

Đặc điểm hình ảnh của một số loại tổn thương dạng nang thường gặp ở xương hàm dưới trên phim X-quang

Visual characteristics of some common cystic lesions in the lower jaw on X-ray film

Lê Long Nghĩa, Trần Thị Mỹ Hạnh

Trường Đại học Y Hà Nội

Tóm tắt

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm hình ảnh của một số loại tổn thương dạng nang thường gặp ở xương hàm dưới trên phim X-quang. **Đối tượng và phương pháp:** Hồ sơ bệnh án của 79 bệnh nhân. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Các đặc điểm của nang thân răng là: Cấu trúc một buồng (95%), thấu quang đồng nhất, có đường viền cản quang (70%), dạng đa cung hoặc cong đều đặn, luôn kèm theo một răng ngầm (100%). U men có cấu trúc đơn buồng hoặc đa buồng, tuy nhiên chủ yếu là đa buồng (62,5%), hầu hết có kích thước lớn hơn 30mm (95,8%), thấu quang đồng nhất, thường có đường viền đa cung (79,2%). **Kết luận:** Ba loại tổn thương đều thấu quang đồng nhất, u men và nang thân răng chủ yếu ở góc hàm cạnh lên trong khi nang chân răng phân bố đều các vị trí răng.

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

Summary

Objective: Comment on visual characteristics of some common cystic lesions in the lower jaw on X-ray. **Subject and method:** Medical records of 79 patients. **Method:** Cross-sectional descriptive study. **Result:** The features of the cyst include: One-chamber (95%) structure, homogeneous lenses, contrast-enhanced (70%), polar or curved lines, always accompanied by an impacted tooth (100%). Ameloblastoma had single or multiple chamber structure, but mostly multi-chamber (62.5%), most of which were larger than 30mm (95.8%), homogeneous lenses, often multi-border outline (79.2%). **Conclusion:** Three types of lesions are uniformly transparent, the ameloblastoma and crown cysts are mainly at the angle of the jaw while the root cyst are uniformly distributed in the teeth areas.

Keywords: Root cyst, crown cyst, ameloblastoma.

1. Đặt vấn đề

□Ngày nhận bài: 28/9/2018, ngày chấp nhận đăng: 11/10/2018

Người phản hồi: Lê Long Nghĩa, Email: ngheia.lelong@gmail.com - Trường Đại học Y Hà Nội

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. 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 [1], [2]. 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 tiến hành nghiên cứu đề tài “Đặc điểm hình ảnh của một số loại tổn thương dạng nang thường gặp ở xương hàm dưới trên phim X-quang” với mục tiêu: *Nhận xét đặc điểm hình ảnh của một số loại tổn thương dạng nang thường gặp ở xương hàm dưới trên phim X-quang*.

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu là các hồ sơ bệnh (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 (BV RHM TW), 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 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 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, BV RHM TW trong khoảng thời gian từ ngày 01/01/2013 đến 31/12/2013 (tính theo ngày nhập viện), chọn ra tất 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 nghiên cứu

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

Bảng 1. Đặc điểm về vị trí

Vùng giải phẫu	Vùng cằm	Cành ngang	Góc hàm - cành lên	Lan rộng trên nhiều vùng giải phẫu	Tổng
Nang chân răng	7 29,2%	9 37,5%	5 20,8%	3 12,5%	24 100%
Nang thân răng	1 5,0%	3 15,0%	10 50,0%	6 30,0%	20 100%
U men	1 4,2%	4 8,3%	9 37,5%	10 41,7%	24 100%

Nang chân răng có sự phân bố về vị trí tương đối đồng đều giữa 3 vùng: Vùng cằm (29,2%), cành ngang (37,5%) và góc hàm - cành lên (20,8%). Sự khác biệt về tỷ lệ giữa 3 vùng này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Một nửa số nang thân răng nằm ở vùng góc hàm - cành lên (50%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). U men lan rộng trên nhiều vùng giải phẫu chiếm tỷ lệ cao nhất (41,7%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 2. Đặc điểm về cấu trúc

Cấu trúc	Một buồng	Đa buồng	p
Nang chân răng (n = 24)	19 79,2%	5 20,8%	$< 0,05$
Nang thân răng (n = 20)	17 85,0%	3 15,0%	$< 0,05$
U men (n = 24)	9 37,5%	15 62,5%	$> 0,05$

Tỷ lệ nang một buồng chiếm đa số đối với nang chân răng (79,2%) và nang thân răng (85%). Khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tỷ lệ u men có cấu đa buồng (62,5%) lớn hơn khối u một buồng. Tuy nhiên, khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3. Đặc điểm về mật độ thấu quang

Mật độ	Đồng nhất	Không đồng nhất	p
Nang chân răng (n = 24)	19 79,2%	5 20,8%	<0,05
Nang thân răng (n = 20)	19 95,0%	1 5,0%	<0,05
U men (n = 24)	21 87,5%	3 12,5%	<0,05

Theo bảng kết quả về mật độ của nang nhận thấy, ở cả 3 nhóm đều có tỷ lệ mật độ thấu quang đồng nhất cao hơn hẳn mật độ không đồng nhất. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở cả ba nhóm ($p < 0,05$).

(n = 24)	Bảng 4. Đặc điểm của đường viền			45,8%
Nang thân răng (n = 20)	9* 45%	11* 55%	14* 70,0%	6* 30,0%
U men (n = 24)	5** 20,8%	19** 79,2%	15* 62,5%	9* 37,5%

*: $p>0,05$; **: $p<0,05$.

Đối với nang chân răng và nang thân răng, tỷ lệ đường viền cong đều đặn và đa cung xấp xỉ bằng nhau ($p>0,05$). Tỷ lệ u men có đường viền đa cung chiếm đa số (79,2%), khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

4. Bàn luận

Đặc điểm hình ảnh ba loại tổn thương hay gặp nhất: Nang chân răng, nang thân răng và u men.

4.1. Nang chân răng

Theo Bảng 1, sự phân bố theo vị trí của nang chân răng khá đồng đều giữa các vùng mang răng của xương hàm dưới. Mặc dù vùng cạnh ngang có tỷ lệ cao hơn đôi chút, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Nang chân răng là một nang do răng có nguồn gốc viêm nhiễm và có thể xảy ra ở bất kỳ răng bệnh lý nào trên cung răng. 48% nang chân răng ở xương hàm dưới liên quan tới răng hàm lớn [3], như vậy khả năng xuất hiện của nang chân răng ở nhóm răng sau và nhóm răng trước của cung răng dưới không có sự chênh lệch đáng kể. Điều này thể hiện sự phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi về vị trí của nang chân răng.

Theo các kết quả thống kê trước đây, nang chân răng thường có kích thước nhỏ hơn 10mm [4], [5]. Tỷ lệ nang chân răng nhỏ hơn 10mm trong nghiên cứu của chúng tôi rất thấp, chiếm 8,3%. Kết quả này không phù hợp với các kết quả thống kê trước đây. Điều này cũng dễ lý giải, đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là các bệnh nhân được điều trị tại Khoa Phẫu thuật - Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội, nên các trường hợp nang chân răng kích thước nhỏ mặc dù rất phổ biến nhưng phần lớn đã được can thiệp tốt tại các cơ sở y tế răng hàm mặt thuộc

tuyến dưới hoặc thậm chí là các phòng khám răng hàm mặt. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, kích thước phổ biến của các trường hợp nang chân răng được điều trị tại bệnh viện là từ 10mm đến dưới 60mm, đặc biệt các nang có kích thước từ 10mm đến 30mm chiếm tỷ lệ cao nhất (50%). Nang càng lớn lại càng bị biến dạng, không còn giữ được đường viền cong đều đặn như ban đầu mà uốn lượn theo các cấu trúc cản trở nó. Theo một nghiên cứu năm 1985 [6], tỷ lệ nang chân răng có đường viền cong đều đặn là 88,2%, trong khi tỷ lệ đó theo nghiên cứu của chúng tôi là 58,3%. Sự chênh lệch về kích thước có thể là do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn nên tỷ lệ đưa ra không có tính đại diện cao. Tuy nhiên, sự chênh lệch khá lớn về tỷ lệ này có thể được giải thích một cách hợp lý hơn cả là do mối tương quan giữa kích thước và hình dạng đường viền nêu trên.

Theo Bảng 2 và 3, một tỷ lệ lớn nang chân răng có hình ảnh một khối thấu quang đồng nhất, một buồng. Về đặc điểm đường viền, theo Bảng 4, tỷ lệ nang chân răng có đường viền cong đều đặn, cản quang chiếm ưu thế hơn so với đường viền dạng đa cung và không cản quang.

Nang chân răng đạt kích thước lớn có thể đè đẩy hoặc gây tiêu chân răng [3]. Theo một nghiên cứu thống kê trên 306 trường hợp nang chân răng, tác giả Han Pyong Kim [6] đã rút ra kết luận tỷ lệ nang chân răng gây tiêu chân răng là 53,9% và đẩy lệch chân răng là 22,5%. Hai tỷ lệ này theo nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 12,5% và 29,2%. Có sự phù hợp tương đối giữa kết quả nghiên cứu của chúng tôi với kết quả của tác giả Han Pyong Kim về tỷ lệ đẩy lệch chân răng, tuy nhiên tỷ lệ gây tiêu chân răng lại có sự chênh lệch lớn. Khả năng gây tiêu chân răng của nang chân

răng là do nguồn gốc viêm nhiễm của nang. Sự có mặt của các yếu tố gây viêm trong dịch nang làm tiêu chân răng liên quan, như là một hậu quả của quá trình viêm nhiễm lâu ngày. Theo nghiên cứu năm 2000 của Laux M về hiện tượng tiêu chân răng của trong các tổn thương quanh chóp răng, kết quả tế bào học cho thấy 81% các trường hợp có tổn thương vùng chóp răng (bao gồm u hạt, nang chân răng, áp xe quanh chóp) có hiện tượng tiêu chân răng, trong khi đó hình ảnh X-quang chỉ phát hiện được tiêu chân răng ở 19% các trường hợp tổn thương rõ ràng nhất [7]. Sự chênh lệch giữa kết quả nghiên cứu của chúng tôi và kết quả của Han Pyong Kim không thể hiện sự khác biệt thực sự về tỷ lệ tổn thương giữa hai nhóm đối tượng nghiên cứu, mà có thể chỉ thể hiện sai số hệ thống dẫn đến sự dao động lớn của kết quả nghiên cứu.

4.2. Nang thân răng

Nang thân răng luôn đi kèm theo một răng mọc ngầm, vì vậy vị trí của nang tương ứng với vị trí của răng liên quan. Theo các nghiên cứu thống kê trước đây, 75% nang thân răng gặp ở xương hàm dưới và tỷ lệ gặp cao nhất là ở răng hàm lớn thứ ba, sau đó là răng hàm nhỏ thứ hai hàm dưới [8]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nang thân răng ở vùng góc hàm - cạnh lên chiếm tỷ lệ cao nhất (50%), theo sau đó là vùng cạnh ngang với tỷ lệ 15%. Hai vùng giải phẫu này tương ứng lần lượt với vị trí của răng hàm lớn thứ ba và răng hàm nhỏ thứ hai hàm dưới. Mặc dù không có sự liên quan thật sự chặt chẽ giữa vị trí của nang với răng nguyên nhân, kết quả này vẫn thể hiện một sự phù hợp nhất định.

Cũng như nang chân răng, đa số nang thân răng có cấu trúc một buồng (85%) và mật độ thấu quang đồng nhất (95%) (theo

Bảng 2 và 3). Đặc điểm đa buồng thường không gặp ở nang thân răng, nhưng lại gặp trong nghiên cứu của chúng tôi với một tỷ lệ đáng kể (15%, tương ứng với 3 trường hợp). Sự không phù hợp này cần một sự lý giải nằm ngoài phạm vi nghiên cứu của chúng tôi: Xác minh lại kết quả giải phẫu bệnh là việc cần thiết để chứng minh tỷ lệ thu được nói trên là đúng, các nghiên cứu với quy mô lớn hơn giúp tìm được tỷ lệ mang tính đại diện cao hơn.

Nang thân răng hình thành do sự dẫn rộng của khe giữa thân răng ngầm và túi mầm răng. Túi mầm răng vốn dĩ là đường viền cản quang bao quanh mầm răng quan sát rất rõ trên phim X-quang thường quy. Vì vậy, theo lý thuyết, nang thân răng cũng có đường viền cản quang. Đường viền cản quang này có thể bị mờ đi khó quan sát khi nang bị bội nhiễm. Tỷ lệ nang thân răng có đường viền cản quang theo Bảng 3 là 70%, chiếm đa số.

4.3. U men

Về vị trí, chỉ có 4,2% u men nằm ở vùng cằm (theo Bảng 1). Kết quả này khá phù hợp với kết quả nghiên cứu của Ueno và cộng sự năm 1986 trên 102 trường hợp u men: 97% u men nằm ở vùng răng hàm lớn. Cũng theo tác giả này, 62% u men lan tới vùng cạnh lên [9]. Tỷ lệ này không được nhắc tới cụ thể trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi, nhưng tỷ lệ u men ở vùng góc hàm cạnh lên là 37,5%, tỷ lệ u men lan rộng trên nhiều vùng giải phẫu là 41,7% gián tiếp cho thấy tỷ lệ u men lan tới vùng cạnh lên có thể nằm trong khoảng từ 40% đến 80%.

Theo Bảng 2 và 4, 62,5% u men có cấu trúc đa buồng và 79,2% u men có đường viền dạng đa cung, cho thấy độ đặc hiệu của đường viền đa cung trong chẩn đoán u men cao hơn so với cấu trúc đa buồng. Tuy nhiên, tính chất gợi ý đưa đến chẩn đoán u men của đặc điểm đường viền đa cung

thấp hơn so với đặc điểm cấu trúc đa buồng. Bằng chứng là trong tổng số 23 trường hợp có hình dạng đa buồng được ghi nhận trong nghiên cứu chúng tôi, có 15 trường hợp là u men (chiếm 65,2%), trong khi tỷ lệ này của hình dạng đa cung chỉ là 19/40 (47,5%).

U men có tính chất xâm lấn tại chỗ cao do sự phát triển của khối u, có thể đẩy phồng vỏ xương mạnh về cả hai phía và mang tính ngẫu nhiên. Nang thân răng tăng kích thước do áp lực thủy tĩnh trong lòng nang, thường đẩy phồng bản xương mỏng hơn là bản ngoài, có trường hợp đẩy phồng đồng đều cả hai phía và rất ít khi đẩy phồng vỏ xương về bản trong nhiều hơn [3]. Đây là đặc điểm giúp phân biệt u men với nang thân răng.

5. Kết luận

Nang chân răng phân bố tương đối đồng đều trên các vùng mang răng của xương hàm dưới, 41,7% nang này có kích thước lớn hơn 30mm. Đa số nang chân răng có cấu trúc một buồng (79,2%), thấu quang đồng nhất, đường viền cong đều đặn hoặc đa cung, cản quang hoặc không cản quang.

Nang thân răng phân bố chủ yếu ở vùng góc hàm - cạnh lên, 70% nang này có kích thước lớn hơn 30mm. Các đặc điểm phổ biến của nang thân răng là: Cấu trúc một buồng (95%), thấu quang đồng nhất, có đường viền cản quang (70%), dạng đa cung hoặc cong đều đặn, luôn kèm theo một răng ngầm (100%).

U men phân bố chủ yếu ở vùng góc hàm - cạnh lên. U men có thể có cấu trúc đơn buồng hoặc đa buồng, tuy nhiên chủ yếu là đa buồng (62,5%), hầu hết có kích thước lớn hơn 30mm (95,8%), thấu quang đồng nhất, thường có đường viền đa cung (79,2%), cản quang (62,5%), có thể liên quan với răng ngầm hoặc không.

Tài liệu tham khảo

1. Lê Văn Sơn (1981) *Nang xương hàm lớn do răng*. Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Nguyễn Hồng Lợi (1997) *Nang xương hàm do răng*. Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Robert PL, Olaf EL, Christoffel JN (1995) *Diagnostic imaging of the jaws*. Williams & Wilkins, London: 181-327.
4. Scholl RJ et al (1999) *Cysts and cystic lesions of the mandible: Clinical and radiologic-histopathologic review*. Radiographics 19: 1107-1124.
5. Goaz PW and White SC (1994) *Oral radiology: Principles and interpretation*. St Louis, Mo: Mosby - Year book.
6. Han PK and Sung YC (1985) *An Analysis of 306 radicular cysts*. Oral Radiology 1(1): 61-67.
7. Laux M et al (2000) *Apical inflammatory root resorption: a correlative radiographic and histological assessment*. Int Endod J 33: 483-493.
8. Larheim TA and Westesson PL (2006) *Maxillofacial imaging*. Springer: 1-20.
9. Ueno S et al (1986) *A clinicopathologic study of ameloblastoma*. J Oral Maxillofac Surg 44: 361-365.