

- Right Knee Behave Differently From the Left Knee in Bilateral TKR Patients: A Prospective Analysis. International Journal of Orthopaedics Sciences. 2022;8(3): 100-108. doi:10.22271/ortho.2022.v8.i3b.3184
7. **Sakellariou G., Conaghan P.G., Zhang W., et al.** EULAR Recommendations for the Use of Imaging in the Clinical Management of Peripheral Joint Osteoarthritis. Annals of the Rheumatic Diseases. 2017;76(9): 1484-1494. doi:10.1136/annrheumdis-2016-210815
 8. **Ota S., Sasaki E., Sasaki S., et al.** Relationship Between Abnormalities Detected by Magnetic Resonance Imaging and Knee Symptoms in Early Knee Osteoarthritis. Scientific Reports. 2021; 11(1)doi:10.1038/s41598-021-94382-3
 9. **Kornaat P.R., Bloem R.L., Ceulemans R., et al.** Osteoarthritis of the Knee: Association Between Clinical Features and MR Imaging Findings. Radiology. 2006;239(3):811-817. doi: 10.1148/radiol.2393050253
 10. **Bruns K., Svensson F., Turkiewicz A., et al.** Meniscus Body Position and Its Change Over Four Years in Asymptomatic Adults: A Cohort Study Using Data From the Osteoarthritis Initiative (OAI). BMC Musculoskeletal Disorders. 2014; 15(1)doi:10.1186/1471-2474-15-32

PHẪU THUẬT LẤY BỎ NANG RÒ SỐNG MŨI XÂM LẤN NỘI SỌ BẰNG NỘI SỌI PHỐI HỢP MỞ CẠNH MŨI VÀ ĐƯỜNG MŨI MỎ: NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP

Ngô Duy Thịnh¹, Phạm Tuấn Cảnh^{1,2}, Nguyễn Nhật Linh²,
Hoàng Thị Hòa Bình^{1,2}, Hà Minh Lợi²

TÓM TẮT

Nang và đường rò sống mũi là tổn thương không thường gặp tỉ lệ gặp là 1/30 000 người, tuy nhiên lại là tổn thương thường gặp nhất ở đường giữa mũi, chiếm 1% đến 3% tổng số các nang biểu bì (dermoid cysts), và 4% đến 12% của tất cả các u nang biểu bì ở vùng đầu cổ.^{1,2,8} Việc lấy bỏ hoàn toàn nang và đường rò sống mũi là điều cần thiết để ngăn ngừa tái phát, biến dạng mũi, nhiễm trùng, viêm màng não và áp xe nội sọ.^{1,2,8,9} Lựa chọn đường vào để lấy bỏ hết toàn bộ nang và đường rò sống mũi là vấn đề quan trọng trong điều trị. Ở đây chúng tôi mô tả việc xử trí thành công một trường hợp bị rò sống mũi sử dụng phối hợp đường mũi mở (open rhinoplasty), đường mở cạnh mũi và phẫu thuật nội soi có sử dụng định vị.

Từ khóa: Nang rò sống mũi, nang biểu bì sống mũi, tổn thương bẩm sinh của mũi, phẫu thuật nội soi.

SUMMARY

RESECTION OF INTRACRANIAL NASAL DERMOID SINUS CYST BY ENDOSCOPIC ASSISTED AND LATERAL RHINOTOMY OPEN RHINOPLASTY APPROACH: A CASE REPORT

Nasal dermoid sinus cysts are uncommon lesions with an incidence of 1 in 30,000 individuals, but are the most common lesions of the midline nose, accounting for 1% to 3% of all dermoid cysts, and 4% to 12% of all dermoid cysts in the head and neck region.^{1,2,8} Complete resection of nasal dermoid sinus

cysts is essential to prevent recurrence, nasal deformity, infection, meningitis, and intracranial abscesses.^{1,2,8,9} The choice of approach for complete resection of the cyst and fistula is an important issue in treatment. Here we describe the successful management of a case of dermoid fistula using a combination of open rhinoplasty, paranasal incision, and endoscopic surgery. **Keywords:** Nasal dermoid sinus cyst, nasal dermoid cyst, congenital nasal lesion, endoscopic surgery.

I. TỔNG QUAN

Nang và đường rò sống mũi là tổn thương không thường gặp tỉ lệ gặp là 1/30 000 người, tuy nhiên lại là tổn thương thường gặp nhất ở đường giữa mũi, chiếm 1% đến 3% tổng số các nang biểu bì (dermoid cysts), và 4% đến 12% của tất cả các u nang biểu bì ở vùng đầu cổ.^{1,2,8} Nang và đường rò sống mũi thường biểu hiện là một lỗ ở đường giữa trong hầu hết các trường hợp hoặc một khối ở mũi. Chúng xuất phát từ cấu trúc phôi thai do mắc kẹt lại một số tế bào hoặc các mặt phẳng không đóng lại không hoàn toàn ở lỗ thần kinh trước.² Theo phân loại của Hartley (2014) nang và đường rò sống mũi có 4 typ: Typ I: Thể nông, Typ II: Thể trong xương, Typ III: Thể trong sọ ngoài màng cứng, Typ IV: Thể trong sọ trong màng cứng.³ Việc lấy bỏ hoàn toàn nang và đường rò sống mũi là điều cần thiết để ngăn ngừa tái phát, biến dạng mũi, nhiễm trùng, viêm màng não và áp xe nội sọ.^{2,8,9} Với các trường hợp nang đường rò sống mũi xâm lấn nội sọ, phẫu thuật mở sọ theo đường chân tóc (bicoronal) là phương pháp thường được sử dụng để lấy bỏ tổn thương, tuy nhiên còn tồn tại

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Duy Thịnh

Email: ngoduythinhdr@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2025

Ngày duyệt bài: 31.3.2025

một số nhược điểm nhất định. Gây đây với sự phát triển của khoa học công nghệ đường mũi mở (open rhinoplasty) phối hợp nội soi là phương pháp được ưa chuộng vì nó mang lại những ưu điểm hơn so với các đường mở sọ theo đường rạch chân tóc (bicoronal), bao gồm kết quả thẩm mỹ tốt hơn, khả năng bộc lộ tốt và kiểm soát tốt hơn mở xương, quan sát mảnh sàng tốt hơn.^{1,2,7,8,9} Sau đây chúng tôi báo cáo việc xử trí thành công một trường hợp bị rò sống mũi sử dụng phối hợp đường chỉnh hình mũi mở (open rhinoplasty), đường mở cạnh mũi và phẫu thuật nội soi có sử dụng định vị.

II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Trẻ nam 22 tháng tuổi, gia đình phát hiện thấy trẻ có lỗ rò nhỏ ở chóp mũi lúc 7 tháng tuổi, thỉnh thoảng có nặn ra ít dịch trắng bã đậu, vùng mũi không sưng nề đỏ. Cách vào viện 6 tuần, gia đình thấy cháu có khối sưng vùng gốc mũi, kích thước khoảng 10mm x 20mm, mật độ mềm, khối không tăng kích thước khi ho, hắt hơi (test Furstenberg âm tính), không nóng, không đỏ, không đau đi khám ở Bệnh viện (BV) đa khoa tỉnh được chụp phim cắt lớp vi tính (CLVT) được chẩn đoán theo dõi u nang thấy chọc hút khối vùng gốc mũi, ra ít dịch màu trắng đục, sau chọc hút 3 ngày, khối vùng gốc mũi sưng trở lại kèm theo sưng nề đỏ, chủ yếu tại chân kim chọc hút dẫn lưu, bệnh nhân (BN) không có hội chứng màng não, không sốt BN được chẩn đoán nhiễm trùng nang gốc mũi sau chọc hút, BN được chuyển tới bệnh viện của chúng tôi. Tại BV chúng tôi, BN được điều trị nội khoa kháng sinh, được chụp phim CLVT và MRI vùng hàm mặt thấy: đường rò liên tục đi từ chóp mũi đi lên phía trên, đi xuyên qua vách ngăn mũi và liên tục với nang vùng gốc mũi kích thước 13 mm x 4 mm, nang nằm sát trần sàng, trần sàng sát mào gà khuyết một phần xương, kích thước lỗ khuyết khoảng 35 mm x 38 mm, không có thoát vị não-màng não qua lỗ khuyết trần sàng.

BN được chúng tôi hội chẩn và quyết định dùng đường phẫu thuật mũi mở (open rhinoplasty), đường mở cạnh mũi +/- phối hợp nội soi kèm theo định vị để có thể tiếp cận và lấy bỏ toàn bộ nang và đường rò.

Quá trình phẫu thuật: Chúng tôi rạch da theo hình múi cam quanh lỗ rò ở chóp mũi, bóc tách quanh lỗ rò, bộc lộ một phần đường rò. Tiếp đến chúng tôi sử dụng đường chỉnh hình mũi mở (open rhinoplasty), bóc tách lên phía trên tới sát lỗ rò ở chóp mũi, sau đó bóc tách dọc theo thừng đường rò, thấy đường rò đi xuyên qua vách ngăn và đi lên phía trên ở mặt

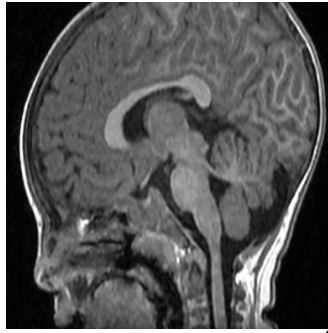
sau của xương chính mũi. Chúng tôi tiếp tục sử dụng đường mở cạnh mũi, đi qua và lấy bỏ lỗ chọc hút cũ bị bội nhiễm ở sát gốc mũi và góc mắt trong bên trái, sau đó bộc lộ tới xương chính mũi và ngành lên xương hàm trên. Tiếp tục chúng tôi dùng đục, tách xương chính mũi bên trái khỏi khớp xương chính mũi- ngành lên xương hàm trên, lật vạt da xương phía trong, bộc lộ phần nang của đường rò ở gốc mũi, kiểm tra nang liên tục với phần thừng rò vừa bóc tách phía dưới, thừng đường rò xuyên qua vách ngăn, nằm ở mặt sau xương chính mũi và liên tục với nang gốc mũi. Kiểm tra thấy nang nằm sát trần sàng, bóc tách một phần vỏ nang phía trước khỏi trần sàng. Do phẫu trường hẹp, phần đáy phía sau của vỏ nang khó quan sát, chúng tôi quyết định lắp định vị và sử dụng optic nội soi, soi qua đường mở cạnh mũi, sử dụng dụng cụ bóc toàn bộ nang ra khỏi trần sàng. Bệnh nhân sau đó được đóng lại vết mổ, hậu phẫu ổn định. Bệnh nhân được cắt chỉ và xuất viện sau 1 tuần, mô bệnh học tổn thương phù hợp với nang rò sống mũi. Bệnh nhân được khám ngoài và khám nội soi tai mũi họng theo dõi trong 3 năm nhưng chưa thấy dấu hiệu tái phát.



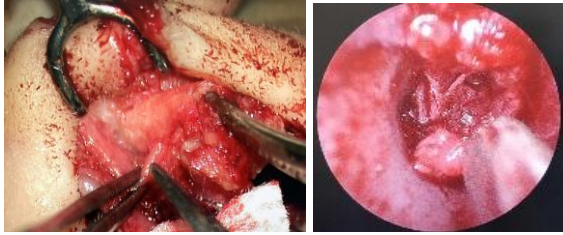
Hình 1: Hình ảnh BN trước phẫu thuật



Hình 2: Hình ảnh CLVT trước phẫu thuật



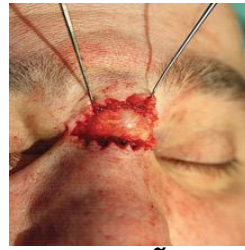
Hình 3: Hình ảnh MRI trước phẫu thuật



Hình 4: Hình ảnh lồng trong đường rò lúc phẫu thuật

III. BÀN LUẬN

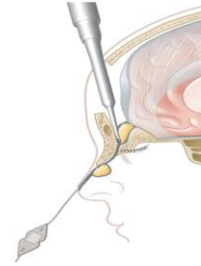
Nang và đường rò sống mũi là một tổn thương hiếm gặp, tuy nhiên nó là tổn thương thường gặp nhất trong các tổn thương đường giữa mũi.^{1,2,3} Nang và đường rò sống mũi thường biểu hiện là một lỗ trong hầu hết các trường hợp hoặc một khối ở mũi. Chẩn đoán phân biệt của nang và đường rò sống mũi bao gồm các tổn thương tồn dư của thời kì bào thai ở đường giữa mũi như glioma, thoát vị não-màng não và các tổn thương lành tính khác như nang thượng bì (epidermoid cyst), u mạch máu (hemangioma), u quái (teratoma), u xơ thần kinh (neurofibroma), dị dạng động tĩnh mạch, u mỡ, dị dạng bạch huyết hoặc tĩnh mạch.^{1,2,3,4} Với một bệnh nhân có nang do nhiễm trùng đường rò, việc lựa chọn đường tiếp cận phẫu thuật phụ thuộc vào vị trí, độ lan rộng và đường rò sống mũi, việc phẫu thuật sớm và lấy bỏ toàn bộ đường rò giúp tránh tái phát và biến chứng và có kèm theo xâm lấn nội sọ không.^{2,3,4,5} Với các tổn thương typ I: có thể lựa chọn đường dọc hoặc đường ngang qua lỗ rò trên sống mũi, với tổn thương typ II, có thể lựa chọn đường mũi mở (open rhinoplasty).^{2,4,5,6} Theo kinh điển, nếu nang đường rò mở rộng đến nội sọ (typ III, IV) thì các phẫu thuật viên phải mở sọ để lấy nang và đường rò, trong các trường hợp có các tổn thương ở mũi thì cần phải sử dụng thêm đường phối hợp.^{2,8,9} Nhược điểm của kĩ thuật này là đường rạch lớn, rụng tóc quanh đường rạch, cần phải vén não và tổn thương thần kinh khứu giác.²



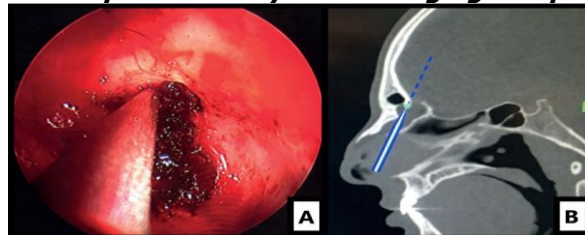
Hình 7: Phẫu thuật theo đường ngang lấy nang ở gốc mũi



Hình 8: Đường rạch hình elip trực tiếp qua lỗ rò sống mũi



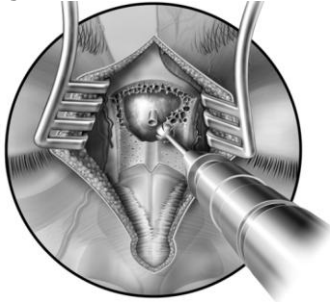
Hình 9: Hình minh họa đường phẫu thuật kinh điển: Phẫu thuật viên thần kinh sẽ mở sọ qua đường bicoronal nhỏ, phẫu thuật viên tạo hình sẽ lấy tổn thương ngoài sọ



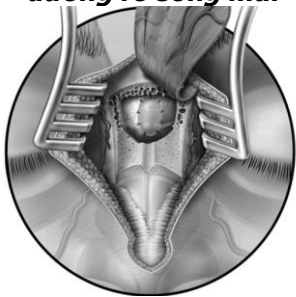
Hình 10: Que chỉ đầu dò định vị thần kinh đưa tới vị trí mào gà chéo đối: Hình A màng cứng có máu đông, hình B chỉ giới hạn trên của nang trên lát cắt đứng dọc

Chad A. Purnell và cộng sự với 10 bệnh nhân nang và đường rò sống mũi, lựa chọn đường rạch là đường: tác giả sử dụng đường rạch dọc mũi, sau đó bộ lộ xương chính mũi, lấy bỏ xương chính mũi cùng đường rò, so với phương pháp mở sọ, đây là phương pháp an toàn, giúp giảm được thời gian phẫu thuật và chảy máu, không cần phải vén thùy trán khi phẫu thuật nên không ảnh hưởng đến thần kinh khứu giác, không có bệnh nhân tái phát và mổ lại, sẹo mổ của nhỏ hơn so với đường rạch chân tóc (bicoronal), tuy nhiên cũng để lại sẹo khá lớn dọc theo sống mũi, có thể ảnh hưởng tới thẩm mỹ của bệnh nhân.⁹ Gần đây với những bước tiến trong phẫu thuật ung thư tai mũi họng, các kĩ thuật ít xâm lấn hơn đã được triển khai, tầm nhìn và khả năng tiếp cận một số khu vực nhất định được cải thiện, có khả năng cắt bỏ hoàn toàn được tổn thương và không làm tăng nguy cơ tái phát giúp cải thiện

được kết quả thẩm mỹ và chức năng. Kỹ thuật dùng đường mũi mở (open rhinoplasty) phối hợp với đường nội soi để lấy bỏ nang đường rò sống mũi xâm lấn nội sọ lần đầu tiên được Seider và cộng sự mô tả năm 2016.¹⁰ Alfonso và cộng sự cũng thực hiện kỹ thuật này trên bệnh nhân nang và đường rò sống mũi xâm lấn nội sọ, đồng thời có sự hỗ trợ thêm của định vị (IGS) giúp việc phẫu thuật gần nền sọ đạt tính an toàn cao hơn.⁸



Hình 11: Bộc lộ phần trong sọ của nang và đường rò sống mũi⁹



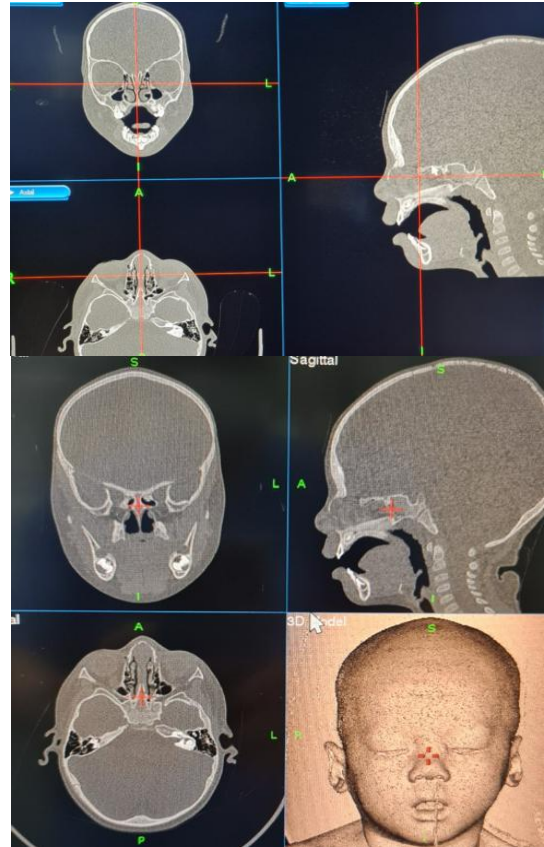
Hình 12: Màng não vá lại sau được lấy bỏ phần trong sọ⁹



Hình 13: Xương chính mũi được khâu cố định lại⁹



Hình 14: Hình ảnh BN trước và sau phẫu thuật⁹



Hình 15: Hình ảnh định vị (IGS) BN của chúng tôi trong lúc phẫu thuật



Hình 16: Hình ảnh BN của chúng tôi trước và sau phẫu thuật

Trong trường hợp bệnh nhân của chúng tôi, bệnh nhân có một lỗ rò tự nhiên ở chóp mũi và một lỗ rò ở phần gốc mũi và góc mắt trong bên trái, do đó đường rạch phía ngoài chúng tôi sử dụng hai đường rạch: một đường rạch hình elip xung quanh lỗ rò ở chóp mũi, một đường rạch hình elip xung quanh lỗ rò và vẫn phối hợp với đường mũi mở (open rhinoplasty) và nội soi. Theo kinh điển, khi dùng đường đường mũi mở (open rhinoplasty), các phẫu thuật viên sẽ bóc lộ đến phần khoang trước mũi (prenasal space), phẫu thuật viên sẽ sử dụng một optic nội soi

cứng để đuối theo đường rò đến lỗ tịt. Tuy nhiên trường hợp của chúng tôi có đường rạch cạnh mũi để lấy bỏ cả phần lỗ rò ở gốc mũi rất gần với trần sàng, nên chúng tôi đặt optic nội soi ngay tại vị trí này để tiếp cận tổn thương một cách tốt hơn. Cùng với dưới sự hướng dẫn của nội soi kèm theo định vị (IGS), chúng tôi bóc tách toàn bộ nang rò sống mũi khỏi màng não, sau khi bóc tách hết hoàn toàn chúng tôi kiểm tra lại không có tình trạng tổn thương màng não. Trong quá trình nằm điều trị chúng tôi thấy vết mổ bệnh nhân tiến triển tốt, bệnh không sốt cũng như không có dấu hiệu rò dịch não tủy hay có dấu hiệu khác của màng não. Bệnh nhân sau đó được xuất viện với tình trạng ổn định. Hiện tại sau 3 năm theo dõi bệnh nhân chưa có dấu hiệu tái phát.

IV. KẾT LUẬN

Nang và đường rò sống mũi là một tổn thương bẩm sinh hiếm gặp, việc phẫu thuật sớm và lấy bỏ toàn bộ đường rò giúp tránh tái phát và biến chứng do nhiễm trùng đường rò. Phẫu thuật lựa chọn đường mũi mở, đường cạnh mũi và phối hợp với nội soi có hướng dẫn của định vị (IGS) là một trong những bước tiến bộ giúp đảm bảo về thẩm mỹ và giảm nguy cơ tai biến do xâm lấn tối thiểu hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kim JH, Wang JH, Jang YJ.** Excision of a Nasal Dermoid Sinus Cyst via Open Rhinoplasty Approach and Primary Reconstruction Using Tutoplast-Processed Fascia Lata. Clin Exp Otorhinolaryngol. Mar 2010;3(1):48-51. doi:10.3342/ceo.2010.3.1.48
2. **Miller C, Manning S, Bly R.** Surgical management of nasal dermoid lesions. Operative

- Techniques in Otolaryngology-Head and Neck Surgery. 2019;30(1):16-21.
3. **Hartley B, Eze N, Trozzi M, et al.** Nasal dermoids in children: a proposal for a new classification based on 103 cases at Great Ormond Street Hospital. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 2015;79(1):18-22.
4. **Bloom DC, Carvalho DS, Dory C, Brewster DF, Wickersham JK, Kearns DB.** Imaging and surgical approach of nasal dermoids. International journal of pediatric otorhinolaryngology. 2002; 62(2):111-122.
5. **Blake WE, Chow CW, Holmes AD, Meara JG.** Nasal dermoid sinus cysts: a retrospective review and discussion of investigation and management. Annals of plastic surgery. 2006;57(5):535-540.
6. **Wales J, Alinasab B, Fridman-Bengtsson O.** A superficial nasal dermoid cyst excised through a novel horizontal zig-zag incision in a 49-year-old man. Acta Oto-Laryngologica Case Reports. 2020;5(1):28-32.
7. **Hidalgo J, Redett RJ, Soares BP, Cohen AR.** Meet in the middle: a technique for resecting nasocranial dermoids—technical note and review of the literature. Child's Nervous System. 2020;36:477-484.
8. **Santamaria-Gadea A, de los Santos G, Cobeta I, Domínguez-Carames S, Mariño-Sánchez F.** Resection of intracranial nasal dermoid sinus cyst by endoscopic-assisted open rhinoplasty approach. Rhinol Online. 2019; 3(2):59-63.
9. **Purnell CA, Skladman R, Alden TD, Corcoran JF, Rastatter JC.** Nasal dermoid cysts with intracranial extension: avoiding coronal incision through midline exposure and nasal bone osteotomy. Journal of Neurosurgery: Pediatrics. 2019; 25(3):298-304.
10. **Seidel, D. U., & Sesterhenn, A. M. (2016).** Intracranial nasal dermoid sinus cyst: transnasal endoscopic resection by open rhinoplasty approach, with intraoperative video. Journal of Craniofacial Surgery, 27(8), 2110-2112.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA TRẺ BẠI NÃO DƯỚI 18 TUỔI Ở MỘT SỐ CƠ SỞ CHĂM SÓC Y TẾ TẠI HÀ NỘI NĂM 2024

Cao Minh Châu¹, Nguyễn Hoàng Diệp¹, Đoàn Ngân Hoa¹, Hà Thúy Ngân¹, Khúc Thị Hồng Hạnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của trẻ bại não dưới 18 tuổi ở một số cơ sở y tế tại Hà Nội năm 2024. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả

¹Trường Đại học Phenikaa

Chịu trách nhiệm chính: Cao Minh Châu
Email: chau.caominh@phenikaa-uni.edu.vn
Ngày nhận bài: 21.01.2025
Ngày phản biện khoa học: 20.2.2025
Ngày duyệt bài: 01.4.2025

cắt ngang trên 57 trẻ bại não dưới 18 tuổi đang được điều trị tại Trung tâm Phục hồi chức năng người khuyết tật Thụy An - Ba Vì và Trung tâm Phục hồi chức năng Dung Hòa, Hội gia đình trẻ bại não Việt Nam. Đối tượng được khám theo Phiếu khám bao gồm các thông tin nhân khẩu học và phần khám lâm sàng. **Kết quả:** Đa phần trẻ mắc bại não thể cơ cứng, chiếm 82,4% trong đó chủ yếu là liệt tứ chi (66,7%) cao nhất. Khiếm khuyết khả năng nói là khiếm khuyết phổ biến nhất (47,4%), tiếp theo là chậm phát triển trí tuệ (45,6%), nghe và nhìn (31,6% và 21,5%), thấp nhất là khiếm khuyết về rối loạn cảm xúc hành vi (5,3%).