PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ CUỘN NHĨ TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG CẦN THƠ NĂM 2021

***Phạm Xuân Huyên*[*], *Hồ Lê Hoài Nhân*[*], *Phạm Thanh Thế*[**]**

TÓM TẮT

***Mục tiêu**: U cuộn nhĩ là một u thần kinh nội tiết hiếm gặp, có thể chẩn đoán nhầm với một số bệnh lý về tai khác như viêm tai giữa cấp, viêm tai giữa thanh dịch, chấn thương tai... Vì vậy chúng tôi thực hiện báo cáo này nhằm góp phần giúp chẩn đoán chính xác u cuộn nhĩ và phương pháp phẫu thuật bệnh lý này. **Phương pháp nghiên cứu**: Mô tả hai trường hợp được phẫu thuật u cuộn nhĩ bằng nội soi qua đường ống tai tại bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ. **Kết quả**: Cả hai trường hợp đều được chẩn đoán qua hỏi bệnh với triệu chứng ù tai, nặng tai, nghe kém tiến triển. Hình ảnh nội soi có một khối đỏ thẫm sau màng nhĩ và đập theo nhịp mạch. CTscan xương thái dương có hình ảnh khối mờ trong hòm nhĩ, thượng nhĩ và hạ nhĩ, không hủy xương bao quanh vịnh cảnh. Bệnh nhân được phẫu thuật bằng phương pháp nội soi đường trong ống tai mà không cần phải tắc mạch trước đó. Sau phẫu thuật bệnh nhân hết ù tai, nặng tai nhưng giảm sức nghe vì xương đe bị ăn mòn đã được gỡ ra trong lúc phẫu thuật. **Kết luận**: Bệnh lý u cuộn nhĩ có thể được chẩn đoán chính xác qua hỏi bệnh, nội soi. CTscan: vách xương quanh vịnh cảnh là một yếu tố rất quan trọng để phân biệt u cuộn nhĩ và u cuộn cảnh, đồng thời giúp đánh giá mức độ lan rộng của khối u, giúp tiên lượng và chọn phương pháp phẫu thuật thích hợp bằng qua nội soi hay sử dụng kính hiển vi.*

***Từ khóa*: u cuộn nhĩ, vách xương vịnh cảnh, phẫu thuật nội soi tai.**

GLOMUS TYMPANICUM TUMORS ARE OPERATED BY TRANSCANAL ENDOSCOPIC EXCISION IN CAN THO ENT HOSPITAL IN 2021

ABSTRACT

***Objective**: Glomus tympanicum tumors are rare, and can be confused with others common ear diseases such as acute middle ear infection,otitis media with effusion, ear trauma... So we do this report to help make an accurte diagnosis and choose proper surgical approach by transcanal endoscopy or microscopy. **Method**: Report two cases of glomus tympanicum tumors are operated by transcanal endoscopic excision in Can Tho ENT hospital. **Results**: Two cases are diagnosed by history of unilateral of tinnitus,ear fullness, progressive hearing loss. A red bulging, pulsating mass behind an intact tympanic membrane on endoscopy. CT.Scan showing presence of mass in mesotympanum, epitympanum, hypotympanum, and no eroding jugular bulb. The patients are operated by*

[*] Khoa Tai BVTMH Cần Thơ; [**] Bộ môn TMH trường ĐH Y Dược Cần Thơ.
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Xuân Huyên. ĐT: 0374610861; Email: xuanhuyen4688@gmail.com
Nhận bài: 3/2/2023. Ngày nhận phản biện: 14/2/2023
Ngày nhận phản hồi: 25/2/2023. Ngày duyệt đăng: 28/2/2023

transcanal endoscopic excision without embolization.Ajter treatment, the patients did not suffer tinnitus and ear fullness any more but they got hearing loss because the eroding incus bone was removed in the surgery. ***Conclusions****: Glomus tympanicum tumors are accurate diagnosed by history and endoscopy. Ctscan showing: the presence of eroding jugular bulb is the most important thing to distinguish glomus tympanicum and glomus jugu- lare, and asses the extending of the tumor to make a good surgical planning.*

Keywords: *glomus tympanicum tumor, eroding jugulare bulb, transcanal endoscopy.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U cuộn nhĩ là là một khối u xuất phát từ tế bào cận hạch dọc theo đoạn nhĩ của thần kinh Jacobson (IX^{th}) hoặc thần kinh Arnold (X^{th}) trong hòm nhĩ, nên còn được gọi là u cận hạch (paraganglioma). Khối u này lành tính và hiếm gặp, chiếm tỷ lệ < 0,5% khối u vùng đầu cổ, chúng xâm lấn tại chỗ và thường không hoạt động nội tiết.

Bệnh lý này thường gặp ở phụ nữ trung niên với các triệu chứng ù tai theo nhịp mạch, chảy máu tai tái diễn, nghe kém, cảm giác nặng trong tai... nên dễ chẩn đoán nhầm với các bệnh lý viêm tai do nhiễm trùng khác. Vì vậy chúng tôi thực hiện báo cáo vài ca lâm sàng đã được phẫu thuật tại Bệnh Viện Tai Mũi Họng Cần Thơ để góp phần giúp chẩn đoán chính xác và phương pháp điều trị bệnh lý này.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Trong năm 2021 bệnh viện chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật 2 trường hợp u cuộn nhĩ bằng phương pháp phẫu thuật nội soi đường trong ống tai.

Thiết kế nghiên cứu: báo cáo ca lâm sàng

Tiêu chẩn chẩn đoán

+ Triệu chứng lâm sàng: ù tai theo nhịp mạch, chảy máu tai tái diễn, nghe kém tiến triển, cảm giác nặng trong tai.

+ Hình ảnh nội soi: có một khối đỏ thẫm sau màng nhĩ và đập theo nhịp mạch.

+ Thính lực đồ: Nghe kém dẫn truyền hoặc hỗn hợp.

+ CTscan xương thái dương: có hình ảnh khối mờ trong hòm nhĩ, thượng nhĩ và hạ nhĩ, không hủy xương bao quanh vịnh cảnh.

Phân loại u cuộn nhĩ theo Glasscock - Jackson

+ Loại 1: khối u nhỏ giới hạn ở ụ nhô.

+ Loại 2: khối u lấp đầy hòm nhĩ tai giữa.

+ Loại 3: khối u lấp đầy tai giữa và lan rộng vào xương chũm.

+ Loại 4: khối u lấp đầy tai giữa, lan rộng vào xương chũm, hoặc xuyên qua màng nhĩ lấn vào ống tai ngoài, có thể lan đến phía trước tới động mạch cảnh trong.

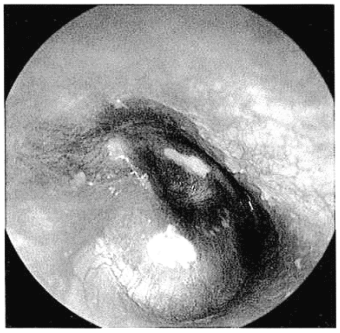
Phân loại u cuộn nhĩ giúp chúng ta có kế hoạch trước khi phẫu thuật như chọn phương pháp tiếp cận khối u bằng đường nội soi hay kính hiển vi, hoặc tắt mạch trước phẫu thuật.

3. KẾT QUẢ

- Ca lâm sàng 1:

Bệnh nhân Trần Thị Mỹ Ph., nữ, 45 tuổi, đến khám 20/01/2021 vì bị ù tai theo nhịp mạch hơn 7 tháng, sau đó cảm giác nặng trong tai và nghe kém dần, đã được điều trị nhiều nơi nhưng không giảm.

+ Tiến hành thăm khám qua nội soi: khối phồng màu đỏ lấp đầy sau màng nhĩ, đập theo nhịp mạch.



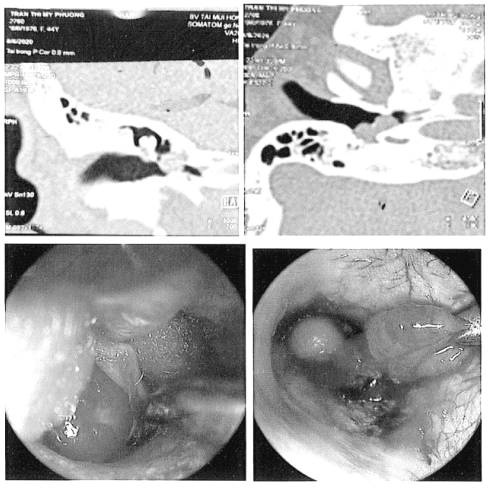
+ Tiến hành thăm khám qua nội soi:

+ Thính lực đồ: nghe kém hỗn hợp mức độ trung bình 45dB.

+ CTscan: Khối mờ nằm ở trung nhĩ và hạ nhĩ, chưa lan vào xương chũm, không hủy bao xương quanh vịnh cảnh.

+ Chẩn đoán u cuộn nhĩ độ 2 theo Glasscock- Jackson.

+ Phương pháp phẫu thuật: phẫu thuật nội soi đường trong ống tai. Tiêm tê dưới cốt mạc ống tai ngoài phải. Dùng dao khủy rạch vạt da hình quả đào bóc tách vào hòm nhĩ, quan sát thấy khối u lấp đầy hòm nhĩ, xâm lấn đến hạ nhĩ, bao quanh xương đe và xương bàn đạp; thấy khớp đe đạp gián đoạn, tiến hành gỡ xương đe. Dùng bông cầu tẩm adrenalin bóc tách từng thùy của khối u đến tận chân bám ở ụ nhô, dùngdụng cụ cắt trọn khối u. Tiến hành cầm máu kỹ.



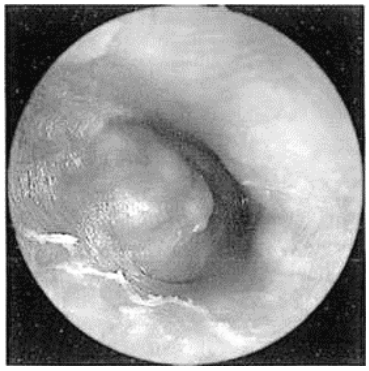
+ Kết quả: một tháng sau mổ bệnh nhân hết ù tai, hết nặng tai tạo điều kiện phẫu thuật tạo hình tai giữa.

- Ca lâm sàng 2:

Bệnh nhân Chương Thị Th.; nữ 46 tuổi, đến khám ngày 17/04/2022 vì đau tai, ù tai, nghe kém tai phải 4 tháng, kèm chảy mũi đục và nhức đầu.

Bệnh nhân chẩn đoán là viêm xoang cấp và viêm tai giữa ứ dịch. Sau khinhập viện bệnh nhân được tiến hành thêm các phương pháp cận lâm sàng khác và được chẩn đoán là u cuộn nhĩ.

- Hình ảnh nội soi: thấy một khối phồng màu hồng nhạt nằm ở góc sau trên của của màng nhĩ lan đến rốn nhĩ, đập theo nhịp mạch.



- Thính lực đồ: nghe kém dẫn truyền mức độ trung bình 50dB.

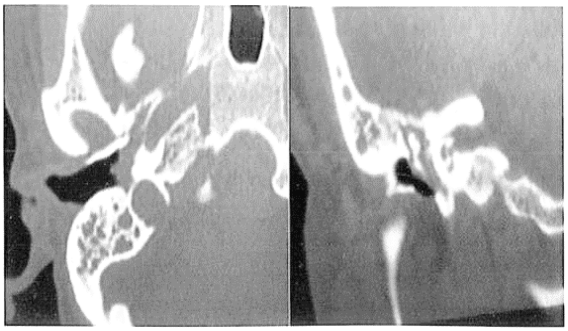
- CTscan: khối mờ toàn bộ hòm nhĩ lan đến thượng nhĩ và sào bào, không hủy bao xương quanh vịnh cảnh.

- Chẩn đoán u cuộn nhĩ độ 3 theo Glasscock- Jackson.

- Phương pháp phẫu thuật:

Tiêm tê da ống tai và dùng dao khuỷu rạch vạt da hình quả đào sao cho bộc lộ được hình chiếu của sào bào lên thành ống

tai (vị trí 1lh- 6h). Bóc tách vạt da vào hòm nhĩ thấy có dịch nhày chảy ra từ trung nhĩ và hạ nhĩ và khối u cuộn nhĩ làm hủy một phần tường thượng nhĩ và lan rộng hướng về sào bào. Dùng curret và khoan điện mở thượng nhĩ, sào đạo, sào bào; Hạ thấp tường dây VII để bộc lộ rõ khối u. Dùng dụng cụ mở mỏm cầu trước và sau thấy khối u bám chặt vào chuỗi xương con, tiến hành gỡ xương đe để kiểm soát khối u xâm lấn thượng nhĩ trong. Khối u lan đến thượng nhĩ trước, hố trên vòi và phần trên đoạn khủy dây VII. Tiến hành bóc tách toàn bộ khối u bắt từ sào bào, theo khối u bóc tách từ từ đến sào đạo, thượng nhĩ đến chân bám của khối u ở ụ nhô. Phủ lại vạch da ống tai lên tường dây VII và một phần hốc mổ sào bào.



- Kết quả: một tháng sau mổ bệnh nhân hết ù tai, hết đau tai, hốc mổ sào bào khô thoáng tạo điều kiện phẫu thuật tạo hình tai giữa để cải thiện sức nghe.

4. BÀN LUẬN

Cả hai ca lâm sàng chúng tôi đều tiến hành phẫu thuật bằng phương pháp nội soi đường ống tai vì khối u được đánh giá qua CTscan là độ 2 và độ 3, có xâm lấn đến sào bào nhưng do kích thước sào bào nhỏ nên chúng tôi có thể kiểm sát và lấy toàn bộ khối u qua nội soi. Về kỹ thuật phẫu thuật khối u cuộn nhĩ giống như phẫu thuật lấy khối cholesteatoma bằng phương pháp mở thượng nhĩ, sào bào nhưng máu chảy rất nhiều gây khó quan sát và thao tác nên mất nhiều thời gian hơn. Nguyên tắc phẫu thuật là mở rộng bộc lộ từ từ tất các các bờ của khối u, dùng bông cầu tẩm adrenalin bóc tách theo bờ của khối u dần dần đến chân bám của khối u ở ụ nhô để hạn chế chảy máu. Sau đó tìm các cấu trúc quan trọng như xương con và dây VII để tránh làm tổn thương. Cuối cùng cắt chân bám khối u tại ụ nhô để lấy trọn khối u. Phẫu thuật nội soi đường ống tai với góc quan sát trực tiếp vào khối u và các ngóc ngách của hòm nhĩ cũng như thượng nhĩ và sào bào giúp phẫu thuật viên dễ bóc tách và kiểm soát chảy máu. Việc phẫu thuật nội soi đường ống tai có thể thay đổi góc quan sát và cự ly tiếp cận giúp chúng ta có thể kiểm soát mức độ lan rộng của khối u và các cấu trúc quan trọng trong hòm nhĩ và sào bào.

KẾT LUẬN

U cuộn nhĩ dễ chẩn đoán nhầm với bệnh lý viêm tai giữa cấp hoặc viêm xương chũm, chấn thương tai giữa... Phương pháp phẫu thuật được đánh giá dựa vào mức độ xâm lấn của khối u tên CTscan. Phẫu thuật nội soi tai là phương pháp phẫu thuật ít xâm lấn và hiệu quả cao trong các bệnh lý tai giữa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Carren Teh Suilin(2020). Transcanal endoscopic excision of glomus tympanicum: A case report. Med J Malaysia Vol 75 No 2, March 2020.
2. Daneshi A, Asghari A, Mohenni s, Farhadi M, Farahani F, Mohseni M(2017). Total endoscopic approach in glomus tympanicum surgery. Iranian J Otorhinolaryngol 2017; 92(6): 305-11. 2.

3. Jackson CG, Welling DB, Chironis p, Glasscock ME, Woods Cl (1989). Glomus Tympanicum tumors: Contemporary concepts in conservation surgery. Laryngoscope 1989; 99:875-84.
4. Jackson CG, M. E. Glasscock, and p. F. Harris (1982), "Glomus tumors: diagnosis, classification, and management of large lesions," Archives of Otolaryngology—Head and Neck Surgery, vol. 108, no7, pp. 401-406, 1982.
5. Manjunath H. Anandappa, Sridurga Janart- hanan(2019). Glomus tympanicum type III - with delayed postoperative facial palsy: our experience. International J Otol. 2019.
6. Masafumi Ohki and Shigern Kikuchi(2019). A small glomus tympanicum tumor rescected by min-imally invasive transcanal endoscopic approach. Hindawi.2019.
7. Poliak N (2017). Endoscopic and minimal- World J Otorhinolaryngol Head Neck Surg 2017; 3(3):