

# NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MÔ BỆNH HỌC CỦA U NHÚ MŨI XOANG

Võ Thanh Quang\*

## TÓM TẮT

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học 125 bệnh nhân (BN) u nhú mũi xoang được chẩn đoán và điều trị tại Khoa Mũi Xoang, Bệnh viện Tai Mũi Họng TW từ tháng 10 - 2000 đến 10 - 2009, theo phương pháp thống kê mô tả tiến cứu.

Kết quả: phần lớn gặp ở lứa tuổi 40 - 60 (68,8%), tuổi trung bình 50. Tỷ lệ nam/nữ là 2,75/1. Khối u thường xuất phát từ vách mũi xoang (53,6%). Các triệu chứng cơ năng chủ yếu ở 1 bên. Tỷ lệ khối u lan tràn trong hốc mũi xoang là 85,6%, trong đó 77,6% là u nhú đảo ngược với tỷ lệ nguy cơ ác tính hóa 10%.

\* Từ khoá: U nhú mũi xoang; Đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học.

## STUDY OF CLINICAL AND HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF RHINONASAL PAPILOMA

### SUMMARY

*The purpose of this article was studied the clinical features and histopathology of rhinonasal papillomas.*

*From October, 2000 to October, 2009, 125 sinonasal papilloma patients who underwent surgery were reviewed in this study.*

*Results: The most frequent age was of 40 - 60 ( 68.8%), and the average age was 50. The ratio of male and female was 2.75/1. They usually originate from the lateral nasal wall (53.6%). Their signs are usually representing one side. They are common extend in nasal and sinuses (85.6%), 77.6% are inverted papillomas.*

*\* Key words: Rhinonasal papilloma; Clinical, histopathological characteristics.*

### ĐẶT VẤN ĐỀ

U nhú mũi xoang là loại u lành tính, có nguồn gốc từ biểu mô, hình thành do tăng sinh tế bào thuộc màng schneider, chiếm 0,4 - 4,7% các khối u lành tính vùng mũi xoang. Với các đặc điểm lâm sàng ít đặc hiệu, u nhú mũi xoang đã gây không ít khó khăn cho chẩn đoán và điều trị, đặc biệt là u

nhú đảo ngược với đặc tính hay tái phát và khả năng phát triển thành ung thư biểu mô vảy khá cao (khoảng 10%). Năm 1991, Tổ chức Y tế Thế giới đã thống nhất đưa ra tiêu chuẩn chẩn đoán, phân loại u nhú mũi xoang thành hai loại dựa trên bản chất mô bệnh học của u. Ở Việt Nam, các nghiên cứu về u nhú mũi xoang còn chưa nhiều,

\* Bệnh viện Tai Mũi Họng TW

Phản biện khoa học: GS. TS. Nguyễn Văn Mùi

nhưng kỹ thuật nội soi, phẫu thuật nội soi mũi xoang đã được áp dụng. Về phương diện mô bệnh học, việc sử dụng tên gọi của u nhú cũng còn chưa được thống nhất theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới. Việc đánh giá khả năng ác tính hóa của u trên mô bệnh học cũng chưa được áp dụng rộng rãi.

Đề tài nghiên cứu này được tiến hành với 2 mục tiêu:

- Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh CT-scan của u nhú mũi xoang.
- Mô tả hình ảnh mô bệnh học và phân loại của u nhú mũi xoang.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu.

- 125 BN được chẩn đoán là u nhú mũi xoang, điều trị bằng phẫu thuật nội soi mũi xoang tại Khoa Mũi Xoang, Bệnh viện Tai Mũi Họng TW từ 10 - 2000 đến 10 - 2009.

### 2. Phương pháp nghiên cứu.

- Thống kê mô tả tiến cứu có can thiệp.
- Thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng tỷ mỉ và làm bệnh án theo quy định khi BN vào viện.
- BN được nội soi mũi đánh giá hình thái, vị trí, xác định sơ bộ vị trí xuất phát của khối u.
- Chụp CT-scan theo 2 tư thế trán đỉnh và đối xứng để đánh giá vị trí khối u, xâm lấn, lan rộng của khối u vào xoang, vùng lân cận và các tổn thương xương quanh khối u.
- Sinh thiết làm xét nghiệm mô bệnh học trước hoặc/và sau phẫu thuật để chẩn đoán xác định.
- Điều trị bằng phẫu thuật nội soi mũi xoang, xác định vị trí xuất phát ban đầu và mức độ lan tràn của khối u.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

### 1. Tuổi và giới.

Bệnh thường gặp nhiều ở tuổi trung niên và người lớn tuổi, từ 40 - 60 tuổi (68,8%), chúng tôi không gặp trường hợp nào ở trẻ em < 15 tuổi. Theo y văn, u nhú mũi xoang có thể gặp ở trẻ em nhưng rất hiếm. Ở người lớn tuổi, thường gặp bệnh ở những giai đoạn nặng hơn, phẫu thuật cũng khó khăn hơn do có các bệnh lý toàn thân phối hợp.

Tỷ lệ nam bị bệnh cao hơn nữ (2,15/1), tuy nhiên không nhận thấy khác biệt về phân bố bệnh theo giới: mức độ nặng nhẹ, loại u nhú hay nguy cơ ác tính hóa...

### 2. Thời gian diễn biến bệnh.

Dưới 1 năm: 17 BN (13,6%); trên 1 năm: 108 BN (86,4%).

Đa số BN được khám, chẩn đoán và điều trị muộn sau 1 năm (86,4%), vào thời điểm này sinh hoạt của BN mới bị ảnh hưởng nhiều do dấu hiệu ngạt tắc mũi hoặc chảy mũi nhiều, thậm chí lẫn máu. Việc BN đến viện muộn làm cho phẫu thuật khó khăn hơn, phải sử dụng những phương pháp mổ phức tạp và ảnh hưởng nhiều đến kết quả điều trị.

### 3. Triệu chứng cơ năng.

TRIỆU CHỨNG	1 BÊN		2 BÊN		TỔNG	
	n	%	n	%	n	%
Ngạt mũi	120	96,0	5	4,0	125	100
Chảy mũi nhày	98	78,4	27	21,6	125	100
Chảy mũi lẫn máu	9	7,2	0		9	7,2

Giảm, mất ngủ	42	33,6	0		42	33,6
Đau nhức vùng mặt	21	16,8	0		21	16,8
Triệu chứng mắt	6	4,8	0		6	4,8

Ba triệu chứng cơ năng chủ yếu của u nhú mũi xoang là ngạt mũi, chảy mũi nhày và giảm ngủ. Trong đó, 2 triệu chứng chính khiến người bệnh đi khám là chảy và ngạt mũi. Các triệu chứng này không đặc hiệu và không khác biệt so với bệnh viêm xoang polyp mũi thông thường. Đáng chú ý là phần lớn các triệu chứng này chỉ biểu hiện ở một bên hốc mũi, đặc biệt là dấu hiệu ngạt tắc mũi. Vì vậy, đứng trước một BN lớn tuổi, có triệu chứng ngạt tắc mũi 1 bên, cần lưu ý đến bệnh u nhú mũi xoang.

Triệu chứng tương đối khác biệt nhất là chảy mũi lẫn máu một bên chỉ gặp 9 trường hợp (7,2%). Khi có triệu chứng này, cần phải cẩn thận với tổn thương ác tính kèm theo.

21 BN (16,8%) đau nhức vùng mặt 1 bên tất cả đều là giai đoạn muộn, khối u lan rộng vào các xoang hoặc toàn bộ hốc mũi xoang, làm tắc nghẽn dẫn lưu, ứ đọng dịch dẫn đến nhiễm trùng nặng, gây đau nhức cho người bệnh. Những trường hợp này thường cho điều trị kháng sinh và kháng viêm 1 đợt 5 - 7 ngày, làm sạch hốc mũi, sau đó tiến hành nội soi lại và sinh thiết.

Mất ngủ, giảm ngủ là triệu chứng cơ năng mang nặng tính chủ quan và rất khó xác định, không đặc hiệu, nó chỉ có giá trị tham khảo trong lâm sàng.

Triệu chứng mắt gặp ở 6 BN (4,8%), tất cả đều là dấu hiệu phù nề, lồi mắt nhẹ do khối u lan rộng và chèn ép gây phù nề hốc mắt, 2 BN có dấu hiệu nhìn đôi. Các triệu chứng này đều mất đi sau phẫu thuật và không để lại hậu quả gì.

#### 4. Triệu chứng thực thể.

\* *Hình thể u:*

30% u nhú có hình thể ngoài giống polyp mũi thông thường. Với trường hợp viêm mũi xoang polyp mũi 1 bên cần phải bấm sinh thiết trước khi phẫu thuật để có thái độ xử trí đúng với tình trạng của bệnh. Các trường hợp khác, u nhú có dạng tương đối đặc biệt, đó là sần sùi như quả dâu hoặc như chùm nho, màu đỏ sẫm hoặc tím sẫm, mềm, dễ chảy máu, những hình thái lâm sàng này thấy rất rõ qua nội soi - một dấu hiệu quan trọng giúp chẩn đoán bước đầu đối với u nhú mũi xoang (ít nhất khoảng 70% các trường hợp).

\* *Vị trí xuất phát ban đầu của khối u:*

**Bảng 1:**

XÁC ĐỊNH ĐƯỢC VỊ TRÍ BAN ĐẦU (97 BN)					KHÔNG XÁC ĐỊNH	TỔNG
Vị trí	Vách mũi xoang	vách ngăn	Cuốn dưới	Xoang hàm		
n	67	4	6	15	33	125
%	53,6	3,2	4,8	12,0	26,4	100

Phần lớn rất khó đánh giá vị trí xuất phát ban đầu của u nhú khi khám nội soi vì BN thường đến muộn, khối u đã lan rộng ra hốc mũi, vào các xoang. Tuy nhiên, trong quá trình phẫu thuật nội soi, có thể đã đánh giá sơ bộ được 92 BN và xác định 67 BN (53,6%) có khối u xuất phát từ vách mũi xoang, chủ yếu từ ngách giữa và mặt ngoài cuốn giữa. 12% BN có vị trí xuất phát khối u từ xoang hàm, nhưng khó khẳng định là từ xoang lan ra hốc mũi hay ngược lại. Việc xác định vị trí này vô cùng quan trọng đối với cải thiện kết quả phẫu thuật, phần lớn bệnh tích còn sót lại sau mổ đều nằm ở vùng xuất phát của khối u. Đây cũng chính là nguy cơ của tái phát khối u nhú sau này. 26,4% BN không xác định được vị trí xuất phát của khối u, đặc biệt khi người bệnh đến bệnh viện quá muộn. Theo B. Bailey, những khối u

xuất phát từ vách ngăn mũi hay gặp u nhú thường, còn u xuất phát từ vách mũi xoang hay gặp u nhú đảo ngược. Cũng theo Bailey, những khối u nhú từ vách ngăn có tỷ lệ ác tính khoảng 15%, còn với u nhú vách ngăn không có ác tính hóa.

\* *Độ lan rộng của u theo vị trí:*

**Bảng 2:**

VỊ TRÍ	HỐC MŨI	XOANG	HỐC MŨI + XOANG	TỔNG
Số lượng	13	5	107	125
Tỷ lệ	10,4	0,4	85,6	100,0

Phần lớn khối u đã lan rộng ở cả hốc mũi và xoang, 85,6% BN có khối u lan rộng từ hốc mũi vào các xoang hoặc ngược lại, từ xoang ra hốc mũi. Sự lan tràn này khiến cho việc xác định vị trí xuất phát của khối u gặp nhiều khó khăn. Phải lấy sạch và kỹ lưỡng tổ chức u trong phẫu thuật, sử dụng các ống nội soi có góc nhìn khác nhau để kiểm tra toàn bộ những vùng khuất trong hốc mũi xoang, nhằm đảm bảo không để sót bệnh tích, tránh tái phát sau này. Khối u lan rộng cũng là một yếu tố quan trọng trong phân loại giai đoạn bệnh, từ đó ảnh hưởng quyết định đến việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật.

### 5. Triệu chứng chẩn đoán hình ảnh.

\* *Các dấu hiệu tổn thương trên phim CT-scan:*

Hốc mũi: 120 BN (96%); xâm lấn xoang sàng: 78 BN (62,4%); xâm lấn xoang hàm: 96 BN (76,8%); xâm lấn xoang bướm: 12 BN (9,6%); xâm lấn xoang trán: 0 BN; xâm lấn chèn ép ổ mắt: 6 BN (4,8%).

Phần lớn khối u đều đã ở giai đoạn muộn và phát triển ở hốc mũi, các xoang, không thể phân biệt hướng lan tràn của u trên CT-scan, đồng thời u thường xâm lấn vào nhiều vị trí giải phẫu khác nhau cùng lúc. Vì vậy, CT-scan chủ yếu xác định giai đoạn bệnh và các tổn thương phá hủy xương kết hợp (nếu có), từ đó định hướng cho phẫu thuật sau này.

### 6. Tổn thương mô bệnh học của u nhú mũi xoang.

\* *Phân loại các thể mô bệnh học:*

U nhú thường: 28 BN (22,4%); u nhú đảo ngược: 97 BN (77,6%).

Theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới, 2 loại thường gặp là u nhú thường hay u nhú dạng nấm và u nhú đảo ngược, còn loại u nhú tế bào trụ rất hiếm gặp.

U nhú thường có trục liên kết tạo thành nhú lồi lên bề mặt niêm mạc, cấu trúc của lớp tế bào đáy và màng đáy không thay đổi. Trong nghiên cứu này gặp 28 BN (22,4%) u nhú thường.

U nhú đảo ngược phát triển ngược vào trong mô đệm (đảo ngược) nhưng không phá hủy màng đáy. Chúng tôi gặp 77,6% u nhú đảo ngược. Theo B. Bailey, u nhú đảo ngược có rất nhiều tên gọi khác nhau: papillom schneiderian, papillom biểu mô, papillom tế bào trụ... và hầu hết đều xuất phát từ vách mũi xoang và có tỷ lệ ác tính hóa vào khoảng 15%.

\* *Các hình thái biểu mô phủ của u nhú:*

**Bảng 3:**

BIỂU MÔ PHỦ	U NHÚ THƯỜNG	U NHÚ ĐẢO NGƯỢC	%
Biểu mô vảy	0	12	9,6
Biểu mô tế bào chuyển tiếp	4	5	7,2

Biểu mô tế bào trụ	24	80	83,2
Tổng	28	97	100

Biểu mô tế bào trụ chiếm đa số (83,2%), hầu hết là u nhú đảo ngược (còn gọi là papillom tế bào trụ), biểu mô vảy chỉ gặp 9,6% BN và tất cả đều là u nhú đảo ngược. Đây chính là những trường hợp có nguy cơ phát triển ác tính hóa với hiện tượng loạn sản, dị sản biểu mô vảy. Việc theo dõi định kỳ sau mổ đối với nhóm BN này cả về tái phát và mô bệnh học khi có tái phát là rất cần thiết.

## KẾT LUẬN

Nghiên cứu 125 BN u nhú mũi xoang được điều trị phẫu thuật nội soi tại Khoa Mũi Xoang, Bệnh viện Tai Mũi Họng TW, chúng tôi rút ra một số nhận xét:

- Triệu chứng cơ năng chủ yếu của u nhú mũi xoang là ngạt mũi, chảy mũi nhày và chủ yếu biểu hiện ở một bên hốc mũi.
- Thể mô bệnh học hay gặp nhất là u nhú thường và u nhú đảo ngược.
- Không có các triệu chứng đặc hiệu để phân biệt u nhú thường và u nhú đảo ngược. Tuy nhiên, u nhú đảo ngược có xu hướng lan rộng hơn, phá hủy vách mũi xoang để lan vào xoang hàm. Ngoài ra, u nhú đảo ngược có xu hướng tái phát sau phẫu thuật và có nguy cơ phát triển ác tính hoá.
- BN thường đến khám ở giai đoạn muộn, biểu hiện trên lâm sàng và CT-scan là khối u lan rộng trong hốc mũi xoang gây khó khăn trong chẩn đoán và điều trị.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Bailey J. Byron.* Head neck surgery-otolaryngology. J.B. Lippincott Company. Philadelphia. Vol 1, pp.356-357.
2. *Miller R.H., Sturgis E.M, Sutton C.Z.* Neoplasms of the nose and paranasal sinuses. Otorhinolaryngology - Head & Neck Surgery. 15 th edition. Ballenger JJ. Snow J.B, Williams & Wilkins. 1996.
3. *Moreau L.* Les papillomes inverses naso-sinusiens: a propos de 38 observations. These pour le doctorat en Medecine, Lille. 1990.
4. *Stankiewicz J.A, Girgis S.J.* Endoscopic traitement of nasal and paranasal sinus inverted papilloma. Otolaryngol. Head Neck Surg. 1993, 109, p.988.
5. *Sukenik M.A., Casiano R.* Endoscopic medial maxillectomy for inverted papillomas of the paranasal sinuses: Value of the intraoperative endoscopic examination. Laryngoscopie. 2002, Jan, 110, pp.39-42.