

# HỘI CHỨNG XOANG YÊN LẶNG BÁO CÁO NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP

ĐẶNG XUÂN HÙNG, Bệnh viện Cấp Cứu Trưng Vương

## TÓM TẮT

Nghiên cứu trình bày một trường hợp bệnh nhân nam 22 tuổi có hội chứng viêm xoang yên lặng. CT scan 2007, không phát hiện bệnh lý xoang, CT scan đầu năm 2009 cho thấy các thành xoang hàm T lõm vào lòng xoang, tắc nghẽn lỗ thông xoang. Trường hợp này cho thấy đây là một bệnh lý mắc phải.

## SUMMARY

### SILENT SINUS SYMDROME: CASE REPORT

Study present the case of a 22 year old man with silent sinus syndrome. A CT scan obtained two years earlier showed completely normal maxillary sinuses, CT scan in 2009 showed abnormal left sinus with obstruction of the maxillary ostium, retraction of the walls of the sinus into its lumen. This case illustrates the acquired nature of this disorder.

## ĐẠI CƯƠNG

Từ hội chứng xoang yên lặng được Soparkar nêu ra vào năm 1994 để chỉ tình trạng nhãn cầu tụt vào trong và xuống dưới, không đau kết hợp với sụp xoang hàm mạn tính, hiện tượng này lần đầu tiên được mô tả bởi Montgomery (1964). Kể từ thời gian này nhiều trường hợp đã được phát hiện và báo cáo bởi các tác giả như Kass (1997) với 22 trường hợp. Sự kết hợp lâm sàng và Xquang là rất cần thiết trong chẩn đoán.

## TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Tụt nhãn cầu vào trong và xuống dưới tự phát kéo dài từ nhiều tuần đến nhiều tháng, người bệnh thường yêu cầu bác sĩ nhãn khoa và bác sĩ TMH đánh giá sự mất cân xứng của mắt do người bệnh có cảm giác một mắt bị lồi so với mắt đối diện, thật ra không có hiện tượng mắt lồi mà chỉ có mắt đối diện tụt vào trong, sụp mí, nhìn đôi và sự mất cân xứng của khuôn mặt nhưng không rõ nguyên nhân, không có các triệu chứng về xoang hoặc tiền sử viêm mũi xoang trước đó.

Tuổi trung bình mắc phải:40 tuổi, phái nam nhiều hơn phái nữ(57/43%). Gần phân nửa bệnh nhân có tiền sử viêm xoang khi còn nhỏ, không có tiền sử bệnh lý hoặc chấn thương mắt, thường xảy ra ở một bên.

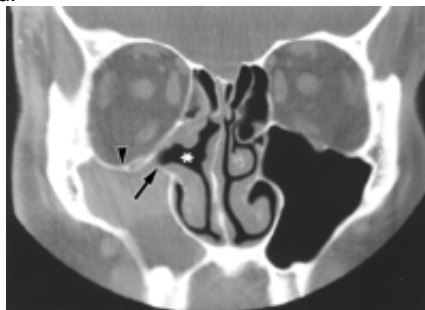
Rãnh mi mắt trên sụp sâu, nhãn cầu lõm vào bên trong xuống dưới trung bình 3mm so với mắt đối diện, mí mắt lõm, mắt nhắm không kín. Chức năng nhãn cầu bình thường.

## HÌNH ẢNH X QUANG

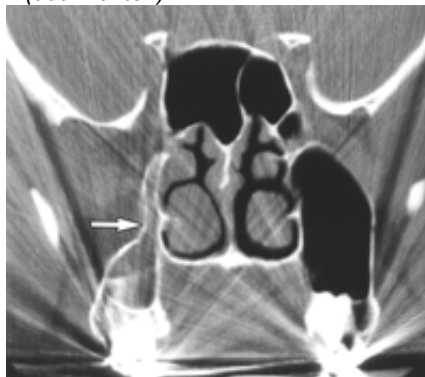
C-Tscan ổ mắt và mũi xoang thể hiện rõ bệnh lý

Mờ xoang hàm, mất toàn bộ hoặc một phần thành trong xoang hàm, các thành sau, trước và thành ngoài cũng có thể bị tổn thương, lỗ xoang hàm bị tắc nghẽn do mồm móc co lõm về phía ngoài. Khe giữa

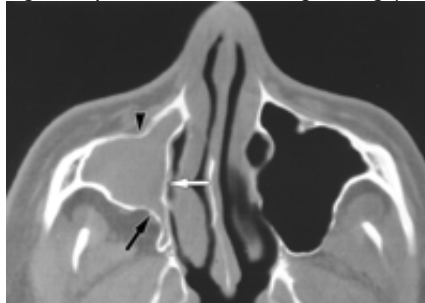
mở rộng, thành trong xoang hàm lõm vào xoang và sàn ổ mắt lõm vào trần xoang hàm. Nhãn cầu lệch xuống dưới, cơ thẳng dưới hạ thấp cùng với nhãn cầu.



Hình 1: Coronal CT scan cho thấy: mờ xoang hàm (P), mồm móc áp sát vào bờ dưới trong sàng ổ mắt làm tắc nghẽn phếu sàng (mũi tên). Thành trong xoang hàm và cuống mũi giữa co lõm về phía ngoài, khe giữa mở rộng (\*). Sàng ổ mắt lõm vào lòng xoang hàm (đầu mũi tên).



Hình 2: Coronal CT scan cho thấy thành sau xoang hàm phải co lõm vào lòng xoang (mũi tên)



Hình 3: Axial CT scan cho thấy thành trước xoang hàm phải lõm vào lòng xoang (đầu mũi tên), thành sau (mũi tên đen) và thành trong (mũi tên trắng) lõm vào lòng xoang

## MÔ BỆNH LÝ

Niêm mạc xoang hàm dày, phù nề tẩm nhuộm tế bào viêm mạn, không đặc hiệu mức độ nhẹ, có hiện tượng tái tạo xương làm các thành xoang dày lên

## BỆNH SINH

Nguyên nhân của hội chứng xoang im lặng vẫn chưa được rõ ràng.

Giả thiết được nhiều người công nhận: giảm thông khí xoang hàm thứ phát do tắc nghẽn lỗ thông xoang, hình thành áp lực âm trong lòng xoang và gây lõm thành xoang vào trong lòng xoang. Tắc nghẽn lỗ thông xoang có thể do dày niêm mạc, do mồm móc cong lệch ra phía ngoài, phù nề, quá phát hoặc cuốn mũi giữa lệch ra ngoài, polype mũi, cổ cứng do hậu quả của đạ ống thông mũi gây tắc nghẽn dòng chảy của xoang dẫn đến giảm thông khí xoang. Áp lực âm trong xoang có thể làm thành xoang mỏng và sụp vào bên trong lòng xoang nhất là sàn ổ mắt gây tụt nhãn cầu.

Trong trường hợp lỗ thông xoang được tái lập (tự nhiên hoặc phẫu thuật), dịch xoang thoát ra, trước đó dịch xoang này có chức năng nâng đỡ sàn ổ mắt vốn rất mỏng, vì vậy khi dịch xoang được dẫn lưu khiến sàn ổ mắt sụp sâu hơn, nhãn cầu lệch xuống dưới sâu hơn trong thời gian đầu sau phẫu thuật (vài tháng) sau đó sự tái tạo xương mới sẽ nâng dần sàn ổ mắt và các thành xoang trở về vị trí bình thường.

## TRƯỜNG HỢP BÁO CÁO

Nhân một trường hợp viêm xoang yên lặng được phát hiện và chẩn đoán qua thăm khám lâm sàng, CT scan, phẫu thuật nội soi mũi xoang và giải phẫu bệnh lý cũng như theo dõi diễn tiến bệnh sau 9 tháng điều trị tại Bệnh viện Cấp Cứu Trưng Vương (tháng 1/2009 đến tháng 9/2009).

Đánh giá hình ảnh xoang hàm qua CT scan với các thông số: phát triển xoang, thể tích xoang, mức độ thông khí, độ dày thành xoang, hình dạng phế nang và mồm móc qua CT scan và nội soi.

Đánh giá các cấu trúc kề cận xoang hàm như ổ mắt, khe giữa, cuống mũi giữa.

Khám mắt cho thấy: nhãn cầu lõm vào trung bình 2-5 mm, mí mắt trên lõm và có rãnh rất rõ.

Hình ảnh nội soi: khe giữa mở rộng, cuống mũi giữa lệch về phía mũi xoang.

Điều trị: phẫu thuật nội soi mũi xoang (mở rộng lỗ xoang hàm) và kháng sinh sau mổ.

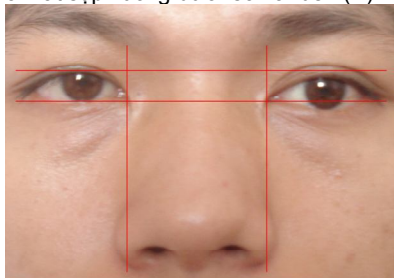
## KẾT QUẢ

### Triệu chứng lâm sàng

Hình ảnh lâm sàng khuôn mặt bên (T):

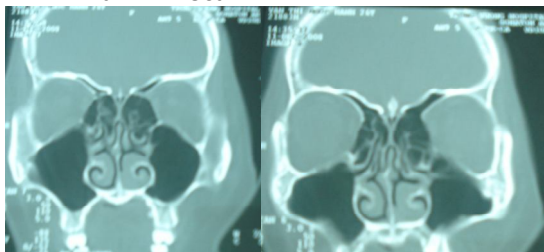
Sụp cung gò má bờ dưới ổ mắt.

Ổ mắt sụp xuống dưới so với bên (P).



**Hình 4:** Hình chụp thẳng cho thấy nhãn cầu tụt xuống dưới.

## Hình ảnh CT scan



**Hình 5:** CT scan (2007): các xoang sáng bình thường

Mờ toàn bộ xoang hàm.

Xoang hàm phải

Phễu xoang: tắc nghẽn.

Mồm móc: ngã lệch về phía ngoài, ôm sát mặt trong-dưới ổ mắt.

Khe mũi giữa: mở rộng xoang phía bên đối diện.

Các thành xoang hàm: lõm vào lòng xoang.

Thể tích xoang hàm: nhỏ hơn nhiều so với xoang đối diện.

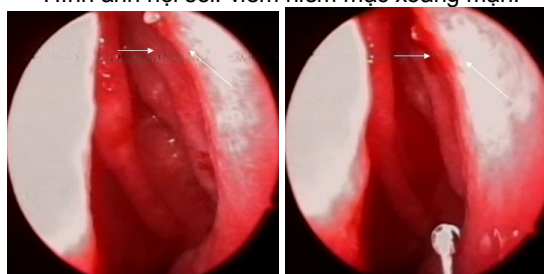
Đáy ổ mắt: hạ thấp 2-4 mm so với bên đối diện, lõm vào lòng xoang.

Thể tích ổ mắt: lớn hơn so với bên đối diện.



**Hình 6:** CT scan (2008): viêm xoang yên lặng

Hình ảnh nội soi: viêm niêm mạc xoang mạn.



**Hình 7:** Hình ảnh nội soi viêm xoang yên lặng

Tóm tắt: Bệnh nhân nam 22 tuổi, 1/2 khung xương mặt T. lõm về phía sau, diễn tiến nhanh (< 1 năm), không có triệu chứng viêm xoang, nội soi mồm móc co lõm về phía ngoài, CT scan co lõm các thành xoang hàm T, đặc biệt sàng ổ mắt, dày toàn bộ niêm mạc xoang hàm, thể tích xoang giảm so với xoang đối diện.

## BÀN LUẬN

Hội chứng xoang yên lặng đặc trưng bởi triệu chứng nhãn cầu tụt vào trong và xuống dưới nhưng không đau, thể tích xoang hàm thu nhỏ lại với hình ảnh tắc nghẽn phế nang [1, 3, 5]. Hội chứng này vẫn chưa được các nhà tai mũi họng quan tâm nhiều.

Bệnh nhân ở tuổi trưởng thành với bệnh sử mắt đối xứng không mất, không đau mắt, nhìn đôi hoặc cả hai triệu chứng.

Triệu chứng lâm sàng viêm xoang không rõ ràng, ghi nhận này tương đối phù hợp với các nghiên cứu, cung gò mắt mắt đối xứng hai bên, nhìn đôi.

Hình ảnh CT scan cho thấy: các thành xoang lõm vào lòng xoang, thể tích xoang hàm thu nhỏ và mờ đặc xoang hàm.

Khe giữa mờ rộng quan nội soi với cuống mũi giữa lệch về phía vách mũi xoang (hình nội soi)

Sau phẫu thuật nội soi mũi xoang, hình ảnh CT scan cho thấy chưa có nhiều thay đổi sau 9 tháng nhưng hình ảnh xoang hoàn toàn sáng, điều này chứng tỏ lỗ thông xoang đã được thông thoáng, biến dạng các thành xoang không phát triển thêm so với CT scan được chụp 9 tháng trước đó.

#### **KẾT LUẬN**

Đây là trường hợp bệnh lý nghĩ nhiều đến hội chứng xoang yên lặng đầu tiên được phát hiện tại khoa Tai Mũi Họng BV Cấp Cứu Trưng Vương.

Trước đây hội chứng này có thể đã bị bỏ sót do chưa quan tâm.

Báo cáo mang tính báo động để đồng nghiệp quan tâm nhiều hơn.

Kết quả điều trị: cần thêm thời gian.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Soparkar CNS, Patrinely JR, Cuaycong MJ, et al. The silent sinus syndrome: a cause of spontaneous enophthalmos. *Ophthalmology* 1994;101:772 -778.

2. Montgomery WW. Mucocoele of the maxillary sinus causing enophthalmos. *Eye Ear Nose Throat Monthly*, May 1964;43:41-44.

3. Kass ES, Salman S, Rubin PAD, Weber AL, Montgomery WW. Chronic maxillary atelectasis. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1997;106:109-116.

4. Boyd JH, Yaffee K, Holds J. Maxillary sinus atelectasis with enophthalmos. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1998;107:34 -39.

5. Gillman GS, Schaitkin BM, May M. Asymptomatic enophthalmos: the silent sinus syndrome. *Am J Rhinol* 1999;13:459 -462.

6. Hunt SM, Tami TA. Sinusitis-induced enophthalmos: the silent sinus syndrome. *Ear Nose Throat J* 2000;79:576, 579-581, 584.

7. Wan MK, Francis IC, Carter PR, Griffiths R, van Rooijen ML, Coroneo MT. The spectrum of presentation of silent sinus syndrome. *J Neuroophthalmol* 2000;20:207 -212

8. Kass ES, Salman S, Montgomery WW. Manometric study of complete ostial occlusion in chronic maxillary atelectasis. *Laryngoscope* 1996;106:1255 - 1258.

9. Davidson JK, Soparkar CNS, Williams JB, Patrinely JR. Negative sinus pressure and normal predisease imaging in the silent sinus syndrome. *Arch Ophthalmol* 1999;117:1653 -1654.

10. Scharf KE, Lawson W, Shapiro JM, Gannon PJ. Pressure measurements in the normal and occluded rabbit maxillary sinus. *Laryngoscope* 1995;105:570 -574.