

ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT U NHÀY XOANG - CHỈ ĐỊNH, KỸ THUẬT VÀ KẾT QUẢ

TRẦN MINH TRƯỜNG

Khoa Tai Mũi Họng, BV Chợ Rẫy, TP Hồ Chí Minh

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đường mổ hiệu quả nhất trong điều trị u nhày các xoang cạnh mũi.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu 42 bệnh nhân chẩn đoán và điều trị u nhày xoang từ 2002 – 2008 tại khoa tai mũi họng bệnh viện Chợ Rẫy gồm: Xoang trán (14ca) xoang hàm (12 ca) xoang bướm (1 ca) xoang trán sàng (5 ca) xoang Hàm trán (1 ca) xoang Hàm sàng trán (1 ca). Phẫu thuật được thực hiện bằng kỹ thuật nội soi 25 ca và bằng kinh điển mở đường ngoài kết hợp nội soi 17 ca.

Kết quả: Đạt kết quả tốt 98% trong thời gian theo dõi từ 1-3 năm.

Kết luận: U nhày xoang hàm, sàng, bướm và trán sàng là những chỉ định rất tốt cho phẫu thuật nội soi xoang, Phẫu thuật kết hợp với đường ngoài là chỉ định rất thích hợp cho u nhày xoang trán và đặc biệt là những trường hợp u tái phát.

Từ khóa: U nhày xoang

SUMMARY

Subject: Determining the best surgical approach for the treatment of sinus mucocoeles according to their location.

Patients and methods: A retrospective study has been carried out including forty two cases of sinus mucocoeles, surgically treated from 2002 to 2008. These were Frontal (14), Maxillary (12), Sphenoidal (1) and Ethmoidal (6), Ethmoido-Frontal (5), Maxillo-Frontal (1), Maxillo-Ethmoidal (1), Maxillo-Spheno-Ethmoidal (2). Surgical treatment was achieved with an exclusive endoscopic approach in 25 cases whereas 17 of them under-went endoscopic surgery associated with an external approach (also called combined technic).

Results: Recurrency of the mucocoele is prevented in 98% of cases

Conclusion: Maxillary, Sphenoid, Ethmoid and Ethmoido-Frontal mucocoeles are excellent indications for an exclusively endoscopic endonasal surgery. An external approach, combined with endoscopic surgery, is suitable in frontal mucocoeles, especially in distal sites and in case of recurrence

Keywords: sinus mucocoeles

ĐẶT VẤN ĐỀ

U nhày là tình trạng ứ dịch tiết trong các xoang vùng mặt, mặc dù bản chất là lành tính và phát triển chậm nhưng nếu không được điều trị chúng sẽ phát triển gây các biến chứng nguy hiểm như chèn ép các cấu trúc xung quanh như các xoang, não, màng não, nhãn cầu hay dây thần kinh thị gây mù mắt, song thị...

Điều trị phẫu thuật chủ yếu là dẫn lưu các u đồng thời mở rộng lỗ thông mũi xoang. Trong những năm gần đây phẫu thuật nội soi đã được áp dụng kết quả cho thấy rất khả quan và tần suất tái phát thấp

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu là 42 bệnh nhân chẩn đoán là u nhày xoang đến khám tại khoa Tai Mũi Họng bệnh viện Chợ Rẫy và được điều trị phẫu thuật từ năm 2003 đến năm 2008.

Ghi nhận lâm sàng: Giới tính, tuổi của bệnh nhân, tiền sử bệnh, những triệu chứng lâm sàng

Phương pháp nghiên cứu: Là nghiên cứu hồi cứu.

Các xét nghiệm tiền phẫu:

- Nội soi mũi xoang đánh giá trước phẫu thuật.
- Chụp X quang, CT Scan và MRI.
- Khám mắt trong những trường hợp có ảnh hưởng thị lực.

Kỹ thuật phẫu thuật:

Bệnh nhân được phẫu thuật bằng kỹ thuật nội soi mũi xoang (FESS), một số trường hợp có kết hợp đường ngoài (phẫu thuật Caldwell-Luc hay phẫu thuật Jaques) mở khối u hút hết chất dịch nhày bên trong nhưng không lấy toàn bộ lớp vỏ của khối u (gồm xương – niêm mạc).

Lỗ thông mũi xoang được mở rộng đảm bảo dẫn lưu không bị tắc.

Hậu phẫu dùng kháng sinh phổ rộng trong 8 ngày.

Rửa hốc mũi bằng dung dịch serum sinh lý (NaCl 9/1000) và corticoid xịt tại chỗ trong 1 tháng.

Theo dõi

Bệnh nhân được tái khám và nội soi kiểm tra 10 ngày sau phẫu thuật và vào tuần thứ 4 của thời gian hậu phẫu, rửa sạch hốc mũi và đánh giá tình trạng của lành vết thương.

Sau mỗi 3-6 tháng có thể tái khám và chụp CT Scan hay MRI để đánh giá kết quả của phẫu thuật.

KẾT QUẢ

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 42 bệnh nhân.

Bảng 1: Tuổi của bệnh nhân

| 11-20 | 21-30 | 31-40 | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71-80 | > 80 |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| 8 ca | 6 ca | 8 ca | 7 ca | 7 ca | 3 ca | 2 ca | 1 ca |

Tuổi trung bình: 42,4 -tuổi bệnh nhân thấp nhất là 15 và lớn tuổi nhất là 87 tuổi,

Số bệnh nhân Nam/ Nữ là: 30/12 (3/1).

Bảng 2: Tiền căn bệnh lý.

| Viêm xoang mãn tính | Polype mũi | Đã có phẫu thuật xoang | Papilloma | Chấn thương | Bướu hốc mũi |
|---------------------|------------|------------------------|-----------|-------------|--------------|
| 8 | 7 | 4 | 1 | 2 | 2 |

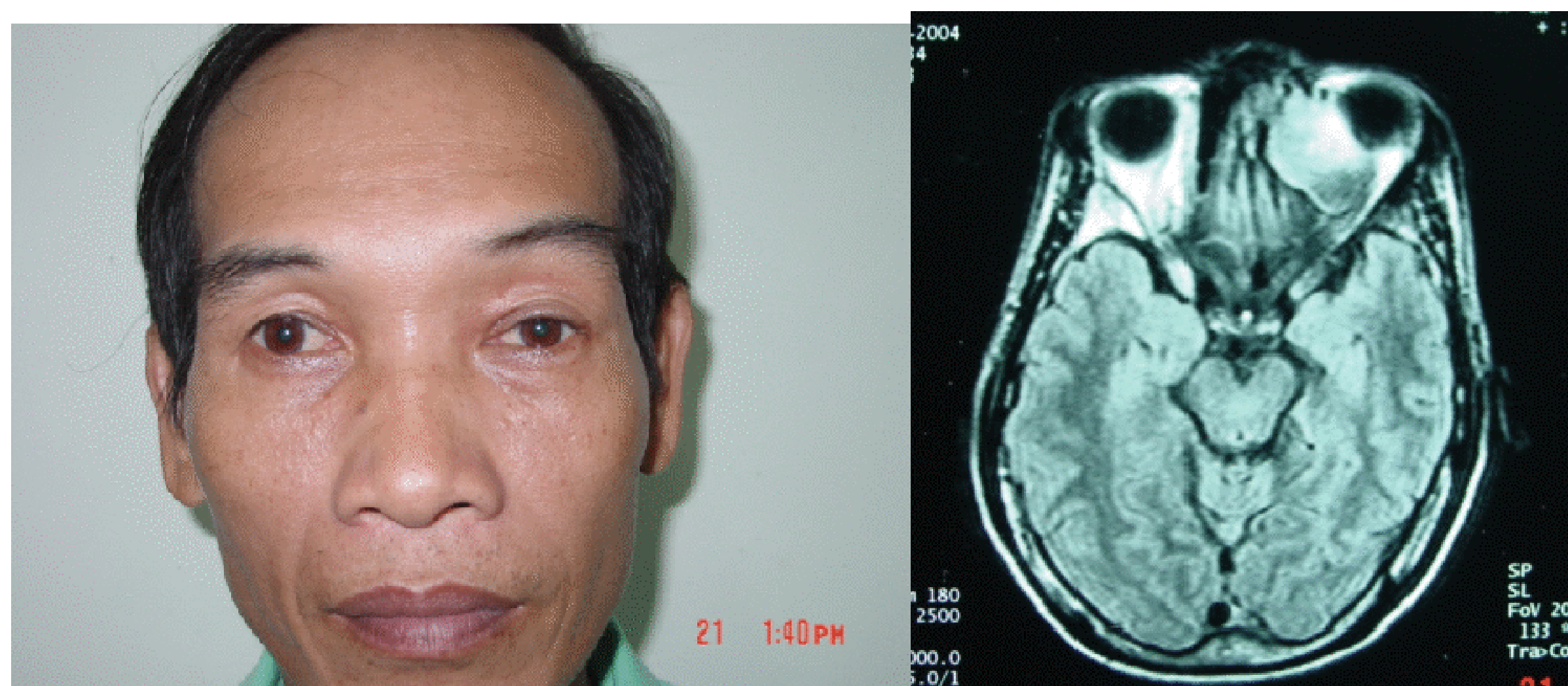
Bảng 3: Dấu hiệu lâm sàng.

| | | |
|-------------------------|-------|-----|
| Song thị | 3 ca | 7% |
| Lồi mắt | 8 ca | 19% |
| Giảm thị lực | 2 ca | 5% |
| Mù mắt | 1 ca | 2% |
| Sợ ánh sáng | 1 ca | 2% |
| Phù nề mi mắt | 3 ca | 7% |
| Nhức đầu | 39 ca | 93% |
| Đau vùng xoang | 41 ca | 98% |
| Viêm màng não | 1 ca | 2% |
| Chảy mũi đục | 17 ca | 40% |
| Nghẹt mũi | 13 ca | 31% |
| Biến dạng vùng thấp mũi | 11 ca | 26% |

Các xoang bị tổn thương có thể đơn độc hay phối hợp nhiều xoang (Bảng 4).

Bảng 4: Xoang bị tổn thương

| Trán | Sàng | Hàm | Bướm | Trán sàng | Hàm sàng | Trán hàm | Hàm sàng bướm |
|-------|------|-------|------|-----------|----------|----------|---------------|
| 14 ca | 6 ca | 12 ca | 1 ca | 5 ca | 1 ca | 1 ca | 2 ca |



Hình 1: U nhày xoang sàng đẩy mắt ra ngoài đẩy lồi ra ngoài và xuống dưới



Hình 2: U nhày xoang trán, mắt

Hình ảnh học

Phim X quang được chụp cho tất cả bệnh nhân

CT Scan được thực hiện trong hầu hết các trường hợp giúp chẩn đoán vị trí và chèn ép của u vào các mô lân cận xung quanh.

IRM được thực hiện cho 13 ca để đánh giá phân biệt giữa u, não, màng não hay tổ chức của hốc mắt

Phẫu thuật

Các phẫu thuật đã thực hiện:

| Số ca | Trán | Sàng | Hàm | Bướm | Trán Sàng | Hàm sàng | Trán Hàm | Hàm Sàng Bướm |
|-------------|------|------|-----|------|-----------|----------|----------|---------------|
| Nội soi | 6 | 6 | 9 | 1 | 4 | 1 | | 1 |
| Đường ngoài | 8 | 0 | 3 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 |

Theo dõi

Bệnh nhân được theo dõi 3-36 tháng bằng cách đến khám lại trực tiếp hoặc trao đổi qua điện thoại.

Tái phát 1 trường hợp sau 4 tháng phải phẫu thuật lại.

CT Scan kiểm tra tình trạng của niêm mạc mũi xoang và hố mắt.

BÀN LUẬN

Điều trị u nhày xoang đã được Howarth thực hiện từ năm 1921 dẫn lưu và niêm mạc hóa lỗ thông xoang hàm (marsupialisation), năm 1989 tác giả Kennedy lần đầu tiên báo cáo 15/18 bệnh nhân điều trị bằng nội soi thành công sau 17,4 tháng theo dõi. Việc chọn đường phẫu thuật còn tùy từng trường hợp nhằm mục đích điều trị bệnh lý, ngăn ngừa tái phát và bảo vệ chức năng sinh lý của niêm mạc mũi xoang [2,4,8]

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 42 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật U nhày xoang trong thời gian từ 2003 đến 2008 tại khoa Tai Mũi Họng bệnh viện Chợ Rẫy, số bệnh nhân nam nhiều hơn 3 lần số bệnh nhân nữ, tuổi trung bình là 42,4, thời gian theo dõi từ 3-36 tháng đạt hiệu quả không tái phát 98 %. Do bệnh viện Chợ Rẫy chuyên về người lớn nên chúng tôi không có bệnh nhi.

Những yếu tố thuận lợi cho sự phát triển của u nhày xoang

Có thể là nguyên nhân bẩm sinh, sau chấn thương, sau phẫu thuật mũi xoang, viêm nhiễm hoặc do những bất thường nội sinh làm tắc các lỗ thông xoang hậu quả dịch bị ứ trong các xoang. Theo Facon tiền căn phẫu thuật xoang đường ngoài (Caldwell- luc, xoang trán) có thời gian hình thành u là 240 tháng trong khi phẫu thuật nội soi có thời gian hình thành u là 38 tháng [1,5,6]. Số liệu của chúng tôi ghi nhận 2 ca có tiền căn chấn thương, 4 ca tiền căn mổ xoang trán xoang hàm (4 tháng -20 năm) và 3 ca bệnh nhân có các bướu (bướu sợi mạch, bướu sợi sinh xương, papilloma), một số ca phát hiện có polype mũi trong khi mổ.

Liên quan giữa phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn và chỉnh hình mũi với hình thành của u nhày xoang, theo Serrano là 1 ca và Facon là 2 ca [1,6] nhưng trong nghiên cứu của mình chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào

Vị trí

Y văn cho thấy các xoang bị ảnh hưởng thường nhất là xoang trán-sàng (60-96%), những xoang đơn như xoang sàng, xoang hàm và xoang bướm là rất ít [7], số liệu của chúng tôi ngược lại cho thấy số xoang đơn bị ảnh hưởng chiếm tỷ lệ cao hơn cụ thể xoang trán 14 ca (33%), xoang hàm 12 ca (28%), xoang trán-sàng chỉ chiếm 5 ca (11%).

Triệu chứng học

Nghiên cứu này cho thấy rất đa dạng tùy theo sự phát triển của u nhày chèn ép ảnh hưởng đến các cơ quan lân cận. Triệu chứng thường gặp nhất là cảm giác nặng hay đau đầu (100%) mặc dù đây không phải là triệu chứng điển hình. Viêm màng não mủ 1 ca.

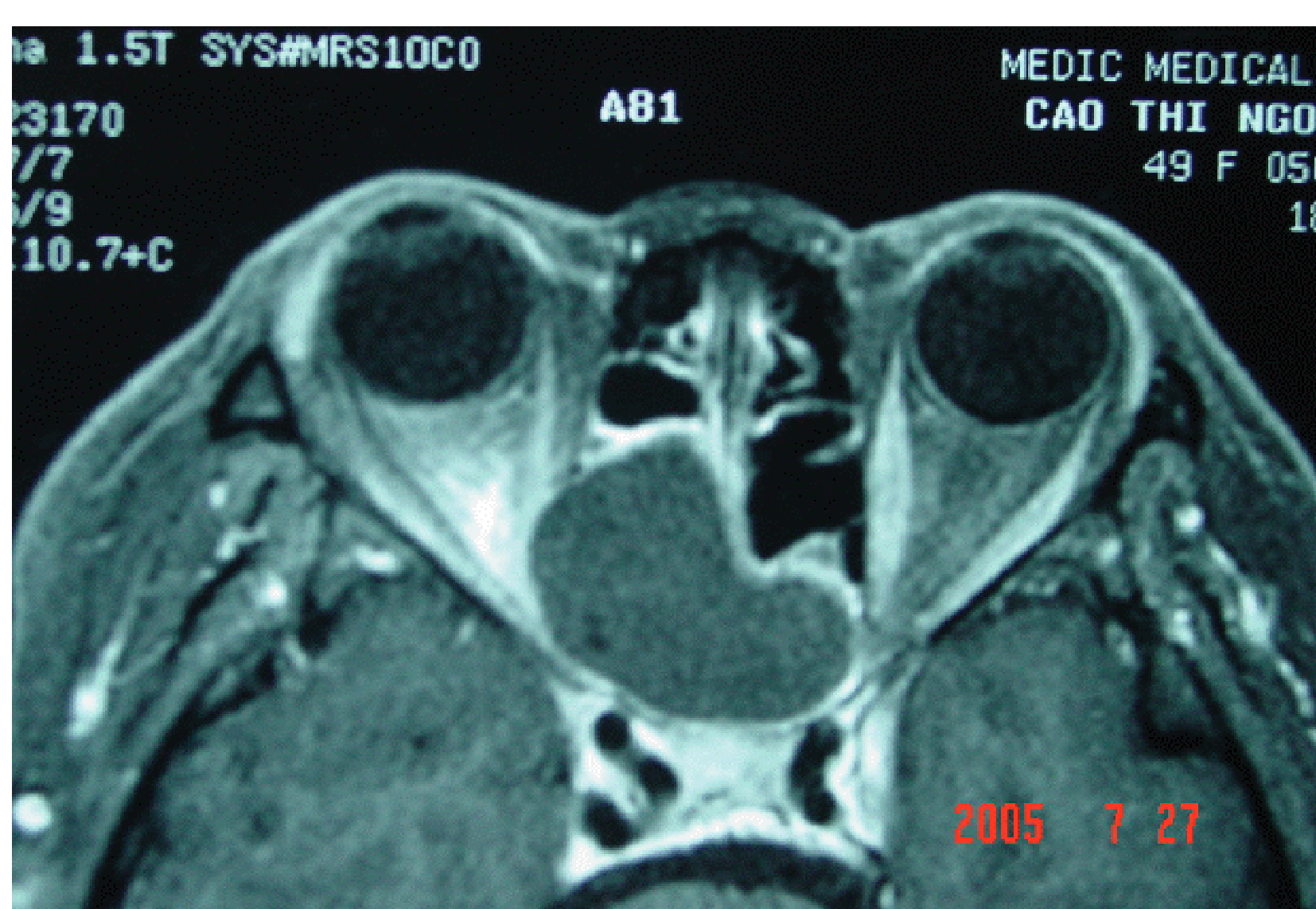
Vị trí của mắt bị ảnh hưởng rất nhiều và tùy theo phát triển của các u có liên quan đến phá hủy mảnh sàng hay sàn ổ mắt cụ thể u nhày xoang trán mắt sẽ bị đẩy ra ngoài và xuống dưới, u nhày của xoang sàng mắt sẽ bị đẩy ra trước và ra ngoài và nếu u nhày của xoang hàm sẽ làm phồng má và có thể đẩy lồi mắt hướng lên trên.

Những triệu chứng mắt trực tiếp (song thị) hay gián tiếp (phù nề) là 6 ca (14%). Dấu hiệu chèn ép thị thần kinh cấp tính 3 ca (7%). Những dấu hiệu kinh điển như đau của dây thần kinh V2 chúng tôi không gặp, nhưng các triệu chứng của viêm xoang như chảy mũi đục, nghẹt mũi, polype mũi, biến dạng tháp mũi thì thường gặp như đã thống kê ở trên.

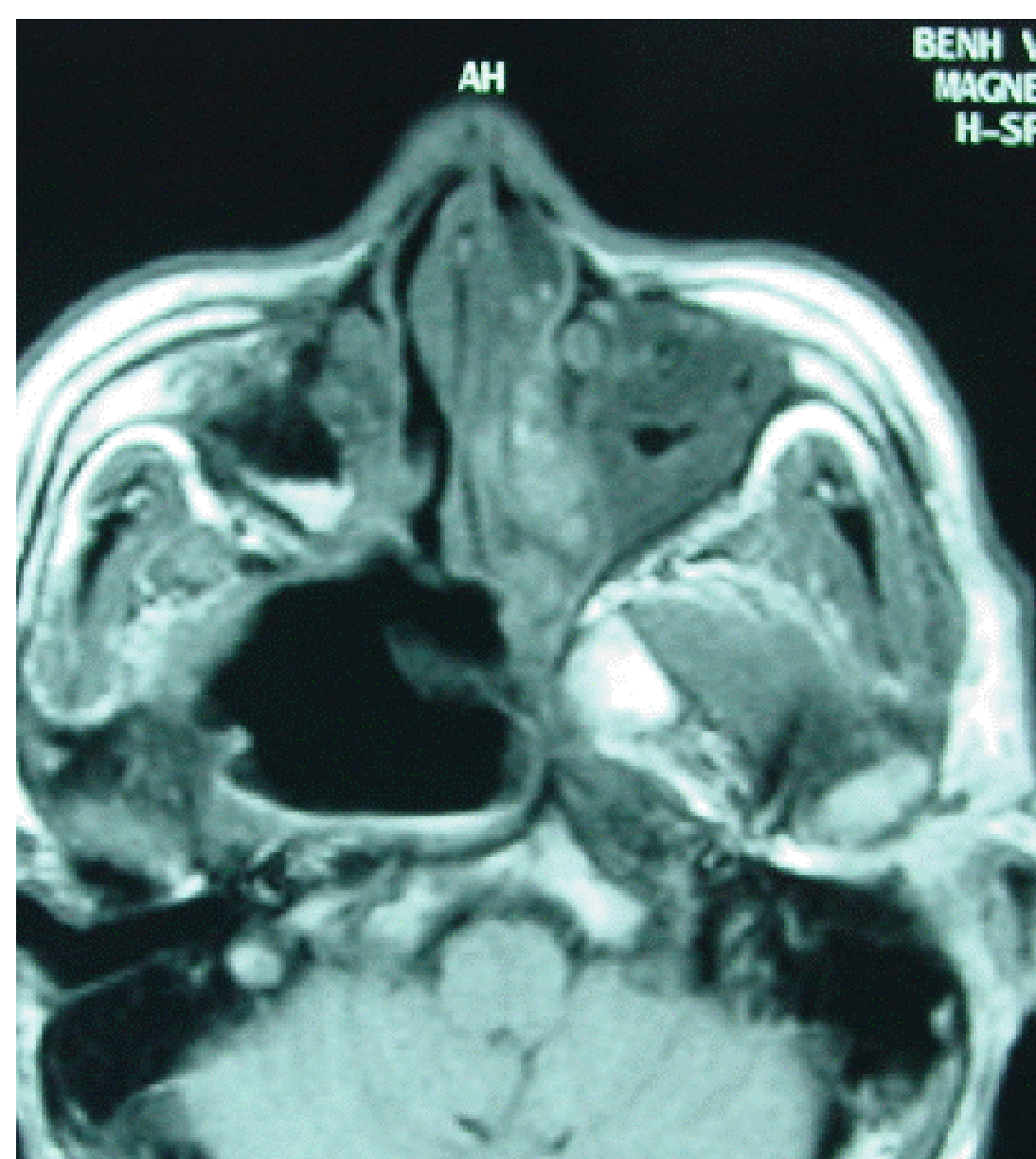
Hình ảnh học chẩn đoán

Hiện nay để chẩn đoán một trường hợp u nhày xoang thì gần như chỉ cần một phim Ct scan là đủ, tuy nhiên phim X quang thông thường vẫn có giá trị vì là chỉ định đầu tay và có giá trị định hướng khi thấy hình ảnh các xoang giãn nở to, thành của xương bị đẩy dẹp mỏng hay có những chỗ khuyết xương [8].

Để chẩn đoán bệnh trước mổ hầu hết bệnh nhân của chúng tôi đều được chụp CT Scan, hình ảnh ghi nhận khối mờ đồng nhất có viền mỏng, không có khí tùy theo hình dạng của xoang, đo đậm độ cho thấy chất chứa bên trong là chất nhày (10-18 HU) là đủ để chẩn đoán là một trường hợp của u nhày xoang. Nên chụp có cản quang khi không thể chụp được MRI hay khi nghi ngờ u xâm lấn vào trong não.



A



B

Hình 3: U nhày xoang bướm trước mổ (A) và sau mổ (B)

MRI chúng tôi thấy rất có giá trị khi cần phân biệt giữa u và các cấu trúc như màng não, não hay thị thần kinh hoặc trường hợp u nhày thứ phát sau một khối u não hay u mũi xoang. Theo Lanzieri 3 hình ảnh của MRI còn có giá trị đánh giá u nhày mới hình

thành hay đã có từ lâu tùy theo độ cản quang T1, T2: nếu u mới thì lượng protein ít sẽ cho dấu hiệu T1 yếu và dấu hiệu T2 mạnh và ngược lại trong trường hợp của những khối u đã hình thành từ lâu.

Điều trị

Điều trị đơn giản nếu kinh điển là phẫu thuật đường ngoài, tuy nhiên trong những năm gần đây phẫu thuật nội soi phát triển và được áp dụng nhiều vì hiệu quả, giảm được thời gian nằm viện cho bệnh nhân cũng như loại trừ các sẹo gây mất thẩm mỹ vùng mặt cho người bệnh [2,6,7].

Quan điểm của chúng tôi cho dù phẫu thuật nội soi hay mổ đường ngoài thì mục đích cũng là dẫn lưu u nhày sau đó không cần bịt kín lại cho dù màng não có bị bộc lộ, không cần bịt những chỗ hỏng khuyết xương do u chèn ép gây nên. Đối với u nhày các xoang nhày trán - sàng có thể thực hiện dễ dàng bằng nội soi vì chỉ cần mở xoang sàng sau đó dịch từ xoang trán cũng sẽ được dẫn lưu. Việc phẫu thuật nội soi xoang trán phức tạp hơn, một số tác giả [1,3,8] khuyên phẫu thuật u nhày xoang trán đơn thuần thì tốt nhất là nên đi đường ngoài hay kết hợp nội soi và khoan rộng lỗ thông trong những trường hợp tắc ống mũi trán, chúng tôi có 7 ca phải mổ đường ngoài kết hợp với nội soi vì vị trí u cao đồng thời găm rộng lỗ thông xuống sàng và vào hốc mũi nhưng không có trường hợp nào khoan ống mũi trán vì việc làm này có khả năng nguy hiểm gây ảnh hưởng xương thành sau của xoang trán hay rách màng não gây chảy dịch não tủy.

Phẫu thuật nội soi u nhày xoang hàm có tỷ lệ tái phát rất khác do điều trị bằng phẫu thuật FESS 6, 8,10. Chúng tôi thấy việc mở phức hợp mũi xoang trong những trường hợp thông thường đa phần dễ nhưng hậu phẫu quan trọng là phải chăm sóc lỗ mở thông sạch và thoáng vì cuốn mũi giữa vẫn còn và rất dễ bị dính sẽ là nguyên nhân của tái phát u nhày sau này. Nếu người bệnh đã có tiền căn phẫu thuật mũi xoang hay chấn thương thì phẫu thuật sẽ khó khăn phải kết hợp mở đường rãnh lợi môi (Calwell luc) cho an toàn,

U nhày ở xoang bướm là một chỉ định rất tốt cho phẫu thuật nội soi đặc biệt trong trường hợp có biến chứng mắt, tất cả các u nhày có liên quan xoang bướm đều được chúng tôi điều trị bằng phẫu thuật nội soi và cho kết quả tốt.

Việc cải thiện các triệu chứng của u nhày xoang rất ngoạn mục đặc biệt là những triệu chứng về viêm xoang và mắt, có 2 trường hợp bệnh nhân gần như mù đã sáng lại mắt sau khi được mổ u nhày xoang, vấn đề là khoảng thời gian từ lúc phát hiện các triệu chứng về mắt tới khi quyết định mổ phải rất nhanh chóng.

Trong nghiên cứu này có 1 ca tái phát do tình trạng viêm xoang polype sau khi mổ gây tắc lỗ thông mũi xoang, biến chứng thường được đề cập của phẫu thuật nội soi là tổn thương màng não gây dò chảy dịch não tủy chúng tôi chưa gặp trường hợp nào

KẾT LUẬN

U nhày của các xoang cạnh mũi là một bệnh lý do nhiều nguyên nhân gây nên nhưng chủ yếu là tình trạng viêm tắc các lỗ thông của xoang do viêm nhiễm hay do chấn thương. Hậu quả của việc không phát hiện sớm và điều trị thường dẫn đến những ảnh hưởng về thẩm mỹ và chức năng của một số cơ quan đặc biệt là mắt.

Việc chẩn đoán bệnh có thể thực hiện nhanh và dễ dàng dựa vào những dấu hiệu khám lâm sàng và đặc biệt là trợ giúp của hình ảnh CT Scan hay MRI.

Phẫu thuật điều trị u nhày xoang cạnh mũi căn bản là mở rộng dẫn lưu, phẫu thuật xoang nội soi hiện nay đang được là lựa chọn đầu tay trong những trường hợp u nhày của xoang hàm, sàng, trán sàng, tuy nhiên trong một số trường hợp đặc biệt là u nhày của xoang trán thì việc phẫu thuật sẽ có khó khăn cần kết hợp mổ bằng nội soi và đường ngoài đặc biệt những trường hợp sau chấn thương

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Façon F; Nicollas R; Paris J; Dssi P
La Chirurgie des mucocèles sinusiennes: Notre expériences a propose de 52 ca suivi a moyen terme
Revue Laryngologie Otologie Rhinologie N3 – 2008; 167 – 173p
2. Kennedy DW; Josephson J; Jinreich S
Endoscopic sinus surgery for mucocèle: A viable

Alterntive

- Laryngoscope; 1989; 99: 885 - 895p.
- 3 Lanzieri C; Shah M; Krauss D; Laveru P
Use of Galidonium – Enhanced MR imaging for differentiating mucocèles from neoplasms in the paranasal sinuses.
Radiology. 1991; 178: 425 - 8.
4. Nathan B. Sautter, Martin J. Citardi, Julian Perry and Pete S. Batra
Paranasal sinus mucocèles with skull-base and/or orbital erosion: Is the endoscopic approach sufficient?
Otolaryngology Head and Neck surgery; Vol 139; October 2008, 570 – 574p
5. PortMann M; Jean-Marc Sterker ; Anthony Richart
Rhino – Otological – Microsurgery of the Skull base
Churchill Livingstone 46-47, 103,158,159 p.
6. Serrano E; Klossek JM; Percodani J; Yardeni E; Dufour X.
Surgical management of paranasal sinus mucocèles: A longterms study of 60 cases
Otolaryngol. Head Neck Surg 2004; 131: 133-40.
7. Stoll D; Chambrin H; Dumon T.
Treatment chirurgical par voie endonasale des mucocèles. Indication, techniques, resultats
J F ORL 1994;43: 321-4.
8. Stammberger.
Functional Endoscopic Sinus Surgery – Mucocèles
BC Decker – Philadelphia 1991 ; 365 – 462p.