

U XƠ VÒM

1. ĐỊNH NGHĨA

U xơ vòm mũi họng là một khối u lành tính, phát sinh ở vùng cửa mũi sau và vòm mũi họng. Thường gặp ở trẻ nam tuổi thiếu niên. Bản chất của u là tăng sinh mạch máu, tổ chức xơ bao quanh các hồ máu, gây chảy máu rất nhiều trong khi mổ.

2. NGUYÊN NHÂN

Hiện nay vẫn dừng ở giả thuyết: viêm mạn tính vùng mũi họng và rối loạn nội tiết ở trẻ nam thiếu niên.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán

3.1.1. Lâm sàng

- Dịch tễ: thường gặp ở trẻ nam, 8 - 12 tuổi.
- Triệu chứng: nghẹt mũi kéo dài một bên, kèm theo chảy máu mũi tự phát tự cầm. Bệnh tiến triển thâm lạng, chảy máu mũi tái phát và tăng dần phải đi cấp cứu kèm theo đau tức vùng mũi má mặt đáy sọ và có thể biến dạng mặt.
- Nội soi mũi vòm: u màu hồng đỏ nhẵn, che lấp cửa mũi sau một bên, thường có chân bám và lệch về một bên vùng chân bướm hàm.

3.1.2. Cận lâm sàng: CTscan cản quang, chụp DSA và tắc mạch (hỗ trợ chẩn đoán và gây tắc mạch cấp máu trước khi mổ).

3.1.3. Phân độ u xơ vòm theo phân loại của Sessions, được bổ sung bởi Diana Radkowsky:

IA: U giới hạn ở trong hốc mũi hoặc khu trú chỉ ở vòm mũi họng.

IB: U liên quan đến mũi sau và/hoặc vòm mũi họng với liên quan ít nhất một xoang cạnh mũi.

IIA: Lan rộng tới hố chân bướm hàm.

IIB: Lấp đầy vùng hố chân bướm hàm có hay không kèm theo ăn mòn xương hốc mắt.

IIC: Xâm lấn vào hố dưới thái dương hoặc lan rộng ra phía sau vào chân bướm.

IIIA: Làm hủy xương của vùng nền sọ - Lan rộng tối thiểu vào trong sọ.

IIIB: Phát triển vào trong sọ/hay vào khu vực xoang hang.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Các u lành tính ở vùng vòm mũi họng: polyp, u nguyên sống đáy sọ, thoát vị màng não, VA tồn dư...
- Các u ác tính ở vùng vòm mũi họng: lymphoma, sarcoma, u ở nơi khác di căn đến (đáy sọ, cột sống...).

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nội khoa

- **Tại chỗ:** hầu hết các trường hợp u xơ vòm điều trị bằng phương pháp phẫu thuật, cầm máu mũi trong trường hợp chảy máu từ khối u xơ vòm.
- **Toàn thân:** đánh giá tình trạng dinh dưỡng, nâng đỡ tổng trạng trước phẫu thuật.

4.2. Ngoại khoa

4.2.1. Nguyên tắc

- Tắc mạch trước mổ 24 – 48 giờ (DSA kết hợp tắc mạch).
- Phẫu thuật bóc tách u:
 - + Đối với u nhỏ: phẫu thuật nội soi cắt u qua đường nội soi.
 - + Đối với u lớn: mở cạnh mũi hoặc mở cạnh mũi mở rộng.
- Dự kiến lượng máu mất để chuẩn bị truyền máu trong và sau mổ.

4.2.2. Phẫu thuật nội soi lấy u xơ vòm

- ❖ *Chỉ định:* Bệnh nhân có u xơ vòm mũi họng độ I hay độ II.

❖ *Chống chỉ định:*

- Tuyệt đối: u xơ vòm lớn quá chỉ định mổ nội soi.
- Tương đối: bệnh lý nhiễm trùng cấp tính, bệnh lý về máu khó đông, bệnh lý nội khoa (đái tháo đường, cao huyết áp, lao, giang mai, bệnh tim mạch, đang sử dụng thuốc kháng đông...) chưa điều trị ổn định.

❖ *Trước mổ:*

- Cận lâm sàng:
 - + Chẩn đoán: nội soi mũi xoang xác định vị trí và kích thước khối u xơ vòm.
 - + Chụp CT scan hay MRI để xác định vị trí, độ lớn, tương quan với các cấu trúc khác như xoang bướm, hố chân bướm hàm, sàn sọ,...
 - + Chụp DSA và tắc mạch trước mổ 48 tiếng.
- Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ: thống nhất với bệnh nhân về phương pháp mổ và những điều cần lưu ý sau phẫu thuật. Xem kỹ công thức máu, có thể truyền máu bồi hoàn trước mổ nếu bệnh nhân đã bị mất máu trước đó. Chuẩn bị máu dự trữ trong phẫu thuật.

❖ *Ngày phẫu thuật:*

- Tại khoa lâm sàng: dặn dò bệnh nhân nhịn ăn uống đủ 8 tiếng trước phẫu thuật, hướng dẫn bệnh nhân ký giấy cam kết đồng ý phẫu thuật, kiểm tra sinh hiệu trước khi đưa xuống phòng mổ.
- Tại khoa phẫu thuật: kiểm tra đúng bệnh nhân
 - + Dụng cụ phẫu thuật: hệ thống nội soi mũi xoang, dụng cụ phẫu thuật nội soi mũi xoang, đốt điện đơn cực Monolar, kèm gắp u, cầm máu (mèche mũi trước, mèche mũi sau, merocel, spongel, surgicel).
 - + Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.
- **Quy trình kỹ thuật:**
 - + Phẫu thuật qua nội soi:

- Nội soi kiểm tra bệnh tích, đặt co mạch bằng bác tằm oxymetazolin, hoặc naphazolin. Tiêm tê bằng Lidocain + adrenaline vào vùng mỏm móc, cuốn giữa, vùng lỗ ra của động mạch bướm khâu cái sau.
- Đông điện bề mặt và chân bám khối u bằng dụng cụ đốt điện đơn cực Monopolar – chế độ Coagulation.
- Tiến hành bóc tách chân bám khối u ở các vị trí như vách ngăn, hồ chân bướm hàm, xoang bướm,...
- Lấy khối u qua đường miệng nếu khối u lớn, gửi thử giải phẫu bệnh.
- Đặt Surgicel + spongel cầm máu hố mổ. Đặt mèche mũi trước và mèche mũi sau để cầm máu.
- Kiểm tra hết chảy máu.
- Kiểm tra họng sạch.
- Ngưng phẫu thuật.

❖ *Hậu phẫu:*

- Chăm sóc:
 - + Ngày 1 – 3: nằm viện, dùng kháng sinh (TM), corticoid, giảm đau, kháng H1. Chế độ ăn của bệnh nhân: sữa, soup, cháo.
 - + Ngày 4: rút mèche mũi.
 - + Ngày 5: nội soi kiểm tra, xuất viện.
- Tái khám:
 - + Tuần 1 (sau xuất viện): đánh giá vết mổ, cấp toa.
 - + Tái khám phòng soi định kỳ mỗi 2 tuần trong 2 tháng, 1 lần/tháng trong 6 tháng và sau đó tái khám mỗi 3 tháng.
- Theo dõi, xử lý biến chứng:
 - + Chảy máu vết mổ: cầm máu (trong phòng mổ).
 - + Mất máu nhiều trong lúc mổ: truyền máu bồi hoàn.

4.2.3. *Phẫu thuật đường ngoài lấy u xơ vòm*

❖ *Chỉ định:*

Bệnh nhân có u xơ vòm mũi họng độ II trở lên hay u tái phát khó lấy qua đường nội soi.

❖ *Chống chỉ định:*

- Tuyệt đối: có tình trạng nhiễm trùng da vùng dự kiến phẫu thuật.
- Tương đối: bệnh lý nhiễm trùng cấp tính, bệnh lý về máu khó đông, bệnh lý nội khoa (đái tháo đường, cao huyết áp, lao, giang mai, bệnh tim mạch, đang sử dụng thuốc kháng đông...) chưa điều trị ổn định.

❖ **Dụng cụ phẫu thuật:**

- Bộ dụng cụ phẫu thuật theo đường ngoài.
- Khoan với các kích cỡ mũi khoan, bộ đục.
- Đốt điện đơn cực.
- Hệ thống nội soi, optic.
- Cầm máu: mèche mũi trước, mèche mũi sau, merocel, surgicel, spongel.

❖ Phương pháp vô cảm: gây mê nội khí quản.

❖ **Quy trình kỹ thuật:**

- Rửa da cạnh mũi (bên phẫu thuật) tới chân cánh mũi.
- Bóc tách bộc lộ mặt trước xương hàm trên và xương mũi.
- Đánh dấu, dùng khoan và đục cắt mở nắp xương hàm trên và xương mũi vào hốc mũi. Vén niêm mạc mũi, khâu đánh dấu cho thì đóng lại sau mổ.
- Bóc tách lấy trọn khối u xơ thừa giải phẫu bệnh.
- Dùng optic kiểm tra lại hố mổ, lấy bỏ u xơ còn sót lại.
- Đốt điện cầm máu.
- Đặt mèche mũi.
- Đóng niêm mạc mũi, đóng nắp xương, đóng da 2 lớp.
- Kiểm tra họng sạch.
- Ngưng phẫu thuật.

❖ *Hậu phẫu:*

- Chăm sóc:
 - + Ngày 1 – 3: nằm viện, dùng kháng sinh (TM), corticoid, giảm đau, kháng H1. Chế độ ăn của bệnh nhân: sữa, soup, cháo.
 - + Ngày 4: rút mèche mũi.
 - + Ngày 7: nội soi kiểm tra, cắt chỉ, xuất viện.
 - Tái khám:
 - + Tuần 1 (sau xuất viện): đánh giá vết mổ, cấp toa.
 - + Tái khám phòng soi định kỳ mỗi 2 tuần trong 2 tháng, 1 lần/tháng trong 6 tháng và sau đó tái khám mỗi 3 tháng.
- Thuốc: kháng sinh, kháng viêm, giảm đau, kháng dị ứng sử dụng 5 - 7 ngày.

❖ **Thuốc:**

- Kháng sinh:
 - + Nhóm Betalactam
 - Amoxicillin + Acid Clavulanic
 - ◆ Trẻ em: 30mg/kg x 2 - 4 lần/ngày (TMC).
 - ◆ Người lớn: 1g x 2 - 4 lần/ngày (TMC).
 - + Nhóm Cephalosporine
 - Cefuroxime 0,75g
 - ◆ Trẻ em: 30 – 100mg/kg/ngày (TMC).
 - ◆ Người lớn: 0,75g x 2 - 3 lần/ngày (TMC).
 - Cefotaxime 1g
 - ◆ Trẻ em: 50 - 150mg/kg/ngày (TMC).
 - ◆ Người lớn: 1 g x 2 - 3 lần/ngày (TMC).
 - Ceftazidime 1g hoặc Ceftriaxone 1g
 - ◆ Trẻ em: 25 - 150mg/kg/ngày (TMC).
 - ◆ Người lớn: 1g - 2g x 2 - 3 lần/ngày (TMC).
 - Cefepime:
 - ◆ Người lớn và trẻ >12 tuổi: 1 - 2g/lần x 2 lần/ngày (TM).
 - ◆ Trẻ em 50mg/kg/lần x 2 lần/ngày (TM).

- + Kháng sinh nhóm Quinolone
 - Ciprofloxacin 0,5g x 2 (uống) hoặc 0,2g x 2 lần/ngày (TTM).
 - Levofloxacin 0,5g x 1 lần/ngày (uống).
 - Moxifloxacin 0,4g x 1 lần/ngày (uống).
 - Ofloxacin 0,2g x 2 lần/ngày (TTM).
- + Nhóm Macrolid
 - Clarithromycin:
 - ◆ Người lớn 250 - 500mg x 2 lần/ngày (uống), hoặc 500mg x 2 lần/ngày (TTM).
 - ◆ Trẻ em: liều 7,5mg/kg x 2 lần/ngày (uống), không khuyến cáo dùng đường tiêm truyền.
 - Spiramycin:
 - ◆ Người lớn: 1,5 - 3 triệu UI x 3 lần/ngày (uống) hoặc 1,5 triệu UI x 3 lần/ngày (TTM).
 - ◆ Trẻ em: 50000 UI/lần x 3 lần/ngày, không dùng dạng tiêm truyền.
 - Azithromycin
 - ◆ Người lớn: 500mg/lần/ngày (uống).
 - ◆ Trẻ em: 10mg/kg/lần/ngày (uống).
- + Nhóm Lincomycin:
 - Clindamycine (Dalacin C):
 - ◆ Người lớn: 300mg/1viên x 3 lần/ngày (uống).
 - ◆ Trẻ em liều 8 - 16mg/kg/ngày chia 3 lần/ngày (uống).
- Kháng viêm:
 - + Steroid: có thể sử dụng dạng tiêm Methylprednisolone (Solumedrol 40mg) liều 0,5 - 1mg/Kg/ngày trong 3 - 5 ngày đầu sau đó chuyển sang dạng uống và giảm liều dần.
 - + Hoặc kháng viêm NSAIDs: Etodolac 200mg liều 1 viên x 3 lần/ngày,...
 - + Hoặc kháng viêm dạng men:
 - Alphachymotripsine 4,2mg (Alpha Choay) 2 viên x 3 - 4 lần/ngày.

Aescin 20mg liều 2 viên x 2 - 3 lần/ngày.

- Giảm đau: khi bệnh nhân đau, hoặc nhức đầu, hoặc sốt.
Người lớn: tùy mức độ đau
 - + Paracetamol 1g/100ml TTM C g/p 1chai * 2 - 3 lần/ngày.
 - + Hoặc uống paracetamol 0,5g hoặc 0,65g 1v * 2 - 4 lần/ngày.
- Trẻ em: paracetamol 10 - 15mg/kg * 3 - 4 lần/ngày.
- Trường hợp dị ứng paracetamol, hoặc đau nhiều sau mổ, có thể dùng một trong các loại kháng viêm sau:
 - ◆ Diclofenac: TB 75mg/2ml * 2 lần/ngày.
Hoặc 50mg 1v * 2 - 3 lần/ngày.
 - ◆ Ibuprofen 200mg: 1v * 2 - 3 lần/ngày.
(TE >6 tháng, và > 7kg dùng dạng siro liều: 5 - 10mg/kg * 2 - 3 lần/ngày).
- Thuốc cầm máu:
 - + Acid tranexamic: 10 - 15mg/kg/lần x 2 - 3 lần/ngày.
 - + Vitamin K (10mg/ml): 10 - 20mg/lần.

5. BIẾN CHỨNG VÀ XỬ TRÍ

5.1. Tai biến về gây mê: Tuột ống thở, tràn khí màng phổi -> theo dõi sát SpO₂.

5.2. Tai biến chảy máu

Có thể do động mạch bươm khâu cái, họng lên. Tai biến chảy máu nặng hơn trong các trường hợp khối u lan rộng vào đáy sọ não, dính vào các nhánh nuôi u từ động mạch cảnh trong.

-> Phải lấy hết khối u thì mới cầm được chảy máu diện bám. Phải đông điện thật kỹ diện bám u, và các nhánh nuôi dưỡng u.

-> Sau khi nhét bắc mũi tốt mà vẫn chảy máu, hoặc còn chảy nhiều trong, sau mổ sẽ phải kiểm tra bằng chụp mạch và nút mạch, hoặc thắt động mạch cảnh ngoài, hay thắt chọn lọc hàm trong.

Phải xem xét đánh giá lượng máu mất để truyền máu, bù máu cho đủ thông số huyết học, điện giải cần thiết. Phải theo dõi chặt mạch huyết áp của chế độ hộ lý cấp I cho các trường hợp chảy máu.

Chỉ định truyền máu:

- Trong lúc phẫu thuật: khi lượng máu mất > 1000ml ảnh hưởng đến mạch, HA.
- Sau phẫu thuật: Hct < 20% hay Hb < 7g/dl hay Hct < 25% nguy cơ chảy máu tiến triển.

5.3. Tai biến tắc mạch: như mù (tắc động mạch mắt). Khám hội chẩn chuyên khoa mắt, huyết học. Có thể phải thêm thuốc chống đông.

5.4. Rò dịch não tủy

Tai biến này gặp khi khối u đã lan rộng vào đáy sọ (không đúng cho chỉ định nội soi). Do khối u đã lan qua xoang bướm, các thành của xoang bướm, hoặc u phá hủy đỉnh ổ mắt để vào đáy sọ, hoặc u đã phá hủy cánh bướm lớn và nhỏ -> Các trường hợp rò dịch não tủy cần phải làm phẫu thuật bít lấp khuyết hở đáy sọ.

5.5. Tụ máu ổ mắt

Trong các khối u đã lan rộng ở vùng xoang sàng, hốc mũi, hay thành trong và đỉnh ổ mắt; ngay cả u còn nhỏ nhưng trong quá trình phẫu thuật bóc tách, có thể bị làm tổn thương cơ trực, các tĩnh, động mạch quanh ổ mắt gây tụ máu quanh ổ mắt -> cần phải kiểm tra cầm máu kỹ lại, thêm thuốc kháng sinh, thuốc cầm máu, giảm phù nề, và chống viêm và đề phòng giao cảm nhãn viêm.

6. PHÒNG NGỪA

Chủ yếu là chẩn đoán sớm để mổ nội soi sẽ dễ dàng bóc tách lấy bỏ triệt để u và tránh tái phát. Không có biện pháp nào phòng bệnh triệt để.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Beham A, Beham-Schmid C, Regauer S, Auböck L, Stammberger H: Nasopharyngeal angiofibroma: true neoplasm or vascular malformation? *Adv Anat Pathol* 2000, 7:36-46.

2. Liang J, Yi Z, Lianq P: The nature of juvenile nasopharyngeal angiofibroma. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2000, 123:475-481.
3. Mira Krstulja, Milodar Kujundžić, Adelaida Halaj3, Tamara Braut, Niko Cvjetković: Radiofrequency-induced thermotherapy of nasopharyngeal angiofibroma and immunohistochemical analysis of vessel proliferation: a case report. *Journal of Medical Case Reports* 2008, 2:278
4. Radkowsky D. Angiofibroma: Changes in staging and treatment. *Arch Otolaryngol Head and neck Surg*, Feb 1996: p122-129.
5. Scholtz AW. Appenroth E, Kammen-Jolly K, et al. Juvenile nasopharyngeal angiofibroma: Management and therapy. *Laryngoscope* 2001:111:681-7.