

NHÂN 2 TRƯỜNG HỢP CHỈNH HÌNH CHUỖI XƯƠNG CON TỰ THÂN 1 THÌ Ở BỆNH NHÂN CHOLESTEATOMA BẨM SINH VÀ MẮC PHẢI TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG SÀI GÒN

Trương Kim Tri¹, Đỗ Kỳ Nhật², Đinh Tiến Trung³.

1.2.3. Bệnh viện Tai Mũi Họng Sài Gòn, Thành Phố Hồ Chí Minh

<https://doi.org/10.60137/tmhvn.v71i75.221>

TÓM TẮT

Mục tiêu: Rút kinh nghiệm trong chẩn đoán, tư vấn trước mổ và điều trị. Đưa ra sự kết hợp phương tiện tạo thuận lợi trong giải quyết bệnh tích. Tận dụng vật liệu tự thân nhằm phục hồi sức nghe tự nhiên và giảm chi phí điều trị.

Kết quả: Case 1: Giảm thính trung bình – nặng (III) trong khi màng nhĩ nguyên vẹn, tuy nhiên nghi ngờ bệnh tích trong tai giữa do màng nhĩ phồng, dày, đục. Giám đoạn chuỗi xương con/Ct scan. Tái khám sau 3 tuần: PTA 33,5 dB (cải thiện 24 dB), ABG: 23,75 dB (thu hẹp 15 dB). Ct scan sạch bệnh tích, trụ dẫn đúng vị trí. Không có biến chứng. **Case 2:** Giảm thính nhẹ (I) trong khi không thấy xương đe/Ct scan (không phù hợp giữa thính lực đồ và Ct scan) và nhiều bất thường/nội soi. Tái khám Sau mổ hơn 3 năm: Màng nhĩ và thượng nhĩ kín, PTA 20 dB (cải thiện 13,75 dB), ABG: 12,25 dB (thu hẹp 4 dB). CT scan: Chưa tái phát cholesteatoma, trụ dẫn đúng vị trí. Không có biến chứng.

Kết luận: Sự kết hợp hình ảnh nội soi, thính lực đồ và Ct scan đem đến chẩn đoán chính xác bệnh và định hướng can thiệp đúng. Kết hợp nội soi và kính hiển vi có thể giải quyết sạch bệnh tích, an toàn, cùng với phục hồi chức năng tai 1 thì hiệu quả trong điều trị bệnh lý cholesteatoma bẩm sinh cũng như mắc phải. Xương con tự thân có thể chỉnh hình thuận lợi, phục hồi sức nghe tự nhiên và giảm chi phí điều trị cho bệnh nhân.

Từ khóa: Cholesteatoma, chỉnh hình xương con tự thân 1 thì

Từ viết tắt: ABG : air bone gap, PTA : pure tone average

* Tác giả liên hệ: Trương Kim Tri ĐT: 0977763777 Email: bsnoitrudalat@gmail.com

Nhận bài: 20/4/2025

Ngày nhận phản biện: 24/5/2025

Ngày nhận phản hồi: 10/6/2025

Ngày duyệt đăng: 22/6/2025

SUMMARY

ON 2 CASES REPORT WITH ONE STEP AUTOGRAFT OSSICULAR CHAIN RECONSTRUCTION IN ACQUIRED AND CONGENITAL CHOLESTEATOMA IN SAIGON ENT HOSPITAL

Objective: Learning from diagnosis, preoperative consultation and treatment experience. Proposing the combination of instruments for more convenience in lesion solvage. Using the autograft for recovering the nature hearing and economizing on money for patient.

Results: Case 1: Moderately – severe hearing loss while the tympanic membrane is intact, however, a middle ear lesion is suspected due to a bulging, thickened, opaque tympanic membrane. Ossicular chain discontinuity on CT scan results. 3 weeks postoperative follow-up: PTA 33,5 dB (improving 24 dB), ABG: 23,75 dB (reducing 15 dB for ABG). Ct scan clean lesion, prosthesis in the proper place. No complication. Case 2: Mild hearing loss (I) without incus/Ct scan (inappropriate between audiogram and Ct scan) and multiple abnormalities/endoscopy. More than 3 years postoperative follow-up: Normal tympanic membrane, scutum and epitympanum region/endoscope, PTA 20 dB (improved 13.75 dB), ABG: 12.25 dB (4 dB narrowing). CT scan: No recurrence of cholesteatoma, newly linked ossicular chain. No complications.

Conclusion: The combination of endoscopic image, audiogram and Ct scan giving exactly diagnosis and orientating to proper treatment. Combination of endoscope and microscope giving a safe and good lesion solvage with effectively restoring of the hearing function at the same time in deal with acquired and congenital cholesteatoma. Ossicular chain reconstruction could be done conveniently with autograft, recovering the nature hearing and economizing on money for the patient.

Key words: Cholesteatoma, one-stage autologous ossicular reconstruction

Abbreviations: ABG : air bone gap, PTA : pure tone average

1. MỞ ĐẦU

Cholesteatoma có thể là nguyên nhân gây nên nhiễm khuẩn, chảy tai thối, giảm sức nghe, liệt mặt, dò mê đạo, và các biến chứng nội sọ như áp xe ngoài màng cứng, dưới màng cứng, viêm màng não, áp xe não, viêm tắc tĩnh mạch bên...

Trên thế giới: Năm 1938 nhà sinh lý học người Đức Johannes Mueller đã đặt tên gọi đầu tiên của tổn thương này là cholesteatoma, nhưng với nhận định sai lầm

là thành phần chủ yếu của cholesteatoma là mỡ. Năm 1890 Bezold cho là biểu bì vảy có thể lọt vào tai giữa qua lỗ thủng và phát triển thành cholesteatoma. *Trong nước:* Năm 2000, Nguyễn Tấn Phong đã đưa ra một giả thuyết về nguyên nhân gây cholesteatoma thượng nhĩ ở trẻ em: viêm va mạn tính dẫn đến viêm tai keo, rồi viêm tắc vòi nhĩ gây túi co kéo ở thượng nhĩ, dẫn đến hình thành cholesteatoma dạng túi ở thượng nhĩ. Năm 2004 Nguyễn Tấn Phong kết luận những trường hợp túi co kéo ở màng tròng sang giai

đoạn 4 (giai đoạn hình thành túi cholesteatoma) thì cần thực hiện kỹ thuật mở thượng nhĩ và đặt ống thông khí qua màng căng [2].

Về cấu trúc *đại thể*: Cholesteatoma là một khối u nang hình tròn hoặc hình bầu dục với sự đa dạng về mặt hình thái cũng như cấu trúc, bằng mắt thường chúng ta có thể thấy cholesteatoma là 1 u nang được bọc bên ngoài bởi 1 màng màu trắng ngà như ngọc trai và dai. *Vi thể*: Năm 1972 Lim và Sauders đã mô tả chi tiết về cấu trúc mô bệnh học của cholesteatoma là 1 khối biểu bì có 3 lớp. Lớp ngoài cùng là lớp quanh màng mái gồm có mô hạt, lớp mô vảy lát tầng sừng hóa (màng mái), lớp trong cùng chủ yếu là lipid, protein và cholesterolin [2].

Phân loại: gồm 2 loại chính là cholesteatoma bẩm sinh và mắc phải:

- *Cholesteatoma bẩm sinh*: là do phần biểu bì của bào thai còn sót lại. Tiêu chuẩn chẩn đoán cholesteatoma bẩm sinh theo Levenson năm 1989, thêm nữa những đợt viêm tai giữa mà không có sự chảy tai thì cũng không phải là tiêu chuẩn loại trừ cholesteatoma bẩm sinh. Độ tuổi trung bình là 4,5 tuổi và nam hay gặp hơn nữ 3:1.

+ Cholesteatoma bẩm sinh có các thể tai giữa, xương đá, xương chũm, mặc dù không phổ biến, nhưng đã được ghi nhận và mô tả kỹ lưỡng trong tài liệu, trong đó thể tai giữa hay gặp nhất. Theo Kojima, tổn thương được xác định ở tai giữa 41,3% và đỉnh xương đá 1,6%. Cholesteatoma tiến triển mà lan từ tai giữa vào hang chũm là 55,6% và nhiều cholesteatoma được tìm thấy ở 1,6% [3].

+ S Abdul Jalil (2016), báo cáo 2 trường hợp cholesteatoma bẩm sinh 13 và 18 tuổi, 1

trường hợp chỉ giải quyết được bệnh tích, trường hợp còn lại phục hồi được chức năng thính giác 1 thì qua chỉnh hình tai giữa [5]. Kojima H (2006), báo cáo nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả phẫu thuật cholesteatoma bẩm sinh, cho biết phương pháp tái tạo trụ dẫn từ đế xương bàn đạp là hay sử dụng nhất để chỉnh hình chuỗi xương con [3]. Takagi T (2014), báo cáo nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, triệu chứng biểu hiện và kết quả phẫu thuật cholesteatoma bẩm sinh, phát hiện 2,8% trường hợp bị tái phát, phải phẫu thuật lại [6].

- *Cholesteatoma mắc phải*: Gồm 2 loại là cholesteatoma mắc phải tiên phát và thứ phát.

+ *Cholesteatoma mắc phải tiên phát* hay túi co kéo: Do đặc điểm cấu tạo của phần màng chũm là không có lớp xơ chống đỡ nên khi áp lực trong hòm nhĩ giảm mà chủ yếu là do tắc vòi nhĩ thì phần màng chũm sẽ bị hút vào phía bên trong và tạo nên túi co kéo.

+ *Cholesteatoma mắc phải thứ phát*: Cholesteatoma phát sinh khi góc $\frac{1}{4}$ sau trên của màng tai bị hút vào phía sau của tai giữa, giai đoạn đầu màng tai sẽ dính chặt vào ngành xuống của xương đe, sự co kéo sẽ tiếp tục đi vào phía trong và phía sau, màng tai sẽ đi vào các cấu trúc phía trên của xương bàn đạp và xâm lấn vào xoang nhĩ, với loại cholesteatoma này thì thường là nguyên nhân gây liệt mặt và phá huỷ các cấu trúc phía trên xương bàn đạp, và loại này thường rất khó phẫu thuật triệt để hay tái phát.

Vài nét về giải phẫu cho phẫu thuật: Tai giữa được chia làm 3 phần: *Thượng nhĩ*: phía trên máu ngấn của xương búa chứa đựng đầu xương búa, thân xương đe, các dây chằng và

các nếp niêm mạc, thành ngoài của nó là màng trùng có sức chống đỡ kém nên khi chức năng vòi nhĩ bị rối loạn làm giảm áp lực hòm nhĩ và màng trùng sẽ bị kéo vào. *Hạ nhĩ*. *Trung nhĩ*: chứa đưng xương bàn đạp, cành dài xương đe, cán búa, cửa sổ tròn, cửa sổ bầu dục, vòi nhĩ nằm ở phía trước của trung nhĩ. Trong trung nhĩ có 2 ngách rất khó quan sát trực tiếp là ngách mặt và xoang nhĩ, đây là nơi hay gây nên sót cholesteatoma trong phẫu thuật [2].

2. BÁO CÁO CA BỆNH

Case 1: Bệnh nhân nam, V.X.T, sinh năm 1991, dân tộc Kinh, làm công nhân, nhà ở Bình Định. Nghe kém + ù tai (T) cách nhập viện khoảng 5 năm, không có nhu cầu điều trị, tình cờ đi khám sức khỏe, giám định để hoàn tất hồ sơ xuất khẩu lao động, khám nội soi tai thấy bất thường ở hòm nhĩ – màng nhĩ, đo tai phát hiện nghe kém dẫn truyền, chụp phim ct scan tai – xương thái dương phát hiện tổn thương ở tai giữa và xương chũm, nên xin -> vô viện hội chẩn phẫu thuật.

Tiền sử: Bản thân và gia đình: không có gì lạ. *Toàn thân:* Tổng trạng khá, không phát hiện gì bất thường. *Sinh hiệu:* ổn định. *Xét nghiệm tiền phẫu:* Tất cả trong giới hạn cho phép gây mê và phẫu thuật. *Nội soi Tai Mũi Hong:* Thấy hình ảnh bất thường ở hòm nhĩ (T), là 1 khối trắng phản ánh qua màng nhĩ kín, dày và trắng gần hết diện tích màng nhĩ. *CT Tai – Xương thái dương:* Tai (T): Mô viêm lấp đầy hòm nhĩ bao quanh chuỗi xương con và lấp hang chũm + mờ dạng khối vùng trung nhĩ. Ống, thông hang không mở rộng. Chuỗi xương con: gián đoạn trụ dài xương đe. Tế bào chũm: mờ + xơ đặc thông bào chũm (T). Kết luận:

Viêm tai xương chũm (T) – có gián đoạn trụ dài xương đe – Td cholesteatoma. *Thính lực đơn âm:* Giảm thính dạng dẫn truyền độ III (T) – PTA 57,5 dB, ABG: 38,75 dB trung bình 4 tần số (500 Hz, 1000Hz, 2000 Hz, 4000 Hz). BC giảm đặc hiệu ở Ts 2000 Hz.

Phẫu thuật: Mở sào bào bằng khoan, sào bào hẹp nhiều xơ sùi. Mở thượng nhĩ cho đến khớp búa đe, sào đạo bị bít tắc do nhiều xơ sùi, tạo khối mô sùi lớn từ sào bào lan vào sào đạo, lấn lên màng não nhưng chưa thấy bộc lộ màng não, lấy khối bệnh tích gửi giải phẫu bệnh. Làm sạch bệnh tích ở sào bào, sào đạo, thượng nhĩ. Khoan mỏng scutum đường ống tai, gỡ xơ sùi quanh chuỗi xương con, kiểm tra chuỗi xương con mất liên tục, chỏm cành dài xương đe và nguyên xương bàn đạp bị hoại tử, chỉ còn cành ngắn xương đe và xương búa, cửa sổ bầu dục sạch. Tạo vạt da ống tai, màng nhĩ kiểu underlay, bóc tách lấy trọn khối cholesteatoma ở tai giữa lan vào ngách nhĩ, xoang nhĩ, lên thượng nhĩ sào đạo, xuống cửa vòi eustachian gửi GPB. Bóc tách hết màng nhĩ ra khỏi xương búa. Cắt gân cơ căng màng nhĩ, xoay trục xương búa. Khoan cành ngắn xương đe còn lại, tạo trụ dẫn từ cán búa đến cửa sổ bầu dục. Kiểm tra dẫn truyền màng nhĩ đến cửa sổ bầu dục tốt, phản xạ cửa sổ tròn dương tính. Theo Kojima, tái tạo trụ dẫn từ đế xương bàn đạp là hay sử dụng nhất để chỉnh hình chuỗi xương con [3].

Tái khám: Sau mổ 3 tuần: Màng nhĩ kín, PTA 33,5 dB (cải thiện 24 dB), ABG: 23,75 dB trung bình 4 tần số (500 Hz, 1000Hz, 2000 Hz, 4000 Hz), thu hẹp 15 dB. Ct scan sạch bệnh tích, trụ dẫn đúng vị trí.

Bảng 1: Sức nghe trung bình trước – sau mổ tai (P)

PTA (dB) \ Tai	T
Trước mổ	57,5 (III)
Sau mổ	33,5
Cải thiện	24

Bảng 2: Thay đổi khoảng cách khí – xương sau mổ

Thay đổi khoảng cách đường khí – đường xương tai (T)					
Tần số (Hz) \ ABG (dB)	500	1000	2000	4000	Tổng
Trước mổ	55	30	30	30	38,75
Sau mổ	20	20	10	10	23,75
Cải thiện	35	10	20	20	15

Case 2:

Bệnh nhân nam, T. T. T. M. A, sinh năm 1992, dân tộc Kinh, làm công nhân viên, nhà ở Đà Lạt. Hay chảy tai, ù tai kèm nghe giảm (T) và hay đau tai về đêm cách nhập viện khoảng 4 năm, khám điều trị nhiều nơi không khỏi. Nội soi tai thấy bất thường ở hòm nhĩ – màng nhĩ – thượng nhĩ, đo tai nghe kém dẫn truyền, chụp Ct scan tai – xương thái dương phát hiện tổn thương ở tai giữa và xương chũm, nên xin vô viện hội chẩn phẫu thuật.

Tiền sử: Bản thân và gia đình: không có gì lạ. Toàn thân: Tổng trạng khá, không phát hiện gì bất thường. Sinh hiệu: ổn. Xét nghiệm tiền phẫu: Trong giới hạn cho phép gây mê và phẫu thuật. Nội soi Tai Mũi Họng: Tai (T): Màng căng lõm, trừ ¼ sau trên phòng, trắng bên dưới, tù góc sau trên. Thủng màng chũm, thượng nhĩ trước sụp lõm, đọng dịch tiết và vảy. CT Tai – Xương thái dương: Tai (T): Mờ đặc hòm nhĩ, hang chũm. Chuỗi

xương con: không thấy cấu trúc xương đe. Tế bào chũm: mờ + xơ đặc thông bào chũm. Kết luận: Viêm tai xương chũm mạn (T) – có tổn thương mất cấu trúc xương đe – Td cholesteatoma. Thính lực đơn âm: Giảm thính dẫn truyền **độ I** (T) – PTA 33,75 dB, ABG: 16,25 dB trung bình 4 tần số (500 Hz, 1000Hz, 2000 Hz, 4000 Hz). BC giảm đặc hiệu ở Ts 2000 Hz so với các tần số khác (nhưng vẫn trong giới hạn thường – 25dB).

Phẫu thuật: Mở sào bào bằng khoan, sa màng não vào sào bào, sào bào hẹp nhiều xơ sùi + cholesteatoma (GPB). Mở thượng nhĩ cho đến đầu xương búa, nhiều xơ sùi + cholesteatoma. Làm sạch bệnh tích ở sào bào, sào đạo, thượng nhĩ, kiểm tra chuỗi xương con bị khối nghi cholesteatoma bao kín, huỷ toàn bộ xương đe, huỷ màng chũm và ¼ sau trên màng căng. Làm sạch bệnh tích, lấy đầu xương búa khoan tạo trụ dẫn, đặt trên đầu xương bàn đạp, đặt mảnh sụn vành tai lên trụ dẫn, và đặt 1 mảnh sụn vành tai che khuyết xương thành sau ống tai – trên mảnh sụn ban đầu. Đặt mảnh ghép ôm lấy cán búa, Kiểm tra chuỗi dẫn truyền qua trụ dẫn ổn định. Theo Kojima, phương pháp tái tạo trụ dẫn trên xương bàn đạp là hay sử dụng thứ 2 để chỉnh hình chuỗi xương con [3].

Tái khám: (T): Sau mổ hơn 3 năm: Hình ảnh màng nhĩ, scutum và vùng thượng nhĩ kín bình thường trên nội soi, PTA 20 dB (cải thiện 13,75 dB), sức nghe bình thường, ABG: 12,25 dB trung bình 4 tần số (500 Hz, 1000Hz, 2000 Hz, 4000 Hz), thu hẹp 4 dB. Ct scan: Chưa tái phát cholesteatoma, trụ dẫn đúng vị trí. Không có biến chứng.

Bảng 3: Sức nghe trung bình trước – sau mổ tai (T)

Tai T	PTA (dB)
Trước mổ	33,75 (II)
Sau mổ	20
Cải thiện	13,75

Bảng 4: Thay đổi khoảng cách khí – xương sau mổ

Tần số (Hz) ABG (dB)	500	1000	2000	4000	Tổng
Trước mổ	30	25	5	5	16,25
Sau mổ	10	12	15	12	12,25
Cải thiện	20	13	- 10	- 7	4

3. BÀN LUẬN

Về chẩn đoán, bệnh cholesteatoma bẩm sinh là 1 bệnh tương đối không phổ biến. Chẩn đoán dựa vào hình ảnh 1 khối trắng ở giữa mặt trong màng nhĩ với không có tiền sử chảy tai trước đó hoặc thủng màng nhĩ hoặc các can thiệp về tai trước đó. Mặc dù hầu hết bệnh nhân đến phàn nàn vì nghe kém. Một số trường hợp không để ý đến tình trạng bệnh của mình cho đến khi được cho biết rằng họ có màng nhĩ bất thường. Theo nghiên cứu của Kojima và cộng sự cho kết quả 60,3% bệnh nhân của họ thể hiện nghe kém là than phiền chính, trong khi đó 17,5% bệnh nhân lần đầu đi khám vì đau tai [3]. Theo Tagaki, hơn 50% bệnh nhân bị cholesteatoma bẩm sinh giai đoạn sớm không có triệu chứng được chẩn đoán bởi có dịp ghé khám tại phòng khám, trong khi đó nghe kém là than phiền chính ở giai đoạn tiến triển [6]. Trường hợp của chúng tôi, bệnh nhân tình cờ đi khám sức khỏe, khám nội soi tai thấy bất thường ở hòm nhĩ – màng nhĩ, đo tai phát hiện nghe kém dẫn truyền, chụp phim ct scan tai phát hiện tổn thương ở tai giữa và

xương chũm, nên xin vô viện hội chẩn phẫu thuật.

Như chúng ta đã biết, cholesteatoma bẩm sinh xu hướng tiến triển xâm lấn và thường hiện diện ở giai đoạn trễ. Bệnh nhân của chúng tôi phát hiện cũng khá trễ, 27 tuổi. Theo Kojima, tuổi trung bình trong nghiên cứu là 13.3 tuổi. Qua thời gian, cholesteatoma phát triển có thể lan rộng, phá hủy các thành phần trong hòm nhĩ, hang chũm và xương chũm. Biến chứng của cholesteatoma bẩm sinh bao gồm giảm sức nghe và áp xe nội sọ. Chẩn đoán của cholesteatoma bẩm sinh thường dựa vào khám lâm sàng và nội soi tai. CT scan của xương thái dương được thực hiện để đánh giá tổn thương lan rộng của nó, bộc lộ những biến chứng và phát hiện các biến đổi giải phẫu cũng như để chuẩn bị cho cuộc phẫu thuật [3].

Phương pháp điều trị cho cholesteatoma dù bẩm sinh hay mắc phải đều là phẫu thuật. Mục đích chính là loại bỏ bệnh tích phục hồi lại tai sạch khỏe mạnh cho bệnh nhân. Mục đích thứ hai không kém phần quan trọng là phục hồi sức nghe. Tiên lượng bệnh tùy thuộc vào vị trí của tổn thương, tuổi của bệnh nhân, mức độ chuỗi xương con bị tổn thương và số lượng các vị trí tổn thương liên quan.

Về cách can thiệp, chúng tôi chọn phương án kết hợp giữa nội soi đường trong tai và kính hiển vi, vì bệnh tích vừa lan rộng ở tai giữa và vùng xương chũm. Theo đường trong ống tai, qua nội soi bóc tách vạt da ống tai – màng nhĩ để bộc lộ khối cholesteatoma, cố gắng giữ nguyên màng nhĩ (nếu màng nhĩ

còn tốt và phân tách rõ khỏi khối cholesteatoma và bóc trọt khỏi cholesteatoma, khối cholesteatoma lan rộng khắp tai giữa lan vào ngách nhĩ, xoang nhĩ, lên thượng nhĩ sào đạo, xuống cửa vòi eustachian, lấy gửi giải phẫu bệnh. Chúng tôi chọn kết hợp phương tiện nội soi để thấy rõ các góc ngách hẹp mà kính hiển vi khó xoay chỉnh để nhằm tránh sót bệnh tích. Đồng thời đường rạch da sau tai được thực hiện để bóc lộ mặt ngoài xương chũm, mở sào bào lấy bệnh tích được nhanh chóng thuận lợi mà nội soi đường trong muốn can thiệp phải khoan nhiều vào thành sau ống tai.

Về hiệu quả, nếu có thể kiểm soát bệnh tích tốt, thì có thể phục hồi sức nghe cùng 1 thì, với sự kết hợp nội soi và kính hiển vi, chúng tôi đã kiểm soát tốt bệnh tích, bảo tồn màng nhĩ và chỉnh hình chuỗi xương con thuận lợi, kiểm tra sức nghe khi tái khám 3 tuần: PTA 33,5 dB (cải thiện 24 dB), ABG: 23,75 dB trung bình 4 tần số (500 Hz, 1000Hz, 2000 Hz, 4000 Hz), thu hẹp 15 dB. **Case 2 (sau 3 năm):** PTA 20 dB (cải thiện 13,75 dB), ABG: 12,25 dB trung bình 4 tần số (500 Hz, 1000Hz, 2000 Hz, 4000 Hz), thu hẹp 4 dB. Tuy nhiên kết quả còn cần theo dõi lâu dài, nhằm phát hiện sớm tái phát và xử lý kịp thời. Theo Takagi, phát hiện 2,8% tái phát, và phải phẫu thuật lại [6]. Theo Ergin Bilgin (2021), khuyết Carhart, được biết là đặc trưng cho bệnh xộp xơ tai, cũng có thể có trong viêm tai giữa mãn tính. Trong nghiên cứu của tác giả, sau chỉnh hình tai giữa, đã có sự cải thiện đáng kể về ABG ở tất cả các tần số trong khoảng 500-4000 Hz,

nhưng trái ngược với sự cải thiện AC, ngưỡng BC chỉ cải thiện đáng kể ở 2.000 Hz. Kết quả này cho thấy mất thính giác dẫn truyền ảnh hưởng đến ngưỡng BC và hiệu ứng này chủ yếu được thấy ở mức tần số cộng hưởng tai giữa. Phẫu thuật chỉnh hình tai giữa có thể cải thiện đáng kể ABG và mức BC ở 2.000 Hz trong các trường hợp viêm tai giữa mãn với chuỗi xương con nguyên vẹn và di động.

4. KẾT LUẬN

- Cholesteatoma bẩm sinh có những biểu hiện lâm sàng khác nhau. Nghe kém là triệu chứng biểu hiện phổ biến nhưng nó có thể được chẩn đoán tình cờ ở giai đoạn sớm.

- Việc phát hiện 1 khối trắng ở giữa phía trong 1 màng nhĩ bình thường cần được chuyển đến chuyên gia tai mũi họng để có thể chẩn đoán chính xác bệnh và can thiệp sớm, tránh được các biến chứng xa hơn.

- Kết hợp nội soi và kính hiển vi có thể được lựa chọn nhằm giải quyết tốt bệnh tích cholesteatoma lan rộng và thuận lợi.

- Chỉnh hình chuỗi xương con tự thân 1 thì nhằm phục hồi chức năng nghe nếu việc kiểm soát bệnh tích thuận lợi, tiết kiệm chi phí.

- Cần theo dõi lâu dài, để phát hiện sớm tái phát và xử lý kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Brackmann, Shelton, Arriaga, 2010, Otolologic surgery, 3rd editor.
2. <https://bstaimuihong.vn/cholesteatoma/>

3. Kojima H (2006), Congenital cholesteatoma clinical features and surgical results. Am J Otolaryngol. 27(5): PP. 299-305.
4. Richard R. Gacek, 2008, Ear surgery, Cholesteatoma, pp. 55-60.
5. S Abdul Jalil (2016), “Congenital cholesteatoma: Different clinical presentation in two cases”, Malays Fam Physician. 11(2-3): PP. 30–32.
6. Takagi T (2014), Clinical features, presenting symptoms, and surgical results of congenital cholesteatoma based on Potsic's staging system. Acta Otolaryngol.134(5): PP. 462-7.
7. Ergin Bilgin (2021), Diagnostic importance of the Carhart notch in patients with chronic otitis media, Ozgun Arastirma, Original research, 28(4): 585-590 doi: 10.17343