

# NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ VÀ DIỄN BIẾN LÂM SÀNG TRÊN BỆNH NHÂN CHOLESTEATOMA BẨM SINH ĐỈNH XƯƠNG ĐÁ QUA SÁU LẦN PHẪU THUẬT

LƯƠNG HỒNG CHÂU  
Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** cholesteatoma bẩm sinh đỉnh xương đá là bệnh hiếm gặp và rất nguy hiểm, dễ tái phát.  
**Mục tiêu nghiên cứu:** Nghiên cứu các kỹ thuật mổ đã thực hiện, kết quả và diễn biến sau sáu lần phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** bệnh nhân nam, sinh năm 1995, chẩn đoán cholesteatoma đỉnh xương đá, bẩm sinh. Đã được mổ sáu lần trong vòng 9 năm. **Nghiên cứu mô tả, tiến cứu, có can thiệp.**  
**Kết quả:** Năm lần mổ đầu tiên (ba lần kỹ thuật kín): tai thường chảy mủ nhầy, sau 3-6 tháng lại tái phát cholesteatoma. Lần thứ sáu đã mổ kỹ thuật kín, bệnh nhân ổn định 15 tháng nay. **Kết luận:** sau mổ kỹ thuật hở, hay kỹ thuật kín không thành công bệnh nhân thường chảy mủ nhầy, tái phát cholesteatoma sau 3-6 tháng. Kỹ thuật kín thành công thì thời gian ổn định kéo dài hơn. Cần chụp MRI định kỳ để theo dõi.

**Từ khoá:** cholesteatoma bẩm sinh, đỉnh xương đá, mổ tiệt căn xương chũm.

## SUMMARY

**Background:** congenital cholesteatoma of the petrous pyramid is much rare, but very dangerous, easily recurrent. **Purpose:** to study modified radical mastoidectomy with open and closed technique, signs and symptoms through six operations. **Material and Method:** Description and prospective research was done on a boy boded in 1995, with congenital cholesteatoma of the petrous pyramid. He was operated six time during 9 years. **Results:** through first five operations, recurrent cholesteatoma often occur during 3-6 months after operation. After the 6<sup>th</sup>

operation with close technique he has been OK for 15 months. **Conclusion:** after open or failed closed technique for patient with congenital cholesteatoma of the petrous pyramid, recurrent cholesteatoma will often occurs. MRI, CT Scan is useful and necessary to follow up patient for a long time. **Keywords:** congenital cholesteatoma, the petrous pyramid, radical mastoidectomy.

## MỞ ĐẦU.

Viêm tai xương chũm có cholesteatoma là một bệnh nguy hiểm, luôn tiềm ẩn nguy cơ gây biến chứng nặng có thể dẫn đến tử vong, nhất là thể cholesteatoma đỉnh xương đá. Cholesteatoma mắc phải là bệnh hay gặp ở Việt Nam, thường do viêm tai có lỗ thủng màng nhĩ gây ra. Riêng cholesteatoma đỉnh xương đá hầu như là bệnh bẩm sinh, ít gặp và cũng nguy hiểm hơn rất nhiều vì tổn thương nằm quá sâu, phẫu thuật cực kỳ khó khăn, tỷ lệ tái biến cao, tỷ lệ tái phát cao. Tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TW chúng tôi đã gặp bốn bệnh nhân cholesteatoma đỉnh xương đá (ba bệnh nhân được mổ kỹ thuật hở và hiện vẫn luôn chảy mủ), có một bệnh nhân đã phải trải qua **sáu lần phẫu thuật** (bốn lần mổ kỹ thuật hở và hai lần kỹ thuật kín). Với thể loại bệnh này quan điểm phẫu thuật còn gây nhiều tranh luận, nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu:

**Mục tiêu nghiên cứu:** trên cùng một bệnh nhân chúng tôi đã tiến hành:

- Nghiên cứu các kỹ thuật mổ đã thực hiện trong sáu lần.
- Nghiên cứu biểu hiện lâm sàng và diễn biến sau

sáu lần phẫu thuật.

**ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:**

**1. Đối tượng nghiên cứu :** bệnh nhân nam, sinh: 11.10.1995. Địa chỉ: Hà nội.

**2. Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả, tiến cứu có can thiệp. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 10. 2000 đến nay (tháng 3. 2010) bệnh nhân này tôi trực tiếp tham gia mổ và theo dõi liên tục trong hơn 9 năm nay).

**3. Tiêu chuẩn lựa chọn:** qua thăm khám lâm sàng, tiền sử, xét nghiệm giải phẫu bệnh, chụp phim CT scan, MRI xương thái dương, qua phẫu thuật xác định cholesteatoma bẩm sinh đỉnh xương đá. Bệnh nhân và gia đình hợp tác tốt, bệnh nhân được theo dõi liên tục từ năm 2000 đến nay.

**4. Tiêu chuẩn loại trừ:** xác định bệnh nhân không phải là cholesteatoma mắc phải.

**KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN**

**1. Vào viện lần thứ nhất: năm 2000- bệnh nhân 5 tuổi**

Qua thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng, tiền sử không bị viêm tai bao giờ, không hay viêm mũi họng, XQ nghi cholesteatoma. Chẩn đoán: TD cholesteatoma bẩm sinh.

Kỹ thuật mổ: **Tiệt căn xương chũm (TCXC)- chỉnh hình ống tai (CHOT)- Kỹ thuật mổ hở.** (thực hiện bởi một trong những chuyên gia đầu ngành của Viện TMH TW). Trong phẫu thuật thấy cholesteatoma trong sào bào, thượng nhĩ, ăn xuống phía dưới sào đạo, đi về phía ống tai trong. Đã thử giải phẫu bệnh xác định bệnh tích là tổ chức cholesteatoma. Chẩn đoán cholesteatoma đỉnh xương đá, bẩm sinh. (BN không có tiền sử viêm tai).

Theo dõi hậu phẫu: ngay sau mổ bệnh nhân xuất hiện liệt mặt ngoại biên bên trái, mắt hở 2-3 ly, miệng méo, mắt nếp nhăn trán hoàn toàn. Sau hai tuần bệnh nhân hết liệt mặt, mắt nhắm kín hoàn toàn, nếp nhăn trán về bình thường, miệng hết méo. Theo dõi diễn biến lâm sàng định kỳ: bệnh nhân được khám lại tuần hai- ba lần.

	1- < 3 tháng	3- < 6 tháng	6- < 9 tháng	9- < 12 tháng
Chảy mũ tai	Hơi ẩm	thỉnh thoảng	Liên tục	Liên tục
Đau tai	Không	thỉnh thoảng	đau nhiều hơn	đau nhiều hơn
Đau đầu	Không	Không	Không rõ	thỉnh thoảng
Nghe kém	+	+	+	Trên 65 dB
nôn, sốt, chóng mặt	Không	Không	Không	Không
Tái phát cholesteatoma	Không	Có vảy trắng	Nhiều vảy trắng	Nhiều vảy trắng
ống tai	rộng	chít hẹp	chít hẹp	chít hẹp

Nhận xét: trong vòng ba tháng hốc mổ lên da đẹp, nhưng ống tai chít hẹp dần chỉ rộng khoảng 3 ly. Đến

tháng thứ 3 xuất hiện chảy mũ nhầy. Đến tháng thứ 5 xuất hiện nhiều mảnh vẩy trắng nghi cholesteatoma tái phát từ phía góc sau trên hố mổ. Mỗi tuần bệnh nhân đến khám lại hai lần, làm thuốc tai. Sau 12 tháng quyết định mổ lại vì tái phát cholesteatoma và ống tai chít hẹp.

**2. Vào viện lần thứ hai: năm 2001- bệnh nhân 6 tuổi**

Kỹ thuật mổ: **TCXC-đỉnh xương đá- CHOT- (kỹ thuật mổ hở)** (thực hiện bởi một chuyên gia đầu ngành khác của Viện TMH TW): vào lại hốc mổ cũ thấy đầy tổ chức cholesteatoma trong hố mổ, xuất phát từ dưới cống sào đạo, quanh dây VII, trong hòm nhĩ, quanh đế xương bàn đạp, ngách nhĩ, phía dưới vành bán khuyên ngang, vùng ống tai trong.

Theo dõi hậu phẫu: ngay sau mổ bệnh nhân lại xuất hiện liệt mặt ngoại biên bên trái, mắt hở 2-3 ly, miệng méo, mắt nếp nhăn trán hoàn toàn. Sau hai tuần bệnh nhân hết liệt mặt, mắt nhắm kín hoàn toàn, nếp nhăn trán về bình thường, miệng hết méo. Bệnh nhân được dùng ống nhựa để nong cố định ống tai ngoài.

Theo dõi diễn biến lâm sàng định kỳ: Mỗi tuần đến thay băng làm thuốc tai hai lần.

	1- < 3 tháng	3- < 6 tháng	6- < 9 tháng	9- < 12 tháng
Chảy mũ tai	Hơi ẩm	Mũ nhầy ít	thỉnh thoảng	Liên tục
Đau tai	Không	Không	thỉnh thoảng	đau nhiều hơn
Đau đầu	Không	Không	Không rõ	thỉnh thoảng
Nghe kém	Trên 65 dB	Trên 65 dB	Trên 65 dB	Trên 65 dB
nôn, sốt, chóng mặt	Không	Không	Không	Không
Sốt	Không	Không	Không	Không
Chóng mặt	Không	Không	Không	Không
Tái phát cholesteatoma	Không	Không	Nhiều vẩy trắng	Nhiều vẩy trắng cholesteatoma
ống tai	rộng	chít hẹp sau 5 tháng	chít hẹp	chít hẹp

Nhận xét: Sau năm tháng thấy ống tai bắt đầu chít hẹp dần, thỉnh thoảng chảy mũ nhầy. Sau 6 tháng xuất hiện chảy mũ nhiều hơn, liên tục, đau trong tai, kèm theo vẩy trắng nghi cholesteatoma tái phát. Sau 11 tháng vẩy cholesteatoma càng nhiều (đã thử GPB), chỉ định mổ lại lần thứ ba.

**3. Vào viện lần thứ ba: năm 2003- bệnh nhân 8 tuổi**

Kỹ thuật mổ: **Phẫu thuật TCXC- đỉnh xương đá- bịt lấp kín hốc mổ, khâu kín ống tai ngoài** (thực hiện bởi nhóm phẫu thuật đã mổ lần thứ hai): cholesteatoma lan rộng vào các ngóc ngách, tái phát cả vùng ống tai trong, xung quanh dây VII., quyết định khoét bỏ mê nhĩ, đi về phía ống tai trong. Lấy mỡ bụn lấp đầy hốc mổ. Khâu kín hoàn toàn cửa tai.

Theo dõi hậu phẫu: cắt chỉ và bệnh nhân ra viện

bình thường.

Theo dõi định kỳ:

	1- < 3 tháng	3- < 6 tháng	6- < 9 tháng	9- < 12 tháng
Chảy mủ tai	Không	ít nhầy	thỉnh thoảng	Liên tục
Đau tai	Không	Không	thỉnh thoảng	đau nhiều hơn
Đau đầu	Không	Không	Không rõ	thỉnh thoảng
Nghe kém	+	+	+	+
nôn,sốt,chóng mắt	Không	Không	Không	Không
Tái phát cholesteatoma	Không rõ	Không quan sát được	có vảy trắng cholesteatoma	Nhiều vảy trắng cholesteatoma
ống tai	được khâu bịt kín hoàn toàn	Có lỗ dò cửa tai tai sau 5 tháng	Lỗ tai rộng 3mm Sau 8 tháng	Rộng 3-4mm

Nhận xét: Từ tháng thứ 3 thấy phần lỗ tai bắt đầu hở ra một lỗ nhỏ bằng đầu kim, thỉnh thoảng ra mủ nhầy. Sau tháng thứ 5 lỗ dò ống tai ngày càng rộng ra và chảy dịch nhầy nhiều hơn, tháng thứ 6 thấy có vảy trắng như cholesteatoma. Thủ giải phẫu bệnh xác định là cholesteatoma tái phát. Đến tháng thứ 8 lỗ tai rộng ra khoảng 3mm. Đến tháng thứ 10 bệnh nhân thỉnh thoảng đau tai và đau đầu, mủ đặc hơn. Chụp CT Scan xương thái dương: tái phát cholesteatoma, chỉ định mổ lại.

#### 4. Vào viện lần thứ tư: năm 2004, bệnh nhân 9 tuổi

Kỹ thuật mổ: **Phẫu thuật TCXC- CHOT. Kỹ thuật mổ hở** (thực hiện bởi nhóm phẫu thuật lần thứ hai và ba): cholesteatoma tái phát lan toả khắp hốc mổ, dây VII bị bao quanh bởi tổ chức cholesteatoma và viêm sùi. cholesteatoma ăn sâu dưới cống sào đạo, dưới vành bán khuyên ngang, phía trần thượng nhĩ.

Theo dõi sau mổ: Sau mổ bệnh nhân lại xuất hiện liệt mặt nhẹ. Sau 7 ngày cắt chỉ vết mổ khô, bệnh nhân mắt nhắm kín, không méo miệng, ra viện.

Thăm khám định kỳ: bệnh nhân đến khám định kỳ 2- 4 tuần một lần,

	1- < 3 tháng	3- < 6 tháng	6- < 9 tháng	9- < 12 tháng
Chảy mủ tai	Hơi ẩm	Hơi ẩm	thỉnh thoảng	Liên tục
Đau tai	Không	Không	thỉnh thoảng	đau nhiều hơn
Đau đầu	Không	Không	Không rõ	thỉnh thoảng
Nghe kém	điếc trắng	điếc trắng	điếc trắng	điếc trắng
nôn,sốt,chóng mắt	Không	Không	Không	Không
Tái phát cholesteatoma	Không	Không	có vảy trắng cholesteatoma sau 8 tháng	Nhiều vảy trắng cholesteatoma
ống tai	Rộng (dùng Contratubex)	rộng 4-5mm	Lỗ tai 4-5mm	4-5 mm
CT Scan, MRI			Tái phát cholesteatoma	Tái phát cholesteatoma

Nhận xét: Sau 7 ngày bôi thuốc chống sẹo lồi (contratubex) cửa tai để phòng sẹo hẹp ống tai ngoài. Sau đó ống tai cố định đường kính khoảng 4-5 mm. Tháng thứ 8 thấy thỉnh thoảng tai ra mủ nhầy và kèm theo vảy trắng cholesteatoma. Bệnh nhân đến khám định kỳ tuần 1-2 lần và liên tục hút ra tổ chức cholesteatoma (có thử GPB). Chụp CT Scan xác định cholesteatoma tái phát rộng. Tháng 8/ 2006 đã hội chẩn GS Lauwer của Đức quyết định mổ lại.

#### 5. Vào viện lần thứ năm: tháng 10 năm 2006, bệnh nhân 11 tuổi.

Kỹ thuật mổ: **Phẫu thuật TCXC-đỉnh xương đá-CHOT. Kỹ thuật mổ hở** (thực hiện bởi GS Leuwer-CHLB Đức, là một trong những chuyên gia nổi tiếng thế giới về phẫu thuật tai). nhiều tổ chức sùi lẫn cholesteatoma lan rộng, cholesteatoma và tổ chức sùi bọc kín dây VII, cholesteatoma đi vào ống tai trong, sát màng não ở phía trên trần sào bào, phía sau sát tĩnh mạch bên, đi xuống hết các thông bảo mồm chũm.

Hậu phẫu: Không có gì đặc biệt

Theo dõi định kỳ: tuần 1-2 lần

	1- < 3 tháng	3- < 6 tháng	6- < 9 tháng	9- 14 tháng
Chảy mủ tai	Hơi ẩm	Hơi ẩm	thỉnh thoảng	Liên tục
Đau tai	Không	Không	Không	đau nhiều hơn
Đau đầu	Không	Không	Không	thỉnh thoảng
Nghe kém	+	+	+	+
nôn,sốt,chóng mắt	Không	Không	Không	Không
Tái phát cholesteatoma	Không	Không	ít vảy trắng	Nhiều vảy trắng cholesteatoma
ống tai	Rộng (dùng Contratubex, và K-cort)	rộng 4-5mm	Lỗ tai rộng 4-5mm Sau 8 tháng	Rộng 4 -5mm
CT Scan, MRI			Nghi tái phát cholesteatoma	Tái phát cholesteatoma

Nhận xét: sau mổ 7 ngày bệnh nhân được dùng thuốc chống sẹo lồi, nhưng sau 1 tháng ống tai hẹp dần, dùng K- cort tiêm quanh ống tai, sau đó ống tai rộng 4- 5mm. Từ tháng thứ 9 thấy xuất hiện ít vảy trắng từ góc sau trên và ít mủ nhầy loãng. Từ tháng thứ 10 chảy mủ nhầy kèm vảy trắng nhiều. Bệnh nhân đến viện tuần một lần để hút tổ chức cholesteatoma (có thử GPB). Sau 12 tháng hội chẩn GS Trần Bá Huy và chỉ định làm thuốc tai và hút cholesteatoma thường xuyên, chờ mổ lần thứ 6.

#### 6. Vào viện lần thứ 6, tháng 12 năm 2008. Bệnh nhân 13 tuổi

Kỹ thuật mổ: **Phẫu thuật TCXC- đỉnh xương đá- bịt lấp hốc mổ, khâu kín ống tai ngoài** (thực hiện bởi GS Patric Trần Bá Huy, Cộng hoà Pháp), một trong những chuyên gia hàng đầu thế giới về phẫu thuật tai thần kinh, phẫu thuật nền sọ, đỉnh xương đá. Cholesteatoma lan rộng toàn bộ hốc mổ cũ và nhiều

tổ chức sùi từ ống tai trong, sát trần màng não, mỏm chũm... Lấy mỡ bụng bịt kín toàn bộ hốc mổ, khâu bịt kín ống tai ngoài. Hậu phẫu: không có gì đặc biệt.

Theo dõi định kỳ sau mổ: sau lần mổ này, vết mổ liền, khô. Phần khâu bịt ống tai kín hoàn toàn. Cho đến ngày hôm nay 27 tháng 3 năm 2010 (sau mổ lần thứ 6 được 15 tháng) bệnh nhân sinh hoạt bình thường. ống tai khâu bịt kín hoàn toàn ổn định, không hở.

Nhận xét: Đến nay là 15 tháng, tình trạng bệnh nhân ổn định. Cửa tai khâu kín, không bị dò.

#### **KẾT LUẬN:**

**1- Các kỹ thuật mổ đã thực hiện:** bốn lần kỹ thuật hở, mổ thông thương hốc mổ ra ngoài, kèm theo chỉnh hình ống tai ngoài. Hai lần thực hiện kỹ thuật kín, khâu bịt kín hoàn toàn ống tai. Tại Việt Nam phẫu thuật bệnh tích cholesteatoma hiện có hai trường phái khác biệt nhau: một trường phái tôn trọng tuyệt đối kinh điển, luôn thực hiện phẫu thuật hở. Một trường phái mới theo trào lưu của thế giới đã thực hiện rất nhiều ca thành công với kỹ thuật kín. Như vậy quan điểm phẫu thuật cho loại bệnh tích này cũng rất đa chiều, không có một chỉ định nào được coi là tuyệt đối đúng. Chỉ định phẫu thuật kín hay hở phụ thuộc vào nhiều yếu tố: mức độ bệnh tích, tuổi, điều kiện của bệnh nhân, trang thiết bị phẫu thuật, đặc biệt phụ thuộc rất nhiều vào kỹ năng, kinh nghiệm của từng phẫu thuật viên.

**2- Biểu hiện lâm sàng và diễn biến sau sáu lần phẫu thuật:** bốn lần phẫu thuật hở, nhưng sau 3- 6

tháng thì tái phát lại cholesteatoma, và rất dễ bội nhiễm từ ngoài vào, hốc mổ luôn luôn ẩm và mũ liên tục, ống tai chít hẹp nên khó kiểm soát bệnh tích. Lần mổ thứ tư là lần dùng kỹ thuật kín: nhưng vì dò ống tai nên lại bị chảy mũ lại và tái phát nhanh. Lần mổ thứ 6 do chuyên gia Pháp thực hiện: dùng kỹ thuật kín. Theo quan điểm và kinh nghiệm của ông với kỹ thuật này dù có tái phát thì là cholesteatoma khô, không bị bội nhiễm, ít nguy cơ tai biến hơn. Bệnh nhân sẽ được theo dõi định kỳ mỗi năm chụp CT Scan và MRI một lần để theo dõi tái phát. Khả năng phải mổ lại sau 5 năm.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Magliulo G. (2007). Petrous bone cholesteatoma clinical: longitudinal study. Eur Arch otorhinolaryngol, 264 (2) : 115-120.
2. Eugene L. Derlacki. (1973). Congenital cholesteatoma of the middle ear and mastoid. Arch otolaryngol 97 (2) : 177-182.
3. Karl L. Horn; John J. Shea; Derald E. Brackmann. (1985), Congenital cholesteatoma of the Petrous Pyramid. Arch Otolaryngol. 111(9) : 621-622.
4. Kikuchi S, Yamasoba T, Harada (1993) Congenital cholesteatoma of the petrous pyramid. ORL Otorhinolaryngol 55 (4) : 236-239.
5. Tran Ba Huy P, Levyc, Bensimor JL, Cophignon J. (1986). Primary cholesteatoma of the Petrous pyramid. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac; 103 (6): 363-371.