

VAI TRÒ CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI TRONG ĐIỀU TRỊ PAPILOME MŨI XOANG ĐẢO NGƯỢC

VÕ THANH QUANG - Bệnh viện Tai Mũi Họng trung ương

ĐẶT VẤN ĐỀ

Papillome đảo ngược là một khối u lành tính xuất phát từ thành bên hốc mũi và vùng ngách mũi giữa, do Ward và Michel de Cologne mô tả lần đầu tiên trên tạp chí The Lancet vào năm 1854. Về mô bệnh học, khối u gồm những nhú biểu mô phát triển ngược vào trong lớp đệm. Khối u này có thể mang tính xâm

lấn, lan vào các xoang cạnh mũi hoặc các cấu trúc quan trọng khác như hốc mắt, nền sọ... Đặc điểm của papillome là có khả năng tái phát cao và có thể trở thành ác tính (ác tính hóa).

Điều trị papillome đảo ngược căn bản là ngoại khoa, mục đích là lấy bỏ toàn bộ khối u để làm giảm

thiếu tái phát. Những phương pháp điều trị nội khoa chỉ mang tính bổ sung cho phẫu thuật (tia xạ, hóa chất, đốt lạnh...). Về kinh điển, việc lấy bỏ hoàn toàn khối u đòi hỏi phải thực hiện thông qua những phẫu thuật lớn ở vùng mặt: Phẫu thuật lột găng, phẫu thuật mở cạnh mũi, phẫu thuật Denker, phẫu thuật mổ xuyên vách ngăn ... Tuy vậy, mặc dù đã thực hiện những phẫu thuật lớn với phẫu trường rộng nhưng ở những hốc xoang sâu thì việc lấy bỏ hết tổ chức papillome vẫn gặp nhiều khó khăn, đồng thời để lại nhiều hậu quả nghiêm trọng về chức năng cũng như thẩm mỹ cho người bệnh.

Từ đầu thập kỷ 90 của thế kỷ trước, một số nhà TMH đã áp dụng kỹ thuật mổ nội soi mũi xoang và điều trị papillome đảo ngược (Wigand, Stammberger, Stankiewicz, Levine, Kamel.....). Việc sử dụng kỹ thuật này trong trường hợp u phát triển ở mức độ trung bình đã tận dụng được những ưu điểm hơn hẳn của phẫu thuật nội soi, đó là đạt được độ phóng đại lớn, cho khả năng quan sát kỹ càng nhờ vào các ống nội soi có góc nhìn khác nhau, thậm chí ở những vùng được coi là góc chết như xoang trán, xoang bướm và đáy xoang hàm.

Nghiên cứu được tiến hành tại khoa mũi-xoang bệnh viện Tai Mũi Họng trung ương nhằm đánh giá vai trò của phẫu thuật nội soi mũi xoang trong điều trị papillome đảo ngược mũi xoang thay thế cho một phần các phẫu thuật lớn vùng mặt.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

32 bệnh nhân papillome đảo ngược mũi xoang được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại khoa mũi xoang bệnh viện Tai Mũi Họng trung ương từ năm 2002 đến 6/2006.

2. Phương pháp nghiên cứu.

- Bệnh nhân được khám bằng nội soi trước mổ.
- Đánh giá bệnh tích và tình trạng hốc mũi xoang trên phim CT Scan.
- Phẫu thuật nội soi mũi xoang lấy hết bệnh tích u.
- Xét nghiệm mô bệnh học khối u.
- Theo dõi lâm sàng, nội soi để đánh giá kết quả và mức độ tái phát cũng như khả năng ác tính hóa.
- Thời gian và tần xuất theo dõi:
 - + 6 tháng đầu sau mổ : 1 lần/tháng
 - + 6 tháng tiếp theo : 1 lần/3 tháng
 - + Các năm tiếp theo : 2-3 lần/năm
- Trường hợp có tái phát:
 - + Lấy bỏ tổ chức papillome qua nội soi gây tê tại phòng khám.
 - + Kiểm tra bằng xét nghiệm mô bệnh học
 - + Tiến hành theo dõi như với 6 tháng đầu sau mổ

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Tuổi và giới.

Tuổi 48-73. Tuổi trung bình: 56

Giới	Số ca	Tỷ lệ
Nam	25	78%
Nữ	7	22%

2. Phân chia giai đoạn theo Krouse.

Giai đoạn	Số ca	Tỷ lệ %
I	6	19
II	9	28
III	17	53
IV	-	-
Tổng số	32	100

Những bệnh nhân ở giai đoạn IV được điều trị tại khoa khối u bằng phẫu thuật đường ngoài nên không thể hiện trong kết quả này.

3. Những triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất.

Số TT	Triệu chứng ngạt tắc mũi	Số ca	Tỷ lệ
1	Ngạt mũi	28	87,50
2	Chảy mũi đặc	26	81,25
3	Ngửi kém/mất ngửi	26	81,25
5	Đau nhức mắt	14	43,75
4	Đau nhức đầu	12	37,50
6	Chảy máu mũi	5	15,65

4. Vị trí khối u.

Vị trí	Số ca	Tỷ lệ
Vách ngăn	1	3,10
Lung cuốn dưới	2	6,20
Vùng PHLN+ X. sàng trước	9	28,20
X. hàm/ sàng / bướm	20	62,50
Tổng số	32	100%

5. Xét nghiệm mô bệnh học trước và sau mổ.

	Trước mổ	Sau mổ
Kết quả (+)	22	32
Tỷ lệ	68,8%	100%

6. Phẫu thuật:

4 loại phẫu thuật nội soi được sử dụng tùy theo mức độ lan tràn của bệnh tích

Phẫu thuật	Số PT	Tỷ lệ %
PT nội soi lấy khối u đơn thuần	3	9,4
PTNSCNMX	8	25,0
PTNS tiết căn MX	15	46,8
PTNS tiết căn mở rộng	6	18,8
Tổng số	32	100

7. Kết quả phẫu thuật.

Khả năng lấy tổ chức khối u:

- Lấy được sạch tổ chức u/ quan sát tốt: 28 trường hợp (87,5%)

- Còn sót bệnh tích trong mổ: 4 trường hợp (12,5%)

Bệnh tích còn sót được phát hiện qua nội soi trong 2 tuần đầu sau mổ

Tái phát:

- 14 bệnh nhân (43,8%) phát hiện có papillome tái phát đòi hỏi phải được lấy bổ sung:

+ 2 lần: 4 trường hợp (12,5%)

+ 3-5 lần: 8 trường hợp (25%)

+ > 5 lần: 2 trường hợp (6,25%)

+ Ác tính hóa: 1 trường hợp (3,12%)

BÀN LUẬN

Papillome đảo ngược là bệnh mũi xoang tương đối hiếm gặp, rất nhiều báo cáo chỉ có số lượng bệnh nhân dưới 30. Báo cáo được coi là lớn là của Hyams & Cs. 1971 với 149 bệnh nhân, Bielowicz & Cs., 1993: 61 bệnh nhân. Theo phân loại của Tổ chức Y tế thế giới, các papillome mũi xoang về mô bệnh học có thể chia thành 3 loại: Papillome exophytic hay papillome dạng hình nấm, papillome tế bào trụ, papillome đảo ngược. Theo đó, tỷ lệ chung của papillome đảo ngược là vào khoảng 0,75 – 1,5 ca/100.000 dân/năm và chiếm khoảng 70% tất cả các loại papillome mũi xoang.

Đặc trưng mô bệnh học của papillome đảo ngược là những nhú phát triển ngược vào trong lớp đệm và mang tính xâm lấn. Tất cả bệnh nhân của chúng tôi đều được kiểm tra về mô bệnh học trước mổ, sau mổ và đều có hình ảnh điển hình của papillome đảo ngược. Trước một bệnh nhân có nghi ngờ về lâm sàng (có khối u hình ảnh polip hoặc hình quả dâu ở một bên hốc mũi trên bệnh nhân ngoài 40 tuổi) chúng tôi đều cho làm xét nghiệm mô bệnh học trước mổ. Tuy nhiên trong số 32 bệnh nhân thì chỉ có 22 trường hợp sinh thiết trước mổ cho kết quả dương tính, chiếm tỷ lệ 68,7%, số còn lại đều được trả lời là polip mũi đơn thuần. Vì vậy, theo chúng tôi, bệnh cảnh lâm sàng cùng với chẩn đoán hình ảnh có giá trị gợi ý rất lớn để định hướng chẩn đoán bệnh.

Về tuổi và giới, theo các tác giả, bệnh thường gặp người lớn tuổi. nam nhiều hơn nữ. Trong số 32 bệnh nhân của chúng tôi, người ít tuổi nhất là 48, tuổi trung bình là 56. Phần lớn gặp ở nam giới: 25 trường hợp (78%).

Về phân chia giai đoạn, theo Krouse có thể chia sự phát triển của papillome đảo ngược mũi xoang thành 4 giai đoạn:

Giai đoạn I: Khối papillome chỉ phát triển ở 1 vị trí giải phẫu duy nhất trong hốc mũi (vách ngăn, lưng cuốn dưới...).

Giai đoạn II: Khối papillome lan đến 2 vị trí giải phẫu trong hốc mũi (vách ngăn- sàn hốc mũi).

Giai đoạn III: Khối papillome phát triển, lan vào các xoang cạnh mũi.

Giai đoạn IV: Khối papillome phát triển vượt ra ngoài hốc mũi xoang và xâm lấn vào các vị trí, cấu trúc xung quanh (hốc mắt, vòm mũi họng, màng não hoặc tổ chức mềm của mũi, mặt).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn bệnh nhân đến viện vào giai đoạn II hoặc III (26 bệnh nhân) chiếm 81%, tức là tổ chức u đã lan ra nhiều vùng trong hốc mũi và các xoang, đồng thời gây nên các triệu chứng cơ năng của mũi, đặc biệt là ngạt, tắc mũi. Chúng tôi không sử dụng phẫu thuật nội soi để điều trị papillome giai đoạn IV nên không có bệnh nhân trong lô nghiên cứu này.

Về vị trí, thường gặp nhất là các khối u xuất phát từ vùng PHLN và các xoang sàng trước rồi phát triển ra các xoang cạnh mũi khác (90,7%). Trong số 32

bệnh nhân, chỉ có 1 trường hợp là có papillome cả 2 bên hốc mũi, 31 trường hợp còn lại chỉ có ở 1 bên.

Về phẫu thuật, với các trường hợp giai đoạn I chỉ thực hiện kỹ thuật nội soi lấy u và một phần niêm mạc xung quanh. Khối u của vách ngăn chỉ lấy u và niêm mạc, giữ nguyên màng sụn và sụn vách ngăn. Các trường hợp khối u nằm tương đối khu trú trong vùng PHLN, chúng tôi tiến hành lấy u kết hợp với phẫu thuật nội soi chức năng mũi xoang. Trường hợp này thường phải lấy cả móm móc, bóng sàng, mỡ xoang hàm và xoang sàng trước dẫn lưu (8/32= 25%). Với các khối u lan ra nhiều xoang, chúng tôi sử dụng phẫu thuật nội soi tiết căn, mở rộng các xoang, dùng optique 0, 30, 45, 70 để quan sát và lấy sạch bệnh tích, làm sạch niêm mạc tổn thương (15/32=46,9%). Có 6 bệnh nhân, khối u lan ra những vùng khó, đặc biệt là vùng đáy xoang hàm 2 bên, có thể quan sát được bằng optique 70 nhưng việc lấy sạch rất khó khăn, chúng tôi phải tiến hành phẫu thuật nội soi tiết căn mở rộng, ngoài việc mở rộng các xoang, chúng tôi lấy bỏ phần lớn vách mũi xoang tạo nên 1 hốc lớn gồm xoang hàm và hốc mũi, qua đó mới có thể lấy sạch được bệnh tích và kiểm soát được tái phát sau mổ. Có tác giả đặt tên cho phẫu thuật này là “phẫu thuật nội soi cắt phần giữa xương hàm” (Endoscopic Medial Maxillectomy) [4].

Về kết quả phẫu thuật, phần lớn các trường hợp lấy sạch được tổ chức u, quan sát kiểm tra được tốt toàn bộ hốc mũi – xoang (28 trường hợp = 87,5%), 4 trường hợp chúng tôi đánh giá là còn sót bệnh tích trong mổ khi khám lại trong 2 tuần đầu sau mổ, phát hiện qua nội soi còn tổ chức u sót lại. 14 bệnh nhân (43,8%) trong quá trình theo dõi, phát hiện có papillome tái phát, chúng tôi tiến hành lấy bỏ tổ chức u dưới nội soi và gây tê tại chỗ ngay tại phòng khám, trong đó có những bệnh nhân phải lấy u tái phát đến 5-6 lần. Một bệnh nhân tái phát nhiều lần, khi thử lại xét nghiệm mô bệnh học có nghi ngờ là ác tính hóa (3%). Tỷ lệ tái phát này tương đương như số liệu của 1 số tác giả là trên 4% [1, 2, 3]. Chúng tôi không tiến hành điều trị tia xạ bổ sung sau mổ vì cũng có nhiều ý kiến cho rằng đó có thể sẽ là nguyên nhân dẫn đến thoái hóa ác tính [1].

KẾT LUẬN

Kể từ lần đầu tiên Stammberger năm 1981 báo cáo 15 bệnh nhân papillome đảo ngược mũi xoang được mổ hoàn toàn bằng nội soi, cho đến nay đã có khoảng hơn 500 bệnh nhân theo báo cáo của nhiều tác giả. Qua nghiên cứu này, chúng tôi rút ra kết luận sau:

Phẫu thuật nội soi có thể được sử dụng để điều trị papillome đảo ngược mũi xoang một cách hiệu quả ở các giai đoạn I, II, III.

Để đảm bảo được kết quả tốt lâu dài, cần chú ý mấy điểm then chốt sau:

Lấy sạch bệnh tích trong khi mổ

Theo dõi định kỳ đều đặn bằng nội soi

Tiến hành thủ thuật lấy khối u tái phát kịp thời và xét nghiệm mô bệnh học.

Để kết luận, xin trích lời của Kraft (2003): “ Đã đến lúc không nên coi phẫu thuật nội soi lấy papillome mũi xoang là kém triệt để hơn các phẫu thuật đường ngoài” .

SUMMARY

Objectives : Study the efficacy of endoscopic endonasal surgery for Sinonasal Inverted Papilloma (SIP).

Methods : 32 patients with SIP undergone surgery between 2002 and 6/2006 were evaluated by endonasal endoscopy, CT scan and pre-operative histopathologic examination of the tumor. The tumor were classified by its extensions using the staging system proposed by Krouse. The tumor was totally resected by endoscopic approach. The patients were followed up with the average time of 28.5 months by endoscopic rhinoscopy and CT Scan. If recurrences occur, the disease will be removed endoscopically under local aenesthesia and a histopathology control will be done.

Results : 32 patients aged from 48 to 73 (25 males, 7 females) were treated and followed. The sucessful treatment were evaluated in 28 patients (87.5%), 4 patients (12.5%) needed an endoscopic revision surgery during 6 months because of residual diseases. There is a rather high rate of recurrence in our serie, 14 patients (43.8%) have recurrent tumors who required one or more complementary resections of which 2 needs 6 times, 8 need 2-5 times and 4 patients need twice. The malignant transformation ratio is 3.12%.

Conclusions: Endoscopic endonasal surgery is an effective management for SIP . Total removal of the tumor is the key to a sucessful treatment, it requires a locating of original tumor or a large resection of the disease : complete endoscopic sinus surgery and/ or endoscopic medial maxillectomy. The endoscopic follow-up is very important, the recurrent tumor must be removed endoscopically and histopathology control should be done to eliminate the malignancy.

Keywords: endoscopic endonasal surgery, Sinonasal Inverted Papilloma.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bailey J. Byron, “*Head Neck Surgery – Otolaryngology*”, Vol. 1, J.B. Lippincott Company, Philadelphia. P. 356-357.

2. Miller R.H., Sturgis E.M, Sutton C.Z., “*Neoplasms of the Nose and Paranasal Sinuses*”, Otorhinolaryngology- Head & Neck Surgery, 15 th edition, Ballenger JJ., Snow J.B, Williams & Wilkins 1996.

3. Moreau L., “*Les papillomes inversés nasosinusiens: à propos de 38 observations*”. These pour le doctorat en Medecine-Lille 1990.

4. Stankiewicz J.A, Girgis S.J., “*Endoscopic traitment of nasal and paranasal sinus inverted papilloma*”, Otolaryngol. Head Neck Surg. 109 : 988, 1993.

5. Sukenik M.A., Casiano R., “*Endoscopic Medial Maxillectomy for Inverted Papillomas of the Paranasal sinuses: Value of the Intraoperative Endoscopic Examination*”, Laryngoscopie 110 : Jan. 2002, 39-42.