

## PHÂN TÍCH LÂM SÀNG VÀ X-QUANG U NGUYÊN BÀO MEN

Phan Huỳnh An\*, Trần Công Chánh\*, Huỳnh Anh Lan\*\*, Nguyễn Thị Hồng\*\*

### TÓM TẮT

**Mở đầu:** U nguyên bào men là loại u do răng thường gặp ở Việt Nam. Việc chẩn đoán trước mổ quyết định cách thức điều trị và tiên lượng.

**Mục tiêu:** Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng và X-quang của u nguyên bào men để tăng khả năng chẩn đoán chính xác u nguyên bào men trước mổ.

**Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả và phân tích, qua hồi cứu 52 trường hợp u nguyên bào men tại Bệnh Viện Răng Hàm Mặt Trung Ương năm 2007 và 2008.

**Kết quả:** U nguyên bào men chiếm 30,8% các u ở xương hàm, và 6,6% các tổn thương ở hốc miệng có giải phẫu bệnh. U thường gặp nhất từ 20 đến 40 tuổi (46,2%). Tỷ lệ nam/nữ là 1,1/1. Đa số u xảy ra ở xương hàm dưới (90,4%), nhất là cạnh ngang vùng răng sau và góc hàm (71,2%). Lý do khiến bệnh nhân đi khám nhiều nhất là sưng mặt (94,2%). Phồng xương-biến dạng mặt là triệu chứng lâm sàng phổ biến (96,2%) và u thường có kích thước lớn hơn 5 cm (80,8%). Trên phim X-quang toàn cảnh, hình ảnh thấu quang chủ yếu là dạng nhiều hốc (75%), dạng một hốc ít gặp hơn (23,1%). Tỷ lệ tiêu ngót chân răng là 59,6%, nhiều nhất ở người dưới 20 tuổi (91,7%) ( $p < 0,05$ ). 36,5% u có răng ngầm, thường gặp trong u dạng một hốc (66,7%) và ở người dưới 20 tuổi (75%) ( $p < 0,05$ ). U dạng một hốc cũng có đặc điểm phổ biến ở vùng sau của hàm dưới, hủy xương nhiều và gây tiêu ngót chân răng như u dạng nhiều hốc ( $p > 0,05$ ).

**Kết luận:** Cần kết hợp phân tích lâm sàng với X quang để thu thập nhiều thông tin có thể giúp cho chẩn đoán trước mổ chính xác hơn, nhất là đối với u dạng một hốc.

**Từ khóa:** U nguyên bào men, chẩn đoán trước mổ, đặc điểm lâm sàng và X-quang của u nguyên bào men, xương hàm dưới, cạnh ngang vùng răng sau và góc hàm.

### ABSTRACT

#### A CLINICAL AND RADIOGRAPHIC ANALYSIS OF AMELOBLASTOMA

Phan Huynh An, Tran Cong Chanh, Huynh Anh Lan, Nguyen Thi Hong

\* Y Hoc TP. Ho Chi Minh \* Vol. 14 - Supplement of No 1- 2010: 274- 281

**Background:** Ameloblastoma is a common odontogenic tumor of the jaws in Vietnam. The preoperative diagnosis determines the treatment method and prognosis.

**Objectives:** To investigate the clinical and radiographic features of ameloblastoma and to increase the possibilities of the accurate preoperative diagnosis.

**Method:** A cross-sectional retrospective study was conducted on 52 new cases of ameloblastoma treated in the National Odonto-Stomatology Hospital in 2007 and 2008.

**Results:** The ameloblastoma prevalence was 30.8% among all tumors of the jaws, 6.6% among all biopsy cases of the oral cavity. Ameloblastoma was mostly found between 20 and 40 years old (46.2%). The male/ female ratio was 1.1/1. This lesion occurred predominantly in mandible (90.4%), the angle and molar-ramus areas were the most common sites. The chief complaint was swelling (94.2%). Enlarged bone and deformation of the face were typical symptoms (96.2%). The tumor size was often larger than 5 cm diameter (80.8%). On panoramic

\* Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương  
Địa chỉ liên hệ: BS. Phan Huỳnh Anh

\*\* Khoa Răng Hàm Mặt - Đại học Y Dược Tp.HCM  
ĐT: 0979173933 Email: anrhm03@gmail.com

*radiographs, multilocular appearance (75%) was more often observed than unilocular appearance (23.1%). Root resorption occurred in 59.6%, predominantly in patients younger than 20 years old (91.7%) ( $p < 0.05$ ). Impacted tooth was in 26.5%, more frequently associated with unilocular pattern (66.7%) and in patients younger than 20 years old (75%) ( $p < 0.05$ ). The common site usually in the posterior region of the mandible and radiographic features (much bone destruction, root resorption) of unilocular tumors were similar to multilocular tumors ( $p > 0.05$ ).*

**Conclusion:** *Clinical observations combined with radiographic analysis are recommended to lead to a nearly correct preoperative diagnosis, especially for unilocular ameloblastomas.*

**Keywords:** *Ameloblastoma, preoperative diagnosis, clinical and radiographic features of ameloblastoma. Mandible, angle and molar-ramus areas.*

## ĐẶT VẤN ĐỀ

U nguyên bào men là loại u do răng thường xảy ra ở vùng hàm mặt và khó phát hiện sớm<sup>(0,0)</sup>. Mặc dù lành tính, hiếm khi hóa ác và di căn, nhưng u có tính chất xâm lấn tại chỗ phá hủy không giới hạn, gây biến dạng vùng hàm mặt, và khả năng tái phát cao<sup>(0,0)</sup>. Việc chẩn đoán trước mổ quyết định hướng xử trí và ảnh hưởng đến tiên lượng. Nếu u có dạng thấu quang nhiều hốc điển hình thì thường chẩn đoán trước mổ là u nguyên bào men và điều trị mổ rộng để tránh tái phát, nhưng nếu u có dạng thấu quang một hốc thì thường phân vân hoặc chẩn đoán nhầm là nang và không có kế hoạch mổ rộng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành khảo sát phân tích một số đặc điểm lâm sàng và hình ảnh X-quang của u nguyên bào men nhằm các mục tiêu sau:

Mô tả các đặc điểm lâm sàng của u nguyên bào men về tỉ lệ, tuổi, giới tính, vị trí, thời gian phát hiện, lí do đến khám và triệu chứng lâm sàng phổ biến.

Mô tả các đặc điểm X-quang của u nguyên bào men về dạng u, kích thước u, tiêu ngót chân răng và răng ngầm.

Phân tích sự liên quan giữa các đặc điểm lâm sàng với X-quang nhằm làm tăng khả năng chẩn đoán u nguyên bào men và nhất là u nguyên bào men dạng một hốc.

## ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Mẫu nghiên cứu:** 52 bệnh nhân có chẩn đoán xác định dựa trên lâm sàng và giải phẫu bệnh là u nguyên bào men, được điều trị phẫu thuật tại

Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương từ 01/01/2007 đến 31/12/2008.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** không có chẩn đoán giải phẫu bệnh, kết quả giải phẫu bệnh không phải là u nguyên bào men, u nguyên bào men kết hợp với u khác, u nguyên bào men tái phát.

**Thiết kế nghiên cứu:** cắt ngang, mô tả và phân tích.

**Thu thập dữ liệu:** (1) Ghi nhận các ca ở xương hàm và hốc miệng đã có chẩn đoán giải phẫu bệnh. (2) Ghi nhận những dữ kiện lâm sàng và cận lâm sàng, chẩn đoán và điều trị từ các hồ sơ bệnh án. (3) Đọc phim toàn cảnh khảo sát tổn thương ở xương hàm, do 2 Bác sĩ đọc (chỉ số Kappa = 0,85).

**Xử lý dữ liệu:** nhập và xử lý dữ liệu bằng phần mềm SPSS 16.0. Phân tích sự liên quan bằng phép kiểm Chi bình phương, liên quan có ý nghĩa khi  $p < 0,05$ .

## KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

### Lâm sàng

Trong năm 2007 và 2008 tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương, có 783 ca tổn thương ở hốc miệng đã được sinh thiết và chẩn đoán xác định bằng giải phẫu bệnh, trong số này có 169 ca là u ở xương hàm. Như vậy, tỉ lệ u nguyên bào men trong tổng số các u ở xương hàm (không kể nang) là 30,8%, và trong các tổn thương ở hốc miệng là 6,6%.

**Bảng 1.** U nguyên bào men phân bố theo tuổi và giới tính

Tuổi	Nam		Nữ		Tổng		Giá trị p
	Số	%	Số	%	Số	%	

	ca		ca		ca		
< 20	4	33,3	8	66,7	12	23,1	0,297
20-40	13	54,2	11	45,8	24	46,2	
> 40	10	62,5	6	37,5	16	30,7	
Tổng	27	51,9	25	48,1	52	100	

U thường gặp nhất từ 20 tuổi đến 40 tuổi (46,2%) (bảng 1). Tuổi trung bình là 32,9 tuổi, nhỏ nhất là 11 tuổi, và lớn nhất là 66 tuổi.

Lý do đến khám thường gặp nhất là sưng mặt, chiếm 94,2%. Các lý do khác là đau, lung lay răng, nhổ răng không lành.

Đa số phát hiện và điều trị dưới 1 năm (57,7%) và từ 1 năm đến 2 năm (32,7%). Trẻ hơn, có 9,6% được chẩn đoán u sau 3 năm đến 10 năm. Thời gian phát hiện trung bình là 14,4 tháng ( $\pm 2$  tháng).

**Bảng 2.** Vị trí u nguyên bào men

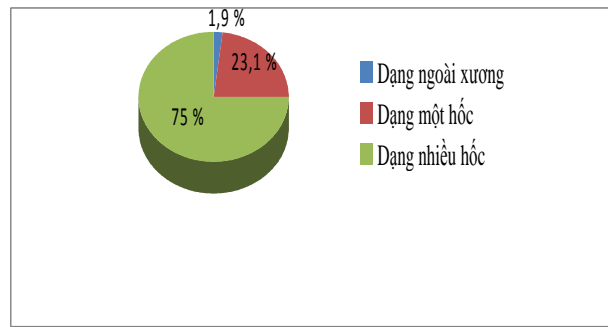
Vị trí	Số ca	Tỉ lệ %
Hàm trên	5	9,6
Cằm	2	3,8
Cành ngang hàm dưới (vùng răng sau)	3	5,9
Cành ngang và góc hàm	32	61,5
Góc hàm và cành lên	7	13,5
Cành ngang, góc hàm và cành lên	2	3,8
Nướu răng hàm dưới	1	1,9
Tổng cộng	52	100,0

**Bảng 3.** Các triệu chứng lâm sàng phổ biến của u nguyên bào men

Triệu chứng	Số ca	Tỉ lệ %
Không triệu chứng	0	0
Sưng mặt và lung lay răng	14	26,9
Sưng vùng mặt	11	21,2
Sưng mặt và đau	8	15,4
Sưng mặt, đau và lung lay răng	6	11,5
Sưng mặt và tê môi cằm	4	7,7
Sưng mặt, lung lay răng, tê môi cằm	3	5,8
Sưng mặt, đau, lung lay răng và dò mủ	3	5,8
Sưng mặt, đau và dò mủ	1	1,9
Đau và dò mủ	1	1,9
Ổ răng nhỏ không lành	1	1,9
Tổng cộng	52	100,0

Đa số u xảy ra ở hàm dưới (90,4%) (bảng 2) và có triệu chứng phồng xương-biến dạng mặt (96,2%) (bảng 3).

**Đặc điểm X-quang**



**Biểu đồ 1:** Phân bố các dạng u nguyên bào men

Phân loại 52 ca u nguyên bào men dựa trên X-quang (biểu đồ 1) như sau:

- Đa dạng nhiều hốc: 39 ca (75%), là dạng phổ biến nhất.
- Đa dạng một hốc: 12 ca (23,1%).
- Đa dạng ngoài xương (nướu răng): 1 ca (1,9%), không hủy xương.

Đánh giá kích thước u trên phim ghi nhận 10 ca (19,2%) dưới 5 cm, 29 ca (55,8%) có kích thước từ 5 cm đến 10 cm, và 13 ca (25%) có u lớn hơn 10 cm.

Đa số u biểu hiện hình ảnh thấu quang có đường viền cản quang uốn lượn (76,9%). Tiêu ngót chân răng khá phổ biến (59,6%). Răng ngầm gặp trong 19 ca (36,5%), chủ yếu răng số 8 (94,7%).

**Liên quan giữa lâm sàng và X-quang**

**Bảng 4.** Liên quan giữa đặc điểm X-quang với tuổi bệnh nhân

Đặc điểm X-quang	Tuổi bệnh nhân			Giá trị p
	<20 tuổi (n = 12) Số ca (%)	20-40 tuổi (n = 24) Số ca (%)	>40 tuổi (n = 16) Số ca (%)	
Dạng Ngoài xương Một hốc Nhiều hốc	0 (0,0) 4 (33,3) 8 (66,7)	0 (0,0) 5 (20,8) 19 (79,2)	1 (6,2) 3 (18,8) 12 (75,0)	<b>0,534</b>
Kích thước < 5cm 5-10cm > 10cm	2 (16,7) 6 (50,0) 4 (33,3)	3 (12,5) 13 (54,2) 8 (33,3)	5 (31,2) 10 (62,5) 1 (6,3)	<b>0,261</b>
Tiêu ngót chân răng Không	1 (8,3)	12 (50,0)	8 (50,0)	<b>0,036</b>

Có	11 (91,7)	12 (50,0)	8 (50,0)	
Răng ngàm				<b>0,001</b>
Không	3 (25,0)	15 (62,5)	15 (93,7)	
Có	9 (75,0)	9 (37,5)	1 (6,3)	

**Bảng 5.** Liên quan giữa các đặc điểm X-quang với vị trí u

Đặc điểm X-quang	Vị trí u nguyên bào men			Giá trị p
	Xương hàm trên (n =5) Số ca (%)	Xương hàm dưới (n = 46) Số ca (%)	Nướu răng hàm dưới (n = 1) Số ca (%)	
Dạng Ngoài xương	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	<b>0,000</b>
Một hốc	2 (40,0)	10 (21,7)	0 (0,0)	
Nhiều hốc	3 (60,0)	36 (78,3)	0 (0,0)	
Kích thước <5cm	4 (80,0)	6 (13,0)	0 (0,0)	<b>0,007</b>
5-10cm	1 (20,0)	27 (58,7)	1 (100,0)	
>10cm	0 (0,0)	13 (28,3)	0 (0,0)	
Tiêu ngót chân răng	5 (100,0)	15 (32,6)	1 (100,0)	<b>0,007</b>
Không	0 (0,0)	31 (67,4)	0 (0,0)	
Có				
Răng ngàm	5 (100,0)	27 (58,7)	1 (100,0)	<b>0,142</b>
Không	0 (0,0)	19 (41,3)	0 (0,0)	
Có				

**Bảng 6.** Liên quan giữa đặc điểm X-quang với triệu chứng lâm sàng phổ biến

Đặc điểm X-quang	Triệu chứng lâm sàng			
	Sưng mặt Số ca (%)	Đau Số ca (%)	Tê môi Số ca (%)	Răng lung lay Số ca (%)
Dạng Ngoài xương	1 (100,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Một hốc	11 (91,7)	4 (33,3)	1 (8,3)	7 (58,3)
Nhiều hốc	38 (97,4)	13 (33,3)	6 (15,4)	20 (51,3)
<b>Giá trị P</b>	0,648	0,382	0,759	0,526
Kích thước < 5cm	9 (90,0)	2 (20,0)	0 (0,0)	4 (40,0)
5-10cm	28 (96,6)	14 (48,3)	4 (13,8)	15 (51,7)
> 10cm	13 (100,0)	2 (15,4)	3 (23,1)	8 (61,5)
<b>Giá trị P</b>	0,459	0,065	0,274	0,591
Tiêu ngót chân răng				
Không	20 (95,2)	9 (42,9)	5 (23,8)	5 (23,8)
Có	30 (96,8)	9 (29,0)	2 (6,5)	22 (71,0)
<b>Giá trị P</b>	1,000	0,304	0,072	0,001

Răng ngàm				
Không	31 (93,9)	13 (39,4)	6 (18,2)	18 (54,5)
Có	19 (100,0)	5 (26,3)	1 (5,3)	9 (47,4)
<b>Giá trị P</b>	0,527	0,340	0,242	0,618

**Bảng 7.** So sánh u nguyên bào men xương hàm dạng một hốc và dạng nhiều hốc

Đặc điểm	Hình ảnh X-quang u nguyên bào men		Giá trị P
	U một hốc (n = 12) Số ca (%)	U nhiều hốc (n = 39) Số ca (%)	
Tuổi < 20	4 (33,3)	8 (20,5)	0,534
20-40	5 (41,7)	19 (48,7)	
> 40	3 (25,0)	12 (30,8)	
Giới tính Nam	6 (50,0)	21 (53,8)	0,561
Nữ	6 (50,0)	18 (46,2)	
Vị trí u Hàm trên	2 (16,7)	3 (7,7)	0,500
Hàm dưới	10 (83,3)	36 (92,3)	
Thời gian phát hiện < 1 năm	10 (83,3)	19 (48,7)	0,235
≥ 1 năm	2 (16,7)	20 (51,3)	
Triệu chứng Sưng mặt	11 (91,7)	38 (97,4)	0,648
Đau	4 (33,3)	13 (33,3)	0,382
Tê môi	1 (8,3)	6 (15,4)	0,759
Răng lung lay	7 (58,3)	20 (51,3)	0,526
Kích thước u < 5cm	4 (33,3)	6 (15,4)	0,376
5-10cm	7 (58,3)	21 (53,8)	
> 10cm	1 (8,4)	12 (30,8)	
Tiêu ngót chân răng	7 (58,3)	24 (61,5)	
Răng ngàm	8 (66,7)	11 (28,2)	<b>0,04</b>

Các điểm X-quang của u không khác biệt có ý nghĩa giữa nam và nữ ( $p > 0,05$ ). Liên quan có ý nghĩa ( $p < 0,05$ ) được tìm thấy giữa tuổi bệnh nhân với tiêu ngót chân răng, răng ngàm trong u (bảng 4), giữa vị trí u với dạng u và kích thước u trên phim X-quang, với tiêu ngót chân răng (bảng 5), giữa triệu chứng răng lung lay với sự tiêu ngót chân răng (bảng 6). Răng ngàm thường gặp trong u dạng một hốc hơn u dạng nhiều hốc ( $p < 0,05$ ) (bảng 7).

**BÀN LUẬN**

**Tỉ lệ u nguyên bào men**

U nguyên bào men là u biểu mô do răng lành tính phổ biến nhất trong các u ở xương hàm, chiếm 1% các u nang ở xương hàm nói chung<sup>(1,9)</sup>, và 11-13% các u do răng<sup>(12)</sup>. Tổng kết

tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương của Lâm Ngọc Ẩn (1976-1993) cho kết quả tỉ lệ 14,7% trong số các u lành tính ở xương hàm<sup>(5)</sup>. Thống kê 5.908 ca u ở xương hàm (1976-2000), Huỳnh Đại Hải xác định u nguyên bào men gặp trong 351 ca, chiếm 6% các u ở xương hàm<sup>(3)</sup>. Tuy nhiên, khảo sát trong hai năm gần đây (2007-2008), chúng tôi ghi nhận tỉ lệ cao hơn, chiếm 30,8% các u ở xương hàm. Có thể do nghiên cứu này chỉ tính những ca đã có chẩn đoán giải phẫu bệnh xác định u và không tính các nang ở xương hàm. Kết quả tương tự như một nghiên cứu trước đây tại Hà Nội ghi nhận tỉ lệ là 28,4% trong các u lành tính và ác tính ở xương hàm, và là 50,5% trong các u lành tính ở xương hàm<sup>(7)</sup>.

### **Tuổi và giới tính bệnh nhân u nguyên bào men**

Tuổi các bệnh nhân thay đổi từ 11 tuổi đến 66 tuổi. Tuổi trung bình tại thời điểm chẩn đoán là 33 tuổi, phù hợp với y văn trong khoảng 33 đến 39 tuổi<sup>(2,6,7)</sup>. Độ tuổi thường mắc bệnh nhất từ 20 đến 40 tuổi, tương tự các nghiên cứu khác<sup>(3,11)</sup>. U hiếm gặp ở trẻ em, chỉ chiếm 10%<sup>(6)</sup>. Tuy nhiên, chúng tôi nhận thấy có đến 23,1% dưới 20 tuổi. Nghiên cứu trước đây của Huỳnh Đại Hải cho thấy số bệnh nhân từ 1 đến 20 tuổi chiếm 18%<sup>(3)</sup>.

Các nghiên cứu đều nhận định không có sự khác biệt về giới tính đối với u này<sup>(10)</sup>. Tương tự, nghiên cứu này cũng cho kết quả tỉ lệ nam/nữ là 1,1/1.

Như vậy, có thể thấy rằng u nguyên bào men ở miền Nam Việt Nam có tuổi trung bình và độ tuổi thường mắc bệnh hiện nay vẫn không thay đổi và không khác so với thế giới, tuy nhiên u không quá hiếm gặp ở trẻ em như các nước khác. Điều này có ảnh hưởng đến việc chẩn đoán và điều trị.

### **Vị trí u nguyên bào men**

Đa số u xảy ra ở xương hàm dưới (90,4%), đặc biệt cạnh ngang vùng răng sau, góc hàm và cạnh lên (84,7%). Tỉ lệ u ở hàm trên là 9,6%, cũng

chủ yếu ở vùng răng sau. Nhận định này nhất quán ở các nghiên cứu<sup>(9)</sup>. Nhiều tác giả ghi nhận xương hàm dưới thường bị nhất (hơn 80%)<sup>(3,4,6,10)</sup>; và thường ở phần sau của xương hàm (61-75%)<sup>(6,11,12)</sup>, cụ thể là vùng răng sau hàm dưới-góc hàm<sup>(1,3,4)</sup> và thường liên quan cạnh lên<sup>(11,12)</sup>. U ở hàm dưới phổ biến dạng nhiều hốc (78,3%), thường lớn hơn 5cm (87%) và dễ gây tiêu ngót chân răng (67,4%) hơn u ở hàm trên ( $p < 0,05$ ).

U nguyên bào men ngoại vi (ngoài xương) khởi phát trong mô nướu răng, hiếm gặp, chiếm khoảng 2-10% các u nguyên bào men và có tuổi trung bình là 52,1 tuổi<sup>(9,11)</sup>. Nghiên cứu này chỉ gặp 1 ca (1,9%) ở nướu răng vùng răng sau hàm dưới nhưng không hủy xương hàm, trên một bệnh nhân nữ 51 tuổi.

### **Lý do đến khám và thời gian phát hiện bệnh**

Lý do khiến bệnh nhân đi khám nhiều nhất là sưng vùng mặt, chiếm 94,2%. Số ít còn lại đến khám do đau trong xương hàm, răng lung lay, nhổ răng không lành, bị dò mủ.

Mặc dù lành tính và thường được phát hiện trong 1-2 năm, nhưng khi đó u đã hủy xương nhiều, 78,8% đã có tổn thương từ hai vị trí trở lên. Điều này phản ánh đúng bản chất của u nguyên bào men, mặc dù không phải ác tính và không di căn nhưng là loại u có tính chất xâm lấn tại chỗ, u không có vỏ bao, sau khi đã làm vỡ vỏ xương u phát triển vào mô mềm xung quanh.

### **Triệu chứng lâm sàng phổ biến**

U nguyên bào men là loại u phát triển âm thầm khó phát hiện ở giai đoạn sớm. Khi người bệnh cảm nhận được sự sưng phồng xương hay mặt mất cân xứng thì u đã phát triển lớn. Triệu chứng phồng xương gây biến dạng mặt là phổ biến nhất, chiếm 96,2%; và thường kết hợp với triệu chứng khác như lung lay răng (50%), đau (36,5%), tê môi (13,4%), dò mủ (9,6%).

### **Đặc điểm X-quang của u nguyên bào men**

#### **Dạng u**

Kết quả cho thấy 75% có dạng nhiều hốc và 23,1% có dạng một hốc. Trong nghiên cứu của

Huỳnh Đại Hải, 65% u có dạng nhiều hốc và 35% là dạng một hốc<sup>(3)</sup>. Thật vậy, theo y văn, u nguyên bào men được mô tả điển hình là tổn thương thấu quang nhiều hốc (63-90%), trong khi u dạng một hốc ít gặp hơn (24-47%)<sup>(6,8)</sup>. Thấu quang một hốc thường có dạng tròn hay bầu dục. Thấu quang nhiều hốc thường cho hình ảnh dạng bọt xà phòng.

U nguyên bào men dạng nang là một thể loại của u nguyên bào men, thường là một bọc chứa dịch, ôm lấy chiếc răng ngầm (80%), chủ yếu gặp ở người trẻ, và thường chỉ cần điều trị bảo tồn lấy u do tỉ lệ tái phát 10 năm thấp (10%)<sup>(1,8,11)</sup>. Một điều cần lưu ý là dạng một hốc trên phim X-quang chưa chắc là u nguyên bào men dạng nang. Vì vậy, chẩn đoán u nguyên bào men dạng nang không thể chỉ dựa trên dạng thấu quang một hốc, mà phải dựa trên chẩn đoán mô bệnh học.

#### **Kích thước u**

Thực tế, đa số bệnh nhân đến khám vì sưng vùng mặt (94,2%), nhưng khi đó u đã hủy xương rất nhiều. 80,8% u lớn hơn 5 cm, mặc dù lành tính và thường được phát hiện dưới 2 năm.

#### **Tiêu ngót chân răng**

Tiêu ngót chân răng là một đặc điểm phổ biến của u nguyên bào men<sup>(12)</sup>. Nghiên cứu này ghi nhận tỉ lệ 59,6%. Sự tiêu ngót có thể xảy ra theo nhiều hướng và nhiều dạng khác nhau, nhưng dạng dao cắt khá điển hình. Một nghiên cứu trước đây ghi nhận tiêu ngót chân răng chiếm 81% trong 32 ca u nguyên bào men, 55% trong 20 ca nang thân răng, và 18% trong 33 ca nang nhiễm trùng<sup>(12)</sup>. Như vậy, sự tiêu ngót chân răng không phải luôn luôn thấy trong u nguyên bào men, nhưng sự xuất hiện của nó là một gợi ý có giá trị trong chẩn đoán, nhất là khi có hình ảnh dạng dao cắt.

Tiêu ngót chân răng xảy ra đến 91,7% ở người dưới 20 tuổi, nhưng chỉ gặp 50% ở người lớn. Có thể do u xuất hiện sớm, trong lúc răng vĩnh viễn mới tạo và đang mọc, thậm chí răng chưa đóng chóp, nên tiêu ngót chân răng là triệu

chúng rất phổ biến trong u nguyên bào men ở người trẻ.

Đa số (71%) các trường hợp bị tiêu ngót chân răng có triệu chứng lâm sàng răng lung lay. Đây có thể là lý do bệnh nhân đi nhổ răng, cho nên nha sĩ cần phải thận trọng cảnh giác chụp phim để phát hiện u ở xương hàm trước khi nhổ răng lung lay không có nguyên nhân nhiễm trùng rõ ràng.

#### **Răng ngầm**

Tỉ lệ răng ngầm trong u là 36,5%. Số lượng răng ngầm có thể thay đổi nhưng thường từ 1 đến 2 răng, hầu hết là răng số 8. Răng ngầm gặp trong 66,7% các u dạng một hốc, nhưng chỉ gặp trong 28,2% các u dạng nhiều hốc ( $p < 0,05$ ). Kết quả này phù hợp với y văn về tỉ lệ răng ngầm trong u nguyên bào men dạng một hốc (52-100%) cao hơn ở dạng nhiều hốc (15-40%)<sup>(8)</sup>. Điều này có thể hiểu do u nguyên bào men có thể xuất phát từ nang thân răng<sup>(6,9)</sup>.

Nghiên cứu tìm thấy sự liên quan có ý nghĩa giữa tuổi bệnh nhân với sự hiện diện răng ngầm ( $p < 0,05$ ). Tỉ lệ răng ngầm trong u là 75% ở nhóm dưới 20 tuổi, giảm còn 37,5% trong nhóm 20-40 tuổi và chỉ gặp 6,3% trong nhóm trên 40 tuổi. Có thể do u xảy ra sớm nên đã ảnh hưởng đến sự mọc răng, nhất là những răng mọc trễ. Kết quả này cũng gợi ý u nguyên bào men ở người trẻ có thể liên quan với một nang thân răng trước đó.

#### **Chẩn đoán u nguyên bào men trước mổ**

Chẩn đoán xác định u nguyên bào men dựa trên việc kết hợp các dấu chứng X-quang và mô bệnh học, nhưng thường thì chẩn đoán xác định hồi cứu hơn là tiền cứu.

U nguyên bào men là u do răng thường gặp nhất ở xương hàm, dạng nhiều hốc lại là dạng thường gặp nhất (75%) trong các u nguyên bào men. Chẩn đoán trước mổ u nhiều hốc là u nguyên bào men dựa trên xuất độ cao, các đặc điểm X-quang nổi bật là vị trí thường gặp ở hàm dưới vùng phía sau 34/39 ca (chiếm 87,2%), mức

độ hủy xương nhiều (84,6% trên 5 cm), thường gây tiêu ngót chân răng (61,5%).

U dạng một hốc không phải hiếm gặp, chiếm 23,1% các u nguyên bào men. U có hình ảnh X-quang thấu quang một hốc giống như nang nhưng chẩn đoán mô bệnh học xác định là u nguyên bào men. Đa số có răng ngầm trong u (66,7%) và thường xảy ra ở người trẻ. Những đặc điểm này làm dễ chẩn đoán nhầm là nang do răng, nhất là nang thân răng.

Tuy nhiên, cho dù u một hốc hay u nhiều hốc thì vẫn có những đặc điểm lâm sàng và X-quang phản ánh thái độ xâm lấn của một u nguyên bào men mà nang và những búi lạnh tính khác trong xương hàm không có. Kết quả nghiên cứu này cho thấy các đặc điểm lâm sàng về vị trí u, thời gian phát hiện, triệu chứng sưng mặt, đau, tê môi, lung lay răng; các đặc điểm X-quang về kích thước u, tiêu ngót chân răng không khác biệt có nghĩa giữa u dạng một hốc và u dạng nhiều hốc ( $p > 0,05$ ).

Như vậy, nên cảnh giác chẩn đoán trước mổ là u nguyên bào men đối với một tổn thương thấu quang dạng một hốc có giới hạn rõ trong xương hàm khi thấy có một hay nhiều đặc điểm sau:

(1) Vị trí hàm dưới ở cạnh ngang vùng răng sau, góc hàm và cạnh lên. Thậm chí Cawson<sup>(1)</sup> đã đề nghị bất kỳ hình ảnh thấu quang nào trong góc hàm nên nghĩ nhiều đến u nguyên bào men cho đến khi có chẩn đoán xác định bằng giải phẫu bệnh.

(2) Thời gian phát hiện dưới 1 năm (83,3%) nhưng đã hủy xương nhiều.

(3) Mức độ hủy xương nhiều (66,7% trên 5cm).

(4) Tiêu ngót chân răng nhưng không có nguyên nhân do răng (58,3% các u dạng một hốc).

Nếu sau khi đã khảo sát lâm sàng và X-quang mà vẫn nghi ngờ chẩn đoán u nguyên bào men đối với tổn thương thấu quang một hốc, nhất là ở người trẻ, nên thực hiện sinh

thiết.

## KẾT LUẬN

U nguyên bào men là loại u do răng thường gặp ở Việt Nam. U phổ biến ở người trẻ và ở xương hàm dưới, thường gây phòng xương và biến dạng mặt, biểu hiện hình ảnh X-quang thấu quang dạng nhiều hốc, có thể dạng một hốc. Thường có sự liên quan giữa một số yếu tố lâm sàng như tuổi, vị trí u với một số đặc điểm X-quang như dạng u, kích thước u, tiêu ngót chân răng, răng ngầm trong u. Sự phối hợp giữa các yếu tố lâm sàng và X-quang để có nhiều thông tin có thể giúp chẩn đoán trước mổ chính xác hơn và quyết định điều trị đúng, nhất là đối với u dạng một hốc.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cawson R.A., Odell E.W., Proter S. (2002). Essentials of oral pathology and oral medicine, 7th edition, Churchill Livingstone, Elsevier.
2. Hong J., Yun P.-Y., Myoung H, Suh J.-D., Seo J.-H., Choung P.-H. (2007). Long-term follow up on recurrence of 305 ameloblastoma cases, *Int J Oral Maxillofac Surg* 36: 283-288.
3. Huỳnh Đại Hải (2001). U nguyên bào men qua hồi cứu 351 bệnh án tại Viện Răng Hàm Mặt Tp.HCM từ 1976 đến 4/2000. Luận án chuyên khoa II Đại học Y Dược Tp.HCM.
4. Kim S.-G., Jang H.-S. (2001). Ameloblastoma: A clinical, radiographic, and histopathologic analysis of 71 cases, *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endol* 91: 649-653.
5. Lâm Ngọc Ẩn, Bùi Hữu Lâm (1994). U men xương hàm tại miền Nam Việt Nam: Phương pháp điều trị. Kỷ yếu công trình khoa học 1975-1993 Viện Răng Hàm Mặt, tr. 207-216.
6. Neville B.W., Damm D.D., Allen C.M., Bouquot J.E. (2004). *Oral and maxillofacial pathology*, 2nd edition, Saunders, Elsevier.
7. Nguyễn Văn Thụ (1995). Lâm sàng hàm mặt. Viện Răng Hàm Mặt Tp. Hồ Chí Minh.
8. Philipsen H.P., Reichart P.A. (1998). Unicystic ameloblastoma. A review of 193 cases from the literature. *Oral Oncol* 34: 317-325.
9. Philipsen H.P., Reichart P.A., Nikai H., Takata T., Kudo Y. (2001). Peripheral ameloblastoma: biological profile based on 160 cases from the literature. *Oral Oncol* 37: 17-27.
10. Regezi J.A., Sciubba J.J., Jordan R.C.K. (2003). *Oral pathology: Clinical pathologic correlations*, 4th edition, Saunders.
11. Sapp J.P., Eversole L.R., Wysocki G.P. (2004). *Contemporary oral and maxillofacial pathology*, 2nd edition, Mosby.
12. Wood N.K., Goaz P.W. (2007). *Differential diagnosis of oral and maxillofacial lesions*, 5th edition, Mosby, Elsevier.



