

## CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ NANG VÀ RÒ MANG BẨM SINH VÙNG CỔ BÊN

LÊ MINH KỲ – Bệnh viện Tai Mũi Họng trung ương

### TÓM TẮT:

Nang và rò mang bẩm sinh cổ bên là những dị tật liên quan đến sự phát triển bất thường của vùng mang.

**Mục tiêu:** Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng nang và rò mang bẩm sinh vùng cổ bên, các phương pháp điều trị phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Gồm 76 bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định là nang và rò mang bẩm sinh vùng cổ bên tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương, vào viện và được phẫu thuật từ 1/2002 đến 10/2006. Phương pháp nghiên cứu mô tả và hồi cứu. **Kết quả:** nam chiếm 40 trường hợp (52,63%), nữ chiếm 36 trường hợp (47,37%). Bệnh nhân lứa tuổi dưới 5 tuổi chiếm 14,47%. 13 trường hợp rò khe mang I, 7 trường hợp rò khe mang II, 56 trường hợp rò túi mang IV (rò xoang lê). Tỷ lệ tái phát chung cho các loại nang và rò mang là 14,47%, tuy nhiên chủ yếu là sau phẫu thuật nang và rò khe mang I mà đặc biệt là nang và rò túi mang IV (16,07%). **Kết luận:** Biểu hiện lâm sàng của bệnh đa dạng, đa số trường hợp là rò túi mang IV, tỷ lệ tái phát sau mổ còn cao.

Từ khóa: vùng mang, nang và rò mang

### SUMMARY:

Diagnosis and surgical management of branchial cyst and fistula.

Branchial cyst and fistula are the result of defects in development in neck area of the embryo. They are

uncommon clinical problems that can be difficult for diagnosis and treatment. **Objectives:** Study on clinical symptoms and surgical managements. **Patients and methods:** A serie of 76 cases observed in the institute of ENT hospital from 2002- 2006 with branchial cyst and fistula were debated. This was a retrospective and descriptive study. **Results:** 47,37% of patients was female; 52,36% was males. Among them, there were 13 cases of the first branchial cleft anomalies; 7 cases of the second branchial cleft anomalies; 56 cases of the fourth branchial pouch cyst and fistula;. The recurrence rate were 14,47%. **Conclusions:** The clinical presentations of this disease varied considerably, the recurrence rate was high.

Keywords: branchial cyst and fistula

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Nang và rò mang bẩm sinh cổ bên là những dị tật liên quan đến sự phát triển bất thường của vùng mang, do tồn tại những di tích phôi thai vùng mang mà đáng lẽ phải biến mất đi trong quá trình phát triển cá thể. Về mặt bệnh lý nó có biểu hiện rất đa dạng, tùy theo bất thường của khe và túi mang từ I cho đến IV.

Ở các nước Âu, Mỹ, nang và rò khe mang II chiếm tỷ lệ khoảng 95% các loại nang và rò mang, trong khi đó nang và rò túi mang III, IV lại rất hiếm gặp. Còn nang và rò khe mang I chỉ chiếm khoảng 5%. Các hình thái làm

sàng biểu hiện rất đa dạng và thay đổi khác nhau. ở Việt Nam, vấn đề này chưa được quan tâm đến nhiều.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "chẩn đoán và điều trị nang và rò mang bẩm sinh vùng cổ bên tại Viện Tai Mũi Họng" với các mục tiêu *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, phương pháp điều trị phẫu thuật nang và rò mang bẩm sinh vùng cổ bên.*

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu.

Gồm 76 bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định là nang và rò mang bẩm sinh vùng cổ bên tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương, vào viện và được phẫu thuật từ 1/2002 đến 10/2006.

-Tiêu chuẩn chọn lựa: Các bệnh nhân vào viện trong thời gian trên với chẩn đoán nang và rò khe nang I, II, rò túi mang IV, có thăm khám lâm sàng đầy đủ. Được phẫu thuật và có chẩn đoán sau mổ đúng với chẩn đoán ban đầu. Không phân biệt giới tính, nghề nghiệp, nơi sống.

-Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân có chẩn đoán không rõ ràng, bệnh nhân quá bé hoặc có các bệnh nội khoa nặng không có chỉ định phẫu thuật.

### 2. Phương pháp nghiên cứu:

Các bệnh nhân được thu thập về các dữ liệu lâm sàng, cách thức phẫu thuật theo mẫu nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu mô tả và hồi cứu.

Các số liệu được xử lý bằng phần mềm Epi-info 6.0

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 1. Phân bố tuổi và giới tính:

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới tính.

Tuổi	≤5	5-10	11-15	16-20	->20	Tổng
Nam	6 7,89	6 7,89	10 13,12	6 7,89	12 15,79	40 52,63
Nữ	5 6,58	8 10,53	8 10,53	7 9,22	8 10,53	36 47,37
Tổng %	11 14,47	14 18,42	18 23,68	13 17,11	20 26,32	76 100

Bảng 1 cho thấy nam chiếm 40 trường hợp (52,63%), nữ chiếm 36 trường hợp (47,37%). Bệnh nhân ở lứa tuổi trên 20 chiếm 26,32% trường hợp, lứa tuổi dưới 5 tuổi chiếm 14,47% trong đó bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 3 tuổi.

### 2. Triệu chứng lâm sàng:

Bảng 2. Triệu chứng cơ năng:

Triệu chứng Loại nang và rò	Quay cổ hạn chế	Nuốt đau	Khó thở	Khạc mủ	Chảy tai	Chảy dịch qua lỗ rò
Nang và rò khe mang I (n=13)	0	0	0	0	9 69,23%	2 15,38%
Nang và rò khe mang II (n=7)	1 14,28%	1 14,28%	0	0	0	6 85,71%
Rò xoang lê (n=56)	56 100%	51 91,07%	1 1,78%	7 12,50%	0	0

Bệnh nhân đến viện với các triệu chứng cơ năng khác nhau, triệu chứng của nang và rò khe mang I chủ yếu là triệu chứng chảy tai, chiếm 69,23%. Biểu hiện của rò xoang lê là biểu hiện của viêm nhiễm với nuốt khó, nuốt đau.

Bảng 3: Triệu chứng thực thể:

Triệu chứng Loại nang và rò	Nang viêm	Lỗ rò
Nang và rò khe mang I	11	2
Nang và rò khe mang II	1	6
Rò xoang lê	56	0
Tổng %	68 89,47%	8 10,53%

Phần lớn bệnh nhân có biểu hiện lần đầu bằng một nang viêm do túi ống rò nhiễm khuẩn nằm ở vùng sau tai hay vùng cổ tùy theo dị tật của khe túi mang nào (89,47%). Trong khi đó chỉ có 10,53% trường hợp biểu hiện bằng lỗ rò.

### 3. Triệu chứng cận lâm sàng:

#### -Chụp đường rò có bơm thuốc cản quang:

Chúng tôi cũng đã tiến hành ở 18 trường hợp rò xoang lê có lỗ rò ngoài da, với bơm thuốc cản quang ngược dòng qua một catheter đặt vào lỗ rò. Nhưng trong 15 trường hợp, đường rò không được nhìn thấy, mà thuốc chỉ đọng lại ở một nang giãn rộng phía dưới đường rò.

#### - Nội soi:

Ở tất cả trường hợp chúng tôi đều tìm thấy lỗ rò ở vùng xoang lê, tất cả lỗ rò này đều nằm ở phần thấp của xoang lê, bên dưới phần màng giáp-móng.

### 4. Bên tổn thương:

Bảng 4: Phân bố các bên tổn thương

Bên tổn thương Loại rò	Trái	Phải	Hai bên
Nang và rò khe mang I	7 9,21%	6 7,90%	0 0%
Nang và rò khe mang II	2 2,63%	4 5,26%	1 1,32%
Rò xoang lê	52 68,42%	4 5,26%	0 0%
Tổng	61 80,26%	14 18,42%	1 1,32%

Rò mang phía bên trái chiếm một ưu thế tuyệt đối 80,26%, trong khi đó rò mang ở cả hai bên rất hiếm gặp với tỷ lệ 1,32%. Sự khác biệt giữa bên tổn thương theo các loại rò mang có ý nghĩa thống kê với  $X^2_{(n=4)} = 29,82$ ;  $p < 0,05$ .

### 5. Đường đi của ống rò:

#### Ống rò khe mang I:

Trong 11 trường hợp, chúng tôi nhận thấy đường rò đi phía dưới, và phía sau thùy đại tai, loa tai, hướng về phía mặt bên ngoài dây VII, đi song song với nó và ống tai ngoài, tận hết trong một túi cùng vùng trước tai.

Chỉ có 2 trường hợp đường rò chạy từ lỗ rò phía sau góc hàm, đi xuyên qua tuyến mang tai, đến mỏ vào chỗ nối giữa xương và sụn ống tai ngoài. Nó có liên quan rất gần với dây thần kinh mặt.

#### Ống rò khe mang II:

Ống rò đi từ lỗ rò cổ bên, chạy lên cao, đi dưới cơ bám da và cân cổ nông để đến chỗ phân đôi động mạch cảnh. Nó đi giữa các động mạch cảnh, đi phía trên dây XII và phía dưới bụng sau cơ nhĩ thân, rồi lên đến thành bên họng, tận hết ở vùng hạnh nhân khẩu cái.

#### Ống rò xoang lê:

Trong 28 trường hợp, chúng tôi đã tìm thấy một ống rò đi từ đáy xoang lê, chạy dọc theo khí quản, đi bên ngoài dây thần kinh thanh quản ngược, tận cùng ở

một nang dẫn rộng quanh tuyến giáp.

Tại vùng đáy xoang lê, chúng tôi đã quan sát thấy 3 kiểu khác nhau của đường đi ống rò:

**Bảng 5. Đường đi ống rò ở đáy xoang lê:**

Đường đi của ống rò	Sau sụn giáp	Xuyên sụn giáp	Trước sụn giáp
Số lượng (n=28)	25	2	1
Tỷ lệ (%)	89,28%	7,14%	3,58%

Trong 28 trường hợp khác, chúng tôi không tìm thấy được đường rò xoang lê trong khi phẫu thuật.

**6. Điều trị nang và rò mang cổ bên:**

**- Phương pháp phẫu thuật:**

Chúng tôi đã áp dụng các phương pháp phẫu thuật khác nhau đối với mỗi loại nang và rò:

**Bảng 7. Các phương pháp phẫu thuật áp dụng.**

Loại rò	Phương pháp phẫu thuật	Số lượng	Tỷ lệ
Nang và rò khe mang I	Phẫu tích lấy ống rò đơn thuần, không bóc lộ dây VII.	11	14,47%
	Bóc lộ dây VII- cắt thùy nông tuyến mang tai kèm ống rò.	2	2,63%
Nang và rò khe mang II	Phẫu tích lấy ống rò	7	9,22%
Rò xoang lê	Buộc và thắt lỗ trong ống rò đơn thuần	28	36,84%
	Lấy bỏ toàn bộ ống rò đến tận đáy xoang lê.	28	36,84%

Đối với nang và rò khe mang I, chúng tôi áp dụng hai phương pháp khác nhau tùy thuộc vào đường đi ống rò khe mang I. Đường rò khe mang II để tìm thấy hơn, chúng tôi chủ trương tìm và lấy bỏ toàn bộ ống rò

Đối với xoang lê, chúng tôi chỉ tìm thấy được đường rò và lấy bỏ trong 28 trường hợp. Số còn lại không tìm thấy đường rò buộc phải điều trị phẫu thuật bằng phương pháp thắt đáy đường rò ở xoang lê, phối hợp cùng nội soi trong mổ.

**- Đánh giá tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật:**

**Bảng 8. Kết quả điều trị phẫu thuật.**

	Nang rò khe mang I	Nang và rò khe mang II	Rò xoang lê	Tổng %
Số bệnh nhân phẫu thuật	13	7	56	76
Số bệnh nhân bị tái phát sau mổ	2	0	9	11
Tỷ lệ tái phát	15,38%	0%	16,07%	14,47%

Tỷ lệ tái phát chung cho các loại nang và rò mang là 14,47%, tuy nhiên chủ yếu là sau phẫu thuật nang và rò khe mang I mà đặc biệt là nang và rò túi mang IV (16,07%). Sự khác biệt giữa tỷ lệ tái phát các nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**BÀN LUẬN**

**1. Tuổi và giới tính:**

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi với nam chiếm 52,63%, nữ chiếm 47,37%. Khi so sánh với kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác như Vũ Sản [1], Maran [5], Piquet [6] chúng tôi nhận thấy kết quả rất khác nhau theo từng tác giả. Nhìn chung chưa có sự liên quan rõ ràng của dị tật nang và rò mang với giới tính.

**2. Đặc điểm lâm sàng:**

Đây là một dị tật nang và rò mang bẩm sinh, nhưng trong đó có 10,53% trường hợp có biểu hiện với một lỗ rò

thực sự trong lần chẩn đoán đầu tiên. Trong đa số trường hợp, triệu chứng khởi phát lại là triệu chứng của nang viêm, có khi toả lan, ở vùng phía cao như viêm tấy sau tai, viêm tấy tuyến mang tai do nang và rò khe mang I, hoặc ở vùng thấp của cổ bên trong các rò xoang lê.

**3. Triệu chứng cận lâm sàng:**

Chụp phim có bơm cản quang đường rò là một thăm dò quan trọng trong việc xác định đường đi ống rò nhất là đối với các trường hợp rò khe mang II. Tuy nhiên kết quả thường rất hạn chế trong các trường hợp rò xoang lê, do sự hẹp lại của lỗ rò hoặc do bị bít lấp bởi tổ chức viêm. Rõ ràng chụp X quang là một xét nghiệm rất cần thiết và có giá trị, tuy nhiên trong các trường hợp rò xoang lê, kết quả đôi khi không đạt được như ý muốn.

Về nội soi, chúng tôi nhất trí với hầu hết các tác giả khi cho rằng nội soi là một thăm dò quan trọng, có giá trị quyết định chẩn đoán.

**4. Đường đi của ống rò:**

Đường đi của ống rò xoang lê tương đối phức tạp, có những thay đổi rất khác nhau, ở những đoạn khác nhau:

-Đoạn ống rò ở vùng cổ: Khi so sánh đường rò được mô tả từ các quan sát lâm sàng và nhận định trong quá trình phẫu thuật với các đường đi ống rò trên lý thuyết của rò túi nội mang IV, chúng tôi nhận thấy lộ trình đường rò này hoàn toàn trùng với lộ trình đoạn đầu của ống rò mà Tucker cũng như Liston đã mô tả. Tuy nhiên, phần còn lại của ống rò, đoạn chạy vào trung thất rồi lại quặt lên để mở ra da, hầu như chúng tôi không tìm thấy được trong phẫu thuật. Điều này được giải thích là ống rò, có lẽ trong thực tế, chỉ tương ứng với vết tích của phần túi mang IV, hay ống họng-mang IV, mà không bao hàm phần khe mang IV thông ra ngoài da.

-Đoạn ống rò ở khoảng nhãn-giáp: đoạn ống rò đổ vào xoang lê có những thay đổi khác nhau theo 3 kiểu. Tuy nhiên tất cả các ống rò xoang lê mà chúng tôi đã tìm thấy được đều đổ vào xoang lê bên dưới sụn giáp, cho dấu có một vài thay đổi giải phẫu hình thành trong quá phát triển phôi thai. Trong khi đó các ống rò của mang III, trên lý thuyết, phải đổ vào xoang lê ở phía trên sụn giáp. Điều này càng khẳng định nguồn gốc từ túi mang IV của các ống rò trên.

**5. Bên tổn thương:**

Bệnh lý chiếm ưu thế bên trái, tỷ lệ này cũng phù hợp với các nghiên cứu trước đây như Vũ Sản [1], Maran [5]...

Dị tật rò xoang lê rõ ràng chiếm ưu thế bên trái và hoàn toàn thống nhất với nhận xét của chúng tôi. Nhận xét này là một yếu tố giúp khẳng định thêm nguồn gốc từ túi mang IV của các ống rò xoang lê. Chúng không thể có nguồn gốc từ túi mang III, vì dị tật rò túi mang III không có ưu thế về phía bên nào.

**6. Điều trị phẫu thuật:**

**-Phương pháp phẫu thuật:**

Đối với nang và rò khe mang II: chúng tôi tiến hành rạch da theo kiểu hai tầng ngang theo nếp lần cổ, để có thể theo đường rò đến tận hố hạnh nhân khẩu cái. Đối với nang và rò khe mang I:

-Loại 1: chúng tôi chủ trương tìm và lấy bỏ đường rò vì đa phần chúng đều đi nông ở mặt ngoài tuyến mang tai.

-Loại 2: Đường rò nằm sâu trong thùy tuyến mang

tai, do đó chúng tôi nhất trí với hầu hết các tác giả cần cắt bỏ thủy nang tuyến mang tai kèm theo cả ống rò.

Đối với rò xoang lê: Chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật lấy đường rò dựa trên những kinh nghiệm thu được trong quá trình nghiên cứu. Chúng tôi nhận thấy rằng việc cắt và bóc tách một phần cơ khí họng dưới dài khoảng 1,5 cm dọc theo bờ sau cánh sụn giáp, là một yếu tố rất quan trọng giúp tiếp cận dễ dàng đáy xoang lê.

#### **-Tỷ lệ tái phát**

Tỷ lệ tái phát chung cho các loại rò của chúng tôi là 14,47% thấp hơn so với tổng kết của tác giả Vũ Sản [1] là 27,3%. Nếu như so sánh với tỷ lệ tái phát của phẫu thuật lấy bỏ nang và rò khe mang nói chung ở bệnh viện Mayo Clinic, Mỹ là 3% khi phẫu thuật lần đầu, còn khi phẫu thuật lần hai trở lên thì tỉ lệ tái phát là 21% [5], tỷ lệ của chúng tôi còn khá cao.

#### **KẾT LUẬN:**

Biểu hiện lâm sàng của bệnh đa dạng, trong đó rò xoang lê là một dị tật khá phổ biến và chiếm tỷ lệ chủ yếu (73,6%).

Phẫu thuật lấy bỏ ống rò mang hiện tại còn khó khăn, tỷ lệ tái phát hiện nay còn cao, nhất là đối với rò xoang lê (16,07%).

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Vũ Sản. Nang và rò bẩm sinh cổ bên, 1 số nhận xét về lâm sàng và điều trị qua 52 trường hợp tại Viện TMH TW. Luận văn TN BS NT Đại học Y Hà Nội 1989

2. Lê Minh Kỳ. Nghiên cứu đặc điểm bệnh học nang và rò mang bẩm sinh vùng cổ bên. Luận án tiến sĩ y học. Đại học Y Hà Nội. 2002

3. CHAMPROUX T; GAILLARD de COLLOGNYL; LAFAYE. M ; RUSSIER.M; BECAUD P; BANUS P L'appareil branchial: son évolution normale et pathologique. EMC (Paris - France) ORL 20850 A 10; 1990

4. LEPERCHEY. F; L'embryologie des kystes et fistules congénitales du cou. Ann.oto-Laryng (Paris) 1997. 659-78

5. MARAN A.G.D Benign diseases of the neck. Scott Brown'n Otolaryn. Laryngology 1987, 283 -290

6. PIQUET J.J ; BURNY A. Fistules et kystes congénitales du cou. EMC (Paris-France) ORL 20860 A 1990

7. RIVRON A. Fistule congénitale du sinus piriforme. Contribution à l'étude de la 4 e poche endo-branchiale. Thèse. Med. Rennes 1996.