

4. **Đinh Thị Thúy Hà** (2021). Phân tích tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn gram âm đa kháng tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai. *Tạp Chí Học Việt Nam*;501(1).
5. **Diekema et al** (2019). The Microbiology of Bloodstream Infection: 20-Year Trends from the SENTRY Antimicrobial Surveillance Program. *Antimicrob Agents Chemother*;63(7):e00355-19.
6. **Phạm Văn Huy, Nguyễn Thị Thu Thủy, Nguyễn Phương Mai và cộng sự** (2021). Thực trạng sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn huyết do vi khuẩn Gram âm tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2020. *Tạp chí Y* được làm sàng 108; 16(DB11).
7. **Nguyễn Thị Hải, Lê Văn Hưng, Hoàng Vũ Lượng và cộng sự** (2023). Tình hình đa kháng kháng sinh của vi khuẩn gram âm gây nhiễm khuẩn huyết tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh năm 2022. *Tạp Chí Học Việt Nam*;527(2).
8. **Magiorakos et al** (2012). Multidrug-resistant, extensively drug-resistant and pandrug-resistant bacteria: an international expert proposal for interim standard definitions for acquired resistance. *Clin Microbiol Infect Off Publ Eur Soc Clin Microbiol Infect Dis*;18(3).

## KÍCH THUỐC XƯƠNG Ổ RĂNG HÀM TRÊN Ở BỆNH NHÂN SAI KHỚP CẢN HẠNG II TRÊN PHIM CTCB

Yongyout SILAVANH<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Bích Ngọc<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 25 bệnh nhân chưa từng chỉnh nha chẩn đoán sai khớp cắn hạng 2 được khám điều trị và chụp phim CTCB tại Viện Đào Tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội từ tháng 03/2023 đến tháng 07/2024 nhằm xác định chiều dày và độ rộng xương ổ liên chân răng hàm trên và nhận xét một số vị trí thuận lợi khi cắm minivis ở nhóm bệnh nhân trên. Kết quả cho thấy chiều rộng xương ổ răng trung bình mặt ngoài ở cung răng hàm trên lớn nhất ở vùng liên răng cửa giữa tại vị trí cách CEJ 8mm ( $3,66 \pm 0,82$  mm), tiếp theo đến giữa răng hàm nhỏ thứ hai và răng hàm lớn thứ nhất ( $3,43 \pm 1$ mm), mặt trong lớn nhất ở vùng giữa răng hàm nhỏ thứ hai và răng hàm lớn thứ nhất ( $5,79 \pm 1,12$  mm). Chiều dày xương ổ răng trung bình ở hàm trên lớn nhất ở vùng giữa răng hàm lớn thứ nhất và răng hàm lớn thứ hai (6-7) ( $14,9 \pm 1,68$ mm tại vị trí cách CEJ 8mm). Kết luận các vị trí thuận lợi cho cắm minivis ở hàm trên với chiều dày và chiều rộng xương ổ răng đủ là giữa hai răng cửa và giữa răng hàm nhỏ thứ hai và răng hàm lớn thứ nhất (5-6) ở mặt ngoài, giữa răng hàm lớn thứ nhất và răng hàm lớn thứ hai (6-7) ở mặt trong. Do chiều rộng xương ổ răng hạn chế, đường kính khuyến nghị của minivis là 1,2-1,6mm để đặt vào xương ổ răng hàm trên và chiều dài được khuyến nghị là 6-8mm.

**Từ khóa:** minivis, chiều rộng xương ổ răng, chiều dày xương ổ răng.

**Từ viết tắt:** CTCB: phim cắt lớp chùm tia hình nón, CEJ: đường nối men xi măng

### SUMMARY

#### ALVEOLAR BONE SIZE OF MAXILLARY IN PATIENTS WITH CLASS II MALOCCLUSION

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Yongyout SILAVANH

Email: tarsilavanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2024

Ngày duyệt bài: 26.12.2024

### ON CTCB IMAGES

A cross-sectional study was conducted on 25 patients who had never undergone orthodontic treatment and were diagnosed with class II malocclusion and were examined, treated, and had CTCB images taken at School of Odonto-Stomatology, Hanoi Medical University from March 2023 to July 2024 to determine the thickness and width of the interdental bone between the maxillary teeth and to find on some favorable positions for miniscrew placement in this patients. The results showed that the average alveolar bone width of the buccal surface of the maxillary dental arch was largest in the central incisor region at a position 8mm from the CEJ ( $3.66 \pm 0.82$  mm), followed by the region between second premolar and first molar ( $3.43 \pm 1$ mm), the palatal surface was largest in the region between first molar and second molar ( $5.79 \pm 1.12$  mm). Conclusion: favorable positions for miniscrew placement in maxillary arch are central incisors, between second premolar and first molar in buccal surface, between first molar and second molar in palatal surface. Due to the limited alveolar bone width, the recommended diameter of the minivis is 1.2-1.6mm for placement in the alveolar bone and the recommended length is 6-8mm. **Keywords:** minivis, alveolar bone width, alveolar bone thickness

**Abbreviations:** CTCB: cone beam computed tomography, CEJ: cementoenamel junction

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, việc sử dụng minivis nhằm rút ngắn thời gian điều trị cũng như giúp ổn định kết quả điều trị trong chỉnh hình răng mặt ngày càng trở nên rộng rãi. Minivis hay còn gọi là khí cụ neo chặn tạm thời cho phép bác sỹ đặt vào xương ở nhiều vị trí khác nhau trong miệng<sup>1</sup>. Minivis có thể được đặt ở nhiều vị trí ở hàm trên và hàm dưới, đáng chú ý nhất là vùng xương ổ giữa các chân răng do tạo được hướng lực thích hợp cũng như dễ dàng đặt minivis xuyên qua vùng lợi dính<sup>2</sup>.

Một trong những thách thức liên quan đến việc sử dụng mini vít là xác định vị trí cắm thích hợp và an toàn. Độ dày của xương ổ răng, đặc biệt là trong khoảng 8mm từ ranh giới men – cement về phía chóp răng, là yếu tố quan trọng tạo sự ổn định cho mini vít, với sự thuận lợi của chiều rộng lợi dính và chiều sâu ngách tiền đình. Vì vậy, việc xác định kích thước ba chiều của xương ổ răng trước khi cắm mini vít là vô cùng cần thiết. Những năm gần đây, kỹ thuật chụp cắt lớp vi tính CBCT được sử dụng rộng rãi trong răng hàm mặt. Kỹ thuật này có nhiều ưu điểm như: cho thông tin chính xác về hình ảnh xương theo không gian ba chiều, các cấu trúc giải phẫu lân cận, chất lượng xương... Đó là công cụ hữu ích giúp các nhà lâm sàng xác định vị trí cũng như hướng cắm mini vít neo chặn một cách chính xác.

Ở Việt Nam, hiện tại chưa có nghiên cứu nào đánh giá toàn diện kích thước ba chiều của xương ổ răng hàm trên ở nhóm bệnh nhân có sai khớp cắn hạng II. Do đó chúng tôi thực hiện đề tài nhằm mục tiêu: *Xác định chiều dày và độ rộng xương ổ liên chân răng hàm trên và nhận xét một số vị trí thuận lợi khi cắm minivis ở nhóm bệnh nhân sai khớp cắn hạng 2 nói trên.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Chiều rộng xương ổ răng trung bình mặt ngoài hàm trên**

Vị trí	2mm	4mm	6mm	8mm
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
11-21	$2,58 \pm 0,62$	$2,51 \pm 0,78$	$2,85 \pm 0,78$	$3,66 \pm 0,82$
11-12 và 21-22	$1,49 \pm 0,39$	$1,58 \pm 0,42$	$2,03 \pm 0,54$	$2,73 \pm 0,66$
12-13 và 22-23	$1,75 \pm 0,53$	$2,1 \pm 0,66$	$2,61 \pm 0,74$	$3,15 \pm 0,82$
13-14 và 23-24	$1,78 \pm 0,42$	$2,27 \pm 0,59$	$2,6 \pm 0,68$	$2,96 \pm 0,76$
14-15 và 24-25	$1,98 \pm 0,46$	$2,48 \pm 0,59$	$2,78 \pm 0,69$	$2,93 \pm 0,73$
15-16 và 25-26	$2,34 \pm 0,61$	$2,85 \pm 0,7$	$3,04 \pm 0,88$	$3,43 \pm 1$
16-17 và 26-27	$1,97 \pm 0,56$	$1,89 \pm 0,65$	$1,84 \pm 0,74$	$2,3 \pm 0,86$

**Nhận xét:** Chiều rộng xương ổ răng trung bình mặt ngoài ở cung răng hàm trên lớn nhất ở vùng liên răng cửa tại vị trí cách CEJ 8mm ( $3,66 \pm 0,82$  mm), tiếp theo đến vùng giữa răng 5-6 ( $3,43 \pm 1$  mm) và nhỏ nhất ở vùng răng cửa giữa và răng cửa bên tại vị trí cách CEJ 2mm ( $1,49 \pm 0,39$  mm)

**Bảng 3.2. Chiều rộng xương ổ răng trung bình mặt trong hàm trên**

Vị trí	2mm	4mm	6mm	8mm
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
11-21	$2,58 \pm 0,62$	$2,51 \pm 0,78$	$2,85 \pm 0,78$	$3,66 \pm 0,82$
11-12 và 21-22	$1,49 \pm 0,39$	$1,58 \pm 0,42$	$2,03 \pm 0,54$	$2,73 \pm 0,66$
12-13 và 22-23	$1,75 \pm 0,53$	$2,1 \pm 0,66$	$2,61 \pm 0,74$	$3,15 \pm 0,82$
13-14 và 23-24	$1,84 \pm 0,52$	$2,13 \pm 0,61$	$2,33 \pm 0,7$	$2,5 \pm 0,75$
14-15 và 24-25	$2,13 \pm 0,49$	$2,71 \pm 0,53$	$2,91 \pm 0,66$	$3,14 \pm 0,98$
15-16 và 25-26	$2,86 \pm 0,73$	$3,95 \pm 0,89$	$4,93 \pm 0,99$	$5,79 \pm 1,12$
16-17 và 26-27	$2,44 \pm 0,67$	$2,88 \pm 0,59$	$3,3 \pm 0,75$	$3,97 \pm 1,01$

**Nhận xét:** Chiều rộng xương ổ răng ở mặt trong vùng răng hàm trên lớn nhất ở vùng răng hàm nhỏ thứ hai và răng hàm lớn thứ nhất tại vị trí cách CEJ 8mm ( $5,79 \pm 1,12$  mm) và nhỏ nhất vùng

**Đối tượng:** bệnh nhân chưa từng chỉnh nha được chụp phim bằng kỹ thuật CTCB tại Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội, từ tháng 03/2023 đến tháng 07/2024

**Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang; cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện với cỡ mẫu 25 bệnh nhân

#### Các bước tiến hành

Bước 1: Thiết kế biểu mẫu nghiên cứu

Bước 2: Khám bệnh nhân, lựa chọn bệnh nhân theo tiêu chuẩn lựa chọn.

Bước 3: Thu thập phim CBCT được chụp từ những bệnh nhân đã được chọn

Bước 4: Ghi nhận thông tin cần thiết theo biểu mẫu nghiên cứu. Tiến hành đo đạc các chỉ số trên phim bằng máy tính, sử dụng phần mềm Simplant 14.0 đo chiều dày, chiều rộng xương ổ răng ở các lát cắt cách CEJ 2mm, 4mm, 6mm, 8mm ở cả vùng răng trước và răng sau hàm trên

Bước 5: Xử lý, phân tích số liệu

**Phương pháp phân tích và xử lý số liệu.** Số liệu sau khi được nhập liệu bằng phần mềm Excel sẽ được xử lý, phân tích bằng phần mềm SPSS.

Biện pháp khống chế sai số:

Thống nhất một công cụ đo

Tập huấn kĩ cho người đo, đo sai số giữa các lần đo và sai số giữa các người đo khác nhau

Đo trong cùng một tiêu chuẩn, điều kiện

giữa răng cửa giữa và răng cửa bên tại vị trí cách CEJ 2mm ( $1,49 \pm 0,39\text{mm}$ )

**Bảng 3.3. Chiều dày xương ổ răng trung bình ở hàm trên**

Vị trí	2mm	4mm	6mm	8mm
	$\bar{X} \pm \text{SD}$	$\bar{X} \pm \text{SD}$	$\bar{X} \pm \text{SD}$	$\bar{X} \pm \text{SD}$
11-21	$5,7 \pm 1,26$	$6,15 \pm 1,43$	$6,37 \pm 1,31$	$6,55 \pm 1,23$
11-12 và 21-22	$6,1 \pm 0,96$	$6,58 \pm 0,84$	$6,57 \pm 0,86$	$6,68 \pm 1,07$
12-13 và 22-23	$6,66 \pm 0,82$	$7,13 \pm 0,83$	$6,87 \pm 0,84$	$6,71 \pm 0,93$
13-14 và 23-24	$8,09 \pm 1,02$	$9,11 \pm 1,12$	$9,04 \pm 1,22$	$9,02 \pm 1,19$
14-15 và 24-25	$8,62 \pm 0,97$	$9,46 \pm 0,93$	$9,46 \pm 0,94$	$9,39 \pm 1,51$
15-16 và 25-26	$9,8 \pm 1,1$	$11,26 \pm 1,25$	$11,32 \pm 1,5$	$11,62 \pm 1,82$
16-17 và 26-27	$12,72 \pm 1,41$	$14,46 \pm 1,57$	$14,65 \pm 1,66$	$14,9 \pm 1,68$

**Nhận xét:** Chiều dày xương ổ răng trung bình ở hàm trên lớn nhất ở vùng răng hàm lớn thứ nhất và răng hàm lớn thứ hai tại vị trí cách CEJ 8mm ( $14,9 \pm 1,68\text{mm}$ ) và nhỏ nhất ở vùng giữa hai răng cửa tại vị trí cách CEJ 2mm ( $5,7 \pm 1,26\text{mm}$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

Sự ổn định tiên phát là chìa khóa cho thành công của mini vít neo chặn trong chỉnh nha. Nếu không có sự ổn định tiên phát thì sẽ không có sự ổn định thứ phát. Sự ổn định tiên phát có được từ sự tích hợp cơ học tốt giữa mini vít và xương tại vị trí cắm. Kuroda Asscherickx đã chỉ ra rằng khoảng chân răng gần nhau là một yếu tố chính gây ra sự thất bại của mini vít<sup>3</sup>. Kết quả nghiên cứu của các tác giả này đã chứng minh có một mối tương quan giữa độ ổn định và độ thải loại muộn của mini vít. Với đường kính mini vít nhỏ và khoảng liên chân răng đủ rất quan trọng cho cả sự an toàn và ổn định của cắm mini vít ở giai đoạn sau.

Hiện nay, hầu hết các mini vít đang được sử dụng trong chỉnh nha có đường kính khác nhau từ 1,2 đến 2 mm. Các nghiên cứu cho thấy chiều rộng của dây chằng nha chu vào khoảng 0,2-0,4mm do đó khoảng hở tối thiểu 1 mm của xương ổ răng xung quanh vít có thể đảm bảo cho sự lành mạnh của mô nha chu<sup>4</sup>. Kết hợp giá trị này với đường kính minivít và kích thước khoảng liên chân răng, các khu vực an toàn hơn để cắm vít trong các khoảng liên chân răng có thể được xác định.

Nhiều yếu tố có thể ảnh hưởng đến tỷ lệ thành công và hiệu quả của cắm mini vít trong việc sử dụng mini vít neo chặn chỉnh nha. Các yếu tố này có thể liên quan đến mini vít (loại, đường kính và chiều dài của mini vít), liên quan đến bệnh nhân (giới tính, tuổi tác, tình trạng thể chất), liên quan đến phẫu thuật (hướng cắm mini vít và độ nghiêng trong ngoài của mini vít), liên quan đến quá trình điều trị chỉnh nha (cường độ và thời gian về lực), liên quan đến vị trí cắm (độ rộng và độ dày xương ổ răng, độ dày xương

vỏ, tỷ lệ lợi sưng hoá so với niêm mạc miệng). Tuy nhiên, vai trò chính xác của các yếu tố này vẫn chưa được hiểu rõ. Nghiên cứu này của chúng tôi đã điều tra dữ liệu giải phẫu được thu thập từ 25 hình ảnh CBCT: Kích thước xương khoảng liên chân răng bao gồm chiều rộng và chiều dày xương ổ răng và độ dày xương vỏ, chúng tôi đã thực hiện các phép đo ba chiều của các khoảng liên chân răng ở 4 vị trí (2 mm, 4 mm, 6 mm và 8mm) từ CEJ.

Hầu hết các nghiên cứu về vấn đề này đều nhằm xác định các vị trí thuận lợi nhất cho mini vít tập trung vào vùng răng sau của hàm trên hoặc hàm dưới. Tuy nhiên, thực tế cắm mini vít thường hữu ích ở vùng răng trước để đóng khoảng hoặc sửa chữa các vấn đề về chen chúc nặng phía trước, với hàm trên còn có chỉ định cắm minivis để đánh lún nhóm răng cửa do đó khảo sát xương ổ răng vùng răng trước rất quan trọng và cần thiết. Vì vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi, dữ liệu về khoảng liên chân răng bao gồm chiều rộng và chiều dày xương ổ răng được xác định cho tất cả các răng, cả vùng răng trước và sau, để cung cấp cho bác sĩ một bản đồ giải phẫu toàn diện của hàm trên.

Trong nghiên cứu này, CEJ được chọn làm điểm khởi đầu cho các phép đo, không giống như các nghiên cứu khác sử dụng mào xương ổ răng làm điểm mốc để đo kích thước xương ổ răng. Mặc dù mào xương ổ răng là một điểm tham chiếu thuận lợi, tuy nhiên chiều cao mào xương ổ răng có thể bị ảnh hưởng bởi các vấn đề nha chu khác nhau. Do đó, mào xương ổ răng không được chọn làm điểm tham chiếu liên tục và đáng tin cậy cho nghiên cứu của chúng tôi.

Đánh giá khoảng liên chân răng rất quan trọng đối với cắm mini vít vì nó liên quan đến sự an toàn và ổn định của mini vít. Khoảng liên chân răng có thể bị ảnh hưởng bởi hình thể và chiều dài của các chân răng liền kề và sự sắp xếp của chúng trên cung hàm như độ nghiêng gần xa và độ nghiêng trong ngoài của chân răng. Khi chân răng có hình nón hoặc hình pipet,

phẫu thuật viên có thể tận dụng khoảng không gian lớn hơn ở vùng giữa chân răng hoặc vùng chóp răng. Vì khoảng liên chân răng thường chỉ từ 2 đến 3 mm, độ chính xác rất quan trọng trong nghiên cứu này. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với tất cả các phép đo được thực hiện bởi một người đo duy nhất để xác nhận độ tin cậy của dữ liệu.

Về chiều rộng xương ổ răng, sau khi nghiên cứu chiều rộng vùng dây chằng nha chu quanh răng và kích thước mini vít, Schnelle và cộng sự đề xuất rằng cần có ít nhất 3 đến 4 mm khoảng liên chân răng để đặt mini vít ở vị trí an toàn. Poggio và cộng sự cũng nhấn mạnh việc kết hợp các phép đo khoảng liên chân răng với đường kính mini vít và độ đào thải xương để bảo vệ sự lành mạnh của mô nha chu và đảm bảo sự ổn định của mini vít<sup>5</sup>. Họ khuyến nghị các khoảng liên chân răng trong phạm vi lớn hơn 3,2 mm là vùng an toàn cho các mini vít có đường kính từ 1,2 đến 1,3 mm. Vị trí đặt mini vít phù hợp phải đáp ứng ít nhất 1 trong các yêu cầu sau: Chiều rộng xương ổ răng hẹp nhất phải lớn hơn 3 mm và độ dày xương ổ răng ở vùng liên chân răng hẹp nhất phải đủ để phù hợp với chiều dài của mini vít cấy.

Công nghệ CBCT đã được sử dụng để cung cấp hình ảnh 3D, cho phép trực quan hóa và định lượng 3D chi tiết hơn về kích thước xương ổ răng trong hàm trên và hàm dưới. Mặc dù các vị trí cấy mini vít trong hàm trên đã được nghiên cứu rộng rãi nhưng chưa có đánh giá một cách hệ thống khoảng liên chân răng này. Trên lâm sàng, điều quan trọng đối với các bác sĩ lâm sàng là phải hiểu rõ giải phẫu của các vị trí cấy ghép mini vít.

Trong nghiên cứu của chúng tôi chiều rộng xương ổ răng trung bình là khoảng 1,49mm đến 5,79mm ở hàm trên. Kết quả của chúng tôi cho thấy kích thước xương ổ răng nhỏ hơn các nghiên cứu trước đây ở cả Việt Nam và trên thế giới. Nghiên cứu của Hoàng Kim Cúc năm 2019 cho thấy kích thước xương ổ răng hàm trên dao động từ 2,45mm đến 6,72mm<sup>6</sup>. Một nghiên cứu khác của Arathi và cộng sự mới đây năm 2022 trên 15 bệnh nhân Ấn Độ khảo sát phim CTCTB cho thấy kích thước này dao động lớn hơn từ 2,50mm đến 9,81mm ở khoảng cách CEJ 8mm<sup>7</sup>. Đặc điểm xương ổ của người Việt Nam thường mỏng cũng là yếu tố bất lợi cần khảo sát kỹ khi cấy minivis. Vì vậy ta có thể thấy ở một số vị trí sẽ có khoảng hở dưới 1mm xung quanh vị trí cấy minivis, ngay cả với đường kính vis là 1,2mm. Nhận thấy rằng việc đặt minivis vào vùng lợi dính là thuận lợi, có một thách thức đặt ra là đặt

các minivis trong khoảng hẹp hơn khoảng an toàn cho phép.

Ở hàm trên, các vị trí thuận lợi cho cấy minivis với chiều dày và chiều rộng xương ổ răng đủ là giữa hai răng cửa giữa và giữa răng hàm nhỏ thứ hai và răng hàm lớn thứ nhất ở hàm trên, mặt trong giữa răng hàm lớn thứ nhất và răng hàm lớn thứ hai. Có nhiều khoảng rộng cần thiết cho việc cấy vis ở vòm miệng hơn ở phía ngoài, nhưng việc cấy vào vòm miệng phải được đánh giá cẩn thận. Ở phía ngoài, chiều rộng xương ổ răng giảm vì sự hiện diện của chân răng hàm lớn thứ nhất về phía má. Để đặt minivis an toàn trong khu vực này, trục đặt và hình dạng vis trở nên quan trọng. Nếu minivis được đặt vuông góc với trục răng, nó có thể chạm đến khoảng hẹp nhất sớm hơn so với khi được đặt ở một góc nghiêng và minivis không nên đặt quá 6-8mm. Đặt minivis với một góc tiếp tuyến 30-40 độ so với trục răng cho phép đặt một vis dài hơn ở chiều dày xương có sẵn. Đồng thời, đầu minivis giảm đường kính và cấy vis thuận hình nón giúp làm giảm nguy cơ tổn thương chân răng.

## V. KẾT LUẬN

Các vị trí thuận lợi cho cấy minivis ở hàm trên với chiều dày và chiều rộng xương ổ răng đủ là giữa hai răng cửa giữa, và giữa răng hàm nhỏ thứ hai và răng hàm lớn thứ nhất ở hàm trên, mặt trong giữa răng hàm lớn thứ nhất và răng hàm lớn thứ hai ở hàm trên. Do chiều rộng xương ổ răng hạn chế, đường kính khuyến nghị của minivis là 1,2-1,6mm để đặt vào xương ổ răng và chiều dài được khuyến nghị là 6-8mm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kim SH, Choi YS, Hwang EH, Chung KR, Kook YA, Nelson G.** Surgical positioning of orthodontic mini-implants with guides fabricated on models replicated with cone-beam computed tomography. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2007 Apr;131(4 Suppl):S82-89.
2. **M M, M H, M U, N S.** Recommended placement torque when tightening an orthodontic mini-implant. *Clinical oral implants research* [Internet]. 2006 Feb [cited 2024 Oct 15];17(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16441792/>
3. **Asscherickx K, Vande Vannet B, Wehrbein H, Sabzevar MM.** Success rate of miniscrews relative to their position to adjacent roots. *Eur J Orthod.* 2008 Aug;30(4):330-5.
4. **Fayed MMS, Pazera P, Katsaros C.** Optimal sites for orthodontic mini-implant placement assessed by cone beam computed tomography. *Angle Orthod.* 2010 Sep;80(5):939-51.
5. **Pm P, C I, S V, A C.** "Safe zones": a guide for miniscrew positioning in the maxillary and mandibular arch. *The Angle orthodontist* [Internet]. 2006 Mar [cited 2024 Oct 16];76(2). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>

- 16539541/  
 6. **Hoàng Kim Cúc.** Xác định kích thước xương ổ răng trên phim CTCB hàm trên-dưới. Trường Đại học Y Hà Nội; 2019.  
 7. **Murugesan A, Dinesh SPS, Pandian SM, Solanki LA, Alshehri A, Awadh W, et al.**

Evaluation of Orthodontic Mini-Implant Placement in the Maxillary Anterior Alveolar Region in 15 Patients by Cone Beam Computed Tomography at a Single Center in South India. Med Sci Monit. 2022 Oct 26;28:e937949-1-e937949-7.

## LEIOMYOSARCOMA SAU PHÚC MẠC: CA LÂM SÀNG HIẾM GẶP VÀ ĐIỂM LẠI Y VẤN

Đoàn Trọng Tú<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Cương<sup>1</sup>, Khổng Văn Quang<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Leiomyosarcoma là khối u ác tính hiếm gặp và có thể phát sinh từ bất kỳ cơ trơn nào trên cơ thể. Leiomyosarcoma chiếm khoảng 19% sarcoma mô mềm sau phúc mạc (1). Bệnh thường gặp ở những bệnh nhân 50 – 70 tuổi và phụ nữ chiếm 2/3 đến 3/4 số bệnh nhân (2). Khối u thường phát triển âm thầm khó nhận biết. Việc điều trị khối u hiếm gặp này rất phức tạp do kích thước khối u lớn khi chẩn đoán và có di căn nên tiên lượng kém. Trong bài báo này chúng tôi trình bày một ca lâm sàng sarcoma cơ trơn sau phúc mạc phức tạp, từ đó điểm lại ý văn nhằm giúp chẩn đoán sớm bệnh lý hiếm gặp này.

**Từ khóa:** Leiomyosarcoma, u sau phúc mạc

### SUMMARY

#### RETROPERITONEAL LEIOMYOSARCOMA: RARE CLINICAL AND A LITERATURE REVIEW

Leiomyosarcomas are rare tumors that may arise from any smooth muscle source. They represent 19% of all soft tissue sarcomas arising in the retroperitoneum. Two - third to three - fourths of retroperitoneal leiomyosarcoma occur in women and develop in the fifth to seventh decade. Retroperitoneal tumors typically have vague presenting symptoms. Treatment of this rare neoplasm is complicated by the large size of the tumor at diagnosis and frequent presence of metastases; therefore, prognosis is poor. We report a giant retroperitoneal leiomyosarcoma and review of literature.

**Keywords:** Leiomyosarcoma, Retroperitoneal

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sarcoma mô mềm (Soft tissue sarcoma) là một nhóm khối u hiếm gặp chỉ chiếm 0.7% u ác tính người lớn và không đồng nhất, phát sinh trong các mô liên kết có nguồn gốc phôi từ tế bào trung mô. Có khoảng 70 loại sarcoma khác nhau. Leiomyosarcoma là sarcoma có thể gặp

bất cứ vùng nào trên cơ thể nhưng sau phúc mạc là vùng hay gặp nhất chiếm 12 – 69% các trường hợp (3,4). Bệnh thường gặp ở người lớn hơn trẻ em. Leiomyosarcoma sau phúc mạc thường phát triển âm thầm đến khi có kích thước lớn trước khi gây đau chèn ép hoặc tình cờ phát hiện khi khám kiểm tra sức khỏe. Chẩn đoán trước mổ thường dựa trên hình ảnh CT hoặc MRI. Khối u thường mềm, màu xám, kích thước lớn, ranh giới thường rõ và có vùng hoại tử. Trên hình ảnh mô bệnh học để hướng đến chẩn đoán leiomyosarcoma phải có ít nhất 1 trong số các tiêu chuẩn sau trên những u tế bào hình thoi: nhân đa hình hoặc nhân không điển hình, hoại tử u, và có trên 10 nhân chia trên 50 HPF với nữ hoặc trên 1 nhân chia trên 50 HPF với nam (5). Với hóa mô miễn dịch dựa vào các dấu ấn SMA, Desmin, h – Caldesmon dương tính để chẩn đoán leiomyosarcoma (5). Ngoài ra khối u có thể dương tính với dấu ấn Keratin, S100, CD34. Khối u âm tính với dấu ấn CD117(KIT). Leiomyosarcoma thường liên quan đến các khiếm khuyết ở TP53 (6). Một vị trí thường gặp khác là con đường retinoblastoma-cyclin D, với mất bộ gen ở 13q14, tập trung vào gen RB1 (6). FNCLCC (Fédération Nationale de Centres de Lutte Contre le Cancer) dựa vào thang điểm độ biệt hóa tế bào u, chỉ số phân bào, mức độ hoại tử để phân độ Grad của sarcoma. Phương pháp điều trị hàng đầu là phẫu thuật đảm bảo diện cắt âm tính. Hóa xạ trị được cân nhắc trong các trường hợp di căn, u lớn xâm lấn rộng, diện cắt dương tính. Qua 1 ca bệnh leiomyosarcoma sau phúc mạc, chúng tôi trình bày và điểm lại ý văn về bệnh lý này.

### I. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ, 34 tuổi, tiền sử ung thư thùy phải tuyến giáp pT1N1M0 đã điều trị. Bệnh nhân đến viện vì đi tái khám sức khỏe phát hiện khối u ổ bụng. Bệnh nhân không có biểu hiện nôn, không sốt, không đại tiện phân đen. Khám lâm sàng khi vào viện bệnh nhân thể trạng trung

<sup>1</sup>Bệnh viện K cơ sở Tân Triều

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Trọng Tú

Email: trongtubvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2024

Ngày duyệt bài: 24.12.2024