

## Nghiên cứu gốc

# KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM NỘI SOI, CT-SCAN VÀ VỊ TRÍ CHÂN BÁM CỦA POLYP KILLIAN

Nguyễn Thị Hà<sup>1\*</sup>, Trần Phan Chung Thủy<sup>2</sup>

1. Bệnh viện Thống Nhất, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam.
2. Bệnh viện Tai Mũi Họng TP HCM, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam.

\* Tác giả liên hệ: Nguyễn Thị Hà ✉ [thiha.vn@gmail.com](mailto:thiha.vn@gmail.com)

**TÓM TẮT:** Polyp Killian (Antrochoanal polyp) chiếm khoảng 4% - 6% tổng số polyp mũi nói chung. Tuy nhiên, vị trí chân bám của polyp Killian nằm trong lòng xoang hàm nên khó tiếp cận trực tiếp để loại bỏ chân bám dẫn đến tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật còn cao. Theo nghiên cứu của F. Galluzzi[16] 2018 tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật là 15%. Vì vậy, cần xác định vị trí chân bám của polyp Killian. Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát đặc điểm nội soi, CT-scan và vị trí chân bám của polyp Killian. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: NC mô tả hàng loạt ca bệnh, cách lấy mẫu hồi cứu và tiền cứu. Kết quả nghiên cứu: Tỷ lệ nam nhiều hơn nữ 1,85/1. Hầu hết BN đến khám ở giai đoạn muộn che lấp cửa mũi sau 1 phần hay hoàn toàn 89.2%. Hình ảnh mờ các xoang cùng bên polyp Killian trên CT-scan theo thứ tự lần lượt là xoang hàm 100%, xoang sàng trước 67.6%, sàng sau 41.5%, xoang trán 24.3%, xoang bướm 16.2%. Lỗ thông xoang hàm phụ ở bên có polyp Killian chiếm 49% trên CT-scan, đối bên chiếm 16.2%, có sự liên quan với nhau có ý nghĩa thống kê ( $p=0.018<0.05$ ). Trong 37 BN có polyp Killian, có 6 chiếm 16.2% ca có nang xoang hàm bên đối diện. Cả 6 ca đều có polyp kích thước nhỏ nằm trong lòng xoang hàm và đọc được vị trí chân bám. Trên CT-scan có 16.2% mờ xoang hàm một phần thì xác định được vị trí chân, 83.8% mờ toàn bộ không xác định được. Polyp Killian thường xuất phát ở thành trong (13 ca, 35.1%), thành sau (9 ca, 24.3%), thành dưới (4 ca, 10.8%), rất hiếm ở thành trước (3 ca, 8.1%) và không có trường hợp xuất phát ở thành trên xoang hàm. Trong phẫu thuật xác định lỗ thông xoang hàm phụ rõ ràng và chính xác hơn trên CT-scan lần lượt là 59.5% và 49%. Hình ảnh concha bullosa không có liên quan đến polyp Killian ( $p>0.05$ ). Có 20/37 (54%) ca vẹo vách ngăn. Không có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa vị trí polyp Killian và bên vẹo vách ngăn ( $P=0.501>0.05$ ). Kết luận: Hầu hết các BN đến khám ở giai đoạn muộn. Hình ảnh mờ xoang hàm, sàng thường gặp nhất trên BN có polyp Killian. Có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa lỗ thông xoang hàm phụ và bên có polyp Killian. Vị trí chân bám của polyp Killian trong phẫu thuật xác định rõ hơn trên CT-scan.

**Từ khóa:** polyp Killian, vị trí chân bám, xoang hàm, CT-scan

## EVALUATION OF ENDOSCOPIC, CT SCAN FEATURES AND ATTACHMENT SITE OF KILLIAN'S POLYP

Nguyen Thi Ha, Tran Phan Chung Thuy

**ABSTRACT:** Killian's polyp (antrochoanal polyp) accounts for approximately 4% to 6% of all nasal polyps. However, the attachment site of Killian's polyp is located within the maxillary sinus, making it difficult to visualize and access directly. According to a study by F. Galluzzi in 2018, the recurrence rate after surgery is 15%. Therefore, identifying the attachment site of Killian's polyp is essential. Objective: To investigate the endoscopic and CT-scan characteristics, as well as the attachment site of Killian's polyp. Materials and Methods: A case series study using both retrospective and prospective sampling methods. Results: The male-to-female ratio was 1.85:1. Most patients presented in the late stage, with 89.2% showing partial or complete obstruction of the choana. On CT scan, opacification of sinuses on the same side as the polyp was observed in the following order: maxillary sinus (100%), anterior ethmoid (67.6%), posterior ethmoid (41.5%), frontal sinus (24.3%), and sphenoid sinus (16.2%). An accessory maxillary sinus ostium was detected on the polyp side in 49% of cases and on the contralateral side in 16.2%, with a statistically significant association ( $p = 0.018 < 0.05$ ). Among 37 patients with Killian's polyp, 6 (16.2%) had contralateral maxillary sinus cysts. All six of these had small polyps within the maxillary sinus, and the attachment site was identifiable. In 16.2% of cases with partial opacification of the maxillary sinus on CT scan, the attachment site could be determined, whereas in 83.8% with complete opacification, the site could not be identified. Killian's polyp most commonly originated from the medial wall (13 cases, 35.1%), followed by the posterior wall (9 cases, 24.3%), inferior wall (4 cases, 10.8%), and rarely from the anterior wall (3 cases, 8.1%). No cases originated from the superior wall of the maxillary sinus. During surgery, the accessory maxillary ostium was more clearly and accurately identified than on CT scans (59.5% vs. 49%). The presence of concha bullosa was not associated with Killian's polyp ( $p > 0.05$ ). Nasal septal deviation was observed in 20 of 37 cases (54%). There was no statistically significant correlation between the polyp's side and the side of septal deviation ( $p = 0.501 > 0.05$ ). Conclusion: Most patients presented at a late stage. Maxillary and ethmoid sinus opacification are the most common imaging findings in patients with Killian's polyp. There is a statistically significant association between the presence of an accessory maxillary ostium and the side of the Killian's polyp. The polyp attachment site is more clearly identified during surgery than on CT scans.

**Keywords:** Killian's polyp, attachment site, maxillary sinus, CT scan

# 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Polyp Killian (Antrochoanal polyp) chiếm khoảng 4% - 6% tổng số polyp mũi nói chung.

Bản chất cấu trúc của polyp Killian được tìm thấy là bao gồm phần nang trong xoang hàm và phần polyp ngoài hốc mũi[8, 15]. Từ đó, phương pháp điều trị polyp Killian được thay đổi và kết quả điều trị dần trở nên tốt hơn, hiệu quả phẫu thuật dần được cải thiện, tỷ lệ tái phát giảm dần.

Tuy nhiên, vị trí chân bám của polyp Killian nằm trong lòng xoang hàm nên khó quan sát và xác định là khó tiếp cận trực tiếp để loại bỏ chân bám là một trong những nguyên nhân dẫn đến tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật còn cao. Theo nghiên cứu của F. Galluzzi[16] 2018 tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật là 15%.

Vì vậy, cần xác định vị trí chân bám của polyp Killian.

Trên thế giới, có nhiều tác giả đã tiến hành nghiên cứu về vị trí chân bám của polyp Killian với mục tiêu tiên lượng trước phẫu thuật, lựa chọn phương pháp phẫu thuật thích hợp, lấy bỏ được chân bám của polyp Killian để tránh tái phát và tăng tỷ lệ thành công của phẫu thuật.

Nhằm góp phần khảo sát đặc điểm nội soi và CT-scan của polyp Killian, đặc biệt khảo sát vị trí chân bám của polyp Killian trên CT-scan và đối chiếu trong phẫu thuật nhằm tiên lượng trước phẫu thuật, nâng cao hiệu quả trong phẫu thuật, giảm tỷ lệ tái phát về sau, chúng tôi nghiên cứu đề tài "Khảo sát đặc điểm nội soi, CT-scan và vị trí chân bám của polyp Killian"

# 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

## 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Dân số mục tiêu:

Các BN có polyp Killian ở Việt Nam.

Dân số chọn mẫu được chia thành 2 nhóm:

Nhóm tiến cứu: các BN có polyp Killian tại khoa Mũi xoang bệnh viện Tai Mũi Họng TP. Hồ Chí Minh từ tháng 02/2021 đến tháng 10/2021.

Nhóm hồi cứu: các BN có polyp Killian tại khoa Mũi xoang bệnh viện Tai Mũi

Họng TP. Hồ Chí Minh từ tháng 01/2020 đến tháng 12/2020.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu:

+ Bệnh nhân được chẩn đoán có polyp Killian

+ Bệnh nhân được chụp CT-scan và nội soi mũi xoang.

+ Hồ sơ bệnh án đầy đủ: Nội soi mũi xoang, CT-scan, tường trình phẫu thuật.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đã phẫu thuật mũi xoang trước đây.

+ Bệnh lý u lành tính hoặc ác tính kèm theo.

+ Bệnh nhân có bất thường giải phẫu xoang hàm.

+ Bệnh nhân chấn thương mũi xoang.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

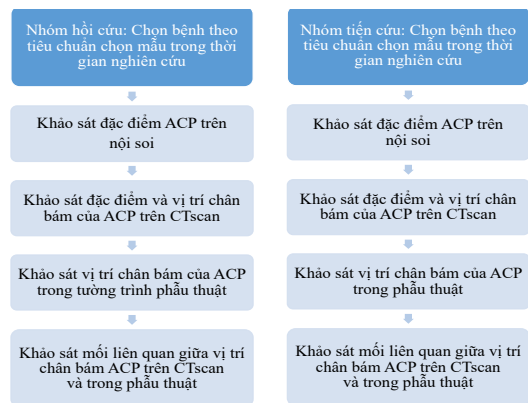
### 2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca bệnh, cách lấy mẫu hồi cứu và tiến cứu

### 2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: chọn mẫu thuận tiện

### 2.2.3. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

Sơ đồ tiến hành nghiên cứu



- Thu thập số liệu:

Khi bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ ký vào phiếu chấp thuận và đồng ý.

Người thực hiện sẽ tiến hành hỏi bệnh sử, khám bệnh nhân, thu thập các số liệu lâm sàng và cận lâm sàng, kết quả phẫu thuật cần thiết, đưa vào bảng câu hỏi soạn sẵn.

- Thống kê số liệu, kết quả nghiên cứu được xử lý trên phần mềm SPSS 20.0.

### 3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

#### 3.1. Đặc điểm dịch tễ học

##### 3.1.1. Giới

Trong 37 BN, tỉ lệ nam 24 trường hợp (64.9%) nhiều hơn nữ 13 trường hợp (35.1%), số nam gấp 1,85 số nữ. So với nghiên cứu của tác giả Frosini và cộng sự (2009)[15] trên 200 trường hợp thấy có 128 nam (64%) và 72 nữ (36%), tỉ lệ nam/nữ là 1,78.

Nhìn chung nam mắc bệnh nhiều hơn nữ > 1.5 lần.

##### 3.1.2. Tuổi

Về độ tuổi, tuổi phân bố từ 14-61 tuổi, tuổi trung bình của bệnh nhân là 34.46 ± 13,8, cao hơn so với tác giả Salih[4] và Frosini[15], Ergin Baser[7], có thể giải thích do nghiên cứu của chúng tôi tiến hành

trên BN người lớn, còn nghiên cứu của các tác giả tiến hành trên mọi độ tuổi. Ở nước ta, BN thường bị giai đoạn nặng, polyp Killian lớn dần theo thời gian gây nhiều triệu chứng mới đến khám và điều trị vì vậy độ tuổi cao hơn so với các nước khác.

#### 3.2. Đặc điểm polyp Killian

Kết quả nghiên cứu trên 37 BN của chúng tôi cho thấy các trường hợp đều có dạng polyp như y văn mô tả, là 1 khối polyp gồm 2 phần: 1 phần trong lòng xoang hàm và 1 phần phát triển lồi vào hốc mũi. Phần trong hốc mũi được quan sát là 1 khối mọng, nhẵn bóng hoặc vàng trong như thạch, mềm, chạm vào không đau và ít chảy máu. Khối thường có cuống nhỏ dài và 1 đầu phình to hình giọt nước đi ra từ khe giữa chạy về cửa mũi sau. Một số trường hợp polyp to lấp đầy hốc mũi không quan sát thấy vị trí xuất phát và một phần polyp hoại tử chảy máu không còn hình dạng đặc trưng của polyp Killian.

##### 3.2.1. Vị trí polyp trong hốc mũi

**Bảng 3.1.** Tỉ lệ vị trí polyp Killian trong các nghiên cứu

Nghiên cứu	Polyp Killian			Mẫu
	Bên Trái	Bên Phải	Hai bên	
<b>Chúng tôi</b>	24 (64.9%)	13 (35.1%)	0	37
<b>Chu Thị Thu Hoài (2009)[1]</b>	25 (62.5%)	15 (37.5%)	0	40
<b>Sharkawy và cộng sự (2013)[12]</b>	16 (44.5%)	20 (55.5%)	0	36
<b>Magdy Eisa Saafan cộng sự (2012)[31]</b>	12 (54.5%)	10 (45.5%)	0	22
<b>Frosini và cộng sự (2009)[15]</b>	100 (50%)	97 (48.5%)	3 (1.5%)	200

Có thể giải thích do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn nhỏ (mẫu 37 ca) nên tỉ lệ bên trái/bên phải còn chênh lệch. Cần có nghiên cứu có cỡ mẫu lớn hơn để tiến tới tỉ lệ bên trái/phải 1:1 như nghiên cứu của tác giả Frosini. Tuy nhiên tỷ lệ polyp

Killian ở 2 bên xoang hàm chiếm tỷ lệ rất hiếm.

##### 3.2.2. Mức độ che lấp cửa mũi sau của polyp Killian

**Bảng 3.2.** Tỉ lệ mức độ che lấp cửa mũi sau của polyp Killian

Mức độ che lấp cửa mũi sau	Chúng tôi	Chu Thị Thu Hoài (2009)[1]
N	37	40
Không	4 (10.8%)	2 (5%)
Một phần	9 (24.3%)	14 (35%)
Hoàn toàn	13 (35.1%)	13 (32.5%)
Lan đối bên	3 (8.1%)	2 (5%)
Họng miệng	8 (21.6%)	9 (22.5%)

Trong 37 BN có 4 trường hợp (10.8%) polyp chưa che lấp cửa mũi sau, 9 trường hợp (24.3%) polyp che lấp một phần cửa mũi sau, 13 trường hợp (35.1%) polyp che lấp hoàn toàn cửa mũi sau, 3 trường hợp (8.1%) polyp lan sang mũi đối bên, 8 trường hợp (21.6%) polyp lan xuống họng miệng. Hầu hết BN đến khám đều ở giai đoạn muộn, che lấp cửa mũi sau 1 phần, hoàn toàn hoặc lan xuống họng miệng chiếm 89.2%.

So sánh với tác giả Chu Thị Thu Hoài (2009)[1], hầu hết BN đều đến khám giai đoạn muộn, che lấp cửa mũi sau chiếm 95%, trong đó có 22.5% lan xuống họng miệng, số trường hợp lan ra đối bên chiếm tỉ lệ thấp 5% tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi.

Nguyên nhân có thể do tính chất của polyp Killian phát triển từ từ tăng dần tạo nên sự thích nghi của cơ thể nên BN đến khám và điều trị muộn. Mặt khác đặc điểm của polyp Killian không đau, không gây phá hủy xương và thường chỉ xuất hiện 1 bên xoang hàm nên ở giai đoạn sớm thường không biểu hiện ra triệu chứng cơ năng. Khi polyp phát triển to gây nghẹt mũi nhiều hoặc bí tắc lỗ thông xoang gây viêm xoang kèm theo thì BN mới đến khám bệnh. Những trường hợp chúng tôi gặp thường polyp phát triển to lấp đầy hốc mũi và cửa mũi sau. Như vậy, chúng ta thấy rằng đặc điểm của polyp Killian là luôn phát triển về phía cửa mũi sau. Đây là một đặc trưng khiến cho polyp Killian khác biệt với các polyp mũi thông thường khác.

3.2.3. 3.2.3. Vị trí chân bám của polyp Killian

Tỉ lệ vị trí chân bám của polyp Killian trong nghiên cứu của chúng tôi được xác định sau phẫu thuật lần lượt là: thành trong 13 ca chiếm 35.1%, thành sau 9 ca chiếm 24.3%, thành dưới 4 ca chiếm 10.8%, thành trước 3 ca chiếm 8.1%, không có ca nào có chân bám ở thành trên xoang hàm, có 8 ca không xác định được vị trí chân bám chiếm 21.6%.

Thành trong xoang hàm 13 ca chiếm 35.1% tương đồng với nghiên cứu của Sharkawy[12], Ertugrul[13] và cao hơn so với nghiên cứu của Chu Thị Thu Hoài[1]

Thành sau xoang hàm 9 ca chiếm 24.3% tương đồng với nghiên cứu của Chu Thị Thu Hoài (2009)[1] và thấp hơn so với nghiên cứu của Ertugrul[13] và Sharkawy[12].

Thành dưới xoang hàm 4 ca chiếm 10.8% thấp hơn nghiên cứu của Chu Thị Thu Hoài[1], Ertugrul[13].

Thành trước xoang hàm 3 ca chiếm 8.1% tương đồng với nghiên cứu của Sharkawy[12] và nghiên cứu của Ertugrul[13], cao hơn so với nghiên cứu của Chu Thị Thu Hoài (2009)[1]

Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các tác giả khác đều không ghi nhận chân bám ở thành trên xoang hàm.

Kết quả nghiên cứu phù hợp với nhận xét của Frosini là polyp Killian thường xuất phát ở thành sau, thành dưới, thành trong, rất hiếm khi thấy polyp Killian xuất phát ở thành trước và thành trên của xoang hàm. Việc xác định chân bám trước phẫu thuật giúp phẫu thuật viên chọn phương pháp mổ thích hợp (Mở xoang hàm qua nội soi, qua khe dưới, Caldwell Luc hoặc kết hợp

**Bảng 3.3.** Tỉ lệ vị trí chân bám của polyp Killian trong các nghiên cứu

Chân bám	Chúng tôi	Chu Thị Thu Hoài (2009) [1]	Ertugrul và cộng sự (2019)[13]	Sharkawy và cộng sự (2013) [12]
N	37	40	22	36
Đáy (thành trong)	13 (35.1%)	11 (27.5%)	9 (31.7%)	13 (36.1%)
Thành sau	9 (24.3%)	11 (27.5%)	7 (40.8%)	14 (38.9%)
Thành dưới	4 (10.8%)	18 (45%)	4 (18.2%)	
Thành trước	3 (8.1%)	1 (2.5%)	2 (9.1%)	3 (8.3%)
Thành trên	0	0	0	0
Không xác định	8 (21.6%)	3 (7.5%)	/	6 (16.6%)

nội soi và Caldwell Luc và khe dưới), chuẩn bị trước dụng cụ trong quá trình phẫu thuật. Ngoài việc xác định chân bám để lấy sạch bệnh tích trong lòng xoang còn có vai trò phòng tránh tái phát về sau.

Có 8 trường hợp chiếm 21.6% không xác định được vị trí chân bám của polyp Killian do không ghi nhận được trong tường trình phẫu thuật trong số mẫu hồi cứu, cao hơn so với các nghiên cứu khác.

Các tỉ lệ trong nghiên cứu của chúng tôi có cao thấp hơn so với các tác giả khác có thể lý giải do polyp Killian thuộc bệnh hiếm trong dân số nên cỡ mẫu của chúng tôi còn nhỏ, cần có nghiên cứu có cỡ mẫu lớn hơn để tránh các sai số do cỡ mẫu nhỏ.

3.2.4. 3.2.4. Bất thường giải phẫu phối hợp

**Bảng 4.6.** Tỉ lệ bất thường giải phẫu phối hợp trong các nghiên cứu

Bất thường giải phẫu	Chúng tôi	Chu Thị Thu Hoài (2009)[1]	Ertugrul và cộng sự (2019)[13]	Gursoy và cộng sự (2019)[17]
N	37	40	22	144
Quá phát mồm móc	23 (62.1%)	16 (40%)		
Vẹo vách ngăn	20 (54.1%)	9 (22.5%)	14 (63.6%)	119 (82.6%)
Concha bullosa	6 (16.2%)	1(0.4%)	10 (45.4%)	72 (50%)
Lỗ thông xoang phụ	22 (59.5%)	7 (17.5%)	3 (13.6%)	105 (68.1%)

So sánh các đặc điểm bất thường giải phẫu trong nghiên cứu của chúng tôi với các tác giả trong và ngoài nước:

Hình ảnh vẹo vách ngăn trong nghiên cứu của chúng tôi là 54.1% cao hơn so với nghiên cứu của Chu Thị Thu Hoài (2009) [1] chiếm 22.5%, nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của Ertugrul[13] và nghiên cứu của Gursoy[17] lần lượt là 63.6% và 82.6%.

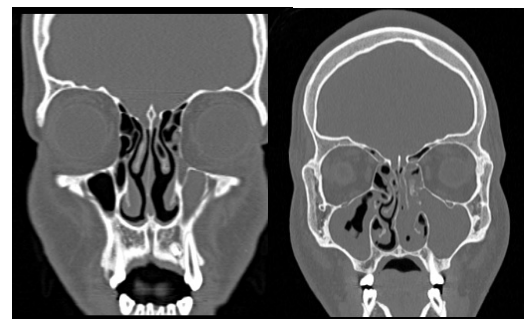
Hình ảnh concha bullosa trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu khác, tuy nhiên các kiểm định thống kê đưa ra kết quả sự liên quan giữa concha bullosa và polyp Killian không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0.05$ ), tương đồng với nghiên cứu của các tác giả khác, không có sự liên quan giữa đặc điểm này.

Hình ảnh lỗ thông xoang hàm phụ trong nghiên cứu của chúng tôi là 59.5% tương đồng với nghiên cứu của Gursoy[17] là 68.1% và kiểm định Chi bình phương cho thấy có sự liên quan giữa lỗ thông xoang hàm phụ và polyp Killian trong cả 2 nghiên cứu.



**Hình 3.1.** Polyp Killian bên phải chui ra từ lỗ thông xoang hàm phụ

BN27-Trần Thị Như H



BN1-Bùi Hữu T      BN4-Bùi Văn T

**Hình 3.2.** Concha bullosa cuộn giữa (T) và vẹo vách ngăn (P)

**3.3. Đối chiếu trên nội soi, CT-scan và phẫu thuật**

3.3.1. Bất thường giải phẫu phối hợp

**Bảng 3.4.** Bất thường giải phẫu đối chiếu trên nội soi, CT-scan và phẫu thuật

Bất thường giải phẫu	CT-scan	Nội soi	Phẫu thuật
Vẹo vách ngăn	20	20	20
Concha bullosa	9	/	9
Lỗ thông xoang hàm phụ	17	/	22

Hình ảnh concha bullosa trên nội soi không phát hiện được, trên CT-scan thấy có 9 trường hợp, phẫu thuật có 6 trường hợp phải mở concha bullosa.

Hình ảnh vẹo vách ngăn trên CT-scan và phẫu thuật đều có 26 trường hợp, tuy nhiên nội soi chỉ ghi nhận 20 trường hợp

Hình ảnh lỗ thông xoang hàm phụ trên CT-scan quan sát thấy có 17 trường hợp chiếm 46% nhưng trong phẫu thuật thấy có 22 trường hợp chiếm 59.5% có lỗ thông xoang hàm phụ. Có thể giải thích do trên CT-scan một vài lỗ thông xoang phụ và lỗ thông chính bị polyp Killian che đi, không thể phân biệt được. Như vậy trong lúc phẫu thuật đánh giá lỗ thông xoang hàm phụ chính xác hơn trên CT-scan.

3.3.2. Bệnh tích trong lòng xoang hàm

**Bảng 3.5.** Bệnh tích trong lòng xoang hàm trên CT-scan và phẫu thuật

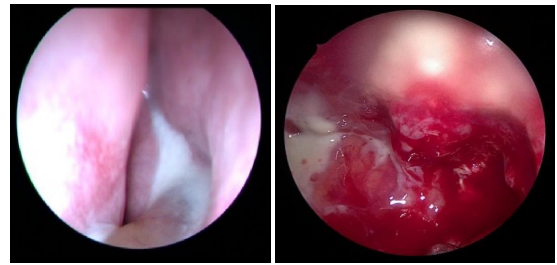
Lòng xoang hàm	CT-scan	Phẫu thuật
Polyp	37 (100%)	37 (100%)
Nấm	5 (13.5%)	8 (21.6%)
Mủ	0 (0%)	7 (19%)

Hầu hết trên phim đọc bệnh tích trong lòng xoang là polyp (37/37 BN chiếm 100%), qua phẫu thuật thấy có 37 trường hợp (100%) là polyp.

Có 5 trường hợp (13.5%) trên CT-scan đọc là nghi ngờ nấm còn qua phẫu thuật thấy có 8 (21.6%) trường hợp trong lòng xoang có tổ chức lớn nhón màu vàng nâu hoặc xanh giống tổ chức nấm. Không ghi nhận được kết quả GPB trong hồ sơ bệnh án.

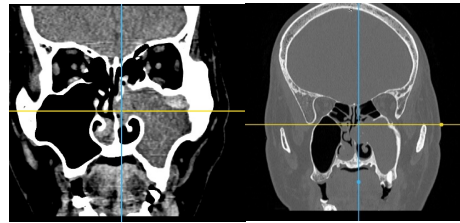
Trên phim CT-scan không phát hiện được tình trạng có mũ trong lòng xoang còn qua phẫu thuật thấy có 7 trường hợp (19%) có mũ. Nguyên nhân là do đậm độ dịch mũ và polyp Killian trên CT-scan

không phân biệt được, vào phẫu thuật quan sát rõ ràng hơn.



BN19-Nguyễn Nhật H BN35-Nguyễn Tư D

**Hình 3.3.** Polyp Killian kết hợp nhầy mũi



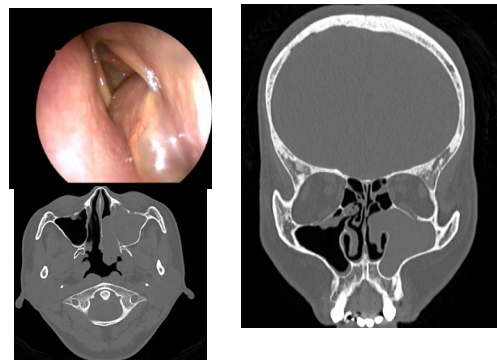
**Hình 3.4.** Hình ảnh polyp Killian và nấm trên CT-scan

BN33-Lâm Huy K

3.3.3. Polyp chui ra khe giữa

**Bảng 3.6.** Polyp Killian chui ra khe giữa

Polyp chui ra khe giữa qua	CT-scan		Phẫu thuật	
	Tần số	%	Tần số	%
Lỗ thông chính	20	54.1	15	40.5
Lỗ thông phụ	17	45.9	22	59.5
Tổng	37	100	37	100



BN8-Hoàng Thị Ngọc A

**Hình 3.5** Polyp Killian chui ra khe giữa qua lỗ thông xoang hàm chính

Trên CT-scan xác định được có 17 trường hợp có lỗ thông xoang hàm phụ và polyp Killian chui ra từ lỗ thông xoang hàm phụ.

Trong phẫu thuật xác định được có 22 trường hợp có lỗ thông xoang hàm phụ và polyp Killian đều chui ra từ lỗ thông xoang hàm phụ.

Lý giải cho 5 trường hợp trên CT-scan không xác định được lỗ thông xoang hàm phụ là do trên CT-scan polyp Killian có kích thước lớn che lỗ thông phụ, lỗ thông chính và cả phần niêm mạc giữa lỗ thông chính và lỗ thông phụ nên không phân biệt rõ được. Khi phẫu thuật tiến hành cắt polyp Killian sau đó cắt phần niêm mạc giữa lỗ thông chính và phụ để mở rộng thành một lỗ thông xoang hàm mới phát hiện được.

### 3.3.4. Vị trí chân bám polyp Killian

**Bảng 3.7:** Đối chiếu vị trí chân bám polyp Killian qua nội soi, CT-scan, phẫu thuật

Vị trí chân bám	Nội soi	CT-scan	Phẫu thuật
Thành trong (đáy)	0	2	13 (35.1%)
Thành sau	0	1	9 (24.3%)
Thành dưới	0	1	4 (10.8%)
Thành trước	0	2	3 (8.1%)
Thành trên	0	0	0
Không xác định	37 (100%)	31 (83.8%)	8 (21.6%)
Tổng	37	37	37

Trên khám nội soi 100% không xác định được chân bám của polyp. Nguyên nhân do polyp Killian to phát triển tràn ra khe giữa và cửa mũi sau, không thể đưa ống soi vào xác định được chân bám lúc BN đang tỉnh.

Trên phim chụp CT-scan có 6 trường hợp (16.2%) xác định được chân bám polyp và cả 6 trường hợp đều là polyp Killian chỉ gây mờ một phần xoang hàm và 31 trường hợp (83.8%) polyp Killian gây mờ hoàn toàn xoang hàm không xác định được vị trí chân bám.

Trên phẫu thuật chỉ có 8 trường hợp (21.6%) không xác định được vị trí chân bám của polyp có thể giải thích do 8 trường hợp nằm trong số mẫu hồi cứu không ghi nhận được trong tường trình phẫu thuật, còn lại 29 trường hợp (78.4%) là xác định rõ chân bám của khối polyp. Trong đó có 13 trường hợp (35.1%) chân bám polyp ở đáy xoang hàm, 9 trường hợp (24.3%) chân bám polyp ở thành sau xoang hàm, 4 trường hợp (10.8%) chân bám polyp ở thành dưới xoang hàm và 3 trường hợp (8.1%) chân bám polyp ở thành trước xoang hàm.

## 4. KẾT LUẬN

Tỉ lệ nam nhiều hơn nữ 1,85/1.

Hầu hết BN khám ở giai đoạn muộn che lấp cửa mũi sau 1 phần hay hoàn toàn 89.2%

Hình ảnh mờ các xoang cùng bên polyp Killian trên CT-scan theo thứ tự lần lượt là xoang hàm 100% xoang sàng trước 67.6%, sàng sau 41.5%, xoang trán 24.3%, xoang bướm 16.2%.

Lỗ thông xoang hàm phụ ở bên có polyp Killian chiếm 49% trên CT-scan, đối bên chiếm 16.2%, có sự liên quan với nhau có ý nghĩa thống kê ( $p=0.018 < 0.05$ ). Trong phẫu thuật xác định lỗ thông xoang hàm phụ rõ ràng và chính xác hơn trên CT-scan lần lượt là 59.5% và 49%.

Trong 37 BN có polyp Killian, có 6 chiếm 16.2% ca có nang xoang hàm bên đối diện. Cả 6 ca đều có polyp kích thước nhỏ nằm trong lòng xoang hàm và đọc được vị trí chân bám.

Trên CT-scan có 16.2% mờ xoang hàm một phần thì xác định được vị trí chân, 83.8% mờ toàn bộ không xác định được.

Trên phẫu thuật xác định vị trí chân bám polyp Killian rõ ràng hơn CT-scan: chỉ có 8 trường hợp (21.6%) không xác định được vị trí xuất phát do hồi cứu không ghi nhận được trong tường trình phẫu thuật, còn lại 29 trường hợp (78.4%) là xác định rõ chân bám của khối polyp. Polyp Killian thường xuất phát ở thành trong (13 ca, 35.1%), thành sau (9 ca, 24.3%), thành dưới (4 ca, 10.8%), rất hiếm ở thành trước (3 ca, 8.1%) và không có trường hợp nào xuất phát ở thành trên xoang hàm.

Hình ảnh concha bullosa không có liên quan đến polyp Killian ( $p > 0.05$ )

Có 20/37 (54%) ca vẹo vách ngăn. Không có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa vị trí polyp Killian và bên vẹo vách ngăn ( $P=0.501>0.05$ ).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Chu Thị Thu Hoài (2009), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cắt lớp vi tính và đặc tính mô bệnh học của polyp Killian",

[2] Đặng Mỹ Nhi (2003), "Bước đầu mô tả một số đặc tính định tính và định lượng của xoang hàm trên sọ người Việt Nam trưởng thành",

[3] Nhan Trùng Sơn (2011), *Tai Mũi Họng. Nhà xuất bản Y học.*

[4] Aydın Salih et al. (2015), "The analysis of the maxillary sinus volumes and the nasal septal deviation in patients with antrochoanal polyps", vol.272, pp.3347-3352.

[5] Bachert C and PB Van Cauwenberge (1997), "Inflammatory mechanisms in chronic sinusitis", vol.51, pp.209-217.

[6] Bajracharya H Hinthorn D (2002), "Chronic sinusitis", pp.21.

[7] Başer Engin, Orkun Sarıoğlu, İlker Burak Arslan, and Çukurova (2020), "The effect of anatomic variations and maxillary sinus volume in antrochoanal polyp formation", vol.277, pp.1067-1072.

[8] Berg Olof, Christer Carenfelt, Claes Silfvervärd, and Sobin (1988), "Origin of the choanal polyp", vol.114, pp.1270-1271.

[9] Berg Olof, Christer Carenfelt, Claes Silfvervärd, and Aron Sobin (1988), "Origin of the choanal polyp", vol.114, pp.1270-1271.

[10] Berg Olof, Christer Carenfelt, and Sobin (1989), "On the diagnosis and pathogenesis of intramural maxillary cysts", vol.108, pp.464-468.

[11] Chen JM, MD Schloss, and ME Azouz (1989), "Antro-choanal polyp: a 10-year retrospective study in the pediatric population with a review of the literature", vol.18, pp.168-172.

[12] El-Sharkawy AA (2013), "Endoscopic management of paediatric antrochoanal polyp: our experience", vol.33, pp.107.

[13] Ertugrul (2019), "Origin of polyps and accompanying sinonasal pathologies in patients with antrochoanal polyp: Analysis of 22 patients", vol.6, pp.166.

[14] Frosini P, G Picarella, and De Campora (2009), "Antrochoanal polyp: analysis of 200 cases", vol.29, pp.21.

[15] Frosini P, G Picarella, and C De (2009), "Antrochoanal polyp analysis of 200 cases", vol.29, pp.21.

[16] Galluzzi Francesca, Lorenzo Pignataro, Marcello Maddalone, and Werner Garavello (2018), "Recurrences of surgery for antrochoanal polyps in children: a systematic review", vol.106, pp.26-30.

[17] GURSOY M, N ERDOGAN, YK CETINOGLU, F DAG, E EREN, and ULUC (2019), "Anatomic variations associated with antrochoanal polyps", vol.22, pp.603.

[18] Hekmatnia Ali, Farid Shirvani, Farhad Mahmoodi, and Hashemi (2017), "Association of anatomic variations with antrochoanal polyps in paranasal sinus computed tomography scan", vol.22,

[19] Hong Soon Kwan, Yang-Gi Min, Chong Nahm Kim, and Sung Wan Byun (2001), "Endoscopic removal of the antral portion of antrochoanal polyp by powered instrumentation", vol.111, pp.1774-1778.

[20] Howard L. Levinne M. Pais Clemente (2005), "Sinus surgery: Endoscopic and Microscopic Approaches", pp.27-38.

[21] Kamel Reda (2006), *Edoscopic Anatomy of Lateral Nasal Wall, Ostiomeatal Complex and Anterior Skull Base.* Karl Storz.

[22] Kennedy David W and Peter H Hwang (2012), "Rhinology: diseases of the nose, sinuses, and skull base", vol.126, pp.1194.

[23] Larsen Per L and Mirko Tos (1991), "Origin of nasal polyps", vol.101, pp.305-312.

[24] Maldonado Miguel, Asunción Martínez, Isam Alobid, and Joaquim Mullol (2004), "The antrochoanal polyp", vol.42, pp.178-182.

[25] Min Yang-Gi, Jong Woo Chung, Jin-Sung Shin, and Chi (1995), "Histologic structure of antrochoanal polyps", vol.115, pp.543-547.

[26] Montague Mary-Louise and Gerald W McGarry (2004), "Familial antrochoanal polyposis—a case report", vol.261, pp.507-508.

[27] Palmer James N and Alexander G Chiu (2012), *Atlas of Endoscopic Sinus and Skull Base Surgery E-Book.* Elsevier Health Sciences.

[28] Parsons David S and Ellen R Wald (1996), "Otitis media and sinusitis: similar diseases", vol.29, pp.11-25.

[29] Piquet JJ, D Chevalier, GP Leger, I Rouquette, and M Acta Otorhinolaryngol Belg Leconte-Houcke (1992), "Microchirurgie endo-nasale du polype antrochoanal", vol.46, pp.267-71.

[30] Pruna X, JM Ibanez, X Serres, V Garriga, I Barber, and J European Radiology Vera (2000), "Antrochoanal polyps in children: CT findings and differential diagnosis", vol.10, pp.849-851.

[31] Saafan Magdy Eisa and Mohamed Osama Tomoum (2012), "Study of recurrent antrocho-

anal polyps (causes and how to minimize recurrence)", vol.28, pp.75.

[32] Schramm Jr Victor L and Morris Z Efron (1980), "Nasal polyps in children", vol.90, pp.1488-1495.

[33] Settipane Guy A Chafee (1977), "Nasal polyps in asthma and rhinitis: a review of 6,037 patients", vol.59, pp.17-21.

[34] tammberger Heinz and Michael Hawke (1993), *Essentials of endoscopic sinus surgery*. Mosby Inc.

[35] Wormald Peter John (2011), "Book Review: Endoscopic Sinus Surgery: Anatomy, Three-Dimensional Reconstruction, and Surgical Technique 2nd Edition (2008)", vol.54, pp.439-439.

[36] Yilmaz YF, A Titiz, M Ozcan, MS Tezer, S Ozlugedik, and A Unal (2007), "Bilateral antrochoanal polyps in an adult: a case report", vol.3, pp.97-100.

[37] Zheng Wenwen et al. (2016), "Observe the origin of antrochoanal polyp and the comparison of the curative effect of antrochoanal polyp", vol.30, pp.209-212.