

Chẩn đoán và điều trị u nhày xoang bướm qua phẫu thuật nội soi mũi - xoang

Võ Thanh Quang*; Đào Đình Thi*

TÓM TẮT

Nghiên cứu lâm sàng mô tả từng ca có can thiệp trên 33 bệnh nhân (BN) u nhày xoang bướm được mổ nội soi mũi-xoang (NSMX) tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TW từ 2005 - 2009. Kết quả cho thấy: các triệu chứng lâm sàng chủ yếu gồm đau đầu, ảnh hưởng thị lực (63,6%), lờ mờ mắt (9,1%) và song thị (18,8%). Trên CT-scan phát hiện hình ảnh ăn mòn và tiêu xương ở 23 BN (97,3%). Phẫu thuật nội soi xoang bướm đơn thuần hoặc phối hợp áp dụng cho tất cả BN và tỷ lệ khỏi bệnh 93,2%. 1 BN (3,4%) có tái phát sau mổ. Triệu chứng lâm sàng chính của u nhày xoang bướm là đau đầu, hình ảnh trên CT-scan là khối u ngấm thuốc đều, ăn mòn và tiêu xương xung quanh. Điều trị bằng phẫu thuật NSMX là chỉ định hợp lý và 97% BN có kết quả tốt.

* Từ khóa: U nhày xoang bướm; Phẫu thuật nội soi mũi-xoang.

Diagnosis and treatment of Mucocelles of the Sphenoidal Sinuses by Endoscopic Sinus Surgery

SUMMARY

Clinical trial with intervention on 33 patients treated at National Otorhinolaryngology Hospital in the period from 2005 to 2009 for sphenoidal sinus mucocelle by endoscopic sinus surgery (ESS). Results showed that: the most frequent symptoms of sphenoidal mucocelle were headache, visual impairment (63.6%), exophthalmos (9.1%) and diplopia (18.8%). Destruction of sinuses and antero-inferior bony wall of the sinus was found in 23 patients (79.3%). Endoscopic intranasal surgery was applied to all patients, complete recovery was observed in 27 patients (93.2%). Recurrence was noted in one patient (3.4%). The most important clinical finding of sphenoidal mucocelle is headache and CT-scan sign is an opacification tumor contrast with bony erosion of sinus walls. ESS is an optimal method for treatment with good result in 97%.

* Key words: Sphenoidal sinuses; Endoscopic sinus surgery (ESS).

ĐẶT VẤN ĐỀ

U nhày xoang bướm là một bệnh lý lành tính do tắc lỗ thông tự nhiên của xoang. Bệnh lý này nếu không phát hiện và điều trị sớm có thể gây những biến chứng nặng, do khối u phát triển làm mòn và tiêu xương của thành xoang, xâm lấn và chèn ép các cơ quan lân cận, đặc biệt là não và màng não.

Trong giai đoạn đầu, u nhày xoang bướm thường khó chẩn đoán, do đặc điểm và cấu trúc giải phẫu phức tạp của vùng nền sọ, xoang bướm và do bệnh tiến triển chậm, âm thầm. Mặt khác, những biểu hiện đầu tiên của u chủ yếu ở vùng mắt (mờ mắt). Giai đoạn sau, khối u phát triển gây đè đẩy, chèn ép, dẫn đến các triệu chứng đau đầu, hạn chế vận động nhãn cầu, biến dạng ổ mắt...

* Bệnh viện Tai Mũi Họng TW

Phản biện khoa học: TS. Nghiêm Đức Thuận

Trong những năm gần đây, nhờ sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán và điều trị hiện đại như chụp cộng hưởng từ hạt nhân, cắt lớp vi tính, NSMX... việc chẩn đoán u nhày xoang bướm cho kết quả chính xác hơn và điều trị có nhiều tiến bộ hơn. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu:

- Nghiên cứu bệnh cảnh lâm sàng và hình ảnh tổn thương trên phim chụp cắt lớp vi tính của u nhày xoang bướm.

- Đánh giá kết quả điều trị u nhày xoang bướm qua phẫu thuật NSMX.

ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

33 BN được chẩn đoán và điều trị u nhày xoang bướm tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TW từ 2005 - 2009. Không phân biệt tuổi, giới.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu mô tả lâm sàng từng ca có can thiệp.

Chẩn đoán u nhày xoang bướm dựa vào:

- Các triệu chứng lâm sàng, khám nội soi hốc mũi.
- Chụp cộng hưởng từ hạt nhân hoặc cắt lớp vi tính xoang theo 2 bình diện coronal và axial, lát cắt dày 3 mm.

Sau đó phẫu thuật NSMX, mở vào xoang bướm bằng một trong hai phương pháp:

- Đường ngách bướm-sàng, mở rộng lỗ thông xoang bướm, lấy thành trước xoang và vách ngăn giữa 2 xoang.
- Đường xuyên xoang sàng trước-sau, mở qua tế bào Onodi vào mặt trước xoang bướm, lấy bỏ thành trước xoang.

Khối u trong xoang sau khi bộc lộ được xác định bằng chọc kim số 14, hút ra dịch nhày đặc sánh, màu trắng đục. Lấy hết chất nhày trong xoang, lấy phần trước vỏ u, bộc lộ rộng lòng xoang bướm, kiểm tra kỹ các thành, đặc biệt là thành sau-ngoài để phòng những tổn thương mạch máu, thần kinh.

Chăm sóc và theo dõi sau mổ như quy trình của phẫu thuật NSMX thường quy. Khám kiểm tra theo dõi sau 3 tháng, 6 tháng và 1 năm.

Thu thập số liệu, thống kê và xử lý theo chương trình SPSS 9.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ

BÀN LUẬN

1. Tuổi và giới.

Lớn nhất 82 tuổi, nhỏ nhất 10 tuổi, trung bình 46,3 tuổi, gồm 18 nam (54,5%) và 15 nữ (45,5%).

2. Nơi đến khám ban đầu.

Chỉ có 33,3% BN đến khám tại cơ sở tai mũi họng đầu tiên, có tới 66,7% đến khám đầu tiên tại chuyên khoa mắt. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của hầu hết các tác giả trong và ngoài nước: Nguyễn Chí Hiếu [3], Har-El và CS [2], Klossek [4] và Wang T.J. [8]. Sở dĩ có

điều này là do liên quan giải phẫu chặt chẽ giữa xoang bướm và hốc mắt cũng như dây thần kinh thị giác. Khi u trong xoang phát triển to, thường đè đẩy, ăn mòn các thành xương và đi qua những chỗ yếu của thành xoang như thành sau xoang sàng, thành bên xoang bướm để vào ổ mắt, gây lồi mắt và chèn ép thần kinh thị gây nhìn mờ [2, 4]. Đây là lý do chủ yếu khiến BN lo lắng và thường tới chuyên khoa mắt để khám trước. Theo Wang T.J. [8], một số BN có thể có dấu hiệu đau căng trong đầu kéo dài nhiều năm, đến khám tại chuyên khoa thần kinh, được chỉ định chụp cộng hưởng từ hạt nhân, từ đó mới phát hiện có khối u xoang bướm và chuyển đến chuyên khoa tai mũi họng.

3. Triệu chứng mắt.

2/3 số BN (21 BN = 63,6%) có biểu hiện mờ mắt ở những mức độ khác nhau, 18,8% (6 BN) nhìn đôi, lồi mắt 3 BN (9,1%), sụp mi gặp ở 2 BN (6,1%) và hạn chế vận động nhãn cầu chỉ gặp ở 1 BN (3%).

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Phạm Thắng (82,8%) và chênh lệch không có ý nghĩa với Nguyễn Huy Tần [7]. Kết quả cũng phù hợp với lý thuyết cho rằng u nhày xoang bướm phát triển rộng ra, gây ăn mòn, đè đẩy xương thành trong hoặc trên trong của xoang bướm, gây chèn ép dây thần kinh thị, từ đó ảnh hưởng đến thị lực.

3 trường hợp lồi mắt, điều này được lý giải là do u phát triển chủ yếu ra phía trước, đè đẩy thành sau ổ mắt gây lồi mắt.

Ngoài ra còn gặp các triệu chứng khác như: nhìn đôi, sụp mi, hạn chế vận động nhãn cầu. Những triệu chứng này chứng tỏ u đã lan rộng vào hốc mắt, gây chèn ép các cơ và thần kinh của mắt [8]. Tuy nhiên, so với nhiều nghiên cứu trước đây [3, 7], tỷ lệ này có giảm. Điều này cho thấy trong thời gian gần đây, BN bị u nhày xoang bướm đã được phát hiện và điều trị ở giai đoạn sớm hơn, khi u chưa lan nhiều vào hốc mắt.

4. Triệu chứng mũi xoang.

Đau nhức đầu kiểu xoang sau, vùng chẩm, gáy gặp 22 BN (69,7%), phòng mắt trước xoang bướm (42,4%), ngạt mũi gặp 11 BN (33,3%) và dấu hiệu giãn rộng, đẩy phòng ngách bướm-sàng gặp 36,7%.

Triệu chứng mũi xoang chủ yếu là hiện tượng đè đẩy làm phòng mắt trước xoang bướm (42,4%). Tuy nhiên, dấu hiệu này không phát hiện được khi khám thông thường mà phải nhờ nội soi hốc mũi kỹ mới phát hiện được. Trong giai đoạn đầu, phòng nhẹ mắt trước xoang bướm nếu không thăm khám và chú ý kỹ, khó phát hiện ra.

Dấu hiệu bóng bàn còn gọi là dấu hiệu ping pong là biểu hiện của khối u ăn mòn mặt trước xoang, phát hiện được khi dùng que thăm dò đầu tù vào khối u, thấy có cảm giác căng và “bập bồng” như quả bóng bàn hoặc có thể thấy một vùng khuyết trên xương. Đây được coi là dấu hiệu đặc trưng cho u nhày, tuy vậy, trong nghiên cứu này dấu hiệu ping pong có tỷ lệ không cao (9,1%), có lẽ do việc thăm khám phát hiện còn nhiều khó khăn.

Ngạt mũi (33,3%) là triệu chứng đặc trưng của bệnh lý mũi xoang. Tuy nhiên, trên BN u nhày, triệu chứng này thường xuất hiện muộn sau triệu chứng mắt và thường ở một bên, ít gây phiền toái cho BN, nên chỉ phát hiện qua hỏi bệnh, thăm khám, ít khi BN đến khám vì lý do này.

Giãn rộng, đẩy phồng vách bướm sàng là một triệu chứng quan trọng, khi có dấu hiệu này, có thể chẩn đoán là khối u đã lan đến sát và đẩy dồn, khiến vách mũi xoang chỉ còn là một vách mỏng. Phẫu thuật nội soi trong trường hợp này là lý tưởng, chỉ cần chọc dò u tại điểm phồng nhất, xác định đúng vị trí rồi mở rộng lỗ chọc dò là có thể tạo một đường dẫn lưu cho u nhày [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, qua thăm khám lâm sàng kết hợp với nội soi, triệu chứng này chiếm 36,4%. Điều này phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả sử dụng phương pháp thăm khám nội soi [5] và cao hơn so với sử dụng phương pháp thăm khám thông thường [3].

Đau nhức là triệu chứng thường gặp của u nhày xoang bướm, khi u phát triển to, gây chèn ép, đè đẩy nền sọ, làm hẹp đường dẫn lưu gây ứ tắc dịch tiết, tạo điều kiện cho viêm xoang phát triển. Chúng tôi gặp 69,7% BN được hỏi phàn nàn về triệu chứng này. Nhức đầu thường âm ỉ, nặng trong đầu, không xác định được cụ thể vị trí đau, nhưng BN thường có cảm giác đau vùng đỉnh kéo dài, thậm chí nhiều năm, dùng thuốc giảm đau không đỡ.

5. Hướng lan.

24 BN (72,7%) khối u lan vào ổ mắt; 8 BN (24,2%) u lan vào xoang bướm; 7 BN (21,2%) u đã lan vào hốc mũi; 5 BN (15,2) khối u lan vào xoang sàng; 1 BN (3%) khối u lan vào não.

Việc xác định hướng lan của u rất quan trọng trong điều trị, một số trường hợp u lớn lan vào ổ mắt và hốc mũi, việc chẩn đoán có thể dựa vào lâm sàng. Tuy nhiên, trong trường hợp u nhỏ hơn hay cần chẩn đoán phân biệt với u đích thực hay u chèn ép gây bí tắc ứ đọng trong lòng xoang, chụp cắt lớp vi tính là cần thiết. Chụp cắt lớp vi tính còn giúp chẩn đoán phân biệt u nhày với một số loại u khác của xoang bướm [3] và xác định mức độ ăn mòn các vách xương.

6. Điều trị phẫu thuật.

** Các phương pháp phẫu thuật:*

28 BN (84,8%) phẫu thuật NSMX đơn thuần và 5 BN (15,2%) phẫu thuật theo hai đường phối hợp.

So với các nghiên cứu về u nhày trước đây ở trong nước, tỷ lệ phẫu thuật nội soi ngày càng tăng. Theo Nguyễn Chí Hiểu (2000) [3]: có tới 90,4% được phẫu thuật bằng đường ngoài, chỉ có 9,6% qua đường nội soi. Ưu điểm của phẫu thuật nội soi là không để lại sẹo ngoài da, thời gian hậu phẫu ngắn, triệu chứng cơ năng giảm nhanh hơn sau mổ so với đường ngoài. Hơn nữa, nội soi giúp mở một đường dẫn lưu rộng đủ để khối u không tái phát.

Trong khi phẫu thuật nội soi, chúng tôi dùng kim số 14 để chọc thăm dò trước, ở vùng phồng căng nhất, nhất là ở vùng mặt trước xoang bướm. Nếu có dịch nhày đặc, tiến hành mở rộng, tạo thành đường dẫn lưu rộng cho khối u. Kỹ thuật này cũng đã được một số tác giả đề cập đến [3, 4, 7].

Ngoài ra, khi u đã lan qua xoang bướm vào não, thì đường phối hợp là cần thiết. Nó vừa tạo điều kiện để dẫn lưu u nhày một cách rộng rãi, vừa giúp kiểm soát tốt thành sau xoang bướm.

* *Kết quả điều trị phẫu thuật:*

Trong 33 BN u nhày đã phẫu thuật, 32 BN có tiến triển rất tốt, xoang bướm được dẫn lưu rộng rãi, hốc mũi khi khám lại sau 3 tháng, 6 tháng và 1 năm đều rộng, niêm mạc trở lại gần như bình thường với các mạch máu tân tạo rõ rệt, không hình thành khối u tái phát.

1 BN tái phát sau mổ nội soi 4 tháng. Đây là BN ở xa, không đến theo dõi và chỉ định dùng thuốc sau phẫu thuật, khi khám lại u phát triển đã to, hốc mũi xơ dính hoàn toàn, khiến cho việc phẫu thuật lại rất khó khăn.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu 33 BN u nhày xoang bướm, điều trị tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TW từ 2005 - 2009, có những đặc điểm nổi bật như sau:

- Về lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh:
 - + U nhày thường được phát hiện ở lứa tuổi trung niên.
 - + Không có sự khác biệt về giới.
 - + BN đến khám tại chuyên khoa mắt trước, triệu chứng lâm sàng về mắt biểu hiện nhiều và rõ ràng hơn triệu chứng mũi-xoang.
 - + Triệu chứng lâm sàng chủ yếu: đau đầu, ảnh hưởng thị lực (63,6), lòi mắt (9,1%) và song thị (18,8%). Vị trí và hướng lan phát hiện qua khám nội soi, cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ hạt nhân có giá trị quyết định trong điều trị.
- Về phương pháp điều trị:
 - + Phẫu thuật nội soi là chỉ định lý tưởng khi u còn khu trú hoặc mới lan ra hốc mũi, xoang sàng... và cho kết quả tốt (97%).
 - + Đường phối hợp được chỉ định khi khối u lan rộng xâm lấn vào nội sọ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Nguyễn Chí Hiếu*. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và điều trị các u nhày xoang mặt tại Viện Tai Mũi Họng. Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ Nội trú. Đại học Y Hà Nội. 2000.
2. *Nguyễn Huy Tân*. Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị u nhày trán sàng. Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ Nội trú. Đại học Y Hà Nội. 2005, tr.1-2, tr.38-53.
3. *Bourdiniere J., Leclech G., Varenne A. et al.* Apport de l'imagerie par resonance magenetique en pathologie cranio-faciale'. Ann. Oto-Laryngol. Paris. 1986, 103, pP.547-553.
4. *Har-El Gady*. Endoscopic management of 108 sinus mucocoeles. Laryngoscope. 2001, 111 (12), pp.2131-2134.
5. *Klossek J.M., Serrano E., Dessi P., Fontanel J.P.* Chirurgie mucocoele. Chirurgie endonasale sous guidage endoscopique. Mason, Paris. 2004, pp.123-125.
6. *Perrin C, Bodelet B.* Mucocoeles: Etude critique essai d'interpretation pathogenique deductions therapeutiques. Cahiers d'ORL. 1973, 8 (4), pp.329-353.
7. *Raji A, Detsouli M.* Les mucocoeles sinusiennes. Annales d'oto - laryngologie et de chirurgie cervico - faciale. 1995, 112, pp.73-77.

8. Wang T.J, Liao S.L, Jou J.R, Lin L.L. Clinical manifestations and management of orbital mucoceles: the role of ophthalmologists. Jpn J Ophthalmol. 2005, 49 (3), pp.239-245.

9. Yardeni Eli. Les mucoceles sinusiennes: Place de la chirurgie endoscopique, la these pour le doctorat d'etat en medecine. Toulouse III facultes de medecine. 1995, pp.1-86.