

CHOLESTEATOMA NGUYÊN PHÁT: ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CHẨN ĐOÁN, ĐỐI CHIẾU PHẪU THUẬT VỚI MÔ BỆNH HỌC VÀ PHÂN LOẠI

Cao Minh Thành^{1*}, Nguyễn Xuân Nam², Nguyễn Văn Hùng³, Đinh Thị Mai Phương⁴, Cao Minh Hưng⁵, Lê Thị Ánh Tuyết⁶, Bùi Thị Hà⁷, Nguyễn Thị Như⁸, Lương Bình An⁹, Nguyễn Bá Thuần¹⁰, Tạ Thị Thanh Hà¹¹

1. Đại học y Hà Nội, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

2.3.4.5.6.7.8.9.10.11. Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<https://doi.org/10.60137/tmhvn.v70i71.262>

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1- Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của cholesteatoma nguyên phát ở tai giữa, 2 - Đối chiếu kết quả phẫu thuật với mô bệnh học. **Thiết kế nghiên cứu:** hồi cứu 18 trường hợp từ 1/2021 đến tháng 12/2024, tại Bệnh viện đại học y- trường đại học y Hà Nội. **Kết quả:** cholesteatoma nguyên phát thường không có triệu chứng về tai chiếm tỷ lệ 88,8%, phương pháp phẫu thuật nội soi mở hòm nhĩ đạt tỷ lệ thành công cao. Chụp cộng hưởng từ xương thái dương có tỷ lệ chẩn đoán đúng 100%. Khi cholesteatoma lan vào xương chũm luôn có gián đoạn xương con, phương pháp phẫu thuật mở hòm nhĩ và phẫu thuật xương chũm hạ thành ống tai xương, có thể kết hợp tạo hình xương con và thành sau ống tai, cần khám định kỳ. Tuổi trung bình là 5,6 (16 tháng- 12 tuổi), tỷ lệ Nam/Nữ= 5/1. **Kết luận:** cholesteatoma nguyên phát thường gặp ở góc phần tư trước trên và sau trên, giai đoạn II của cholesteatom nguyên phát thường gặp ở nửa trước và nửa sau màng nhĩ, không gây gián đoạn xương con do vậy thường gặp là nghe kém dẫn truyền mức độ nhẹ. Khi cholesteatoma lan vào xương chũm, gây gián đoạn xương con, sau phẫu thuật cần khám định kỳ để phát hiện sớm cholesteatoma tái phát.

Từ khóa: cholesteatoma nguyên phát.

* Tác giả liên hệ: Cao Minh Thành

Nhận bài: 05/09/2025

Ngày nhận phản hồi: 12/09/2025

ĐT: 0912888779

Ngày nhận phản biện: 09/09/2025

Ngày duyệt đăng: 16/09/2025

Email: caominhthanh@hmu.edu.vn

PRIMARY CHOLESTEATOMA: SYMPTOMS, DIAGNOSIS AND CLASSIFICATION

SUMMARY

The primary cholesteatoma: characteristic clinical, paraclinical symptoms and compare surgical with histopathological results. **Objective:** Describe the characteristic clinical and paraclinical symptoms of primary cholesteatoma in the middle ear, and compared with surgical and histopathological results. **Design:** A retrospective review of clinical, surgical and histopathological results. research site: Ha Noi Medical University Hospital. **Results:** Primary cholesteatoma usually has no ear symptoms, accounting for 88.8%, endoscopic tympanotomy has a high success rate. Magnetic resonance imaging of the temporal bone has a 100% correct diagnosis rate. When cholesteatoma spreads to the mastoid bone, there is always a disruption of the ossicles, tympanomastoidectomy to lower the wall of the ear canal, can combine ossicles and posterior wall of the ear canal, need regular check-ups. Average age is 5.6 (16 months - 12 years), male/female ratio = 5/1. **Conclusion:** Primary cholesteatoma is often found in the anterior and posterior quadrants, stage II of primary cholesteatoma is often found in the anterior and posterior half of the tympanic membrane, does not cause disruption of the ossicles, so mild conductive hearing loss is common. When cholesteatoma spreads to the mastoid bone, causing disruption of the ossicles, periodic examinations are needed after surgery to detect early recurrence of cholesteatoma.

Keywords: Primary Cholesteatoma (PC), Children, Endoscopic Tympanotomy (ET)

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cholesteatoma trong tai giữa trẻ em được hình thành khi nào, ngay từ khi sinh ra đã có, hay được hình thành trong quá trình phát triển, vấn đề này hiện nay vẫn chưa có có bằng chứng khoa học tin cậy^{1,2,3,4}. Mặc dù Cholesteatoma ở tai giữa trẻ em đã được House⁵ lần đầu tiên mô tả 72 năm trước trong báo cáo ca lâm sàng cholesteatoma nguyên phát (primary cholesteatoma), sau đó Declark và Clemis đưa ra thuật ngữ cholesteatoma bẩm sinh (congenital cholesteatoma) vào năm 1965⁶, tuy nhiên cho đến nay nguồn gốc tạo thành cholesteatoma trong tai giữa trên bệnh nhân màng nhĩ còn nguyên vẹn vẫn chưa rõ ràng²,

khởi cholesteatoma trong tai giữa khi sinh ra đã có, hay hình thành trong quá trình phát triển của trẻ vẫn chưa có câu trả lời. Có một số giả thuyết sau; theo Jadczyzyn² sự hình thành và phát triển cholesteatoma bắt đầu từ thời kỳ bào thai và nó không đến thoái triển; Papaella và Rybak thì cholesteatoma phát triển từ màng ngoài bì của khe mang 1 và khe mang 2 của ống họng trong quá trình bào thai phát triển; Sade sự hình cholesteatoma là sự chuyển đổi từ tế bào biểu mô vảy trong hòm nhĩ thành tế bào sừng; Aimi¹ cho rằng trong thời kỳ bào thai tế bào biểu bì từ ống tai ngoài xâm nhập vào hòm nhĩ qua vòng khung nhĩ ở vị trí của lỗ trên vòi nhĩ, rồi sau đó phát triển thành cholesteatoma; Piza² và cộng sự cho rằng sự tạo thành cholesteatoma

là do các tế bào biểu mô vẩy vào tai giữa là do quá trình hút nước ối của bào thai; Michaels cho rằng sự tồn tại của tế bào biểu mô không sừng hóa còn sót lại ở lỗ trên loa vòi trong quá trình hình thành vòi nhĩ và màng nhĩ sau này phát triển tạo thành cholesteatoma². Tuy nhiên chưa có giả thuyết nào trong số này chứng minh một cách thuyết phục, vì vậy bệnh sinh cholesteatoma vẫn còn tranh cãi. Cholesteatoma nguyên phát thường phát triển chậm, không có triệu chứng trong giai đoạn đầu, chỉ có triệu chứng khi khối cholesteatoma chiếm hơn một nửa hòm nhĩ, nó có thể gây gián đoạn xương con, hoặc ăn mòn một phần xương con tùy theo giai đoạn. Ở giai đoạn đầu của cholesteatoma nguyên phát chúng ta tình cờ phát hiện ra vì trẻ đi khám do những lý do khác, ở giai đoạn muộn nếu khối cholesteatoma đã chiếm toàn bộ hòm nhĩ thì lại dễ chẩn đoán nhầm với viêm tai giữa cấp mủ. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục đích góp phần làm tăng khả năng chẩn đoán chính xác và hạn chế bỏ sót chẩn đoán bệnh cholesteatoma nguyên phát, với mục tiêu:

Mô tả các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của cholesteatoma nguyên phát ở tai giữa, đối chiếu với kết quả phẫu thuật và mô bệnh học.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Những trẻ em đến khám tại trung tâm tai mũi họng bệnh viện đại học y hà nội.

Thời gian nghiên cứu: từ 1/2021 đến 12 năm 2024

Số lượng nghiên cứu: 18

Tiêu chuẩn lựa chọn

Trẻ em < 16 tuổi

Tiền sử bệnh: không chấn thương, không phẫu thuật, không đặt ống thông khí, không rách màng nhĩ.

Khám nội soi tai mũi họng: chẩn đoán cholesteatoma nguyên phát

Chẩn đoán hình ảnh: chụp cắt lớp vi tính và MRI xương thái dương

Phẫu thuật: chẩn đoán là cholesteatoma

Mô bệnh học: cholesteatoma

Tiêu chuẩn loại trừ

Phẫu thuật: không phải cholesteatoma

Mô bệnh học: không phải cholesteatoma

Người giám hộ: không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả

Thông số nghiên cứu

Tuổi, giới, lý do khám bệnh.

Triệu chứng: đau tai, ù tai, nghe kém, đầy nặng trong tai, hình ảnh nội soi tai

Cận lâm sàng: khối mờ trên phim CLVT, MRI

Phẫu thuật: loại phẫu thuật: nội soi mở hòm nhĩ, mở hòm nhĩ + thượng nhĩ, mở hòm nhĩ + xương chũm, vị trí khối cholesteatoma, xương con ăn mòn hay gián đoạn.

Mô bệnh học: cholesteatoma hay không.

Trang thiết bị nghiên cứu: hệ thống nội soi Karlstortz, dụng cụ phẫu thuật, máy chụp CLVT 128 dãy, MRI 1.5 Tesla.

2.3. Xử lý số liệu: phần mềm SPSS 20.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua duyệt mô của hội đồng khoa học kỹ thuật bệnh viện.

Đảm bảo giữ thông tin, bí mật của người bệnh. Chỉ thực hiện với mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ

Tuổi trung bình là 5,5, bé nhất là 16 tháng, lớn nhất là 12 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ (15/3) là 5:1 lần. Tỷ lệ gặp cholesteatoma nguyên phát trong tổng số cholesteatoma là 7,6% (138/18). Lý do đi khám bệnh: đau tai có 2/18, ù tai và nghe kém 1/18, đi khám vì sốt và chảy mủ mũi là 15/18

Hình ảnh nội soi màng nhĩ thấy 18/18 trường hợp màng nhĩ còn nguyên vẹn, khối màu trắng nằm phía trong màng nhĩ ở góc trước trên màng nhĩ dính sát vào cán búa chiếm tỷ lệ 27,8% (5/18), ở góc sau trên dính vào cán búa là 16,7% (3/18), không gặp trường hợp nào ở góc trước dưới và góc sau dưới. Khối màu trắng chiếm một nửa trước màng nhĩ chiếm tỷ lệ 22,2% (4/18), chiếm một nửa sau màng nhĩ là 22,2% (4/18), chiếm một nửa dưới của màng nhĩ chiếm 5,6% (1/18), chiếm toàn bộ màng nhĩ là 5,6% (1/18). Trong số này gặp 2 trường hợp đi khám vì đau tai, một trường hợp đã được

chẩn đoán là viêm tai giữa cấp mũ bên phải độ 2 kèm theo ù tai và nghe kém, được điều trị kháng sinh 4 tuần không đỡ; một trường hợp chẩn đoán là viêm mũi xoang cấp biến chứng viêm tai giữa cấp mũ khu trú ở một nửa dưới màng nhĩ đã điều trị kháng sinh 3 tuần không đỡ (bảng 3.1)

Bảng 3.1. Lý do khám bệnh (N=18)

Lý do khám bệnh	n	%
Đau tai:	1	5,6
Ù tai	2	11,2
Nghe kém	2	11,2
Không có biểu hiện ở tai	13	72
Tổng	18	100%

Lý do khám bệnh chỉ gặp do tai có 28%, trong đó do đau tai 1 bệnh nhân (5,6), ù tai 2 bệnh nhân (11,2%, nghe kém 2 bệnh nhân (11,2%). Không có biểu hiện ở tai có nhiều hơn 13 bệnh nhân (72%).

Bảng 3.2. Triệu chứng thực thể (N=18)

Vị trí khối màu trắng dưới nội soi	n	%
Trước trên	5	27,8
Trước dưới	2	11,2
Sau trên	3	16,6
Sau dưới	0	
½ trước màng nhĩ	4	22,2
½ sau màng nhĩ	4	22,2
½ dưới màng nhĩ	0	
Toàn bộ màng nhĩ	0	
Tổng số	18	100

Đo sức nghe đơn âm được 7/18 trường hợp chiếm tỷ lệ 38,9%, 11/18 trường hợp không đo được vì trẻ không hợp tác chiếm tỷ lệ

61,1%. Trong các trường hợp đo được thì 7/7 là nghe kém dẫn truyền, có 6/7 trường hợp là nghe kém dẫn truyền nhẹ với PTA4 < 30 dB, 1 trường hợp nghe kém dẫn truyền trung bình với PTA4 42,5 dB.

Trên hình ảnh cắt lớp vi tính xương thái dương có khối mờ ở trong hòm nhĩ, tương ứng với hình ảnh nội soi tai, trong phẫu thuật chỉ 15/18 trường hợp khối cholesteatoma tương ứng với chẩn đoán trên phim trước phẫu thuật chiếm tỷ lệ 83,3%, còn 3/18 có khối cholesteatoma lớn hơn chẩn đoán trên phim chiếm tỷ lệ 17,7%. Phim chụp cộng hưởng từ 1,5 Tesla được thực hiện với 14/18 trường hợp, chiếm tỷ lệ 77,8%, hình ảnh khối mờ có tỷ trọng tổ chức mô, không có hình ảnh khuếch tán trên xung Diffusion là 100% (14/14).

Kết quả phẫu thuật cho thấy vị trí thực tế của khối cholesteatoma nằm trong hòm nhĩ khác với kết quả của chẩn đoán khi nội soi tai, vị trí góc trước trên trước khi phẫu thuật là 5/18 và sau khi phẫu thuật là 3/18, hai trường hợp là cholesteatoma chiếm một nửa trước của hòm nhĩ tới tận lỗ vòi nhĩ. Góc sau trên trước phẫu thuật là 3/18 trường hợp, trong phẫu thuật là 2/18 trường hợp, một trường hợp khối cholesteatoma đi qua phía trong xương búa ra góc trước trên, do vậy sau phẫu thuật có 1/18 trường hợp là cholesteatoma ở nửa trên của hòm nhĩ (bảng 3.1, bảng 3.2). Phương pháp phẫu thuật nội soi mở hòm nhĩ (Endoscopic Tympanotomy=ET) được thực hiện với

17/18 trường hợp chiếm tỷ lệ 94,4%, với đường rạch da ống tai khác nhau tùy theo vị trí của khối cholesteatoma trong hòm nhĩ. Trong 17 trường hợp phẫu thuật nội soi mở hòm nhĩ thì 16/17 trường hợp khối cholesteatoma dính vào cán búa và ngành xuống xương đe chiếm tỷ lệ 94,1%, 1/17 trường hợp không dính vào xương búa và xương đe là trường hợp khối cholesteatoma chiếm một nửa dưới của hòm nhĩ, phía trước khối lan vào trong lỗ vòi nhĩ. Có 1/18 trường hợp khối cholesteatoma lan vào thượng nhĩ và xương chũm chiếm tỷ lệ 5,6%, trường hợp này phẫu thuật nội soi mở hòm nhĩ và mở xương chũm (ETM- Endoscopic Tympano-Mastoidectomy), xương đe mắt ngành xuống, xương bàn đạp và xương búa còn, sau khi lấy sạch cholesteatoma đã tạo hình xương con, tạo hình tường thượng nhĩ và thành sau ống tai bằng sụn và màng sụn bình tai. Chỉ có 1/18 trường hợp có gián đoạn xương con, còn 17/18 trường hợp xương con không bị tổn thương hoặc tổn thương một phần nhỏ không ảnh hưởng đến tính liên tục của hệ thống xương con. Có 1/18 trường hợp không phải là cholesteatoma chiếm 5,6%, đó là trường hợp người bệnh 16 tháng tuổi, chẩn đoán là cholesteatoma nguyên phát góc sau trên, chỉ chụp cắt lớp vi tính xương thái dương và không chụp cộng hưởng từ, khi phẫu thuật tổn thương là dị cán xương búa. Còn 17/18 trường hợp phẫu thuật có kết quả chẩn đoán mô bệnh học là cholesteatoma chiếm tỷ lệ 94,4%. Có 7/18 trường hợp khối cholesteatoma dính với vòi nhĩ chiếm tỷ lệ

55,6% trong đó có 6 trường hợp là khối một trường hợp chiếm nửa dưới hòm nhĩ (cholesteatoma chiếm nửa trước hòm nhĩ và bảng 3.2).

Bảng 3.3. Đối chiếu phẫu thuật với mô bệnh học (N=18)

Vị trí khối màu trắng	Phương pháp phẫu thuật + mô bệnh học	Phương pháp phẫu thuật		Mô bệnh học	
		Nội soi mờ hòm nhĩ Endoscopic Tympanotomy (n,%)	Endoscopic Tympano-Mastoidectomy (n,%)	Choles (n,%)	Không choles (n,%)
Trước trên		3 (16,7)	0	2 (11,1)	1 (5,6)
Trước dưới		0	0		
Sau trên		2 (11,1)	0	2 (11,1)	0
Sau dưới		0	0		
½ trước hòm nhĩ		6 (33,4)	0	6 (33,4)	0
½ sau hòm nhĩ		4 (22,2)	0	4 (22,2)	
½ dưới hòm nhĩ		1 (5,6)	0	1 (5,6)	0
½ trên hòm nhĩ		1 (5,6)	0	1 (5,6)	0
Toàn bộ hòm nhĩ + thượng nhĩ+ xương chũm		0	1 (5,6)	1 (5,6)	0

4. BÀN LUẬN

4.1. Bàn luận về chẩn đoán và đối chiếu kết quả phẫu thuật với mô bệnh học

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 5,5 tuổi, bé nhất là 16 tháng tuổi, lớn nhất là 12, tương tự kết quả của Nelson là $5,6 \pm 2,8$ tuổi (2-14 tuổi), Kyoung-Ho có tuổi trung bình là 6,2 (2-14)7,8. Tỷ lệ nam/nữ= 5/1 (15/3) cao hơn so với kết quả của Kyoung-Ho là nam/nữ = 3,4/18, sự khác nhau này có thể cỡ mẫu nghiên cứu khác nhau. Triệu cơ năng và lý do vào viện do đau tai chiếm 5,6%(1/18), ù tai và nghe kém chiếm tỷ lệ 5,6% (1/18), gặp ở trẻ lớn và khối cholesteatoma chiếm toàn bộ hòm nhĩ và nửa dưới của hòm nhĩ, số trường hợp đến viện khám vì viêm mũi

xoang và không có triệu chứng về tai chiếm tỷ lệ 88,8% (16/18) tương tự như kết quả của Jadcyszyn và cộng sự trẻ bị cholesteatoma bẩm sinh không đau tai, không ù tai, không chóng mặt, không có tiền sử can thiệp vào màng nhĩ, gia đình không có ai bị cholesteatoma². Kết quả trong nghiên cứu của Kyoung-Ho có tỷ lệ không có triệu chứng về tai là 45,0%, đau tai chiếm 25.0%, ù tai chiếm 11,4%, kết quả nghiên cứu này có tỷ lệ không triệu chứng về tai cao và có triệu chứng về tai thấp hơn của Kyoung-Ho có thể do đối tượng nghiên cứu của Kyoung-Ho có tuổi trung bình cao hơn của chúng tôi, do vậy trẻ có sự nhận biết về các triệu chứng rõ ràng hơn trẻ nhỏ tuổi. Tỷ lệ gặp cholesteatoma nguyên phát trong tổng số

cholesteatoma là 7,6% (138/18), kết quả này cũng tương tự kết quả của Kyoung-Ho là 3,7-24%, của Richards và cộng sự là 5%8,9.

Đo sức nghe đơn âm được 7/18 trường hợp chiếm tỷ lệ 38,9%, chủ yếu là trẻ trên 7 tuổi, nghe kém dẫn truyền mức độ nhẹ chiếm 6/7 trường hợp, tương tự kết quả nghiên cứu của Kyoung-Ho có tỷ lệ nghe kém dẫn truyền mức độ nhẹ là 29,0% (10/35). Hình ảnh trên cắt lớp vi tính xương thái dương tương ứng với kết quả phẫu thuật chiếm tỷ lệ 83,3%(16/18), có 16,7% (3/18) tổn thương thực tế trong phẫu thuật lớn hơn so với kết quả chụp phim, hai trường hợp ở góc trước trên trên cắt lớp vi tính chuyển thành hai trường hợp khối cholesteatoma ở nửa trước hòm nhĩ, một trường hợp ở góc sau trên thành nửa trên của hòm nhĩ (bảng 3.1, bảng 3.2), theo Kyoung-Ho kết quả chẩn đoán đúng type của phim cắt lớp vi tính so với kết quả thuật là 85,7%². Phim cộng hưởng từ chẩn đoán tỷ lệ 100% (18/18) nghĩ đến hình ảnh cholesteatoma, kết quả phẫu thuật tỷ lệ cholesteatoma chiếm 94,4% (17/18) là cholesteatoma, còn 5,6% (1/18) là dị dạng cán xương búa.

Có 94,4% trường hợp được phẫu thuật nội soi mở hòm nhĩ lấy cholesteatoma, và 5,6% phẫu thuật nội soi mở hòm nhĩ kết hợp với mở xương chũm, trường hợp này được tạo hình xương búa – đe và tạo hình tường thượng nhĩ và thành sau ống tai. Trong 94,4% (17/18) được phẫu thuật nội soi mở hòm nhĩ, có một trường hợp không có

cholesteatoma, như vậy còn 16 trường hợp có cholesteatoma (bảng 3.2). Có hai trường hợp khối cholesteatoma nằm hoàn toàn ở góc ¼ trước trên chiếm tỷ lệ 11,1% (2/18), dính vào cán xương búa, không ăn mòn cán xương búa, phía trong của khối cholesteatoma liên tiếp với thành trong hòm nhĩ, tiếp xúc với xương của đoạn 2 dây VII, phía trên vẫn ở dưới dây chằng nhĩ búa trước. góc sau có 2 trường hợp chiếm tỷ lệ 11,1% (2/18), khối cholesteatoma dính ở phía ngoài vào mặt trong màng nhĩ và cán xương búa, phía trong dính vào ngành xuống xương đe và xương của đoạn 2 dây VII, nằm hoàn toàn ở dưới dây chằng nhĩ búa sau. Có 4 trường hợp khối cholesteatoma nằm ở nửa sau của hòm nhĩ chiếm tỷ lệ 22,2% (4/18), phía ngoài dính vào cán búa, phía trong dính vào ngành xuống xương đe và xương bàn đạp, dính vào phần xương của đoạn 2 dây VII, phía trên ở dưới dây chằng nhĩ búa sau. Một trường hợp khối cholesteatoma nằm ở nửa trên hòm nhĩ, chiếm tỷ lệ 5,6% (1/18), phía ngoài khối dính vào màng nhĩ, mặt trong của cán búa, phía trong dính vào xương đe, xương bàn đạp và phần xương đoạn 2 dây VII, phía trên ở dưới dây chằng nhĩ búa sau và nhĩ búa trước, phía dưới tới sát vòng khung nhĩ trước. Khối cholesteatoma ở nửa trước hòm nhĩ chiếm tỷ lệ 33,4% (6/18), phía trên dưới dây chằng nhĩ búa trước, phía sau dính vào cán búa, ở trước dính vào thành trước hòm nhĩ và vòi nhĩ, phía trong dính vào phần xương đoạn 2 dây VII ở trên và thành trong hòm nhĩ- vòi nhĩ ở phía dưới. ở nửa dưới của màng nhĩ gặp

1 trường hợp chiếm tỷ lệ 5,6% (1/18), khối cholesteatoma ở phía trên dính vào cán búa ở rón nhĩ, ở trước liên tục với thành trước hòm nhĩ và vòi nhĩ, ở sau liên tục với thành sau hòm nhĩ, ở dưới liên tục với thành dưới hòm nhĩ, ở ngoài dính với cán búa. Đặc điểm của khối cholesteatom nguyên phát rất dễ bóc ra khỏi các phần xung quanh, lấy được cả khối, mặc dù tiếp xúc với xương con nhưng không ăn mòn xương con. Kết quả của nghiên cứu này cũng tương tự kết quả của Kyoung-Ho, cholesteatoma nguyên phát giai đoạn 1 và 2 không tổn thương xương con trong phẫu thuật⁸, và tương tự như kết quả của Baljošević và cộng sự¹⁰ thực hiện nghiên cứu trong 5 năm với 17 trẻ thấy khối cholesteatoma ở vị trí sau trên là 25,0% (4/17), ở vị trí trước trên là 12% (2/17), ở nửa trên hòm nhĩ là 6% (1/17), nhiều hơn ¼ hòm nhĩ là 57% (9/17), lan vào xương chũm chiếm tỷ lệ 6% (1/17). Chúng tôi không gặp trường hợp nào có cholesteatoma nguyên phát ở 2 tai như Pasanisi¹¹ trong nghiên cứu này. Với kết quả nghiên cứu này có 7/18 trường hợp chiếm tỷ lệ 38,9% khối cholesteatoma xuất phát từ vòi nhĩ theo giả thuyết của Aimi, Michaels^{1,3}, nhưng không thể giải thích được cholesteatoma nguyên phát không liên quan gì đến lỗ trên của vòi nhĩ. Sự tạo thành cholesteatoma nguyên phát ở nửa trên và nửa sau của hòm nhĩ, không liên quan đến vị trí vòi nhĩ lại phù hợp với giả thuyết dị sản tế bào vảy của niêm mạc tầng trên của hòm nhĩ theo giả thuyết của Sade², hoặc theo các giả thuyết chôn vùi

biểu bì ở trong hòm nhĩ từ thời kỳ bào thai của Jadczyzyn, Papaella và Rybak². Như vậy chưa có giả thuyết thực sự giải thích được các vị trí hình thành của cholesteatoma bẩm sinh một cách đầy đủ, vì vậy bệnh sinh cholesteatoma cần được tiếp tục nghiên cứu. cũng như Cholesteatoma có từ khi sinh ra, hay nó hình thành cùng với sự phát triển của trẻ sau khi được sinh ra, vẫn chưa có bằng chứng khoa học chính xác.

4.2. Bàn luận về phân loại cholesteatoma nguyên phát

Về phân loại cholesteatoma nguyên phát hiện nay sử dụng phân loại của DeClark⁶ và Postic¹², đặc biệt là phân loại của Postic chia cholesteatoma bẩm sinh làm 4 giai đoạn được nhiều tác giả sử dụng, tuy nhiên ứng dụng trên thực tế lâm sàng thì phân loại này chưa đáp ứng được. Trên cơ sở phân loại Postic về cholesteatoma bẩm sinh, nhưng thực sự không có bằng chứng khoa học là trẻ sinh ra đã có cholesteatoma hay nó được hình thành sau khi trẻ sinh ra, vì vậy chúng tôi đưa ra phân loại cholesteatoma nguyên phát trên cơ sở thực tế gặp trong phẫu thuật và cách xử trí như sau:

Giai đoạn I: khối cholesteatoma nằm ở một vị trí ¼ hòm nhĩ, nằm dưới dây chằng nhĩ búa.

Giai đoạn II: khối cholesteatoma chiếm một nửa hòm nhĩ, nằm dưới dây chằng nhĩ búa, không gián đoạn xương con.

Giai đoạn III: khối cholesteatoma chiếm hơn một nửa hòm nhĩ

IIIa: khối cholesteatoma nằm dưới dây chằng nhĩ búa

IIIb: khối cholesteatoma vượt qua dây chằng nhĩ búa vào thượng nhĩ, xương con ăn mòn/gián đoạn

Giai đoạn IV: khối cholesteatoma lan vào xương chũm, xương con bị gián đoạn.

Xử trí cholesteatoma nguyên phát theo giai đoạn

Giai đoạn I,II, IIIa: mở hòm nhĩ

Giai đoạn IIIb: mở hòm nhĩ- thượng nhĩ

Giai đoạn IV: mở hòm nhĩ – xương chũm, có thể tạo hình xương con, thượng nhĩ và thành sau ống tai.

4. KẾT LUẬN

Cholesteatoma nguyên phát cơ chế bệnh sinh chưa rõ ràng, khi sinh ra đã có cholesteatoma trong hòm nhĩ hay hình thành trong quá trình phát triển của trẻ. Thường không có triệu chứng tai, do vậy khi khám cho trẻ em cần khám nội soi tai, mũi và họng để phát hiện ở giai đoạn sớm, biểu hiện là một khối màu trắng nằm phía trong màng nhĩ ở trẻ không có tiền sử can thiệp vào màng nhĩ. Cholesteatoma giai đoạn III dễ chẩn đoán nhầm với viêm tai giữa cấp mủ, cần chụp cộng hưởng từ xương thái dương để chẩn đoán. Phẫu thuật ở giai đoạn I,II,III của bệnh chỉ mở hòm nhĩ/ thượng nhĩ, ở giai đoạn IV của bệnh nên phẫu thuật mở hòm nhĩ và phẫu thuật xương chũm hạ thành xương ống tai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aimi K, Role of the tympanic ring in the pathogenesis of congenital cholesteatoma, *Laryngoscope*, 1983 Sep;93(9):1140-6. doi: 10.1288/00005537-198309000-00005
2. Jadczyzyn J, Karolina Raczowska-Łabuda, Lidia Zawadzka-Głos, Congenital cholesteatoma of the middle ear in children: a hidden pathology, *Borgis - New Medicine* ,4/2019 (supl); 127-134 | DOI:10.25121/NewMed.2019.23.4.127
3. Michaels L, Origin of congenital cholesteatoma from a normally occurring epidermoid rest in the developing middle ear, *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, February 1988; 15(1):51-65.
4. Persaud R, et.al, Evidence-based review of aetiopathogenic theories of congenital and acquired cholesteatoma, *The Journal of Laryngology & Otology*, 2007; 121(11).
5. House HP: An apparent primary cholesteatoma, case report. *Laryngoscope* 1953; 63: 712-713.
6. Declark EL, Clemis JD, congenital Cholesteatoma of the Middle Ear and Mastoid, *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 1965; 74: 706-727.

7. Nelson M et.al, Congenital Cholesteatoma: Classification, Management, and Outcome, *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 2022; 128:810-814.
8. Kyoung-Ho Park, Shi-Nae Park, et.al, Congenital Middle Ear Cholesteatoma in Children; Retrospective Review of 35 Cases, *J Korean Med Sci*, 2009 Feb 28;24(1):126–131.
doi: 10.3346/jkms.2009.24.1.126
9. Richards E, et.al, Congenital Mastoid Cholesteatoma, *J Int Adv Otol*, 2022Jul; 18(4) :308-314. doi: 10.5152/iao.2022.21450.
10. Baljošević I, Milicevic O, Popovic S, Surgical Treatment Of Congenital Cholesteatoma of Middle Ear at Children, *Acta Scientific Orthopaedics*, 2022 May 5(5).
11. Pasanisi E, Di Lella F, Vincenti V, Bacciu A and Bacciu S, Bilateral congenital cholesteatoma: report of an emblematic case, *B-ENT*, 2011, 7, 55-59.
12. Postic WP, et.al, A staging system for congenital cholesteatoma, *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 2002 Sep;128(9):1009-12. doi: 10.1001/archotol.128.9.1009