NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH X QUANG VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NANG THÂN RĂNG

ĐOÀN THANH TÙNG, LÊ VĂN SƠN
Trường đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, X quang và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật nang thân răng. Đối tượng: bệnh nhân được khám, chẩn đoán là nang thân răng ở xương hàm và được điều trị tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội từ 8/2010-8/2011. Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu, mô tả và can thiệp lâm sàng có theo dõi kết quả. Kết quả nghiên cứu: Trong tổng số 33 bệnh nhân với 45 nang, có 5 trường hợp đa nang (15%), kích thước nang thường dưới 5 cm đường kính (87%) và đa số nang có gây phồng bản xương (89%). Nang gặp ở răng khôn chiếm tỉ lệ cao nhất (35%) sau đó đến răng nanh (31%), răng hàm lớn (11%), răng hàm nhỏ (9%), răng cửa (7%) và răng thừa ngầm (7%). Đa số nang ở dạng đơn buồng (82%) và thể trung tâm (71%). Thể quanh chu vi là 1 thể hiếm gặp nhưng trong nghiên cứu này chiếm tới 9%. Hầu hết nang không gây tiêu chân răng lân cận (91%). Kết quả phẫu thuật gần: kết quả tốt chiếm 76 %, trung bình chiếm 21%, kết quả xấu (3%), kết quả phẫu thuật xa: Tỉ lệ kết quả tốt là 93%, 7% kết quả trung bình. 100% khỏi, không tái phát sau 6 tháng theo dõi.

SUMMARY

Objective: to assess the clinical features, x-ray characteristics and surgical outcome of dentigerous cysts (DCs)

Subjects and methods: 33 patients diagnosed with dentigerous cysts of the jaws and treated by surgical methods at National Hospital of Odonto- Stomatology from August 2010 to August 2011 were included in this study. We conducted a prospective, descriptive and clinical follow up study.

Results and conclusions: In 33 patients with 45 cysts, we found that there are 5 cases of multiple DCs, 87 % of the cases has less than 5 cm in diameter, and most of cysts caused cortical expansion by 89 %. The majority (35 %) of cysts located in third molars, follow by canines (31%), molars (11%), pre molar (9%), incisors (7%) and supernumerary teeth (7%). About the x-ray characteristics, 82% of cysts had unilocular form and 71% of cysts were central variety. Proportion of involved root erosion was 9%. In the final outcome of surgical treatment, 100% of cysts were enucleated successfully and no one was recurrent.

Keywords: *dentigerous cyst, follicular cyst, odontogenic cyst*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nang thân răng (NTR) là một loại nang xương hàm phổ biến hay gặp trên lâm sàng, xếp thứ hai trong các loại nang do răng

Mặc dù là một loại nang lành tính, tiến triển chậm nhưng thường ít có biểu hiện trên lâm sàng, nếu không được phát hiện sớm và điều trị kịp thời có thể gây ra các biến chứng nguy hiểm như nhiễm trùng lan rộng, biến dạng mặt, gãy xương bệnh lý, rối loạn cảm giác…

Mặc dù triệu chứng và hình ảnh X quang khá điển hình nhưng để chẩn đoán Xác định cần có kết quả giải phẫu bệnh thì mới có phương pháp điều trị đúng đắn vì đôi khi dễ nhầm lẫn với một số tổn thương khác như u men, nang răng sừng hóa… có tính chất xâm lấn và tái phát cao.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với 2 mục tiêu:

Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh X quang NTR

Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật trong điều trị NTR.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng

Nghiên cứu thực hiện trên 33 bệnh nhân được khám và chẩn đoán là nang thân răng ở xương hàm được điều trị tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội (RHM TƯ) từ 8/2010 đến 8/2011.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là nang thân răng qua lâm sàng, X quang và giải phẫu bệnh, có đầy đủ hồ sơ bệnh án và được phẫu thuật tại bệnh viện RHM TƯ Hà Nội.
- Bệnh nhân đồng ý và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Những trường hợp không thỏa mãn các tiêu chuẩn trên

2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu lâm sàng mở không đối chứng với hình thức tiến cứu.

Các bước tiến hành nghiên cứu

(1) Khám bệnh nhân, ghi nhân các đặc điểm lâm sàng, X quang. (2) Điều trị: 1 trong 2 phương pháp là bóc nang hoặc mở thông nang. (3) Theo dõi kết quả điều trị sau 1 tuần và 3 tháng

Xử lý số liệu:Số liệu được làm sạch, mã hóa và nhập bằng phần mềm Epidata 3.1. Phân tích bằng phần mềm SPSS 16.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trên cơ sở bệnh nhân tự nguyện tham gia, thông tin của bệnh nhân được giữ bí mật, không sao chép hoặc bịa số liệu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh X quang NTR

Trong tổng số 33 BN (23 nam và 10 nữ), tuổi thấp nhất là 4 tuổi và cao nhất là 71 tuổi. Trong đó bệnh chủ yếu gặp ở người trẻ, dưới 30 tuổi (66%) và chỉ có 10% gặp trên 50 tuổi.

Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng NTR

Đặc điểm lâm sàng		N	%
Số lượng nang	Đơn nang	28	85
	Đa nang	5	15
Kích thước nang	<3 cm	21	47
	3-5 cm	18	40
	>5 cm	6	13
Tình trạng nhiễm trùng	Có	25	55,5
	Không	20	45,5
Gây phồng vỏ xương	Có	40	89
	Không	5	11

Trong nghiên cứu đáng chú ý là có 5 BN (15%) có từ 2 nang đến 6 nang thân răng cùng 1 thời điểm. Chính vì thế dù có 33 BN nhưng số lượng nang lên đến 45 chiếc. Kích thước nang thường dưới 5 cm đường kính (87%) và đa số nang có gây phồng bản xương (89%)

Bảng 2. Phân bố nang thân răng theo từng nhóm răng

Số lượng và tỷ lệ	Răng khôn	Răng nanh	Răng hàm lớn	Răng hàm nhỏ	Răng cửa	Răng thừa	Tổng
n	16	14	5	4	3	3	45
%	35	31	11	9	7	7	100

Nang gặp ở răng khôn chiếm tỉ lệ cao nhất (35%) sau đó đến răng nanh (31%), răng hàm lớn (11%) và răng hàm nhỏ (9%)

Bảng 3. Số buồng, hình dạng nang và tình trạng tiêu chân răng lân cận trên X quang

Đặc điểm X quang		n	%
Số lượng buồng	Đơn buồng	37	82
	Đa vòng	8	18
Hình dạng nang	Thể trung tâm	32	71
	Thể bên	9	20
	Thể quanh chu vi	4	9
Tiêu chân răng lân cận	Có	4	9
	Không	41	91

Đa số nang ở dạng đơn buồng (82%) và thể trung tâm (71%). Thể quanh chu vi là 1 thể hiếm gặp nhưng trong nghiên cứu này chiếm tới 9%. Hầu hết nang không gây tiêu chân răng lân cận (91%)

2. Kết quả điều trị

Bảng 4. Phân bố bệnh nhân theo phương pháp điều trị

Phương pháp	Số trường hợp	Tỉ lệ (%)
Bóc tách lấy bỏ nang, răng ngầm	32	97
Mở thông nang	1	3
Tổng số	33	100

Trong 33 ca chỉ có 1 trường hợp được điều trị bằng phương pháp mở thông, còn lại đều được bóc tách lấy bỏ nang và răng ngầm.

Theo dõi kết quả phẫu thuật:

- Kết quả phẫu thuật gần (1 tuần sau mổ): kết quả tốt chiếm 76 %, trung bình chiếm 21% nằm ở 6 BN có biến chứng sớm là sưng nề và tê bì sau mổ. 1 trường hợp kết quả xấu (3%) do có biến chứng nhiễm trùng sau mổ.

- Kết quả phẫu thuật xa (6 tháng sau mổ): Tỉ lệ kết quả tốt là 93%, còn lại là 7% kết quả trung bình tương đương 2 ca trong đó 1 trường hợp tê bì, 1 trường hợp vẫn dò dịch rỉ viêm. Không có trường hợp nào tái phát nang (100%)

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng, X quang

Số bệnh nhân nam là 23 ca chiếm 69,7% cao hơn nữ chỉ có 10 ca chiếm 30,3 %. Tỷ lệ Nam/Nữ = 2,3 điều này được giải thích bởi tỉ lệ nam bị răng ngầm cao hơn nữ, có lẽ đây là yếu tố góp phần làm tỷ lệ NTR ở nam cao hơn nữ. BN nang thân răng rải khắp các lứa tuổi, nhỏ nhất là 4 và lớn nhất là 71, tuổi trung bình là 25,15. Trong đó lứa tuổi < 15 gặp nang chiếm tỉ lệ cao nhất 42%. Có sự trội lên của nhóm BN trẻ em lứa tuổi < 15 trong nghiên cứu của chúng tôi có thể được giải thích là do đây là lứa tuổi có hàm răng hỗn hợp,có nhiều thay đổi trong sự phát triển tăng trưởng xương hàm và mọc răng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 5 bệnh nhân đa nang chiếm tỉ lệ 15%. Đặc biệt là trường hợp BN 12 tuổi có tới 6 nang thân răng và rải rác trên cả 4 cung răng. Đây có thể coi là 1 trường hợp hiếm gặp trên thế giới. Freitas và cộng sự (2006) khi thống kê lại trong y văn phát hiện ra rằng tính từ năm 1947 đến 2006 trên thế giới mới có 18 báo cáo về trường hợp đa nang thân răng. Nhưng tác giả cũng nhấn mạnh rằng chưa hề có báo cáo nào có trường hợp đa nang mà gặp ở cả 4 góc phần tư hai hàm.

Đa số các nang đều có gây phồng xương sờ thấy trên lâm sàng, chiếm 40 nang (89%). Trong 40 nang có phồng xương thì có 31 nang phồng 1 bản chiếm tỉ lệ 77,5% cao gấp 3,4 lần số nang phồng 2 bản 22,5%). Điều này đúng với cơ chế tiêu xương của NTR chủ yếu là do tăng áp lực thủy tĩnh trong lòng nang, vì thế nang thường có xu hướng phát triển to ra về phía bản xương mỏng hơn. Số nang có triệu chứng nhiễm trùng

có 25 chiếc trên tổng số 45, chiếm 55,5 %. Kích thước càng lớn thì tỉ lệ biểu hiện nhiễm trùng khi thăm khám lâm sàng càng cao.

Về vị trí phân bố của nang theo răng nguyên nhân: Mức độ phổ biến của nang giảm dần từ răng khôn hàm dưới và răng nanh hàm trên (9/45), răng khôn hàm trên (7/45), răng nanh hàm dưới (5/45) răng hàm lớn hàm dưới rồi đến răng thừa ngầm. So với các nghiên cứu khác chúng tôi thấy tất cả các nghiên cứu đều chỉ ra rằng răng khôn hàm dưới là hay gặp nang thân răng nhất. Điều này rất dễ hiểu bởi răng khôn hàm dưới là răng hay mọc ngầm, kẹt nhất.

Về đặc điểm X quang: Hình dạng nang trên phim X quang có 2 dạng là đơn buồng (82,2%) và đa vòng (17,8%). Kết quả trên của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Ali H.Murad (2001) trên 30 BN thấy 80% nang dạng đơn buồng. Trên phim panorama và CT thấy tỉ lệ nang gây tiêu chân răng lân cận chỉ có 4 /45 nang chiếm 8,9%. Tỉ lệ này thấp hơn nhiều so với kết quả của Ali H.Murad (2001) tỉ lệ NTR gây tiêu chân răng lân cận là 26.67%, của Shear và Shuther (1976) tỉ lệ tiêu chân răng lân cận là 55%.

2. Kết quả điều trị:

Tỷ lệ thành công của cả 2 phương pháp đều là 100% cũng dễ hiểu bởi nang có nguyên nhân do răng ngầm, khi phẫu thuật lấy bỏ răng ngầm đi thì sẽ không còn khả năng tái phát. Tuy nhiên, vẫn có thể có 1 số biến chứng như: tổn thương thần kinh gây tê bì, rối loạn cảm giác, nhiễm trùng sau mổ.

KẾT LUẬN

Vị trí phân bố của NTR hay gặp nhất ở răng khôn HD và răng nanh hàm trên, sau đó đến răng hàm lớn và răng hàm nhỏ.Đa số NTR gây phồng 1 bản xương (77,5 %). Hình dạng tổn thương trên X quang đa số là dạng đơn buồng (82,2%), dạng đa vòng chiếm 17,8%, không gặp dạng đa buồng. Chỉ có 8,9% số nang gây tiêu chân răng lân cận và đặc tính này không liên quan đến kích thước nang.

Phương pháp điều trị NTR là phẫu thuật, với tỷ lệ thành công lên đến 100% theo tiêu chí là không có tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Răng Hàm Mặt (1979), *Răng Hàm Mặt*, tập II, Trường Đại học Y Hà Nội, Nhà Xuất bản Y học, tr. 106 - 110.

2. Lê Văn Sơn (1980) *Nang Xương hàm lớn do răng*, Luận văn tốt nghiệp nội trú ĐHYK Hà Nội, tr 4-23.

3. Ali H.Murad (2001), "Dentigerous cyst: A review of 37 cases", *Priory Medical Journals*, 34, pp. 256-63.

4. Neville B.W, Damm D.D, Allen C.M, Buoquot J.E, (2002), *Oral and MaXillofacial Pathology*, Saunders, pp. 611 - 619.

5. Zdenko Sarac., Irina Filipovic-Zore. (2010), "Follicular Jaw Cysts*", Coll.Antropol,* 34, pp. 215-219.

6. Langlais R.P, Langland O.E, Nórtjé C.J, (199*5), Diagnostic imaging of the Jaw*, William & Wilkins, pp. 338-347.

7. Mervyn Shear, Paul Speight, (2006), *Cyst of the oral and maXillofacial region*, Blackwell Publishing, pp. 59-75.