

KẾT QUẢ GIẢI PHẪU SAU 12 THÁNG THEO DÕI HẬU PHẪU NỘI SOI NỔ THÔNG TÚI LỆ - MŨI

Hà Huy Thiên Thanh^{1,✉}, Nguyễn Quốc Anh¹, Phạm Thị Khánh Vân²

¹Bệnh viện Mắt Trung Ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Phẫu thuật nội soi nối thông túi lệ - mũi là chỉ định thường gặp trong điều trị tắc ống lệ mũi. Nghiên cứu nhằm đánh giá tỷ lệ thành công về giải phẫu và nhận xét các nguyên nhân gây thất bại của phẫu thuật. Đây là một nghiên cứu tiến cứu trên 84 trường hợp được phẫu thuật nội soi nối thông túi lệ - mũi. Sau phẫu thuật, các bệnh nhân được kiểm tra thông thoáng của lệ đạo và đánh giá miệng nói. Tỷ lệ thông thoáng về giải phẫu của lệ đạo giảm dần ở các thời điểm theo dõi và ở 6 tháng hậu phẫu là 86,91%, sau đó giữ ổn định đến 12 tháng. 63,64% số trường hợp thất bại có nhiều hơn một nguyên nhân: hay gặp nhất là sẹo xơ chít hẹp miệng nói (100%) và chít hẹp lệ quản chung (27,27%). Như vậy, phẫu thuật nội soi nối thông túi lệ - mũi giúp thông thoáng lệ đạo. Tuy nhiên, vẫn có thể gặp thất bại và các nguyên nhân hay gặp nhất là sẹo chít hẹp miệng nói và hẹp lệ quản chung.

Từ khóa: Nối thông túi lệ mũi, nội soi, thông thoáng lệ đạo, nguyên nhân tái phát.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc ống lệ mũi là nguyên nhân của 30% số trường hợp chảy nước mắt và thường gặp ở bệnh nhân tuổi trung niên và lớn tuổi.¹ Bệnh gây ảnh hưởng nhiều đến thị giác, chất lượng cuộc sống, làm tăng nguy cơ viêm nhiễm khi can thiệp phẫu thuật mắt, nhất là các phẫu thuật nội nhãn. Giải quyết bệnh lý chảy nước mắt này là một yêu cầu cấp thiết.

Phẫu thuật nối thông túi lệ - mũi từ lâu đã được coi là phương pháp điều trị chính cho tắc ống lệ mũi.² Phẫu thuật này có thể được thực hiện qua đường phẫu thuật ngoài da hoặc nội soi qua mũi. Vào cuối thế kỷ 20, phẫu thuật nội soi nối thông túi lệ - mũi được giới thiệu nhưng các bác sĩ nhãn khoa đón nhận khá dè dặt,

không chỉ bởi kỹ thuật không quen thuộc và thời gian học tập lâu dài mà còn do tỷ lệ thành công được báo cáo thường thấp hơn phẫu thuật đường ngoài. Tuy vậy, trong một thập kỷ gần đây, phương pháp tiếp cận nội soi ngày càng được ưa chuộng, không chỉ trong chuyên khoa tai mũi họng mà còn trong số các phẫu thuật viên tạo hình nhãn khoa vì đây là phương pháp ít xâm lấn cho bệnh nhân hơn so với phương pháp tiếp cận đường ngoài. Tỷ lệ thành công ngày càng được cải thiện trong những năm qua do kết quả của việc đánh giá kỹ càng trước phẫu thuật, cải tiến trong phẫu thuật dựa trên nhiều nghiên cứu về giải phẫu ứng dụng và kinh nghiệm phẫu thuật ngày càng phong phú hơn. Phương pháp đã được nhiều tác giả báo cáo với tỷ lệ thành công từ 83 - 96%.^{3,4} Ngày nay nội soi mũi không chỉ được ứng dụng trong phẫu thuật mà còn rất hữu ích trong theo dõi bệnh nhân sau mổ.⁵ Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với hai mục tiêu sau:

Tác giả liên hệ: Hà Huy Thiên Thanh,

Bệnh viện Mắt Trung Ương

Email: hahuythienthanh@gmail.com

Ngày nhận: 19/08/2021

Ngày được chấp nhận: 22/09/2021

(1) Đánh giá tỷ lệ thành công về giải phẫu của phẫu thuật nội soi nối thông túi lệ - mũi.

(2) Nhận xét các nguyên nhân gây thất bại của phẫu thuật nội soi nối thông túi lệ - mũi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn: tuổi từ 18 - 75 tuổi, được chẩn đoán xác định tắc ống lệ mũi nguyên phát, phẫu thuật lần đầu và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: có bệnh lý kèm theo là bệnh lý lệ đạo trước ống lệ mũi, có khoang mũi quá hẹp hoặc bệnh lý mũi khác gây cản trở phẫu thuật nội soi qua đường mũi và không theo dõi đủ 12 tháng hậu phẫu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu lâm sàng tiến cứu.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 09/2018 đến tháng 12/2019.

Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu thực hiện tại Bệnh viện Mắt Trung ương.

Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu: Nghiên cứu được thực hiện trên 84 trường hợp được phẫu thuật nội soi nối thông túi lệ - mũi. Tất cả các phẫu thuật được thực hiện bởi một phẫu thuật viên. Bệnh nhân được chọn liên tục vào nghiên cứu trong thời gian trên.

Tất cả bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật nội soi nối thông túi - lệ mũi với kỹ thuật đã được Mak và cộng sự mô tả.⁷ Kết quả về giải phẫu được đánh giá ở thời điểm 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng hậu phẫu. Kết quả đạt mức tốt khi bơm rửa lệ đạo có nước thoát

xuống mũi toàn bộ, trung bình khi nước thoát phần lớn và trào phần nhỏ ở điểm lệ đối diện, kém khi nước hoặc mũ nhày trào hoàn toàn tại chỗ hoặc ở điểm lệ đối diện. Thành công về giải phẫu được ghi nhận khi kết quả tốt hoặc trung bình, thất bại về giải phẫu khi kết quả ở mức kém. Tình trạng miệng nối được đánh giá ở lần khám dưới nội soi mũi ở tháng thứ 6 và 12 sau phẫu thuật hoặc khi phát hiện thất bại về giải phẫu của phẫu thuật.

3. Xử lý số liệu

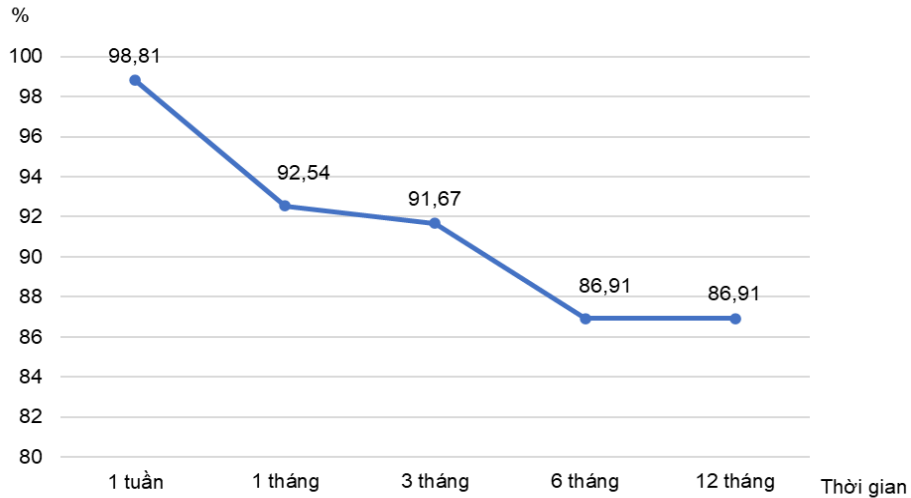
Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tỷ lệ %. So sánh tỷ lệ ghép cặp ở các thời điểm bằng kiểm định McNemar. Sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi p hai phía $< 0,05$.

4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng khoa học Bệnh viện Mắt Trung ương và Hội đồng Đạo đức Nghiên cứu Y sinh học của Trường Đại học Y Hà Nội (IRB00003121 – Số 97, Cấp ngày 30/05/2017).

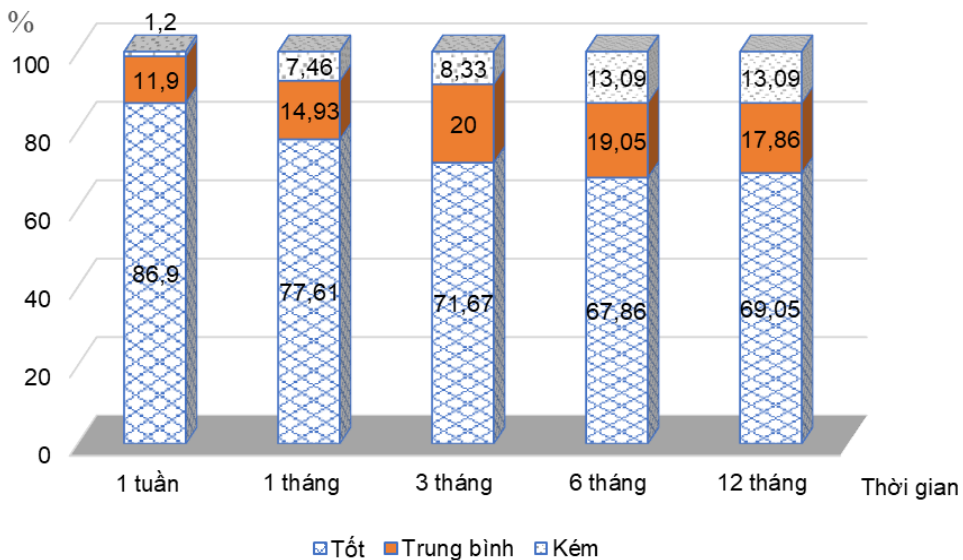
III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu bao gồm 84 bên lệ đạo của 67 bệnh nhân. Số trường hợp được phẫu thuật bên phải và bên trái bằng nhau với 42 trường hợp mỗi bên. 17 bệnh nhân (25,37%) được phẫu thuật lần lượt cả hai bên lệ đạo, còn lại 50 bệnh nhân (74,63%) chỉ được phẫu thuật một bên. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu ($n = 67$) là $52,60 \pm 11,02$. Bệnh nhân nữ chiếm đa số trong nhóm nghiên cứu với tỷ lệ 94,03% (63/67 bệnh nhân) với tỷ suất nam/ nữ = 1/15,75.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ thành công về giải phẫu ở các thời điểm theo dõi

Ở thời điểm tái khám 1 tuần sau phẫu thuật, 98,81% (83/84) số trường hợp có lệ đạo thông thoáng. Tỷ lệ thành công về giải phẫu giảm xuống theo thời gian khi bệnh nhân khám lại ở thời điểm 1 tháng, 3 tháng và ổn định ở mức 86,91% sau 6 tháng hậu phẫu. Từ thời điểm 6 tháng trở đi không có trường hợp thất bại về giải phẫu nào được phát hiện thêm. Tỷ lệ thành công về giải phẫu ở thời điểm 6 tháng và 12 tháng sau phẫu thuật thấp hơn có ý nghĩa về mặt thống kê so với thời điểm 1 tuần và 1 tháng sau phẫu thuật với $p < 0,05$. Thời gian tái phát trung bình là $14,09 \pm 9,28$ tuần, với thất bại sớm nhất là 1 tuần và muộn nhất là 6 tháng hậu phẫu.



Biểu đồ 2. Phân loại kết quả về giải phẫu ở các thời điểm theo dõi

Số trường hợp có kết quả giải phẫu ở mức độ tốt chiếm tỷ lệ 86,9% (73/84) ở lần tái khám đầu tiên. Tỷ lệ này giảm dần theo thời gian đến 6 tháng là 67,86% (57/84) và tăng nhẹ đạt 69,05% (58/84) ở thời điểm theo dõi cuối cùng. Tỷ lệ đạt kết quả tốt ở lần theo dõi 1 tuần và 1 tháng cao hơn so với 3 lần theo dõi tiếp sau với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên lại không có sự khác biệt giữa tỷ lệ đạt kết quả tốt giữa thời điểm 6 tháng và 12 tháng.

Tỷ lệ lệ đạo thông thoáng bán phần là 11,9% (10/84) sau phẫu thuật 1 tuần và thay đổi theo thời gian ở các thời điểm 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng lần lượt như sau: 14,93%, 20%, 19,05% và 17,86% với sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 1. Các nguyên nhân thất bại về giải phẫu

Nguyên nhân	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Sẹo xơ miệng nổi	11	100
Cầu dính	2	18,18
U hạt	1	9,09
Chít hẹp lệ quản chung	3	27,27
Hội chứng tù đọng	1	9,09

Kết quả nghiên cứu cho thấy: 11/84 trường hợp thất bại về mặt giải phẫu tại thời điểm khám lại lần cuối sau phẫu thuật đều thấy có hình thành sẹo xơ gây chít hẹp miệng nổi một phần hoặc toàn bộ. Nguyên nhân hay gặp thứ hai là chít hẹp lệ quản chung được phát hiện ở 3/11 trường hợp, chiếm 27,27%. Như vậy tổng cộng có 7/11 trường hợp (63,64%) phối hợp cả 2 nguyên nhân.

Trong số 11 trường hợp này, 8 trường hợp đã được phẫu thuật lại để chỉnh sửa và mở rộng miệng nổi, 3 trường hợp còn lại từ chối can thiệp phẫu thuật thêm. Kết quả sau một năm theo dõi có 7/8 trường hợp đã có miệng nổi thông thoáng sau phẫu thuật lần hai và giảm chảy nước mắt. 1 trường hợp bị chảy nước mắt và miệng nổi bít tắc tái phát lần hai.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ thành công về giải phẫu trong nghiên cứu ở thời điểm theo dõi cuối cùng là 86,91%. Tỷ lệ này nằm trong khoảng giá trị được nhiều tác giả báo cáo là 84 - 94%.⁶ Trong một nghiên cứu tổng quan hệ thống gần đây về kết quả

điều trị tắc lệ đạo xa, tỷ lệ thành công chung của nối thông túi lệ - mũi nội soi được báo cáo trung bình là 90% - 91%.⁸ Như vậy, nghiên cứu này có kết quả tương đương với các nghiên cứu trong và ngoài nước, trong đó có các trung tâm có kinh nghiệm lâu năm về phẫu thuật nội soi.

Tuy nhiên, so sánh trực tiếp giữa các nghiên cứu khác nhau rất hạn chế vì sự khác biệt trong thiết kế nghiên cứu, định nghĩa về thành công của phẫu thuật, quy mô của từng nghiên cứu, kỹ thuật của từng tác giả, kinh nghiệm của phẫu thuật viên, các quy trình hỗ trợ được sử dụng và thời gian theo dõi. Khi không có tiêu chí đánh giá kết quả nhất quán như vậy, Olver (2003)⁹ đã đề xuất ba tiêu chí đánh giá kết quả của các nghiên cứu. Thứ nhất, kết quả nên được đánh giá ít nhất 6 tháng sau phẫu thuật và 3 tháng sau khi tháo ống. Thứ hai, thành công chủ quan phải dựa trên triệu chứng chảy nước mắt do bệnh nhân tự ghi nhận. Thứ ba, thành công về giải phẫu được đánh giá dựa trên kết quả nước thoát khi bơm rửa lệ đạo. Chúng tôi đã sử dụng định nghĩa kết quả theo đề xuất của Olver (2003) nhưng đã điều chỉnh thời gian theo dõi dài hạn hơn.

Đối với 11 trường hợp không thành công về giải phẫu trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian trung bình khi phát hiện thất bại là 14 tuần, hay 3,5 tháng và thất bại muộn nhất xuất hiện vào thời điểm 6 tháng hậu phẫu. Kết quả này cũng khá tương đồng với kết quả của Mak và cộng sự (2003) (17 tuần).⁷ Quá trình liền thương sau phẫu thuật thường kéo dài, có khi lên đến vài năm nên một nghiên cứu với thời gian theo dõi quá ngắn có thể sẽ bỏ lỡ một số trường hợp thất bại muộn. Do đó, với thiết kế nghiên cứu tiền cứu, chúng tôi chỉ lựa chọn bệnh nhân theo dõi đủ 12 tháng sau phẫu thuật và có ít nhất 6 tháng sau khi rút ống silicone vào nghiên cứu.

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ thông thoáng về giải phẫu giảm theo thời gian theo dõi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh giữa thời điểm 1 tuần - 1 tháng với thời điểm 6 tháng - 12 tháng sau phẫu thuật. Tuy nhiên, thành công của phẫu thuật giữ ổn định sau khi rút ống ở thời điểm 6 tháng. Hầu hết các nghiên cứu có đặt ống silicone cũng đề nghị theo dõi ít nhất 3 tháng sau phẫu thuật để theo dõi diễn biến của hệ thống dẫn nước mắt mới tạo thành khi không còn ống silicone. Tỷ lệ thành công về giải phẫu giảm khi thời gian theo dõi càng dài là một hiện tượng đã được ghi nhận trong y văn nghiên cứu cả phẫu thuật nội soi và đường ngoài.^{10,11} Do đó, chúng tôi đề xuất thời gian theo dõi bệnh nhân sau phẫu thuật nội soi nối thông túi lệ - mũi là ít nhất 6 tháng sau phẫu thuật.

Mặc dù có nhiều cải tiến về kỹ thuật, tỷ lệ thất bại của phẫu thuật vẫn dao động từ 2% đến 17%.^{3,6} Sẹo xơ co kéo gây chít hẹp miệng nối được coi là nguyên nhân quan trọng nhất gây tái phát và đã được khẳng định khi nghiên cứu riêng các trường hợp thất bại về giải phẫu.¹² Các nguyên nhân khác liên quan đến miệng nối bao gồm cửa sổ xương nhỏ, vị trí miệng nối không phù hợp, chưa lấy bỏ phần xoang sàng trước trong đế mũi, màng bít tắc lỗ mở của lệ quản chung, u hạt, cầu dính và hội chứng đong dịch. Trong các nguyên nhân được đề cập ở trên, có nhiều nguyên nhân chỉ xác định được khi chụp cắt lớp hệ thống lệ đạo sau phẫu thuật hoặc cần đánh giá tỉ mỉ trong quá trình phẫu thuật lại.

Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá nguyên nhân thất bại dựa trên những phát hiện khi khám nội soi hậu phẫu cũng có một số kết quả tương tự, với 100% bệnh nhân thất bại về giải phẫu do sẹo xơ chít hẹp một phần hoặc toàn bộ miệng nối, những trường hợp có nguyên nhân phối hợp bao gồm 2 trường hợp có cầu dính ở miệng nối, 1 trường hợp có u hạt bít vào lỗ

mở của lệ quản chung và 1 trường hợp có hội chứng tù đong. Quá trình liền vết thương bất thường tạo sẹo xơ đã được điều trị dự phòng bằng các thuốc corticoid dạng tra mắt và xịt mũi trong quá trình chăm sóc hậu phẫu, tuy vậy vẫn có những trường hợp hình thành tổ chức xơ hoá chít hẹp. Nhiều tác giả, mà gần đây nhất là Vinciguerra và cộng sự (2021)¹⁵ đã đề xuất phương pháp dùng bóng nong miệng nối bị chít hẹp sớm với tỷ lệ thành công 100% về giải phẫu.

Tỷ lệ chít hẹp lệ quản chung dẫn đến thất bại của phẫu thuật là 27,27% (3/11 trường hợp), tương đối cao so với báo cáo của Timlin và cộng sự (2015)¹⁶ (8,0%) nhưng thấp hơn nhiều so với báo cáo của Welham và Wulc (1987)¹⁷ (53,0%). Chúng tôi chưa rõ sự khác biệt này do nguyên nhân bệnh lý lệ quản gây sẹo chít hẹp hay do chấn thương không mong muốn trong quá trình phẫu thuật và theo dõi, bởi đây là một quá trình diễn biến lâu dài và khó xác định được căn nguyên và thời điểm mắc bệnh chính xác. Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi đã được kiểm tra bơm rửa lệ đạo trước phẫu thuật để loại trừ những trường hợp chít hẹp lệ quản hoàn toàn, tuy nhiên nghiệm pháp này không cho phép phát hiện chít hẹp lệ quản một phần hay bệnh lý đang trong thời gian tiến triển. Những bệnh nhân bị chít hẹp lệ quản chung có thể được can thiệp đặt ống silicon nhằm nong rộng đoạn lệ quản bị chít hẹp.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi nối thông túi lệ - mũi cho kết quả tốt và ổn định từ 6 tháng hậu phẫu trở về sau với tỷ lệ 86,91% số trường hợp có lệ đạo thông thoáng. Những nguyên nhân gây thất bại hay gặp nhất là sẹo xơ chít hẹp miệng nối và chít hẹp lệ quản chung.

Như vậy, phẫu thuật nội soi nối thông túi lệ mũi có thể được cân nhắc là điều trị đầu tay

với những trường hợp tắc ống lệ mũi nguyên phát mắc phải ở người trưởng thành. Trong tương lai, những nghiên cứu sâu hơn về những nguyên nhân tái phát và phương pháp khắc phục sớm có thể giúp nâng cao hơn nữa tỷ lệ thành công của phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sibley D, Norris JH, Malhotra R. Management and outcomes of patients with epiphora referred to a specialist ophthalmic plastic unit. *Clin Exp Ophthalmol*. 2013; 41(3): 231-238.
2. Harish V, Benger RS. Origins of lacrimal surgery, and evolution of dacryocystorhinostomy to the present. *Clin Exp Ophthalmol*. 2014; 42(3): 284-287.
3. Vinciguerra A, Nonis A, Giordano Resti A, Bussi M, Trimarchi M. Best treatments available for distal acquired lacrimal obstruction: A systematic review and meta-analysis. *Clin Otolaryngol*. 2020; 45(4): 545-557.
4. Huang J, Malek J, Chin D, et al. Systematic review and meta-analysis on outcomes for endoscopic versus external dacryocystorhinostomy. *Orbit*. 2014;33(2):81-90.
5. Ali MJ, Psaltis AJ, Ali MH, Wormald PJ. Endoscopic assessment of the dacryocystorhinostomy ostium after powered endoscopic surgery: behaviour beyond 4 weeks. *Clin Exp Ophthalmol*. 2015; 43(2): 152-155.
6. Leong SC, Macewen CJ, White PS. A systematic review of outcomes after dacryocystorhinostomy in adults. *Am J Rhinol Allergy*. 2010;24(1):81-90.
7. Mak ST, Io IY, Wong AC. Prognostic factors for outcome of endoscopic dacryocystorhinostomy in patients with primary acquired nasolacrimal duct obstruction. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2013;251(5):1361-1367.
8. Vinciguerra A, Nonis A, Resti AG, Barbieri D, Bussi M, Trimarchi M. Influence of Surgical Techniques on Endoscopic Dacryocystorhinostomy: A Systematic Review and Meta-analysis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2020: 194599820972677.
9. Olver JM. The success rates for endonasal dacryocystorhinostomy. *Br J Ophthalmol*. 2003;87(11):1431.
10. Erdol H, Akyol N, Imamoglu HI, Sozen E. Long-term follow-up of external dacryocystorhinostomy and the factors affecting its success. *Orbit*. 2005; 24(2): 99-102.
11. Cohen O, Amos I, Halperin D, et al. Five- and 10-Year Outcomes for Primary Endoscopic Dacryocystorhinostomy: *Failure Rate and Risk Factors*. *Laryngoscope*. 2021;131(1):10-16.
12. Dave TV, Mohammed FA, Ali MJ, Naik MN. Etiologic analysis of 100 anatomically failed dacryocystorhinostomies. *Clin Ophthalmol*. 2016; 10: 1419-1422.
13. Lin GC, Brook CD, Hatton MP, Metson R. Causes of dacryocystorhinostomy failure: External versus endoscopic approach. *Am J Rhinol Allergy*. 2017; 31(3): 181-185.
14. Cohen AJ, Burkat CN. Oculofacial, orbital, and lacrimal surgery. *Switzerland: Springer*; 2019.
15. Vinciguerra A, Indelicato P, Giordano Resti A, Bussi M, Trimarchi M. Long-term results of a balloon-assisted endoscopic approach in failed dacryocystorhinostomies. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2021.
16. Timlin HM, Kang S, Jiang K, Ezra DG. Recurrent epiphora after dacryocystorhinostomy surgery: Structural abnormalities identified with dacryocystography and long term outcomes of revision surgery: Success rates of further surgery following failed dacryocystorhinostomy

surgery. *BMC Ophthalmol.* 2021; 21(1):117.

17. Welham RA, Wulc AE. Management of

unsuccessful lacrimal surgery. *Br J Ophthalmol.*

1987; 71(2):152-157.

Summary

ENDOSCOPIC DACRYOCYSTORHINOSTOMY: AN EVALUATION FOR LACRIMAL PATENCY AND EYE WATERING RECURRENCE

Endoscopic dacryocystorhinostomy (DCR) has nowadays become the first choice in the management of nasolacrimal duct obstruction. The aims of this study were to describe the anatomic success rate and the causes of failure after DCR. This was a prospective study on 84 cases with endoscopic DCR. All patients were examined to assess lacrimal patency and ostium opening through nasal endoscopic examination. The rate of anatomic patency gradually decreased to 86.91% 6 months after surgery, then remained stable up to 12 months. 63.64% failures had more than one cause. The most common causes were fibrotic scarring of the ostium (100%) and obstruction of the common canaliculus (27.27%). To conclude, DCR helps with lacrimal patency. However, failures existed and the most common causes of recurrence are ostium fibrosis and obstruction of common canaliculus.

Keywords: Dacryocystorhinostomy, endoscopic, lacrimal patency, recurrence.