facial movements. *Q J Med*, 95:493–500
- 4) Wilkins RH (1991). Hemifacial spasm: a review. *Surg Neurol*, 36:251-77
- 5) I T Lorentz, (1995). Treatment of hemifacial spasm with botulinum toxin. *Journal of Clinical Neuroscience*, 2 (2) : 132-135
- 6) WL Au, LCS Tan, AKY Tan (2004). Hemifacial spasm in Singapore. *Ann Acad Med, Singapore*, 33: 324-8