

U SỢI SINH XƯƠNG

1. ĐỊNH NGHĨA

U sợi sinh xương là một khối u lành tính có vỏ bọc tạo bởi mô xương, mô sợi, canxi hóa và xi-măng (cementum).

Theo định nghĩa của WHO: U sợi sinh xương “chứa các tế bào sợi tân sinh hình thoi sắp xếp theo hình xoắn ốc và chứa các đảo hay gai nhỏ các xương tân sinh và các khối khoáng hóa. Nó có vỏ bao. Các gai xương hiếm khi có cấu trúc lamellar ở ngoại vi và thường viền chung quanh bởi các nguyên bào xương”.

2. NGUYÊN NHÂN

- Chưa được biết rõ.
- Chấn thương đóng vai trò quan trọng trong sự phát triển u sợi sinh xương, đặc biệt là dạng u sợi sinh xương – xi măng.
- Một số ít có liên quan đến di truyền.

3. DỊCH TỄ

- Có thể gặp ở các xương bị xương hóa phần màng và thường gặp ở vùng xương mặt, thường gặp nhất là xương hàm dưới (75%) và có thể không gây triệu chứng trong một thời gian dài.
- Các vị trí khác: xương hàm trên (10 - 15%), xương sàng bao gồm cuốn mũi giữa và hốc mũi.
- Thường gặp ở nữ hơn nam, tỉ lệ nam:nữ = 1:5, tuổi trung bình khoảng 40.

4. CHẨN ĐOÁN

4.1. Triệu chứng lâm sàng

4.1.1. Cơ năng

Tùy mức độ của u gây các triệu chứng: sưng nề mặt, đau mặt, nghẹt mũi, viêm mũi xoang và các triệu chứng về mắt như lồi mắt, song thị và chảy nước mắt.

4.1.2. Thực thể

- Thường ở một bên mũi.
- Nội soi: U thường có giới hạn rõ, cứng chắc, được niêm mạc bao phủ.

4.2. Cận lâm sàng

❖ CT scan:

- + Hình ảnh khối u lan rộng lành tính có ranh giới rõ ràng, bao phủ bởi một lớp vỏ xương dày, thỉnh thoảng có đa ổ ở bên trong với mật độ khác nhau.
- + Dễ nhầm với u nhầy.
- + Có những vùng đậm độ thấp hoặc canxi hóa rải rác.
- + Khối u lan rộng làm mỏng và phá hủy các xương lân cận, làm đẩy lệch các cấu trúc như: răng, vách ngăn, ổ mắt và nền sọ.

❖ MRI:

- + Hình ảnh thay đổi phụ thuộc tình trạng hóa nang và canxi hóa.
- + Thành xương có hình ảnh khuyết tín hiệu hay đậm độ thấp trên T2W, và đậm độ tương đồng với chất xám ở T1W.
- + Bên trong u có đậm độ tương đồng với cơ ở T1W và T2W.
- + Hình ảnh u bắt cản quang nhẹ đồng nhất trên T1W.

4.3. Tiếp cận chẩn đoán

- Đại thể: tổn thương giới hạn rõ chưa chất liệu dạng hạt màu hồng xám đồng nhất, cứng chắc
- Vi thể: gồm các mô sợi với nhiều các hạt khoáng hóa và canxi hóa ⇒ nên gọi là “u sợi sinh xương và xi măng”.
- Rất khó để phân biệt u sợi sinh xương với loạn sản sợi hay các tổn thương sợi- xương khác trên mô học đơn thuần → cần phải cung cấp thông tin về lâm sàng và hình ảnh học cho bác sĩ giải phẫu bệnh.

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Nội khoa

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

5.2. Ngoại khoa

5.2.1. Nguyên tắc của điều trị

- U sẽ phát triển trở lại nếu không lấy trọn → phẫu thuật triệt để nhất có thể.
- Một số u xương nhỏ có thể theo dõi nếu bệnh nhân có bệnh lý nội khoa không thể phẫu thuật.
- Các đường tiếp cận: mở sọ mặt, mở giữa mặt, mở đường ngoài mũi và nội soi → dùng bất kỳ đường nào có thể để lấy trọn u.
- Nếu có xâm lấn nền sọ: nên phối hợp nội soi và mở sọ mặt.
- Nếu u nằm ở xoang trán: có thể phối hợp nội soi và đường Jaques.
- Nếu u nằm ở xoang hàm: có thể phối hợp nội soi và đường Caldwell Luc.

5.2.2. Quy trình kỹ thuật phẫu thuật nội soi lấy u sợi sinh xương

a. Đại cương

Là phẫu thuật nội soi lấy u sợi sinh xương trong hốc mũi và các xoang cạnh mũi, có thể phối hợp với phẫu thuật đường ngoài như Caldwell-Luc, Jaques,...

b. Chỉ định

Các u sợi sinh xương trong hốc mũi và các xoang cạnh mũi.

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.
- + Khoan tốc độ cao 30000 vòng.

- + 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 nếu có thể.
- + 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 bậc mũi tẩm thuốc co mạch.
- Bước 1: Gây tê tại chỗ.
- Bước 2: Bộc lộ u xương, có thể mở các xoang liên quan nếu cần.
- Bước 3: Dùng currete để lấy u từ sau ra trước.
- Bước 4: Dùng khoan kim cương để mài u đối với những phần u cứng không lấy được bằng currete.
- Bước 5: Tiếp tục khoan chân khối u cho đến khi đạt đến bề mặt xương trơn láng bình thường.
- Bước 6: Đối với những phần u nằm ở vị trí khó lấy có thể kết hợp đường ngoài.
- Bước 7: Đốt điện cầm máu, nhét merocel và khâu lại đường mổ ngoài nếu có.

5.2.3. 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)	- Amoxicillin + Acid Clavulanic: loại 625mg lv x 2 - 3 lần/ngày hay

<p>Thường dùng trong 15 ngày</p>	<p>lg/viên: 1v x 2 lần/ngày.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amoxicilin + sulbactam: 1v x 2 - 3 lần/ngày. - Cefuroxim 500mg + Clavulanat 125mg: 1v x 2 lần/ngày. - Cephalosporin II, III: <ul style="list-style-type: none"> • Cephalosporin II: Cefaclor 0,5g 1v x 2 lần/ngày, Cefuroxim 0,5g 1v x 2 lần/ngày. • 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. - Nếu dị ứng nhóm Penicilline: <ul style="list-style-type: none"> • Macrolid: Clarithromycin 500mg 1v x 2 lần/ngày, Azithromycine 0,5g/lần x 3 ngày. • Clindamycin 300mg * 2 - 3 lần/ngày. • Quinolone: Ciprofloxacin 0,5g x 2 lần/ngày; Levofloxacin 0,5g/ngày, Moxifloxacin 0,4g/ngày. - Khi có nhiễm kỵ khí: Metronidazol (uống hoặc TTM) 0,25g 2v x 2 lần/ngày, hoặc 500mg/100ml 1 lọ x 2 lần/ngày.
<p>Kháng viêm</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kháng viêm dạng men: Alphachymotrypsine, hoặc các loại kháng viêm dạng men khác: 2v x 2 lần/ngày trong 5 ngày. - NSAID (kháng viêm non steroids):

	<p>Etodolac 200mg 1v x 2-4 lần/ngày, Loxoprofen 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 x 3 lần/ngày.</p> <p>- Corticoid: Solumedrol 40mg 1 - 2 lọ/ngày trong 5-7 ngày. Methyl Prednisolone 16mg 1-2 viên/ngày trong 5-7 ngày.</p>
Kháng Histamine	<p>- Cetirizine 10mg 1v/ngày hoặc Loratadine 10mg. Hoặc Fexofenadine 60mg 1v x 2 lần/ngày, hay Chlorpheniramin 4mg 1v x 1-2 lần/ngày, Lecocetirizine, Desloratidin 5mg 1v/ngày, Ebasitin 10 mg, Rupafin 10mg.</p>
Giảm đau	<p>- Tylenol 650 mg, Paracetamol 0,5g 1v x 2 lần/ngày trong 3 ngày, hoặc Acetaminophen 325mg+ Tramadol 32,5mg.</p> <p>- Tramadol 32,5mg.</p>
Rửa mũi, xịt mũi	<p>+ 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.</p>

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.

Đối với những u không thể lấy hết: chụp lại CT không cản quang hàng năm trong vòng 5 năm.

6. 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; 295-299.
2. M.Ciniglio Appiani, B. Verillaud. Ossifying fibromas of the paranasal sinuses: diagnoses and management. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2015 Oct; 35(5): 355–361.
3. Commins DJ, Tolley NS, Milford CA. Fibrous dysplasia and ossifying fibroma of the paranasal sinuses. *J Laryngol Otol*. 1998;112:964–968.