

PHẪU THUẬT TẠO HÌNH ĐIỀU TRỊ TRONG BỆNH LÝ MŨI SƯ TỬ: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Phạm Thị Việt Dung^{1,2,✉}, Tạ Thị Hồng Thúy^{1,2}, Nguyễn Anh Đạt²

¹Bệnh Viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

Mũi sư tử là một bệnh lý đặc trưng bởi sự biến dạng mũi do sự phì đại tiến triển của các mô tuyến bã và tổ chức dưới da vùng mũi. Bệnh lý này hay gặp ở người da trắng nhưng rất hiếm gặp ở người Á Đông. Bài báo này mô tả đặc điểm lâm sàng mũi sư tử, phương pháp điều trị phẫu thuật và kết quả đạt được sau 3 tháng trên một ca bệnh nam người Việt, 79 tuổi, mũi sư tử phân độ el-Azhary ở mức nghiêm trọng và thuộc giai đoạn 4 theo Clark, được điều trị hiệu quả bằng phương pháp phẫu thuật. Với bệnh lý mũi sư tử thì triệu chứng lâm sàng có tính chất gợi ý và giải phẫu bệnh sẽ khẳng định chẩn đoán. Có một số phương pháp có thể áp dụng để điều trị bệnh lý này, mỗi phương pháp có ưu và nhược điểm riêng. Tuy nhiên, phẫu thuật cắt bỏ tổn thương và tạo hình che phủ tổn khuyết là sự lựa chọn tốt nhất cho trường hợp tổn thương nặng.

Từ khóa: Mũi sư tử, u mũi, biến dạng mũi.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mũi sư tử là một bệnh lý hiếm gặp, biến dạng đặc trưng bởi sự phì đại tiến triển của các mô tuyến bã và tổ chức dưới da vùng mũi.³ Bệnh thường xuất hiện ở vị trí hai phần ba dưới của mũi và hiếm khi có biểu hiện tiến triển ác tính.^{4,5} Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh vẫn chưa được biết rõ. Các nhà khoa học cho rằng một số yếu tố có thể liên quan đến bệnh nguyên là nhiễm trùng hay quá trình viêm do vi khuẩn, kí sinh trùng.⁶ Bên cạnh đó, sự dư thừa hormone steroid (androgen), căng thẳng, các sản phẩm chứa chất kích thích cũng có thể góp phần vào bệnh này. Mũi sư tử chủ yếu ảnh hưởng đến nam giới da trắng trong độ tuổi 50 - 70, với tỷ lệ nam:nữ là 12:1. Ở người Châu Á, hiếm gặp bệnh lý này, do đó, cũng rất ít các tài liệu khoa học liên quan. Bài báo này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và phương pháp điều trị cho

một bệnh nhân nam người Việt, 79 tuổi, được chẩn đoán mũi sư tử, và điều trị hiệu quả bằng phương pháp phẫu thuật.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nam 79 tuổi, đến khám vì mũi biến dạng. Bệnh nhân nhận thấy da mũi đỏ, dày lên dần dần từ khoảng 5 năm trước, khoảng 3 năm trở lại đây vùng da này tăng sinh mạnh thành khối u, sần sùi, che lấp gần toàn bộ lỗ mũi. Tiền sử ghi nhận bệnh nhân có sử dụng nhiều rượu thường xuyên trong khoảng 50 năm. Khám lâm sàng cho thấy, khối u lớn vùng 1/3 dưới sống mũi và một phần cánh mũi 2 bên kích thước 6x6x2,5cm, có cuống kích thước 3,5x3,5cm, chia thành các thùy, mật độ chắc, không đều, màu sắc đỏ hơn các vùng da xung quanh, có mạng tĩnh mạch nổi trên bề mặt da, các lỗ chân lông trên da mũi xuất hiện rõ ràng và dễ dàng nặn ra chất bã màu trắng, hình dáng khung sụn không thấy biến dạng, da vùng mặt có tình trạng tăng tiết dầu. Ở tư thế đầu thẳng đứng, theo trọng lực khối u che lấp gần như hoàn toàn lỗ mũi, đầu xa của khối u thông xuống chạm

Tác giả liên hệ: Phạm Thị Việt Dung

Bệnh Viện Bạch Mai

Email: phamvietdung@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 24/11/2022

Ngày được chấp nhận: 15/12/2022

viên môi trên (Hình 1). Chính điều này gây khó khăn cho bệnh nhân trong việc thở, ăn uống và sinh hoạt cũng như gây tự ti trong giao tiếp. Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy tổn thương là biểu mô phủ có vùng quá sản nhẹ với các tế bào nhân khá đều, phía dưới mô đệm thấy sự tăng sinh mạnh tổ chức xơ và collagen kèm xâm nhập viêm mạn tính. Các tuyến bã quá sản với tế bào nhân nhỏ đều, lành tính. Không phát hiện tế bào ác tính. Với đặc điểm lâm sàng và giải phẫu bệnh nêu trên, bệnh nhân được xác định là tình trạng điển hình của bệnh lý mũi su tử, phân độ el-Azhary ở mức nghiêm trọng và thuộc giai đoạn 4 theo Clark.¹

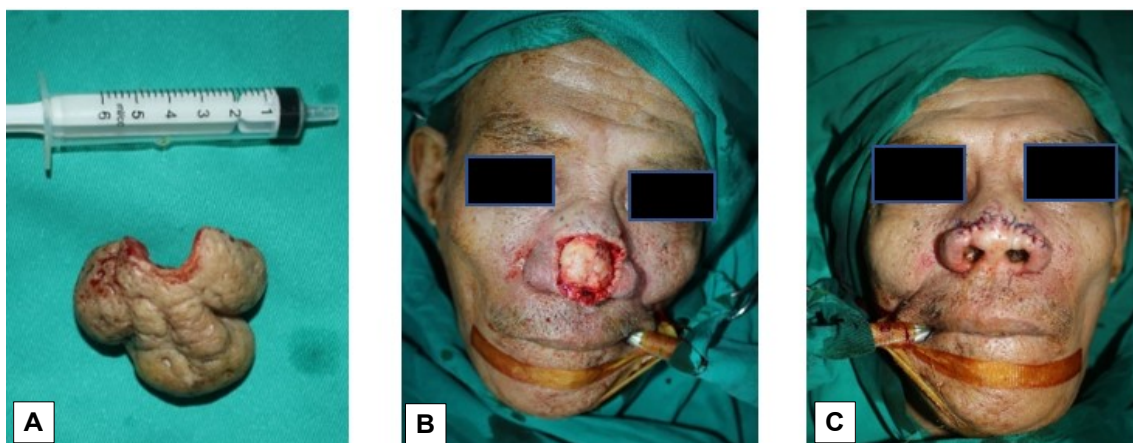
Bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật dưới gây mê nội khí quản. Nhằm hạn chế sự chảy máu trong quá trình thực hiện, vùng diện cắt bóc tách được tiêm dung dịch NaCl 0,9% pha

Adrenalin 1/100.000. Tiến hành cắt bỏ toàn bộ khối u theo ranh giới giữa khối u với da lành, sâu tới sát màng sụn. Sau cắt tổn thương để lại khuyết da toàn bộ đầu mũi và vòm cánh mũi 2 bên. Dao điện cũng được sử dụng để đốt cầm máu ở các diện cắt mạch máu dưới da. Bóc tách rộng da và tổ chức dưới da từ vị trí tổn thương tới sát gốc mũi, sử dụng dưới dạng vạt trượt đẩy xuống dưới, khâu với mép da đối diện. Phần da phiu tai chó ở hai đầu đường khâu được cắt theo đường rãnh giữa sườn và cánh mũi. (Hình 2).

Sau khi toàn bộ khối u cắt bỏ được 3 tháng, hình dạng mũi trở về bình thường, bệnh nhân không còn khó thở và không còn tự ti khi giao tiếp, da xung quanh đường sẹo bình thường, khối u không có dấu hiệu tái phát (Hình 3).



Hình 1. Bệnh nhân trước mổ; A. Tư thế thẳng mặt; B. Tư thế nghiêng; C. Tư thế ngửa mặt



Hình 2. Quá trình phẫu thuật; A: u sau khi cắt; B: tổn khuyết sau cắt u; C: sau khi khâu đóng vết mổ



Hình 3. Kết quả sau mổ 3 tháng

IV. BÀN LUẬN

Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh của mũi sư tử vẫn chưa được biết rõ. Các nhà khoa học cho rằng nhiễm trùng hay quá trình viêm do vi khuẩn, kí sinh trùng có thể là nguyên nhân của bệnh lý này. Demodex folliculorum một loại kí sinh trùng kí sinh thường xuyên trên da được nhắc đến nhiều trong các báo cáo.⁶ Ngoài ra, sự dư thừa hormone steroid (androgen), thực phẩm cay - nóng, căng thẳng, các sản phẩm chứa chất kích thích caffein và rượu có thể góp phần vào bệnh này. Mũi sư tử chủ yếu gặp ở người châu Âu, ít gặp trên các chủng tộc da màu như người châu Á, châu Phi. Một số ca báo cáo ở các quốc gia ít gặp thường rất ít ca trong thời gian dài, chủ yếu là dưới dạng ca lâm sàng. Tuy nhiên, chủ yếu là các ca mức độ nhẹ, rất hiếm gặp trường hợp tổn thương có kích thước lớn. Tại Việt Nam chưa ghi nhận các báo cáo chính thức về mũi sư tử trên các tạp chí y học.

Những đặc điểm lâm sàng điển hình của bệnh lý này là khối u xuất hiện ở 2/3 dưới của mũi, làm biến dạng mũi. Khối u cũng có đầy đủ các đặc điểm hình thái: (1) tĩnh mạch mạng nhện (2) tăng sinh mạch (3) tăng độ dày da mũi (4) nốt sần được bao phủ bởi lớp da mỏng với lỗ chân lông kích thước lớn. Bên cạnh đó, tổn thương cũng xảy ra ở nam giới, phù hợp với đặc điểm dịch tễ học trong các nghiên cứu

trước đây với tỉ lệ nam:nữ trong khoảng 12:1 đến 30:1, mặc dù tỉ lệ trứng cá đờ gặp nhiều trên nữ với tỉ lệ nam: nữ là 1:3. Với các đặc điểm nêu trên, về lâm sàng ca bệnh của chúng tôi rất điển hình của tình trạng mũi sư tử.⁷⁻⁹

Kết quả sinh thiết khối u của bệnh nhân cho thấy tổn thương là biểu mô phủ có vùng quá sản nhẹ với các tế bào nhân khá đều, phía dưới mô đệm thấy sự tăng sinh xơ, collagen mạnh kèm xâm nhập viêm mạn tính. Các tuyến bã quá sản với tế bào nhân nhỏ đều, lành tính. Không phát hiện tế bào ác tính. Kết quả này phù hợp với đặc tính mô học của mũi sư tử. Về giải phẫu bệnh, Tope và cộng sự đã mô tả hai dạng mũi sư tử.¹⁰ Dạng phổ biến hơn được đặc trưng bởi các tổn thương mô học đặc thù của bệnh trứng cá đờ có thể quan sát thấy sự tăng sinh của tuyến bã nhờn, elastin trong da, các sợi collagen trong chất nền hỗn hợp, nhiều u nang và tế bào lympho-histocyte thâm nhiễm xung quanh các mạch máu giãn rộng. Dạng thứ 2, ít phổ biến là "biến thể dạng sợi", có thể quan sát thấy sự thay đổi xơ hóa nghiêm trọng ở da, giảm hoặc thiếu tuyến bã nhờn và tuyến phụ khác của da.

Hiện nay, chưa có sự thống nhất trong y văn về cách thức điều trị bệnh mũi sư tử nói chung nhưng có thể đưa ra một vài tiêu chí để lựa chọn như: hạn chế tối đa sự chảy máu, loại bỏ

chính xác mô bệnh lý tới độ sâu mong muốn, tránh tổn thương sụn, cũng như giảm thấp nhất tỉ lệ tái phát. Điều trị nội khoa, laser và phẫu thuật được đề xuất để điều trị bệnh lý này. Tuy nhiên, nội khoa và laser nên được chỉ định trong những giai đoạn đầu, ở mức độ nhẹ, với mục đích khống chế sự phát triển của tuyến bã nhờn. Sử dụng các đầu mài da cũng là phương pháp được áp dụng với ưu điểm là dễ thao tác, cho phép tạo hình dáng đầu mũi, chi phí thấp, nhưng chậm liền thương và khó kiểm soát độ sâu, đặc biệt không kiểm soát được chảy máu.¹¹ Với các bệnh nhân tổn thương ở các giai đoạn nặng, ảnh hưởng nghiêm trọng đến hình thể và chức năng, nếu cơ sở điều trị có kinh nghiệm, kiểm soát tốt về kỹ thuật tạo hình thì phẫu thuật vẫn là phương pháp lựa chọn tối ưu. Dao mổ thông thường kết hợp đốt điện ở các diện cắt mạch máu và tiêm dung dịch epinephrin trước mổ giúp kiểm soát tốt tình trạng chảy máu mà vẫn bảo tồn được mô tuyến lành, tránh được tổn thương do bỏng nhiệt, đảm bảo hai mép vết mổ có thể lành thương tốt ngay thì đầu. Về phẫu thuật có hai cách chính: cắt bỏ một phần tổn thương và cắt bỏ toàn bộ. Cắt bỏ một phần bằng cách cắt bỏ tiếp tuyến, bảo tồn tuyến bã nhờn bên dưới, cho phép lành thương thứ phát. Ưu điểm của phương pháp này là thủ tục phẫu thuật ít phức tạp, vết mổ biểu mô hóa hoàn toàn với kết quả được đánh giá thẩm mỹ hơn sau hai đến ba tuần, tuy nhiên, do không lấy hết tổn thương nên có tỷ lệ tái phát nhất định. Cắt bỏ toàn bộ (xuống đến lớp mô liên kết lỏng lẻo trên nền sụn) và tạo hình tổn khuyết sau cắt bằng vạt hoặc ghép da cho phép loại bỏ sự tăng sinh tiềm ẩn. Tác giả cũng ủng hộ quan điểm là lựa chọn biện pháp cắt bỏ toàn bộ trong các trường hợp tổn thương nặng, khi phẫu thuật viên kiểm soát tốt các kỹ thuật tạo hình để che phủ tổn khuyết. Việc lựa chọn cắt bỏ toàn bộ khối và sử dụng vạt tại chỗ trong ca lâm sàng của chúng

tôi sẽ giúp giải quyết triệt để tổn thương. Để khẳng định chắc chắn điều này, cần thời gian theo dõi kết quả xa, tuy nhiên, hiện tại sau 3 tháng, không thấy có bất kỳ dấu hiệu tái phát nào.

V. KẾT LUẬN

Bệnh lý mũi sứt tử có triệu chứng lâm sàng và giải phẫu bệnh điển hình. Các triệu chứng lâm sàng có tính chất gợi ý chẩn đoán. Kết quả giải phẫu bệnh sẽ giúp chẩn đoán xác định. Trong trường hợp tổn thương nặng, do tổn thương xâm lấn hết lớp trung bì nên việc cắt bỏ hoàn toàn tới lớp màng sụn là cần thiết. Tùy theo tổn khuyết để lại lớn hay nhỏ để lựa chọn phương pháp tạo hình thích hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Clark DP, Hanke CW. Electrosurgical treatment of rhinophyma. *J Am Acad Dermatol*. 1990;22(5 Pt 1):831-837. doi: 10.1016/0190-9622(90)70115-x.
2. el-Azhary RA, Roenigk RK, Wang TD. Spectrum of results after treatment of rhinophyma with the carbon dioxide laser. *Mayo Clin Proc*. 1991;66(9):899-905. doi: 10.1016/s0025-6196(12)61576-6.
3. Clarós P, Sarr MC, Nyada FB, Clarós A. Rhinophyma: Our experience based on a series of 12 cases. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*. 2018;135(1):17-20. doi: 10.1016/j.anorl.2017.08.005.
4. Ole Martin Rørdam, Kjetil Guldbakke. Rhinophyma: Big Problem, Simple Solution. *Acta Dermato-Venereologica*. Accessed November 15, 2022. <https://www.medicaljournals.se/acta/content/abstract/10.2340/00015555-0976>.
5. H P Plenk. Rhinophyma, associated with carcinoma, treated successfully with radiation. *Plast Reconstr Surg*. 1995 Mar;95(3):559-62. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7870783/>.

6. T Roihu, A L Kariniemi. Demodex mites in acne rosacea - PubMed. Accessed November 15, 2022. *J Cutan Pathol.* 1998 Nov;25(10):550-2. doi: 10.1111/j.1600-0560.1998.tb01739.x.
7. D R Wiemer. Rhinophyma. *Clin Plast Surg.* 1987;14(2). Accessed November 15, 2022. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2953521/>.
8. Elliott RA, Hoehn JG, Stayman JW. Rhinophyma: surgical refinements. *Ann Plast Surg.* 1978;1(3):298-301. doi: 10.1097/00000637-197805000-00009.
9. Rohrich RJ, Griffin JR, Adams WP. Rhinophyma: Review and update. *Plast Reconstr Surg.* 2002;110(3):860-869; quiz 870. doi: 10.1097/00006534-200209010-00023.
10. Tope WD, Sanguenza OP. Rhinophyma's fibrous variant. Histopathology and immunohistochemistry. *Am J Dermatopathol.* 1994;16(3):307-310.
11. Hoasjoe DK, Stucker FJ. Rhinophyma: Review of pathophysiology and treatment. *J Otolaryngol.* 1995;24(1):51-56.

Summary

SURGICAL TREATMENT OF NASAL DEFORMITY IN RHINOPHYMA: A CASE REPORT

Rhinophyma is characterized by nasal deformity due to progressive hypertrophy of the sebaceous and subcutaneous tissues of the nose. This disease is common in Caucasians but very rare in Asians. This article described the clinical features, operative process and the results of a Vietnamese male patient, 79 years old, with a rhinophyma at severe grade according to el-Azhary and stage 4 according to Clark, who was effectively treated by surgery. With rhinophyma disease, clinical symptoms are suggestive and pathology will help confirm the diagnosis. There are several available methods for treatment of rhinophyma, each has its own pros and cons. However, surgery to remove the lesion and cover the defect is the best choice for severe cases.

Keywords: Rhynophyma, nasal tumour, nasal defomity.