

# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, NỘI SOI, CẮT LỚP VI TÍNH, MÔ BỆNH HỌC VÀ PHÂN TÍCH CÁC PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT NỘI SOI U NHÚ MŨI XOANG

VŨ TRUNG LƯƠNG, NGUYỄN VĂN TÂM  
Khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện Bạch Mai

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi u nhú mũi xoang. **Đối tượng:** 20 bệnh nhân được chẩn đoán là u nhú mũi xoang và được phẫu thuật nội soi lấy u. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả từng ca có can thiệp. **Kết quả và kết luận:** Có 20 bệnh nhân, độ tuổi hay gặp nhất 41-60 tuổi (80%), tỷ lệ nam/nữ: 1,85/1. Dấu hiệu chủ yếu ở một bên mũi với biểu hiện ngạt mũi một bên tăng dần(80%), chảy mũi nhầy mủ (60%), chảy máu mũi một bên số lượng (15%). Khám có u một bên hốc mũi (95%), hình thái điển hình(85%), giống polyp(15%). Chấn bầm u từ khe giữa 50%, từ cuốn mũi giữa 25%, xoang hàm 25%. Có 30% u giai đoạn I, 45% u giai đoạn II, 25% u giai đoạn III theo Krouse. Mô bệnh học sau phẫu thuật chủ yếu u nhú đảo ngược (75%), 15% u nhú thường, 5% u nhú tế bào lớn ưa axit, 5% u nhú đảo ngược và một phần ung thư hoá. Tất cả được phẫu thuật nội soi lấy u. Kết quả sau mổ tốt. Tỷ lệ tái phát sau mổ 2 năm theo dõi là 5%. **Kết luận:** U nhú biểu hiện triệu chứng một bên mũi. Nội soi và chụp cắt lớp giúp chẩn đoán và xây dựng phương pháp phẫu thuật. Phẫu thuật nội soi là biện pháp điều trị hiệu quả, ít biến chứng.

**Từ khoá:** u nhú mũi xoang, phẫu thuật nội soi.

## SUMMARY

**Objectives:** 1. To study clinical, endoscopic sinonasal, histopathology, CT scanner of sinonasal papillomas. 2. Analysis on result of endoscopic treatment of sinonasal papillomas. **Patients and methods:** Descriptive case study. **Result and conclusion:** 1- clinical features, subclinical; - It is generally a disease of middle adulthood: 41-60 (80%), The ratio of male to female prevalence: 1.85/1, - Main symptoms: unilateral nasal obstruction 80%, Nasal discharge: 60%, Recurrent epistaxis: 15%, - Endoscopic examination: specific lesion 85%, liked polyp 15%, unilateral: 95%, Origin of tumor: 11/21 nasal cavity middle wall of sinus, 5/21 nasal cavity middle turbinate. **Histopathological types of sinonasal papillomas:** 75% inverted papillomas, 15% exophytic, 5% onocytic, 5% inverted papilloma and cancer. **CT scanner:** opacification of nasal cavity: 45%, Maxillary sinus: 40%, Anterior ethmoid sinus: 20%, Posterior ethmoid sinus: 25%. 2- Result of endoscopic treatment of sinonasal papillomas: segment sequent endoscopic surgery: T1, T2, T3 endoscopic surgery and combination of endoscopic surgery and Caldwell-luc procedure, T4 lateral

rhinotomy. **Good result of endoscopic removal of sinonasal papillomas: 100%, Endoscopic surgery of sinonasal papillomas is safe and few complication. There is no recurrent in 2-12 months follow-up.**

**Keywords:** sinonasal papillomas; endoscopic.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

U nhú mũi xoang (UNMX) là khối u lành tính có nguồn gốc từ biểu mô niêm mạc mũi xoang, ước tính chiếm khoảng 3-5% các khối u mũi xoang [3], [7]. Trên lâm sàng, biểu hiện các triệu chứng ở một bên mũi như ngạt mũi, chảy mũi, giảm hoặc mất khứu giác... các triệu chứng này dễ nhầm với các bệnh lý mũi xoang khác như viêm mũi xoang, ung thư mũi xoang... U nhú mũi xoang là một loại u lành tính nhưng lại có đặc điểm xâm lấn, ăn mòn các cấu trúc xung quanh như hốc mắt, nền sọ và đặc biệt có thể tiến triển thành ung thư. Do vậy việc chẩn đoán và điều trị sớm là hết sức cần thiết. Phương pháp điều trị bệnh chủ yếu là phẫu thuật. Do đặc điểm hay tái phát nên yêu cầu phải lấy triệt để khối u. Trước kia thường tiến hành theo đường rạch ngoài như mở cạnh mũi, Caldwell luc... Điều này đã làm ảnh hưởng rất lớn đến chức năng sinh lý và thẩm mỹ. Ngày nay phẫu thuật nội soi đã làm thay đổi quan điểm điều trị UNMX. Với đường mổ nội soi trong mũi phẫu thuật viên có thể quan sát, kiểm soát lấy hết khối u; đặc biệt u ở vị trí sâu và khó. Đây là phương pháp can thiệp tối thiểu và đảm bảo chức năng sinh lý mũi xoang. Hiện nay tại Việt Nam phẫu thuật nội soi đã được áp dụng trong điều trị UNMX, tuy nhiên cách thức tiến hành lại giống với mổ nội soi chức năng mũi xoang trong điều trị viêm mũi xoang mạn tính. Điều này dẫn đến khả năng kiểm soát bệnh tích thấp và tỷ lệ tái phát cao. Do vậy đề tài tiến hành nhằm:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của u nhú mũi xoang.

2. Đánh giá kết quả phẫu thuật u nhú mũi xoang.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**1. Đối tượng nghiên cứu:** Là 20 bệnh nhân chẩn đoán là u nhú mũi xoang được phẫu thuật tại khoa Tai Mũi Họng Bệnh Viện Bạch Mai từ 12/2010 đến 12/2012.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Hồ sơ bệnh án đầy đủ, có kết quả khám nội soi mũi xoang, chụp cắt lớp vi tính (CLVT) mũi xoang đúng tiêu chuẩn, được phẫu thuật và có kết quả mô bệnh học là u nhú mũi xoang.

**2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả từng trường hợp có can thiệp.

- Các tiêu chí nghiên cứu. Tuổi, giới, triệu chứng cơ

năng, hình ảnh nội soi, CLVT, phân giai đoạn khối u theo Krouse, các phương pháp phẫu thuật và kết quả.

## KẾT QUẢ

**1. Phân bố theo tuổi và giới:** Tổng số có 20 bệnh nhân, nhỏ nhất là 17 tuổi, lớn nhất là 69 tuổi. Nhóm 41-60 tuổi chiếm tỉ lệ 80%. Tỷ lệ nam/nữ là 1,85/1.

### 2. Phân bố bên tổn thương

Bảng 1. Phân bố bên tổn thương

Bên tổn thương	Số ca (n)	Tỷ lệ (%)
Một bên hốc mũi	19	95
Hai bên hốc mũi	1	5
Tổng số (N)	20	100

Nhận xét: Khối u chủ yếu ở một bên hốc mũi (95%).

### 3. Triệu chứng cơ năng

Bảng 2. Triệu chứng cơ năng (N= 20)

Triệu chứng cơ năng	Số ca (n)	Tỷ lệ (%)
Ngạt mũi một bên	16	80
Chảy mũi nhầy, mủ	13	65
Chảy máu mũi	3	15
Giảm, mất ngủ	1	5
Đau, nhức vùng mặt	12	60
Dấu hiệu về mắt	0	0

Nhận xét. Trên một bệnh nhân có thể có nhiều triệu chứng. Ngạt mũi một bên tăng dần là triệu chứng hay gặp nhất (80%). Chảy mũi nhầy, mủ một bên chiếm 65% và đau nhức vùng mặt 60%. Có 15% chảy máu mũi. Giảm, mất ngủ (5%) khối u ở cả 2 bên hốc mũi.

### 4. Hình thái u qua nội soi mũi xoang

Bảng 3. Hình thái u qua nội soi mũi xoang

Hình thái u	Số ca (n)	Tỷ lệ (%)
Điển hình	17	85
Không điển hình	3	15
Tổng số (N)	20	100

Nhận xét: Tổn thương hình thái điển hình là dạng chum nhỏ nhọt màu hay hình quả dâu sẫm màu hay gặp nhất (85%), tổn thương không điển hình (giống polyp) chiếm 15%.

### 5. Vị trí chân bám khối u xác định qua nội soi

Bảng 4. Vị trí chân bám khối u nhú mũi xoang.

Vị trí chân bám	Số ca (n)	Tỷ lệ (%)
Vách ngăn	1	5
Cuốn mũi trên	1	5
Cuốn mũi giữa	5	25
Cuốn mũi dưới	1	5
Khe giữa	10	50
Các thành xoang hàm	5	25
Ngách bướm sàng	1	5

Nhận xét: Chân bám khối u chủ yếu là khe giữa (50%). Sau đó là các cuốn mũi (chủ yếu ở cuốn mũi giữa) và các thành xoang hàm.

### 6. Vị trí tổn thương trên phim CLVT

Bảng 5. Vị trí tổn thương trên phim CLVT.

Vị trí tổn thương	Số ca (n)	Tỷ lệ (%)
Hốc mũi đơn thuần	9	45
Xoang hàm	8	40
Xoang sàng trước	4	20
Xoang sàng sau	5	25
Xoang bướm	1	5

Xoang trán	2	10
Vòm mũi họng	2	10
Xâm lấn hốc mắt	0	0
Xâm lấn nội sọ	0	0

Nhận xét: Hình ảnh tổn thương chủ yếu là ở hốc mũi đơn thuần 45%, xoang hàm 40%, xoang sàng trước 20% và sàng sau 25%. Không gặp trường hợp nào xâm lấn vào nội sọ.

### 7. Phân giai đoạn u nhú mũi xoang theo Krouse

Bảng 6. Phân giai đoạn khối u theo Krouse

Giai đoạn	Số ca (n)	Tỷ lệ (%)
Krouse I	6	30
Krouse II	9	45
Krouse III	5	25
Krouse IV	0	0
Tổng số (N)	20	100

Nhận xét: Khối u ở giai đoạn II chiếm tỷ lệ cao nhất: 9/20 BN (45%). Sau đó là giai đoạn I (30%) và giai đoạn III (25%). Không có trường hợp nào ở giai đoạn IV.

### 8. Phương pháp phẫu thuật được áp dụng

Bảng 7. Phương pháp phẫu thuật

Giai đoạn	Phương pháp	Số ca (n)	Tỷ lệ (%)
Krouse I	Lấy u + phần niêm mạc xung quang	6	30
Krouse II	Lấy u + mở rộng lỗ thông xoang hàm + mở xoang sàng + mở ngách trán	9	45
Krouse III	Lấy u + mở tất cả các xoang + cắt phần giữa xoang hàm	5	25
Tổng số (N)		20	100

Nhận xét: Phẫu thuật loại II được thực hiện nhiều nhất (45%). Có 25% được thực hiện phẫu thuật loại III với cắt phần giữa xoang hàm.

### 9. Kết quả, biến chứng và tái phát sau phẫu thuật

Chảy máu mũi có 1 bệnh nhân (5%), sẹo dính có 2 bệnh nhân (10%). Hầu hết các trường hợp hốc mũi sạch, niêm mạc phục hồi tốt. Bệnh nhân được theo dõi ngắn nhất là 6 tháng và dài nhất là 24 tháng. Có 1 bệnh nhân (5%) phát hiện u nhú sau 24 tháng.

## BÀN LUẬN

### 1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Về tuổi và giới. Kết quả nghiên cứu cho thấy u nhú mũi xoang gặp chủ yếu ở lứa tuổi 41-60 tuổi chiếm tỷ lệ 80%. Trường hợp nhỏ tuổi nhất là 17 tuổi và cao nhất là 69 tuổi. Nam giới gặp nhiều hơn nữ giới theo tỷ lệ 1,85/1. Kết quả về tuổi và giới trong nghiên cứu này cũng phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả trong nước như Nghiêm Thu Hà [1], Nguyễn Quang Trung [2] và các tác giả nước ngoài [3], [7]. Như vậy u nhú mũi xoang hay gặp lứa tuổi trung niên, nam gặp nhiều hơn nữ và hiếm gặp ở trẻ em.

Về triệu chứng cơ năng. U nhú mũi xoang thường xuất phát từ vách mũi xoang sau đó lan ra hốc mũi. Khối u có thể chiếm một phần hoặc toàn bộ hốc mũi. Trên lâm sàng biểu hiện ngạt mũi từ từ, một bên tăng dần cho đến khi tắc mũi hoàn toàn. Trong nghiên cứu này kết quả ở bảng 1 cho thấy ngạt mũi là triệu chứng

hay gặp chiếm tỷ lệ 80% sau đó là chảy mũi nhày hoặc mủ một bên (65%). Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu của Nguyễn Quang Trung [2] và Lane [7]. Hai triệu chứng này thường xuất hiện cùng nhau vì khối u làm bít lấp các lỗ dẫn lưu của xoang, từ đó gây nên viêm xoang. Các triệu chứng khác cũng hay gặp như đau nhức vùng mặt chiếm tỷ lệ 60%. Khi khối u to lấp đầy hốc mũi và vùng khe khứu gây nên triệu chứng giảm ngủ hoặc mất ngủ. Qua khai thác chỉ có một bệnh nhân (5%) thấy có dấu hiệu này. Có 3 bệnh nhân (15%) có dấu hiệu chảy máu mũi thường lẫn dịch nhày. Chảy máu mũi thường ở mức độ nhẹ, ít và tự cầm. Đây là triệu chứng dễ gây nhầm lẫn chẩn đoán với các nguyên nhân khác như ung thư mũi xoang, u xơ hoặc ung thư vòm mũi họng... Trong nghiên cứu này không có trường hợp nào có các biểu hiện ở mắt nhìn mờ, nhìn đôi, sụp mí... có lẽ do số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu này còn ít nên không gặp các dấu hiệu này.

- Phân bố u bên hốc mũi và hình thái khối u qua nội soi. Kết quả bảng 2 cho thấy có 19/20 bệnh nhân (95%) khối u ở một bên hốc mũi. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu của Han [3], Krouse [6]: u nhú mũi xoang chủ yếu ở một bên hốc mũi. Tổn thương cả 2 bên là rất hiếm gặp. Kết quả nội soi (bảng 3) cho thấy khối u nhú có hình thái điển hình gặp nhiều nhất (85%). Khối u nhú dạng chùm nho nhợt màu hoặc quả dâu sẫm màu. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu của Nghiêm Thu Hà (5%) [1], Nguyễn Quang Trung (88.6%) [2]. Có 3/20 bệnh nhân có tổn thương không điển hình. Khi nội soi được chẩn đoán là polyp mũi một bên, sau khi sinh thiết kết quả là u nhú mũi xoang. Như vậy tất cả các trường hợp có tổn thương polyp hoặc dạng polyp một bên cần tiến hành sinh thiết để chẩn đoán xác định tránh bỏ sót u nhú mũi xoang. Việc chẩn đoán chân bám khối u là rất quan trọng vì ngoài cắt hết khối u thì chân bám cũng cần được lấy rộng rãi. Sử dụng nội soi trước và trong mổ để xác định chân bám. Kết quả bảng 3.4 cho thấy: chân bám ở khe giữa gặp nhiều nhất 25%. Các vị trí khác như cuốn mũi trên, dưới, vách bướm sàng, vách ngăn ít gặp. Kết quả của nghiên cứu này cũng phù hợp với các nghiên cứu [2], [5]: vị trí xuất phát của u nhú mũi xoang thường ở vách mũi xoang sau đó lan ra hốc mũi hoặc vào các xoang.

- Vị trí tổn thương qua CLVT. Kết quả chụp CLVT ở bảng 5 cho thấy khối u ở hốc mũi chiếm tỷ lệ cao nhất (45%), sau đó là xoang hàm (40%), xoang sàng trước (20%), xoang sàng sau (25%). Các vị trí khác ít gặp như xoang bướm (5%), xoang trán (10%) và vòm mũi họng (10%). Đặc biệt trong nghiên cứu này không gặp trường hợp nào khối u xâm lấn nội sọ và hốc mắt. Chụp CLVT giúp đánh giá độ lan rộng của khối u, các cấu trúc xung quanh mũi xoang như hốc mắt, nội sọ, hố dưới thái dương... từ đó giúp lập kế hoạch điều trị. Ngoài ra thông qua hình ảnh CLVT như hình ảnh tăng sinh xương, chồi xương... từ đó có thể giúp định hướng vị trí xuất phát của u.

- Phân giai đoạn u. Hiện nay có rất nhiều tác giả đưa ra các phân loại khác nhau. Kamel [4] phân giai

đoạn dựa vào vị trí chân bám khối u có ở trong xoang hàm hay không. Phân loại của Krouse [5] được các phẫu thuật viên áp dụng nhiều nhất vì vừa đánh giá tiến triển, mức độ lan rộng của khối u và tổn thương ác tính phối hợp. Trong nghiên cứu này chúng tôi áp dụng theo phân loại Krouse. Dựa vào kết quả nội soi, CLVT và mô bệnh học để phân giai đoạn khối u. Kết quả bảng 6 cho thấy khối u ở giai đoạn II chiếm tỷ lệ cao nhất (45%) sau đó là giai đoạn I (30%) và giai đoạn III chỉ gặp 25%. Chúng tôi không gặp trường hợp nào ở giai đoạn IV khi khối u đã xâm lấn ra ngoài mũi xoang hoặc có tổn thương ác tính. Có lẽ do số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu này chưa đủ lớn. Dựa vào giai đoạn của khối u để đề xuất cách thức phẫu thuật thích hợp cho từng bệnh nhân.

## 2. Kết quả phẫu thuật u nhú mũi xoang

- Các kỹ thuật áp dụng. Trước kia khi chưa có nội soi, phẫu thuật u nhú mũi xoang chủ yếu qua đường ngoài như mổ cánh mũi, Caldwell-Luc, hay Rouge-Denker... các phẫu thuật kinh điển này đã bộc lộ những nhược điểm như để lại sẹo xấu ảnh hưởng thẩm mỹ, khó xử lý khối u ở vị trí sâu. Ngày nay xu hướng phẫu thuật nội soi đã được phổ biến và áp dụng rộng rãi trên thế giới do những ưu điểm như không ảnh hưởng đến thẩm mỹ, hạn chế mất máu, bảo tồn được các chức năng sinh lý mũi xoang... [3][4][7]. Với nguyên tắc lấy hết khối u và chân bám, mở rộng các xoang; điều này giúp xử lý triệt để khối u đồng thời có thể dễ dàng theo dõi, đánh giá tái phát khối u sau này. Trong nghiên cứu này (bảng 3.7) chúng tôi thực hiện lấy u và phần niêm mạc xung quanh khi tổn thương ở giai đoạn I (30%). Lưu ý khi khối u ở vách ngăn thì không nên lấy màng sụn vì có thể gây thủng vách ngăn sau này. Khi khối u ở giai đoạn II chúng tôi tiến hành lấy u, mở rộng lỗ thông xoang hàm, mở xoang sàng và mở vách ngăn. Khi khối u ở giai đoạn III thực hiện lấy u, mở rộng rãi tất cả các xoang và cắt phần giữa xoang hàm để lấy khối u ở các vị trí như thành ngoài, thành bên, thành dưới xoang hàm (25%). Mục đích của phẫu thuật này nhằm tạo ra một hốc mở rộng rãi, thông với hốc mũi để có thể lấy hết khối u cũng như nội soi kiểm tra tái phát sau này. Trong một số trường hợp có thể kết hợp nội soi với đường ngoài như rạch rãnh lợi môi để xử lý khối u ở mặt trước xoang hàm hay đường Jacques để xử lý khối u trong xoang trán.

- Biến chứng và kết quả bước đầu. Trong nghiên cứu này chúng tôi gặp một bệnh nhân có biến chứng chảy máu khi thực hiện cắt phần giữa xoang hàm do tổn thương động mạch bướm khẩu cái. Đã tiến hành động điện động mạch bướm khẩu cái và kết quả không còn chảy máu. Qua thời gian theo dõi ngắn nhất là 6 tháng và dài nhất là 24 tháng chúng tôi thấy hầu hết các trường hợp hốc mũi khô sạch, niêm mạc phục hồi tốt. Có 2 bệnh nhân có di chứng sẹo dính trong hốc mũi (10%). Có một bệnh nhân (5%) phát hiện thấy tái phát khối u nhú. Nghiên cứu của các tác giả như Nguyễn Quang Trung [2] tỷ lệ tái phát là 14,5%. Tỷ lệ tái phát trong nghiên cứu này thấp hơn các tác giả khác. Tuy nhiên để đưa ra tỷ lệ chính xác đòi hỏi thời gian theo dõi dài hơn nữa.

## KẾT LUẬN

- Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng. U nhú mũi xoang gặp chủ yếu ở lứa tuổi trung niên 41-60 tuổi (80%), nam gặp nhiều hơn nữ giới. các triệu chứng ở một bên mũi như: Ngạt mũi tăng dần (80), chảy mũi (65%) và đau nhức vùng mặt (60%) Kết quả nội soi: hầu hết khối u ở 1 bên hốc mũi (95%) với hình thái điển hình (85%). Vị trí chân bám khối u chủ yếu ở khe giữa, cuốn mũi giữa và xoang hàm.

- Kết quả phẫu thuật. Với nguyên tắc lấy triệt để khối u và chân bám, mở rộng rãi các xoang, hầu hết các trường hợp đạt kết quả tốt sau mổ. Tỷ lệ tái phát sau 2 năm là 5%. Việc tái khám kiểm tra định kỳ là hết sức cần thiết để có thể đánh giá chính xác tỷ lệ tái phát khối u.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nghiêm Thị Thu Hà (2009) “Bước đầu đánh giá kết quả điều trị u nhú mũi xoang bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương”, Luận văn bác

sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội. 1-93

2. Nguyễn Quang Trung (2012) “Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị u nhú mũi xoang”, tạp chí Y học Việt Nam, tập 392, 52-57.

3. Han JK, Smith TL, LoehrL T, et al. An evolution in the management of sinonasal inverting papilloma. Laryngoscope 111:1395-1400, 2001.

4. Kamel RH. Transnasal endoscopic medial maxillectomy in inverted papilloma. Laryngoscope 105:847-853, 1995.

5. Krouse JH. Endoscopic treatment of inverted papilloma: safety and efficacy. Am J Otolaryngol 22:87-99, 2001.

6. Krouse JH. Development of a staging system for inverted papilloma. Laryngoscope 110:965, 2000.

7. Lane AP, and Bolger WE. Endoscopic management of inverted papilloma. Curr opin Otolaryngol Head Neck Surg 14:14-18, 2006.