

VIÊM XOANG DO NẤM

Viêm xoang là bệnh lý thường gặp ở khoảng 15% dân số, do nhiều tác nhân gây ra. Có nhiều dạng viêm xoang như: viêm mũi xoang dị ứng, viêm xoang do răng, viêm xoang thông thường, viêm xoang do nấm và viêm xoang trẻ em. Viêm xoang do nấm chiếm khoảng 10% trong tổng số các dạng viêm xoang. Trong hai thập kỷ gần đây trên thế giới người ta ghi nhận tỷ lệ bệnh viêm xoang do nấm tăng lên.

Điều trị lựa chọn của tất cả các loại viêm xoang do nấm là phẫu thuật. Điều trị tùy thuộc vào loại nhiễm trùng và sự hiện diện của xâm lấn.

1. NGUYÊN NHÂN

Viêm xoang do nấm gặp nhiều ở người bị viêm mũi xoang dị ứng, suy giảm miễn dịch, hóa trị liệu và sử dụng Steroids dài ngày.

Nguyên nhân do hít phải các bào tử nấm trong không khí, bụi đất. Các bào tử nấm sẽ bám vào vách mũi, niêm mạc trong xoang, khi gặp môi trường thuận lợi nấm phát triển gây ra bệnh viêm xoang do nấm.

Ngoài ra yếu tố thuận lợi do bệnh đái tháo đường, hóa trị liệu, bệnh gây giảm hệ thống miễn dịch, bệnh do việc sử dụng kháng sinh và steroids dài ngày.

Ở Việt Nam những năm gần đây tỷ lệ viêm xoang do nấm gặp nhiều hơn ở người bệnh viêm xoang.

2. PHÂN LOẠI

Viêm xoang do nấm được chia ra làm hai thể chính:

- *Viêm xoang do nấm không xâm lấn*: có hai thể
 - + Viêm xoang dị ứng nấm (AFS: Allergic Fungal Sinusitis).
 - + U nấm xoang (Sinus Mycetoma).
 - + Viêm xoang do nấm không dị ứng.
- *Viêm xoang do nấm xâm lấn*: có 3 thể

- + Viêm xoang do nấm xâm lấn cấp tính (Acute (Fulminant) Invasive Fungal Sinusitis).
- + Viêm xoang do nấm xâm lấn u hạt (Granulomatous Invasive Fungal Sinusitis).
- + Viêm xoang do nấm xâm lấn mạn tính (Chronic Invasive Fungal Sinusitis).

Sự xâm lấn được xác định bằng kết quả mô bệnh học của niêm mạc xoang.

Một số dạng của bệnh viêm xoang do nấm:

2.1. Viêm xoang dị ứng nấm

Được nghĩ đến ở bệnh nhân có dị ứng kèm viêm xoang mạn khó điều trị và polype mũi. Những bệnh nhân này có nhiều xoang bị bệnh và đã phẫu thuật nhiều lần. Dị ứng với loại nấm nào đó đưa đến viêm xoang dị ứng nấm. Thường hơn một xoang trong một bên bị. Tuy nhiên tất cả xoang ở hai bên có thể bị.

Hiện diện điển hình/nội soi mũi với chất nhầy dị ứng và polyp.

Test dị ứng với nấm: (+).

Các chất màu nâu hay xanh đen giống như bơ đậu phộng được lấy ra từ xoang khi phẫu thuật. Các chất này được gọi là chất nhầy dị ứng (allergic mucin), chứa những tích tụ dạng phiến của tế bào ái toan nguyên vẹn hay thoái hóa, tinh thể charcot-layden, mảnh vụn tế bào, sợi tơ nấm rải rác chỉ thấy được khi nhuộm. Niêm mạc xoang gần kề có sự xâm nhập tế bào lẫn lộn, ái toan tương bào với lympho bào. Mucin nhầy dị ứng và polype có thể hình thành một khối vôi hóa gây tắc nghẽn dẫn lưu xoang lâu dài. Do vậy, viêm xoang do vi khuẩn có thể kết hợp với AFS. Khối này phát triển gây ăn mòn xương, phá vỡ thành xoang, đôi khi gây rò những chất trong xoang vào hốc mắt hay lên não. Ở trẻ em, do canxi hóa xương sọ chưa hoàn chỉnh, xoang trán, xoang bướm bị ảnh hưởng có thể dẫn đến lồi mắt, hay hai mắt cách xa nhau (hypertelorism).

Nguyên nhân thường gặp nhất là do các nấm: *Bipolaris species*, *Curvularia lunata*, và *Aspergillus fumigatus* gây ra. Các loại nấm

này cũng gây viêm mũi dị ứng. Bệnh nhân bị AFS thường kèm theo suyễn, viêm mũi dị ứng, chàm.

Tiêu chuẩn chẩn đoán AFS:

- Viêm một hay nhiều xoang được xác định trên CT.
- Sự hiện diện của mucin dị ứng lúc nội soi mũi hay phẫu thuật hay đánh giá mô bệnh học.
- Sự hiện diện của sợi tơ nấm trong nhầy mucin khi soi tươi hay cấy.
- Không có bệnh lý đái tháo đường, bệnh lý có tổn thương miễn dịch hay là bệnh nhân được điều trị ức chế miễn dịch.
- Không có sự xâm lấn của sợi tơ nấm vào lớp niêm mạc dưới niêm hay xương.

AFS không trở thành thể xâm lấn. Giống như các thể viêm xoang do nấm khác, AFS cần phân biệt với các tình trạng nhiễm trùng, viêm, u tăng sinh có thể gây viêm xoang.

Điều trị:

Phẫu thuật: lấy sạch bệnh tích và bảo đảm thông khí xoang tốt.

Corticosteroids toàn thân có thể sử dụng khi phẫu thuật tiến hành và chẩn đoán xác định. Một số tác giả đề nghị liều thấp prednisone 0,5mg/kg, giảm liều dần, sử dụng trong 03 tháng.

Corticosteroids mũi hữu hiệu sau phẫu thuật.

Rửa mũi nước muối.

Miễn dịch liệu pháp trong dị ứng.

Kháng nấm toàn thân không sử dụng khi không có nấm xâm lấn.

Tiên lượng: tốt

Theo dõi là cần thiết vì khả năng tái phát.

Corticosteroids tại chỗ dài hạn giúp kiểm soát tái phát.

Corticosteroids toàn thân ngắn hạn có thể sử dụng khi tái phát xảy ra.

Xói mòn cấu trúc lân cận có thể xảy ra nếu không điều trị, biểu hiện thường gặp là lồi mắt.

2.2. U nấm xoang

Bệnh nhân có u nấm xoang thường được điều trị nội khoa do tắc nghẽn mũi, viêm xoang mạn, đau mặt, hay bị ảo khứu. U nấm xoang chiếm ưu thế cao ở xoang hàm và bướm. Polype mũi và viêm xoang vi khuẩn có thể kết hợp với u nấm xoang. Cây nấm thường thất bại do phân tử nấm trong u nấm có khả năng sống kém.

Diễn hình chỉ một xoang duy nhất bị, hình ảnh trên CT/MRI.

Nguyên nhân hàng đầu gây u nấm xoang là *A.fumigatus*.

Tiêu chuẩn chẩn đoán của u nấm xoang

- Mờ xoang trên CT cùng với những đám vôi hóa, thường gặp nhất là xoang hàm.
- Chất mũ nhầy như pho mát hay đất sét gặp trong lòng xoang lúc phẫu thuật.
- Xét nghiệm mô học không có sự hiện diện của allergic mucin.
- Niêm mạc xoang được đặc trưng bởi một phản ứng viêm mạn không u hạt với nhiều mức độ khác nhau.
- Không có sự xâm lấn nấm vào niêm mạc cũng như mạch máu hay xương.
- CT-Scan đôi khi phát hiện sự ăn mòn xương do áp lực hơn là do sự xâm lấn.

Cùng một bệnh nhân có thể có cả AFS và u xoang nấm nhưng hiếm.

Điều trị: phẫu thuật lấy sạch nấm và bảo đảm thông khí xoang là cần thiết. Không cần điều trị kháng nấm.

Tiên lượng: tốt nếu lấy sạch bệnh tích và bảo đảm thông khí xoang.

Nếu không điều trị có thể dẫn đến các biến chứng của viêm xoang như biến chứng ở mắt và thần kinh trung ương.

2.3. Viêm xoang do nấm không dị ứng

Trong vài trường hợp, chất nhầy và nấm được ghi nhận trên bệnh nhân viêm xoang mà không có dị ứng nấm. Nấm có thể tìm

thấy trong xoang bệnh nhân đã phẫu thuật trước đó. Nấm không hay là nguyên nhân bệnh đang là vấn đề bàn cãi.

2.4. Viêm xoang do nấm xâm lấn cấp tính

Đặc trưng bởi viêm xoang và những vết loét hay vảy ở vách ngăn hay khẩu cái cứng bị hoại tử đen nhưng không đau. Không điều trị sớm, nấm có thể lan truyền nhanh chóng bằng đường mạch máu gây tử vong trong vài ngày.

Thường gặp trên những bệnh nhân đái tháo đường, bệnh nhân được điều trị ức chế miễn dịch (hóa trị liệu chống ung thư hoặc cấy ghép tạng, tủy sống), lupus ban đỏ hệ thống, bệnh bạch cầu, thiếu máu không tái tạo do tổn thương tủy, đái tháo đường không kiểm soát, hemochromatosis, kèm sốt, ho, vảy mũi, chảy máu mũi.

Nguyên nhân thường gặp: do nấm Mucorales và *A.fumigatus*.

Kết quả mô bệnh học: có sự xâm lấn sợi tơ nấm vào niêm mạc dưới niêm, mạch máu hay xương cùng với hoại tử mô lan rộng, có thể xâm lấn vào động mạch cảnh, xoang hang, viêm mạch với huyết khối, xuất huyết.

Điều trị:

Điều trị cấp cứu là cần thiết khi khả nghi bệnh này.

Khi triệu chứng và dấu hiệu của viêm xoang nấm xâm lấn cấp tính hiện diện cần phải phẫu thuật khẩn để lấy bệnh phẩm đánh giá mô học và làm sạch mô viêm bệnh tích và mô hoại tử. Thường kết hợp với phẫu thuật đường ngoài, trong bệnh số trường hợp cần kết hợp ngoại thần kinh.

Mô bệnh học xác định là viêm xoang nấm xâm lấn, cần điều trị Amphotericin B liều 1 – 1,5mg/kg/ngày ngay lập tức, không đợi kết quả cấy nấm, tối thiểu là 2 tuần.

Itraconazole 400mg/ngày có thể thay thế Amphotericin B khi đã qua giai đoạn cấp. Có thể sử dụng 3 – 6 tháng.

Điều trị bệnh nền suy giảm miễn dịch.

Sự kết hợp phẫu thuật và điều trị kháng nấm có tỉ lệ sống 30 – 80%. Tỉ lệ này giảm ở bệnh nhân có sự xâm lấn nội sọ.

Tiền lượng:

Bệnh hiếm gặp và tỉ lệ tử vong cao khoảng 50%.

Bệnh tiến triển nhanh chóng và xâm lấn vào cấu trúc lân cận, gây tổn thương và hoại tử mô. Thuyên tắc xoang hang và xâm nhập thần kinh trung ương là phổ biến và tỉ lệ tử vong cao 50-80%.

Nếu sống sót, có thể có biến dạng vùng mặt và đòi hỏi chăm sóc lâu dài bởi nhiều chuyên khoa: phẫu thuật đầu và cổ, nhiễm trùng, và suy giảm miễn dịch.

Tái phát thường phổ biến, theo sau các giai đoạn giảm bạch cầu đa nhân trung tính. Điều trị kháng nấm toàn thân được chỉ định như sự phòng bệnh trong những trường hợp giảm bạch cầu đa nhân trung tính.

2.5. Viêm xoang do nấm dạng u hạt mạn tính

Hiếm gặp ở Mỹ. Thường gặp ở Sudan, Ấn Độ, Pakistan, và Ả-rập Saudi.

Bệnh nhân có hệ thống miễn dịch bình thường.

Thời gian diễn tiến chậm > 3 tháng.

Bệnh nhân thường có khối to ở má, mắt, mũi và xoang, thường một bên. Thể viêm xoang này là một hội chứng viêm xoang mạn khác lạ kèm với lồi mắt, thường lồi mắt một bên, còn được gọi là viêm xoang nấm yên lặng (indolent). Bệnh nhân có vẻ có hệ thống miễn dịch bình thường.

Khuynh hướng làm xói mòn cấu trúc lân cận: hốc mắt, hệ thần kinh trung ương, màng cứng, não.

Nguyên nhân: do nấm *A.flavus*.

Kết quả mô học: có sự phát triển nấm xâm lấn vào mô, u hạt không hoại tử với tương bào, u hạt tế bào ái toan được bao quanh bởi nấm tế bào khổng lồ. Hoại tử dạng sợi, viêm mạch máu cũng được ghi nhận.

Bệnh có khuynh hướng làm xói mòn cấu trúc lân cận như hốc mắt, hệ thần kinh trung ương như màng cứng, não.

Điều trị: bằng phẫu thuật nội soi hoặc đường ngoài kết hợp kháng nấm toàn thân.

Tiên lượng: tốt, nhưng bệnh có thể tái phát. Kinh nghiệm điều trị còn hạn chế.

2.6. Viêm xoang do nấm xâm lấn mạn tính

Diễn tiến mạn tính, thời gian chậm trên 3 tháng.

Thể này diễn biến mạn tính, sự tích tụ sợi tơ nấm như u nấm, kèm với hội chứng đỉnh hốc mắt. Hội chứng đỉnh hốc mắt gây giới hạn vận động nhãn cầu và giảm thị lực, có thể chẩn đoán lâm với hội chứng viêm giả u mà điều trị ban đầu là corticoides thay vì phẫu thuật thám sát đỉnh hốc mắt và sinh thiết.

Thám sát đỉnh hốc mắt và sinh thiết thấy sự xâm lấn mạch máu của phân tử nấm, sự thâm nhập viêm mạn tính rải rác vào hoại tử mô.

Bệnh hiếm khi xâm lấn mạch máu. Thường tử vong khi nấm xâm lấn vào xoang hang.

Phản ứng viêm hiếm. Liên quan giới hạn đến cấu trúc xung quanh.

Xoang sàng và bướm bị nhiều hơn các xoang khác.

Thể bệnh này có thể bắt đầu từ một u nấm và trở nên xâm lấn, có lẽ đây là hậu quả của việc ức chế miễn dịch, đái tháo đường hay điều trị corticoides kéo dài, bệnh nhân AIDS.

Mô học: cây nấm (+) trên 50% bệnh nhân.

Nguyên nhân: do nấm *A.fumigatus*.

Điều trị: như thể viêm xoang do nấm xâm lấn cấp tính. Phẫu thuật kết hợp kháng nấm toàn thân khi xác định nấm xâm lấn. Điều trị bằng Amphotericin B (2g/ngày), có thể thay thế bằng ketocanazole hay itrconazole khi kiểm soát được bệnh.

Tiên lượng: nghèo nàn, có xu hướng tái phát.

Bệnh có khuynh hướng làm xói mòn cấu trúc lân cận như hốc mắt, hệ thần kinh trung ương nếu không điều trị, nhưng không phổ biến như loại cấp tính.

3. ĐIỀU TRỊ CHUNG

Chủ yếu là ngoại khoa, lấy sạch bệnh tích và bảo đảm thông khí xoang tốt. Phương pháp mổ tùy bệnh tích phát hiện được qua nội soi và CT scan.

Phẫu thuật qua nội soi, hoặc đường ngoài kết hợp kháng nấm toàn thân trong trường hợp viêm xoang do nấm xâm lấn.

- Viêm xoang hàm và sàng trước: mở khe mũi giữa và bóng sàng.
- Viêm xoang sàng trước và sau: nạo sàng.
- Viêm xoang trán: mở ngách trán.
- Viêm xoang bướm: mở thông xoang bướm.

Các loại đường ngoài:

1. Đường cạnh mũi: Moure, Weber-Ferguson, Labayle.
2. Đường giữa mặt: Đường xuyên mặt giữa, De Fries, Bebear.
3. Đường mỏ ần: Rouge-Denker, Đường mỏ lột găng-Degloving (Extended Sub-labial).
4. Đường bên mặt.
5. Đường bên mặt - thái dương - trán.

4. CHĂM SÓC VÀ THEO DÕI HẬU PHẪU

- Trong thời gian hậu phẫu phải theo dõi sát tình trạng bệnh nhân: chảy máu, M, T^o, HA 3 lần/ngày đầu. Nếu Hct <25% phải truyền máu ngay.
- Hậu phẫu: Dùng kháng sinh, kháng viêm, giảm đau, kháng Histamin.

Điều trị	Thuốc
Kháng sinh (dùng một trong các loại sau)	<ul style="list-style-type: none"> - Aminoglycoside: 15mg/kg (TB) một liều trong ngày duy nhất. - Cefotaxim: 1g x 2 -3 lần (TM)/ngày. - Amox+A.Clavu (Augmentin, Curam, Moxiclav) 1g x 2 - 4 lần/ngày (TB, TM, TTM). - Cefuroxim (Zinacef): 0,75g x 2 - 3 lần/ngày

	<p>(TB, TM).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ceftriaxone 1g: 1-3 lần/ngày (TM). - Clindamycine (Dalacin C) 600mg: x 2 - 3 lần/ngày (TB, Truyền tĩnh mạch).
Kháng viêm (Chọn một khi không chống chỉ định) dùng trong 3 - 5 ngày	<ul style="list-style-type: none"> - Methyl Prednisolone (Solumedrol) 40mg 1-2 lọ/ngày (sáng). <p>Sau đó dùng kháng viêm dạng men: Alphachymotrypsine (21μK) 2v x 2 lần/ngày.</p>
Kháng Histamine	<p>Pheramine 4mg (Allerfar) 1v x2 lần/ngày hay Cetirizine 10mg (Zyrtec, Cezil) 1v/ngày hoặc Loratadine 10mg (Clarityne, Alertin). Hoặc Fexofenadine (Telfast, Alerfast) 60mg 1v x 2 lần/ngày.</p>
Giảm đau (chích)	<p>Perfalgan (Paracetamol) 1g/chai, 01chai PIV Cgiọt/phút+ Paracetamol (Panadol, Efferalgan) 0,5g 1v x 1-2 lần/ngày trong ngày đầu. Hai ngày sau: Paracetamol (Panadol, Efferagan) 0,5g 1v x 2 - 3 lần/ngày.</p>
Thuốc cầm máu	<ul style="list-style-type: none"> - Cyclonamine 1,25%: 2 - 4 ống/ngày. - Vitamin K1 10mg 2 - 4 ống/ngày.

- Nhỏ nước muối sinh lý liên tục vào mèche mũi ít nhất 4 lần/ngày.
- Nâng đỡ tổng trạng bằng dịch truyền khi cần thiết.
- Ngày thứ 2 rút mèche mũi từ từ, nếu chảy máu nhiều thì ngưng rút, để ngày sau rút tiếp. Cho thêm thuốc cầm máu khi cần (Cammic 0,5g 1v x 2 - 3 lần/ngày).
- Sau khi rút hết mèche mũi, ngày sau cho bệnh nhân nội soi mũi xoang lại để hút máu đông và lấy vẩy trong các góc ngách mũi xoang.
- Dặn dò bệnh nhân nhỏ nước muối sinh lý vào mũi mỗi ngày.

- Theo dõi: Cho bệnh nhân tái khám tại phòng soi sau 01 tuần xuất viện, và thường xuyên 2 tuần/lần trong tháng đầu tiên. Sau đó 1 tháng 1 lần/2 tháng kể và 3 tháng/1 lần trong những tháng sau, cho đến 1 năm để phát hiện bệnh tái phát.

Lưu ý: kiểm tra chức năng gan, thận trước khi cho thuốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Devyani Lal, MD, *Fungal Sinusitis*, ARS- American Rhinologic Society, 02/17/2015.
2. HassanH Ramadan, MD, MSc, “*Fungal Sinusitis*”, emedicine.medscape.com/article/863062- Updated: Jan 09, 2017.
3. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tai mũi họng của Bộ Y tế.*
4. *Phác đồ điều trị 2015 của Bệnh viện Tai Mũi Họng TP.HCM.*