

HÌNH THÁI LÂM SÀNG CỦA VIÊM TẮC TĨNH MẠCH BÊN DO CHOLESTEATOMA HIỆN NAY

Đoàn Thị Hồng Hoa¹, Nguyễn Quang Hùng², Nguyễn Ngọc Hà²

TÓM TẮT

Viêm tắc tĩnh mạch bên là một trong những biến chứng nội sọ do VTG có cholesteatoma gây ra, hiện nay hiếm gặp nhưng nó diễn biến nặng. Biến chứng này thường được nghĩ đến ở những bệnh nhân có thủng màng nhĩ với biểu hiện chảy tai, sốt rét run và có triệu chứng thần kinh. CT-scan và MRI cho phép chẩn đoán sớm và có vai trò trong việc phát hiện các biến chứng nội sọ. Cần phải can thiệp phẫu thuật kịp thời và xem xét đến việc dùng thuốc chống đông. Tuy nhiên, hình thái lâm sàng ngày nay của viêm tai thay đổi theo thời gian. Nhân trường hợp biến chứng viêm tắc tĩnh mạch bên tinh mạch bên lan rộng do VTG mạn có cholesteatome với màng nhĩ đóng kín biểu hiện như VTG cấp ở nam thanh niên khỏe mạnh, chúng tôi muốn cập nhật chẩn đoán và phương hướng điều trị cholesteatoma với biến chứng VTTMB hiện nay.

Từ khóa: Viêm tắc tĩnh mạch bên; cholesteatoma tai giữa; biến chứng nội sọ.

SUMMARY

THE CURRENT CLINICAL PRESENTATION OF LATERAL SINUS THROMBOPHLEBITIS DUE TO MIDDLE EAR CHOLESTEATOMA

Lateral sinus thrombophlebitis is a rare but severe intracranial complication of middle ear cholesteatoma. This complication is commonly suspected in patients with perforated tympanic membrane associated with otorrhea, fever, and neurological symptoms. CT-scan and MRI allow early diagnosis and play a role in detecting intracranial complications. Surgical intervention should be early and anticoagulation should be considered. However, clinical manifestations of chronic otitis media varies over time. In the case of complicated lateral vein thrombosis due to chronic otitis media with cholesteatoma with closed tympanic membrane presenting as acute otitis media in healthy young men, we would like to update the current diagnosis and treatment of middle ear cholesteatoma with lateral sinus thrombophlebitis.

Key words: Lateral sinus thrombophlebitis; middle ear cholesteatoma; intracranial complication.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các thông bào xương chũm liên quan chặt chẽ với tĩnh mạch bên và màng tiểu não kề cận. Những viêm nhiễm của tai giữa có thể lan tràn

vào xoang tĩnh mạch bên và màng não gây ra viêm tắc tĩnh mạch bên (VTTMB) và viêm dày màng tiểu não khu trú, thậm trí gây áp xe tiểu não. Đây là biến chứng nặng, tỉ lệ tử vong cao, có thể lên đến 25%, mặc dù đã có kháng sinh phổ rộng [1]. Chính vì vậy, chẩn đoán sớm đóng vai trò quan trọng trong vấn đề tiên lượng cho người bệnh. Tuy nhiên, hình thái lâm sàng ngày nay của viêm tai thay đổi theo thời gian, sự lạm dụng kháng sinh làm cho các viêm tai không biểu hiện rõ các triệu chứng kinh điển, tỉ lệ biến chứng giảm nhưng biến chứng nặng, nguy hiểm đến tính mạng vẫn gặp nhưng khó phát hiện. Nhân trường hợp biến chứng viêm tắc tĩnh mạch bên lan tràn trên bệnh nhân viêm tai giữa (VTG) có cholesteatoma màng tai đóng kín, chúng tôi muốn cập nhật chẩn đoán và phương hướng điều trị VTG có cholesteatoma với biến chứng VTTMB hiện nay.

II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam 20 tuổi, vào viện vì sốt rét run và đau nhức tai phải dữ dội. Bệnh nhân có tiền sử viêm tai lúc bé, sau hoàn toàn không có biểu hiện gì, chỉ nghe kém nhẹ ở tai phải. Cách lúc vào viện một tháng, bệnh nhân tự nhiên thấy đau nhức tai phải kèm theo rỉ nước vàng sau khi đi tắm biển về. Bệnh nhân đã được khám tại bệnh viện huyện, chẩn đoán là VTG cấp và điều trị tiêm kháng sinh 2 tuần không đỡ, tai vẫn đau nhức. Bệnh nhân được chuyển lên bệnh viện tỉnh, khám thấy vùng sau tai phải không sưng nề, rãnh sau tai còn, màng tai phồng đỏ, dày đục, không rõ có lỗ thủng; đã được dùng tiếp kháng sinh liều cao nhưng bệnh nhân xuất hiện sốt cao, rét run 39-40^o, trich rạch màng tai chỉ thấy ra ít dịch nhầy mù lẫn máu.



Hình 1: màng tai dày, phồng không rõ lỗ thủng **Hình 2:** hòm nhĩ mở, mất liên tục vách xương giữa XC và TMB

Đo thính lực: điếc dẫn truyền với khoảng rinne là 40 dB. Chụp cắt lớp thấy mờ toàn bộ tai

¹Trường đại học Y Dược, ĐHQG Hà Nội,

²Bệnh viện Hữu nghị Việt-Tiệp Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thị Hồng Hoa

Email: dhhoa63@yahoo.fr

Ngày nhận bài: 23.6.2021

Ngày phản biên khoa học: 20.8.2021

Ngày duyệt bài: 27.8.2021

giữa phải, các vách thông bào mắt, đặc biệt là vách xương giữa tĩnh mạch bên và xương chũm mất liên tục, tường thượng nhĩ có chỗ tăng sinh nhưng có một điểm khuyết nhỏ, đầu xương búa, xương bàn đập và xương đe bị tiêu.



Hình 3 : cốt hóa tường thượng nhĩ dấu



Hình 4 : mất 1 phần tường thượng nhĩ, hiệu Choles

Chẩn đoán sơ bộ: VTG mạn tính phải có cholesteatoma, tiêu hủy xương con, biến chứng viêm tắc tĩnh mạch bên. Chụp cộng hưởng từ thấy màng tiểu não viêm dày khu trú, tĩnh mạch bên bên phải bị viêm tắc lan lên vùng xoang ngang và xuống phần trên tĩnh mạch cảnh trong phải với không có dòng chảy qua và khẳng định tổn thương là cholesteatoma với tăng tín hiệu thì Diffusion. Sau khi khảo sát bằng siêu âm, tình trạng thông thương của xoang tĩnh mạch bên bên trái thông và dẫn lưu tốt, tình trạng viêm tắc tĩnh mạch bên lan rộng bên bệnh. Khoa Tai Mũi Họng đã tiến hành hội chẩn với chuyên khoa Chẩn đoán hình ảnh và Phẫu thuật Tim mạch-Lồng ngực, quyết định mổ cấp cứu với kế hoạch: thắt tĩnh mạch cảnh trong bên phải để phòng huyết khối đi chuyển và mổ tiết căn xương chũm phải, không dùng biện pháp thuốc chống đông.

Bệnh nhân đã được gây mê toàn thân, rạch da dọc theo bờ trước cơ ức đòn chũm, bóc lộ máng cảnh, bóc tách tĩnh mạch cảnh trong và thắt ở đoạn phía trên nhánh giáp lưới mặt để để phòng cục máu đông di cư xa và điều trị tình trạng nhiễm khuẩn huyết.



Hình 5: hình ảnh huyết khối tĩnh mạch bên P trên phim MRI



Hình 6: sùi toàn bộ tĩnh mạch bên và màng tiểu não trước tĩnh mạch bên

Tiếp theo, tiến hành mổ tiết căn xương chũm. Rạch da sau tai, bóc tách cốt mạc, bóc mô mắt

ngoài xương chũm, không có lỗ rò xương. Rạch da ống tai, bóc tách bộc lộ hòm nhĩ, thấy trong hòm nhĩ đầy tổ chức cholesteatoma được bao bọc trong tổ chức niêm mạc viêm dày dễ chảy máu. Quyết định mổ tiết căn xương chũm, thấy vỏ xương chũm đặc ngà, khi khoan mở sào bào thì thấy mũ đặc trắng trào ra ở nhóm thông bào dưới sào bào, hút ra khoảng 5 ml mũ lẫn máu (thử vi khuẩn học: *Providencia rettgeri*), trong sào bào đầy tổ chức cholesteatoma, tĩnh mạch bên và màng tiểu não trước tĩnh mạch bên dày sùi, không phân biệt được lòng tĩnh mạch bên. Tiết căn xương chũm từ sau ra trước, thấy mỏm tường thượng nhĩ ra trước nên chặt cầu xương khó khăn. Khi bóc tách lấy cholesteatoma thấy có túi co kéo thượng nhĩ rất nhỏ ở phía sau liên tiếp với khối cholesteatoma. Đầu xương búa, xương đe và xương bàn đập mất hết, chỉ còn cán búa. Kiểm soát lấy sạch tổ chức cholesteatoma. Lấy 1 miếng sụn đặt trên cửa sổ bầu dục làm trụ dẫn, phủ lại vạt da vào hốc mổ, không phủ cân cơ. Chỉnh hình cửa tai, đặt mèche đầu kháng sinh. Khâu đóng da theo bình diện. Băng ép. Tiến triển sau mổ, bệnh nhân hết sốt, tỉnh táo, mắt không sưng nề, đỡ đau đầu, không liệt mặt và không có chóng mặt. Bệnh nhân xuất viện ngày thứ 7 sau phẫu thuật xương chũm.

IV. BÀN LUẬN

VTG mạn tính là một bệnh rất thường gặp, theo ước tính của Tổ chức y tế thế giới, có trên 20 triệu người mắc viêm tai. Trong số đó, cholesteatoma chiếm khoảng 1/4 (tương ứng với 5 triệu người) [2] mặc dù số ca cholesteatoma mắc phải có xu hướng giảm [3]. Tỷ lệ cholesteatoma hàng năm ở trẻ em là 3/100 000 em và ở người lớn là 9,2/100 000 dân. Tần suất mắc cholesteatoma ở mỗi quốc gia khác nhau. Kinh điển, người ta phân cholesteatoma thành 3 loại, đó là thể cholesteatoma bẩm sinh đặc trưng cho trẻ em, loại mắc phải gặp cả ở người lớn và trẻ em và loại không thể xác định nguồn gốc của nó. Tuy nhiên, tại Hội nghị Quốc tế lần thứ 10 về Cholesteatoma và Phẫu thuật Tai ở Edinburgh, vào năm 2016, Viện Hàn lâm Tai và Thần kinh học châu Âu (The European Academy of Otolology and Neurotology-EAONO) phối hợp với Hội Tai học Nhật bản (The Japanese Otological Society-JOS) đã đưa ra đồng thuận chung về "Định nghĩa, Phân loại và Phân giai đoạn Cholesteatoma tai giữa". Hệ thống phân loại này nhằm chuẩn hóa cách phân loại cũng như tiêu chuẩn hóa trong việc báo cáo kết quả phẫu thuật trong cộng đồng các nhà Tai học. Thêm vào đó,

hệ thống phân loại này có thể giúp điều chỉnh mức độ nghiêm trọng của bệnh trong khi đánh giá kết quả cũng như cung cấp thông tin hữu ích cho việc tư vấn bệnh nhân [4]. Nhóm nghiên cứu này phân cholesteatoma tai giữa thành 4 loại khác nhau tùy theo vị trí bắt nguồn với 4 giai đoạn khác nhau:

- Giai đoạn I: cholesteatoma khu trú, đó là vị trí bắt nguồn của cholesteatoma như thượng nhĩ đối với cholesteatoma màng trũng, hòm nhĩ đối với cholesteatoma màng căng, cholesteatoma bẩm sinh và cholesteatoma thứ phát sau lỗ thủng màng căng.

- Giai đoạn II: cholesteatoma liên quan đến 2 hoặc trên 2 vị trí.

- Giai đoạn III: cholesteatoma với biến chứng ngoài sọ hoặc các tình trạng khác, bao gồm liệt mặt, rò mê nhĩ, viêm mê nhĩ, áp xe hay rò sau tai, áp xe mỏm tiếp, áp xe cổ, phá hủy trên nửa chiều dài ống tai xương, phá hủy trần nhĩ với khuyết xương đòi hỏi phải tái tạo và viêm tai dính với dính toàn bộ màng căng.

- Giai đoạn IV: cholesteatoma với biến chứng nội sọ như viêm màng não mủ, áp xe ngoài màng cứng, áp xe dưới màng cứng, viêm tắc tĩnh mạch bên và áp xe não.

Viêm tắc tĩnh mạch bên là giai đoạn cuối của cholesteatoma tai giữa. Căn nguyên của VTTMB liên quan đến xương chũm bị ăn mòn do cholesteatoma hoặc do các tổ chức hạt gây ra sự hình thành các áp xe quanh xoang tĩnh mạch bên. Các tổ chức hạt ổ áp xe này sẽ gây áp lực lên thành màng cứng bên ngoài của xoang tĩnh mạch bên, trong khi các fibrin, tế bào máu và tiểu cầu kết dính tạo huyết khối ở thành trong của xoang tĩnh mạch bên. Huyết khối tạo ra có thể trở nên nhiễm khuẩn và lan tràn bởi viêm tắc tĩnh mạch thông qua tĩnh mạch thoát liên kết xương chũm với xoang tĩnh mạch bên hay lây lan trực tiếp.

Viêm tắc tĩnh mạch bên được đặc trưng bởi sốt cao thường kèm theo rét run, với triệu chứng và các dấu hiệu của tai như: đau tai, chảy mủ tai, sưng nề sau tai và các dấu hiệu, triệu chứng thần kinh như: đau đầu, thay đổi trạng thái tâm thần và cứng cổ, buồn nôn, nôn, phù gai thị, liệt dây thần kinh vận nhãn, nhìn mờ và nhìn đôi được báo cáo do tăng áp lực nội sọ hay còn gọi là não úng thủy. Test Queckenstedt có thể dương tính biểu hiện áp lực dịch não tủy không tăng khi ép vào tĩnh mạch cảnh trong bên bệnh, gợi ý viêm tắc xoang tĩnh mạch bên. Ngày nay, chụp tĩnh mạch cộng hưởng từ được coi là tiêu chuẩn vàng để đánh giá VTTMB. Đây là biện

pháp không xâm lấn, có độ chính xác cao để đánh giá sự hiện diện của máu trong lòng mạch. Tuy nhiên, chụp cộng hưởng từ mạch não trong pha tĩnh mạch không còn được khuyến dùng vì nguy cơ đột quỵ do tắc mạch.

Khi xác định tĩnh mạch bên bị tổn thương do VTG mạn có cholesteatoma, điều trị kháng sinh phổ rộng kết hợp với phẫu thuật xương chũm để kiểm soát nhiễm khuẩn là phương pháp điều trị lựa chọn, nhưng thái độ xử lý VTTMB còn nhiều điểm không thống nhất. Một số tác giả đề nghị mở xoang tĩnh mạch bên, lấy máu đông và thắt tĩnh mạch cảnh [5,6], trong khi một số tác giả khác đề xuất chỉ phẫu thuật thăm dò thành xoang và vùng lân cận trong quá trình tiến hành khoét xương chũm để điều trị ổ nhiễm trùng ban đầu [7], kèm theo có thể dùng thuốc chống đông. Quan điểm dùng thuốc chống đông bằng Heparin và các thuốc chống đông theo đường uống không thống nhất, đôi khi có hại hơn vì nguy cơ giải phóng các cục máu nhiễm khuẩn hoặc chảy máu sau mổ và đặc biệt gây biến chứng xuất huyết não. Tuy nhiên, một số nghiên cứu lại thấy rằng tái thông xoang tĩnh mạch bên rất hiếm xảy ra dù điều trị theo cách nào như lấy cục máu đông hay dùng thuốc chống đông [8,9]. Chính vì vậy, chỉ định thắt tĩnh mạch cảnh trong ngày nay tuy không còn được sử dụng thường qui do sự ra đời của kháng sinh, làm cho biến chứng tắc mạch nhiễm khuẩn hiếm gặp, nó vẫn được dành cho các trường hợp nhiễm khuẩn huyết khó chữa, tắc mạch phổi nhiễm khuẩn hoặc VTTMB mà không có bất kỳ huyết khối nào trong vùng xương chũm khi thăm dò xoang bên và thậm chí khi tiếp cận nó một cách thận trọng.

Trong ca lâm sàng của chúng tôi, bệnh nhân được điều trị muộn sau khi có dấu hiệu đau nhức tai 1 tháng vì bệnh nhân không có biểu hiện lâm sàng cholesteatoma kinh điển. Bệnh nhân chỉ có tiền sử viêm tai lúc nhỏ, sau đó hoàn toàn không có triệu chứng. Sau khi đi bơi bệnh nhân thấy đau nhức tai, ra ít nước vàng và khám tai thấy màng tai căng phồng, dầy đỏ, không rõ lỗ thủng, đặc biệt là khi chính nhĩ lại ra ít mủ lẫn máu nên được chẩn đoán là viêm tai giữa cấp. Nhưng có điểm không logic là bệnh nhân không phải trẻ em, thể trạng tốt, không có bệnh nền, nên biến chứng của viêm tai giữa cấp rất khó xảy ra; hơn nữa, mặc dù điều trị kháng sinh tiêm phổ rộng và chích nhĩ, tình trạng bệnh nhân vẫn xấu đi, sốt cao rét run kèm đau đầu và đau tai nhiều. Trên hình ảnh chụp cắt lớp thấy mờ toàn bộ xương chũm và tai giữa, mất vách ngăn giữa xương chũm và tĩnh mạch bên, mỏm tường

thượng nhĩ phần lớn là tái tạo, chỉ có một chỗ khuyết ra nhỏ, thể hiện có túi có kéo và xương con bị ăn mòn. Với tình trạng đó nghi ngờ biến chứng VTTMB do VTG mạn có cholesteatoma là hợp lý. Do tĩnh mạch bên liên quan chặt chẽ với màng tiểu não và tiểu não, khi bệnh nhân có dấu hiệu tổn thương tĩnh mạch bên kèm đau đầu, chụp cộng hưởng từ là cần thiết để khẳng định cholesteatoma, đánh giá tình trạng VTTMB và loại trừ áp xe tiểu não.

Về điều trị, đối với VTTMB trong trường hợp này, sau khi đánh giá tình trạng VTTMB với nhiễm trùng huyết của bệnh nhân, đồng thời khảo sát tình trạng tĩnh mạch cảnh đối bên, chỉ định thắt tĩnh mạch cảnh trong đã được đề ra để tránh huyết khối tiếp tục di cư, chỉ định phẫu thuật hợp lý đồng thời tiến hành phẫu thuật xương chũm kiểm soát tốt cholesteatome, với sử dụng tiêm truyền kháng sinh liều cao phổ rộng. Sau mổ, bệnh nhân phục hồi nhanh chóng, hết sốt và không có bất kỳ dấu hiệu nào biểu hiện của ảnh hưởng toàn trạng sau thắt tĩnh mạch cảnh trong.

V. KẾT LUẬN

Ngày nay, biểu hiện lâm sàng của VTG mạn tính có cholesteatoma có nhiều thay đổi, cholesteatoma do thủng màng căng rộng sát xương hiểm gặp mà phần lớn là cholesteatoma xuất phát từ túi có kéo hay cholesteatoma bẩm sinh. Trong VTG mạn có hay không có cholesteatoma, các bệnh tích trong tai cũng rất đa dạng, có chỗ hủy xương, có chỗ tạo xương và vôi hóa. Cholesteatoma có thể biểu hiện dưới dạng màng tai đóng kín, trong đợt hồi viêm dễ nhầm với VTG cấp và khi đó khó phân biệt

cholesteatome bẩm sinh hay mắc phải. Chính vì vậy, việc hỏi bệnh, thăm khám tỉ mỉ kết hợp với chẩn đoán hình ảnh để phát hiện sớm và điều trị kịp thời là cần thiết, tránh những biến chứng đáng tiếc có thể xảy ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Au JK, Adam SI, Michaelides EM.** Contemporary management of pediatric lateral sinus thrombosis: a twenty year review. *Am J Otolaryngol.* 2013; 34: 145-150. Ref.: <https://goo.gl/TUPPjj>.
2. **Aquino JE, Cruz Filho NA, de Aquino JN.** Epidemiology of middle ear and mastoid cholesteatoma: study of 1146 cases. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2011; 77 :341-7.
3. **Shohet JA, De Jong AI.** The management of pediatric cholesteatoma. *Otolaryngol Clin N Am.* 2002; 35: 841-51.
4. **Matthew Yung, Tetsuya Tono, Ewa Olszewska, Yutaka Yamamoto, Holger Sudhoff, Masafumi Sakagami, Jef Mulder, Hiromi Kojima, Armağan İncesulu, Franco Trabalzini, Nuri Özgirgin.** EAONO/JOS Joint Consensus Statements on the Definitions, Classification and Staging of Middle Ear Cholesteatoma. *J Int Adv Otol* 2017; 13: 1-8.
5. **Holzmann D, Huisman TAGM, Linder TE.** Lateral dural sinus thrombosis in childhood. *Laryngoscope* 1999;109: 645 51.
6. **Amirmajdi NM.** Sigmoid sinus involvement in middle-ear infection. *Laryngoscope* 1988; 98: 310 2.
7. **Agarwal A, Lowry P, Isaacson G.** Natural history of sigmoid sinus thrombosis. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2003;112: 191.
8. **N. de O. Penido, J.R.G. Testa, D.P.Inoue & O.L.M, Cruz.** Presentation, treatment, and clinical course of otogenic lateral sinus thrombosis. *Acta Oto-Laryngologica*, 2009; 129: 729 734.
9. **Manolidis S, Kutz J.W Jr.** Diagnosis and management of lateral sinus thrombosis. *Otol. Neurotol* 2005; 26: 1045-51.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ HOẠT ĐỘNG TRỊ LIỆU TRONG PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SINH HOẠT HÀNG NGÀY Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO TRÊN LỀU

Nguyễn Thị Thanh Thu*, Nguyễn Thị Kim Liên**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đột quy não để lại nhiều di chứng nặng nề, trong đó sự giảm hoặc mất chức năng sinh hoạt hàng ngày là bước trở ngại đầu tiên trong việc người bệnh hòa nhập cộng đồng. **Mục tiêu:** cải thiện

sự độc lập trong sinh hoạt hàng ngày. **Đối tượng và phương pháp:** Gồm 30 bệnh nhân (BN) đột quy nhồi máu não trên lều tại Trung tâm Phục hồi chức năng bệnh viện Bạch Mai theo chương trình hoạt động trị liệu về sinh hoạt hàng ngày. **Kết quả:** Tuổi trung bình $65,77 \pm 10,15$. Điểm Barthel trung bình trước điều trị $29,17 \pm 8,62$, điểm Barthel trung bình sau điều trị 1 tháng $62,83 \pm 13,18$, tăng 33,67 điểm. Về mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày: Khi vào viện, trong sinh hoạt hàng ngày có tỉ lệ bệnh nhân cần trợ giúp trung bình 80%, phụ thuộc hoàn toàn 20%, 0 bệnh nhân nào thuộc nhóm trợ giúp ít và độc lập hoàn toàn. Sau 1 tháng, 0 bệnh nhân phụ thuộc hoàn toàn, trợ giúp trung bình 36,7%, trợ giúp ít 60% và độc lập

*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

**Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Thu

Email: nguyenthanhthu244@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2021

Ngày duyệt bài: 27.8.2021