

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM U NHÚ MŨI XOANG VÀ ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG TÁI PHÁT SAU PHẪU

Dương Ngọc Chu^{1,✉}, Cao Minh Thành²

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang

²Trường Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 60 bệnh nhân nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng u nhú mũi xoang và nhận xét đặc điểm tái phát u nhú mũi xoang sau phẫu thuật. Các triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là ngạt mũi một bên (86,7%) và chảy dịch mũi nhày (75,0%). Hình thái điển hình qua nội soi là dạng chùm nho chiếm 70%, hình quả dâu chiếm 20% và giống polyp chiếm 8,3%. Các hình ảnh tổn thương thường gặp trên CLVT là tăng sinh xương 30%, chồi xương 23,3%. Mô bệnh học u nhú đảo ngược chiếm đa số 90%. Người bệnh có u tái phát sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ 13,3% (8/60). Trong số 8 trường hợp tái phát khối u thì vị trí u tái phát chủ yếu tại xoang hàm với 87,5% (7/8), tái phát u thường gặp sau phẫu thuật nội soi đơn thuần với tỷ lệ 100% (8/8), khối u tái phát chủ yếu ở giai đoạn T3 sau phẫu thuật chiếm 75% (7/8).

Từ khóa: U nhú mũi xoang, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tái phát sau phẫu thuật.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nhú mũi xoang (UNMX) là loại u thường gặp nhất trong các khối u lành tính mũi xoang có nguồn gốc biểu mô, tỷ lệ mắc hàng năm là 0,74 - 2,3 trên 100.000 dân.¹ U nhú mũi xoang thường là tổn thương đơn độc, chủ yếu phát sinh từ thành bên mũi, nguyên nhân gây bệnh vẫn chưa được biết rõ ràng mặc dù dị ứng, viêm xoang mạn tính và nhiễm trùng do vi-rút đã được đưa ra như là những nguyên nhân có thể.^{2,3} Năm 2005, WHO chia u nhú mũi xoang làm 3 loại mô bệnh học gồm: u nhú thường, u nhú đảo ngược, u nhú tế bào lớn ưa axit.⁴ Trong đó, u nhú đảo ngược là loại phổ biến nhất chiếm 0,5 đến 4% trong tổng số các khối u mũi xoang và cạnh mũi.⁵ U nhú đảo ngược là một thách thức trong chẩn đoán vì chúng thường biểu hiện các triệu chứng tương tự như quá trình viêm (chảy nước mũi, tắc mũi) và có

thể bị nhầm với polyp.⁶

Hiện nay, có 2 phương pháp điều trị chính là phẫu thuật đường ngoài và phẫu thuật nội soi. Trong đó, phẫu thuật nội soi với trang thiết bị hiện đại: định vị, các dụng cụ phẫu thuật... cho phép kiểm soát tốt hơn các tổn thương ở hốc xoang sâu, dần thay thế phẫu thuật đường ngoài. U nhú mũi xoang thường tái phát trong vòng vài năm sau phẫu thuật, nhưng có thể xảy ra sớm hơn hoặc muộn hơn. Tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật vẫn còn cao, phương pháp nội soi với tỷ lệ tái phát là 12% so với 15% đến 20% đối với phương pháp phẫu thuật đường ngoài (khoảng 0 - 33% ở cả hai phương pháp).⁷ Có khoảng 30% - 40% u nhú mũi xoang tái phát chưa được chẩn đoán kịp thời do triệu chứng không đặc hiệu của bệnh, bệnh nhân không được theo dõi đầy đủ sau phẫu thuật.⁸ U nhú mũi xoang tái phát đến nay vẫn là một thách thức trong điều trị đối với các phẫu thuật viên bởi sự mất các mốc giải phẫu làm tăng nguy cơ biến chứng và tỷ lệ thoái triển ác tính thường tăng lên với các lần tái phát sau. Việc phẫu thuật loại bỏ hoàn toàn khối u, cải thiện kỹ thuật

Tác giả liên hệ: Dương Ngọc Chu

Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang

Email: chumaigam@gmail.com

Ngày nhận: 09/07/2023

Ngày được chấp nhận: 23/08/2024

phẫu thuật và theo dõi chặt chẽ sau phẫu thuật là rất quan trọng trong ngăn ngừa tái phát.

Do đó, việc nghiên cứu những đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của u nhú mũi xoang và đánh giá tình trạng tái phát sau phẫu thuật nhằm nâng cao năng lực chuẩn đoán, cải thiện hiệu quả điều trị và giảm thiểu các nguy cơ do những lần phẫu thuật sau đem đến là vô cùng cần thiết. Vì vậy, nghiên cứu được tiến hành với hai mục tiêu:

1) *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng u nhú mũi xoang;*

2) *Nhận xét đặc điểm tái phát u nhú mũi xoang sau phẫu thuật.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân chẩn đoán xác định u nhú mũi xoang được phẫu thuật tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 01/2023 đến tháng 02/2024. Cỡ mẫu $n = 60$ bệnh nhân.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

Nhóm tiến cứu:

- Khám nội soi tai mũi họng: Chẩn đoán theo dõi u nhú; Chụp phim CLVT mũi xoang; Giải phẫu bệnh có kết luận u nhú mũi xoang theo theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2005;³ Phẫu thuật mũi xoang lấy u; Thời gian đánh giá sau phẫu thuật: 1, 3 và 6 tháng; Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Nhóm hồi cứu:

- Có hồ sơ bệnh án đầy đủ: Chụp phim CLVT mũi xoang; Có cách thức phẫu thuật ghi đầy đủ, rõ ràng; Kết quả giải phẫu bệnh kết luận u nhú mũi xoang; Khám đánh giá sau phẫu thuật ≥ 6 tháng; Khám nội soi tai mũi họng có hình ảnh tái phát u: Chụp phim CLVT mũi xoang và sinh thiết u làm giải phẫu bệnh; Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

- Không có xét nghiệm mô bệnh học khẳng định u nhú mũi xoang.

- Bệnh nhân không đến khám theo dõi đúng lịch hẹn.

- Bệnh nhân có hồ sơ bệnh án không đầy đủ.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang.

Phương tiện nghiên cứu

- Bệnh án nghiên cứu mẫu.

- Thiết bị nghiên cứu: Hệ thống máy nội soi Tai Mũi Họng Karl-Storz; Máy chụp CLVT đa dãy đầu dò Siemens.

Các biến số nghiên cứu

Biến số nghiên cứu: Tuổi, giới tính, lý do vào viện, triệu chứng cơ năng, khám thực thể và nội soi, đặc điểm hình ảnh trên phim CLVT mũi xoang, kết quả mô bệnh học, số lần phẫu thuật.

Cách tiến hành

Nhóm tiến cứu:

Bước 1: Thu thập số liệu làm bệnh án nghiên cứu.

Bước 2: Các bệnh nhân được khám lâm sàng, nội soi, làm các xét nghiệm cận lâm sàng bao gồm CLVT và sinh thiết trước mổ chẩn đoán xác định u nhú mũi xoang.

Bước 3: Bệnh nhân được phẫu thuật và ghi nhận các kết quả trong lúc mổ.

Bước 4: Bệnh nhân được hẹn khám lại và theo dõi sau phẫu thuật 1, 3 và 6 tháng để phát hiện tình trạng tái phát.

Nhóm hồi cứu:

Bước 1: Thu thập các bệnh án từ các kho dữ liệu bệnh án của Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Bước 2: Lựa chọn các bệnh án phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn.

Bước 3: Làm bệnh án nghiên cứu dựa trên các thông tin thu thập được từ bệnh án gốc.

Bước 4: Hẹn bệnh nhân đến khám lại để xác minh các thông tin trong bệnh án nghiên cứu và xác định sự tái phát sau 6 tháng.

Cách thức phẫu thuật

- Cách thức phẫu thuật nội soi mũi xoang theo các bước sau:

+ Đặt bác mũi tẩm thuốc co mạch như: naphazolin, oxymetazolin...

+ Tiêm tê dưới niêm mạc các điểm: chân bám cuốn giữa, niêm mạc vùng mỏm móc, lưng cuốn dưới, lỗ thoát ra của dây thần kinh khứu cái trên.

+ Cắt mỏm móc từ sau tra trước bằng kim cắt ngược hoặc từ trước ra sau bằng dao lá lúa.

Nếu khối u ở xoang hàm:

+ Mở rộng lỗ thông xoang hàm bằng kim cắt ngược hoặc dao hút-cắt hummer.

+ Phẫu thuật lấy 1 mảnh u trong xoang hàm làm mô bệnh học, sau đó lấy hết u, đốt chân bám khối u bằng ống đông hút.

Nếu khối u ở xoang sàng:

+ Phẫu thuật lấy 1 mảnh u trong xoang làm mô bệnh học. Dùng thìa nạo, nạo hết khối u ở sàng trước hoặc sàng sau.

+ Đốt chân bám khối u bằng ống đông hút.

Nếu khối u ở xoang trán hay xoang bướm:

+ Phẫu thuật lấy 1 mảnh u trong xoang làm mô bệnh học. Kiểm soát lấy hết khối u trong

xoang trán hay xoang bướm.

+ Đốt chân bám khối u bằng ống đông hút.

Xử lý số liệu

Các số liệu phân tích và xử lý theo thuật toán thống kê y học. Tất cả các số liệu nghiên cứu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.0 và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Giá trị p được sử dụng để kiểm định sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê. Giá trị $p < 0,05$ mang ý nghĩa thống kê.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý và chấp thuận của Hội đồng Đạo đức các bệnh viện tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân tham gia nghiên cứu được giải thích rõ về tình trạng bệnh và đồng ý tham gia nghiên cứu mới được lựa chọn vào nhóm nghiên cứu. Các thông tin cá nhân của bệnh nhân được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ

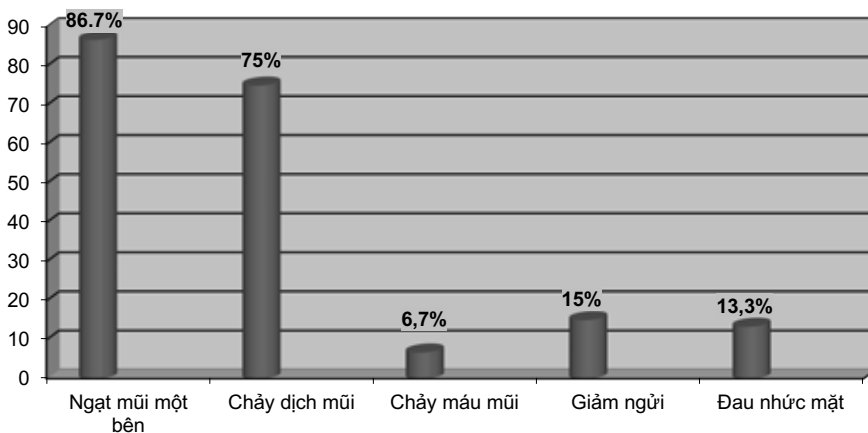
1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình: $49,7 \pm 13,6$ tuổi, tuổi thấp nhất là 12 và cao nhất là 75 tuổi.

Phân loại nhóm tuổi: ≥ 61 tuổi cao nhất 17/60 (28,3%); thấp nhất nhóm 11 - 30 tuổi 3/60 (5,0%).

Tỷ lệ giới tính nam/nữ = 1,3.

2. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của u nhú mũi xoang



Biểu đồ 1. Triệu chứng cơ năng của bệnh nhân (n = 60)

Các triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là ngạt mũi một bên (86,7%) và chảy mũi nhày mủ (75,0%). Các triệu chứng giảm ngửi (15,0%), đau nhức mặt (13,3%), chảy máu mũi (6,7%) ít gặp hơn.

Hình thái u nhú mũi xoang qua thăm khám nội soi:

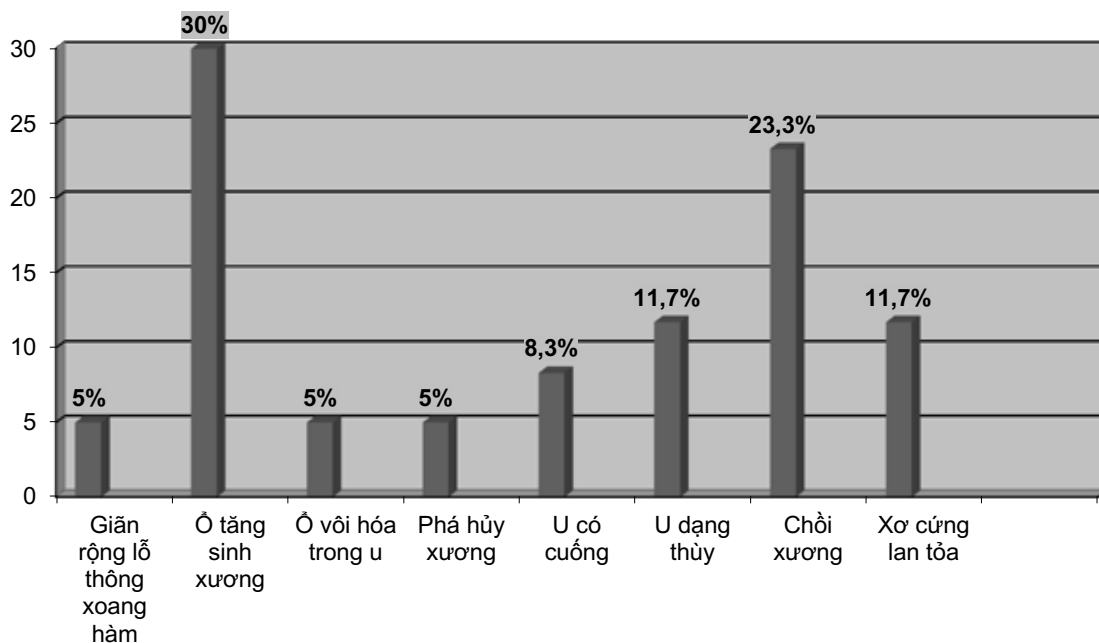
Hình thái điển hình của u nhú mũi xoang qua nội soi là dạng chùm nho chiếm 70% và quả dâu với 20%. Hình thái giống polyp chiếm 8,3%.

Bảng 1. Vị trí xuất phát u nhú mũi xoang xác định trong phẫu thuật

Xác định vị trí xuất phát u	n	%
Vách ngăn	11	18,3
Khe giữa	30	50
Ngách sàng bướm	1	1,7
Cuốn mũi	3	5
Các thành xoang hàm	10	16,7
Xoang sàng sau	4	6,7
Xoang bướm	1	1,7
Tổng	60	100

Các vị trí xuất phát thường gặp: vách mũi xoang (khe giữa, cuốn mũi, ngách sàng bướm) chiếm 56,7%; vách ngăn: 18,3%; xoang hàm:

16,7%, xoang sàng sau: 6,7% và ở xoang bướm: 1,7%.



Biểu đồ 2. Đặc điểm tổn thương trên phim CLVT (n = 60)

Hình ảnh tổn thương thường gặp trên cắt lớp vi tính là hình ảnh ổ tăng sinh xương 30%, chồi xương 23,3%, xơ cứng lan tỏa 11,7%. Rất

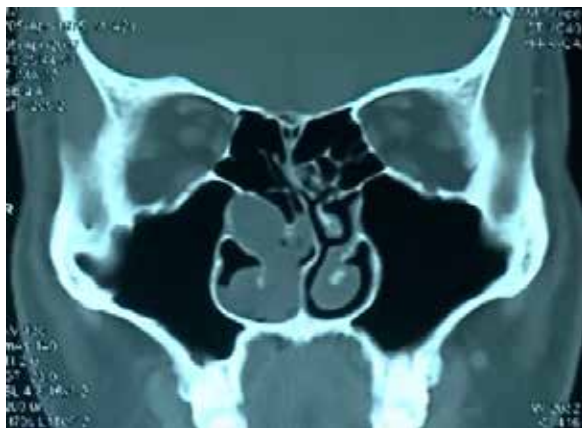
ít gặp hình ảnh giãn rộng lỗ thông xoang hàm 5%, phá hủy xương 5% và hình ảnh ổ vôi hóa trong khối u 5%.

Bảng 2. Hình ảnh u nhú trên CLVT đối chiếu vị trí u tại xoang trên phẫu thuật

CLVT	Xoang			
	Xoang sàng	Xoang hàm	Xoang bướm	
Ổ tăng sinh	2	3	0	
Chồi xương	2	3	1	
Xơ cứng lan tỏa	0	2	0	
Giãn rộng lỗ thông xoang hàm	0	1	0	
U dạng thùy	0	0	1	

Xoang hàm có hình ảnh tổn thương đa dạng nhất trên CLVT với hình ảnh ổ tăng sinh, chồi xương, xơ cứng lan tỏa, giãn rộng lỗ thông

xoang hàm. Xoang sàng thường gặp ổ tăng sinh xương và chồi xương. Xoang bướm thường gặp hình ảnh chồi xương và u dạng thùy.



Hình 1. Phim chụp CLVT UNMX tái phát tại khe mũi giữa phải (Nguyễn Thị Ng, SBA: 23090056636, PT ngày 30.09.2023)

Bảng 2. Mô bệnh học u nhú và loại tế bào

Mô bệnh học	Loại tế bào			
	Biểu mô chuyển tiếp	Biểu mô vảy	Biểu mô trụ	n
U nhú đảo ngược	37	16	1	54
U nhú thường	3	2	0	5
Ung thư hóa	1	0	0	1
Tổng	41	18	1	60

Đa số kết quả mô bệnh học là u nhú đảo ngược chiếm 90% (54/60), u nhú thường chiếm 8,3% (5/60). Biểu mô chuyển tiếp chiếm tỷ lệ

cao nhất với 68,3% (41/60), biểu mô vảy 30% (18/60), chỉ có 1,7% (1/60) biểu mô trụ.

Bảng 3. Giai đoạn u nhú mũi xoang trước phẫu thuật

Giai đoạn u	n	%
I	11	18,3
II	15	25
III	33	55
IV	1	1,7
Tổng	60	100

Bệnh nhân trước phẫu thuật gặp chủ yếu ở giai đoạn T2 chiếm 25% (15/60) và T3 chiếm 55% (33/60).

3. Đặc điểm tái phát u nhú mũi xoang sau phẫu thuật

Bảng 4. Đặc điểm tái phát u nhú mũi xoang

Vị trí tái phát	Thời gian tái phát (tháng)		n
	< 6 tháng	≥ 6 tháng	
Vách ngăn	0	0	0
Cuốn mũi	0	0	0
Xoang hàm	1	6	7
Xoang sàng	0	0	0
Xoang bướm	0	1	1
Tổng	1	7	8

Có 8/60 (13,3%) bệnh nhân có tái phát u sau phẫu thuật, trong đó tái phát lần 1 là 10% và lần 2 là 3,3%. Trong số 8 trường hợp tái phát thì thời gian tái phát chủ yếu sau 6 tháng là 7/8 (87,5%), vị trí tái phát chủ yếu tại xoang hàm là 7/8 (87,5%), đường phẫu thuật mà u tái phát là phẫu thuật nội soi đơn thuần với tỷ lệ 100% (8/8).

Bảng 5. Giai đoạn u tái phát sau phẫu thuật

Giai đoạn u	n
I	0
II	1
III	6
IV	1
Tổng	8

Trong số 8 trường hợp có khối u tái phát thì khối u thường tái phát ở giai đoạn T3 6/8 (75%) sau phẫu thuật.

Bảng 6. Tỷ lệ tái phát và mô bệnh học

Mô bệnh học	Số người bệnh	Số tái phát
U nhú thường	5	0
U nhú đảo ngược	55	8

Tỷ lệ tái phát 8/8 trường hợp có u nhú đảo ngược đã phẫu thuật trước đó.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, u nhú mũi xoang tái phát gặp chủ yếu ở người trưởng thành. Lứa tuổi thường gặp nhất của u nhú mũi xoang là 31 - 40 tuổi và ≥ 61 tuổi chiếm tỷ lệ 25% và 28,3%. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước. Nghiên cứu tương đồng với tác giả Đoàn Thị Thanh Hà và cộng sự trên 28 bệnh nhân u nhú mũi xoang cho thấy lứa tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là trên 60 tuổi chiếm 32,1%.⁹ Xu thế bệnh hay gặp ở nam giới, kết quả nghiên cứu các trường hợp u nhú mũi xoang tái phát cũng cho thấy bệnh có phần phổ biến ở nam giới hơn so với nữ giới với tỷ lệ 1,3:1, kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Lương Tuấn Thành trên 34 bệnh nhân được chẩn đoán u nhú mũi xoang cho kết quả tỷ lệ nam/nữ là 1,3:1.¹⁰

Dấu hiệu lâm sàng thường gặp nhất là ngạt mũi một bên (86,7%) và chảy mũi nhày (75,0%), lý do khiến bệnh nhân nhập viện nhiều nhất là ngạt tắc mũi-chảy dịch mũi nhày chiếm tỷ lệ 56,7%. Đây cũng là dấu hiệu thường thấy trong các nghiên cứu khác như nghiên cứu của Lê Công Định với triệu chứng ngạt mũi một bên chiếm 80%, chảy dịch mũi nhày chiếm 65%, tuy nhiên tỷ lệ đau nhức vùng mặt lên đến 60% cao hơn nghiên cứu này với chỉ 13,3%.¹¹ Nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn các khối u trên nội soi có hình thái dạng chùm nho chiếm tỷ lệ cao nhất là 70%, quả dâu chiếm tỷ lệ 20%

và có 8,3% người bệnh trong nghiên cứu có khối u hình dạng giống polyp mũi. Hình dạng chùm nho cao hơn so với nghiên cứu tác giả Võ Thanh Quang trên 50 bệnh nhân u nhú mũi xoang với hình dạng chùm nho chiếm tỷ lệ 62%.¹² Các vị trí xuất phát thường gặp: vách mũi xoang (khe giữa, cuốn mũi, vách sàng bướm) chiếm 56,7%; xoang hàm: 16,7%; vách ngăn: 18,3%. So với các nghiên cứu khác thì có sự khác biệt nhỏ về vị trí xuất phát u như trong nghiên cứu của Nguyễn Quang Trung: vách mũi xoang 51%, thành xoang hàm 33,3%, vách ngăn 15,6%.¹³ Các hình ảnh tổn thương thường gặp trên CLVT chủ yếu là hình ảnh ổ tăng sinh xương 30%, chồi xương 23,3%, xơ cứng lan tỏa 11,7%. Đây cũng là dấu hiệu thường gặp trong nghiên cứu khác như nghiên cứu của Nguyễn Quang Trung: ổ tăng sinh xương 61,4%, chồi xương 17,1%.¹³ Trong nghiên cứu này, u nhú đảo ngược chiếm đa số với 90%, u nhú thường chiếm 8,3% và không có trường hợp nào u nhú tế bào lớn ưa acid. Kết quả khá phù hợp với nghiên cứu của Lương Tuấn Thành gặp u nhú đảo ngược (80%), u nhú thường (20%), có sự khác biệt so với kết quả của Nguyễn Quang Trung gặp 37,2% u nhú thường, 57,1% u nhú đảo ngược.^{10,13}

Tỷ lệ khối u tái phát sau phẫu thuật nội soi trong nghiên cứu này là 13,3% (8/60), kết quả khá tương đồng với nghiên cứu trước đây khi tỷ lệ tái phát là 12%, với nghiên cứu Wang trong thời gian từ 11 - 36 tháng tỷ lệ tái phát ở nhóm phẫu thuật nội soi là 13%.^{7,14} 6/8 trường hợp tái phát u phát hiện được do khám định kỳ, 2/8 trường hợp có triệu chứng đau đầu, chảy mũi trở lại. Nghiên cứu phù hợp với nghiên cứu của Hoàng Văn Nhạ khi có 2/11 bệnh nhân tái phát có đau đầu và chảy mũi trở lại, còn lại phát hiện qua khám định kỳ.¹⁵ Các triệu chứng đều không đặc hiệu, vì vậy việc tái khám định kỳ rất quan trọng trong việc đánh giá tái phát sau phẫu thuật. Đối với bệnh nhân tái phát, sau phẫu thuật bệnh

nhân nên được đánh giá lại trên nội soi sau mổ 2 tuần/lần trong một tháng, sau đó đánh giá lại sau 3 tháng, sau 6 tháng, sau 1 năm sau phẫu thuật và sau đó là hàng năm. Tuy nhiên, điều này vô cùng khó khăn trong điều kiện kinh tế hộ gia đình của Việt Nam hiện nay.

Tỷ lệ u nhú mũi xoang đặc biệt là u nhú đảo ngược có khả năng tái phát cao, nghiên cứu có thấy 2 trường hợp tái phát 2 lần đều có mô bệnh học u nhú đảo ngược trong đó có 1 trường hợp ung thư hóa phát hiện trong khi phẫu thuật làm mô bệnh học. Nghiên cứu khác cho thấy có 5% đến 15% u nhú đảo ngược có thể tiến triển thành ung thư biểu mô tế bào vảy.¹³ Trong số 8 trường hợp tái phát thì thời gian tái phát cũng thường thấy sau 6 tháng, vị trí u thường gặp tái phát là vị trí thành trước xoang hàm (16,7%). W Mak và cộng sự (2016) thấy tỷ lệ tái phát ở xoang hàm còn cao hơn (27,5%).¹⁶ Tái phát chỉ xuất hiện sau phẫu thuật nội soi đơn thuần cho thấy việc kết hợp phương pháp điều trị u nhú mũi xoang có khả năng giảm tỷ lệ tái phát cao hơn. Khối u tái phát thường gặp ở giai đoạn T2 và T3 sau phẫu thuật 7/8 (87,5%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Lương Tuấn Thành gặp chủ yếu ở giai đoạn T2 và T3 chiếm 91,7%.¹⁰

V. KẾT LUẬN

U nhú mũi xoang thường biểu hiện bằng ngạt mũi và chảy dịch mũi. Qua nội soi, u thường có hình dạng như chùm nho; trên CT scan, thấy tổn thương tăng sinh và chồi xương. U nhú đảo ngược chiếm đa số, có nguy cơ tái phát và biến đổi ác tính cao nhất do đó sau phẫu thuật phải hướng dẫn bệnh nhân tái khám định kì đúng hẹn nhằm phát hiện tái phát khối u và biến đổi ác tính. Tái phát thường xảy ra trong vòng 6 tháng sau phẫu thuật, chủ yếu tại xoang hàm và phổ biến ở giai đoạn T2, T3. Các triệu chứng tái phát sớm không đặc hiệu và thường dễ nhầm lẫn, vì vậy khi bệnh nhân có các triệu

chứng mũi tái phát (tắc mũi, chảy nước mũi, đau đầu) hoặc có các tổn thương đáng ngờ được xác định trong nội soi sẽ cần được chụp CLVT và sinh thiết mới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Slootweg PJ, El-Naggar AK. World Health Organization 4th edition of head and neck tumor classification: insight into the consequential modifications. *Virchows Arch*. Mar 2018; 472(3): 311-313.
2. Hadi U, Swift AC. Sinonasal Papilloma. Springer International Publishing.
3. Brors D, Draf W. The treatment of inverted papilloma. *Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery*. 1999; 7(1): 33.
4. Maithani T, Dey D, Pandey A, Chawla N. Sinonasal papillomas: a retrospective clinicopathologic study and comprehensive review. *Indian J Med Spec*. 2011/6/24/ 2(2).
5. Khandekar S, Dive A, Mishra R, Upadhyaya N. Sinonasal inverted papilloma: A case report and mini review of histopathological features. *J Oral Maxillofac Pathol*. Sep-Dec 2015; 19(3): 405.
6. Eide JG, Welch KC, Adappa ND, Palmer JN, Tong CCL. Sinonasal Inverted Papilloma and Squamous Cell Carcinoma: Contemporary Management and Patient Outcomes. *Cancers (Basel)*. Apr 28 2022; 14(9).
7. Foonant S, Pattarasakulchai T, Tananuvat R, et al. Sinonasal papilloma in Chiang Mai University Hospital. *J Med Assoc Thai*. Mar 2013; 96(3): 329-33.
8. Sbrana MF, Borges RFR, Pinna FR, Neto DB, Voegels RL. Sinonasal inverted papilloma: rate of recurrence and malignant transformation in 44 operated patients. *Braz J Otorhinolaryngol*. Jan-Feb 2021; 87(1): 80-84.
9. Đoàn Thị Thanh Hà, Nguyễn Việt Hải. Kết

quả điều trị u nhú mũi xoang bằng phẫu thuật nội soi. *Tạp chí y dược lâm sàng* 108. 2016; Tập 11, số 1/2016:95-99.

10. Lương Tuấn Thành. Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học của 30 trường hợp u nhú mũi xoang tại bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương. 2015:90-92.

11. Lê Công Định, Nguyễn Văn Tâm. Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật u nhú mũi xoang tại bệnh viện bạch mai. (Số 2, tháng 3):14-18. 2013;

12. Võ Thanh Quang. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị u nhú mũi xoang. *Tạp Chí Tai Mũi Họng Việt Nam*. 2014; (Số 2, tháng 4/2014):54-61.

13. Nguyễn Quang Trung. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, đánh giá kết quả

phẫu thuật nội soi và yếu tố nguy cơ HPV u nhú mũi xoang. *Luận án tiến sĩ y học Trường Đại học Y Hà Nội*. 2012:108-110.

14. Wang HL, Lin ZH, Fan GK, Chen HM. [Management of sinonasal inverted papilloma: endoscopic approach and lateral rhinotomy]. *Zhejiang Xue Xue Bao Yi Xue Ban J Zhejiang Univ Med Sci*. 2007;36(2):196-198, 203.

15. Hoàng Văn Nhạ. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học, cắt lớp vi tính và đánh giá kết quả phẫu thuật u nhú mũi xoang tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương từ 05/2012 đến 05/2014. 2014:88-90.

16. Mak W, Webb D, Al-Salihi S, Dadgostar A, Javer A. Sinonasal inverted papilloma recurrence rates and evaluation of current staging systems. *Rhinology*. 2018; 56(4): 407-414.

Summary

STUDY ON SINONASAL PAPILOMAS AND EVALUATION OF RECURRENCE AFTER SURGERY

We conducted this cross-sectional descriptive study on 60 patients to describe the clinical and paraclinical characteristics of sinonasal papillomas and the characteristics of recurrence after surgery. The most common symptoms include one-sided nasal stuffiness (86.7%) and nasal discharge (75.0%). Endoscopy shows a typical morphology is of grape cluster shape accounting for 70%, strawberry shape accounting for 20%, and polyp-like morphology accounting for 8.3%. Common CT lesions include bone proliferation (30%), bone spurs (23.3%). Sinonasal inverted papilloma histopathology accounts for the majority of 90%. 13.3% (8/60) of subjects had recurrence after surgery. The location of recurrence is mainly in the maxillary sinus with 87.5% (7/8). Tumor recurrence is common after laparoscopic surgery alone with a rate of 100%. Tumors found to recur are mainly stage T3, accounting for 75% (7/8).

Keywords: Sinonasal papilloma, clinical, subclinical characteristics, recurrence after surgery.