

Tỷ lệ phân bố của một số tổn thương thấu quang dạng nang thường gặp ở xương hàm dưới và mối liên quan với chân răng

The distribution of some common cystic radiolucent lesions in the lower jaw and the relation with tooth root

Lê Long Nghĩa, Trần Thị Mỹ Hạnh

Trường Đại học Y Hà Nội

Tóm tắt

Mục tiêu: Nhận xét tỷ lệ phân bố của một số tổn thương thấu quang dạng nang thường gặp ở xương hàm dưới và mối liên quan với chân răng. **Đối tượng và phương pháp:** Hồ sơ bệnh án của 79 bệnh nhân. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Nhóm nang do răng chiếm tỷ lệ cao nhất (67,1%), ba loại tổn thương gặp với tỷ lệ cao nhất là nang chân răng (30,4%), u men (30,4%) và nang thân răng (25,3%). U men thường không đẩy lệch chân răng (81%), có thể gây tiêu chân răng dạng đầu tù (23,8%) hoặc dạng dao cắt (19,1%). **Kết luận:** Nang chân răng chiếm tỷ lệ cao nhất sau đó đến u men và nang thân răng.

Từ khóa: Nang chân răng, nang thân răng, u men.

Summary

Objective: Comment on the distribution of some common cystic radiolucent lesions in the lower jaw and root involvement. **Subject and method:** Medical records of 79 patients. **Method:** Cross-sectional descriptive study. **Result:** The highest rate was dental cysts (67.1%), the three types of lesions with the highest incidence were root cysts (30.4%), meningioma (30.4%) and crown cysts (25.3%). Meningioma tumors usually do not push out the root (81%), which can destroyed root (23.8%) or cutter type (19.1%). **Conclusion:** Root cyst accounted for the highest rate, then meningioma and crown cyst.

Keywords: Root cyst, meningioma, crown cyst.

1. Đặt vấn đề

Nang và các tổn thương dạng nang trên phim X-quang là bệnh lý rất thường gặp của

xương hàm. Có đặc điểm chung về hình ảnh là tổn thương thấu quang trên phim X-quang, nhưng bản chất mô học của những tổn thương này lại rất đa dạng, có thể là nang, giả nang hoặc khối u [1]. Tại Việt Nam, nang và các tổn thương dạng nang của xương hàm được nghiên cứu trong một số đề tài như: "Nang xương hàm

Ngày nhận bài: 28/2/2018, ngày chấp nhận đăng: 17/4/2018

Người phản hồi: Lê Long Nghĩa

Email: nghia.lelong@gmail.com - Trường Đại học Y Hà Nội

lớn do răng” - Luận văn tốt nghiệp nội trú Đại học Y Hà Nội của Lê Văn Sơn năm 1981, “Nang xương hàm do răng”- Luận văn Thạc sĩ Y học Trường Đại học Y Hà Nội của Nguyễn Hồng Lợi năm 1997, đề tài “Một số nhận xét về lâm sàng u men xương hàm” của Nguyễn Đình Phúc năm 2000...

Thực tế lâm sàng tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội cho chúng tôi thấy, một tỷ lệ khá lớn các tổn thương dạng nang vùng hàm mặt xuất hiện ở xương hàm dưới. Trong đó gặp với tỷ lệ lớn là các loại nang chân răng, nang thân răng, u men xương hàm. Mặc dù vậy chưa có nghiên cứu nào mang tính tổng quan về các loại tổn thương thấu quang dạng nang nói chung này được thực hiện tại Bệnh viện. Chính vì vậy, chúng tôi quyết định thực hiện đề tài “Tỷ lệ phân bố của một số tổn thương thấu quang dạng nang thường gặp ở xương hàm dưới và mối liên quan với chân răng” với mục tiêu: *Nhận xét tỷ lệ phân bố của một số tổn thương thấu quang dạng nang thường gặp ở xương hàm dưới và mối liên quan với chân răng.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu là các hồ sơ bệnh án (bao gồm cả phim X-quang) của các bệnh nhân được điều trị nội trú tại Khoa Phẫu thuật Hàm mặt, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương, có hình ảnh tổn thương thấu quang dạng nang ở xương hàm dưới quan sát được trên phim X-quang, trong khoảng thời gian từ ngày 01/01/2013 đến ngày 31/12/2013 (tính theo ngày nhập viện).

Tiêu chuẩn lựa chọn

Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân có hình ảnh tổn thương thấu quang dạng nang trên phim X-quang panorama mà đợt vào viện khám và điều trị này liên quan đến tổn thương đó. Hồ sơ bệnh án với đầy đủ các thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Hồ sơ bệnh án có phim panorama

trước điều trị, có thể có hoặc không có phim chụp cắt lớp vi tính trước điều trị. Trong đó, phim panorama phải cho phép quan sát được toàn bộ tổn thương và đảm bảo đánh giá được đầy đủ các đặc điểm trên phim panorama theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Phim cắt lớp vi tính nếu có phải có các lát cắt ngang qua tổn thương cần nghiên cứu và đảm bảo đánh giá được đầy đủ các đặc điểm trên phim cắt lớp vi tính theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Hồ sơ bệnh án có kết quả xét nghiệm giải phẫu bệnh của tổn thương thấu quang dạng nang nói trên.

Tiêu chuẩn loại trừ

Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân đã được phẫu thuật vùng hàm mặt trước đó vì nguyên nhân có liên quan tới tổn thương thấu quang dạng nang xương hàm dưới. Hồ sơ bệnh án có phim panorama nhưng phim không còn nguyên vẹn, bị mờ, hoặc khuyết hình ảnh của tổn thương do chụp sai tiêu chuẩn, khiến cho không đánh giá được tất cả các đặc điểm trên phim panorama của tổn thương theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Hồ sơ bệnh án có phim cắt lớp vi tính nhưng phim không còn nguyên vẹn, bị mờ, hoặc không có lát cắt ngang qua tổn thương đang nghiên cứu, khiến cho không đánh giá được tất cả các đặc điểm trên phim cắt lớp vi tính của tổn thương theo mẫu bệnh án nghiên cứu, thì không được tính là có phim cắt lớp vi tính. Hồ sơ bệnh án có đầy đủ phim X-quang và kết quả giải phẫu bệnh nhưng cả hình ảnh X-quang và kết quả giải phẫu bệnh đều không rõ ràng.

2.2. Phương pháp

Cách chọn mẫu

Chọn mẫu có chủ đích: Hồi cứu tất cả các hồ sơ bệnh án của Khoa Phẫu thuật Hàm mặt, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương trong khoảng thời gian từ ngày 01/01/2013 đến ngày 31/12/2013 (tính theo ngày nhập viện), chọn ra tất cả các hồ sơ bệnh án thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và không vi phạm các tiêu chuẩn loại trừ.

Cỡ mẫu: Hồ sơ bệnh án của 79 bệnh nhân.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu - mô tả cắt ngang.

2.3. Đạo đức

Các thông tin thu được trong hồ sơ bệnh án chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu mà không dùng vào mục đích nào khác. Các thông tin về tình trạng bệnh của bệnh nhân được tuyệt đối giữ bí mật, không tiết lộ cho người nào khác. Ảnh chụp hồ sơ bệnh án chỉ được lưu lại một bản và được giữ bởi người trực tiếp thực hiện nghiên cứu, không gửi cho người khác dưới bất kỳ hình thức nào. Hồ sơ bệnh án sau khi sử dụng được trả về nguyên vẹn và đúng vị trí tại phòng lưu trữ hồ sơ Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương.

3. Kết quả

Nhận xét tỷ lệ phân bố của một số tổn thương thấu quang dạng nang thường gặp ở xương hàm dưới và mối liên quan với chân răng.

Bảng 1. Phân bố theo nhóm bệnh

Nhóm bệnh		Số lượng	Tỷ lệ %
Nang do răng		53	67,1
Giả nang		1	1,3
U	U lành tính do răng	24	30,4
	U ác tính	1	1,3
Tổng		79	100

Theo Bảng 1 nhận thấy, nhóm bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất là nang do răng (67,1%), nhiều hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm u do răng ($p < 0,05$). Nhóm nang không do răng và u không do răng không xuất hiện trong phạm vi của nghiên cứu này.

Bảng 2. Phân bố theo bệnh

Tổn thương	Số lượng	Tỷ lệ %
------------	----------	---------

Nang chân răng	24	30,4
Nang thân răng	20	25,3
Nang răng sừng hóa	2	2,5
Nang sót	7	8,9
Tổn thương thứ phát do phần mềm	1	1,3
U men	24	30,4
Carcinoma	1	1,3
Tổng	79	100,0

Theo bảng kết quả này nhận thấy, ba loại tổn thương hay gặp nhất lần lượt là nang chân răng (30,4%), u men (30,4%), nang thân răng (25,3%). Sự khác biệt giữa ba nhóm này không có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3. Đặc điểm đẩy lệch chân răng

Loại tổn thương	Có đẩy lệch chân răng	Không đẩy lệch chân răng
Nang chân răng (n = 24)	7 29,2%	17 70,8%
Nang thân răng (n = 18) (*)	7 38,9%	11 61,1%
U men (n = 21) (*)	4 19,0%	17 81,0%

 $p < 0,05$
 $p > 0,05$

(*) Các trường hợp mất răng ở vị trí lân cận tổn thương, hoặc tổn thương nằm ở vị trí không liên quan đến chân răng, dẫn đến không đánh giá được đặc tính đè đẩy và gây tiêu chân răng của tổn thương không được tính đến trong bảng này.

Bảng kết quả về đặc điểm đẩy lệch chân răng cho thấy: Đa số nang chân răng, nang thân răng và u men không làm di lệch chân răng (với tỷ lệ lần lượt là 70,8%, 61,1%, 81%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê đối với nang chân răng và u men, không có ý nghĩa thống kê đối với nang thân răng.

Bảng 4. Đặc điểm gây tiêu chân răng

Loại tổn thương	Không gây tiêu chân răng	Gây tiêu chân răng dạng đầu tù	Gây tiêu chân răng dạng dao cắt
Nang chân răng (n = 24)	21 87,5%	2 8,3%	1 4,2%
Nang thân răng (n = 17) (*)	12 70,6%	3 17,6%	2 11,8%
U men (n = 21) (*)	12 57,1%	5 23,8%	4 19,1%

● p<0,05 ○ p>0,05

(*) Các trường hợp mất răng ở vị trí lân cận tổn thương, hoặc tổn thương nằm ở vị trí không liên quan đến chân răng, dẫn đến không đánh giá được đặc tính đè đẩy và gây tiêu chân răng của tổn thương không được tính đến trong bảng này.

Đa số nang chân răng và nang thân răng không gây tiêu chân răng (87,5% và 70,6%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở cả hai nhóm (p<0,05). Tỷ lệ u men gây tiêu chân răng là 52,9%, trong đó số trường hợp gây tiêu chân răng đầu tù nhiều hơn (chiếm 23,8%). Tuy nhiên sự khác biệt giữa tiêu chân răng dạng đầu tù và dạng dao cắt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

4. Bàn luận

4.1. Phân bố tổn thương thấu quang dạng nang theo nhóm bệnh

Theo kết quả thu được ở Bảng 1, các tổn thương do răng chiếm đa số. Trong đó, nhóm nang do răng chiếm tỷ lệ cao nhất (67,1%), gấp 2,21 lần so với tỷ lệ nhóm u do răng (30,4%). Tỷ lệ này đã được đề cập đến trong nghiên cứu thống kê của Johnson năm 2013 trên 26426 bệnh án là 2,25 lần [2]. Như vậy có sự phù hợp tương đối giữa kết quả nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu năm 2013.

Trong tổng số 24 trường hợp có kết quả giải phẫu bệnh là u, có 23 trường hợp là lành tính, chiếm 95,8%. Tỷ lệ này xấp xỉ kết quả của một số nghiên cứu trước đây: 97% theo W Jing (2007) [3], 94,04% theo Haiyan - Luo (2009) [4].

Các tổn thương không do răng đều là những tổn thương hiếm gặp với tỷ lệ rất thấp mà với quy mô của nghiên cứu này, không có trường hợp nang không do răng và u không do răng nào được ghi nhận.

4.2. Phân bố tổn thương thấu quang dạng nang theo bệnh

Hai tổn thương hay gặp nhất trong nhóm nang do răng là nang chân răng và nang thân răng với tỷ lệ lần lượt là 45,3% (24/53) và 37,7% (20/53). Nhiều nghiên cứu trước đây cũng chỉ ra điều này, với tỷ lệ có đôi chút khác biệt, cụ thể là: Nang chân răng 54,6% và nang thân răng 20,6% theo Johnson năm 2013 [2], nang chân răng 65,15% và nang thân răng 24,08% theo Tom D Daley năm 1994 [5].

Cũng theo những nghiên cứu này, nang do răng sừng hóa là loại tổn thương do răng hay gặp thứ ba, sau nang chân răng và nang thân răng, với tỷ lệ 4,88% theo Tom D Daley (1994) [5], 11,7% theo Johnson (2014) [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ này thấp hơn. Chúng tôi ghi nhận 2 trường hợp nang răng sừng hóa (chiếm 2,5%). Cả hai trường hợp này đều có hình ảnh X-quang mang tính gợi ý cao về nang răng sừng hóa. Trên phim panorama tổn thương thấu quang đồng nhất nằm ở vị trí cùng góc hàm - cạnh lên, có dạng nang đa buồng với ranh giới rõ ràng, đường viền dạng đa cung, cản quang rõ, kích thước tương đối lớn (4 - 6cm). Trên lát cắt axial của phim cắt lớp vi tính, thấy tổn thương gây đẩy phòng vỏ xương nhẹ, với góc phòng xương đều, đặc biệt có phản ứng đặc xương xung quanh tổn thương, không thấy hiện tượng làm mỏng vỏ xương (dấu hiệu "vỏ trứng"). Đây là đặc điểm quan trọng giúp phân biệt nang răng sừng hóa với u men trên phim cắt lớp vi tính. Mặc

dù hình ảnh X-quang giúp hướng đến chẩn đoán nang răng sừng hóa nhưng đáng tiếc là kết quả giải phẫu bệnh của cả hai trường hợp này đều không rõ ràng với kết luận là “mô xơ viêm mạn tính”. Vì vậy, chẩn đoán cuối cùng được đưa vào kết quả nghiên cứu là nang răng sừng hóa hoàn toàn dựa trên cơ sở lập luận chẩn đoán X-quang. Mặc dù vậy, trong thực hành lâm sàng, căn cứ quan trọng nhất, mang tính pháp lý để đưa ra chỉ định điều trị vẫn phải là kết quả giải phẫu bệnh và với đặc điểm mô học đặc trưng bởi lớp biểu mô lót lòng nang là loại biểu mô lát tầng sừng hóa thì các nhà giải phẫu bệnh hoàn toàn đáp ứng được yêu cầu này. Bên cạnh 2 trường hợp nói trên, còn có 6 trường hợp khác có các đặc điểm chẩn đoán hình ảnh tương tự nhưng được giải phẫu bệnh trả lời là nang chân răng hoặc nang thân răng. Với các đặc điểm như đa buồng, đường viền dạng đa cung, không có răng bệnh lý liên quan với tổn thương để có thể là nang chân răng, cũng không có sự tương quan về vị trí với một thân răng ngầm giống như nang thân răng, kết quả giải phẫu bệnh trong những trường hợp này tỏ ra mâu thuẫn với kết quả lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh. Đây có thể là kết quả của sự thiếu thống nhất về danh pháp chẩn đoán giữa khoa điều trị và khoa giải phẫu bệnh, cũng là nguyên nhân dẫn tới việc bỏ sót các bệnh lý ít gặp như nang răng sừng hóa. Tỷ lệ thấp của nang răng sừng hóa mà nghiên cứu của chúng tôi thu được cũng có thể được giải thích bằng lý do này.

Cùng với u răng (odontoma), u men là một trong hai loại u do răng phổ biến nhất, với tỷ lệ thay đổi từ 30% đến trên 60% theo các nghiên cứu khác nhau. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi với tiêu chí lựa chọn đối tượng nghiên cứu là các tổn thương thẩu quang dạng nang trên phim X-quang, đã loại trừ hoàn toàn các trường hợp u răng (là u cản quang). Bên cạnh đó, cỡ mẫu chưa đủ lớn để bắt gặp các loại tổn thương ít gặp như u xơ men, u nhày do răng, u tế bào khổng lồ... Vì vậy, có thể giải thích được tại sao u men chiếm tỷ lệ tuyệt đối trong nhóm bệnh u lành

tính trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Điều này cũng thể hiện tính phổ biến của u men tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội.

U lympho là khối u phần mềm, vốn không được nhắc đến trong các tổn thương thẩu quang dạng nang của xương hàm dưới. Tuy nhiên, trường hợp u lympho được ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi xâm lấn gây tiêu xương thứ phát, cho hình ảnh thẩu quang dạng nang trên phim panorama. Đây là một trường hợp đặc biệt và nó được xếp vào nhóm giả nang. Các tổn thương giả nang hay gặp như nang xương đơn độc, nang phình mạch, dấu ấn của tuyến nước bọt lại không được ghi nhận trong nghiên cứu này.

4.3. Mối liên quan giữa tổn thương thẩu quang dạng nang với chân răng

Theo Bảng 4, tỷ lệ u men gây tiêu chân răng là 42,9%. Tỷ lệ này xấp xỉ tỷ lệ mà Sirichia và cộng sự (1984) đã đưa ra là 38% [6]. Cũng theo Bảng kết quả này, tỷ lệ u men gây tiêu chân răng dạng dao cắt không cao (4 trường hợp, chiếm 19,1%). Tiêu chân răng là một hình ảnh thường nhắc tới trong thực hành lâm sàng như một dấu hiệu có giá trị cao để chẩn đoán u men. Theo các tài liệu tham khảo, đặc điểm này cũng được mô tả như một hình ảnh điển hình cho u men [7]. Bên cạnh 4 trường hợp u men, nghiên cứu của chúng tôi có ghi nhận 1 trường hợp nang chân răng và 2 trường hợp nang thân răng cũng gây tiêu chân răng dạng dao cắt. Vì cỡ mẫu rất nhỏ, không thể đưa ra một kết luận mang tính tổng quan về đặc điểm này của u men.

5. Kết luận

Về phân bố theo nhóm bệnh: Các tổn thương do răng chiếm đa số trong đó nhóm nang do răng chiếm tỷ lệ cao nhất (67,1%), gấp 2,21 lần so với tỷ lệ nhóm u do răng (30,4%). Về phân bố theo bệnh: Ba loại tổn thương gặp với tỷ lệ cao nhất là nang chân răng (30,4%), u men (30,4%) và nang thân răng (25,3%).

U men thường không đẩy lệch chân răng (81%), có thể gây tiêu chân răng dạng đầu tù (23,8%) hoặc dạng dao cắt (19,1%), luôn luôn đẩy phồng vỏ xương, đồng đều cả hai phía (40%) hoặc bản ngoài nhiều hơn (45%).

Tài liệu tham khảo

1. Robert JS, Helen MK, and David PN (1999) *Cysts and cystic lesions of the mandible: Clinical and radiologic - histopathologic review*. RadioGraphics 19: 1107-1124.
2. Johnson NR et al (2014) *Frequency of odontogenic cysts and tumors: A systematic review*. J Investig Clin Dent 5: 9-14.
3. Jing W et al (2007) *Odontogenic tumours: A retrospective study of 1642 cases in a Chinese population*. Int J Oral Maxillofac Surg 36: 20-25.
4. Luo HY and Li TJ (2009) *Odontogenic tumors: A study of 1309 cases in a Chinese population*. Oral Oncol 45: 706-711.
5. Daley TD, Wysocki GP and Pringle GA (1994) *Relative incidence of odontogenic tumors and oral and jaw cysts in a Canadian population*. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 77: 276-280.
6. Sirichitra V and Dhiravarangkura P (1984) *Intrabony ameloblastoma of the jaws. An analysis of 147 Thai patients*. Int J Oral Surg 13: 187-193.
7. Norman KW and Paul WG (1997) *Differential diagnosis of oral and maxillofacial lesions 5e*. Mosby: 333-356.