U NHÚ ĐẢO NGƯỢC VÙNG MŨI XOANG

1. ĐỊNH NGHĨA

U nhú đảo ngược (IP - Inverted Palilloma) là một bệnh hiếm gặp. Là một loại u lành tính với các đặc điểm sau.

Ba tính chất đặc trưng của u là:

- Khuynh hướng dễ tái phát.
- Khả năng hủy, ăn mòn các mô lân cận.
- Có xu hướng chuyển thành ác tính.

Vì những tính chất này có nhiều tranh luận, nên có nhiều phương pháp điều trị khác nhau. Do đó cần phải có phương pháp điều trị, quản lý bệnh đúng đắn, phù hợp với vị trí và bản chất của khối u.

2. NGUYÊN NHÂN

- Virus HPV: DNA có ở trong u và các TB bình thường lân cận:
  + HPV 6 và 11: thể xâm lấn, dị sản, carcinoma.
  + HPV57b.
- Epstain Barr virus.
- Một số nghề nghiệp ngoài trời hoặc công nghiệp nặng có liên quan.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Triệu chứng lâm sàng

3.1.1. Cơ năng

- Nghẹt mũi, chảy máu mũi.
- Nếu lan vào xoang bướm: đau đầu, thay đổi thị lực.
- Nếu tắc nghẽn vòi nhĩ: nghe kém.
- Nếu xâm lấn hệ thống lệ: chảy nước mắt.
- Nếu làm bít tắc các xoang lân cận: mucocele.

- Nếu lan vào ổ mắt: lồi mắt, hiếm khi song thị do diễn tiến từ từ.
- Đôi khi không có triệu chứng.

3.1.2 Thực thể

- Thường ở một bên mũi → nghi ngờ nếu polyp ở một bên mũi.
- Nội soi: có dạng nhú, có những mạch máu nhỏ chạy trên bề mặt, thường chắc hơn so với polyp.
- Có thể khó phân biệt nếu lẫn với polyp tái phát → cần phải gửi giải phẫu bệnh khi lấy polyp.

3.2. Cận lâm sàng

❖ CT scan:

+ Hình ảnh khối u mềm, có nhiều thùy liên tục từ khe giữa vào xoang hàm bên cạnh qua lỗ thông xoang hàm.
+ Trong lòng u có đậm độ không đồng nhất do hiện tượng calci hóa.
+ Hình ảnh tăng sinh xương và xơ hóa bất thường giữa chỗ tiếp giáp giữa màng xương và u, có hai dạng tăng sinh xương:
  - Dạng mảng.
  - Dạng hình nón.

  → Thường là vị trí chân bám khối u.

❖ MRI:

+ Phân biệt với dịch ứ hoặc dày niêm mạc trong xoang ⇒ nếu trên CT có mờ lòng xoang.
+ Hỗ trợ xác định phương pháp phẫu thuật.
+ U tăng quang trên T1W và T2W, hình ảnh dạng nhú, trong lòng có hình ảnh các sợi sọc.
+ Vị trí tăng sinh xương: giảm đậm độ ở T1W.

3.3. Tiếp cận chẩn đoán

- Chẩn đoán phân biệt với: polyp mũi, các loại u khác trong hốc mũi như, carcinoma, lymphoma, sarcoma, u sợi thần kinh…..
- Chẩn đoán xác định dựa vào kết quả giải phẫu bệnh.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nội khoa

Không điều trị nội, chỉ điều trị phẫu thuật lấy khối u.

4.2. Ngoại khoa

4.2.1. Nguyên tắc của điều trị phẫu thuật polyp:

- Cần lấy trọn u, cùng với màng xương và các xương bất thường kế cận, kèm cả bờ phần niêm mạc bình thường→ phải lấy sạch và khoan đến lớp dưới xương.
- Hiện nay hầu hết bằng nội soi, kết quả tốt tương đương đường ngoài.
- Phương pháp phẫu thuật phụ thuộc độ lan rộng của u (xem bảng)

MỨC ĐỘ LAN RỘNG KHỐI U	PHƯƠNG PHÁP TIẾP CẬN
Giới hạn ở khe giữa, xoang sàng, xoang bướm, ngách trán	Nội soi
Lan rộng là thành ngoài, dưới và trên của xoang hàm	Nội soi cắt vách mũi xoang +/- Caldwell-Luc
Lan đến sàn sọ, vùng hệ thống lệ và ổ mắt	Phẫu thuật nội soi tiệt căn mở rộng +/- bảo tồn ống lệ mũi +/- sửa chữa nền sọ

Lan đến xoang trán mà niêm mạc bị ảnh hưởng nằm dưới điểm giữa ổ mắt	Phẫu thuật nội soi xoang trán Draf III
Lan đến xoang trán mà niêm mạc bị ảnh hưởng vượt quá điểm giữa ổ mắt	Phẫu thuật xoang trán nội soi và đường ngoài

4.2.2. Quy trình kỹ thuật phẫu thuật nội soi mở đường vào xoang hàm trước ống lệ mũi để lấy u nhú đảo ngược

a. Đại cương

Đường vào xoang hàm trước ống lệ mũi qua nội soi được sử dụng để lấy u trong xoang hàm ở những vị trí khó với tới được nếu chỉ qua mở khe giữa thông thường. Đường vào này giúp tránh được cắt cuốn dưới, cắt ống lệ mũi hay phẫu thuật cắt vách mũi xoang.

b. Chỉ định

- U có chân bám hay xâm lấn vào trong lòng xoang hàm ở thành trước, đáy xoang hàm, hay cả hai.
- Chưa xâm lấn ống lệ mũi và cuốn dưới.

c. Chuẩn bị trước mổ

Người thực hiện: Bác sĩ chuyên khoa Tai Mũi Họng có kinh nghiệm.

Phương tiện:

- Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang thông thường.
- Bộ định vị IGS, bộ nội soi 3D nếu cần.
- Khoan mài, khoan kim cương các góc 15, 30, 45, 70 độ.
- Spongel, merocel, surgicel, sáp xương ..
- Đốt điện đơn cực, lưỡng cực.
- Chỉ khâu.

Người bệnh:

- Được khám trước mổ thông thường.

- Được nội soi và bấm sinh thiết có kết quả giải phẫu bệnh trước mổ.
- Được chụp CT mũi xoang, đĩa DICOM nếu cần để sử dụng thiết bị IGS.

d. Các bước tiến hành

Vô cảm: Gây mê toàn thân.

Kỹ thuật

- Người bệnh nằm ngửa, kê gối tròn dưới đầu.
- Đặt bấc mũi tẩm thuốc co mạch.
- **Bước 1:** Cắt u nhú hốc mũi, khe giữa.
- **Bước 2:** Mở rộng lỗ thông xoang hàm qua khe giữa, cắt u nhú trong lòng xoang hàm.
- **Bước 3:** Chích tê ngay phía trước đầu cuốn dưới.
- **Bước 4:** Rạch niêm mạc phía trước đầu cuốn dưới kéo dài xuống khe dưới.
- **Bước 5:** Bóc tách tạo vạt cuốn dưới, vén vào trong.
- **Bước 6:** Khoan hay đục xương vách mũi xoang vùng phía trước ống lệ mũi, mở rộng tạo đường vào xoang hàm.
- **Bước 7:** Bộc lộ ống lệ mũi, vén vào trong cùng với vạt cuốn dưới.
- **Bước 8:** Lấy sạch bệnh tích còn lại trong lòng xoang hàm.
- **Bước 9:** Dùng khoan mài xương tại vị trí xuất phát u nhú để tránh tái phát.
- **Bước 10:** Đốt điện cầm máu + Khâu lại vạt cuốn dưới.

4.2.3. Chăm sóc sau mổ

Rút merocel sau mổ 3 ngày.

Thuốc sau mổ:

CÁC LOẠI THUỐC	Thuốc
Kháng sinh (dùng một trong các loại sau) Thường dùng trong 15 ngày	- Amoxicillin + Acid Clavulanic: loại 625mg lv x2 - 3 lần/ngày hay lg/viên: lv x 2 lần/ngày (uống). - Amoxicilin + sulbactam: 1v x 2 - 3 lần/ngày (uống).

	- Cefuroxim 500mg + Clavulanat 125mg: 1v x 2 lần/ngày (uống). - Cephalosporin II, III: • Cephalosporin II: Cefaclor 0,5g 1v x 2 lần/ngày, Cefuroxim 0,5g 1v x 2 lần/ngày (uống). • Cephalosporin III: Cefixim 0,2g 1v x 2 lần/ngày, Cefpodoxim 0,2g 1v x 2 lần/ngày, Cefdinir 0,3g 1v x 2 lần/ngày (uống). - Nếu dị ứng nhóm Penicilline: • Macrolid: Clarithromycin 500mg 1v x 2 lần/ngày, Azithromycine 0,5g/lần x 3 ngày (uống). • Clindamycin 300mg * 2 - 3 lần/ngày (uống). • Quinolone: Ciprofloxacin 0,5g x 2 lần/ngày, Levofloxacin 0,5g/ngày, Moxifloxacin 0,4g/ngày (uống). - Khi có nhiễm kỵ khí: Metronidazol (uống hoặc TTM) 0,25g 2v x2 lần/ngày, hoặc 500mg/100ml 1 lọ x2 lần/ngày.
Kháng viêm	- Kháng viêm dạng men: Alphachymotrypsine: 2v x 3 lần/ngày trong 5 ngày. - NSAID (kháng viêm non steroids): Etodolac 200mg 1v x 2 - 4 lần/ngày, Loxoproxen 60 mg 1v x 3 lần/ngày, Piroxicam 20mg 1v/ngày, Paracetamol + Ibuprofen 1v x 2 - 4 lần/ngày, Talniflumate 370mg 1v x 3 lần/ngày, Clonixin 125mg 1v x3 lần/ngày.

	- Corticoid: Methyl Prednisolone 40mg 1 - 2 lọ/ngày trong 5-7 ngày. Methyl Prednisolone 16mg 1-2 viên/ngày trong 5-7 ngày.
Kháng Histamine	- Cetirizine 10mg lv/ngày hoặc Loratadine 10mg. Hoặc Fexofenadine 60mg lv x2 lần/ngày, hay Chlorpheniramin 4mg lv x 1-2 lần/ngày, Lecocetirizine, Desloratidin 5mg 1v/ngày, Ebasitin 10 mg, Rupafin 10mg.
Giảm đau	- Tylenol 650 mg, Paracetamol 0,5g lv x 2 lần/ngày trong 3ngày, hoặc Acetaminophen 325mg+ Tramadol 32,5mg. - Tramadol 32,5mg.
Rửa mũi, xịt mũi	- NaCl 0,9% hay ưu trương. - Budesonide xịt 2 lần/ngày * 2 nhát/lần - Fluticasone furoat xịt 2 lần/ngày * 2 nhát/lần. → Xịt ít nhất 3 tháng liên tục.

Theo dõi bệnh nhân ít nhất 5 năm sau mổ - thời gian trung bình thường tái phát nhất:

- Sau 1 tuần, 2 tuần, 3 tuần.
- Sau 1 tháng, 2 tháng, 3 tháng, 6 tháng.
- Sau đó mỗi 1 năm.

Nếu u tái phát hoặc giải phẫu bệnh nghi ngờ:

- Hyperkeratosis.
- Tăng sản biểu mô vảy.
- Mitotic index cao.

→ Theo dõi lâu dài hơn.

Nếu nghi ngờ tái phát không xác định được trên nội soi → chụp MRI tốt hơn CT.

Giải phẫu bệnh ác tính

- Loạn sản hoặc carcinoma tại chỗ (không tới xoang trán và sàn sọ) → lấy trọn u và theo dõi lâu dài, vùng khối u phải quan sát được.
- Carcinoma TB vảy hoặc các loại ác tính khác → phẫu thuật lấy u và chuyển ung bướu tiếp tục xạ trị.

Tỉ lệ chuyển thành ác tính < 5%.

5. PHÒNG BỆNH

Tránh nằm quạt máy, máy lạnh, đeo khẩu trang thường xuyên khi đi ra ngoài.

Tái khám thường xuyên theo hẹn tại phòng soi mũi xoang.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Valerie J.Lund. *Tumors of the Nose, Sinuses and Nasopharynx*. Georg Thieme. 2014; 77:91.
2. P.J. Wormald. *Endoscopic Sinus Surgery: Anatomy, Three-Dimensional Reconstruction, and Surgical Technique*, Thieme. 2012.