

LÀM ĐẦY MÔI LỚN VỚI FILLER ACID HYALURONIC: KỸ THUẬT VÀ KẾT QUẢ

Elena Fasola, MD, Riccardo Gazzola, MD

Biên dịch: BS. Trương Mỹ Khánh

Link tài liệu gốc: <https://academic.oup.com/asj/article/36/10/1155/2664508?login=false>

CHỈ ĐỊNH VÀ TƯ VẤN KHÁCH HÀNG.

Các thủ thuật thẩm mỹ vùng sinh dục ngoài vẫn còn nhiều bàn cãi. Những lo ngại về đạo đức nảy sinh, đặc biệt là khi các thủ thuật này, được quảng cáo hoặc đề xuất bởi bác sĩ, có thể gây ra niềm tin không đúng rằng hình thái bộ phận sinh dục là bất thường và phẫu thuật có thể sửa chữa "sự bất thường" này. Trên thực tế, một sự thay đổi lớn về ngoại hình cơ quan sinh dục ngoài của phụ nữ đã được mô tả. Vấn đề này phải luôn được lưu ý trước bất kỳ thủ thuật nào.

Tiêm chất làm đầy axit hyaluronic là một thủ thuật xâm lấn tối thiểu. Tuy nhiên, một cuộc tư vấn kỹ lưỡng và chi tiết là cần thiết. Cần tìm hiểu nhu cầu và mong đợi của khách hàng. Shaw và cộng sự nhấn mạnh rằng phải loại trừ khả năng khách hàng bị ép buộc làm thủ thuật.

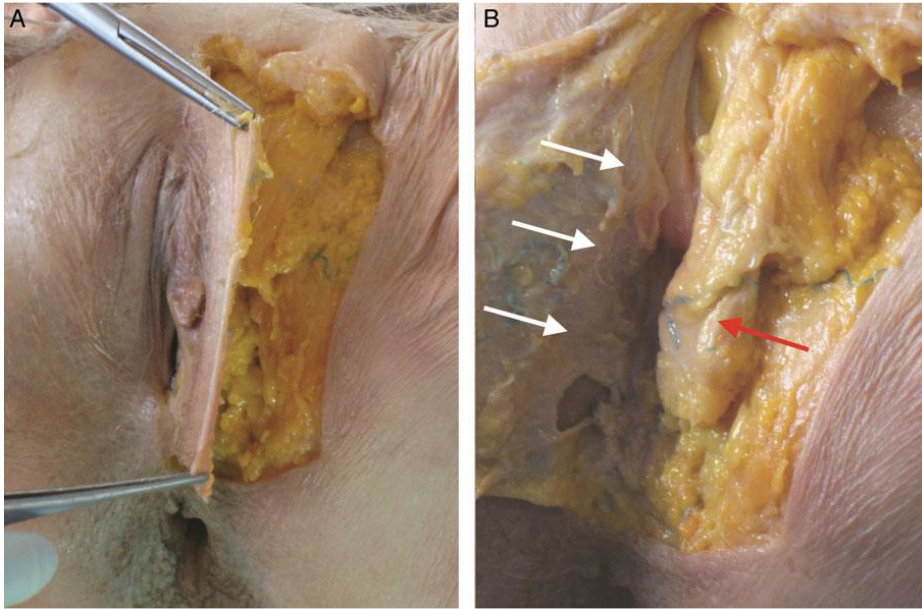
Thủ thuật này nhằm mục đích trẻ hóa cơ quan sinh dục ngoài của phụ nữ, làm đầy thể tích và cấp ẩm hơn cho vùng môi lớn, với ảnh hưởng tích cực về mặt tâm lý. Khi tư vấn nên cung cấp một số thông tin cần thiết như dị ứng và các phản ứng trước đó với chất làm đầy. Hơn nữa, phải điều tra những triệu chứng có thể làm bùng phát bệnh nhiễm Herpes trước đó. Bệnh nhân phải được thông báo về các biến chứng có thể xảy ra, mặc dù thiếu các tài liệu liên quan đến các biến chứng của HA trên cơ quan sinh dục ngoài của phụ nữ.

Các biến chứng chung của tiêm HA bao gồm kích hoạt lại herpes simplex và herpes zoster sau khi tiêm filler. Vấn đề này cần được ngăn ngừa với điều trị dự phòng thích hợp. Hơn nữa, khi tiêm HA vào mạch máu, hoại tử da và thuyên tắc từ xa có thể xảy ra. Mặt khác, nguy cơ nhiễm trùng thấp và có thể được giảm thiểu bằng sát khuẩn tại chỗ. Tuy nhiên, không có dữ liệu nào trong tài liệu liên quan đến nguy cơ lây nhiễm đối với tiêm HA ở khu vực này.

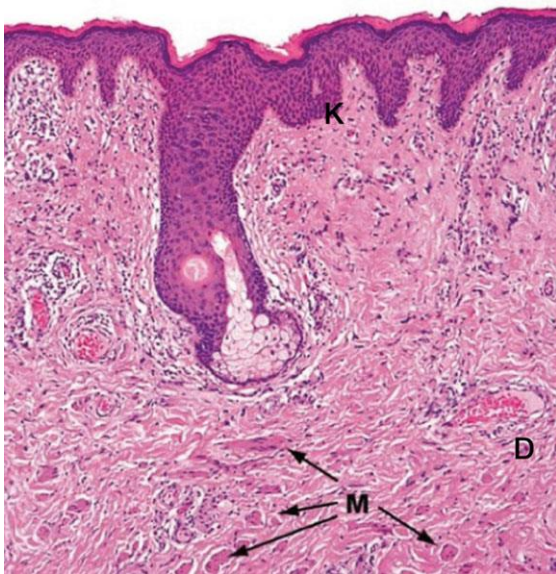
Giãn mạch, phù nề và bầm tím có thể thấy ngay sau khi tiêm, và tự khỏi. Dị ứng rất hiếm nhưng có thể xảy ra trong vòng vài giờ sau khi tiêm, mặc dù các phản ứng dị ứng muộn, u hạt và viêm mãn tính đã được đề cập. Tiêm quá nông có thể gây u cục hoặc tiêm quá nhiều ở một vị trí.

GIẢI PHẪU: NHỮNG ĐIỀU LƯU Ý QUAN TRỌNG VÀ QUY TẮC TIÊM

Tiêm filler HA vào môi lớn có vài điểm khác biệt so với những vị trí khác. Thông thường chất làm đầy được tiêm dưới lớp da, trong khi ở khu vực này, chất làm đầy nên được tiêm giữa lớp "lip dartos" (lớp bao gồm các tế bào cơ trơn ngay bên dưới da) và bao xơ (còn được gọi là bao đàn hồi), có chứa mỡ chính của môi lớn (Hình 1 và 2).



Hình 1: Bóc tách môi lớn trên một xác bệnh nhân nữ 61 tuổi. (A) Vết mổ ở rìa bên của môi lớn và da được nhẹ nhàng kéo qua. (B) Ở phía sau của vật này, có thể quan sát thấy các lip dartos (mũi tên trắng). Lớp này bao gồm các cơ trơn và được thấy rõ hơn ở mặt bên và dưới của môi lớn. Bao xơ (hoặc bao đàn hồi) chứa mỡ chính của môi lớn (mũi tên đỏ) và sợi rết quạt của dây chằng tròn. Phần ba đuôi của bao nằm sát ngã ba. Những hình ảnh này đã được thu thập trong một cuộc mổ tử thi thông thường cho mục đích giáo dục. Không cần phải có sự chấp thuận của hội đồng đánh giá thể chế (IRB).



Hình 2: Phần này (nhuộm hematoxylin và eosin) minh họa biểu mô vảy được keratin hóa và phân tầng (K) của môi lớn. Biểu mô này bao gồm nang lông, tuyến bã nhờn và tuyến đầu tiết. Lớp dartos (D) rất giàu mô liên kết và cơ trơn (M).

Âm hộ được cung cấp bởi các động mạch môi trước, các nhánh của động mạch thẹn ngoài, động mạch môi sau và các nhánh của động mạch thẹn trong. Cần hiểu biết rõ vị trí giải phẫu để tránh tiêm phải mạch máu.

Thần kinh: phân nhánh từ thần kinh môi trước, phía sau bởi các nhánh thẹn sau. Âm vật được phân bố thần kinh cùng một lúc bởi đám rối vùng chậu, dây thần kinh thẹn và dây thần kinh mu âm vật. Dây thần kinh đáy chậu phân bố vùng tiền đình.

KỸ THUẬT TIÊM

Điểm môi cần được gây tê với 1-2 mL mepivacain 2% với epinephrine 1/100.000 ở mỗi bên. Khu vực này thường nằm ở rìa tiền đình âm đạo của môi lớn.

Ống tiêm được bơm đầy HA liên kết chéo nguồn gốc không động vật và mannitol. Mannitol là một chất chống oxy hóa hiệu quả và có thể chống lại sự xuống cấp của axit hyaluronic. Hai loại chất làm đầy được chỉ định cho thủ thuật. Đối với teo mô nhẹ thì dung filler HA có nồng độ 19 mg / mL. Với teo mô từ trung bình đến nặng thì ưu tiên filler HA nồng độ 21 mg / mL có mannitol. Cả hai loại chất làm đầy đều được chấp thuận cho chỉ định phụ khoa ở Ý. Loại filler đầu tiên dùng kim 30G và loại thứ 2 dùng canula 18 hoặc 21G.

Filler tiêm vào hai lớp. Khoảng một phần ba được tiêm vào trong lớp dưới da, trong khi hai phần ba còn lại được tiêm giữa lớp dartos (lớp bao gồm các tế bào cơ trơn ngay bên dưới da) và lớp xơ hình quạt, dọc theo chiều dài của môi lớn. Sau khi tiêm xong, BS mát xe nhẹ để dàn đều filler (Video 1 và 2, có sẵn dưới dạng Tài liệu bổ sung tại www.aestheticsurgeryjournal.com).

Nếu cần nhiều hơn 2 mL để làm đầy, chúng tôi đề nghị rằng nên làm lần thứ hai ít nhất 4 tháng sau đó với chất làm đầy HA 19 mg / mL. Trong trường hợp này chỉ cần tiêm một lượng nhỏ dưới da.

Tuy nhiên, trong hầu hết các trường hợp, 2 mL là đủ. Axit hyaluronic là một phân tử hút ẩm với thể tích đạt được trong các mô sống lớn hơn so với lượng được tiêm. Tiêm nhiều quá có thể dẫn đến các biến chứng thiếu máu cục bộ, u hạt, và làm tăng nguy cơ nhiễm trùng.

Kháng sinh và kháng nấm tại chỗ với phenethyl alcohol thường xuyên được dùng trong một tuần.

Dự phòng kháng sinh bằng amoxicillin clavulanate trong sáu ngày cho những bệnh nhân tiêm filler HA 21 mg / mL qua canula 18 hoặc 21G.

Chúng tôi đề xuất điều trị dự phòng tại chỗ do sự lây nhiễm thường xuyên của vùng âm hộ bởi nấm men và vi khuẩn từ âm đạo và hậu môn

Tương tự, biện pháp dự phòng kháng sinh được dùng cho những bệnh nhân tiêm filler HA 21 mg/mL vì một lượng da lớn được làm lạnh mà không cần chỉ khâu. Để tránh tiêm nội mạch, axit hyaluronic nên được tiêm từ từ và nhẹ nhàng. Theo nguyên tắc chung, luôn luôn cần phải lui nòng để chắc chắn không tiêm trúng mạch máu. Ưu tiên dùng canula đầu tù

Trong trường hợp tiêm quá nhiều, quá nông, không đều hoặc nếu có sự đổi màu da nhanh chóng, hoặc đau và có ban đỏ dạng lưới, cần xem xét sử dụng hyaluronidases.

THU THẬP VÀ PHÂN TÍCH DỮ LIỆU

Chúng tôi đã phân tích hồi cứu 54 bệnh nhân bị ảnh hưởng bởi teo môi lớn, được điều trị bằng chất làm đầy axit hyaluronic từ tháng 11/2010 đến tháng 12/2014. Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu được cung cấp văn bản đồng ý hướng dẫn đạo đức của Tuyên bố Helsinki.

Các tiêu chí bao gồm là: teo môi lớn và có chỉ định điều trị thẩm mỹ. Các tiêu chí loại trừ là: có phẫu thuật trước đây về cơ quan sinh dục ngoài, tiền sử ung thư âm hộ, xạ trị, nhiễm herpes simplex / hoặc herpes zoster đang hoạt động, nhiễm herpes zoster hoạt động ở các vị trí khác, viêm da cục bộ, u nhú vảy âm hộ, bệnh nấm, nhiễm trùng do vi khuẩn, bệnh tự miễn và tiền sử phản ứng bất lợi với chất làm đầy axit hyaluronic. Dữ liệu nhân khẩu học, mãn kinh và điều trị được lý đã được ghi lại. Teo mô đã được phân thành 3 độ (nhẹ, vừa và nặng), cả mô mỡ và lớp da (Bảng 1).

BẢNG 1

	LỚP DƯỚI DA	LỚP DA	TRIỆU CHỨNG
Độ I – nhẹ (sớm)	Phân bố mô mỡ thường đối xứng	Không teo da hoặc ít, có thể có nếp nhăn nhẹ	Thường ko có triệu chứng, có thể do giảm cân
Độ II – trung bình	Có thể mô mỡ bất đối xứng	Da lỏng lẻo mức độ trung bình, nếp nhăn thấy rõ	Có thể khô, giao hợp đau, buồn phiền
Độ III – nặng	Mô mỡ bất đối xứng rõ	Da nhão nhiều, nếp nhăn sâu	khô, giao hợp đau, buồn phiền thấy rõ

Bệnh nhân và một nhà quan sát y tế duy nhất đã đánh giá sự cải thiện thẩm mỹ trên Thang đo Cải thiện Thẩm mỹ Toàn cầu (GAIS) từ 1 (không thay đổi) đến 10 (cải thiện tuyệt vời) ở mức ban đầu (tình trạng trước thủ thuật) và sau 12 tháng điều trị. Trong lần khám cuối cùng, bệnh nhân và người quan sát y tế đã đánh giá sự cải thiện của họ trên GAIS so với hình ảnh kỹ thuật số trước thủ thuật. Để cho phép đánh giá khách quan, mỗi bệnh nhân được cấp một số sê-ri. Tên của bệnh nhân vẫn được ẩn danh trong quá trình đánh giá bởi người quan sát y tế.

Bệnh nhân được yêu cầu viết số seri và điểm đánh giá trên một biểu mẫu. Các biểu mẫu sau đó đã được thu thập và phân tích. Các phản ứng và biến chứng đã được ghi lại trong những lần tái khám định kỳ sau 1, 3, 6 và 12 tháng. Kết quả trước và sau thủ thuật được nghiên cứu với t-test.

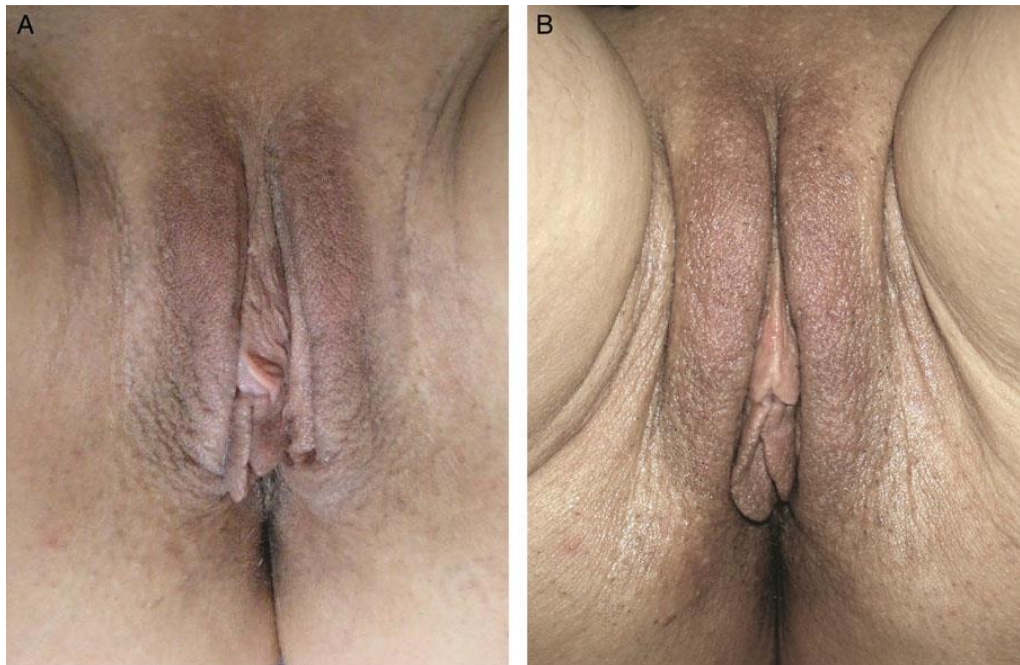
KẾT QUẢ

Tổng cộng có 54 phụ nữ bị ảnh hưởng bởi teo môi lớn, với độ tuổi trung bình là 45 tuổi (phạm vi, 36 đến 68 tuổi), đã được đưa vào nghiên cứu. Có 19 bệnh nhân trong thời kỳ mãn kinh, với ít nhất một trong các triệu chứng sau: khô, đau khi giao hợp, buồn phiền. 6 bệnh nhân trong nhóm này đã được điều trị bằng Liệu pháp Thay thế Nội tiết tố (HRT). Có 12 bệnh nhân không ở thời kỳ mãn kinh nhưng biểu hiện ít nhất một trong các triệu chứng trước đó trong khi 22 bệnh nhân ở độ tuổi sinh sản mà không có bất kỳ triệu chứng nào. Không ai trong số các bệnh nhân đang dùng bất kỳ loại thuốc nào khác

Có 31 bệnh nhân bị teo môi lớn nhẹ đến trung bình được tiêm filler HA 19 mg / mL, trong khi 23 bệnh nhân bị teo môi lớn nghiêm trọng và được điều trị bằng chất làm đầy HA 21 mg / mL (Hình 3-5).



Hình 3: Bn nữ 56 tuổi teo môi lớn nhẹ, được tiêm filler HA 19mg/ml, 0.7ml bên phải và 1.3ml bên trái. Hình A : trước khi làm, hình B: sau khi làm 12 tháng



Hình 4. Bn 63 tuổi teo môi lớn mức độ vừa. BN được tiêm filler HA 19mg/ml, mỗi bên 1ml. 6 tháng sau thêm mỗi bên 1ml filler HA 19mg/ml. (A) trước điều trị. (B) sau điều trị 12 tháng



Hình 5: BN 34 tuổi teo môi lớn nặng. BN được tiêm filler HA 21mg/ml, mỗi bên 1ml. 7 tuần sau tiêm lần thứ 2 với filler 19mg/ml, mỗi bên 1ml. (A) Trước điều trị. (B) sau điều trị 12 tháng.

Trong nhóm đầu tiên, 1 bệnh nhân được tiêm lần thứ hai 6 tháng sau đó với filler HA 19 mg / mL (tối đa 1 mL). Trong nhóm thứ hai (teo môi lớn nặng), 3 bệnh nhân đã trải qua lần tiêm thứ hai với filler HA 19 mg / mL (tối đa 1 mL) (Bảng 2).

Bảng 2: tổng kết tiêm filler HA điều trị teo môi lớn

	Lần điều trị đầu	Lần điều trị thứ 2 sau 6 tháng
	Số lượng BN (nồng độ filler)	
Độ I	11 (19 mg/ml)	
Độ II	20 (19 mg/ml)	1 (19 mg/ml)
Độ III	23 (21 mg/ml)	3 (19 mg/ml)
Tổng cộng	54	4

Tất cả các bệnh nhân quay lại tái khám sau 12 tháng. Một sự cải thiện đáng kể ($P < .0001$) theo thang điểm GAIS đã được quan sát thấy bởi BN lẫn bác sĩ (Bảng 3 và Hình 6 và 7). Điểm GAIS được cải thiện từ 5,26 (của bệnh nhân) và 5,98 (của bác sĩ) lên 8,7 (của bệnh nhân) và 8,52 (của bác sĩ). Một sự cải thiện tương đối lớn hơn đã được quan sát thấy ở những bệnh nhân teo môi lớn nặng độ III (điểm bệnh nhân + 106,45%, điểm bác sĩ 72,36%) (Bảng 4). Trong nhóm này, GAIS trung bình trước khi làm là 4,04 bởi bệnh nhân và 4,74 bởi các bác sĩ. Sau thủ thuật, GAIS đo được tương ứng 8,35 (phạm vi 6-10) và 8,17 (phạm vi, 6-10).



Điều thú vị là t test cho thấy điểm số do bác sĩ cung cấp cao hơn đáng kể so với điểm số do bệnh nhân cung cấp trước thủ thuật ($P < .0001$) và thấp hơn đáng kể sau thủ thuật ($P < .011$).

Cải thiện triệu chứng đau khi giao hợp không được quan sát (trong thực tế, bên trong âm đạo không được tiêm). Tuy nhiên, một số bệnh nhân có thể cải thiện độ ẩm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chúng tôi đã không quan sát thấy u hạt, biến chứng thiếu máu cục bộ và các biến chứng khác. Tăng huyết áp thoáng qua đã được quan sát thấy ở một nửa số bệnh nhân sau khi điều trị kéo dài thường là 30 phút. Một bệnh nhân, được tiêm bằng kim nhọn, đã báo cáo phù nề trong 5 ngày. Bấm máu nhẹ đã được quan sát thấy ở hai bệnh nhân được tiêm bằng kim. Có u hạt nhỏ ở những bệnh nhân tiêm HA bằng kim. Massage nhẹ có thể giải quyết các vấn đề.

