

hóa hệ thống thần kinh thể dịch dẫn đến hoạt hóa tế bào nội mô, đẩy mạnh hoạt hóa và kết dính tiểu cầu/bạch cầu đơn nhân, hoạt hóa hệ thống đông máu, hình thành fibrin.

Suy hô hấp. Theo nghiên cứu của chúng tôi suy hô hấp là yếu tố nguy cơ độc lập của HKTMSCD với OR: 3,5; (95%CI: 2,3 – 5,9); p < 0,05. So sánh với các tác giả khác trên thế giới, kết quả chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Bovik và cs trên bệnh nhân đợt cấp COPD thấy COPD có suy hô hấp làm tăng nguy cơ HKTMSCD lên 2 lần¹⁰. Bệnh nhân nhập viện vì đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có suy hô hấp có nguy cơ cao bị HKTMSCD do có nhiều yếu tố nguy cơ khác đi kèm như: tình trạng bất động, tuổi cao, hút thuốc lá, nhiễm trùng, bệnh lý ác tính nền, suy thất phải.

V. KẾT LUẬN

Phần lớn các trường hợp huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới ở BN nội khoa cấp tính không có triệu chứng lâm sàng. Trong nhóm có triệu chứng lâm sàng, hay gặp nhất là triệu chứng đau chân [Dấu hiệu Homans (+)]. HKTMSCD xuất hiện nhiều nhất ở đoạn gần, hầu hết là huyết khối bám ở chân van tĩnh mạch, gây tắc không hoàn toàn. Các yếu tố nguy cơ độc lập của HKTMSCD ở BN có bệnh nội khoa cấp tính là: Bất động (OR; 5,2); Suy tim NYHA IV (OR: 2,3); Suy hô hấp (OR: 3,5).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **CDC.** Data and Statistics on Venous Thromboembolism. Venous Thromboembolism

- (Blood Clots). May 22, 2024.
- Lutsey PL, Zakai NA (2023).** Epidemiology and prevention of venous thromboembolism. *Nat Rev Cardiol*; 20(4):248-262.
 - Raskob GE, Spyropoulos AC, Cohen AT, et al (2021).** Association Between Asymptomatic Proximal Deep Vein Thrombosis and Mortality in Acutely Ill Medical Patients. *Journal of the American Heart Association*;10(5)
 - Đặng Vạn Phước, Phạm Gia Khải, Nguyễn Lân Việt, Nguyễn Văn Trí, Đinh Thị Thu Hương (2010).** Huyết khối tĩnh mạch sâu: Chẩn đoán bằng siêu âm Duplex trên bệnh nhân nội khoa nhập viện, *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, Số 55 Tr.24-36
 - Nguyễn Văn Trí (2016).** Khảo sát huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới không triệu chứng trên bệnh nhân nhồi máu não nằm viện, *Tạp chí Tim mạch học*, Hội Tim mạch học thành phố Hồ Chí Minh.
 - Teruel SY, Oviedo JC, Fuciños LC, et al (2012).** Proximal and distal deep venous thrombosis in critically ill patients: incidence and prevalence. *Critical Care*;16(Suppl 1):P418
 - Kearon C, Julian JA, Newman TE, Ginsberg JS (1998).** Noninvasive diagnosis of deep venous thrombosis. In: *Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-Assessed Reviews*, Centre for Reviews and Dissemination
 - Sartori M, Favaretto E, Cosmi B (2021).** Relevance of immobility as a risk factor for symptomatic proximal and isolated distal deep vein thrombosis in acutely ill medical inpatients. *Vasc Med*;26(5):542-548.
 - Zhu R, Hu Y, Tang L (2017).** Reduced cardiac function and risk of venous thromboembolism in Asian countries. *Thrombosis Journal*;15(1):12.
 - Børvik T, Brækkan SK, Enga K (2016).** COPD and risk of venous thromboembolism and mortality in a general population. *European Respiratory Journal*;47(2):473-481.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, X-QUANG VÀ MÔ BỆNH HỌC TỔN THƯƠNG XƯƠNG – SỢI Ở XƯƠNG HÀM

Nguyễn Thị Anh Tú¹, Võ Đức Tuyên¹,
Nguyễn Thị Kim Chi¹, Lê Trung Chánh²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tổn thương xương – sợi ở xương hàm là những tổn thương lành tính đặc trưng bởi mô xương bình thường được thay thế bởi mô đệm sợi và các chất khoáng hóa. Hiểu rõ các triệu chứng lâm sàng, X-quang và mô bệnh học của các tổn thương

này góp phần quan trọng trong chẩn đoán cũng như đưa ra phương pháp điều trị thích hợp cho bệnh nhân.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, X-quang và mô bệnh học của bệnh nhân có tổn thương xương – sợi ở xương hàm. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, cắt ngang mô tả được thực hiện trên bệnh nhân có tổn thương xương – sợi ở xương hàm đến khám và điều trị tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 01/2023 đến tháng 08/2024. **Kết quả:** Nghiên cứu bao gồm 22 bệnh nhân loạn sản sợi (LSS) và 11 bệnh nhân u sợi sinh xương (USSX). Tuổi khởi phát trung bình ở nhóm LSS (17,2±8,1 tuổi) thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm USSX (25,3±12,3 tuổi) (p<0,05). Tất cả bệnh nhân đều có biểu hiện sưng mặt, trong khi đi

¹Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Răng Hàm Mặt TW Tp. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Kim Chi

Email: drnguyenchifos@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2024

Ngày duyệt bài: 22.01.2025

lệch mũi thường gặp hơn ở nhóm LSS ($p < 0,05$). Về hình ảnh X-quang, LSS thường có vùng cản quang dạng kính mờ với giới hạn không rõ, trong khi USSX thường có giới hạn rõ và có thể có viền thấu quang ($p < 0,05$). Mô bệnh học cho thấy viền nguyên bào xương phổ biến hơn ở USSX, các bề xương trong LSS chủ yếu ở dạng xương non, trong khi chất dạng xê măng được ghi nhận ở hầu hết các trường hợp USSX nhưng không hiện diện ở LSS ($p < 0,05$). **Kết luận:** Cần kết hợp các đặc điểm lâm sàng, X-quang, mô bệnh học để đưa ra chẩn đoán và điều trị phù hợp cho các tổn thương xương – sợi ở xương hàm.

Từ khóa: tổn thương xương-sợi, loạn sản sợi, u sợi sinh xương, lâm sàng, X-quang, mô bệnh học.

SUMMARY

THE CLINICAL, RADIOGRAPHIC AND HISTOLOGICAL FEATURES OF FIBRO- OSSEOUS LESIONS OF THE JAWS

Background: Fibro-osseous lesions of the jaws are benign lesions characterized by the replacement of normal bone tissue with fibrous connective tissue and mineralized substances. A comprehensive understanding of the clinical, radiographic, and histopathological features of these lesions is crucial for accurate diagnosis and effective treatment.

Objective: To describe the clinical, radiographic, and histopathological characteristics of fibro-osseous lesions of the jaws. **Materials and Methods:** A prospective, cross-sectional descriptive study was conducted at the National Hospital of Odontostomatology in Ho Chi Minh City. The study included patients diagnosed with fibro-osseous lesions of the jaw who received treatment between January 2023 and August 2024. **Results:** The study consisted of 22 patients with fibrous dysplasia (FD) and 11 patients with ossifying fibroma (OF). The mean age at onset of the FD group (17.2 ± 8.1 years) was lower than that of the OF group (25.3 ± 12.3 years) ($p < 0,05$). All patients presented with facial swelling; with nasal deviation being more frequent in the FD group than in the OF group ($p < 0,05$). Radiographically, ground-glass opacity was the most common finding in FD, with poorly defined borders from the surrounding bone. In contrast, OF lesions typically exhibited well-defined borders, with radiolucent rims being more prevalent in OF than in FD ($p < 0,05$). Histological examination revealed osteoblastic rimming to be more commonly associated with OF, while FD exhibited a predominantly immature trabecular bone pattern. Cementum-like material was present in nearly all OF cases but absent in FD ($p < 0,05$). **Conclusion:** The accurate diagnosis and management of fibro-osseous lesions of the jaws require the integration of clinical, radiographic, and histopathological findings. **Keywords:** fibro-osseous lesions, fibrous dysplasia, ossifying fibroma, clinical, radiography, histology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương xương-sợi ở xương hàm là nhóm gồm các tổn thương lành tính, đặc trưng bởi sự thay thế mô xương bình thường bằng mô đệm sợi và các chất khoáng hóa. Theo phân loại của

WHO (2017), tổn thương xương-sợi ở xương hàm gồm: loạn sản sợi, u sợi sinh xương, loạn sản xương-xê măng, u xê măng khổng lồ có tính gia đình.⁸ Các tổn thương này mặc dù lành tính nhưng có thể gây ra biến dạng mặt lớn và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Vì vậy, việc chẩn đoán và điều trị sớm là rất quan trọng để ngăn chặn sự tiến triển của bệnh và cải thiện kết quả điều trị. Tuy nhiên, việc chẩn đoán các tổn thương xương-sợi ở xương hàm vẫn còn gặp nhiều khó khăn do sự đa dạng của các triệu chứng lâm sàng, X-quang và một số trường hợp khó phân biệt ngay cả trên mô bệnh học. Nghiên cứu này khảo sát đặc điểm lâm sàng, X-quang và mô bệnh học của các tổn thương xương-sợi ở xương hàm, nhằm hỗ trợ các bác sĩ lâm sàng có thể chẩn đoán, điều trị sớm và hiệu quả hơn cho bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân (BN) đến khám và điều trị tại khoa Phẫu thuật hàm mặt, Bệnh viện (BV) Răng Hàm Mặt Trung ương Thành phố Hồ Chí Minh (TP.HCM) từ 01/2023 – 08/2024 được chẩn đoán tổn thương xương – sợi ở xương hàm dựa vào các đặc điểm lâm sàng và X-quang.

Tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ. BN/ thân nhân đồng ý tham gia nghiên cứu, có đầy đủ hồ sơ bệnh án, dữ liệu chụp cắt lớp điện toán (CT – Scans) và/hoặc phim toàn cảnh, có kết quả chẩn đoán giải phẫu bệnh là các tổn thương xương – sợi ở xương hàm. Những BN có mẫu mô bệnh phẩm không thực hiện được giải trình tự gen GNAS, tổn thương LSS kèm theo các tổn thương khác ở xương hàm sẽ được loại khỏi mẫu nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, cắt ngang mô tả

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

Tiến trình nghiên cứu: Bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn được đưa vào nghiên cứu. Khảo sát các đặc điểm lâm sàng dựa trên hỏi bệnh sử, khám lâm sàng hoặc ghi nhận từ bệnh án. Dữ liệu X-quang được khảo sát dựa trên CT – Scans và/hoặc phim toàn cảnh. Dữ liệu loại tổn thương xương – sợi được ghi nhận dựa trên kết quả GPB của bộ môn Mô phôi – Giải phẫu bệnh, Đại học Y dược TP.HCM, các đặc điểm mô bệnh học được khảo sát và ghi nhận tại Labo Giải phẫu bệnh Răng Hàm Mặt.

Phân tích và xử lý số liệu: Nhập dữ liệu bằng phần mềm Microsoft Excel 365. Xử lý và

phân tích số liệu bằng phần mềm JASP phiên bản 0.18.3.0.

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Đại học Y Dược TP.HCM thông qua theo quyết định số 1080/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 22/12/2022 và số 180/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 18/01/2024, cũng như được sự đồng ý cho phép tiến hành của Hội đồng Y đức Bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Thành phố Hồ Chí Minh theo quyết định 700/QĐ-RHMTW ngày 08/09/2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm mẫu nghiên cứu. Nghiên cứu ghi nhận 22 ca LSS và 11 ca USSX, không có trường hợp nào thuộc nhóm loạn sản xương – xê măng, u xê măng khổng lồ có tính gia đình và u xương sụn.

Tỉ lệ nữ:nam ở 2 nhóm LSS và USSX lần lượt khoảng 2:1 và 3:1. Tuổi khởi phát trung bình của nhóm LSS là 17,2±8,1 tuổi (7-39 tuổi), thấp hơn tuổi khởi phát của nhóm u sợi sinh xương là 25,3±12,3 tuổi (4-47 tuổi).

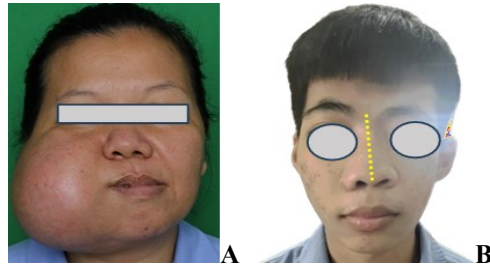
Sưng mặt là lý do đến khám phổ biến nhất với 19/22 (86,4%) bệnh nhân LSS và 10/11 (90,9%) bệnh nhân USSX. Chỉ có 2 bệnh nhân LSS (chiếm 9,1%) và 1 bệnh nhân USSX (chiếm 9,1%) đến khám vì đau, 1 trường hợp LSS đến khám với lý do nghẹt mũi (chiếm 4,6%).

Đặc điểm lâm sàng mẫu nghiên cứu. Các đặc điểm lâm sàng của 2 nhóm LSS và USSX được mô tả trong Bảng 1. Một số hình ảnh minh họa cho đặc điểm lâm sàng được thể hiện ở Hình 1.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng mẫu nghiên cứu

	Tổng (n=33)	LSS (n=22)	USSX (n=11)	P
Sưng				
Không	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0,999 ^a
Có	33 (100)	22 (100)	11 (100)	
Đau				
Không đau	27(81,8)	19 (86,4)	8 (72,7)	0,375 ^a
Đau	6 (18,2)	3 (13,6)	3 (27,3)	
Di lệch răng				
Không	28(84,8)	18 (81,8)	9 (81,8)	0,999 ^a
Có	5 (15,2)	4 (18,2)	2 (18,2)	
Dị cảm				
Không	31(93,9)	20 (90,9)	11 (100)	0,542 ^a
Có	2 (6,1)	2 (9,1)	0 (0)	
Di lệch mũi				
Không	20(60,6)	10 (45,5)	10 (90,9)	0,022 ^a
Có	13(39,4)	12 (54,5)	1 (9,1)	

^aPhép kiểm chính xác Fisher



Hình 1. (A) Bệnh nhân USSX có biến dạng mặt nhiều; (B) Di lệch mũi ở bệnh nhân LSS

Đặc điểm X-quang mẫu nghiên cứu. Đặc điểm X-quang của các bệnh nhân được khảo sát dựa trên CT-Scans và/hoặc phim toàn cảnh được trình bày trong Bảng 2.

Bảng 2. Đặc điểm X-quang mẫu nghiên cứu

	Tổng (n=33)	LSS (n=22)	USSX (n=11)	P
Vị trí				
Hàm trên	20(60,6)	16 (72,7)	4 (36,4)	0,072 ^a
Hàm dưới	10(30,3)	4 (18,2)	6 (54,5)	
Cả hàm trên và hàm dưới	3 (9,1)	2 (9,1)	1 (9,1)	
Có tổn thương ngoài xương hàm				
Không	17(51,5)	6 (27,3)	11 (100)	<0,001 ^a
Có	16(48,5)	16 (72,7)	0 (0)	
Đậm độ				
Thấu quang xen lẫn cản quang	25 (75,8)	14 (63,6)	11 (100)	0,031 ^a
Cản quang	8 (24,2)	8 (36,4)	0 (0)	
Dạng cản quang				
Dạng kính mờ	14 (42,4)	14(63,6)	0 (0)	<0,001 ^a
Dạng vỏ cam	5 (15,2)	2 (9,1)	3 (27,3)	
Dạng bông gòn	1 (3,0)	1 (4,5)	0 (0)	
Không xác định	13 (39,4)	5 (22,7)	8 (72,7)	
Giới hạn				
Không rõ	20(60,6)	18 (81,8)	2 (18,2)	<0,001 ^a
Rõ	13(39,4)	4 (18,2)	9 (81,8)	
Viên thấu quang				
Không	28(84,8)	22 (100)	6 (54,5)	<0,001 ^a
Có	5 (15,2)	0 (0)	5 (45,5)	
Phòng xương				
Không	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0,999 ^a
Có	33(100)	22(100)	11(100)	
Di lệch răng trên X-quang				
Không	29(87,9)	20(90,9)	9 (81,8)	0,586 ^a
Có	4 (12,1)	2 (9,1)	2 (18,2)	

Tiêu ngót chân Răng				
Không	30(90,9)	20 (90,9)	10 (90,9)	0,999 ^a
Có	3 (9,1)	2 (9,1)	1 (9,1)	
Mắt phẩn cứng				
Không	19(57,6)	10 (45,5)	9 (81,8)	0,067 ^a
Có	14(42,4)	12 (54,5)	2 (18,2)	
Phản ứng màng Xương				
Không	30(90,9)	20 (90,9)	10 (90,9)	0,999 ^a
Có	3 (9,1)	2 (9,1)	1 (9,1)	

^aPhép kiểm chính xác Fisher



Hình 2. Tồn thương dạng kính mờ trong 1 trường hợp LSS xương hàm dưới trái



Hình 3. Tồn thương thấu quang xen lẫn cản quang, giới hạn rõ, có đường viền thấu quang bao quanh ở một trường hợp USSX xương hàm dưới bên trái

Đặc điểm mô bệnh học. Nghiên cứu này đã khảo sát các đặc điểm mô bệnh học của các tổn thương xương-sợi ở xương hàm trên các tiêu bản nhuộm hematoxylin-eosin (HE) (Bảng 3).

Bảng 3. Đặc điểm mô bệnh học

	Tổng (n=33)	LSS (n=22)	USSX (n=11)	p
Viền nguyên bào xương				
Không	16(48,5)	16(72,7)	0 (0)	<0,001 ^a
Có	17(51,5)	6 (27,3)	11(100)	
Mô đệm sợi				
Ít tế bào	17(51,5)	17 (77,3)	0 (0)	<0,001 ^a
Nhiều tế bào	16 (48,5)	5 (22,7)	11 (100)	
Khoảng trống quanh bề xương				
Không	10(84,8)	3 (13,6)	7(63,6)	0,006 ^a
Có	23(15,2)	19(86,4)	4(36,4)	
Dạng bề xương				
Xương non	17(51,5)	15(68,2)	2(18,2)	0,001 ^a
Xương trưởng thành	12(36,2)	3 (13,6)	0 (0)	
Hỗn hợp	4 (12,1)	4 (18,2)	9 (81,8)	

^aPhép kiểm chính xác Fisher

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm mẫu nghiên cứu. Nghiên cứu này gồm 22 bệnh nhân LSS và 11 bệnh nhân USSX, không ghi nhận trường hợp nào thuộc 2 bệnh lý hiếm gặp là u xê măng khổng lồ có tính gia đình và u xương sụn. Loạn sản xương – xê măng thường được chẩn đoán dựa trên lâm sàng và X-quang, thường chỉ cần theo dõi và không cần điều trị phẫu thuật, vì vậy nghiên cứu của chúng tôi cũng không ghi nhận trường hợp nào.

Về giới tính, nhóm LSS có tỉ lệ nữ:nam khoảng 2:1, tỉ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Davidova và cộng sự² (2019). Đối với USSX, nghiên cứu ghi nhận số bệnh nhân nữ chiếm ưu thế (tỉ lệ nữ:nam=2,7:1), phù hợp với y văn hiện nay.⁴

Nghiên cứu ghi nhận độ tuổi khởi phát của nhóm LSS dao động trong khoảng 7-39 tuổi, trung bình là 17,2±8,1 tuổi, cao hơn độ tuổi khởi phát trung bình trong nghiên cứu của Shi và cộng sự⁷ (2013) là 12,1±6,9 tuổi. Độ tuổi khởi phát được xác định bằng cách hỏi bệnh nhân lúc phát hiện triệu chứng đầu tiên (thường là sưng mặt), do tổn thương thường phát triển chậm nên bệnh nhân có thể khó phát hiện khi tổn thương chưa gây ra sự bất cân xứng đáng kể, nhất là những tổn thương ở xương hàm. Nghiên cứu ghi nhận tuổi khởi phát trung bình của nhóm USSX là 25,3±12,3 tuổi với khoảng tuổi từ 4-47 tuổi, phù hợp với ghi nhận trong y văn là bệnh lý này có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi. Kết quả của chúng tôi cũng khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của Shi và cộng sự⁷ (2013) với độ tuổi khởi phát trung bình là 23,7±14,9 tuổi với phạm vi từ 1-47 tuổi.

Đặc điểm lâm sàng. Trong nghiên cứu này, tất cả các bệnh nhân thuộc 2 nhóm đều có triệu chứng sưng mặt, phù hợp với ghi nhận trong y văn đây là triệu chứng thường gặp nhất trong cả 2 bệnh lý. Chỉ 3/22 (chiếm 13,3%) trường hợp LSS có đau trong nghiên cứu này. Nhìn chung tỉ lệ cũng như mức độ đau của LSS ở xương sọ mặt thấp hơn các vị trí khác và có thể được giải thích do xương sọ mặt là xương không chịu lực. Dị cảm ít gặp ở cả 2 nhóm LSS và USSX trong nghiên cứu này với tỉ lệ <10%. Tuy nhiên cần lưu ý rằng, các bệnh nhân có dấu chứng này đều từng có phẫu thuật ở vùng hiện diện tổn thương và dị cảm chỉ xuất hiện từ sau phẫu thuật nên có thể không phải là ảnh hưởng thật sự của bệnh lý gây ra. Di lệch răng là dấu chứng ít gặp ở cả 2 nhóm. Trong nghiên cứu này, ghi nhận có sự khác biệt về dấu chứng di lệch mũi ở LSS và USSX, cụ thể dấu chứng này thường gặp hơn ở các bệnh nhân LSS. Tuy nhiên cũng cần lưu ý yếu tố này có thể bị nhiễu do vị trí của LSS

thường ở xương hàm trên kết hợp với các xương sọ mặt khác. Vì vậy, trong tương lai, cần có nhiều nghiên cứu hơn đánh giá về dấu chứng này cũng như phương án khắc phục cho bệnh nhân như phẫu thuật tạo hình mũi.

Đặc điểm X-quang. Kết quả nghiên cứu cho thấy tổn thương LSS thường xảy ra ở xương hàm trên, trong khi USSX thường xảy ra ở xương hàm dưới, tương tự như nghiên cứu của Shi và cộng sự⁷ (2013) và nghiên cứu của Collins và cộng sự (2023).¹

Nghiên cứu này ghi nhận có 70% các trường hợp LSS có tổn thương ngoài xương hàm. Các trường hợp này đều có tổn thương ở xương hàm trên và vị trí tổn thương ngoài xương hàm là các xương ở vùng sọ mặt như xương gò má (15/16 trường hợp), 1 trường hợp xảy ra ở xương gò má, xương sọ; không có trường hợp nào có tổn thương ở các xương dài. Y văn cũng ghi nhận tổn thương ở xương hàm trên có thể lan đến các cấu trúc khác ở vùng sọ mặt như xương bướm, xương gò má, ổ mắt, xoang cận mũi. Lee³ (2012) cũng ghi nhận phức hợp hàm trên – gò má là vị trí phổ biến nhất trong LSS thể một xương. Nghiên cứu này không ghi nhận trường hợp USSX nào xảy ra ngoài xương hàm, phù hợp với ghi nhận trong y văn là tổn thương này xảy ra ở vùng có răng do có nguồn gốc từ dây chằng nha chu. (Nghiên cứu này không bao gồm USSX không do răng như thể bè và thể cát).

Đặc điểm X-quang của LSS bao gồm dạng kính mờ, giới hạn không rõ, và không có viền thấu quang, phù hợp với ghi nhận trong y văn.^{4,8} Ngược lại, USSX thường có dạng thấu quang xen lẫn cản quang, giới hạn rõ, và có viền thấu quang, tương tự như nghiên cứu của Prabhu và cộng sự (2013).

Phòng xương là dấu chứng thường gặp trên X-quang của cả LSS và USSX, phù hợp với ghi nhận trong y văn.^{4,8} Tiêu ngót chân răng và mất phìến cứng ít gặp ở cả 2 nhóm LSS và USSX.

Kết quả của nghiên cứu này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đó, củng cố thêm giá trị của việc sử dụng X-quang để chẩn đoán và phân biệt hai loại bệnh lý này.

Đặc điểm mô bệnh học. Nghiên cứu ghi nhận 90% các trường hợp USSX có viền nguyên bào xương trong khi chỉ có 27,3% các trường hợp LSS có đặc điểm này. Kết quả của nghiên cứu này tương tự với kết quả của Davidova và cộng sự (2020).² Do đó, có viền nguyên bào xương vẫn là một đặc điểm mô bệnh học quan trọng để phân biệt LSS và USSX, tuy nhiên cần phải kết hợp thêm nhiều yếu tố khác do viền nguyên bào xương vẫn có thể xuất hiện ở LSS

dù tỉ lệ thấp hơn ở USSX.

Về dạng bè xương, dạng bè xương non là đặc điểm thường gặp trong LSS, trong khi USSX thường có dạng hỗn hợp giữa xương non và xương trưởng thành. Nghiên cứu của Davidova và cộng sự² (2020) cũng ghi nhận khoảng 52,5% các trường hợp LSS có dạng bè xương non.

Mô đệm sợi trong LSS thường có ít tế bào, trong khi USSX thường có mô đệm sợi giàu tế bào, phù hợp với ghi nhận trong y văn hiện nay.⁸

Nghiên cứu này ghi nhận 86,4% các trường hợp LSS và chỉ 36,4% trường hợp USSX có khoảng trống quanh bè xương. Nghiên cứu của Soyele và cộng sự⁵ (2018) cho rằng đây có thể do hiện tượng co rút khi thực hiện khử khoáng mẫu bệnh phẩm khi có 16/24 bệnh nhân LSS và 22/40 bệnh nhân USSX có đặc điểm này. Do đó, chúng tôi cho rằng đây không phải là một đặc trưng để phân biệt giữa hai nhóm bệnh lý này do khó loại trừ được yếu tố gây nhiễu cũng như cần nhiều nghiên cứu hơn để có thể đưa đến kết luận.

Chất dạng xê măng là một đặc trưng của USSX, trong khi LSS thường không có đặc điểm này. Nghiên cứu của Ojo và cộng sự⁶ (2014) ghi nhận khoảng 64,3% các trường hợp USSX có chất dạng xê măng. Vì vậy, xuất hiện chất dạng xê măng trên tiêu bản HE gợi ý nhiều đến u sợi sinh xương khi cần phân biệt giữa u sợi sinh xương và loạn sản sợi.

V. KẾT LUẬN

Cần kết hợp các đặc điểm lâm sàng, X-quang và mô bệnh học để có thể đưa ra chẩn đoán chính xác các thể lâm sàng cũng như nâng cao hiệu quả điều trị các tổn thương xương – sợi ở xương hàm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Collins LHC, Zegalie NFT, Sassoon I, Speight PM. A Clinical, Radiological and Histopathological Review of 74 Ossifying Fibromas.** *Head Neck Pathol.* 2023;17(2):433-446. doi:10.1007/s12105-022-01522-w
2. **Davidova LA, Bhattacharyya I, Islam MN, Cohen DM, Fitzpatrick SG.** An Analysis of Clinical and Histopathologic Features of Fibrous Dysplasia of the Jaws: A Series of 40 Cases and Review of Literature. *Head Neck Pathol.* 2019;14(2):353-361. doi:10.1007/s12105-019-01039-9
3. **Lee J, FitzGibbon E, Chen Y, et al.** Clinical guidelines for the management of craniofacial fibrous dysplasia. *Orphanet J Rare Dis.* 2012;7(1):S2. doi:10.1186/1750-1172-7-S1-S2
4. **Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC.** *Oral and Maxillofacial Pathology.* Elsevier Health Sciences; 2015.
5. **Soyele O.** Patterns of fibro-osseous lesions of the oral and maxillofacial region seen in a tertiary hospital at ile-ife, nigeria. Published online

- November 30, 2018.
6. **Ojo MA, Omoregie OF, Altini M, Coleman H.** A clinico-pathologic review of 56 cases of ossifying fibroma of the jaws with emphasis on the histomorphologic variations. *Niger J Clin Pract.* 2014;17(5):619-623. doi:10.4103/1119-3077.141429
7. **Shi RR, Li XF, Zhang R, Chen Y, Li TJ.** GNAS mutational analysis in differentiating fibrous dysplasia and ossifying fibroma of the jaw. *Mod Pathol.* 2013;26(8):1023-1031. doi:10.1038/modpathol.2013.31
8. **Wright JM, Vered M.** Update from the 4th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumours: Odontogenic and Maxillofacial Bone Tumors. *Head Neck Pathol.* 2017;11(1):68-77. doi:10.1007/s12105-017-0794-1

KẾT QUẢ DÀI HẠN PHẪU THUẬT BÓC NỘI MẠC CÓ DỪNG MIẾNG VÁ MẠCH MÁU ĐIỀU TRỊ TẮC ĐỘNG MẠCH CẢNH

Lê Đức Tín¹, Phan Quốc Cường¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Hiện vẫn còn ít công trình nghiên cứu về kết quả dài hạn phẫu thuật bóc nội mạc có dừng miếng vá mạch máu điều trị hẹp động mạch cảnh trong. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả dài hạn phẫu thuật bóc nội mạc có dừng miếng vá mạch máu điều trị hẹp động mạch cảnh trong. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt ca, từ 01/03/2012 đến 30/12/2023, tại khoa Phẫu thuật Mạch máu, Bệnh viện Chợ Rẫy. **Kết quả:** Trong thời gian từ năm 2012 đến 2023, chúng tôi đã thực hiện 46 ca phẫu thuật bóc nội mạc có dừng miếng vá mạch máu được theo dõi dài hạn. Tuổi trung bình là 69,6 (58 – 82). Tỷ lệ nam/ nữ là 6,7/1. Có 87% bệnh nhân có triệu chứng hẹp động mạch cảnh lúc nhập viện. Đa phần bệnh nhân được gây mê toàn thân (89,1%), đặt shunt động mạch cảnh (91,3%) trong phẫu thuật. Tất cả các bệnh nhân đều được dùng miếng vá mạch máu bằng vật liệu màng tim bò. Thời gian theo dõi dài hạn trung bình là 59 ± 9,8 tháng. Có 1 trường hợp (2,2%) tái hẹp động mạch cảnh, không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng nhồi máu cơ tim (NMCT), tai biến mạch máu não (TBMMN), tử vong trong thời gian theo dõi dài hạn. **Kết luận:** phẫu thuật bóc nội mạc có dừng miếng vá mạch máu là phương pháp an toàn và hiệu quả, cho kết quả dài hạn khả quan trong điều trị hẹp động mạch cảnh trong. **Từ khóa:** bóc nội mạc động mạch cảnh, yếu tố nguy cơ cao.

SUMMARY

LONG-TERM OUTCOMES OF ENDARTERECTOMY USING VASCULAR PATCH TO TREAT CAROTID ARTERY STENOSIS

Background: There are still few studies on the long-term outcome of endarterectomy using vascular patch to treat carotid artery stenosis. **Objective:** Evaluation of long-term outcome of carotid endarterectomy using vascular patch to treat carotid

artery stenosis. **Subjects and Methods:** A retrospective descriptive case series was conducted from March 1, 2012 to December 30, 2023 at the Vascular Surgery Department of Cho Ray Hospital. **Results:** During the period from 2012 to 2023, we performed 46 cases of endarterectomy with vascular patch with long-term follow-up. The mean age was 69.6 (58-82). The male/female ratio was 6.7/1. 87% of patients had symptoms of carotid artery stenosis at admission. Most patients received general anesthesia (89.1%) and carotid artery shunt (91.3%) during surgery. All patients received vascular patches made of bovine pericardial material. The mean long-term follow-up time was 46 ± 9.8 months. There was 1 case (2.2%) of carotid artery restenosis, no cases of myocardial infarction (MI), cerebrovascular accident (CVA), or death were recorded during long-term follow-up. **Conclusion:** Treatment of carotid artery stenosis by endarterectomy in a group of patients with high-risk factors, has good mid-term results and should be considered in experienced centers.

Keywords: carotid endarterectomy, vascular.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai biến mạch máu não (TBMMN) là nguyên nhân gây tử vong và tàn phế đứng hàng thứ hai trên toàn thế giới, trong đó nhồi máu não chiếm 87%. Hẹp động mạch cảnh trong đoạn ngoài sọ do xơ vữa mạch máu là nguyên nhân phổ biến ở những bệnh nhân lớn tuổi, chiếm 18% - 25% các trường hợp nhồi máu não.¹ Phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh (Carotid endarterectomy CEA) được thực hiện đầu tiên vào năm 1950 bởi De Bakey, cho đến nay CEA vẫn giữ vai trò quan trọng trong phòng ngừa tai biến mạch máu não, đã được chứng minh từ nhiều năm trên thế giới đây là phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả. Có 2 kỹ thuật để phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh: kỹ thuật cổ điển (Conventional – CEA), được thực hiện bằng cách bóc xơ động mạch cảnh trong lấy màng xơ vữa, sau đó động mạch cảnh được khâu lại trực tiếp hoặc phục hồi bằng miếng vá mạch máu; kỹ thuật lộn ngược nội mạc (Eversion – CEA) được

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đức Tín

Email: dr.ductin@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.12.2024

Ngày duyệt bài: 22.01.2025