Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, Special Issue 3, 142-146

MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF MIDDLE EAR CHOLESTEATOMA IN PEDIATRIC PATIENTS AT THE NATIONAL EAR, NOSE AND THROAT HOSPITAL FROM JUNE 2020 TO OCTOBER 2025

Nguyen Hoai Khoi Nguyen[1], Le Anh Tuan[1,2], Doi Xuan An[2], Nguyen Nhu Dua[1], Doan Thi Hong Hoa[1]

[1]Department of Otolaryngology, University of Medicine and Pharmacy, Vietnam National University, Hanoi - House Y1, 144 Xuan Thuy Street, Cau Giay Ward, Hanoi City, Vietnam

[2]Department of Pediatrics, National Otolaryngology Hospital - No. 78 Giai Phong Street, Kim Lien Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 14/01/2026
Reviced: 04/03/2026; Accepted: 29/03/2026

SUMMARY

Objectives: To compare selected clinical, endoscopic, and radiological characteristics between congenital and acquired cholesteatoma in pediatric middle ear disease.

Methods: A descriptive study using a case series design (both prospective and retrospective) was conducted on 65 patients at the National Otorhinolaryngology Hospital of Vietnam, research period from 2020-2025.

Research results: The proportion of male patients was higher than females in both congenital and acquired cholesteatoma groups. The mean age at diagnosis was lower in the congenital group (5.15 ± 3.28 years) compared with the acquired group (9.0 ± 3.74 years). Most congenital cholesteatomas were detected incidentally (78.7%), whereas acquired cholesteatomas commonly presented with otologic symptoms, including otorrhea (59.3%) and otalgia or hearing loss (25%). Endoscopic findings showed that congenital cholesteatomas were predominantly located in the anterosuperior quadrant of the tympanic membrane (54.6%), while acquired cholesteatomas frequently manifested as retraction pockets, tympanic membrane perforations, or attic polyps (81.2%). Regarding mastoid pneumatization, the congenital group mainly exhibited MC2 (39.4%) and MC3 (54.5%) patterns, which were more favorable compared with the acquired group, in which MC1 (53.2%) and MC0 (6.1%) predominated. On computed tomography (HRCT), intact ossicular chains were observed in 51.5% of congenital cholesteatoma cases and 18.7% of acquired cases. Erosion of all three ossicles was identified in 6.1% of the congenital group and 31.3% of the acquired group. Congenital cholesteatomas were primarily confined to the tympanic cavity (69.7%) with limited extension, whereas acquired cholesteatomas were more extensive, frequently associated with mastoid opacification (65.6%), scutum erosion (12.5%), and lateral attic wall destruction (53.1%).

Conclusion: Pediatric cholesteatoma may progress insidiously with minimal clinical symptoms despite significant structural changes in the middle ear. Therefore, early recognition of suspicious signs and regular otoscopic follow-up, particularly in male children, those with unilateral recurrent otitis media, or risk factors for Eustachian tube dysfunction, play a crucial role in early diagnosis and timely management.

Keywords: Cholesteatoma; Congenital cholesteatoma; Acquired cholesteatoma.

*Corresponding author
Email: khoinguyen@gmail.com **Phone**: (+84) 974644054 **Http**s://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD3.4728

NGHIÊN CỨU HÌNH THÁI CHOLESTEATOMA TAI GIỮA Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TRUNG ƯƠNG TỪ THÁNG 6/2020 ĐẾN THÁNG 10/2025

Nguyễn Hoài Khôi Nguyên[1], Lê Anh Tuấn[1,2], Đới Xuân An[2], Nguyễn Như Đua[1], Đoàn Thị Hồng Hoa[1]

[1]Bộ môn Tai Mũi Họng, Đại học Y Dược, ĐHQG Hà Nội - Nhà Y1, 144 Xuân Thủy, phường Cầu Giấy, thành phố Hà Nội, Việt Nam

[2]Khoa Nhi, Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương - Số 78 đường Giải Phóng, phường Kim Liên, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 14/01/2026
Ngày chỉnh sửa: 04/03/2026; Ngày duyệt đăng: 29/03/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh một số đặc điểm giữa cholesteatoma bẩm sinh và mắc phải trong lệnh lý tai giữa ở trẻ em.

Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả, từng ca bệnh (tiến cứu và hồi cứu), được tiến hành trên 65 bệnh nhân tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương, thời gian nghiên cứu từ 2020-2025.

Kết quả nghiên cứu: Tỷ lệ trẻ nam nhiều hơn nữ trong cả 2 nhóm bẩm sinh và mắc phải. Tuổi trung bình chẩn đoán của trẻ nhóm bẩm sinh (5,15 ± 3,28) thấp hơn nhóm mắc phải (9,0 ± 3,74). Lý do đến khám của nhóm bẩm sinh đa phần được phát hiện tình cờ (78,7%), khác với mắc phải thường có các vấn đề về tai: chảy mủ tai 59,3% hoặc đau nhức tai, giảm thính lực (25%). Đặc điểm tổn thương trên nội soi nhóm bẩm sinh đa phần ở góc trước trên màng nhĩ (54,6%), nhóm mắc phải thường biểu hiện dưới dạng túi co kéo/thủng nhĩ/polyp thượng nhĩ (81,2%). Mức độ thông bào xương chũm nhóm bẩm sinh chủ yếu mức MC2 (39,4%), MC3 (54,5%), tốt hơn so với nhóm mắc phải ghi nhận mức MC1 (53,2%) và MC0 (6,1%). Xương con không bị tổn thương trên CLVT trong nhóm bẩm sinh là 51,5% và nhóm mắc phải là 18,7%. Tỉ lệ ăn mòn cả 3 xương con trên CLVT gặp ở nhóm bẩm sinh là 6,1%, nhóm mắc phải 31,3%. Cholesteatoma bẩm sinh chủ yếu khu trú ở hòm nhĩ (69,7%) và ít lan tràn, trong khi cholesteatoma mắc phải thường gây tổn thương lan rộng với viêm mờ xương chũm (65,6%), hở trần thượng nhĩ (12,5%) và mất tường thượng nhĩ (53,1%).

Kết luận: Cholesteatoma ở trẻ em có thể phát triển âm thầm, triệu chứng không rõ ràng dù đã có nhiều biến đổi cấu trúc trong tai giữa, cần nhận diện sớm các dấu hiệu nghi ngờ và theo dõi định kỳ màng nhĩ, đặc biệt ở trẻ nam, trẻ có viêm tai tái phát một bên hoặc có yếu tố nguy cơ rối loạn chức năng vòi nhĩ, đóng vai trò quan trọng trong phát hiện sớm và điều trị kịp thời bệnh.

Từ khóa: Cholesteatoma, Cholesteatoma bẩm sinh, Cholesteatoma mắc phải

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cholesteatoma tai giữa là sự có mặt của biểu mô vảy sừng hóa phát triển trong tai giữa, mặc dù không phải tổn thương ác tính nhưng nó có khả năng lan tràn và xâm lấn các cấu trúc kế lân cận trong tai giữa thông qua cơ chế viêm mạn tính và hoạt động của enzyme tiêu xương (1,2). Có hai loại cholesteatoma: bẩm sinh và mắc phải. Với thời gian hình thái lâm sàng của cholesteatoma có nhiều thay đổi. Trước tiên, trong những năm lại đây, cholesteatoma bẩm sinh tức là sự tồn dư của biểu mô vảy trong bào thai của tai giữa có xu hướng gia tăng thể hiện qua việc tăng đáng kể báo cáo chùm ca bệnh. Bên cạnh đó cholesteatoma mắc phải thường biểu hiện âm thầm dưới dạng túi co kéo với sự ứ đọng các cặn biểu bì, khác với trước đây cholesteatoma thường gặp ở những viêm tai giữa mạn tính có lỗ thủng rộng sát xương và biểu bì di cư qua lỗ thủng biểu hiện chảy mủ tai thối kéo dài.

Ở trẻ em, mức độ phát triển và xâm lấn cholesteatoma nhanh hơn và nguy cơ tái phát nhiều hơn so với người lớn (3–5). Việc quyết định điều trị phẫu thuật bảo tồn hay tiệt căn sẽ khó khăn hơn mặc dù trong những năm gần đây có sự phát triển nhanh chóng của chẩn đoán hình ảnh và phẫu thuật nội soi. Chẩn đoán và sử trí sớm cholestetoma ở trẻ em đóng vai trò quan trọng, tránh nguy cơ tái phát. Tuy nhiên việc chẩn đoán sớm vẫn là thách thức đối với các nhà Tai Mũi Họng vì biểu hiện lâm sàng cholesteatoma ở trẻ em thường không rõ ràng dễ mượn các triệu chứng của các bệnh lý TMH khác như viêm tai ngoài, VTG cấp tái phát hay ứ dịch ở một bên... Chính vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài hình thái lâm sàng và cận lâm sàng của cholesteatoma tai giữa ở trẻ em tại bệnh viện TMH trung ương với mục tiêu đưa ra những triệu chứng nghi ngờ giúp cho chẩn đoán sớm để giúp các nhà lâm sàng đưa ra chiến lược điều trị thích hợp.

*Tác giả liên hệ
Email: khoinguyen@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 974644054 **Https**://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD3.4728

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh với phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Các dữ liệu được tổng hợp, làm sạch và nhập số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu các trường hợp được chẩn đoán xác định cholesteatoma tai giữa ở trẻ em ≤ 15 tuổi vào điều trị phẫu thuật tại bệnh viện TMH Trung ương từ tháng 6/2020 đến tháng 10/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả các trẻ có cholesteatoma có bệnh án ghi đầy đủ các dữ liệu sau: tiền sử, hình ảnh nội soi TMH đánh giá vị trí, mức độ lan tràn và tình trạng chuỗi xương con, đo thính lực trước và sau mổ, chụp cắt lớp trước mổ, giải phẫu bệnh và biên bản phẫu thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh án không đủ một trong các dữ liệu trên hay cholesteatoma tái phát hay sau chấn thương.

2.3. Cỡ mẫu, chọn mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu bao gồm 65 người bệnh.

Phương pháp chọn mẫu: thuận tiện.

2.4. Biến số nghiên cứu

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới.

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Tiền sử, triệu chứng cơ năng, hình ảnh nội soi, cắt lớp vi tính.

2.5. Phương tiện nghiên cứu

Bệnh án mẫu:

Thiết bị nghiên cứu:

- Bộ nội soi thăm khám TMH có camera, màn hình.
- Máy chụp CLVT xương thái dương
- Kính hiển vi
- Dụng cụ vi phẫu tai.
- Bộ nội soi phẫu thuật TMH: Optic 0 độ và 30 độ đường kính 2.7mm

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Phân bố tuổi, giới của cholesteatoma bẩm sinh (CC) và mắc phải (AC)

	CC n (%)	AC n (%)	p
Tuổi			
≤ 5 tuổi	24 (72,7%)	6 (18,8%)	<0,001*
6 - 10 tuổi	7 (21,2%)	15 (46,9%)	
11 - 15 tuổi	2 (6,1%)	11 (34,3%)	
Trung bình ± Độ lệch chuẩn	5,15 ± 3,28	9,0 ± 3,74	<0,001**
Giới			
Nam	25 (75,8%)	21 (65,6%)	0,37***
Nữ	8 (24,2%)	11 (34,4%)	

Fisher exact test, **Mann Whitney test, * Khi bình phương*

Tỉ lệ nam /nữ của nhóm bẩm sinh là 25/8 (tức 3,1/1) và trong nhóm mắc phải là 21/11 (tức 1,9/1). Nhóm bẩm sinh gặp chủ yếu ở trẻ dưới 5 tuổi chiếm 72,7% với tuổi nhỏ nhất là 12 tháng tuổi. Trong khi nhóm mắc phải thường gặp nhất ở lứa tuổi từ 6-10 tuổi chiếm 46,9% các trường hợp. Ở nhóm bẩm sinh tỷ lệ bệnh nhân là nam giới chiếm ưu thế với 75,8%, trong khi đó ở nhóm mắc phải có tỷ lệ tương ứng là 65,6%.

Bảng 2. Tiền sử, triệu chứng cơ năng ở 2 nhóm CC và AC (n = 65)

	CC n (%)	AC n (%)	p
Tiền sử			
Viêm tai tái phát	2 (6,1%)	4 (12,6%)	<0,001*
Chảy mủ tai	0	19 (59,3%)	
Giảm thính lực/Ù tai/ Đau tai	5 (15,2%)	8 (25,0%)	
Phát hiện tình cờ/ Tr/c mũi họng	26 (78,7%)	1 (3,1%)	
Triệu chứng cơ năng			
Nghe kém	5 (15,2%)	19 (59,4%)	
Đau tai	3 (9,1%)	12 (37,5%)	
Chảy mủ tai	2 (6,1%)	22 (68,8%)	
Ù tai	4 (12,1%)	6 (18,8%)	
Không có triệu chứng tại tai	24 (72,7%)	3 (9,4%)	

**Fisher exact test*

Lý do đến khám có sự khác nhau rõ rệt giữa hai nhóm. Ở nhóm bẩm sinh, phần lớn bệnh nhân không có triệu chứng tại tai, chiếm 72,7%. Ngược lại, nhóm mắc phải chủ yếu biểu hiện bằng các triệu chứng như chảy mủ tai (68,8%).

Bảng 3. Tỷ lệ các đặc điểm tổn thương cholesteatoma trên nội soi màng nhĩ (n = 65)

Đặc điểm / Phân loại	CC n (%)	AC n (%)
Cholesteatoma ở góc trên	22 (66,7%)	4 (12,5%)
Cholesteatoma ở góc dưới	3 (9,1%)	0 (0%)
Khối Cholesteatoma lan rộng / Gần toàn bộ	8 (24,2%)	2 (6,3%)
Màng nhĩ thủng/Túi co kéo/Polyp	0 (0%)	26 (81,2%)

Ở nhóm CC, tổn thương thường gặp nhất ở các góc trước trên và sau trên (66,7%), không có trường hợp nào ghi nhận tổn thương tại màng nhĩ hay có Polyp ống tai ngoài. Trong khi ở nhóm AC, tổn thương thường gặp nhất là tình trạng Màng nhĩ thủng/Túi co kéo/Polyp (81,2%).

Bảng 4. Mức độ khí hóa xương chũm ở 2 nhóm CC và AC (MC0–MC3) (n = 65)

Mức độ / Phân loại	CC n (%)	AC n (%)	p*
MC0	0 (0,0%)	2 (6,1%)	<0,001
MC1	2 (6,1%)	17 (53,2%)	
MC2	13 (39,4%)	6 (18,8%)	
MC3	18 (54,5%)	7 (21,9%)	

Mức độ khí hóa xương chũm ở 2 nhóm có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001. Phần lớn bệnh nhân ở nhóm bẩm sinh có mức độ khí hóa tốt với tỷ lệ MC3 chiếm 54,5% và MC2 chiếm 39,4%. Ngược lại ở nhóm mắc phải, đa số bệnh nhân có mức khí hóa kém hơn, chủ yếu ở mức MC1 với 53,2%.

Bảng 5. Đánh giá tổn thương chuỗi xương con trên CLVT ở 2 nhóm CC và AC (n = 65)

Phân loại / Xương tổn thương	CC n (%)	AC n (%)
Ăn mòn xương bàn đạp	1 (3%)	0 (0%)
Ăn mòn xương búa	0 (0%)	1 (3,1%)
Ăn mòn xương đe	1 (3%)	4 (12,5%)
Ăn mòn xương đe + bàn đạp	12 (36,4%)	10 (31,3%)
Ăn mòn xương đe + búa	0 (0%)	1 (3,1%)
Ăn mòn cả 3 xương	2 (6,1%)	10 (31,3%)
Không tổn thương	17 (51,5%)	6 (18,7%)

Tỷ lệ tổn thương chuỗi xương con trên CLVT ở 2 nhóm có sự khác biệt về vị trí. Tổn thương thường gặp nhất ở nhóm bẩm sinh là xương đe + bàn đạp (36,4%). Tương tự, ở nhóm mắc phải, tỷ lệ tổn thương ở xương đe + bàn đạp và ăn mòn cả 3 xương xương chiếm tỷ lệ cao nhất (31,3%). Tỷ lệ không có tổn thương chuỗi xương con ở cả 2 nhóm đều khá cao.

4. BÀN LUẬN

Hiện nay, cholesteatoma bẩm sinh đang có xu hướng gia tăng, trong khi cholesteatoma mắc phải lại giảm có thể do tình trạng VTG cấp ít nhiều đã được kiểm soát. Phân tích hai nhóm cholesteatoma tai giữa ở trẻ em có nhiều điểm giống và khác nhau.

Trước tiên, về giới cho thấy tỉ lệ nam mắc nhiều hơn nữ ở cả hai nhóm, cũng như tỉ lệ VTG cấp ở trẻ em thường gặp hơn. Nhận định này tương đồng với các nghiên cứu trước, và nó cũng được coi là yếu tố liên quan. Giải thích về trẻ nam hay gặp hơn trẻ nữ là có thể do vòi nhĩ ở trẻ em nam thường ngắn và nằm ngang với lòng vòi rộng hơn nên vi khuẩn từ mũi họng dễ lên tai giữa hơn làm tăng nguy cơ VTG. Kèm theo hệ miễn dịch ở trẻ nam trưởng thành chậm hơn trẻ nữ và trẻ nam có thể hiếu động hơn, dễ đáp ứng bui bẩn hơn. Tỉ lệ trẻ nam chiếm ưu thế hơn trẻ nữ trong 2 nhóm bẩm sinh và mắc phải khác nhau tùy vào nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ trẻ nam / nữ là 3,1/1 ở nhóm bẩm sinh và và 1,9/1 ở nhóm mắc phải, tương đồng với nghiên cứu của Vangrinsven (2024) (6). Ngược lại, trong nghiên cứu của Morita (2014) lại nhận thấy tỉ lệ nam gặp nhiều hơn đáng kể ở nhóm mắc phải hơn so với nhóm bẩm sinh (7). Có sự không đồng nhất này có thể do nghiên cứu ở các thời điểm khác nhau với cỡ mẫu khác nhau, đồng thời tỉ lệ dị ứng đường hô hấp khác nhau ở mỗi vùng, đây là một trong những yếu tố gây rối loạn chức năng vòi chính ở trẻ em.

Tuổi trung bình của nhóm bẩm sinh thấp hơn so với nhóm mắc phải. Tuổi trung bình của nhóm bẩm sinh là 5,1 tuổi, trong khi đó nhóm mắc phải là 9 tuổi. Trong nhóm bẩm sinh cholesteatoma thường liên quan đến bất thường bào thai, sự phát triển về phương tiện chẩn đoán làm phát hiện cholesteatoma sớm hơn và dễ dàng hơn. Cholesteatoma mắc phải thường xảy ra do viêm tai tái phát nhiều lần, biểu hiện dưới dạng túi co kéo hay thủng nhĩ sát xương, phải có thời gian biểu bì di cư và ứ đọng mới tạo thành cholesteatoma. Kết quả thu được tương đồng với nghiên cứu của Schraff S (2006) (8).

Sự khác biệt đáng kể giữa nhóm bẩm sinh và mắc phải là lý do đến viện. Trong nhóm bẩm sinh phần lớn phát hiện tình cờ khi đi khám kiểm tra TMH, ngoài ra có 2 ca (6,1%) cholesteatoma bẩm sinh có viêm tai ứ dịch dai dẳng một bên đồng thời. Trong khi nhóm mắc phải, cholesteatoma tiến triển âm thầm đến khi có triệu chứng trên lâm sàng trẻ mới được cho đi khám với biểu hiện chảy mủ tai chiếm 59,3% hoặc đau nhức tai hay nghe kém chiếm 25%. Bên cạnh đó cholesteatoma mắc phải thường liên quan đến túi co kéo thượng nhĩ, ống tai trẻ thường nhỏ, lông tai nhiều kèm ráy tai nên dễ bỏ qua giai đoạn hình thành túi co kéo mặc dù sử dụng nội soi. Chính vì vậy cần theo dõi định kỳ khi phát hiện trẻ có túi co kéo.

Kết quả nội soi màng nhĩ cho thấy nhóm CC chủ yếu khu trú ở góc trên màng nhĩ (66,7%), góc dưới (9,1%) hoặc lan rộng/chiếm gần toàn bộ (24,2%). Kết quả này hoàn toàn phù hợp với đặc điểm của CC. Theo nghiên cứu của Levenson và cộng sự (1986) cho thấy 70% CC xuất phát từ góc trước trên (9). Tương tự, nghiên cứu của Potsic và cộng sự (2002) cũng đã ghi nhận 65% CC giai đoạn I-II khu trú tại góc trước trên (1). Bên cạnh đó, góc trước trên là vùng có nhiều ngách, khe, tạo điều kiện cho biểu mô tồn dư tồn tại và phát triển. Ngoài ra, nhờ nội soi tai, CC ở góc trước trên được phát hiện khi còn khu trú, chưa lan rộng.

Mức độ thông bào xương chũm – khối khí đệm xương chũm cũng là một trong các yếu tố gây rối loạn chức năng vòi. Quan điểm xương chũm kém thông bào là nguyên nhân hay hậu quả của quá trình viêm tai giữa vẫn còn được chưa rõ ràng. Tuy nhiên sự phát triển của xương chũm và thông bào ở nhóm bẩm sinh tốt hơn nhóm mắc phải, nhưng xương chũm kém thông bào có thể gặp cả ở cholesteatoma bẩm sinh chiếm đến 6,1% trong khi nhóm mắc phải lên đến 53,2% và thậm trí xương chũm không thông bào chiếm 6,1%. Dữ liệu này gợi ý viêm tai giữa tái diễn có thể là một trong những nguyên nhân của cholesteatoma mắc phải và cũng cung cấp thông tin cho các nhà Tai học lựa chọn vật liệu khi sử dụng mảnh vá cũng như tiên lượng viêm tai ứ dịch khi có xương chũm kém thông bào, cần theo dõi và sử trí sớm để tránh túi co kéo.

Về tổn thương xương con, mặc dù cholesteatoma bẩm sinh hay gặp ở trước trên, ít ảnh hưởng đến xương con tuy nhiên nếu sử trí muộn hoặc cholesteatoma ở góc sau trên, cholestoma xâm lấn vào vùng đe đạp và ngành trước xương bàn đạp, tỉ lệ tổn thương khớp đe đạp lên đến 36% và toàn bộ xương con là 6%. Tuy nhiên trong một số ca, chúng tôi còn nhận thấy có bất thường xương bàn đạp phối hợp. Trong cholesteatoma mắc phải, phần lớn biểu hiện túi co kéo ở màng trùng, mặc dù tổn thương tiến triển lan tràn hết thượng nhĩ kể cả đi vào xương chũm, tỉ lệ tổn thương khớp đe đạp chỉ chiếm 31% nhưng tổn thương toàn bộ hệ thống xương con lên đến 31%.

5. KẾT LUẬN

Cholesteatoma ở trẻ em là một bệnh lý xâm lấn do tiến triển nhanh và tỉ lệ tái phát cao, cần phát hiện và điều trị sớm. Tuy nhiên, trên thực tế bệnh thường tiến triển âm thầm, triệu chứng không rõ ràng, kèm theo do kích thước ống tai nhỏ, nhiều lông tai và ráy tai... việc chẩn đoán sớm đôi khi gặp khó khăn. Chính vì vậy, dựa vào các dấu hiệu và triệu chứng nghi ngờ là quan trọng như trẻ nam, có hình ảnh trắng bất thường trong hòm nhĩ tồn tại sau khi điều trị VTG hết dịch tai, trẻ có viêm tai tái phát một bên, hoặc những trẻ có nguy cơ rối loạn chức năng vòi như viêm mũi dị ứng, thói quen khịt mũi, thiểu năng màn hầu cần kiểm tra thường xuyên màng tai để phát hiện xẹp nhĩ và túi co kéo.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Potsic WP, Korman SB, Samadi DS, Wetmore RF. Congenital cholesteatoma: 20 years' experience at The Children's Hospital of Philadelphia. Otolaryngol--Head Neck Surg Off J Am Acad Otolaryngol-Head Neck Surg. 2002;126(4):409-414. doi:10.1067/mhn.2002.123446

[2] Nguyễn Hữu Luật, Đào Trung Dũng. Đặc điểm nội soi tai và cắt lớp vi tính Cholesteatoma bẩm sinh tai giữa ở trẻ em. Tạp Chí Nghiên Cứu Học. 2024;183(10):237-246. doi:10.52852/tcncyh.v183i10.2924

[3] Nelson M, Roger G, Koltai PJ, et al. Congenital cholesteatoma: classification, management, and outcome. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2002;128(7):810-814. doi:10.1001/archotol.128.7.810

[4] Benhammou A, Nguyen DQ, El Makhloufi K, Charachon R, Reyt E, Schmerber S. [Long term results of congenital middle ear cholesteatoma in children]. Ann Oto-Laryngol Chir Cervico Faciale Bull Soc Oto-Laryngol Hopitaux Paris. 2005;122(3):113-119. doi:10.1016/s0003-438x(05)82335-7

[5] Lazard DS, Roger G, Denoyelle F, Chauvin P, Garabédian EN. Congenital cholesteatoma: risk factors for residual disease and retraction pockets--a report on 117 cases. The Laryngoscope. 2007;117(4):634-637. doi:10.1097/mlg.0b013e318030ac8c

[6] Vangrinsven G, Bernaerts A, Deckers F, van Dinther J, Zarowski A, De Foer B. Beyond the otoscope: an imaging review of congenital cholesteatoma. Insights Imaging. 2024;15(1):194. doi:10.1186/s13244-024-01761-1

[7] Morita Y, Yamamoto Y, Oshima S, Takahashi K, Takahashi S. Acquired cholesteatoma in children: clinical features and surgical outcome. Auris Nasus Larynx. 2014;41(5):417-421. doi:10.1016/j.anl.2014.05.002

[8] Schraff SA, Strasnick B. Pediatric cholesteatoma: a retrospective review. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2006;70(3):385-393. doi:10.1016/j.ijporl.2005.10.006

[9] Levenson MJ, Parisier SC, Chute P, Wenig S, Juarbe C. A review of twenty congenital cholesteatomas of the middle ear in children. Otolaryngol--Head Neck Surg Off J Am Acad Otolaryngol-Head Neck Surg. 1986;94(5):560-567. doi:10.1177/019459988609400505