VNU Journal of Science: Medical and Pharmaceutical Sciences

Journal homepage: https://js.vnu.edu.vn/MPS

Original Article

Clinical and Paraclinical Characteristics of Congenital Cholesteatoma in Children Treated at the National ENT Hospital

Le Anh Tuan[1,2,*], Nguyen Tuan Son[2], Le Hong Anh[1], Dang Thi Tram Anh[1]

[1]*National ENT Hospital, 78 Giai Phong, Kim Lien, Hanoi, Vietnam*

[2]*VNU University of Medicine and Pharmacy, 144 Xuan Thuy, Cau Giay, Hanoi, Vietnam*

Received 22nd March 2026
Revised 20th April 2026; Accepted 19th May 2026

Abstract: This retrospective descriptive study aimed to investigate the clinical and paraclinical characteristics of 208 children aged < 6 years who underwent surgery for congenital cholesteatoma at the National ENT Hospital during 2019–2024. The results showed a male predominance (76.4%), with a mean age of 3.02 ± 1.8 years; the 3–4-year age group accounted for the highest proportion (60.1%). Most patients were asymptomatic (85.6%), while 11% had otalgia or otorrhea and only 2.9% had hearing loss. Otoscopic findings indicated that lesions were most commonly located in the anterosuperior quadrant of the tympanic membrane (65.4%), followed by the posterosuperior quadrant (11.5%). Tympanometry results were predominantly type A (83.6%), with type B accounting for 15.9%. Among the 58 ears that underwent preoperative audiometry, the majority had normal hearing (84.5%), with a mean preoperative Pure Tone Audiometry (PTA) of 18.45 ± 9.38 dB and no cases of severe hearing loss. According to Potsic staging, most cases were stage I. These findings suggest that congenital cholesteatoma in young children typically follows an insidious course with minimal symptoms and is mainly detected incidentally during otoscopic examination. Early diagnosis allows timely intervention when lesions remain localized and hearing function is still largely preserved.

Keywords: Congenital cholesteatoma, children, clinical characteristics, paraclinical findings.

* Corresponding author.
E-mail address: leanhtuan.ent@gmail.com

https://doi.org/10.25073/2588-1132/vnumps.4944

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của Cholesteatoma bẩm sinh ở trẻ em điều trị tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

Lê Anh Tuấn[1,2,*], Nguyễn Tuấn Sơn[2], Lê Hồng Anh[1], Đặng Thị Trâm Anh[1]

[1]*Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương, 78 Giải Phóng, Kim Liên, Hà Nội, Việt Nam*

[2]*Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội, 144 Xuân Thuỷ, Cầu Giấy, Hà Nội, Việt Nam*

Nhận ngày 22 tháng 3 năm 2026
Chỉnh sửa ngày 20 tháng 4 năm 2026; Chấp nhận đăng ngày 19 tháng 5 năm 2026

Tóm tắt: Nghiên cứu mô tả hồi cứu nhằm khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của 208 trẻ < 6 tuổi được phẫu thuật cholesteatoma bẩm sinh tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương giai đoạn 2019-2024. Kết quả cho thấy nam chiếm ưu thế (76,4%), tuổi trung bình 3,02 ± 1,8; nhóm 3-4 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (60,1%). Phần lớn bệnh nhi không có triệu chứng cơ năng (85,6%), chỉ 11% có đau tai hoặc chảy tai và 2,9% nghe kém. Nội soi tai ghi nhận tổn thương thường gặp nhất tại góc trước trên màng nhĩ (65,4%), tiếp theo là góc sau trên (11,5%). Nhĩ lượng đồ chủ yếu type A (83,6%), type B chiếm 15,9%. Trong 58 tai đo được thính lực trước mổ, đa số nghe bình thường (84,5%), PTA trung bình 18,45 ± 9,38 dB, không ghi nhận trường hợp nghe kém nặng. Theo phân loại Potsic, phần lớn trường hợp ở giai đoạn I. Kết quả cho thấy cholesteatoma bẩm sinh ở trẻ nhỏ thường diễn biến âm thầm, ít triệu chứng, phát hiện chủ yếu qua khám nội soi. Việc chẩn đoán sớm giúp can thiệp kịp thời khi tổn thương còn khu trú và chức năng nghe chưa bị ảnh hưởng đáng kể.

Từ khóa: Cholesteatoma bẩm sinh, trẻ em, lâm sàng, cận lâm sàng

1. Mở đầu

Cholesteatoma là tình trạng bệnh lý hình thành do sự tích tụ bất thường của biểu mô vảy sừng hóa trong xương thái dương, được chia thành hai thể gồm cholesteatoma bẩm sinh (CC) và cholesteatoma mắc phải (AC); cả hai dạng đều mang đặc tính phá hủy mô, xâm lấn tại chỗ và có khả năng gây ra nhiều biến chứng nghiêm trọng [1]. CC được Muler mô tả lần đầu vào năm 1838 với đặc điểm là một khối trắng nằm sau màng nhĩ còn nguyên vẹn, xuất hiện ở tai không có tiền sử chảy dịch, can thiệp hay phẫu thuật trước đó [2]. Ở trẻ em, CC là bệnh lý hiếm nhưng tiềm ẩn nguy cơ cao; nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời, bệnh có thể dẫn đến các biến chứng đe dọa tính mạng [3, 4]. CC chiếm khoảng 2% tổng số trường hợp cholesteatoma nói chung, với tỷ lệ mắc ở trẻ em khoảng 0,12/100.000 trẻ [1].

Diễn tiến của CC thường kín đáo, khoảng 80% bệnh nhân không biểu hiện triệu chứng, do đó bệnh thường được phát hiện tình cờ hoặc chỉ được chẩn đoán khi đã ở giai đoạn tiến triển; độ tuổi chẩn đoán trung bình thường dao động từ 6-7 tuổi [5]. Nhờ sự phát triển và phổ biến của nội soi tai mũi họng, CC hiện nay có thể được phát hiện sớm hơn, đồng thời tỷ lệ phát hiện bệnh trong những năm gần đây có xu hướng tăng, dao động từ 3,7% đến 24% trong tổng số cholesteatoma [6, 7]. Chụp cắt lớp vi tính đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán cũng như đánh giá mức độ lan rộng của tổn thương, từ đó

* Tác giả liên hệ.
Địa chỉ email: leanhtuan.ent@gmail.com

https://doi.org/10.25073/2588-1132/vnumps.4944

hỗ trợ phẫu thuật viên trong tiên lượng và lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp [8, 9]. Phẫu thuật hiện vẫn là phương pháp duy nhất để điều trị CC, với mục tiêu loại bỏ hoàn toàn bệnh tích và có thể kết hợp tái tạo chuỗi xương con nhằm cải thiện chức năng nghe cho người bệnh [10]. Sự tiến bộ của các phương tiện hiện đại như kính hiển vi, hệ thống nội soi cùng các kỹ thuật phẫu thuật mới đã nâng cao khả năng kiểm soát tổn thương tại những vị trí khó tiếp cận, góp phần cải thiện kết quả điều trị và giảm tỷ lệ tái phát [11].

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về cholesteatoma bẩm sinh [4], tuy nhiên tại Việt Nam số lượng nghiên cứu còn hạn chế, đặc biệt ở nhóm trẻ dưới 6 tuổi [12, 13]. Vì vậy, nhằm góp phần làm rõ đặc điểm bệnh học, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của cholesteatoma bẩm sinh ở trẻ em điều trị tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương trong giai đoạn 2019-2024.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán CC theo Derlacki và Clemis [14]. được phẫu thuật tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương từ tháng 10/2019 đến tháng 10/2024.

Theo Derlacki và Clemis [14]. 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 BV Tai Mũi Họng TW.

+ 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.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

i) Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả hồi cứu;

ii) Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Tai Mũi Họng trung ương;

iii) Thời gian nghiên cứu: từ tháng 10/2019 đến tháng 10/2024;

iv) 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);

v) Biến số và chỉ số nghiên cứu

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

- Đặc điểm lâm sàng: triệu chứng cơ năng ù tai, đau tai; phát hiện tình cờ.

- Đặc điểm triệu chứng thực thể thông qua hình ảnh nội soi tai.

- Đặc điểm cận lâm sàng: Nhĩ lượng và thính lực đơn âm trước phẫu thuật.

- *Tiêu chí đánh giá:* Màng nhĩ: liền kín/ thủng/xẹp; có tồn dư cholesteatoma.

Thính lực đơn âm: đánh giá sức nghe theo tiêu chuẩn của hiệp hội nghe và thăng bằng của hội TMH và đầu cổ thông qua chỉ số ngưỡng nghe trung bình - PTA (Pure Tone Average) của Hoa Kỳ [14].

+ 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: ≥ 41 dB; ABG: ≥ 41 dB;

+ PTA sau mổ ≤ 30 B được đánh giá là thành công.

vi) 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 tái phát.
- Bước 3: điền các thông tin thu thập được vào mẫu bệnh án nghiên cứu.

2.3. 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.

2.4. 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.

3. Kết quả

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (N=208)

Đặc điểm	n	%
Tổng số bệnh nhân	208	100
Giới tính		
Nam	159	76,4%
Nữ	49	23,6%
Tuổi		
< 2 tuổi	65	31,3%
3-4 tuổi	125	60,1%
5-6 tuổi	18	

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 ± 1.8 tuổi. Tuổi nhỏ nhất là 9 tháng tuổi. Có 65 bệnh nhân (31,3%) dưới 2 tuổi, trong đó có 2 bệnh nhân dưới 1 tuổi (9 tháng và 10 tháng). Có 125 bệnh nhân (60,1%) từ 3 - 4 tuổi, là nhóm tuổi gặp nhiều nhất.

* Đặc điểm lâm sàng

Bảng 2. Triệu chứng cơ năng (N=208)

Triệu chứng cơ năng	n	%
Không có triệu chứng tại tai	178	85,6%
Đau tai	13	6,3%
Chảy tai	10	4,8%
Nghe kém	6	2,9%
Tổng	208	100%

Có 178 bệnh nhân (85,58%) không triệu chứng, được phát hiện tình cờ khi đi khám vì viêm mũi họng. Có 6 bệnh nhân (2,88%) có nghe kém. Có 23 bệnh nhân (11%) có triệu chứng đau tai với chảy tai.

Bảng 3. Đặc điểm triệu chứng thực thể thông qua hình ảnh nội soi tai (N=208)

Vị trí khối cholesteatoma	n	%
Góc trước trên	136	65,4
Góc trước dưới	11	5,3
Góc sau trên	24	11,5
Góc sau dưới	12	5,8
Góc trước trên và dưới	8	3,8
Góc trước trên và sau trên	2	1,0
Góc sau trên và dưới	9	4,3
Góc trước dưới và sau dưới	0	0
Toàn bộ màng nhĩ	6	2,9
Tổng	208	100

Vị trí cholesteatoma ở vị trí góc trước trên là hay gặp nhất 136/208 bệnh nhân (65,38%), tiếp đó đến cholesteatoma ở góc sau trên với tỷ lệ 24 (11,54%). Tỉ lệ vị trí góc sau dưới và góc trước dưới là 12 và 11/208 bệnh nhân tương ứng với 5,77% và 5,29%. Cholesteatoma ở cả góc trước, góc sau và toàn bộ màng nhĩ gặp ở tỷ lệ gần bằng nhau với 3,85%; 4,33%; 2,88%. Không có bệnh nhân nào cholesteatoma ở toàn bộ góc dưới.

* Đặc điểm cận lâm sàng

Có tới 83,65% bệnh nhân có nhĩ lượng đồ Type A, trong khi 15,9% bệnh nhi có nhĩ lượng đồ Type B và chỉ 0,5% bệnh nhi có nhĩ lượng đồ Type C. Bên cạnh đó, có 58 tai được đo thính lực đồ trước mổ, phần lớn tai nghe bình thường và

nhẹ, cụ thể: Có 49/58 (84,5%) tai nghe bình thường (≤ 20dB); có 7/58(12%) tai nghe kém ở mức độ nhẹ (26 - 41 dB). Có 2/58(3,5%) tai nghe kém ở mức độ trung bình (41 - 55 dB). Không có trường hợp nào nghe kém ở mức độ nặng. PTA trước mổ trung bình là 18,45+/- 9,38 dB.

Bảng 4. Nhĩ lượng và thính lực đơn âm trước phẫu thuật

Đặc điểm	n	%
Nhĩ lượng đồ (N=208)		
Type A	174	83,6
Type B	33	15,9
Type C	1	0,5
Thính lực đơn âm (PTA) trước mổ (N=58)		
≤ 20dB	49	84,5
21-40 dB	7	12
41-55 dB	2	3,5
≥ 55 dB	0	0
Tổng	58	100
Trung bình	18,45+/- 9,38 dB	

Bảng 5. Đánh giá thính lực trước phẫu thuật (N=208)

Đặc điểm	Potsic I		Potsic II		Potsic III		Potsic IV		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Không đo được	124	82,6	8	5,3	16	10,6	2	1,3	150	100
Bình thường	38	77,5	2	4,1	8	16,3	1	2	49	100
Nghe kém mức độ nhẹ	1	12,5	1	12,5	3	37,5	3	37,5	8	100
Nghe kém trung bình nhẹ	0	0	0	0	1	100	0	0	1	100
Tổng	163		11		28		6		208	

Có 150 bệnh nhân (72,1%) không đo được thính lực. Trong 58 trường hợp đo được thính lực (27,9%), đối chiếu với phân độ tổn thương cholestaetoma của Potsic: Có 49 bệnh nhân không có nghe kém, giai đoạn I có 38 bệnh nhân (77,6%), giai đoạn II có 2 bệnh nhân (3,4%), giai đoạn III có 8 bệnh nhân (13,8%) và giai đoạn 4 có 1 bệnh nhân (1,7%) Có 8 bệnh nhân có nghe kém mức độ nhẹ, trong đó giai đoạn I có 1 bệnh nhân (12,5%), giai đoạn II có 1 bệnh nhân (12,5%), giai đoạn III có 3 bệnh nhân (37,5%) và giai đoạn 4 có 3 bệnh nhân (37,5%). Chỉ có 1 bệnh nhân nghe kém mức độ trung bình nhẹ ở giai đoạn IV.

4. Bàn luận

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam chiếm ưu thế rõ rệt (76,4%), với tỷ lệ nam/nữ là 3,25/1. Xu hướng nam nhiều hơn nữ cũng được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu trước đây về cholesteatoma bẩm sinh ở trẻ em, cho thấy yếu tố giới tính có thể liên quan đến đặc điểm sinh học hoặc cơ chế phát sinh bệnh, mặc dù cơ chế chính xác vẫn chưa được làm rõ [1, 9]. Độ tuổi trung bình 3,02 ± 1,8 và nhóm tuổi 3-4 chiếm tỷ lệ cao nhất (60,09%) thấp hơn độ tuổi chẩn đoán trung bình 6-7 tuổi được báo cáo trong y văn [5]. Điều này cho thấy khả năng phát hiện sớm bệnh trong nghiên cứu hiện tại có thể liên quan đến việc áp dụng nội soi tai thường quy trong khám tai mũi họng, phù hợp với nhận định của Vangrinsven và cộng sự rằng sự phát triển của phương tiện chẩn đoán hình ảnh và nội soi giúp phát hiện cholesteatoma sớm hơn trước đây [5].

Về triệu chứng cơ năng, phần lớn bệnh nhi trong nghiên cứu không có biểu hiện tại tai (85,6%), chỉ 2,9% có nghe kém và 11% có đau tai hoặc chảy tai. Kết quả này tương đồng với nhận định của Isaacson rằng cholesteatoma bẩm

sinh thường diễn tiến âm thầm và đa số được phát hiện tình cờ [9]. Alfonso cũng nhấn mạnh đặc điểm lâm sàng điển hình của CC là khối trắng sau màng nhĩ nguyên vẹn ở trẻ không có tiền sử viêm tai, điều này giải thích tỷ lệ không triệu chứng cao trong nghiên cứu [1].

Về đặc điểm nội soi, vị trí tổn thương thường gặp nhất là góc trước trên (65,4%), tiếp theo là góc sau trên (11,5%). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước cho rằng cholesteatoma bẩm sinh thường khởi phát ở vùng trước trên do nguồn gốc từ biểu mô tồn dư phôi thai trong tai giữa [2, 9]. Nghiên cứu của Nguyễn Hữu Luật và cộng sự cũng ghi nhận vị trí góc trước trên là vị trí hay gặp nhất trong cholesteatoma bẩm sinh tai giữa ở trẻ em [8]. Sự tương đồng này củng cố giả thuyết về nguồn gốc phôi thai học của bệnh.

Nhĩ lượng đồ trước mổ cho thấy đa số bệnh nhân có type A (83,6%), trong khi type B chiếm 15,9% và type C rất hiếm (0,5%). Kết quả này cho thấy chức năng tai giữa ở đa số trẻ vẫn còn bảo tồn trước phẫu thuật. Theo Semaan và Megerian, cholesteatoma giai đoạn sớm thường chưa gây ảnh hưởng đáng kể đến chức năng tai giữa nếu chưa phá hủy cấu trúc xương con hoặc gây tràn dịch tai giữa [2]. Điều này phù hợp với kết quả của chúng tôi khi phần lớn trường hợp được phát hiện ở giai đoạn sớm.

Trong 58 trường hợp đo được thính lực, đa số nghe bình thường (84,5%), PTA trung bình 18,45 ± 9,38 dB và không ghi nhận trường hợp nghe kém nặng. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Park và cộng sự, trong đó nhiều bệnh nhân CC được phát hiện khi chức năng nghe còn tốt do tổn thương chưa lan rộng đến chuỗi xương con [10]. Ngoài ra, Choi và cộng sự cũng cho thấy phẫu thuật cholesteatoma bẩm sinh giai đoạn sớm thường cho kết quả chức năng nghe tốt sau điều trị [11]. Điều này cho thấy việc phát hiện sớm có ý nghĩa quyết định trong bảo tồn chức năng thính giác.

Phân tích theo phân loại Potsic cho thấy phần lớn trường hợp thuộc giai đoạn I, trong khi giai đoạn III–IV chiếm tỷ lệ thấp. Kết quả này tương tự nhận định của James rằng mức độ nặng của cholesteatoma là yếu tố quyết định nguy cơ tái phát hơn là phương pháp phẫu thuật [7]. Việc đa số bệnh nhân ở giai đoạn sớm trong nghiên cứu hiện tại gợi ý tiên lượng điều trị thuận lợi hơn và nguy cơ tái phát thấp hơn so với các quần thể có tỷ lệ giai đoạn muộn cao.

Trong nhóm bệnh nhân đo được thính lực, tỷ lệ nghe bình thường cao nhất ở giai đoạn I (77,6%), trong khi nghe kém nhẹ gặp nhiều hơn ở giai đoạn III–IV. Xu hướng này phù hợp với cơ chế tiến triển bệnh khi cholesteatoma lan rộng sẽ gây phá hủy chuỗi xương con và làm tăng mức độ giảm thính lực, như đã được mô tả trong tổng quan của Hura và cộng sự về biến chứng cholesteatoma [4]. Như vậy, mức độ tổn thương giải phẫu có mối liên quan trực tiếp đến chức năng nghe, củng cố giá trị của phân loại Potsic trong tiên lượng lâm sàng. Tỷ lệ không đo được thính lực chiếm 72,1% chủ yếu do đặc điểm lứa tuổi nhỏ, khó hợp tác khi thực hiện đo thính lực đơn âm. Đây là hạn chế thường gặp trong các nghiên cứu nhi khoa về thính lực và cũng được đề cập trong các hướng dẫn đánh giá sức nghe của Ủy ban Hearing and Equilibrium [14]. Điều này cho thấy cần áp dụng các phương pháp đánh giá thính lực khách quan hơn như OAE hoặc ABR trong các nghiên cứu tương lai để tăng độ chính xác. So với các nghiên cứu trong nước, kết quả của chúng tôi có xu hướng tương đồng với các báo cáo gần đây về phẫu thuật cholesteatoma bẩm sinh tại Việt Nam [12, 13]. Tuy nhiên, số lượng mẫu lớn hơn (208 trường hợp) giúp phản ánh rõ hơn đặc điểm dịch tễ và lâm sàng của bệnh trong quần thể trẻ nhỏ. Đồng thời, nghiên cứu hiện tại chỉ tuyển bệnh nhân < 6 tuổi, là nhóm tuổi ít được khảo sát trong các nghiên cứu trước, do đó có giá trị bổ sung dữ liệu thực tiễn cho y văn trong nước. Nhìn chung, các kết quả của nghiên cứu phù hợp với các dữ liệu quốc tế về đặc điểm lâm sàng, vị trí tổn thương và chức năng nghe của cholesteatoma bẩm sinh [5, 9, 10]. Điều này cho thấy đặc điểm bệnh lý không có khác biệt đáng kể giữa quần thể trẻ em Việt Nam và các quốc gia khác.

5. Kết luận

Cholesteatoma bẩm sinh ở trẻ nhỏ thường tiến triển âm thầm, đa số không có triệu chứng

và chủ yếu phát hiện tình cờ qua nội soi tai. Tổn thương thường khu trú ở góc trước trên màng nhĩ, chức năng tai giữa và thính lực phần lớn còn chưa bị ảnh hưởng do bệnh được chẩn đoán ở giai đoạn sớm. Việc phát hiện sớm đóng vai trò quan trọng trong tiên lượng điều trị, giúp can thiệp kịp thời khi tổn thương chưa lan rộng và chức năng nghe chưa bị ảnh hưởng đáng kể.

Tài liệu tham khảo

[1] K. P. Alfonso, Congenital Cholesteatoma, Otolaryngol Clin North Am, Vol. 58, No. 1, 2025, pp. 65-74, https://doi.org/10.1016/j.otc.2024.07.023

[2] M. T. Semaan, C. A. Megerian, The Pathophysiology of Cholesteatoma, Otolaryngol Clin North Am, Vol. 39, No. 6, 2006, pp. 1143-59, https://doi.org/10.1016/j.otc.2006.08.003

[3] M. Yung et al., EAONO/JOS Joint Consensus Statements on the Definitions, Classification and Staging of Middle Ear Cholesteatoma, J Int Adv Otol, Vol. 13, No. 1, 2017, pp. 1-8, https://doi.org/10.5152/iao.2017.3363

[4] N. Hura, D. Choo, P. L. Santa Maria, Complications of Cholesteatoma, Otolaryngol Clin North Am, Vol.58, No.1, 2025, pp. 51-64, https://doi.org/10.1016/j.otc.2024.08.009

[5] G.Vangrinsven et al., Beyond the Otoscope: An Imaging Review of Congenital Cholesteatoma, Insights Imaging, Vol. 15, No. 1, 2024, pp. 194, https://doi.org/10.1186/s13244-024-01761-1

[6] V. Volgger 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, Vol. 86, No. 2, 2020, pp. 201-208, https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2018.11.004

[7] A. L. James, Cholesteatoma Severity Determines the Risk of Recurrent Paediatric Cholesteatoma More Than the Surgical Approach, J Clin Med, Vol. 13, No. 3, 2024, pp. 836, https://doi.org/10.3390/jcm13030836

[8] N. H. Luat, D. T. Dung, Endoscopic Features and Computed Tomography Imaging of Congenital Middle Ear Cholesteatoma in Children, Journal of Medical Research, Vol. 183, No. 10, 2024, pp. 237-246, https://doi.org/10.52852/tcncyh.v183i10.2924 (in Vietnamese).

[9] G. Isaacson, Diagnosis of pediatric cholesteatoma, Pediatrics, Vol. 120, No. 3, 2007, pp. 603-608, https://doi.org/10.1542/peds.2007-0120

[10] J. H. Park, J. Ahn, I. J. Moon, Transcanal Endoscopic Ear Surgery for Congenital Cholesteatoma, Clin Exp Otorhinolaryngol, Vol. 11, No. 4, 2018, pp. 233-241, https://doi.org/10.1177/01945998211067502

[11] J. E. Choi et al., Outcomes of Endoscopic Congenital Cholesteatoma Removal in South Korea, JAMA Otolaryngol Head Neck Surg, Vol. 149, No. 3, 2023, pp. 231-238, https://doi.org/10.1001/jamaoto.2022.4660

[12] N. V. T Hieu, N. T. T. Uyen, Assessment of Results of Endoscopic Surgery Open Tympanic Cavity in Patients with Primary Cholesteatoma Localized in the Tympanic Cavity, Vietnam Medical Journal, Vol. 531, No. 1B, 2023, pp. 1-5, https://doi.org/10.51298/vmj.v531i1B.7004 (in Vietnamese).

[13] N. V. T.Tung, P. T. Anh, N. D. Hung, Surgical Outcomes of Congenital Middle Ear Cholesteatoma at Potsic Stage III, Vietnam Medical Journal, Vol. 557, No. 2, 2025, pp. 30-34, https://doi.org/10.51298/vmj.v557i2.16663 (in Vietnamese).

[14] E. L. Derlacki, J. D. Clemis, Congenital Cholesteatoma of the Middle Ear and Mastoid, Ann Otol Rhinol Laryngol, Vol. 74, No. 3, 1965, pp. 706-727, https://doi.org/10.1177/000348946507400313