

BÀI BÁO NGHIÊN CỨU GỐC

Tổng quan về hình thái lâm sàng và kết quả phẫu thuật nội soi u nhầy xoang trán sàng

Nguyễn Thành Luân^{1*} Phạm Trần Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả hình thái lâm sàng u nhầy xoang trán sàng và nhận xét kết quả phẫu thuật nội soi u nhầy xoang trán sàng.

Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu được thực hiện theo hướng dẫn PRISMA-ScR. Cơ sở dữ liệu Pubmed/Medline được sử dụng để tìm kiếm các nghiên cứu trên thế giới.

Kết quả: Trong 1017 kết quả tìm kiếm, có 21 nghiên cứu phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn. Kết quả tổng quan 21 nghiên cứu cho thấy u nhầy xoang trán đơn thuần có 10 nghiên cứu với 265 u nhầy, tiếp đến u nhầy xoang trán-sàng kết hợp có 9 nghiên cứu với 108 u nhầy và chỉ có 2 nghiên cứu về u nhầy xoang sàng đơn thuần với 74 u nhầy. Các phương pháp phẫu thuật điều trị u nhầy bao gồm phẫu thuật nội soi dẫn lưu (Marsupialization) được sử dụng phổ biến nhất, tiếp đến là phẫu thuật mở vách trán, phẫu thuật đường phối hợp và phẫu thuật nạo sàng.

Kết luận: U nhầy xoang trán đơn thuần là hình thái lâm sàng phổ biến nhất, tiếp đến là u nhầy trán-sàng kết hợp và u nhầy xoang sàng đơn thuần. Các phương pháp phẫu thuật nội soi cho thấy hiệu quả với tỷ lệ thành công cao và ít biến chứng sau phẫu thuật. Việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp vẫn nên được cá thể hóa từng trường hợp.

Từ khóa: U nhầy xoang trán-sàng, phẫu thuật nội soi.

ĐẶT VẤN ĐỀ

U nhầy xoang là khối u dạng nang lạnh tính phát triển ở trong các xoang cạnh mũi. Tần suất của u nhầy trong các bệnh lý mũi xoang là không cao, tuy nhiên đây cũng không phải là bệnh lý hiếm gặp. U nhầy có thể xuất hiện ở một hay nhiều vị trí xoang nhưng chủ yếu là vùng trán-sàng, một số nghiên cứu cho thấy 70-80% u nhầy ở xoang trán, 25% gặp ở xoang sàng, 10-14% xoang trán-sàng, chỉ có khoảng 3% ở xoang hàm và xoang bướm (1,2)spanning three years (2008-2010. Bệnh thường tiến triển chậm tuy nhiên có thể gây ra những biến chứng nặng do u phát triển bào

mòn xương thành xoang, lan rộng chèn ép các cơ quan lân cận, gây ra biến dạng vùng mặt, thậm chí chèn ép ổ mắt và nền sọ. Hiện nay, phẫu thuật nội soi dẫn lưu u nhầy đã dần thay thế cho các phẫu thuật xoang kinh điển trước đây với nhiều ưu điểm như: ít xâm lấn, không để lại sẹo, phù hợp với các đặc điểm về sinh lý và giải phẫu của mũi xoang (3). Tuy nhiên đối với thể u nhầy ở phía ngoài xoang trán hoặc trên những bệnh nhân có tiền sử chấn thương, sẹo dính vách trán hoặc mất mốc giải phẫu thì không thể không nói đến vai trò phối hợp phẫu thuật nội soi với các đường tiếp cận bên ngoài. Chính vì vậy, để có cách nhìn tổng quan hơn trong vấn đề tiếp cận xử



*Địa chỉ liên hệ: Nguyễn Thành Luân
Email: Luannghuyen91.mmu@gmail.com
¹Trường Đại Học Y Hà Nội

Ngày nhận bài: 03/10/2022
Ngày phản biện: 30/10/2022
Ngày đăng bài: 31/12/2022
Mã DOI: <https://doi.org/10.38148/JHDS.0606SKPT22-097>

trí bệnh lý u nhầy trán sàng. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Tổng quan về hình thái lâm sàng và kết quả phẫu thuật nội soi u nhầy xoang trán sàng”** với mục tiêu mô tả hình thái lâm sàng u nhầy xoang trán sàng và nhận xét kết quả phẫu thuật nội soi u nhầy xoang trán sàng.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp, chiến lược tìm kiếm và nguồn dữ liệu

Phương pháp nghiên cứu được thực hiện theo hướng dẫn PRISMA-ScR (PRISMA extension for Scoping Reviews) (4). PRISMA-SCR được phát triển và điều chỉnh từ bảng kiểm PRISMA dành cho các nghiên cứu tổng quan hệ thống. Bảng kiểm này hướng dẫn cho các nhà lâm sàng, cán bộ nghiên cứu thực hiện một nghiên cứu tổng quan luận điểm đầy đủ nhất và được các nhà nghiên cứu y khoa khuyến cáo thực hiện (5,6). Cơ sở dữ liệu Pubmed/Medline được sử dụng để tìm kiếm các nghiên cứu trên thế giới. Các từ khóa được sử dụng để tìm kiếm bao gồm:

((Frontal sinus mucocoele) OR (Ethmoid sinus mucocoele) OR (Paranasal sinus mucocoeles) OR (Fronto-ethmoid sinus mucocoele)) AND ((Endoscopic) OR (Marsupialization) OR (DrafI) OR (DrafII) OR (DrafIII) OR (MELP) OR (FESS) OR (surgery) OR (modified Lothrop procedure) OR (Transorbital) OR (Frontoethmoid surgery) OR (Ethmoidectomy) OR (Frontal sinusotomy) OR (Combination)) AND (“humans”[MeSH Terms] AND English[lang]).

Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu là những bài báo khoa học, tài liệu nghiên cứu về u nhầy xoang trán sàng đã được công bố.

Tiêu chí lựa chọn

- Đối tượng của các nghiên cứu nêu rõ loại hình thái của u nhầy

- Các nghiên cứu nêu rõ loại phương pháp phẫu thuật u nhầy trán-sàng
- Các nghiên cứu được công bố trên tạp chí quốc tế uy tín, có bình duyệt
- Các nghiên cứu được xuất bản bằng tiếng Anh, có đầy đủ tóm tắt
- Thời gian xuất bản: từ năm 2000 đến năm 2022

Tiêu chí loại trừ

- Các nghiên cứu trùng lặp, sử dụng chung một bộ số liệu để phân tích
- Các nghiên cứu tổng quan hệ thống hoặc phân tích gộp
- Các nghiên cứu trên bệnh nhân u nhầy trán-sàng nhưng mục đích nhằm đánh giá hiệu quả phẫu thuật trên bệnh lý khác (ví dụ: u xương xoang trán, u nhú...)
- Các nghiên cứu có cỡ mẫu < 2
- Các tóm tắt, kỹ yếu hội thảo..không phải là các nghiên cứu gốc (original article)

Phương pháp thu thập số liệu

Giai đoạn một: Qua việc đọc tiêu đề và tóm tắt nghiên cứu, các tài liệu không phù hợp sẽ bị loại trừ.

Giai đoạn hai: Các tài liệu còn lại sau giai đoạn 1 sẽ được đọc và phân tích nghiên cứu toàn văn, đối chiếu với tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ để xác định tài liệu có phù hợp hay không khi đưa vào phân tích.

Trích xuất dữ liệu: Dữ liệu từng nghiên cứu được trích xuất theo một biểu mẫu thống nhất nhằm phục vụ cho phân tích và đánh giá. Các đặc tính được trích xuất bao gồm:

- **Thông tin cơ bản:** tác giả, năm xuất bản, thời gian thực hiện, quốc gia.
- **Thông tin phương pháp nghiên cứu:** thiết kế nghiên cứu, đối tượng, cỡ mẫu, địa điểm nghiên cứu.

- **Thông tin kết quả nghiên cứu:** tuổi, giới, tiền sử, đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh (CLVT/MRI), kết quả phẫu thuật (phẫu thuật nội soi, phẫu thuật đường phối hợp), tỷ lệ biến chứng và di chứng sau phẫu thuật.

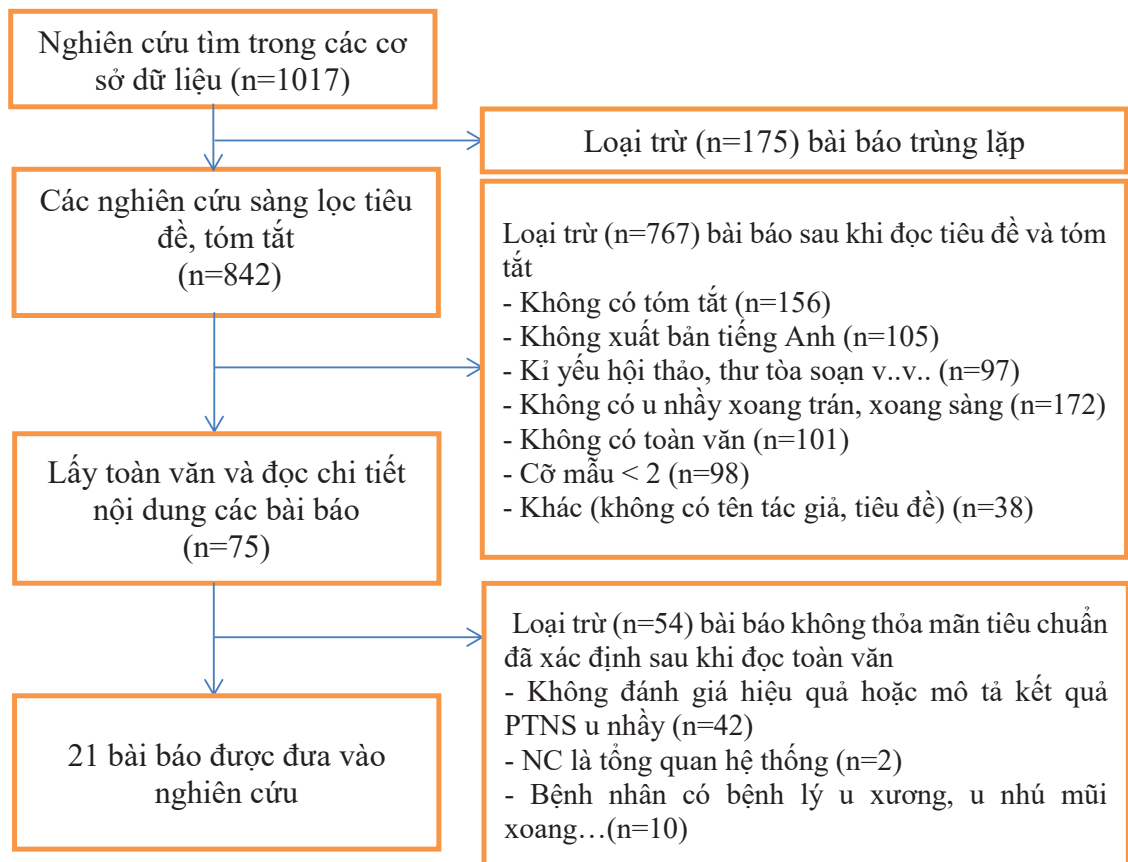
Phân tích dữ liệu: Dữ liệu của các nghiên cứu được tổng hợp và mô tả theo các tiêu chí được trích xuất.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu thu thập số liệu thứ cấp, không thu thập số liệu trên

con người hay động vật nên không có nguy cơ hay vấn đề đạo đức khi thực hiện nghiên cứu.

KẾT QUẢ

Tìm kiếm trên cơ sở dữ liệu (Hình 1) cho thấy có 1017 tài liệu. Sau khi đối chiếu theo tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ, 21 bài báo được đưa vào tổng hợp và phân tích.



Hình 1. Kết quả quá trình lựa chọn các nghiên cứu

Đặc điểm cơ bản của mỗi nghiên cứu được trình bày ở bảng 1. Tổng số 21 nghiên cứu, phần lớn được tiến hành ở Châu Á và Châu Mỹ. Có 19 nghiên cứu làm trên người lớn và có 2 nghiên cứu làm trên trẻ em. Độ tuổi chủ yếu từ 40 đến 70 tuổi, nhỏ nhất là 8 tuổi, lớn nhất là 86 tuổi. Phần lớn các nghiên cứu sử dụng thiết kế quan

sát hồi cứu (71,4%) trên cỡ mẫu từ 10-50 người. Đối tượng trong các nghiên cứu phần lớn là bệnh nhân có bệnh lý u nhầy xoang trán đơn thuần có 10 nghiên cứu với 265 u nhầy, tiếp đến u nhầy xoang trán-sàng kết hợp có 9 nghiên cứu với 108 u nhầy và chỉ có 2 nghiên cứu về u nhầy xoang sàng đơn thuần với 74 u nhầy.

Bảng 1. Thông tin chung của các nghiên cứu được tổng hợp

		Số lượng NC	Tỷ lệ
Thiết kế nghiên cứu	Quan sát hồi cứu	15	71,4%
	Quan sát tiền cứu	6	28,6%
Cỡ mẫu nghiên cứu	< 10	5	23,8%
	10-50	15	71,4%
	> 50	1	4,8%
Châu lục	Châu Á	7	33,3%
	Châu Âu	5	23,8%
	Châu Mỹ	6	28,6%
	Châu Úc	2	9,5%
	Châu Phi	1	4,8%
Đối tượng	Người lớn (trên 18 tuổi)	19	90,5%
	Trẻ em (dưới 18 tuổi)	2	9,5%
Thể lâm sàng u nhầy	U nhầy xoang trán	10	47,6%
	U nhầy xoang sàng	2	9,6%
	U nhầy trán-sàng	9	42,8%

Bảng 2 cho thấy, phần lớn các nghiên cứu đề cập đến tiền sử phẫu thuật mũi xoang với 15 nghiên cứu, tiếp đến là tiền sử chấn thương với 7 nghiên cứu. Có 4 nghiên cứu

tiền sử không rõ nguyên nhân, có 3 nghiên cứu đề cập đến tiền sử viêm mũi xoang trước đó, chỉ có 1 nghiên cứu nguyên nhân do biến thể giải phẫu.

Bảng 2. Đặc điểm tiền sử và nguyên nhân các nghiên cứu được tổng hợp

Tiền sử và nguyên nhân	Số lượng NC	Tỷ lệ
Sau phẫu thuật mũi xoang	15	71,4%
Sau chấn thương	7	33,3%
Viêm mũi xoang	3	14,3%
Không rõ nguyên nhân	4	19%
Biến thể giải phẫu	1	4,7%

*Một nghiên cứu có thể có nhiều nguyên nhân

Bảng 3 cho thấy, trong nhóm triệu chứng mắt, lồi mắt và nhìn đôi là 2 triệu chứng hay gặp nhất được đề cập ở 11 nghiên cứu, tiếp đến giảm thị lực có 7 nghiên cứu. Nhóm triệu chứng mũi xoang, ngạt mũi là triệu chứng phổ biến nhất được đề cập trong 9 nghiên cứu, tiếp đến đau nhức đầu/mặt với 8 nghiên cứu.

Triệu chứng biến dạng vùng mặt có 9 nghiên cứu đề cập đến. Về đặc điểm trên phim CLVT phổ biến nhất có 10 nghiên cứu đề cập đến hình ảnh xâm lấn ổ mắt và/ hoặc bào mòn trần ổ mắt, có 7 nghiên cứu xâm lấn nội sọ và/ hoặc bào mòn thành sau xoang trán. Chỉ có 2 nghiên cứu đề cập về đặc điểm trên phim MRI.

Bảng 3. Đặc điểm bệnh nhân các nghiên cứu được tổng hợp

Đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh		Số lượng NC	Tỷ lệ
Triệu chứng mắt	Lồi mắt, Nhìn đôi	11	52,4%
	Giảm thị lực	7	33,3%
	Chảy nước mắt	2	9,6%
	Hạn chế vận động nhãn cầu	2	9,6%
Triệu chứng mũi xoang	Ngạt mũi	9	42,8%
	Chảy mũi	7	33,3%
	Đau nhức vùng mặt	5	23,8%
	Đau nhức đầu	8	38,1%
Triệu chứng biến dạng mặt: Khối phồng quanh hốc mắt		9	42,8%
Không có triệu chứng		3	14,3%
Phim CLVT	Xâm lấn ổ mắt và/ bào mòn trần ổ mắt	10	47,6%
	Xâm lấn nội sọ và/ bào mòn thành sau xoang trán	7	33,3%
	Xâm lấn cả ổ mắt và nội sọ	1	4,8%
	Bào mòn thành trước xoang trán	3	14,3%
Phim MRI: T1W giảm tín hiệu, T2W tăng tín hiệu		2	9,6%

*Một nghiên cứu có thể có nhiều triệu chứng lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh

Bảng 4 cho thấy, phương pháp phẫu thuật nội soi dẫn lưu (Marsupialization) là được sử dụng phổ biến nhất, tiếp đến là các phương

pháp phẫu thuật mở vách trán, phẫu thuật đường phối hợp và phẫu thuật nạo sàng.

Bảng 4. Đặc điểm phẫu thuật các nghiên cứu được tổng hợp

Nhóm loại phẫu thuật*	U nhầy xoang trán	U nhầy xoang sàng	U nhầy xoang trán-sàng
Phẫu thuật nội soi dẫn lưu (Marsupialization)	7	1	8
Phẫu thuật nội soi nạo sàng	2	1	-
PTNS mở vách trán	Draf I, Draf II	-	1
	Draf III -Lothrop sửa đổi	-	5
Phẫu thuật nội soi kết hợp với đường ngoài	4	-	6

* Một nghiên cứu có thể có nhiều cách thức phẫu thuật khác nhau

Bảng 5 cho thấy tỷ lệ các phẫu thuật dẫn lưu u nhầy thành công của các nghiên cứu đạt trên 92% và tỷ lệ tái phát dưới 10%. Tỷ lệ biến chứng và di chứng sau phẫu thuật thay đổi tùy theo nghiên cứu, nhưng nhìn chung chiếm tỉ

lệ thấp. Chủ yếu là biến chứng rò dịch não tủy và di chứng sẹo hẹp vách trán sau mổ. Ngoài ra các biến chứng khác như chảy máu, nhiễm trùng-viêm mô tế bào ổ mắt sau mổ hiếm gặp.

Bảng 5. Kết quả, biến chứng và di chứng sau phẫu thuật trong các nghiên cứu được tổng hợp

	PTNS dẫn lưu	PTNS mở ngách trán	PTNS nạo sàng	Phẫu thuật đường phối hợp
Tỷ lệ thành công	92%-100%	92%-98%	95%-100%	92%-98%
Tái phát	0%-8%	1,8%-10%	0%-5%	1,8%-8%
Biến chứng	Chảy máu sau mổ	1%-3%	0%	0%
	Viêm mô TB ổ mắt	1%-6%	0%	0%
	Rò dịch não tủy	0%-7%	0-2%	0%
Di chứng	Dính cuốn giữa-vách ngăn	0%-3%	0%-3%	0%
	Sẹo gây hẹp ngách trán	0%-6%	3%-19%	0%

PTNS: phẫu thuật nội soi; TB: tế bào; CLVT: cắt lớp vi tính

BÀN LUẬN

Trong kết quả thu thập được, chúng tôi thấy đối tượng bệnh nhân có bệnh lý u nhầy xoang trán đơn thuần là phổ biến nhất với 265 u nhầy, tiếp đến là u nhầy trán-sàng với 108 u nhầy và ít gặp nhất là u nhầy xoang sàng đơn thuần với 74 u nhầy. Điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu tổng quan về tỷ lệ bệnh nhân u nhầy trán-sàng trước đây (7,8) indication for the original surgery, presenting symptoms, computed tomography results, surgical treatment, operative findings, and recurrence of disease.

RESULTS: The mucocèles were diagnosed 1 to 13 years after endoscopic ethmoidectomy. The most common presenting symptom was facial pressure or pain. Twelve patients had middle meatal adhesions. A round mass was seen by endoscopy in the ethmoid cavity in 5 patients. Nine mucocèles were located in the anterior ethmoid and 3 were located in the posterior ethmoid, and 2 involved both. The mucocèles were marsupialized via revision endoscopic ethmoidectomy in 12 patients, whereas 2 had both external and endoscopic approaches taken.

CONCLUSION: Ethmoid mucocèle can form as a late complication of endoscopic ethmoidectomy. It is commonly associated

with middle meatal adhesions.”,”container-title”.”Otolaryngology--Head and Neck Surgery: Official Journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery”,”DOI”.”10.1016/s0194-5998(03.

Tiền sử bệnh liên quan thường gặp nhất là tiền sử phẫu thuật mũi xoang trước đó, gồm 15 nghiên cứu chiếm tỷ lệ 71,4%. Điều này cho thấy tiền sử phẫu thuật mũi xoang có thể được xem như là một yếu tố nguy cơ dẫn tới sự hình thành u nhầy và có liên quan nhiều đến cơ chế bệnh sinh của u nhầy.

Về đặc điểm hình thái lâm sàng

Các triệu chứng về mắt hay gặp nhất đó là lồi mắt và nhìn đôi, 2 triệu chứng này chiếm tỷ lệ khá cao là 52,4%. Thực tế, lồi mắt và nhìn đôi là dấu hiệu xuất hiện muộn, khi u nhầy đã tiêu mòn thành xoang để xâm lấn vào trong hốc mắt và đè đẩy nhãn cầu (9). Trong các triệu chứng về mũi xoang các triệu chứng ngạt mũi, đau nhức vùng mặt/đau đầu chiếm tỷ lệ cao, lần lượt là 42,8% và 38,1%. Các triệu chứng mũi xoang thường chỉ ở một bên và mức độ nhẹ hoặc vừa nên bệnh nhân ít để ý tới. Triệu chứng biến dạng vùng mặt cũng khá hay gặp chiếm tỷ lệ 42,8%. Khối sưng phồng quanh hốc mắt thường xuất hiện khi khối u nhầy đủ

lớn, làm tiêu mòn và gây biến dạng phòng thành xoang, có thể gặp khối sung phòng mặt trước xoang hoặc sung phòng ở góc mắt.

Về đặc điểm chẩn đoán hình ảnh

Sự phát triển của u nhầy có xu hướng phá hủy cấu trúc xương lân cận do cơ chế tăng áp lực trong u nhầy, đè ép các thành xương và cơ chế hoạt hóa hoạt động các hủy cốt bào (10) and it may be misdiagnosed as PSM with orbital invasion or even as a malignant neoplasm. The present study explored the computed tomography (CT). U nhầy có thể phá hủy xương ở nhiều vị trí, chủ yếu u nhầy xâm lấn ổ mắt và/hoặc bào mòn trần ổ mắt chiếm tỷ lệ 47,6%. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 9,6% đề cập đến hình ảnh giảm tín hiệu T1W và tăng tín ở T2W của u nhầy trên phim MRI. Phim MRI thường bổ sung cho phim CLVT và rất hữu ích trong chẩn đoán các trường hợp u nhầy phức tạp hoặc u nhầy lan rộng vào nội sọ cần phân biệt với các mô mềm khác xung quanh (11).

Về đặc điểm và kết quả phẫu thuật

Điều trị u nhầy là phẫu thuật, hiện nay hầu hết các trường hợp đều phẫu thuật qua đường nội soi, hút sạch u nhầy và mở rộng đường dẫn lưu vào hốc mũi là đủ. Nghiên cứu này cho thấy có bốn phương pháp phẫu thuật chính được sử dụng trong các nghiên cứu được tổng quan. Các phương pháp phẫu thuật được chia làm 2 nhóm là nhóm phẫu thuật nội soi đơn thuần và phẫu thuật đường phối hợp.

Phương pháp phẫu thuật nội soi đơn thuần được sử dụng chủ yếu, trong đó phẫu thuật nội soi dẫn lưu (Marsupialization) được sử dụng phổ biến nhất và được báo cáo nhiều nhất. Đây kỹ thuật được Kennedy giới thiệu đầu tiên vào năm 1989 và đã tạo ra bước ngoặt thay thế cho các phẫu thuật mở trước đó (12). Nguyên tắc của phẫu thuật nội soi dẫn lưu (Marsupialization) là mở rộng lỗ thông xoang, tạo đường dẫn lưu rộng rãi chứ không cần phải lấy vỏ u nhầy. Phương pháp này là kỹ thuật tiêu chuẩn áp dụng cho hầu hết các bệnh nhân

u nhầy vùng trán-sàng với tỷ lệ thành công cao và biến chứng thấp (13,14) we evaluated the frequent symptoms and signs of PSMs involving the orbit, and report postoperative changes of orbital symptoms including the effects on visual acuity. A retrospective chart review, radiologic evaluation, and interviews were conducted after Institutional Review Board approval was obtained. Over the past 11 years, we encountered 27 patients with PSMs involving the orbit. We classified the patients according to orbital symptoms and PSM origin, and evaluated the surgical outcomes. A total of 27 patients (17 males and 10 females).

Phẫu thuật nội soi đơn thuần đã cung cấp các lựa chọn hiệu quả và an toàn để xử trí hầu hết các u nhầy vùng trán-sàng. Tuy nhiên, phẫu thuật đường phối hợp vẫn có vai trò trong một số trường hợp, ví dụ như u nhầy nằm ở vị trí phía ngoài xoang trán rất khó tiếp cận bằng dụng cụ nội soi qua mũi thì cần có thêm một phương pháp tiếp cận bên ngoài. Đường phối hợp còn được áp dụng đối với những trường hợp sau chấn thương phức tạp biến dạng các mốc giải phẫu, những trường hợp mô lại xương cứng, sẹo dính bất chấp ngách trán mà không tạo được đường dẫn lưu rộng của xoang trán. Nhược điểm của phương pháp này là để lại sẹo mặt ảnh hưởng đến thẩm mỹ và có nguy cơ biến chứng rò dịch não tủy và nhiễm trùng sau mổ (9).

Tỷ lệ thành công của các phương pháp phẫu thuật trong các nghiên cứu đều đạt tỷ lệ cao từ 92% đến 100%, tỷ lệ tái phát dưới 10%. Các kết quả đánh giá chủ quan và khách quan đều cho thấy sự cải thiện đáng kể về các triệu chứng mắt và mũi xoang sau phẫu thuật. Tỷ lệ biến chứng và di chứng sau phẫu thuật thay đổi tùy theo nghiên cứu, nhưng nhìn chung chiếm tỉ lệ thấp. Chủ yếu là biến chứng rò dịch não tủy và di chứng sẹo hẹp ngách trán sau mổ. Phần đông các tác giả đều ủng hộ quan điểm có thể hạn chế xơ dính sau phẫu thuật để tránh sẹo hẹp gây tái phát u nhầy bằng cách bảo tồn

tối đa niêm mạc, tránh tổn thương niêm mạc của cuốn giữa với vách ngăn hoặc vách mũi xoang, làm sạch hốc mỡ đặc biệt là trong một tháng đầu sau phẫu thuật. Ngoài ra các biến chứng khác như chảy máu, nhiễm trùng-viêm mô tế bào ổ mắt sau mổ hiếm gặp (15).

Nghiên cứu này còn một số hạn chế: Thứ nhất, thiết kế nghiên cứu là nghiên cứu tổng quan luận điểm nên kết quả mang tính chất định tính. Các nghiên cứu được tổng quan chủ yếu có thiết kế quan sát (hồi cứu hoặc tiền cứu), do đó mức độ bằng chứng về hiệu quả của các can thiệp chưa cao. Thứ hai, cách lấy biến số nghiên cứu của các tác giả không hoàn toàn đồng nhất, có sự khác nhau về đặc điểm đối tượng giữa các nghiên cứu và chất lượng báo cáo, điều này làm cho một số đặc điểm của u nhày trán sàng không thể làm rõ do không có đủ số liệu.

KẾT LUẬN

Kết quả tổng quan 21 nghiên cứu cho thấy u nhày xoang trán đơn thuần là hình thái lâm sàng phổ biến nhất, tiếp đến là u nhày trán-sàng kết hợp và u nhày xoang sàng đơn thuần. Các phương pháp phẫu thuật nội soi dẫn lưu u nhày bao gồm phẫu thuật nội soi dẫn lưu (Marsupialization) được sử dụng phổ biến nhất, tiếp đến là các phương pháp phẫu thuật mở ngách trán, phẫu thuật đường phối hợp và phẫu thuật nạo sàng. Nhìn chung, các phương pháp cho thấy hiệu quả với tỷ lệ thành công cao và ít biến chứng sau phẫu thuật. Hậu phẫu cần theo dõi chăm sóc hốc mỡ tốt để đảm bảo đường dẫn lưu không bị tắc dẫn tới tái phát u nhày. Việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp vẫn nên được cá thể hóa từng trường hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Roncone DP. Frontoethmoidal mucocele presenting with ocular manifestations. Clin Exp Optom. 2020;103(5):610–7.
2. Sama A, McClelland L, Constable J. Frontal sinus mucocoeles: new algorithm for surgical management. Rhinology. Tháng Chín 2014;52(3):267–75.
3. Ahmed T, Ahmed S, Kaushal N. Minimally Invasive Endoscopic Approach towards Management of Frontoethmoidal Mucocoele with Lateral Displacement of Eyeball and Proptosis - A Case Report. Ann Maxillofac Surg. Tháng Sáu 2021;11(1):129–31.
4. Tricco AC, Lillie E, Zarin W. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. Ann Intern Med. 2018;169(7):467–73.
5. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. Int J Soc Res Methodol. 2005;8(1):19–32.
6. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. Implement Sci. 2010;5(1):1–9.
7. Busaba NY, Salman SD. Ethmoid mucocele as a late complication of endoscopic ethmoidectomy. Otolaryngol--Head Neck Surg Off J Am Acad Otolaryngol-Head Neck Surg. Tháng Tư 2003;128(4):517–22.
8. Nakagawa T, Ito J. Endoscopic modified Lothrop procedure for postoperative frontal mucocele. Acta Oto-Laryngol Suppl. Tháng Hai 2007;(557):51–4.
9. B B, D V, Mb K, P P, J S. Combined external and endonasal approach to fronto-ethmoidal mucocele involving the orbit. J Curr Ophthalmol [Internet]. 3 Tháng Bảy 2016 [cited 28 Tháng Sáu 2022];28(1). Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27239601/>
10. Ding CW, Wang QS, Guo QY, Zhang J, Wang ZH. CT and MRI features in adult patients with orbital subperiosteal abscess secondary to paranasal sinus mucocele. Ear Nose Throat J. Tháng Bảy 2017;96(7):E1–6.
11. Nomura K, Hidaka H, Arakawa K, Sugawara M, Ozawa D, Okumura Y, và c.s. Outcomes of frontal mucocoeles treated with conventional endoscopic sinus surgery. Acta Otolaryngol (Stockh). Tháng Tám 2015;135(8):819–23.
12. Kennedy DW, Josephson JS, Mattox DE, Goldsmith MM, Zinreich SJ. Endoscopic sinus surgery for mucocoeles: A viable alternative. The Laryngoscope. 1989;99(9):885–95.
13. Kang IG, Kim ST, Jung JH, Paik JY, Woo JH, Cha HE, và c.s. Effect of endoscopic marsupialization of paranasal sinus mucocoeles involving the orbit: a review of 27 cases. Eur Arch Otorhinolaryngol. 1 Tháng Hai

- 2014;271(2):293–7.
14. Nakanishi M, Haruna S, Wada K, Otori N, Moriyama H. Outcomes of frontal mucocele marsupialization endonasal and external approaches. *Am J Rhinol.* 1 Tháng Bảy 2004;18(4):247–52.
15. Draf W. Endonasal Frontal Sinus Drainage Type I–III According to Draf. Kountakis SE, Senior BA, Draf W, biên tập viên. *Springer.* 2005:219–32.

Scoping review of frontal ethmoid mucocele and results of endoscopic sinus surgery

Nguyễn Thanh Luân^{1}, Phạm Trần Anh¹*
¹Hanoi Medical University

Objectives: To describe manifestation of fronto-ethmoid sinus mucocele and results of endoscopic surgery. **Methods:** The research method was carried out according to PRISMA-ScR guidelines. The PubMed/Medline database was used to search for studies around the world. **Results:** Out of 1017 search results, there were 21 studies that matched the selection criteria. The results of a review of 21 studies showed that frontal mucocele had 10 studies with 265 cases, followed by fronto-ethmoid mucocele had 9 studies with 108 cases and ethmoidal mucocele had 2 studies with 74 cases. The common types of sinus surgery methods included endoscopic marsupialization, followed by endoscopic frontal recess surgery, Frontoethmoid surgery and Ethmoidectomy. **Conclusion:** Frontal mucocele were most mucocele, followed by fronto-ethmoid mucocele and the ethmoid mucocele. The methods showed few complications and were effective in treatment mucocele. The choice of the appropriate surgical method should still be individualized.

Keywords: *Fronto-ethmoid sinus mucocele, endoscopic surgery.*