VIÊM TAI XƯƠNG CHŨM MẠN TÍNH CHOLESTEATOMA

1. ĐỊNH NGHĨA

Cholesteatoma là sự vùi vào trong của biểu bì thành dạng túi ở tai giữa hoặc xương chum.

Cholesteatoma bao gồm biểu bì bị tróc vảy, chủ yếu là keratin, hình thành từ lớp biểu mô Malpighi sừng hoá. Tổ chức này có thể ở dạng túi nang ranh giới rõ hoặc phân nhánh từ thông bào này sang thông bào khác trong xương đá.

Có hai dạng cholesteatoma: bẩm sinh và mắc phải. Cholesteatoma trong bệnh cảnh viêm tai xương chũm mạn tính là dạng mắc phải.

Có đặc tính phát triển, ăn mòn, phá hủy các thành phần của tai giữa và các cấu trúc lân cận nhanh và mạnh nên làm suy giảm sức nghe rõ rệt và dễ đưa tới biến chứng.

2. NGUYÊN NHÂN

Sinh bệnh học của cholesteatoma được cho rằng hình thành theo bốn giả thuyết sau:

1. Sự cuộn vào trong của màng nhĩ (túi co lõm cholesteatoma).
2. Sự tăng sản của tế bào đáy.
3. Sự phát triển vào trong của biểu bì qua lỗ thủng màng nhĩ (thuyết di cư).
4. Tình trạng dị sản của tế bào vảy từ biểu mô tai giữa.

Đa số các nhà nghiên cứu thừa nhận thuyết hình thành khối cholesteatoma là do quá trình di cư của lớp biểu bì ống tai và màng nhĩ vào trong hòm nhĩ qua lỗ thủng hay túi co kéo hình thành trong quá trình viêm tai.

Khối cholesteatoma phát triển như một khối dạng túi, bên ngoài là một lớp màng với túi biểu mô có khả năng chế tiết các men gây ra hiện tượng ăn mòn và phá hủy xương xung quanh và một lớp

màng đáy có màu sáng óng ánh. Bên trong là một khối mềm, trắng như bã đậu bao gồm các tế bào biểu mô lẫn với các tế bào mỡ và các tinh thể cholesterin.

Ban đầu khối cholesteatoma thường có kích thước nhỏ, có hình ảnh dạng túi. Khi phát triển, khối này vỡ ra dưới áp lực của các thành phần bên trong và bị nhiễm trùng khiến có biểu hiện xuất tiết ra ngoài chất bẩn lổn nhổn như chất bã đậu và có mùi thối khắm.

3. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng.

3.1. Lâm sàng

3.1.1. Toàn thân

- Thường không có gì thay đổi, có thể thỉnh thoảng nhức đầu.
- Nếu có đợt hồi viêm thì có hội chứng nhiễm trùng: sốt cao, môi khô, lưỡi dơ...

3.1.2. Cơ năng

- Đau tai:
  + Trong viêm tai xương chũm mạn tính có cholesteatoma thường không có đau tai, bệnh nhân chỉ có cảm giác nặng hay nhức đầu.
  + Nếu mủ tích lại ở giai đoạn hồi viêm: bệnh nhân có nhức đầu.
  + Triệu chứng đau nhức có giá trị báo hiệu nhất là khi có kèm theo chóng mặt, mất thăng bằng.
- Nghe kém:
  + Là triệu chứng luôn luôn có.
  + Rõ rệt cả trong trường hợp lỗ thủng nhỏ.
  + Ngày càng tăng khi bệnh kéo dài.
  + Lúc đầu nghe kém dẫn truyền sau nghe kém hỗn hợp.
  + Thường kèm theo ù tai.
- Chảy mủ tai: có thể chảy nhiều hoặc ít nhưng bao giờ cũng có mùi thối khắm.

4.1.3. Thực thể

- Có trường hợp không có phản ứng đau vùng chũm.
- Khám tai: Mủ tai
  + Mủ thối khẳm.
  + Lổn nhổn, trắng như bã đậu.
  + Có các mảnh trắng, sáng óng ánh như xà cừ, khi thả vào nước không tan, nổi váng óng ánh như váng mỡ, thả vào dung dịch aldehyt acetic sẽ biến thành màu xanh.
- Soi tai: Lỗ thủng màng nhĩ
  + Thủng góc sau trên hoặc lỗ thủng nhỏ ở màng chùng, tường thượng nhĩ và thành sau ống tai xương có thể bị ăn mòn, bộc lộ đầu xương búa, xương đe, khớp đe đạp, xương bàn đạp. Miệng lỗ thủng thường có biểu bì ứ đọng, lấy sạch biểu bì thấy niêm mạc đáy viêm sùi tạo mô hạt. Đôi khi có polyp ở thượng nhĩ hoặc góc sau trên che khuất lỗ thủng.
  + Thủng rộng ở màng căng hoặc toàn bộ.
    - Bờ lỗ thủng sát khung xương, nham nhở.
    - Đáy có lớp màng trắng óng ánh.
    - Niêm mạc hòm nhĩ dày sùi thành tổ chức hạt, có mủ.
  + Tìm dấu hiệu dò mê nhĩ: gây áp lực ở ống tai ngoài gây chóng mặt hoặc động mắt.

4.2. Cận lâm sàng

4.2.1. Chụp cắt lớp vi tính xương thái dương

- Tư thế coronal: đánh giá tổn thương từ trước ra sau.
- Tư thế axial: đánh giá tổn thương từ trên xuống dưới.

* Phim CT Scaner: Hình ảnh mất tường thượng nhĩ, sào bào mở rộng trong chứa đầy tổ chức viêm, tổn thương cống Fallope, ống bán khuyên, trần sào bào, tiêu huỷ xương con.

4.2.2. Đo thính lực

- Nghe kém dẫn truyền:Weber nghiêng về bên bệnh, Rinne (-).

- Đo thính lực đơn âm tại ngưỡng thấy nghe kém dẫn truyền nặng hoặc hỗn hợp thiên về dẫn truyền (đường khí mất 40 – 50 dB, ngưỡng nghe đường xương giảm ở các tần số cao). Trong một số trường hợp, mặc dù có gián đoạn xương con, thính lực không giảm nhiều do tổ chức cholestearoma tạo cầu nối để đảm bảo sự liên tục của chuỗi xương con.

4.2.3. Soi mảnh biểu bì nhuộm Procarmin dưới kính hiển vi: phát hiện cấu trúc màng mái.

4.2.4. Phản ứng hóa học với Aldehyt acetic: chuyển màu xanh.

5. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng

- Cholesteatoma khu trú ở thượng nhĩ nguy hiểm hơn.
- Tính chất cholesteatoma: thể ướt lan nhanh hơn, nguy hiểm hơn thể khô.
- Bệnh không thể tự khỏi, nếu không xử trí kịp thời có thể gây biến chứng nguy hiểm.

5.2. Biến chứng

- Sự lan rộng cholesteatoma có thể gây huỷ xương con, bao tai, cống fallop, trần thượng nhĩ.
- Biến chứng huỷ xương thường nhất ở xương đe gây nghe kém dẫn truyền.
- Biến chứng huỷ bao tai thường gặp nhất ở ống bán khuyên bên, hiếm khi gây huỷ ốc tai.
- Biến chứng dò mê nhĩ có thể gây nghe kém tiếp nhận và chóng mặt.
- Biến chứng liệt dây thần kinh mặt có thể do tình trạng nhiễm trùng lan rộng hoặc do cholesteatoma tiến triển gây huỷ cống Fallop.
- Biến chứng huỷ trần thượng nhĩ có thể làm thoát vị não hay chảy dịch não tuỷ.

6. ĐIỀU TRỊ

Cholesteatoma phá hủy xương nhanh và mạnh, dễ đưa đến các biến chứng, giảm sức nghe rõ rệt, nên việc điều trị ngoại khoa là chính, điều trị nội khoa là hỗ trợ. Tất cả các bệnh nhân có viêm tai xương chũm mạn tính có cholesteatoma đều phải được thăm khám thường xuyên và lâu dài.

Lựa chọn phẫu thuật dựa vào mức độ lan rộng của bệnh tích, biến chứng kèm theo, sự khí hoá của xương chũm, chức năng vòi nhĩ, thính lực của hai bên tai, khả năng của bệnh nhân và kinh nghiệm của phẫu thuật viên.

6.1. Phẫu thuật

6.1.1. Mục đích

- Lấy sạch bệnh tích.
- Giữ khô hốc mổ.
- Bảo tồn tối đa các cấu trúc tham gia hệ truyền âm của tai.
- Ngăn ngừa và điều trị các biến chứng nếu có.
- Phòng tái phát.

6.1.2. Phương pháp thường áp dụng

Trường hợp túi cholesteatoma khu trú ở thượng nhĩ hoặc lan vào sào đạo nhưng chưa vào sào bào hoặc xuống trung nhĩ có thể nội soi bóc tách Cholesteatoma.

Bên cạnh các phẫu thuật trên có thể kết hợp chỉnh hình tai giữa tái tạo màng nhĩ hoặc chuỗi xương con một thì hoặc hai thì.

Các phương pháp mổ:

- Mở thượng nhĩ.
- Phẫu thuật xương chũm đơn thuần.
- Mở sào bào thượng nhĩ.
- Tiệt căn xương chũm.
- Tiệt căn xương chũm cải biên.

❖ Tiêu chuẩn hố mổ tiệt căn:

- Hạ thấp tường dây VII đảm bảo đáy sào bào cao hơn sàn ống tai.

- Chỉnh hình cửa tai đủ rộng đảm bảo tỉ lệ Va/S.
- Đảm bảo chức năng vòi nhĩ, lót hố mổ bằng cân cơ tránh chảy dịch về sau.
- Thu hẹp diện tích hố mổ.

❖ Phẫu thuật tiệt căn xương chũm: thường áp dụng các trường hợp cholesteatoma không kiểm soát được, có biến chứng nội sọ hay gây huỷ xương nhiều với các bước sau:

- Rạch da sau tai, cách rãnh sau tai khoảng 0,5cm, từ đường thái dương mỏm tiếp xuống đến mỏm chũm.
- Bóc tách tổ chức cân cơ bộc lộ mặt ngoài xương chũm và thành sau ống tai ngoài sao cho đủ rộng để quan sát được đường thái dương, gai Henle, hốc xương lỗ rỗ ở mặt ngoài xương chũm tương ứng với sào bào, bóc tách vạt da sau ống tai ngoài và hòm nhĩ.
- Khoan vào xương chũm ngay sau gai Henle, tương đương vùng sàng bằng khoan phá cỡ lớn, đi song song với ống tai ngoài, phía trên song song với gờ thái dương, phía sau đến góc Citteli và vỏ xương của máng tĩnh mạch bên, phía dưới xuống mỏm chũm, đến đầu cơ nhị thân.
- Khoan phá bỏ thành sau ống tai xương. Hạ thấp tường của ống Fallop đến ngang mức hạ nhĩ, bộc lộ rõ ngách dây thần kinh mặt và ngách nhĩ.
- Lấy bỏ tổ chức viêm, xương đe, phần còn lại của xương búa và màng nhĩ. Bóc gỡ tổ chức viêm, giữ lại niêm mạc hòm nhĩ đến loa vòi nhĩ. Để lại xương bàn đạp.
- Dùng khoan kim cương mài sạch các nhóm tế bào viêm, hút rửa cholesteatoma và matrix quanh vành bán khuyên, ngách nhĩ, ngách mặt, ngách trên vòi và toàn bộ hòm nhĩ.
- Rửa sạch hố mổ bằng dung dịch NaCl 0,9%.
- Chỉnh hình ống tai và hốc mổ theo kinh điển: cắt da ống tai thành hình chữ T hoặc chữ thập (+) sao cho ống tai được mở rộng, da ống tai sẽ phát triển dần phủ cả hốc mổ. Có thể áp dụng các kỹ thuật cải biên ghép vạt gân cơ thái dương có

cuống hoặc không cuống phủ lên mặt xương của hốc mổ rồi phủ da ống tai lên trên mặt vạt cân, sao cho da ống tai được nuôi dưỡng tốt phát triển nhanh chóng phủ kín hốc mổ.

6.2. Điều trị nội khoa: chăm sóc sau phẫu thuật

Kháng sinh: - Có thể sử dụng một trong các loại sau. - Có thể phối hợp thêm Getamycine 0,08g Trẻ em: 20mg/10kg/ngày (TB) Người lớn: 1-2 ống/ngày (TB)	- Amoxicillin + A.Clavuclanic (*Augmentin 1g) (TMC):* + Trẻ em: 30mg/kg x 2 - 4 lần/ngày + Người lớn: 1g x 2 lần/ngày - *Cefuroxime 0,75g (TMC)* + Trẻ em: 30 – 100mg/kg/ngày + Người lớn: 0,75g x 2 - 3 lần/ngày - *Cefotaxime 1g (TMC)* + Trẻ em: 50 - 150mg/kg/ngày + Người lớn: 1 g x 2 - 3 lần/ngày - *Ceftazidime 1g hoặc Ceftriaxone 1g(TMC)* + Trẻ em: 25 - 150mg/kg/ngày + Người lớn: 1g - 2g x 2 - 3 lần/ngày - *Ciprofloxacin* 200mg/100ml (Ciprobay): 1chai x 2 (TTM)/ngày - Vancomycine 0,5g x 3 lần/ngày hoặc 1g x 2 lần/ngày (TTM) - Imipenem + Cilastatin 500mg + 500mg (Tienam 500mg) 0,5g x 3 - 4 lần/ngày (TTM) - Meropenem (Meronem 1g) 1g x 3 lần/ngày tối đa 6g/ngày (TTM)
Kháng viêm: Có thể sử dụng một trong các thuốc sau	- Steroid: có thể sử dụng dạng tiêm trong 3 - 5 ngày đầu sau đó chuyển sang dạng uống và giảm liều dần: + Methylprednisolone (Solumedrol 40mg) (TMC)

	Trẻ em: 1-2mg/kg/ngày Người lớn: 1ống x 1-3 lần/ngày + Prednisolone 5mg (Solupred 20mg, 5mg) (uống) + Methylprednisolone (Medrol 4mg, 16mg; ...) (uống) - Non-Steroid: + Diclofenac 50mg 1v x 2 - 3 lần/ngày (uống) + Etolodac (dolchis; ....) 1v x 2 lần/ngày (uống) + Meloxicam 7,5mg 1v x 2 lần/ngày (uống) - Enzyme: + Alpha chymotrypsin 2v x 2 - 3 lần/ngày (uống) + Escinum (Aesin; Edvexin ..) 2v x 2 - 3 lần/ngày (uống)
Giảm đau: Có thể sử dụng một trong các thuốc sau	- Paracetamol: 30-40mg/kg/ngày, có thể sử dụng dưới dạng: + Perfalgan 10mg/ml x 100ml (TTM) Acetaminophen (Paracetamol; Acemol; Panadol; Efferalgan; Dafalgan;...) 30-40mg/kg/24giờ (uống) Acetaminophen + Tramadol: 1v x 2 lần/24 giờ/tối đa 5 ngày (uống) Acetaminophen + Ibupropen: (Protamo, Di-antalvic): lv x 3 - 41ần/24 giờ (uống) Floctafenine (Idarac 50mg; ...): 1v x 2 lần/24 giờ (uống)
Kháng Histamine (uống):	Chlopheniramin 4mg, Dexclopheniramin 2mg (Polarvi,..)

Có thể sử dụng một trong các thuốc sau	Loratidine (Clarityne 10mg,..), Desloratidine (Aerius 5mg; ..) Fexofenadine (Telfast 60mg, Fexalar 120mg,..) Cetirizine (Zyrtec 10mg, ...), Levocetirizine (Xyzal 5mg; ..) Rupatadin (Rupafin 10mg,...) (uống)
Chống nôn ói:	Metoclopramide (Primpéran 10mg): 1ống x 1 -2 lần/ngày (TMC)

Chăm sóc sau mổ:

Ngày 1:

- Theo dõi dấu hiệu sinh tồn.
- Dấu hiệu liệt VII ngoại biên.
- Thay băng ngoài.

Ngày 2: Rút mèche tai (toàn bộ nếu có thể được).

Ngày 3 – Ngày 4:

- Thay băng.
- Kiểm tra tình trạng hố mổ:
  + Hút dịch hố mổ nhẹ bằng ống hút khẩu kính nhỏ.
  + Nhỏ tai (Ciplox, Dexacol, polydexa, Otifa...).
  + Có thể đặt một đoạn mèche ngắn vào hố mổ và thay mèche mỗi ngày.

Ngày 5: Cắt chỉ vết mổ và xuất viện (trường hợp chưa cắt chỉ được vào ngày thứ 5, BN tái khám theo hẹn và cắt chỉ tại phòng soi tai).

7. PHÒNG NGỪA

- Điều trị sớm và hiệu quả viêm tai giữa, tránh để tiến triển nặng và có biến chứng.
- Điều trị bệnh lý mũi xoang triệt để, nhằm hạn chế tình trạng viêm tai giữa tái phát.

- Vệ sinh tai hợp lý giúp hỗ trợ điều trị và phòng ngừa viêm tai giữa mạn tính tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. "*Viêm tai giữa mạn tính có cholesteatoms*" (2016), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh tai mũi họng, Bộ Y tế, trang 50-54.
2. CholeR. A., *"Chronic Otitis Media, Mastoiditis, and Petrositis*" (2015) in Cumming Otolaryngology 6th, Krause. C, MD, Elsevier, page 2139-2146.