

KHẢO SÁT TƯƠNG QUAN HÌNH ẢNH SCHULLER, CT SCAN VỚI BỆNH TÍCH TRONG PHẪU THUẬT VIÊM TAI GIỮA MẠN CHOLESTEATOMA

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tương quan hình ảnh schuller, CT scan với bệnh tích trong phẫu thuật viêm tai giữa mạn cholesteatoma.

Đối tượng – Phương pháp nghiên cứu: Tiền cứu, mô tả 66 bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên, được chẩn đoán viêm tai giữa mạn cholesteatoma, tại BVTMH-TPHCM trong thời gian từ tháng 11 năm 2007 đến tháng 7 năm 2008.

Kết quả: Tỷ lệ hình ảnh hủy xương trên phim schuller là 30,3%, ăn mòn xương trên CT scan là 90,9%, bệnh tích cholesteatoma lúc phẫu thuật là 92,4% và kết quả giải phẫu bệnh phù hợp với cholesteatoma là 87,9%. Tương quan giữa schuller với giải phẫu bệnh là khác nhau có ý nghĩa ($p < 0,05$), trong khi đó giữa CT scan, bệnh tích trong phẫu thuật với kết quả giải phẫu bệnh là khác nhau không ý nghĩa ($p > 0,05$).

Kết luận: Phim schuller không tương quan với bệnh tích lúc mổ và giải phẫu bệnh ($p < 0,05$), CT scan tương quan với bệnh tích lúc mổ và giải phẫu bệnh.

ABSTRACT

STUDY OF CORRELATION BETWEEN IMAGING FINDINGS
(SCHULLER XRAYs & TEMPORAL BONE CT SCAN) AND
INTRAOPERATIVE PATHOLOGIC FINDINGS IN MIDDLE EAR
CHOLESTEATOMA

Nguyen Quang Tu, Nguyen Thi Ngọc Dung, Nguyen Thanh Loi

* Y Hoc TP. Ho Chi Minh * Vol. 13 – Supplement of No 1 - 2009: 194 –
200

Objectives: Study of correlation between imaging findings (schuller xrays & temporal bone CT scan) and intraoperative pathologic findings in middle ear cholesteatoma.

Subjects and methods: Prospective study was performed in 66 patients, aged ≥ 16 years old, with cholesteatoma in the middle ear detected by preoperative imaging findings including schuller xrays and temporal bone CT scan and intraoperative findings at the ENT hospital HCM city, from November 2007 to July 2008.

Results: Schuller xrays showed bony erosion in 20/66 cases (30.3%).

Temporal bone CT findings were: expansion of the aditus and mastoid antrum 75.8% (50/66), ossicular erosion 89.4% (59/66), scutum erosion 81.8% (54/66), an eroded facial nerve canals 10.6% (7/66), an eroded lateral

semicircular canals 15.2% (10/66). Intraoperative findings were: expansion of the aditus and mastoid antrum 77.3% (51/66), ossicular erosion 89.4% (59/66), scutum erosion 75.8% (50/66), bony sheath erosion of facial nerve 16.7% (11/66), erosion of lateral semicircular canals 12.1% (8/66). There is no correlation between schuller xrays (30.3%) and intraoperative findings (92.4%) ($p < 0,05$). In the other hand, there is correlation between pre-operative CT (90.9%) and surgical findings (92.4%) ($p > 0.05$). This was statistical significantion.

Conclusion: Pre-operative CTs correlate with intraoperative findings.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, viêm tai giữa mạn tính có cholesteatoma còn gặp khá nhiều. Theo y văn, tỷ lệ mắc bệnh cholesteatoma trong dân số chưa được ghi nhận cụ thể, có tài liệu ghi nhận khoảng 4,2/100.000 dân. Tỷ lệ mới mắc, theo nghiên cứu của Haker 6/100.000 dân; còn theo Tos tỷ lệ mới mắc ở trẻ em là 3/100.000 dân và người lớn 12.6/100.000 dân(3).

Thuật ngữ cholesteatoma là da ở không đúng chỗ, là sự lắng đọng bất thường từ chất sừng của biểu mô lát tầng trong tai giữa(5,1,2,3). Năm 1683, lần đầu tiên được Duverney mô tả với thuật ngữ steatoma, năm 1838 Johannes Mueller là người đưa ra thuật ngữ cholesteatoma; thuật ngữ

keratoma mới mô tả chính xác đặc điểm giải phẫu bệnh của tổn thương này nhưng thuật ngữ cholesteatoma vẫn được thừa nhận rộng rãi.

Cholesteatoma trong tai giữa có khi là nguyên phát hay thứ phát, song chúng đều có hiện tượng hủy xương và cơ chế hủy xương có thể do sức ép của cholesteatoma gây hoại tử xương hay khi nó tiếp xúc với xương tạo ra collagenase gây tiêu hủy các cấu trúc trong tai giữa hay các cấu trúc giải phẫu lân cận(5,8,9).

Để chẩn đoán đúng, phẫu thuật lấy sạch bệnh tích, phục hồi chức năng tránh tái phát và biến chứng cho bệnh nhân cần có sự thăm khám kỹ lưỡng, sự am hiểu về hình ảnh cholesteatoma trên nội soi, phim schuller, CT scan là rất cần thiết.

Trước đây phim schuller là một trong những cận lâm sàng hỗ trợ tích cực cho việc chẩn đoán trước phẫu thuật viêm tai giữa mạn cholesteatoma(6,7), hiện nay CT scan xương thái dương đóng vai trò quan trọng không những trong việc đánh giá sự hiện diện của hình ảnh cholesteatoma, sự ăn mòn xương con, ăn mòn ống Fallope do cholesteatoma... mà còn giúp phẫu thuật viên định hướng kế hoạch cho cuộc phẫu thuật.

Tuy nhiên nhiều trường hợp viêm tai giữa mạn cholesteatoma lại không có mối tương quan thuận giữa hình ảnh bệnh tích trên phim schuller, phim CT scan và bệnh tích trong lúc mổ.

Vấn đề đặt ra là mối tương quan giữa hình ảnh trên phim schuller, CT scan với bệnh tích lúc phẫu thuật của viêm tai giữa mạn cholesteatoma ra sao? và vấn đề này ở nước ta chưa có nhiều nghiên cứu đề cập.

Chính vì vậy chúng tôi khảo sát tương quan hình ảnh trên schuller, CT scan với bệnh tích lúc mổ, giúp cho phẫu thuật viên trên đại thể có thể xác định có cholesteatoma hay không, đưa ra hướng xử lý phù hợp với bệnh tích ngay từ đầu, hoặc là khoét rỗng đá chũm toàn phần, hoặc là khoét rỗng đá chũm bán phần và có thể chỉnh hình xương con hay không? từ đó rút ngắn thời gian cho cuộc phẫu thuật cũng như nâng cao hiệu quả điều trị, hạn chế tỷ lệ bệnh tái phát và biến chứng cho bệnh nhân.

Mục tiêu tổng quát:

Xác định mối tương quan hình ảnh trên schuller, CT với bệnh tích trong phẫu thuật viêm tai giữa mạn cholesteatoma.

Mục tiêu chuyên biệt:

- Xác định tỷ lệ hình ảnh gợi ý cholesteatoma trên phim schuller.
- Xác định tỷ lệ hình ảnh gợi ý cholesteatoma trên phim CT.
- Xác định tỷ lệ các hình thái bệnh tích trong lúc phẫu thuật.
- Xác định tỷ lệ kết quả giải phẫu bệnh của cholesteatoma.
- Khảo sát tương quan giữa hình ảnh gợi ý cholesteatoma trên schuller, CT với bệnh tích lúc phẫu thuật và giải phẫu bệnh..

ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu

Tiền cứu, mô tả hàng loạt ca.

Đối tượng nghiên cứu

66 bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên nhập Khoa Tai Đầu Mặt Cổ – BVTMH, chẩn đoán viêm tai giữa mạn có cholesteatoma, được phẫu thuật tại BVTMH trong thời gian từ tháng 11 năm 2007 đến tháng 07 năm 2008.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Bệnh nhân được chẩn đoán trước phẫu thuật là viêm tai giữa mạn cholesteatoma, xác định lại bằng CT scan.
- Tất cả bệnh nhân được làm các xét nghiệm hỗ trợ chẩn đoán trước phẫu thuật như nội soi tai, đo thính lực, chụp phim schuller và phim CT scan.
 - Lấy bệnh tích trong hố mổ làm giải phẫu bệnh.
 - Đồng ý phẫu thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ

Không có sự đồng ý của bệnh nhân.

Tiến hành nghiên cứu

- Khám, chọn bệnh, ghi nhận các triệu chứng cơ năng và thực thể.

- Chuẩn bị trước mổ: xét nghiệm tiền phẫu như đo thính lực đồ, chụp phim schuller, chụp CT, đánh giá và ghi nhận các hình ảnh gợi ý sự hiện diện và phá hủy của cholesteatoma trên phim schuller và trên phim CT.

- Tiến hành phẫu thuật, trong lúc phẫu thuật đánh giá bệnh tích và so sánh với hình ảnh trên phim CT scan. Đặc biệt quan tâm đến những tổn thương sau:

- Dò bề mặt xương chũm, tụt khoét rộng xương chũm, phá hủy sào bào – sào đạo, bộc lộ dây VII.

- Mòn tường thượng nhĩ.

- Mòn trần thượng nhĩ.

- Ăn mòn xương con (ossicular) chia ra như sau:

- + Oo: xương con còn nguyên.

- + O1: xương đe bị ăn mòn làm mất liên tục chuỗi xương con.

- + O2: xương đe và bàn đạp bị ăn mòn.

- + O3: búa, đe bị mất, xương bàn đạp bị ăn mòn.

- Bao tai: còn nguyên, bị ăn mòn hay dò?

- Bộc lộ màng đại, tiểu não hay xoang tĩnh mạch bên hay không?

- Tù theo bệnh tích mà phẫu thuật theo một trong bốn phương pháp sau:

- Mở khuyết thượng nhĩ và chỉnh hình tai giữa.

- Sào bào thượng nhĩ kín.

- Khoét rộng đá chũm toàn phần.
- Khoét rộng đá chũm bán phần.
 - Lấy bệnh phẩm gửi giải phẫu bệnh và đánh giá kết quả:
- Phù hợp với cholesteatoma: có hình ảnh chất keratin xung quanh mô viêm mạn.
- Không phù hợp với cholesteatoma: chủ yếu mô viêm mạn, không có hiện diện của keratin.

KẾT QUẢ

Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu

Tổng số 66 bệnh nhân, 66 tai được phẫu thuật 30 tai phải (45,5%) và 36 tai trái (54,5%).

Tuổi trung bình là $35,85 \pm 11,35$, tối thiểu là 16 và tối đa là 67 tuổi.

Nam 31 trường hợp chiếm 47%, nữ 35 trường hợp chiếm 53%.

Phần lớn bệnh nhân ở tỉnh 52 trường hợp chiếm 78,8%, số còn lại ở Thành phố HCM 14 trường hợp chiếm 21,2%.

Tất cả bệnh nhân đến khám đều bị chảy mủ tai 66 trường hợp chiếm 100%; nghe kém 30 trường hợp 45,45%, nhức đầu 23 trường hợp 34,85% và đau tai 20 trường hợp 30,3% là các triệu chứng xuất hiện khá nhiều, chóng mặt 8 trường hợp 12,1% và liệt mặt thấp hơn 3 trường hợp 4,5%.

Hình ảnh bệnh lý trên phim schuller

Bảng 1. Hình ảnh schuller

Hình ảnh schuller

Tần số

Tỷ lệ %

Mờ thông bào

41

62,1

Hủy xương

20

30,3

Hố mổ cũ

5

7,6

Tổng

66

100

Trên schuller, hình ảnh hủy xương 20 trường hợp chiếm 30,3%.

Hình ảnh cholesteatoma trên phim CT scan

Bảng 2. Hình ảnh bệnh tích trên CT

Bệnh tích trên CT

Tần số

Tỷ lệ %

Dò bề mặt xương chũm

6

9,1

Tự khoét rỗng xương chũm

20

30,3

Phá hủy sào bào – sào đạo

50

75,8

Bộc lộ dây VII

7

10,6

Mòn tường thượng nhĩ (scutum)

54

81,8

Mòn trần thượng nhĩ

12

18,2

Ăn mòn xương con

(O,O1,O2,O3)

O

7

10,6

O1

9

13,7

O2

18

27,3

O3

32

48,5

Bao tai

CN

56

84,8

AM

10

15,2

Dò

0

0

Khác (bộc lộ màng đại - tiểu não hay XTMB...)

9

13,7

Trên CT nhận thấy: xương con và tường thượng nhĩ bị ăn mòn nhiều với 59 trường hợp (89,4%) và 54 trường hợp (81,8%).

Hình ảnh cholesteatoma trong phẫu thuật

Bảng 3. Hình ảnh bệnh tích trong lúc mổ

Bệnh tích trong lúc mổ

Tần số

Tỷ lệ %

Dò bề mặt xương chũm

6

9,1

Tự khoét rỗng xương chũm

20

30,3

Phá hủy sào bào – sào đạo

51

77,3

Bộc lộ dây VII

11

16,7

Mòn tường thượng nhĩ (scutum)

50

75,8

Mòn trần thượng nhĩ

12

18,2

Ăn mòn xương con (O,O1,O2,O3)

O

7

10,6

O1

8

12,1

O2

18

27,3

O3

33

50

Bao tai

CN

58

87,9

AM

8

12,1

Dò

0

0

Khác (bộc lộ màng đại - tiểu não hay XTMB...)

12

18,2

Khi phẫu thuật nhận thấy; xương con, sào bào – sào đạo và tường thượng nhĩ bị ăn mòn nhiều với 59 trường hợp (89,4%), 51 trường hợp (77,3%) và 50 trường hợp (75,8%).

Kết quả giải phẫu bệnh

Bảng 4. Kết quả giải phẫu bệnh

Kết quả giải phẫu bệnh

Tần số

Tỷ lệ %

Phù hợp với cholesteatoma

58

87,9

Không phù hợp với cholesteatoma

8

12,1

Tổng

66

100

Kết quả giải phẫu bệnh, số bệnh nhân được chẩn đoán là cholesteatoma rất cao 58 trường hợp (87,9%).

Các mối tương quan

Bảng 5 Mối tương quan giữa CT scan với bệnh tích lúc mổ
CT so với lúc mổ

bệnh tích mổ

McNemar's chi²

n = 66

Mòn

Không mòn

HÌNH ẢNH CT

Xương búa

Mòn

1

$p = 1,000$

Không mòn

0

33

Xương đe

Mòn

54

5

$p = 1,000$

Không mòn

5

2

Xương bàn đạp

Mòn

49

1

$p = 1,000$

Không mòn

2

14

Dây VII

Mòn

6

1

$p = 0,375$

Không mòn

5

54

Bao tai

Mòn

6

4

$p = 1,125$

Không mòn

2

54

Trần thượng nhĩ

Mòn

11

1

p = 1,000

Không mòn

1

53

Sào bào- sào đạo

Mòn

49

1

$p = 1,000$

Không mòn

2

14

Tường thượng nhĩ

Mòn

47

7

$p = 0,4338$

Không mòn

3

9

Khác

Mòn

8

4

$p = 0,625$

Không mòn

1

Giữa CT scan với bệnh tích lúc phẫu thuật là khác nhau không có ý nghĩa ($p > 0,05$).

Bảng 6. Tương quan giữa schuller, CT, PT với giải phẫu bệnh

Các mối tương quan

Kết quả GPB

McNemar's chi²

n = 66

Phù hợp

Không phù hợp

Schuller

Phù hợp

19 (28,8%)

1 (1,5%)

$p = 0,000$

Không phù hợp

39 (59,1%)

7 (10,6%)

CT

Phù hợp

52 (78,8%)

8 (12,1%)

$p = 0,7905$

Không phù hợp

6 (9,1%)

0 (0%)

Lúc mổ

Phù hợp

57 (86,4%)

4 (6,05%)

$p = 0,125$

Không phù hợp

1 (1,5%)

4 (6,05%)

Ỗ Schuller với GPB khác nhau có ý nghĩa ($p = 0,00 < 0,05$).

Ỗ CT và lúc phẫu thuật với GPB khác nhau không có ý nghĩa ($p > 0,05$).

BÀN LUẬN

Đặc điểm chung về mẫu nghiên cứu

Mẫu nghiên cứu có 66 bệnh nhân, 66 tai được phẫu thuật gồm 30 tai phải và 36 tai trái. Đa số bệnh nhân ở tỉnh 52 trường hợp chiếm 78,8%, số còn lại ở Thành phố HCM 14 trường hợp chiếm 21,2%. Tuổi trung bình $35,85 \pm 11,35$ tuổi, trong đó nhỏ nhất 16 tuổi và lớn nhất 67 tuổi, do khoa TĐMC chúng tôi điều trị cho đối tượng từ 16 tuổi trở lên, ở lứa tuổi nhỏ hơn được điều trị ở những cơ sở điều trị khác.

100% bệnh nhân bị chảy mủ tai và có lỗ thủng màng nhĩ. Nghe kém, nhức đầu và đau tai xuất hiện với tần số khá cao theo thứ tự 30 trường hợp (45,45%), 23 trường hợp (34,85%) và 20 trường hợp (30,3%), là những triệu chứng chính của viêm tai giữa mạn, được đề cập trong y văn(1,3). Chóng mắt chiếm 8 trường hợp (12,1%) và liệt mặt chiếm tỷ lệ thấp nhất 3 trường hợp (4,5%). Kết quả của chúng tôi tương tự Nguyễn Thu Hương, chảy mủ tai 100%, nhức đầu 31%, đau tai 26,8%(8).

Xét về hình ảnh trên phim schuller

Tỷ lệ hủy xương trên schuller là 30,3%, thấp hơn Nguyễn Thu Hương (59,15%)(8) và Lê Trần Quang Minh (60%). Sự khác nhau này có thể trong lô nghiên cứu của chúng tôi, số bệnh nhân đến điều trị sớm hơn hay mẫu nghiên cứu còn nhỏ hoặc đọc phim schuller còn theo chủ quan của từng tác giả. Thực trạng hiện nay, phim schuller hầu hết do bác sĩ Tai Mũi Họng (TMH) đọc, còn bác sĩ XQ không phải bác sĩ TMH nên họ chỉ quan tâm đến

thông bào chũm có bị mờ không?, việc đọc phim schuller có thể còn mang tính chủ quan, do vậy nên phối hợp giữa bác sĩ TMH với bác sĩ chẩn đoán hình ảnh.

Khi thấy một hốc sáng trên phim schuller chúng ta phải quan sát kỹ và so sánh với bên đối diện, hỏi tiền sử bệnh nhân có phẫu thuật tai chưa? Vì rất có thể đây là hình ảnh của hố thuyên, hay hố mỡ cũ hoặc hình ảnh xương chũm tự khoét rộng do cholesteatoma. Nếu là hình ảnh hố thuyên thì tai bên đối diện cũng có hình ảnh tương tự và chiếu lên hình loa tai sẽ có hình ảnh mờ hơn bao quanh phía ngoài. Nếu là hố mỡ cũ, thì tiền sử bệnh nhân đã có phẫu thuật tai và tai bên đối diện không có hình ảnh tương tự. Còn hình ảnh tự khoét rộng của xương chũm thường là một bên và đường viền xung quanh rất gọn và mỏng, khác với hố mỡ cũ đường viền xung quanh hốc sáng không đều và dày hơn.

Hình ảnh cholesteatoma trên CT và trong lúc phẫu thuật

Xét đến sự ăn mòn do cholesteatoma, có thể có rất nhiều vị trí song chúng tôi quan tâm đến những cấu trúc thường bị ăn mòn như: tường thượng nhĩ (scutum), sào bào – sào đạo, xương con.

- Mòn tường thượng nhĩ: Kết quả đọc trên CT có 54 trường hợp, chiếm 81,8%, còn trong lúc phẫu thuật có 50 trường hợp chiếm 75,8%, đây là vị trí cholesteatoma dễ tấn công khi đó làm mất hình ảnh góc nhọn của tường

thượng nhĩ, trở thành góc tù và hình ảnh này rất có giá trị để chẩn đoán cholesteatoma khi không có sự ăn mòn xương con. Sự khác nhau giữa kết quả đọc CT với thương tổn lúc phẫu thuật không có ý nghĩa thống kê với phép kiểm McNemar' chi bình phương ($p = 0,4338 > 0,05$). Như vậy qua CT scan, phẫu thuật viên có thể hình dung bệnh tích lúc phẫu thuật như thế nào để có kế hoạch cho phẫu thuật.

Ăn mòn xương con

Trên CT tổng số có 59 trường hợp xương con bị ăn mòn, trong đó ăn mòn một xương có 9 trường hợp chiếm 13,7%, ăn mòn hai xương có 18 trường hợp chiếm 27,3% và ăn mòn cả ba xương có 32 trường hợp chiếm 48,5%.

Như vậy xương búa bị ăn mòn ít nhất với 32 trường hợp, chiếm 48,5%; kế đến là xương bàn đạp bị ăn mòn 50 trường hợp chiếm 75,8% và xương đe bị ăn mòn nhiều nhất 59 trường hợp chiếm 89,4%. Tác giả Chee N. W. C. và Tan T. Y., quan sát 36 trường hợp thấy xương búa bị ăn mòn 16 trường hợp (44,4%), xương bàn đạp bị ăn mòn 12 trường hợp (33,3%), xương đe bị ăn mòn 32 trường hợp chiếm 88,9%(4). Gaurano J. L. và Joharjy I. A.; quan sát 64 trường hợp thấy xương búa bị ăn mòn (40,6%) (26/64), xương bàn đạp bị ăn mòn 65,62% (42/64) và xương đe bị ăn mòn 75% (48/64)(10). Nhìn chung tỷ lệ của chúng tôi cao hơn, có thể nhóm bệnh của chúng tôi nặng hơn.

§ Trong lúc phẫu thuật cũng có 59 trường hợp xương con bị ăn mòn, trong đó một xương có 8 trường hợp chiếm 12,1%, hai xương có 18 trường hợp chiếm 27,3% và ăn mòn cả ba xương có 33 trường hợp chiếm 50,0%. Như vậy có 33 trường hợp xương búa bị ăn mòn, chiếm 50%; 51 trường hợp xương bàn đạp bị ăn mòn chiếm 77,3% và 59 trường hợp xương đe bị ăn mòn chiếm 89,4%. Trong khi đó Chee N. W. C. và Tan T. Y., quan sát trong lúc phẫu thuật 36 trường hợp thấy xương búa bị ăn mòn 15 trường hợp chiếm 41,7%; xương đe bị ăn mòn 31 trường hợp chiếm 86,1% còn xương bàn đạp bị ăn mòn 11 trường hợp chiếm 30,6%.

Dùng phép kiểm McNemar' chi bình phương để so sánh chi tiết sự ăn mòn từng xương trong chuỗi xương giữa CT với lúc mổ, thấy.

Xương búa

Trên CT có 33 trường hợp chiếm 50%, trong lúc phẫu thuật có 32 trường hợp chiếm 48,5%, chênh lệch này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Hình ảnh bệnh tích trên CT scan và trong lúc phẫu thuật có sự tương quan rất cao, trên CT và trong lúc phẫu thuật đều có 32 trường hợp xương búa bị ăn mòn và 33 trường hợp xương búa không bị ăn mòn, chỉ có 1 trường hợp trên CT scan xương búa có ăn mòn thì trong lúc phẫu thuật không có.

Xương đe

Trên CT có 59 trường hợp chiếm 89,4%, trong lúc phẫu thuật cũng có 59 trường hợp chiếm 89,4%. Không có sự khác biệt ($p > 0,005$). Nhận thấy trên CT và trong lúc phẫu thuật đều có 54 trường hợp xương đe bị ăn mòn và 2 trường hợp xương đe không bị ăn mòn; 10 trường hợp không có sự tương đồng giữa CT scan với lúc mổ, trong đó 5 trường hợp xương đe có ăn mòn trên CT scan thì trong lúc phẫu thuật không có và ngược lại.

Xương bàn đạp

Trên CT có 50 trường hợp bị ăn mòn chiếm 75,8%, trong lúc phẫu thuật có 51 trường hợp chiếm 77,3%. Chênh lệch không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Giữa CT scan và trong lúc phẫu thuật đều có 49 trường hợp xương bàn đạp bị ăn mòn và 14 trường hợp xương bàn đạp không bị ăn mòn, chỉ có 1 trường hợp trên CT scan xương bàn đạp bị ăn mòn thì trong lúc phẫu thuật không có và 2 trường hợp ngược lại.

-. Sào bào - sào đạo trên CT có 50 trường hợp bị ăn mòn chiếm 75,8%, trong lúc phẫu thuật có 51 trường hợp chiếm 77,3%; khác nhau không có ý nghĩa thống kê với phép kiểm tra McNemar'chi bình phương ($p > 0,05$). Khi sào bào bị ăn mòn thì có hình ảnh 1 một hốc còn khi sào đạo bị ăn mòn sẽ làm mất hình ảnh số 8, hình ảnh số 8 được tạo bởi phía trên là thượng nhĩ, chỗ thắt lại là sào đạo, phía dưới là sào bào. Khi phẫu thuật sào bào và sào đạo không còn ranh giới rõ ràng mà hầu như 1 một hốc rộng nối liền với thượng nhĩ.

Kết quả giải phẫu bệnh

Kết quả GPB, số bệnh nhân được chẩn đoán phù hợp với cholesteatoma rất cao 58 trường hợp (87,9%), khi đó GPB có hình ảnh cấu tạo chủ yếu chất keratin xung quanh mô viêm mạn tính; 8 trường hợp GPB cho kết quả không phù hợp chiếm 12,1%, những trường hợp này cho hình ảnh viêm mạn tính, không có hiện diện của keratin. Khi lấy bệnh phẩm gửi giải phẫu bệnh nếu không lấy được màng matrix cũng cho kết quả không phù hợp. Do vậy phải quan sát kỹ để tìm màng matrix, lấy hết bệnh tích tránh tái phát cho bệnh nhân.

Xét đến các mối tương quan

- Tương quan giữa schuller với bệnh tích lúc phẫu thuật và giải phẫu bệnh: nhận thấy trên schuller có 30,3% trường hợp phù hợp với cholesteatoma, còn trong lúc phẫu thuật có 92,4% trường hợp phù hợp với cholesteatoma và GPB tỷ lệ này là 87,9%. Sự khác nhau này có ý nghĩa với phép kiểm McNemar's chi² ($p = 0,00 < 0,05$). Như vậy nếu dựa vào schuller để chẩn đoán cholesteatoma sẽ bỏ sót rất nhiều vì những trường hợp cholesteatoma còn khu trú, chưa phá hủy cấu trúc xương nhiều thì trên schuller không thể phát hiện được.

- Tương quan giữa CT scan với bệnh tích lúc phẫu thuật và giải phẫu bệnh: thấy trên CT có 90,9% phù hợp với cholesteatoma, còn trong lúc phẫu thuật

có 92,4% phù hợp với cholesteatoma và GPB tỷ lệ này là 87,9%. Sự khác nhau này là không có ý nghĩa với phép kiểm McNemar's chi2 ($p = 0,7539 > 0,05$). Hay nói cách khác, trên CT và trong lúc phẫu thuật và giải phẫu bệnh cho kết quả tương tự nhau.

KẾT LUẬN

Qua khảo sát tương quan giữa schuller, CT scan với bệnh tích trong phẫu thuật viêm tai giữa mạn cholesteatoma của 66 bệnh nhân, nhận thấy:

1. Tất cả bệnh nhân trong lô nghiên cứu đến khám với triệu chứng lâm sàng chảy mủ tai và thủng nhĩ.
2. Trên phim schuller, hình ảnh hủy xương là 30,3%, không tương quan với bệnh tích lúc mổ và giải phẫu bệnh là 92,4% và 87,9% ($p < 0,05$), như vậy dựa vào schuller để chẩn đoán cholesteatoma dễ bỏ sót.
3. Trên phim CT scan 90,9% hình ảnh mòn xương tương quan với bệnh tích lúc mổ và giải phẫu bệnh là 92,4% và 87,9% ($p > 0,05$), có thể nói CT scan rất có giá trị để chẩn đoán cholesteatoma. CT scan không những khảo sát sự hiện diện của cholesteatoma trong tai giữa mà còn để đánh giá những vị trí cholesteatoma khó quan sát như thượng nhĩ trước, ngách mặt hay ngách nhĩ; CT scan cũng cảnh báo cho phẫu thuật viên những bất thường về cấu trúc giải phẫu trong tai giữa cũng như biến chứng của bệnh gây ra.