

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ CHOLESTEATOMA BẨM SINH Ở TRẺ EM DƯỚI 6 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TRUNG ƯƠNG

Lê Anh Tuấn[✉], Lê Hồng Anh, Nguyễn Hoàng Huy
Đặng Thị Trâm Anh, Lê Chung Dũng
Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

Nghiên cứu nhằm mô tả kết quả phẫu thuật Cholesteatoma bẩm sinh ở trẻ em. Phương pháp nghiên cứu theo dõi dọc hồi cứu, 208 bệnh nhi dưới 6 tuổi được chẩn đoán cholesteatoma bẩm sinh tại giữa tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương từ năm 2019 đến 2024. Kết quả cho thấy, phần lớn bệnh nhân giai đoạn Potsic I-II (83,65%), được mở hòm nhĩ đơn thuần (81,3%). Trong mổ, cholesteatoma thường khu trú ở hòm nhĩ (96,2%) trong đó 78,36% ở góc phần tư màng nhĩ. Không ghi nhận biến chứng sau mổ. Sau mổ 3 tháng, 100% màng nhĩ liền tốt, không ghi nhận tồn dư bệnh tích; Thính lực được đo ở 58 tai cho thấy 68,9% có ngưỡng nghe trung bình (PTA) ≤ 20 dB sau mổ, giảm nhẹ so với trước mổ nhưng chưa có ý nghĩa thống kê (p = 0,067). Trong 37BN được theo dõi trên 12 tháng, có 4 BN (10,8%) tồn dư đều ở giai đoạn Potsic IV. Phẫu thuật bảo tồn cholesteatoma bẩm sinh ở trẻ em cho kết quả giải phẫu và chức năng tốt, tỷ lệ tồn dư thấp, đặc biệt hiệu quả ở giai đoạn sớm.

Từ khóa: Cholesteatoma, trẻ em, Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cholesteatoma là tổn thương do sự tích tụ bất thường của biểu mô vảy lát tầng có sừng hoá trong xương thái dương, được phân loại thành cholesteatoma bẩm sinh (CC) và cholesteatoma mắc phải (AC), cả hai đều có tính chất phá hủy, xâm lấn cục bộ và có thể dẫn đến nhiều biến chứng nghiêm trọng.

CC được Muler mô tả lần đầu tiên vào năm 1838, với hình ảnh khối màu trắng phát triển phía sau màng nhĩ nguyên vẹn, ở tai không có tiền sử chảy dịch, can thiệp hay phẫu thuật tai trước đó.¹ CC ở trẻ em là một bệnh lý hiếm gặp nhưng nguy hiểm, nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời có thể gây biến chứng ảnh hưởng đến tính mạng.² Tỷ lệ CC chiếm 2% tổng số cholesteatoma nói chung. Ở trẻ em, tỷ

lệ mắc CC là 0,12 trên 100.000 trẻ.³

CC thường diễn biến âm thầm, 80% bệnh nhân không có triệu chứng nên thường được phát hiện tình cờ hoặc chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển với độ tuổi trung bình khi được chẩn đoán thường từ 6 đến 7 tuổi.⁴ Ngày nay, với sự phát triển và phổ biến rộng rãi của nội soi tai mũi họng CC đã được phát hiện sớm, tỷ lệ phát hiện bệnh có xu hướng gia tăng trong những năm gần đây từ 3,7% đến 24% tổng số cholesteatoma.⁵ Chụp cắt lớp vi tính có vai trò chẩn đoán và đánh giá sự lan rộng của cholesteatoma từ đó giúp các phẫu thuật viên tiên lượng và lựa chọn phương pháp phẫu thuật tốt nhất cho người bệnh.⁵

Phẫu thuật là phương pháp duy nhất điều trị bệnh CC, với mục đích loại bỏ hoàn toàn bệnh tích, có thể kết hợp chỉnh hình chuỗi xương con nhằm phục hồi sức nghe cho bệnh nhân.⁸ Hiện nay với sự phát triển của các trang thiết bị hiện đại như kính hiển vi, hệ thống nội soi và các kỹ thuật phẫu thuật giúp cải thiện khả năng kiểm

Tác giả liên hệ: Lê Anh Tuấn

Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

Email: leanhtuan.ent@gmail.com

Ngày nhận: 12/03/2026

Ngày được chấp nhận: 15/04/2026

soát bệnh tích ở các vị trí khó một cách tốt hơn, qua đó nâng cao hiệu quả điều trị cũng như giảm nguy cơ tái phát.

Trên thế giới đã có nhiều đề tài nghiên cứu về Cholesteatoma bẩm sinh, ở Việt Nam còn ít đề tài nghiên cứu về vấn đề này, đặc biệt ở nhóm trẻ dưới 6 tuổi. Bên cạnh đó, Việt Nam còn thiếu các nghiên cứu có cỡ mẫu lớn về cholesteatoma bẩm sinh ở trẻ em, việc đánh giá kết quả phẫu thuật tại một trung tâm chuyên khoa tuyến cuối như Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương có ý nghĩa quan trọng trong việc cung cấp bằng chứng thực tiễn, góp phần định hướng chẩn đoán sớm và tối ưu hóa chiến lược điều trị. Để hiểu rõ hơn về bệnh cảnh lâm sàng cũng như phẫu thuật điều trị, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu đánh giá kết quả giải phẫu, chức năng nghe và tỷ lệ tồn dư sau phẫu thuật cholesteatoma bẩm sinh ở trẻ em tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương từ năm 2019 đến năm 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Bệnh nhân được chẩn đoán CC theo Derlacki và Clemis, được phẫu thuật tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương từ tháng 10/2019 đến tháng 10/2024.⁶

Theo Derlacki và Clemis⁶ chẩn đoán cholesteatoma bẩm sinh dựa vào:

- Khối trắng như hạt ngọc trai phía sau màng nhĩ bình thường.
- Không có tiền sử thủng màng nhĩ.
- Không có tiền sử chảy mủ tai.
- Không có tiền sử phẫu thuật tai.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định là CC, được phẫu thuật tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương.

- Có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là cholesteatoma.

- Trẻ em < 6 tuổi.
- Được thăm khám nội soi Tai Mũi Họng trước mổ và theo dõi sau mổ.
- Hồ sơ bệnh án đáp ứng bệnh án nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có dị dạng tai ngoài, tai giữa, tai trong.
- Bệnh nhân được phẫu thuật trong bệnh cảnh cấp cứu như viêm xương chũm cấp, viêm tai giữa cholesteatoma xuất ngoại.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu theo dõi dọc hồi cứu.

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 10/2019 đến tháng 10/2024.

Cỡ mẫu và chọn mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Nghiên cứu lựa chọn không ngẫu nhiên toàn bộ bệnh nhi đủ điều kiện tham gia nghiên cứu trong thời gian từ tháng 10/2019 đến tháng 10/2024 được cỡ mẫu cuối cùng đưa vào phân tích là 208 bệnh nhi (208 tai Cholesteatoma bẩm sinh).

Biến số và chỉ số nghiên cứu

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới, lý do đến khám.

Triệu chứng cơ năng: Nghe kém (mức độ, thời gian), ù tai, đau tai; phát hiện tinh cờ.

Nhĩ lượng: type A-B-C.

Thính lực đơn âm: đánh giá sức nghe theo tiêu chuẩn của hiệp hội nghe và thính giác của hội TMH và đầu cổ thông qua chỉ số ngưỡng nghe trung bình - PTA (Pure Tone Average) của Hoa Kỳ.⁷

- + Rất tốt: PTA ≤ 10 dB; ABG ≤ 10 dB.
- + Tốt: PTA: từ 11 – 20 dB; ABG: từ 11 – 20 dB.
- + Trung bình: PTA: từ 21 – 30 dB; ABG: từ 21 – 30 dB.

+ Kém: PTA: từ 31 – 40 dB; ABG: từ 31 – 40 dB.

+ Rất kém: PTA \geq 41 dB; ABG \geq 41 dB.

+ PTA sau mổ \leq 30 dB được đánh giá là thành công.

Tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương, PTA trung bình được tính bằng trung bình ngưỡng nghe đường khí 3 tần số 500 Hz, 1000 Hz, 2000 Hz.

Đánh giá kết quả phẫu thuật ở nhóm bệnh nhân trên đặc điểm tổn thương trong phẫu thuật: Vị trí cholesteatoma quan sát được trong quá trình phẫu thuật; Tình trạng xương con; Các tổn thương khác. Phân loại giai đoạn CC theo Potsic trong lúc mổ.⁸

Các phương pháp phẫu thuật: Sử dụng kính hiển vi hoặc nội soi để mở hòm nhĩ lấy cholesteatoma, hoặc mở hòm nhĩ lấy cholesteatoma có chỉnh hình chuỗi xương con, hoặc mở sào bào thượng nhĩ có chỉnh hình chuỗi xương con.

Thời gian hậu phẫu: Theo dõi các biến chứng: Nhiễm trùng vết mổ; chảy máu, liệt VII ngoại biên, chóng mặt.

Đánh giá sau phẫu thuật: Hỏi cảm nhận của người bệnh hoặc cha (hoặc mẹ hoặc người giám hộ) về các triệu chứng cơ năng sau phẫu thuật; đánh giá qua khám nội soi; tình trạng tồn dư cholesteatoma, đo nhĩ lượng, đo thính lực đơn âm (nếu bệnh nhân hợp tác).

Tiêu chí đánh giá:

+ Màng nhĩ: liền kín/ thủng/ xẹp; có tồn dư cholesteatoma.

+ Tồn dư cholesteatoma được xác định khi phát hiện bệnh tích qua nội soi tai, cộng hưởng từ khuếch tán (DWI-MRI) hoặc xác nhận trong phẫu thuật thì hai.

+ Việc đánh giá được thực hiện định kỳ sau mổ tại các thời điểm 3 tháng, 6 – 12 tháng và \geq 12 tháng, trong đó các trường hợp nghi ngờ được chỉ định chụp MRI hoặc phẫu thuật kiểm tra để khẳng định chẩn đoán.

Nhĩ lượng - thính lực đơn âm sau mổ.

Các bước nghiên cứu

Bước 1: Thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án ở phòng lưu trữ hồ sơ Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương và điền thông tin vào bệnh án nghiên cứu mẫu.

Bước 2: Đánh giá sau phẫu thuật về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, các tai biến và tình trạng tồn dư.

Bước 3: Điền các thông tin thu thập được vào mẫu bệnh án nghiên cứu.

Xử lý số liệu

Số liệu sau khi thu thập được làm sạch, sử dụng phần mềm Stata 16.0 để phân tích số liệu. Thống kê mô tả được sử dụng để cho ra các bảng về tần số và tỷ lệ được sử dụng để thể hiện kết quả phẫu thuật. Đối với so sánh giá trị PTA trước và sau phẫu thuật trên cùng một đối tượng, phép kiểm t-test ghép cặp (paired t-test) được sử dụng khi biến có phân phối chuẩn; mức ý nghĩa thống kê được xác định với $p < 0,05$.

3. Đạo đức nghiên cứu

Người nhà bệnh nhân được giải thích rõ ràng về mục đích của nghiên cứu, những lợi ích do nghiên cứu mang lại, các xét nghiệm cần tiến hành, phương pháp điều trị. Người nhà bệnh nhân đồng ý và ký cam kết tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu không gây ảnh hưởng tới sức khỏe cho những người tham gia. Tất cả các thông tin về bệnh nhân được bảo mật.

III. KẾT QUẢ

Trong 208 bệnh nhân tham gia nghiên cứu có 159 nam (76,4%) và 49 nữ (23,6%). Tỷ lệ: Nam/Nữ = 159/49 (3,25/1). Tuổi trung bình 3,02 \pm 1,8 tuổi. Tuổi nhỏ nhất là 9 tháng tuổi. Có 65 bệnh nhân (31,25%) dưới 2 tuổi, trong đó có 2 bệnh nhân dưới 1 tuổi (9 tháng và 10 tháng). Có 125 bệnh nhân (60,09%) từ 3 - 4 tuổi, là nhóm tuổi gặp nhiều nhất. Đa số bệnh nhân

được phẫu thuật mở hòm nhĩ đơn thuần để lấy bệnh tích cholesteatoma với 169/208 (81,3%) trong đó áp dụng chủ yếu do nhóm giai đoạn sớm Potsic I-II (161/169). Mở hòm nhĩ kết hợp chỉnh hình xương con được áp dụng thứ hai với 32/208 bệnh nhân (15,4%) áp dụng chính khi cholesteatoma đã lan rộng, gây gián đoạn

xương con ở Potsic III-IV với 19/32 tai (55,9%). Chỉ có 7 bệnh nhân được phẫu thuật sào bào thượng nhĩ và đều thuộc giai đoạn Potsic III-IV. Tất cả 208 bệnh nhân đều được phẫu thuật bảo tồn trong đó phẫu thuật nội soi tai chiếm đa số với tỷ lệ 80,29%, không có bệnh nhân nào phẫu thuật tiết căn xương chũm.

Bảng 1. Phương pháp phẫu thuật và phân độ Potsic (n = 208)

	Potsic I-II		Potsic III-IV		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Mở hòm nhĩ đơn thuần	161	92,53%	8	23,53%	169	81,25%
Mở hòm nhĩ + Chỉnh hình xương con	13	7,47%	19	55,88%	32	15,38%
Sào bào thượng nhĩ + chỉnh hình xương con	0	0%	7	20,59%	7	3,37%
Tổng	174	100%	34	100%	208	100%

Bảng 2. Phương tiện phẫu thuật và phân độ Potsic (n = 208)

	Potsic I-II		Potsic III-IV		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Nội soi (NS)	143	85,62%	24	14,38%	167	80,28%
Kính hiển vi (KHV)	31	81,57%	7	18,43%	38	18,27%
NS + KHV	0	0	3	100%	3	1,45%
Tổng	174	100%	34	100%	208	100%

Bảng 3. Tổn thương trong phẫu thuật (n = 208)

Tổn thương trong phẫu thuật	n	%
<i>Vị trí cholesteatoma</i>		
Hòm nhĩ	200	96,15%
Khu trú góc ¼	163	78,26%
Thượng nhĩ	4	1,9%
Xương chũm	4	1,9%
<i>Tổn thương xương con</i>		
Cả 3 xương con	1	0,5

Tổn thương trong phẫu thuật		n	%
<i>Tổn thương xương con</i>			
Tổn thương 2 xương con	Xương đe và xương bàn đạp	15	7,2%
	Xương búa và xương đe	3	1,4%
Chỉ tổn thương 1 xương con	Xương đe	4	1,9%
	Xương bàn đạp	1	0,5%
Không tổn thương		184	88,5%

Vị trí cholesteatoma và tổn thương xương đặc điểm trên CLVT xương thái dương trước con trong lúc phẫu thuật tương đồng với các mổ.

Bảng 4. Tình trạng màng nhĩ sau phẫu thuật (n = 208)

Đặc điểm	n	%
<i>Màng nhĩ sau phẫu thuật (n = 208)</i>		
Liên tốt	208	100
Xẹp nhĩ	17	8,2
Thủng	0	0
Tồn dư cholesteatoma	0	0

Nội soi tai ở thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật cho thấy tất cả tai có màng nhĩ liên tốt với 208/208 tai (100%). Có 17 tai (8,2%) có màng nhĩ xẹp sau phẫu thuật. Không ghi nhận trường hợp nào tồn dư cholesteatoma sau mổ 3 tháng.

Bảng 5. So sánh kết quả nhĩ lượng trước mổ và sau mổ 3 tháng (n = 208)

Nhĩ lượng	Trước mổ	Sau mổ
Type A	174 (83,65%)	170 (81,7%)
Type B	33(15,86%)	30 (14,4%)
Type C	1(0,49%)	8(3,9%)
Tổng	208	208

Bảng 6. So sánh kết quả PTA trước mổ và sau mổ (n = 58)

PTA	Trước mổ	Sau mổ
≤ 20 dB	49	40
21 - 40 dB	7	17
≥ 41 dB	2	1
Tổng	58	58
Trung bình	18,45+/- 9,38 dB	16,66 +/- 8,33 dB

Kết quả nhĩ lượng trước và sau mổ thay đổi không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$. Các BN trước và sau mổ chủ yếu nhĩ lượng type A.

Trong 208 tai được phẫu thuật, nghiên cứu đã đo được thính lực của 58 tai sau mổ tại thời điểm 3 tháng: Không có tai nào nghe kém mức độ nặng. Có 40/58 tai (68,9%) có

sức nghe bình thường sau phẫu thuật. Có 17/58 tai (29,3%) nghe kém nhẹ (21 - 40 dB). Chỉ có 1/58 tai (1,8%) nghe kém trung bình (45dB). PTA trung bình sau mổ: 16,66 +/- 8,33 dB, có giảm hơn so với PTA trung bình trước mổ nhưng không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,067 (> 0,05)$.

Bảng 7. Theo dõi sau phẫu thuật (n = 208)

Thời gian (tháng)	Bệnh nhân theo dõi	Tồn dư
3 - 6	111	0
6 - 12	60	0
≥ 12 tháng	37	4
Tổng	208	4
Phương pháp theo dõi		
<i>Nội soi</i>	Tồn dư	0
	Không	208
<i>MRI Diffusion</i>	Tồn dư	1
	Không tồn dư	31
<i>Mở hòm nhĩ thì hai</i>	Tồn dư	3
	Không tồn dư	6

Thời gian theo dõi trung bình là 8,4 tháng. Tai được theo dõi nhiều nhất sau mổ là 26 tháng, ít nhất là 3 tháng. Nhóm chỉ theo dõi được từ 3 - 6 tháng chiếm tỷ lệ cao 111/208 bệnh nhi, chủ yếu là bệnh nhân thuộc Potsic I, khi tổn thương chỉ khu trú trong hòm nhĩ và phẫu thuật viên đã chắc chắn lấy được toàn bộ khối CC. Nhóm theo dõi trung bình 6 - 12 tháng chiếm tỷ lệ ít hơn với 60/208 bệnh nhân.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này mô tả kết quả phẫu thuật điều trị cholesteatoma bẩm sinh (CC) ở 208 trẻ em < 6 tuổi, là một trong những loạt ca có cỡ mẫu lớn tại Việt Nam hiện nay. Kết quả cho thấy đa số bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn sớm Potsic I-II và được điều trị hiệu quả bằng

phẫu thuật bảo tồn mở hòm nhĩ đơn thuần, với kết quả giải phẫu và chức năng tốt, tỷ lệ tồn dư thấp.

1. Đặc điểm giai đoạn bệnh và chỉ định phẫu thuật

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 83,7% trường hợp thuộc nhóm Potsic I-II, phù hợp với xu hướng phát hiện CC ngày càng sớm nhờ sự phổ biến của nội soi tai mũi họng trong khám sàng lọc trẻ em. Alfonso ghi nhận rằng CC thường được phát hiện muộn hơn, với độ tuổi chẩn đoán trung bình từ 6 - 7 tuổi trong các loạt ca trước đây, khi nội soi tai chưa được áp dụng rộng rãi.⁵ Các nghiên cứu gần đây cho thấy tỷ lệ phát hiện CC giai đoạn sớm tăng rõ rệt, dao động từ 15 - 40% tổng số CC, tùy theo trung tâm và chiến lược chẩn đoán.⁵

Về phương pháp phẫu thuật, 81,25% trường hợp trong nghiên cứu được điều trị bằng mở hòm nhĩ đơn thuần, chủ yếu ở nhóm Potsic I–II. Phẫu thuật nội soi tai chiếm đa số với tỷ lệ 80,29%. Kết quả này tương đồng với Park và cộng sự, khi báo cáo rằng phẫu thuật nội soi xuyên ống tai hoặc mở hòm nhĩ đơn thuần là lựa chọn tối ưu cho CC khu trú, giúp loại bỏ hoàn toàn bệnh tích với mức xâm lấn tối thiểu.⁹ Chỉ 18,75% bệnh nhân trong nghiên cứu cần can thiệp phức tạp hơn (chỉnh hình xương con hoặc sào bào thượng nhĩ), tập trung ở nhóm Potsic III–IV, phản ánh mối liên quan chặt chẽ giữa mức độ lan rộng của bệnh và phương pháp phẫu thuật, như đã được James và cộng sự nhấn mạnh.¹⁰

2. Tổn thương trong phẫu thuật và xương con

Vị trí CC trong nghiên cứu chủ yếu là hòm nhĩ (96,2%) trong đó khu trú góc phần tư màng nhĩ chiếm (78,36%), phù hợp với mô tả kinh điển của CC phát sinh từ biểu mô lạc chỗ phía sau màng nhĩ nguyên vẹn.^{1,5} Đáng chú ý, 88,46% trường hợp không có tổn thương xương con, tỷ lệ này cao hơn so với một số loạt ca quốc tế, nơi tổn thương xương con có thể gặp ở 20 – 40% bệnh nhân, đặc biệt ở nhóm chẩn đoán muộn.² Điều này có thể được giải thích bởi độ tuổi nhỏ và tỷ lệ cao các trường hợp Potsic I–II trong nghiên cứu, khi bệnh tích còn khu trú và chưa gây phá hủy cấu trúc tai giữa.

Sự tương đồng giữa tổn thương quan sát trong mổ và hình ảnh CLVT xương thái dương trước mổ cũng khẳng định vai trò quan trọng của chẩn đoán hình ảnh trong đánh giá mức độ lan rộng và lập kế hoạch phẫu thuật, như đã được Vangrinsven và cộng sự tổng kết.⁴

3. Kết quả giải phẫu và chức năng sau phẫu thuật

Tại thời điểm 3 tháng sau mổ, 100% tai có màng nhĩ liền tốt, không ghi nhận tồn dư bệnh

tích sót. Tỷ lệ này cao hơn NC Park và Lee với tỷ lệ liền màng nhĩ 92 – 98%.^{9,11} Nhĩ lượng đồ type A chiếm 81,73%, cho thấy chức năng tai giữa được phục hồi tốt sau phẫu thuật bảo tồn.

Về thính lực, trong số 58 tai đo được PTA sau mổ, 68,9% có sức nghe bình thường (PTA \leq 20 dB), và không có trường hợp nghe kém nặng. PTA trung bình sau mổ giảm so với trước mổ nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,067$). Kết quả này phù hợp với nhận định của Choi và cộng sự rằng mục tiêu chính của phẫu thuật CC ở trẻ em là kiểm soát bệnh tích và bảo tồn cấu trúc tai giữa; cải thiện thính lực phụ thuộc nhiều vào tình trạng xương con và thời điểm chỉnh hình.¹² Việc chỉ có 58 tai hợp tác đo thính lực cũng là hạn chế chung của các nghiên cứu ở nhóm trẻ nhỏ, đã được nhiều tác giả đề cập.

4. Tồn dư và theo dõi sau phẫu thuật

Trong số 37 BN được theo dõi trên 12 tháng, có 4 BN (10,8%) tồn dư cholesteatoma đều ở giai đoạn Potsic IV, tỷ lệ này tương đồng với các NC trên thế giới (5 – 15%).² Volgger và cộng sự cho rằng mức độ lan rộng của bệnh là yếu tố dự báo quan trọng nhất của tồn dư, vượt trội so với phương pháp phẫu thuật.¹³ Việc phát hiện tồn dư bằng MRI diffusion-weighted và phẫu thuật thì hai cũng phù hợp với khuyến cáo hiện nay trong theo dõi CC, nhằm hạn chế bỏ sót bệnh tích tiềm ẩn.⁵

Nghiên cứu còn một số hạn chế. Thứ nhất, thiết kế theo dõi dọc hồi cứu với thời gian theo dõi chưa dài để đánh giá đầy đủ nguy cơ tồn dư. Thứ hai, tỷ lệ bệnh nhân hợp tác đo thính lực sau mổ còn hạn chế, ảnh hưởng đến việc đánh giá chính xác kết quả chức năng. Ngoài ra, nghiên cứu thực hiện tại một trung tâm đơn lẻ nên khả năng khái quát hóa kết quả còn nhất định.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật bảo tồn cholesteatoma bẩm sinh

ở trẻ dưới 6 tuổi cho kết quả giải phẫu tốt với 100% màng nhĩ liền sau mổ. Có 4/37(10,8%) BN tồn dư sau mổ, ở giai đoạn Potsic IV. Phát hiện sớm giúp tăng khả năng điều trị hiệu quả và giảm nguy cơ tồn dư.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kazahaya K, Potsic WP. Congenital cholesteatoma: *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2004;12(5):398-403. doi:10.1097/01.moo.0000136875.41630.d6
2. Stapleton AL. Congenital Cholesteatoma Predictors for Residual Disease and Hearing Outcomes. *Arch Otolaryngol Neck Surg.* 2012;138(3):280. doi:10.1001/archoto.2011.1422
3. Nevoux J, Lenoir M, Roger G, et al. Childhood cholesteatoma. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.* 2010;127(4):143-150. doi:10.1016/j.anorl.2010.07.001
4. Vangrinsven G, Bernaerts A, Deckers F, et al. Beyond the otoscope: an imaging review of congenital cholesteatoma. *Insights Imaging.* 2024;15(1):194. doi:10.1186/s13244-024-01761-1
5. Alfonso KP. Congenital Cholesteatoma. *Otolaryngol Clin North Am.* 2025;58(1):65-74. doi:10.1016/j.otc.2024.07.023
6. Derlacki EL, Clemis JD. LX Congenital Cholesteatoma of the Middle Ear and Mastoid. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1965;74(3):706-727. doi:10.1177/000348946507400313
7. Committee on Hearing and Equilibrium. Committee on Hearing and Equilibrium Guidelines for the Evaluation of Results of Treatment of Conductive Hearing Loss. *Otolaryngol Neck Surg.* 1995;113(3):186-187. doi:10.1016/S0194-5998(95)70103-6
8. Potsic WP, Samadi DS, Marsh RR, et al. A Staging System for Congenital Cholesteatoma. *Arch Otolaryngol Neck Surg.* 2002;128(9):1009. doi:10.1001/archotol.128.9.1009
9. Park JH, Ahn J, Moon IJ. Transcanal Endoscopic Ear Surgery for Congenital Cholesteatoma. *Clin Exp Otorhinolaryngol.* 2018;11(4):233-241. doi:10.21053/ceo.2018.00122
10. James AL, Papsin BC. Some considerations in congenital cholesteatoma: *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2013;21(5):431-439. doi:10.1097/MOO.0b013e328364b457
11. Cho HS, Kim HG, Jung DJ, et al. Clinical Aspects and Surgical Outcomes of Congenital Cholesteatoma in 93 Children: Increasing Trends of Congenital Cholesteatoma from 1997 through 2012. *J Audiol Otol.* 2016;20(3):168-173. doi:10.7874/jao.2016.20.3.168
12. Choi JE, Kang WS, Lee JD, et al. Outcomes of Endoscopic Congenital Cholesteatoma Removal in South Korea. *JAMA Otolaryngol Neck Surg.* 2023;149(3):231. doi:10.1001/jamaoto.2022.4660
13. Volgger V, Lindeskog G, Krause E, et al. Identification of risk factors for residual cholesteatoma in children and adults: a retrospective study on 110 cases of revision surgery. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2020;86(2):201-208. doi:10.1016/j.bjorl.2018.11.004

Summary

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF CONGENITAL CHOLESTEATOMA IN CHILDREN UNDER 6 YEARS OLD AT THE NATIONAL EAR, NOSE AND THROAT HOSPITAL

This study aims to describe the surgical outcomes of congenital cholesteatoma in children. The study design is a retrospective longitudinal study with 208 patients at the National Ear, Nose and Throat Hospital from 2019 to 2024. Results: The majority of patients were in the early stages Potsic I–II (83.65%) and were indicated for exploratory tympanotomy (81.3%). During surgery, cholesteatoma was usually localized in the tympanic cavity (96.2%) and the tympanic quadrant (78.36%). No complication was reported right after surgery. Three months post-surgery, 100% of the ears had well-healed tympanic membranes, with no residual lesion. Hearing tests in 58 ears showed that 68.9% had Pure Tone Audiometry (PTA) ≤ 20 dB post-surgery, decreased slightly compared to pre-surgery but was not statistically significant ($p = 0.067$). Follow-up of ≥ 12 months revealed 4/37 (10.8%) residual cases in the Potsic IV group. Congenital cholesteatoma-conserving surgery in children yields good anatomical and functional results, with a low residual rate, and is particularly effective in the early stages.

Keywords: Cholesteatoma, children, National Ear Nose Throat Hospital.