

# **NANG XU'ONG HÀM**

**TS.BSCK2.Lê Đức Tuấn**

## 1. Nguyên nhân

Nang răng thường do NT chân răng gây nên bao gồm răng viêm do hoại tử trầm trọng. Túi hoại tử giải phóng độc tố tại chóp răng dẫn đến VQC (periapical). Quá trình viêm này dẫn đến hình thành viêm phản ứng tổ chức được gọi là u hạt quanh cuống ([periapical granuloma](#)) xa hơn nữa là kích thích sự hoại tử và phá hủy các tế bào biểu mô Malassez còn sót lại ở dây chằng quanh răng, dẫn đến hình thành nang, nang có thể bị viêm hoặc không (biểu mô bị hoại tử và u hạt trở thành một nang).

Các tổn thương này có thể phát triển thành một nang lớn, đè ép vào xương gây tiêu xương. Những độc tố được giải phóng ra từ tổ chức hạt là một trong những nguyên nhân gây tiêu hủy xương.

Những nang này không phải là một khối u thực thụ

## 2. Các dấu hiệu lâm sàng

Sự bành trướng của nang gây xói mòn sàn của xương, xoang hàm.

Ngay khi nó xâm nhập vào xoang hàm (maxillary antrum) quá trình bành trướng bắt đầu xuất hiện nhanh hơn bởi vì đây là một khoang có thể bành trướng được. Chọc vào răng bị viêm sẽ gây đau nhói. Điều này gần như chắc chắn chẩn đoán tửy răng bị viêm.

Hình ảnh phim Xquang gần như có khả năng phân biệt u hạt từ nang.

Nếu tổn thương lớn, nó giống một cái nang hơn. Xquang cả u hạt và nang không cản quang (radiolucent, thấu quang) và liên quan với chóp răng bị chết.

Nang là một túi của tổ chức, có chứa dịch hoặc các chất mềm trong đó.

Nang có thể lan rộng ra tổ chức gồm mắt, miệng, hàm. Thi thoảng hình thành quanh hoặc cạnh răng được gọi là nang răng.

Nang là một phản ứng của cơ thể với hoàn cảnh và thường phát triển chậm. Chúng có thể vô trùng hoặc nhiễm trùng.

Nang răng có thể hình thành tại chóp chân răng chết (tip of the roots of dead teeth). Chúng cũng có thể hình thành quanh thân hoặc chân răng ngầm (crowns or roots of buried teeth). Hầu hết các nang hình thành đều liên quan tới các răng bị chết (do chấn thương hoặc nhiễm trùng). Một số khác hình thành do lạc chỗ phát triển răng (bao gồm cả không có khả năng mọc đúng trong miệng). Hiếm khi nang răng là một phần của hội chứng di truyền hoặc hội chứng khác (ví dụ hội chứng Gorlin).

Bất kì một răng nào cũng có thể phát triển thành nang răng. Hầu hết mọi người chỉ có một nang răng tại thời điểm kiểm tra. Nhưng một vài người dễ bị hơn vì điều kiện răng của họ như vậy hoặc do di truyền, nang răng như là một phần tất yếu của họ.

### 3. Tiến triển

Nang răng có thể gây nên nhiều vấn đề nhưng đôi khi vẫn không phát hiện ra trong nhiều tháng hoặc thậm trí nhiều năm:

Những vấn đề có thể gây ra khi:

- Chúng trở nên bị nhiễm trùng (gây đau và sưng).
- Chúng xâm lấn chậm một vài tổ chức xương (chúng làm yếu xương hàm).
- Chúng ép trở lại răng và các cấu trúc khác.
- Chúng ngăn cản chức năng bình thường của răng trong miệng.

Có thể phát hiện ra nang răng khi nó bị nhiễm trùng (an abscess) hoặc khi chụp Xquang răng hoặc xương hàm: thấy nang là một vùng tối (hốc). Một vài người bị phát hiện ra nang răng khi xương hàm bị gãy sau chấn thương (do xương hàm bị yếu đi do nang).

#### **4. Phân biệt giữa nang răng và abscess răng:**

Abscess là viêm tại chỗ cấp tính. Chúng thường liên quan tới đau cấp tính (đau rất nhiều), sưng (lợi thậm chí cả mặt và má) đôi khi có mùi, vị khó chịu trong miệng. Abscess có thể hình thành ở cạnh hoặc gần nang răng, là nơi ở đó sự lẫn lộn có thể xảy ra.

Nang răng không liên quan đến nhiễm trùng và có thể phát triển chậm trong nhiều tháng thậm trí nhiều năm không có bất kì triệu chứng nào.

Răng vẫn còn sống hiếm khi nang phát triển cạnh chúng. Nếu thần kinh răng chết (hậu quả của chấn thương hoặc nhiễm trùng) sẽ phải lấy bỏ thần kinh và hàn kín buồng tủy và chân răng để nó không thể bị nhiễm trùng. Tổ chức cạnh chân răng sẽ không bị kích thích hình thành nang (hoặc abscess).

## **5. Các thể lâm sàng**

### **5.1. Nang xương hàm do chất tạo men răng (Odontogenic Mandibular Cysts)**

Nang tạo men răng được xác định khi các cấu trúc được lót biểu mô được cho là đến từ biểu mô tạo men răng. Hầu hết nang tạo men được xác định bằng các dấu hiệu tại chỗ hơn là dấu hiệu mô bệnh học (histologic).

## 5.2. Nang quanh cuống (Periapical cyst)

Nang quanh cuống (a periapical or radicular cyst) là một nang tạo men răng thông thường nhất. Nguyên nhân thường xuyên là do răng bị nhiễm trùng dẫn đến hoại tử. Độc tố thoát ra khỏi cuống răng dẫn đến viêm quanh cuống. Quá trình viêm kích thích các tế bào biểu mô Malassez còn lại (được thấy ở dây chằng quanh răng), dẫn đến hình thành tổ chức hạt (granuloma) quanh cuống răng có thể bị nhiễm trùng hoặc không. Cuối cùng tổ chức biểu mô này bị hoại tử do thiếu cung cấp máu và tổ chức hạt hình thành nang. Tổn thương thường xuyên không được phát hiện trên lâm sàng khi nó nhỏ, nhưng thường phát hiện do tình cờ chụp film.

Trên phim Xquang không thể chẩn đoán phân biệt giữa u hạt và nang, mặc dù có người nói rằng nếu tổn thương lớn, nó giống như một nang. Cả hai cho thấy tổn thương không cản quang liên quan với chóp của răng chết tủy. Đôi khi những tổn thương này trở thành khá lớn bởi vì chúng tăng trưởng đủ để tạo áp lực. Tuy nhiên, các u hạt và nang không thuộc khối u (not neoplastic)

Dưới kính hiển vi, biểu mô là biểu mô vảy không xác định phân tầng không có keratin. Những thay đổi viêm có thể quan sát thấy ở thành của nang và những thay đổi này quay trở lại có thể dẫn đến thay đổi biểu mô (ví dụ, loét, teo, tăng sản). Những tổn thương viêm đặc biệt, có thể thấy những đường nứt cholesterol và/hoặc các đại thực bào dạng bọt (foamy macrophages).

Rất nhiều quan điểm điều trị tồn tại vì những nang như vậy. Rất nhiều nang được giải quyết việc điều trị nội nha. Những tổn thương như vậy sẽ phải được theo dõi trên phim Xquang để đảm bảo chắc chắn không tái phát. Những tổn thương điều trị không kết quả sẽ phải phẫu thuật lấy bỏ và xét nghiệm mô bệnh học (histopathologically examined). Mặc dù các nang phát sinh từ biểu mô còn sót lại ở tuổi trưởng thành (a mature resting epithelium) và có thể xảy ra ung thư tế bào vảy đôi khi có thể phát sinh từ nang cuống, vì vậy cần xét nghiệm mô bệnh học tất cả các tổ chức được lấy bỏ.

### 5.3. Nang răng ngầm (dentigerous cyst)

Nang tạo men răng thông thường đứng thứ 2 là nang răng ngầm, chúng phát triển trong một cái nang răng bình thường (dental follicle) xung quanh một răng ngầm (unerupted tooth). Nang răng ngầm không được cho là một khối u. Nó thường được thấy ở vùng nơi không thấy răng mọc là: răng thứ 3 hàm trên, hàm dưới, và răng nanh hàm trên tùy từng mức độ.

Những nang này có thể phát triển rất lớn và có thể làm lung lay răng nhưng thường thì chúng nhỏ. Hầu hết các nang răng ngầm không có triệu chứng, chúng thường bị phát hiện khi chụp phim Xquang răng.

Thường thấy trên phim một vùng không cản quang ranh giới rõ (a well-demarcated radiolucent lesion) cố định tại góc nhọn vùng cổ răng ngầm. Bờ viền của tổn thương này có cản quang. Sự khác nhau về hình ảnh Xquang giữa một nang răng ngầm và một nang răng bình thường dựa trên kích thước đơn thuần. Tuy nhiên về mặt mô học, thấy dễ phân biệt hơn nhờ vào kích thước. Nang răng ngầm được lót bởi một lớp biểu mô men răng thiếu sản. Trong khi nang răng được lót bởi biểu mô vảy không keratin dạng phân tầng (a stratified squamous nonkeratinizing epithelium). Có thể thấy loạn dưỡng calci và các đám tế bào nhầy trong nang. Các nang răng phát triển từ biểu mô nang (follicular epithelium) và các biểu mô nang có khả năng lớn để phát triển (growth), biệt hoá và thoái hoá hơn là các biểu mô có từ nang cuống răng phát sinh.

Đôi khi báo hiệu trước bằng những tổn thương khác phát sinh trong thành của nang răng, gồm carcinoma biểu mô nhầy phát sinh từ các tế bào nhầy trong thành nang, u men tạo răng (ameloblastoma)(có 17% u men tạo răng phát sinh từ nang răng), và carcinoma tế bào vảy. Như những quan điểm trước đây nang răng cũng có thể trở lên khá lớn và có nguy cơ làm gãy xương bệnh lý.

Cần phải lấy bỏ răng thứ 3 bị cùng với tổ chức xung quanh. Tuy nhiên, những tổn thương này cũng có thể được theo dõi bằng cách kiểm tra một loạt các phim Xquang. Bất cứ một sự gia tăng về kích thước của tổn thương sẽ phải đề xuất lấy bỏ và làm xét nghiệm mô bệnh học.

#### **5.4. Nang răng nguyên thủy (nang nguyên bào tạo men răng?)(Primordial cyst)**

Như tên gọi, nang răng nguyên thủy phát triển thay thế một răng. Có thể các nang răng hình thành và sau đó bị thoái hoá nang để không bao giờ hoàn thành chất tạo men răng. Đây là một nang tạo men răng hiếm gặp, và các tổn thương được xác định như một nang răng nguyên thủy có thể đại diện cho các nang còn lại. Mô bệnh của các tổn thương này là biểu mô vẩy khó xác định phân tầng. Toàn bộ tiền sử về răng là quan trọng để xác định chẩn đoán nang răng nguyên thủy (so với cái còn lại). Mặc dầu vậy, thường có ít dấu hiệu lâm sàng để chẩn đoán trong thuật ngữ, lập kế hoạch điều trị và tạo sự quyết định

## **5.5. Nang tồn sót (Residual cyst)**

Nang tồn sót là một thuật ngữ thuận dùng bởi vì không có răng còn lại để xác định tổn thương. Thông thường nhất, có một nang quanh cuống còn lại thực sự từ những răng đã được lấy bỏ.

Mô bệnh học là biểu mô vảy khó xác định phân tầng.

## 5.6. Nang cạnh răng, quanh răng bên (Lateral periodontal cyst)

Tên cạnh răng là dùng theo thuật ngữ. Nang không có yếu tố viêm, chúng cũng không phát triển từ quanh răng, và chúng không phải là hiện tượng liên quan tới các rãnh bên trong cấu trúc răng. Các nang này luôn rõ ranh giới, tương đối nhỏ, và không cản quang (đôi khi cản quang ở vòm) Chúng thường liên quan tới vùng răng hàm nhỏ hàm dưới và đôi khi thấy ở phía trước hàm trên. Chúng thường không có dấu hiệu lâm sàng và thường được phát hiện qua chụp phim Xquang.

Những nang này có một mô bệnh để phân biệt gồm một thành nang sơ dày không viêm, và được lót bởi biểu mô là các tế bào hình hộp, mỏng. Lớp này không hoàn toàn và dễ bong, với các tế bào sáng có màng dày hơn, theo một chu kì. Những nang này phát triển từ các phiến mỏng men răng và không giải thích được cho vị trí của nó.

## 5.7. Nang lợi sơ sinh (gingival cyst of the newborn)

Nói chung nang lợi sơ sinh xuất hiện nhiều loại nhưng thường xuất hiện như những nốt nhỏ đơn độc (solitary nodules).

Chúng khu trú ở rìa ổ răng (alveolar ridges) của trẻ sơ sinh hoặc trẻ em.

Cấu trúc nguyên thủy từ mảnh còn lại của phiến mỏng men răng và khu trú ở lớp mô liên kết (corium) phía dưới lớp biểu mô bề mặt. Đôi khi chúng có thể lớn đủ để thấy trong lâm sàng như một khối phòng trắng riêng biệt ở rìa.

Nhìn chung, chúng không có triệu chứng và không gây ra bất cứ phiền toái nào cho trẻ.

Nốt Bohn và hạt Epstein là hai tổn thương tương tự với nang ở lợi đôi khi có thể lẫn lộn; tuy nhiên vị trí và căn nguyên của các tổn thương này có cái khác nhau.

Hạt Epstein là những nốt nang chứa đầy keratin nằm dọc rãnh vòm miệng giữa và được cho rằng được hình thành từ tế bào biểu mô còn sót lại bị kẹt dọc theo đường hợp nhất vòm miệng.

Nốt Bohn là một nang đầy keratin rải rác tất cả vòm miệng, nhưng chúng thường xuất hiện nhất ở ngay chỗ giáp vòm miệng cứng và mềm. Người ta cho rằng chúng được hình thành từ cấu trúc tuyến nước bọt vòm miệng.

Về mô bệnh học nang lợi sơ sinh là một nang thực thụ với một lớp biểu mô mỏng. Trong nang luôn chứa đầy keratin nhưng có thể chứa vài tế bào viêm, loạn dưỡng calci và nhiều hyalin giống như những cái đã thấy ở nang răng ngầm.

Không cần điều trị với nang này, nó luôn biến mất hoặc bởi mở thông vào niêm mạc bề mặt hoặc thông qua phá huỷ bởi mọc răng. Những nang này hầu như giống như cái mà tài liệu cũ mô tả như mọc răng sớm.

## **5.8. Nang lợi ở người lớn (Gingival cyst of the adult)**

Nang lợi ở người lớn được thấy chỉ ở tổ chức phần mềm ở vùng răng hàm nhỏ phía dưới. Những nang này căng, có dấu hiệu ba động (fluctuant), có các tổn thương bọt hoặc rộp nước (vesicular, or bullous lesions).

Mô bệnh học, chúng trông giống nang quanh răng bên, chúng cũng có khả năng cho thấy những tổn thương tương tự ở tổ chức phần mềm.

## **5.9. Nang keratin chất tạo men răng (u chất tạo men nang keratin): Odontogenic keratocyst (keratocystic odontogenic tumor)**

Nang keratin chất tạo men răng (OKC) là nang chất tạo men răng quan trọng nhất. Nang này có rất ít dấu hiệu lâm sàng. Chẩn đoán chủ yếu nhờ mô bệnh học. Những tổn thương khác với các nang khác. Chúng xâm lấn (aggressive) và có thể khó lấy bỏ. Nang có thể phát triển nhanh và thường tái phát (recurrences). Đây là nang chất tạo men răng hay gặp thứ 3 và phụ thuộc vào chẩn đoán phân biệt mức độ không cản quang ở trên xương hàm. Mặc dù 40% OKC liên quan tới chất tạo men răng, 9% nang chất tạo men là OKC khó làm giải phẫu bệnh. Nang này cũng được thấy như một phần của hội chứng nevus tế bào đáy được biết với tên gọi (Gorlin syndrom).

Về mô bệnh học, các nang này được hình thành bởi biểu mô vảy, cái tạo ra orthokeratin (10%), parakeratin (83%), cả hai loại keratin (7%). Biểu mô lót xuất hiện lượn sóng khi quan sát dưới kính hiển vi. Quan sát thấy lớp nền quá nhiều thể nhiễm sắc phân cực mạnh (well-polarized hyperchromatic), và các tế bào nền còn lại hầu như ở bề mặt. Không có cái gì giữ cùng lại và vì thế các biểu mô thường bong (slough) ra khỏi tổ chức liên kết (94%). Các biểu mô thường mỏng, hoạt động giảm phân (mitotic), và vì thế OKC phát triển theo kiểu như khối u (neoplastic fashion) và không đáp ứng theo kiểu áp lực từ bên trong. Thường các khoang này được lấp đầy bởi chất giống fomat có mùi hôi (a foul-smelling cheeselike material) không phải là mũ mà là keratin bị phân hủy tập hợp lại.

Tổn thương phát triển theo kiểu u có nhiều ngăn (multilocular bosselated) với các nang hạt nhỏ phát triển rộng vào xương xung quanh. Vì mối liên quan này mà xu hướng tái phát cao, đặc biệt nếu điều trị phẫu thuật lần đầu không lấy bỏ hoàn toàn tổn thương. Lấy bỏ nhân với cắt bỏ xương xung quanh và/hoặc phẫu thuật lạnh (cryosurgery) là dạng điều trị thông thường nhất. Bắt buộc phải theo dõi liên tục bằng phim Xquang. Nếu tổn thương còn để lại không điều trị, chúng có thể lan rộng và phá hủy tại chỗ. Biến thể của OKC cái chỉ tạo ra orthokeratin hoạt động ở vài chỗ khác với OKC. Hầu như luôn thấy liên quan với chất tạo men răng, luôn bao quanh răng hàm dưới thứ 3, và chúng xâm lấn ít hơn. Chúng không có lớp nền chứa nhiều thể nhiễm sắc; trên thực tế lớp nền là lớp tế bào dẹt. Chúng không liên quan với hội chứng nevus tế bào nền (basal cell nevus syndrome).

## 5.10. Hội chứng nevus tế bào nền (Basal cell nevus syndrome)

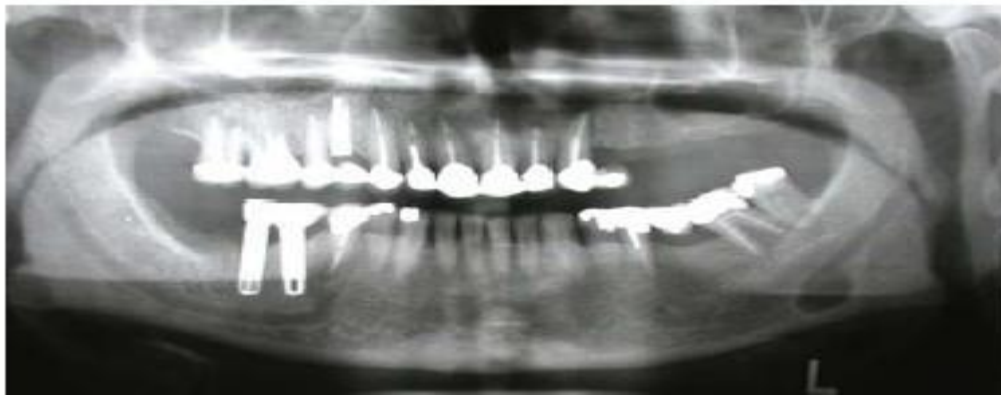
Phức hợp hội chứng này bao gồm dẫn xa (hypertelorism), thiếu sản tầng giữa mặt, bướu vùng trán cân xứng và hàm nhô (prognathism), trì trệ tâm thần (mental retardation), tâm thần phân liệt ([schizophrenia](#)), ung thư tế bào nền đa dạng, calci hóa lều tiểu não (falx cerebri), xương sườn chẻ đôi (bifid ribs), lõm rỗ gan bàn tay (palmar pitting)(lõm rỗ sau đó phát triển thành ung thư tế bào nền), và OKC đa dạng. OKC đa dạng được chẩn đoán là hội chứng nevus tế bào nền đến khi có đầy đủ các triệu chứng. Đây là bệnh di truyền (hereditary disease) với kiểu di truyền thể nhiễm sắc trội (autosomal dominant inheritance) và xâm nhập cao. Có 5% bị hội chứng nevus tế bào nền trong OKC. Phát hiện sớm BN và các tổn thương là chìa khóa để cải thiện cuộc sống và chất lượng sống của họ.

## 5.11. Nang hàm dưới không phải chất tạo men (Nonodontogenic Mandibular Cysts)

**Stafne bone cyst:** Khuyết Stafne được Stafne mô tả đầu tiên vào năm 1942, là một lún (*depression*) xương hàm dưới ở bên gần nhất với lưỡi. Trước đó nó cũng được biết đến với nhiều tên khác như: nang xương tĩnh (*static bone cyst*), khoang xương Stafne tự phát (*Stafne idiopathic bone cavity*), tuyến nước bọt xâm nhập vào xương hàm (*salivary gland inclusions in the mandible*), nhưng hiện này được biết đến như là một hiện tượng giả nang (pseudocyst)[Stafne, EC. Bone cavities situated near the angle of the mandible. JADA 1942;29:1969–1972.]



**Fig. 1 (a-d ).** Stafne bone cavity. An incidental finding on a panoramic radiograph of a 51-year-old female.



**(a)** Panoramic radiograph showing a well defined, oval, radiolucent lesion, affecting the left body of mandible below the mandibular canal, and involving it.

Nang xương Stafne là dạng không thường xuyên của tổ chức tuyến nước bọt lạc chỗ, phát triển lấn vào bên trong, dính vào bề mặt lưỡi của thân xương hàm dưới phía bên trong, chỗ lún hình tròn, sâu.

Hiện tượng xảy ra này được mô tả lâu đời nhất là ở sọ vào thế kỷ thứ 6-4 trước CN. Nhưng được ghi nhận đầu tiên bởi Stafne năm 1942, từ đó được mang tên ông. Tỷ lệ xuất hiện được báo cáo vào khoảng 0,1-1,3% tùy vào báo cáo. Tất cả đều cho rằng đây là thiếu hụt bẩm sinh, mặc dù hiếm khi thấy ở trẻ em. Nhìn chung các tổn thương này liên quan đến phát triển hơn là thiếu hụt bệnh lý. Nam giới nhiều hơn nữ giới.

Trên phim Xquang, tổn thương thường xuất hiện hình trứng thấu quang giữa ống răng dưới và bờ dưới hàm dưới vùng răng hàm thứ 2 thứ 3. Nó có thể phân biệt với nang xương do CT hoặc máu tụ, luôn nằm vị trí phía trên tới ống xương ổ răng dưới.

Mặc dù nang Stafne kinh điển được mô tả ở hàm dưới phía sau, hiếm thấy các biến thể ở phía trước như hình tròn, hình trứng thấu quang ở vùng giữa răng cửa trung tâm và răng hàm nhỏ thứ nhất.

Nhìn chung, các tổn thương này bình thường phát triển lành tính không đòi hỏi điều trị gì. Đôi khi một biến chứng được báo cáo trong tài liệu là phát triển như một u tuyến nước bọt thực thụ ở tổ chức liên quan tới thiếu hụt vỏ xương (cortical defect) Vì thế ghi chép những dấu hiệu lâm sàng và quan sát định kỳ chúng bằng cách xem phim Xquang cẩn thận. Những thay đổi lâm sàng và Xquang có thể cho những chỉ định cần theo dõi thêm.

## **5.12. Nang xương chấn thương (Traumatic bone cyst)**

Nang xương chấn thương được biết đến như một nang xương đơn độc (solitary bone cyst), nang xuất huyết (hemorrhagic cyst), nang thoát mạch (extravasation cyst), nang xương một ngăn (unicameral bone cyst), nang xương đơn giản (simple bone cyst), và khoang xương tự phát (idiopathic bone cavity).

Nang xương chấn thương thường liên quan tới tổn thương cả xương hàm và phần khác trong xương. Đặc biệt bệnh căn của tổn thương vẫn chưa được biết, mặc dù nhiều cơ chế đã được nghĩ tới. Cái được chấp nhận rộng rãi nhất hiện nay là các tổn thương có nguồn gốc từ chảy máu bên trong tủy xương (intramedullary hemorrhage) gây ra bởi chấn thương. Trong những trường hợp này, sai lầm của tổ chức của các cục máu xuất hiện ngay sau bởi thoái hóa cục máu (degeneration of the clot) sau này, hiện tượng dẫn đến một khoang trống trong xương.

Hạn chế tĩnh mạch dẫn lưu dẫn đến tăng phù nề (edema), chúng tiếp tục gây tái hấp thu (resorption) sợi xương (trabeculae) và mở rộng tổn thương. Mở rộng tổn thương có xu hướng dừng lại khi đến lớp vỏ xương. Vì thế các tổn thương không đặc trưng bởi bất kỳ giãn rộng vỏ xương nào. Thay vào đó chúng luôn được phát hiện tình cờ trên phim Xquang khi chụp vì mục đích khác. Tuy nhiên, đối với bệnh nhân có khả năng được gọi lại khám sau chấn thương để giải quyết vấn đề về xương hàm thì có thể phát hiện ra.

Tổn thương này thường xuyên thấy ở người trẻ (trung bình 18 tuổi) tỷ lệ nam:nữ là 3:2. Theo báo cáo tổn thương thi thoảng thấy ở hàm trên, nhưng thường thấy nhất ở hàm dưới. Khi phẫu thuật mở các khoang này, chúng thường rỗng hoặc lấp đầy một lượng nhỏ dịch màu dâu tây (straw-colored fluid), các mảnh vụn (shred) của cục máu hoại tử hoặc các mảnh (fragments) của tổ chức liên kết.

Mô bệnh học, các nang này được lót bởi màng tổ chức liên kết hoặc không lót cái gì cả.

Những tổn thương này thường được phẫu thuật bộc lộ để củng cố chẩn đoán, chúng được làm trên cơ sở phát hiện một khoang rỗng trong xương. Nhìn chung không cần thiết phẫu thuật thêm bởi vì động tác phẫu thuật gây nên một khoang lấp đầy máu. Tổ chức phần mềm được đóng lại và tổn thương có xu hướng liền mà không cần can thiệp gì hơn. Hiếm khi thấy những tổn thương như vậy ở người nhiều tuổi hơn có lẽ tự nó bị giới hạn hoặc chủ động hấp thu theo thời gian.

### **5.13. Thiếu hụt tủy loãng xương từng ổ (Focal osteoporotic bone marrow defect)**

Tủy xương có thể kích thích đáp ứng yêu cầu không thường xuyên để tăng tạo ra các tế bào máu. Sự tăng sản tủy có thể thể hiện bằng những ổ không cản quang ở xương hàm. Những tổn thương ở xương hàm được báo cáo xuất hiện ở bệnh nhân nam là 75%, và 85% tổn thương ở xương hàm được thấy ở xương hàm dưới. Những tổn thương này hầu như không có triệu chứng và bị che lấp, tình cờ phát hiện khi chụp Xquang vì những lý do khác.

Trên phim những tổn thương là những hình không thấu quang không rõ nét và nhiều kích cỡ, thường xuyên nhất là ở vùng không có răng (edentulous areas). Điều này cho thấy rằng ở một vài trường hợp, tổn thương thể hiện thiếu hụt tái sinh sau nhổ răng của xương bình thường. Mô bệnh học, tổ chức ở vùng này bao gồm tủy đỏ tiên phát, tủy vàng hoặc kết hợp cả hai với sợi xương (trabeculae) mỏng dài không đều, cái sẽ mất đi lớp tạo cốt bào (osteoblastic).

Những hình ảnh Xquang của tổn thương này không mang đặc trưng bệnh (pathognomonic); vì thế những tổn thương này thường được phẫu thuật chẩn đoán. Ngay khi được chẩn đoán, chúng cũng không cần điều trị đặc biệt gì thêm. Tuy nhiên, nếu không biết căn nguyên bệnh (etiology) vì sao tăng yêu cầu chất tạo huyết (hematopoietic), thì cần phải điều tra.

## 5.14. Nang xương do phình mạch (Aneurysmal bone cyst)

Năm 1942, Jaffe và Lichtenstein là những người đầu tiên phân loại nang xương do phình mạch như là một tổn thương riêng biệt; Nó không phải là một nang cũng như không phải là một phình mạch. Nó không được báo cáo ở xương hàm cho đến tận năm 1958, và mặc dù có nhiều giả thiết về nó, căn nguyên bệnh và bệnh học của tổn thương vẫn chưa được biết. Cơ chế giả thiết hình thành nang xương do phình mạch bao gồm những thay đổi động lực dòng máu (hemodynamics) tại chỗ dẫn đến ứ máu tĩnh mạch (venous engorgement), tái hấp thu (resorption), và thay thế bằng tổ chức liên kết và tổ chức giống xương (osteoid);

Cố gắng vô ích lúc sửa chữa máu tụ [ví dụ cái xuất hiện trong u hạt tế bào khổng lồ (the giant cell granuloma)] và hình thành nang nhỏ (microcyst) thứ phát dẫn tới phù nề tế bào liên quan với những tổn thương này. Đôi khi những tổn thương này xuất hiện liên quan với những tổn thương khác của xương như nang một ngăn (unicameral cyst), nang răng (dentigerous), u hủy cốt bào (osteoclastoma), u tế bào khổng lồ trung tâm (central giant cell tumor), loạn sản xơ (fibrous dysplasia) và sarcom xương (osteosarcoma).

Nang xương do phình mạch được thấy ở mọi phần của xương, mặc dù hơn 50% tổn thương xuất hiện ở xương dài và cột sống cổ. Chúng xuất hiện ở xương hàm ở tất cả mọi lứa tuổi nhưng hơi thiên về người trẻ và nam nhiều hơn nữ. Nang xương do phình mạch xuất hiện ở xương hàm dưới nhiều hơn xương hàm trên.

Thi thoảng chúng có thể biến mất nhưng không tái hấp thu, và không cảm thấy bị xáo trộn nào. Hình ảnh trên phim thường được mô tả như một nang, lỗ rỗng như tổ ong (honeycomb), hoặc bong bóng xà phòng (soap bubble) không cùng kích thước. Vỏ xương (cortical bone) có thể bị mỏng đi hoặc bị phá hủy và có thể thấy phản ứng của màng xương.

Về mô bệnh học, nang xương do phình mạch biểu hiện mô đệm tổ chức liên kết sợi với rất nhiều hang (cavernous) hoặc xoang (sinusoidal) chứa đầy máu. Thấy nguyên bào sợi non (young fibroblasts) khắp mô đệm và các tế bào khổng lồ đa nhân phân tán khắp tổn thương. Không có khoang hang, tổn thương này sẽ xuất hiện hầu như đồng nhất là u hạt tế bào khổng lồ.

Cách điều trị thường xuyên nhất đối với nang xương do phình mạch đòi hỏi lấy bỏ hoàn toàn nang và hoàn toàn tổn thương với curet. Cần bóc lột hoàn toàn để dễ dàng cho phẫu thuật bởi vì tổn thương có thể có rất nhiều máu, và kịp thời lấy bỏ tổn thương giúp cho giảm mất máu. Lấy bỏ không hoàn toàn có nguy cơ tái phát từ 21-59%. Yêu cầu ghép xương với những thiếu hụt phụ thuộc tình trạng lâm sàng còn lại sau lấy bỏ tổn thương. Vài tác giả khuyên dùng phẫu thuật lạnh cắt bỏ tổn thương tái phát, trong khi đó một số tác giả khuyên cắt block hoặc cắt bỏ hoàn toàn xương. Trong quá khứ đã có báo cáo điều trị bằng xạ trị, nhưng xạ trị có thể không làm hết tổn thương và quan trọng hơn có thể dẫn đến sarcom.

## 6. Phẫu thuật

- Trước khi phẫu thuật cần xác định rõ kích thước của nang, mức độ khuyết hồng của xương hàm, xương ổ răng, tình trạng của răng để có chiến thuật xử trí.
- Nang cuống răng nhỏ, khu trú ở một – hai cuống răng, xương ổ răng tốt, răng còn chắc: điều trị tủy răng thật tốt, hàn kỹ các ống tủy, tiến hành cắt bỏ cuống răng, lấy bỏ hết vỏ nang răng. Đường mổ đi trực tiếp vào niêm mạc lợi ngay vị trí cuống răng.
- Nếu răng không còn khả năng giữ lại, xương ổ răng đã tiêu quá mức, nên có chỉ định nhổ răng. Đường mổ lúc này phải đi qua đường viền cổ răng phía ngoài, kết hợp nhổ bỏ răng và lấy bỏ vỏ nang.

- Nang to xương hàm dưới: cần xác định rõ mức độ vững chắc của bờ dưới xương hàm (qua hình ảnh Xquang, quan sát lúc phẫu thuật), để quyết định chỉ lấy bỏ nang đơn thuần hay cần dùng nẹp tăng cường để phòng gãy xương hàm. Đường mổ có thể đi đường trong miệng để lấy bỏ răng và nang (nhưng cần đóng kín và dẫn lưu cho tốt).
- Nang xương hàm trên: nhỏ thì ta giải quyết như thông thường, nhưng nếu nang lớn phá hủy xoang hàm thì cần lấy bỏ nang, niêm mạc xoang, đồng thời mở dẫn lưu vào ngách mũi dưới cùng bên.
- Khuyết hổng xương sau lấy bỏ nang: nếu nhỏ và không ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ, không cần can thiệp, chỗ khuyết hổng sẽ được bù đắp bằng tổ chức xơ hoặc biểu mô hóa. Nếu lớn có thể trám bít bằng các vật liệu tự thân (vật cơ, xương..), xương đồng loại, chất trơ (cacbon, xi măng ...).