

U lành tính vùng miệng hàm mặt

Mục tiêu học tập

1. Trình bày được triệu chứng các khối u lành tính hay gặp ở vùng miệng - hàm mặt.
2. Phân biệt được với khối u ác tính.
3. Chuyển kịp thời bệnh nhân đến các tuyến có chuyên khoa phẫu thuật hàm mặt.

I. Đại cương

- Vùng miệng - hàm mặt có thể có các u lành tính như u mạch máu, u xương v.v. và các u lành tính đặc hiệu khác như u lợi, u nguyên bào men (chỉ có ở xương hàm), u hỗn hợp tuyến nước bọt.

II. Các khối u lành tính

1. U máu

1.1. Lâm sàng

- U máu là u tạo bởi các mạch máu (động mạch, tĩnh mạch, mao mạch) tăng sinh. Có thể gặp u máu ở khắp nơi trên cơ thể nhưng ở vùng đầu, cổ, mặt nhiều hơn cả (theo J.M Friedman và MB Gormby, 50% trên vùng đầu cổ mặt. Theo Brooklyn 1973, trong các bệnh về hàm mặt, u máu là loại u lành hay gặp nhất, chiếm khoảng 10 - 15 % các ca phẫu thuật).
- Có nhiều loại u khác nhau, nhưng có chung một số triệu chứng lâm sàng như:
 - Màu đỏ hay màu tím.
 - Nổi gò trên da hay niêm mạc, nếu ta bóp hay ấn u thì u xẹp, buông tay ra u lại phồng trở lại.
 - U không đau.
 - Nếu va chạm xây xát có thể gây chảy máu.
 - Khi xây xát, có thể nhiễm trùng phụ và làm chảy máu nhiều gây nguy hiểm. Tuy nhiên căn cứ vào giải phẫu bệnh lý và dấu hiệu lâm sàng ta có thể gặp vài thể u máu sau đây:

1.1.1. U máu phẳng (angiome plan):

- Là những nốt đỏ trên da mặt, đa số bẩm sinh hay có từ lúc nhỏ, tuy không có gì nguy hiểm nhưng ảnh hưởng đến thẩm mỹ. Khi ấn tay vào u rất đỏ đổi thành màu trắng, buông tay u lại đỏ tím.

1.1.2. U máu gồ (angiome tubéreux):

- Gồ trên da từng chùm như chùm dâu.

1.1.3. U máu dưới da:

- Thường tạo thành các hang máu, chủ yếu do tĩnh mạch trở thành xơ, hang (caverneuse). Sự ứ đọng máu lâu ngày tạo thành các hạt sỏi trắng. Sờ u hơi chắc, thấy rõ các hạt sạn cứng rắn.
- Chụp X quang thấy rõ các hạt sạn.
- Chẩn đoán: Dựa vào màu sắc, sờ bóp u xẹp, có thể chọc hút ra máu.

1.2. Điều trị

- U máu phẳng có thể được cắt, ghép da hay dùng phương pháp áp lạnh bằng nitơ lỏng
- U máu gồ, u máu dưới da cũng có thể phẫu thuật cắt bỏ nếu u nhỏ, có ranh giới rõ. Nếu u to, ranh giới không rõ nguy hiểm nếu phẫu thuật, ta có thể tiêm gây xơ bằng thuốc tiêm xơ.
- Ở Việt Nam hay dùng dùng huyết thanh mẫn ưu trương đun nóng lên 70 - 80°C và tiêm vào khối u. U máu cũng có thể điều trị bằng tia xạ.

2. U bạch mạch

- Ít gặp hơn u máu (khoảng 1/3 nếu tính chung với u máu).

2.1. Lâm sàng

- Có thể gặp ở lưỡi, ở má (da và niêm mạc), ở mặt và vùng dưới hàm, bên cổ, khác với u máu, u bạch mạch màu sắc da và niêm mạc trên u gần bình thường.

- U bóp không xẹp.
- U bạch mạch dễ bị nhiễm trùng phụ.
- Thể bệnh hay gặp nhất là u bạch mạch nang (kystique) gặp ở vùng dưới hàm, cạnh cổ ở trẻ sơ sinh, vài tháng tuổi.
- U phát triển nhanh, không nên chọc hút gây nhiễm trùng.

2.2. Chẩn đoán

- U sờ mềm, lũng búng, bóp không xẹp, màu sắc da và niêm mạc trên u gần như bình thường.

2.3. Điều trị

- Có thể tiêm gây xơ hay phẫu thuật cắt bỏ u.

3. U xương

- Có thể là nguyên phát (từ tế bào tạo xương) hay thứ phát (từ tế bào tạo sụn hay tạo xơ) u phát triển chậm (hàng năm) làm mất cân đối mặt.
- Chụp phim X quang thấy xương nơi u đậm đặc.
- Chỉ mổ u xương theo lối đeo gọt bớt u theo yêu cầu thẩm mỹ.

4. U lợi răng

- U có liên quan về bệnh sinh mật thiết với sự thay đổi kích tổ nữ ở tuổi thiếu niên và phụ nữ mang thai.

4.1. Lâm sàng có ba thể bệnh

- U lợi xơ: mặt nhẵn, mật độ u đều, xương bình thường.
- U lợi sùi: màu đỏ sẫm, sùi, sờ mềm, hay chảy máu, u phát triển từ lợi ở kẽ hai răng, trên phim X quang thấy có dấu hiệu tiêu xương giữa hai huyệt ổ răng. Thường gặp trên phụ nữ có thai, thường sau khi đẻ u tự biến đi.
- U lợi thể hạt: mềm màu đỏ sẫm.

4.2. Chẩn đoán u lợi dễ dựa vào hình thể và vị trí u.

4.3. Điều trị

- Phẫu thuật cắt bỏ u và có khi phải nhổ răng và bấm bỏ phần xương mà u xâm lấn.

5. U liên bào men

5.1. Lâm sàng

- Phát triển từ tế bào tạo men răng hình sao (améloblastome).

5.2. Giải phẫu bệnh lý u

- Có thể có sự kết hợp các tế bào khác làm thành năm thể bệnh:

5.2.1. U nguyên bào men thể nang

- Bệnh nhân ở tuổi thanh niên hay trung niên.
- Thường gặp ở ngành ngang xương hàm dưới.
- U phát triển dần ngày càng to làm biến dạng mặt.
- Sờ u có triệu chứng bóng nhựa (bóp u thấy như bóp quả bóng nhựa, bóng bàn - xẹp một vết lõm, nếu bóp nhẹ dưới tay thấy phồng trở lại).
- Răng trên u lung lay.
- Phim X. quang: hình ảnh nhiều nang.
- Chọc hút ra dịch vàng có hạt cholesterin

5.2.2. U xơ nguyên bào men: có thêm tế bào xơ, u phát triển chậm.

5.2.3. U men tuyến (adéno - améloblastome) hay gặp ở hàm dưới vùng răng nanh.

5.2.4. U răng xơ tuyến bào men (fibro - odonto - améloblastome).

5.2.5. U răng nguyên bào men (Odonto - améloblastome) hay u men đặc.

- Phim X. quang là một khối cản quang có hình nhiều răng dính vào nhau
- Chẩn đoán u nguyên bào men dựa vào triệu chứng lâm sàng và phim X. quang.

5.3. Điều trị

- Phẫu thuật nạo, hay cắt bỏ u cùng với một phần xương lành. U nguyên bào men dễ tái phát sau mổ. Có một số ca rất nhỏ trở thành u ác tính.

6. U hỗn hợp tuyến nước bọt

- U do sự phát triển của liên bào túi tuyến và ống tiết với các tổ chức liên kết đệm, đôi khi có cả sụn. Rất hay gặp, chiếm 50 % trong số các u tuyến mang tai.

6.1. Lâm sàng

- U hỗn hợp tuyến mang tai phát triển kéo dài trải qua ba giai đoạn:

6.1.1. Giai đoạn đầu: kéo dài vài năm.

- Triệu chứng chủ quan: không.
- Triệu chứng thực thể:
 - U tròn nhỏ khoảng 1cm.
 - Chắc đều, di động dễ lỏ ống sténon bình thường.
 - Không có hạch.

6.1.2. Giai đoạn toàn phát: bệnh nhân trung niên (40 - 50 tuổi).

- Triệu chứng chủ quan:
 - U thấy rõ, mất cân đối mặt.
 - Không đau, không ảnh hưởng tới sức khỏe.
- Triệu chứng thực thể:
 - Nhìn: u to bằng nắm tay ở vùng mang tai (nếu là u tuyến dưới hàm thì nhỏ hơn) da căng, có chỗ gồ cao, màu sắc da bình thường.
 - Sờ: u có chỗ rắn, chỗ mềm, ranh giới rõ, u ở nông, di động được.

6.1.3. Giai đoạn thoái hóa ác tính

- Triệu chứng chủ quan: đau và liệt mặt.
- Triệu chứng thực thể: u rất to, da loét, u dính với tổ chức xung quanh.

- Với ở u này nếu chụp X quang sau khi bơm thuốc cản quang (sialographie) vào tuyến qua lỗ tiết, u tuyến mang tai có hình một bàn tay (là các ống tiết) ôm quả bóng (là u).

6.2. Điều trị

- Cần mổ sớm tránh tai biến liệt mặt. Nếu đã thoái hóa thì mổ cắt rộng, chịu liệt mặt và phải điều trị tia xạ, hay hóa trị liệu sau mổ.
- Chẩn đoán phân biệt các u lành kể trên với ung thư phần mềm hay phần xương.
- Các u lành không đau (trừ khi có nhiễm trùng kèm theo) không có hạch, thời gian tiến triển kéo dài, không hoặc rất ít ảnh hưởng đến sức khỏe và các bộ phận giải phẫu lân cận.