

POLYP KILLIAN QUA LỖ THÔNG XOANG SÀNG SAU VÀO HÓC MŨI: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Cao Minh Thành*, Nguyễn Xuân Nam*, Nguyễn Văn Hùng*,
Lê Duy Chung*, Cao Minh Hưng*, Nguyễn Bá Thuần*

TÓM TẮT

Polyp Killian hay còn gọi là polyp mũi sau là dạng polyp lành tính được hình thành do tổn thương biểu mô chế nhày trong xoang hàm, ngày càng phát triển to lên và đi vào hốc mũi qua lỗ thông xoang hàm, hướng về lỗ mũi sau, kích thước ngày càng lớn tới mức che kín hoàn toàn lỗ mũi sau^{1,2,3}. Polyp Killian là loại polyp đơn độc, biểu hiện bệnh một bên, ở người lớn polyp Killian chiếm tỷ lệ 3-5% viêm mũi xoang có polyp^{2,3}, nhưng chiếm tới 33% bệnh viêm mũi xoang có polyp ở trẻ em^{4,5,6,7}. Trong báo cáo này chúng tôi mô tả một trường hợp polyp lỗ mũi sau mà đi vào hốc mũi qua khe mũi trên, chưa tìm thấy trường hợp nào tương tự trong y văn.

Killian polyp passing post ethmoidal ostium into the nasal cavity: case report

Từ khóa: Polyp Killian, Polyp cửa mũi sau.

SUMMARY

A CASE OF KILLIAN POLYP THAT ENTERED THE NASAL CAVITY THROUGH THE SUPERIOR MEATUS

Killian polyp, also known as antrochoanal polyp (ACP), is a benign polyp formed by lesions the mucous epithelium in the maxillary sinus, growing larger and larger and entering the nasal cavity through the maxillary ostium, extension the nasalpharynx^{1,2,3}. Killian polyp is a solitary polyp, presenting unilateral disease, it is a common in the pediatric population covering up to 35% of nasal polyps in children. While it represents only 4-6% of all nasal polyps in adults^{4,5,6,7}. In this report, we describe a case of Killian polyp that entered the nasal cavity through the superior meatus, it has not been found in the literature.

Keywords: Killian polyp, antrochoanal polyp.

* Trường ĐHY Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Cao Minh Thành; Email: caominhthanh@hmu.edu.vn

Nhận bài: 30/7/2023

Ngày nhận phản biện: 10/8/2023

Ngày nhận phản hồi: 21/8/2023

Ngày duyệt đăng: 24/8/2023

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Polyp lỗ mũi sau đã được biết đến từ lâu, nhưng tới tận năm 1906 Killian là người đầu tiên mô tả cách phẫu thuật lấy polyp loại này, cách điều trị duy nhất là phẫu thuật, từ đó loại polyp lỗ mũi sau này còn được gọi là polyp Killian^{3,7,8,9}. Polyp Killian là polyp mũi đơn độc xếp vào nhóm u lành tính^{3,4,8}, chỉ có ở 1 bên của xoang hàm, gặp nhiều ở trẻ em hơn ở người lớn^{4,5,10}.

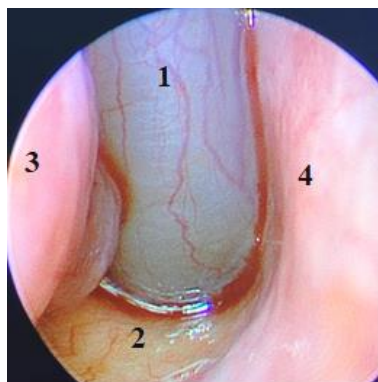
Cơ chế bệnh sinh của Polyp Killian có rất nhiều quan điểm khác nhau về sự phát triển của polyp như: có tác giả nghiên cứu thấy có sự liên quan giữa viêm mũi dị ứng với sự phát triển của polyp, tác giả khác lại chứng minh dị ứng hoàn toàn không liên quan tới sự hình thành của polyp Killian, và cho rằng quá trình viêm mạn tính là nguyên nhân chính hình thành polyp Killian⁶. Theo ElSharkawy cho rằng polyp Killian không phải do nguyên nhân dị ứng di truyền⁶.

Phẫu thuật là cách duy nhất để điều trị Polyp Killian, có thể phẫu thuật theo phương pháp Caldwell-Luc, cắt polyp đơn thuần, nội soi. Nội soi cũng có nhiều kỹ thuật như mở khe giữa lấy polyp, mở khe

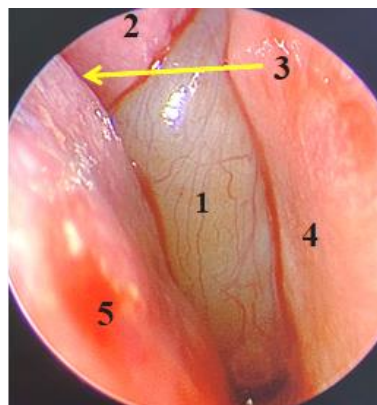
giữa mở lỗ thông xoang hàm typ III cổ điển hoặc mở lỗ thông xoang hàm typ III cải biên^{1,6}. Dù theo kỹ thuật nào thì mục đích phải đạt được của phẫu thuật là lấy sạch polyp, đặc biệt là lấy được phần chân bám của polyp ở trong xoang hàm để hạn chế tái phát^{1,6}.

2. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam 11 tuổi, vào Bệnh viện đại học y Hà Nội ngày 21.7.2021. Lý do vào viện ngạt tắc mũi hoàn toàn bên phải. Trước khi vào viện 3 - 4 tháng bệnh nhân thấy mũi phải ngạt ngày càng nhiều cho tới khi ngạt tắc hoàn toàn mới được gia đình đưa đi khám, chảy mủ mũi phải, giảm ngửi mũi bên phải, đau nhức mắt phải, nói giọng mũi kín, ngủ ngáy, không ho, không đau đầu, không có tiền sử dị ứng. Khám nội soi Tai Mũi Họng thấy họng bình thường, Amydal độ 2. Màng nhĩ hai bên bình thường. Mũi phải thấy khối u nhọt màu, bề mặt nhẵn che kín hoàn toàn phần sau của hốc mũi và khe giữa (hình 1), vách ngăn bình thường, mũi trái vách ngăn bình thường, hốc mũi sạch, thấy khối u nhọt màu, bề mặt nhẵn che kín trên 1/2 lỗ mũi sau, hút khối u thấy di động.



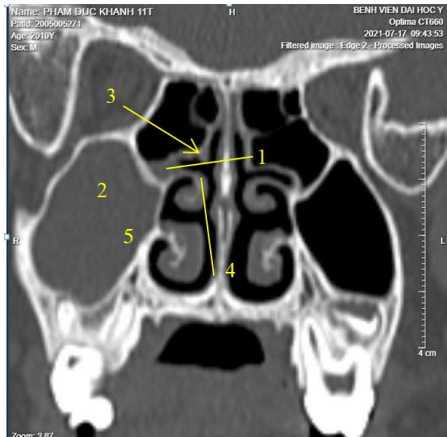
Hình 1A. Polyp Killian mũi phải
1. Polyp - 2. Sàn mũi - 3. Cuốn dưới



Hình 1B. Polyp Killian mũi phải
1. Polyp - 2. Cuốn giữa - 3. Khe giữa -

- 4. Vách ngăn

Chụp cắt lớp vi tính mũi xoang: xoang trán bình thường, xoang sàng bình thường, xoang bướm bình thường, xoang hàm trái bình thường, xoang hàm phải mờ toàn bộ,

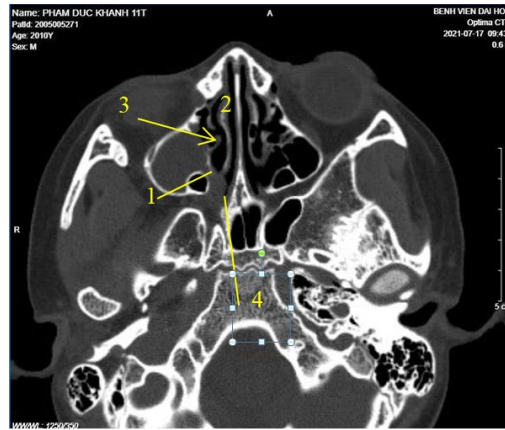


Hình 2A. Cắt lớp vi tính Coronal
1. Khe trên mờ - 2. Xoang hàm mờ toàn bộ
- 3. Cuốn trên - 4. Cuốn giữa - 5. Cuốn dưới

Bệnh nhân được gây mê nội khí quản, Phẫu thuật nội soi mũi phải với ống 4.0mm loại 0° và 45°. Nhìn thấy khối polyp che kín cả khe giữa phải và phần sau hốc mũi phải (hình 1B), dùng ống hút vào khối polyp

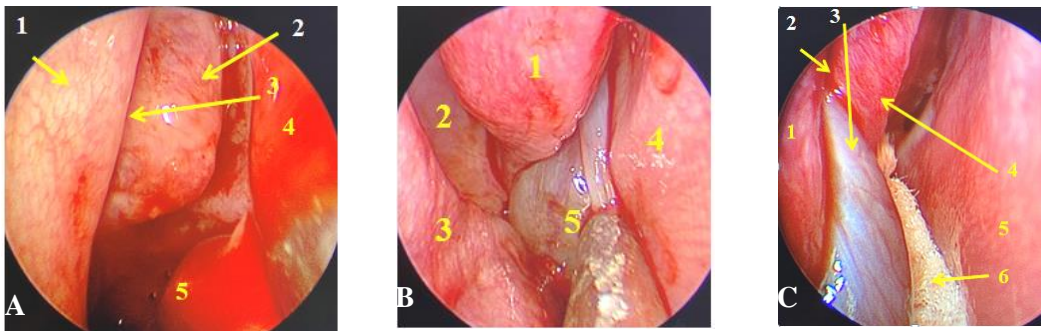
4. Vách ngăn - 5. Cuốn dưới

hốc mũi phải mở 1 phần, khối mờ che kín lỗ mũi sau phải và 1 phần lỗ mũi sau trái. Ở khe trên có một khối mờ, liên tục với khối mờ hốc mũi phải (hình 2)



Hình 2B. Cắt lớp vi tính Axial
1. khe trên mờ - 2. Cuốn giữa - 3. Cuốn trên
- 4. Hốc mũi mờ - 5. Cuốn dưới

thấy khối polyp không đi vào hốc mũi từ khe giữa (hình 3A, B), dùng Elevator đẩy cuốn giữa ra ngoài, thấy khối polyp đi qua phần sau của khe trên vào hốc mũi (hình 3 B,C).



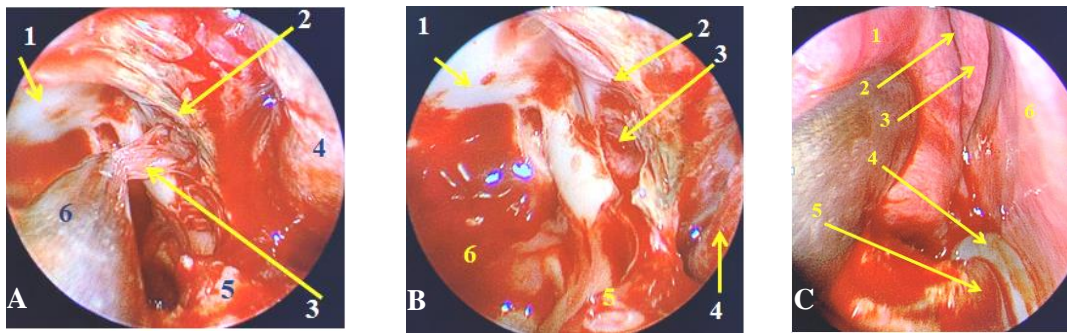
Hình 3. Hình ảnh nội soi khi phẫu thuật
Hình A: 1. Mỏm móc - 2. Bóng sàng - 3. Bờ tự do mỏm móc - 4. Phần đứng của cuốn giữa
- 5. Phần ngang của cuốn giữa. Hình B: 1. Cuốn giữa - 2. Khe giữa - 3. Cuốn dưới - 4. Vách ngăn
- 5. Polyp. Hình C: 1. Cuốn giữa - 2. Khe trên - 3. Polyp - 4. Cuốn trên - 5. Vách ngăn - 6. Meche

Lấy mỏm móc bằng Backbiter và Blackesley 90°, dùng Backbiter mở rộng lỗ

thông xoang hàm về phía trước, dùng Nasal cutting forceps mở rộng lỗ thông xoang

hàm về phía sau và phía dưới, trong lòng xoang là khối polyp, không thấy chân bám của polyp. Dùng Microdebrider với lưỡi cắt cong về trước và cong về sau 65° cắt polyp ở phần trên của xoang hàm, dùng Antrum grasping forceps lấy polyp ở phần đáy xoang hàm. Thấy chân polyp ở thành sau dưới của xoang hàm, dùng Dissection probe thăm dò thấy vị trí này không có xương (hình 4A,B). Dùng Elevator đẩy cuộn giữa ra ngoài bộc lộ khối polyp và khe trên, dùng blacetsley forceps kẹp vào khối polyp kéo xuống dưới, thấy chân polyp chui vào xoang sàng sau, để lại một lỗ thông giữa thành sau xoang hàm và xoang sàng sau (hình 4B), phẫu thuật này

hoàn toàn không mở xoang sàng sau và khe trên, vẫn lấy được toàn bộ khối polyp vào hốc mũi (hình 4C), không đặt Merocel mũi phải. Sau phẫu thuật ngày thứ 2 và thứ 3 bệnh nhân không chảy mũi, thở thông thoáng, giọng nói bình thường, không đau nhức mắt. Bệnh nhân ra viện vào ngày thứ 3 sau phẫu thuật với cảm giác thoải mái. Giải phẫu bệnh biểu mô phủ có vùng bong trọt, tăng các tế bào chế nhày, nhân đều, nhỏ, lạnh tính. Mô đệm phù nề, tăng sinh mạch, rải rác có tế bào viêm mạn. Khám lại sau phẫu thuật 1 tháng hốc mũi sạch, lỗ thông xoang hàm rộng, sạch, bệnh nhân thở thông, không nhức mắt, không ngủ ngáy, ngữi bình thường, giọng nói bình thường.



Hình 4: hình ảnh phẫu thuật nội soi

A: 1.Thành trên xoang hàm - 2.Bờ sau xoang hàm - 3.Chân khối polyp - 4.Cuốn giữa - 5.Chân bám cuộn dưới - 6.Elevator; B: 1.Thành trên xoang hàm - 2. Bờ sau xoang hàm - 3.Lỗ thông vào xoang sàng sau - 4.Cuốn giữa - 5.Chân bám cuộn dưới - 6. Xoang hàm; C: 1.Cuốn giữa - 2.Khe trên - 3.Cuốn trên - 4.Polyp - 5.Cuốn dưới - 6.Vách ngăn

3. BÀN LUẬN

Những bệnh nhân viêm mũi xoang mạn có triệu chứng một bên như ngạt mũi, chảy mũi là hai triệu chứng thường gặp nhất¹², giảm ngữi, đau nhức hốc mắt cùng bên, nói giọng mũi kín có thể nguyên nhân là nấm xoang, dị vật mũi, polyp do thoái hóa cuộn dưới, cuộn giữa, mòm móc và

polyp Killian. Như vậy không phải tất cả polyp mũi sau là polyp Killian, một số nghiên cứu chỉ ra rằng polyp mũi sau có thể xuất phát từ vách ngăn, cuộn dưới, hoặc xoang hàm hai bên^{9,13}, như vậy polyp Killian có thể gọi là polyp mũi sau, nhưng polyp mũi sau chưa chắc là polyp Killian. Năm 1906 Gustav Killian^{3,4,11,14} lần đầu tiên

mô tả polyp mũi sau là khối polyp từ xoang hàm vào hốc mũi và phát triển xuống vòm mũi họng, như vậy tiêu chuẩn chẩn đoán polyp Killian là một polyp đơn độc, phát triển trong xoang hàm đi vào hốc mũi và mũi sau, những polyp ACP có nhiều khối cũng từ xoang hàm vào hốc mũi và mũi sau không phải là polyp Killian.

Nguyên nhân tạo thành polyp Killian hiện vẫn chưa rõ ràng, những nghiên cứu ban đầu cho rằng sự hình thành polyp do nang nhầy trong xoang hàm tạo nên, chiếm 8-10%, nhưng không giải thích được là chỉ có một số lượng rất nhỏ hình thành nên polyp^{3,15}. Có nghiên cứu cho rằng polyp Killian hình thành do yếu tố dị ứng, nhưng có tác giả đã chứng minh rằng yếu tố dị ứng không liên quan gì đến sự hình thành loại polyp này⁶. Giả thuyết được nhiều tác giả hiện nay chấp thuận nguyên nhân tạo thành polyp Killian là do viêm mạn gây nên tổn thương biểu mô chế nhày trong xoang hàm, kết hợp với bất thường cấu trúc giải phẫu mũi xoang^{3,6,9,15,16}. Frostini và cộng sự⁷ cho rằng áp lực trong xoang hàm tăng do lỗ thông xoang bị tắc làm thay đổi qua trình viêm và phù nề dẫn tới khối nang này phát triển và chui qua lỗ thông xoang vào hốc mũi và vòm.

Chẩn đoán hình ảnh là một trong những tiêu chuẩn để xác định polyp killian¹⁷, Theo Yaman¹⁷ hình ảnh điển hình là mờ toàn bộ xoang hàm, lỗ thông xoang hàm mở rộng, hốc mũi mờ liên tục với khối mờ ở vòm, không có hình ảnh phá hủy xương. Các xoang còn lại bình thường. Trong trường hợp bệnh nhân này xoang

hàm mờ toàn bộ, khối mờ ở hốc mũi và vòm, lỗ thông xoang hàm bình thường, xoang sàng bình thường, có khối mờ ở khe trên liên tục với khối mờ ở trong xoang hàm. Như vậy khối polyp trong xoang hàm đi vào hốc mũi từ khe trên chứ không phải từ khe giữa như các nghiên cứu đã công bố.

Bệnh nhân được phẫu thuật trong phòng phẫu thuật, được gây mê mọi khí quản, nội soi xác định chắc chắn chân của polyp đi vào hốc mũi từ khe trên (hình 3, 4). Lấy mỏm móc mở rộng lỗ thông xoang hàm, trong lòng xoang hàm là phần đặc của polyp, không xác định được chính xác vị trí chân bám của polyp, nhưng thấy được một phần đặc của polyp chui qua khuyết xương ở thành sau của xoang hàm, đi qua sàng sau và lỗ thông sàng sau vào hốc mũi. Như vậy có thể thấy rằng đây là trường hợp rất đặc biệt, vì chưa có trường hợp nào công bố trong y văn là polyp Killian đi vào hốc mũi từ khe trên. Điều này có thể giải thích là do các cấu trúc bất thường của xoang và khe giữa, giữa thành sau xoang hàm và xoang sàng sau có lỗ thông tự nhiên, không có lỗ thông phụ xoang hàm, phần ngang mỏm móc che kín hoàn toàn lỗ thông xoang hàm. Do vậy khi khối polyp đủ lớn trong xoang hàm, dưới vận động sinh lý xoang theo chiều xoáy tròn ốc từ đáy xoang lên lỗ thông xoang, áp lực càng gần lỗ xoang càng lớn, sẽ đẩy khối polyp đi vào hốc mũi, vì có lỗ thông tự nhiên giữa xoang hàm và xoang sàng sau, nên khối polyp sẽ đi theo lỗ thông tự nhiên này, qua sàng sau và lỗ thông xoang sàng sau để vào hốc mũi. Thông thường thì thành sau xoang hàm ngăn cách

xoang sàng sau bởi 1 vách xương dày, thì khối polyp sẽ đi vào hốc mũi qua lỗ thông xoang hàm ở khe giữa, qua lỗ thông chính của xoang hàm. Nhưng trong một số trường hợp bệnh nhân có cả lỗ thông chính và thông phụ của xoang hàm, thì polyp sẽ đi qua lỗ thông phụ để vào hốc mũi. Kết quả nghiên cứu của một số tác giả thấy có trên 70% polyp đi qua lỗ thông phụ của xoang hàm^{5,7,15,17}, vì đây là lỗ thông tự nhiên của xoang hàm đi qua phần đứng của mỏm móc thông vào hốc mũi, không bị cản trở như lỗ thông chính của xoang hàm là có xương của phần ngang mỏm móc che kín. Trong trường hợp không có lỗ thông phụ xoang hàm, thì khối polyp trong xoang hàm sẽ qua lỗ thông chính của xoang hàm vào hốc mũi.

4. KẾT LUẬN

Polyp Killian là khối u đơn độc, lành tính, được hình thành trong xoang hàm, phát triển vào hốc mũi và vòm qua các lỗ thông tự nhiên, không chỉ ở khe giữa, mà còn có thể đi vào hốc mũi từ khe trên qua lỗ thông xoang sàng sau, trong trường hợp có lỗ thông của thành sau xoang hàm với xoang sàng sau do cấu trúc giải phẫu bất thường ở thành sau xoang hàm. Phẫu thuật nội soi mở mỏm móc và khe giữa có thể lấy được hoàn toàn khối polyp trong hốc mũi và vòm mà không cần mở xoang sàng sau, vì phần đặc của polyp chỉ chui qua xoang sàng sau và lỗ thông xoang sàng sau để vào hốc mũi, chứ không phải khối polyp này phát triển ở niêm mạc xoang sàng sau. Phẫu thuật nội soi an toàn, hiệu quả, đảm bảo lấy sạch polyp, bệnh nhân thoái mái do

không đặt merocel mũi phẫu thuật, thời gian nằm điều trị ngắn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Eladl HM, Shawky M. Endoscopic surgery in pediatric recurrent antrochoanal polyp, rule of wide ostium. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2011; 75:1372-1375
2. Schramm VL, Efferon MZ. Nasal polyps in children. *Laryngoscope.* 1980;90:1488-1495. [PubMed] [Google Scholar]
3. Warman Meir, et.al. Antrochoanal polyp: Updated clinical approach, histology, characteristics, diagnosis and treatment. Open access book, March 2021.
4. Bakheet M. et.al. Day case endoscopic excision of an antrochoanal polyp in a paediatric patient. *Journal of Surgical Case Reports*, June 2021 ; 2021(6), [Oxford Academic]
5. Cetinkaya EA. Giant Antrochoanal polyp in Elderly patient: Case report. *Acta Otorhinilaryngol Ital.* 2008 Jun; 28(3): 147–149.
6. Elsharkawy A. Endoscopic management of paediatric antrochoanal polyp: our experience. *Acta Otorhinolaryngol Ita.* 2013 Apr;33(2): 107-111
7. Frosini P, Picarella G, Campora E. Antrochoanal polyp: analysis of 200 cases. *Acta Otorhinolaryngol*

- Itali. 2009;29:21–26. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
8. Bozzo C, et.al. Endoscopic treatment of antrochoanal polyps. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2007 Feb;264(2):145-50
9. Iziki O, et.al. Bilateral antrochoanal polyp: report of a new case and systematic review of the literature. *Journal of Surgical Case Reports*, 2019;3, 1–3
10. Chang PH, Lee LA, Huang CC, et al. Functional endoscopic sinus surgery in children using a limited approach. *Arch Otolaryngol Head neck Surg.* 2014;130:1033-1036, [PubMed] [Google Scholar]
11. Fretas MA, et.al. Antrochoanal polyp: a review of sixteen cases. *Otorhinolaryngol*, Nov-Dec 2006;72(6):831-5.
12. Kamel R. Endoscopic transnasal surgery in antrochoanal polyp. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1990;116:841–843. [PubMed] [Google Scholar]
13. Omar I et.al. Bilateral antrochoanal polyp: report of a new case and systematic review of the literature. *Journal of Surgical Case Reports*, March 2019;2019;3
14. Balikci HH, Ozkul MH, et al. Antrochoanal polyposis: analysis of 34 cases. *Eur Arch Otolaryngology.* 2013; 270 (5):1651-1654.
15. Min YG, Chung J, et al. Histologic Structure of Antrochoanal Polyps, *Acta Oto-Laryngologica.* 1995; 115:4, 543-547.
16. Berg O, Carefelt C, et al. Origin of the choanal polyp. *Arch Otolaryngol*
17. *Head Neck Surg.* 1988; 114:1270-1271.
18. Yaman H, Yilmaz S, et al. Evaluation and management of antrochoanal polyps. *Clin Exp Otorhinolaryngol* 2010; 3: 110-114.