

Biểu hiện CD10 ở mô đệm bướu nguyên bào men liên quan với lâm sàng, X quang và giải phẫu bệnh

Võ Đắc Tuyến*, Nguyễn Thị Kim Chi

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, X quang và giải phẫu bệnh của bướu nguyên bào men (BNBM), phân tích liên quan giữa biểu hiện CD10 ở mô đệm bướu nguyên bào men với đặc điểm lâm sàng, X quang và giải phẫu bệnh. **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả. Mẫu nghiên cứu gồm 70 ca BNBM điều trị tại Bệnh Viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Tp.HCM. Các dữ liệu thu thập bao gồm lâm sàng, X quang và giải phẫu bệnh. **Kết quả:** Tỷ lệ phân bố nam: nữ là 1,12:1. Tuổi trung bình $34,6 \pm 14,8$ tuổi. Tuổi trung bình BNBM dạng nang $30,5 \pm 13,5$ tuổi và BNBM dạng đặc $36,8 \pm 15,2$ tuổi. Bướu thường gặp nhất ở tuổi từ 20 đến 39 tuổi (57,7%). Hàm dưới gặp nhiều hơn hàm trên (94,3% so với 5,7% ở hàm trên). Sung mặt là triệu chứng gặp nhiều nhất (92,9%). Thấu quang một hốc 18,6%, nhiều hốc 81,4%. BNBM có đường viền không rõ có tỷ lệ cao nhất 67,1%. 24,3% có răng ngầm và 77,1% tiêu chân răng. Tỷ lệ thủng vỏ xương là 58,6%, liên quan có ý nghĩa với răng ngầm ($p < 0,05$). Về vi thể, ở bướu dạng nang, dạng trong vách thường gặp nhất (48%). Ở bướu dạng đặc, dạng đám rối thường gặp nhất (28,9%). Có 39/70 ca mô đệm dương tính CD10 (55,7%), mô đệm dương tính CD10 ở BNBM dạng đặc là 64,4% cao hơn có ý nghĩa so với bướu dạng nang (40%) ($p < 0,05$). Có sự khác biệt có ý nghĩa biểu hiện CD10 mô đệm giữa bướu thấu quang một hốc và nhiều hốc; giữa bướu có đường viền rõ và không rõ; giữa bướu có thủng và không thủng vỏ xương ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa biểu hiện CD10 mô đệm và các dạng vi thể BNBM dạng đặc. Tuy nhiên, giữa biểu hiện CD10 mô đệm và các dạng vi thể BNBM dạng nang có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). **Kết luận:** Biểu hiện CD ở mô đệm BNBM có liên quan ý nghĩa với một số đặc điểm lâm sàng, X quang và giải phẫu bệnh của BNBM. CD10 mô đệm có thể có vai trò trong cơ chế xâm lấn tại chỗ của BNBM.

Từ khoá: Bướu nguyên bào men, Bướu nguyên bào men dạng nang, bướu nguyên bào men dạng đặc, CD10

Khoa Răng Hàm Mặt, Đại Học Y Dược TP.HCM

Liên hệ

Võ Đắc Tuyến, Khoa Răng Hàm Mặt, Đại Học Y Dược TP.HCM

Email: vdtuyen@ump.edu.vn

Lịch sử

- Ngày nhận: 21-8-2022
- Ngày chấp nhận: 01-12-2023
- Ngày đăng: 31-12-2023

DOI:

<https://doi.org/10.32508/stdjhs.v4i2.519>



Bản quyền

© ĐHQG Tp.HCM. Đây là bài báo công bố mở được phát hành theo các điều khoản của the Creative Commons Attribution 4.0 International license.



ĐẶT VẤN ĐỀ

Bướu nguyên bào men (BNBM) là một trong những bướu do răng thường gặp nhất, chiếm tỷ lệ khoảng 1% các bướu vùng cổ mặt, 1 - 3% các bướu và nang ở xương hàm và 11 - 18% các bướu do răng ở xương hàm^{1,2}.

Bướu đa dạng về lâm sàng, X quang, mô bệnh học và diễn tiến sinh học. Mặc dù được xem là tân sinh lành tính, nhưng bướu có tính phá hủy, xâm lấn tại chỗ, biến đổi ác tính và di căn xa. Tỷ lệ tái phát sau điều trị bảo tồn từ 50 - 90% và sau điều trị triệt để từ 18 - 27%³.

Hiện nay, việc chọn lựa phương pháp xử trí đối với BNBM vẫn đặt ra nhiều vấn đề và thách thức cho các nhà khoa học, do bởi diễn tiến sinh học ở bệnh nhân BNBM rất khó tiên lượng.

CD10 là một glycoprotein màng tế bào, thuộc họ metalloprotease, một số nghiên cứu gần đây cho thấy biểu hiện CD10 ở mô đệm được xem là yếu tố tiên lượng mới của một số bướu ác tính và sự tăng sinh của các

tế bào mô đệm dương tính CD10 là một phần trong cơ chế xâm lấn tại chỗ và tái phát của BNBM⁴⁻⁷.

Mục tiêu của nghiên cứu: Khảo sát biểu hiện hóa mô miễn dịch của CD10 ở mô đệm BNBM và phân tích liên quan với đặc điểm lâm sàng, X quang, giải phẫu bệnh nhằm đánh giá vai trò của CD10 trong các biểu hiện xâm lấn tại chỗ của bướu.

ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang, mô tả gồm 70 BNBM điều trị tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Tp. HCM, được thông qua bởi Hội đồng Y đức Đại học Y dược TP.HCM số 170/ĐHYD-HĐ ngày 2/7/2012. Tiêu chuẩn chọn bao gồm: bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu, có đầy đủ hồ sơ bệnh án và kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là bướu nguyên bào men.

Thu thập dữ liệu nghiên cứu:

- Ghi nhận các dữ liệu về tuổi, giới tính, triệu chứng lâm sàng; các dữ liệu về X-quang qua khám lâm sàng

Trích dẫn bài báo này: Tuyến V D, Chi N T K. **Biểu hiện CD10 ở mô đệm bướu nguyên bào men liên quan với lâm sàng, X quang và giải phẫu bệnh**. *Sci. Tech. Dev. J. - Health Sci.* 2023; 4(2):601-610.

và đọc phim toàn cảnh và CT.

- Đặc điểm giải phẫu bệnh: thu thập dữ liệu đại thể của bướu qua xem xét bệnh phẩm mổ và dữ liệu vi thể trên tiêu bản nhuộm HE bao gồm: Chẩn đoán xác định BNBM dựa trên các tiêu chuẩn tế bào học do Vickers và Gorlin đề nghị năm 1970⁸; Xác định thể bệnh: dạng đặc: đại thể là mô đặc, có thể xen lẫn vùng thoái hóa nang dạng nang: đại thể chỉ có một túi nang được lót bởi biểu mô nguyên bào men); Chẩn đoán dạng hình thái vi thể: Dạng đặc gồm có túi tuyến, đám rối, gai, tế bào hạt và tế bào đáy; dạng nang gồm có dạng ống, trong ống và trong vách.

- Quy trình nhuộm hóa mô miễn dịch đánh giá biểu hiện CD10 được thực hiện tại Bộ môn Giải Phẫu Bệnh – ĐHYD TP.HCM. Kỹ thuật nhuộm tự động bằng máy BenchMark XT của hãng Ventana được thực hiện qua các bước sau: Cắt mỏng mẫu mô 3 - 5 μ m, đặt vào lam có mang điện tích dương; Khởi động máy vi tính, máy nhuộm hoá mô tự động, máy in mã vạch; Chạy chương trình điều khiển được cài đặt sẵn cho máy; Chọn kháng thể nhuộm (kháng thể đơn dòng thô kháng CD10 (SP67), (05857856001), Ventana; Máy sẽ khử parafin bằng dung dịch Ezpred (dung dịch chuyên dụng cho máy Benchmart XT); Máy tiếp tục giai đoạn bộc lộ kháng nguyên bằng dung dịch CC1 ở 95⁰ C trong thời gian 30 phút; Cho kháng thể vào từng lam với loại kháng thể thích hợp (độ pha loãng RTU và thời gian ủ 8 phút); Máy tự động nhuộm bằng DAB Kit; Sau khi máy chạy xong, lấy tiêu bản ra và rửa bằng xà phòng để loại bỏ lớp dầu LCS phủ trên tiêu bản. Sau đó nhuộm qua Hematoxylin. Dán lam; Giữa các bước đều có quá trình rửa bằng dung dịch đệm với thời gian 5 phút.

Thang tính điểm đối với protein CD10 ở tế bào mô đệm: biểu hiện CD10 ở tế bào mô đệm được đánh giá theo hai mức độ: Khi tế bào dương tính CD10 <10%: được xem mô đệm âm tính CD10 Khi tế bào dương tính CD10 \geq 10%: được xem mô đệm dương tính CD10

Nhập dữ liệu và phân tích bằng phần mềm STATA 12. Nghiên cứu đã được xét duyệt và cho phép của hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh Đại học Y Dược Tp.HCM.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Giới tính và tuổi

Tỉ lệ phân bố giới tính tương tự nhau, gồm 37 nam, tỉ lệ 52,9% và 33 nữ, tỉ lệ 47,1%. Tỉ lệ nam:nữ là 1,12:1. Về tuổi, mẫu phân bố ở nhiều lứa tuổi, nhỏ nhất 14 tuổi, lớn nhất 74 tuổi, trung bình ở BNBM là 34,6 \pm 14,8 tuổi, cụ thể ở BNBM dạng nang là 30,5 \pm 13,5 tuổi và ở BNBM dạng đặc là 36,8 \pm 15,2 tuổi.

Thể bệnh

BNBM dạng nang có 25ca, tỉ lệ 37,5% và BNBM dạng đặc có 45ca, tỉ lệ 64,3%.

Triệu chứng / dấu chứng lâm sàng

Bảng 1

Vị trí bướu

Bảng 2

Dạng thấu quang

Bảng 3

Đặc điểm đường viền bướu

Bảng 4

Răng ngậm trong bướu

Bảng 5

Tiêu chân răng

Có 61 ca có chân răng nằm trong bướu, tỉ lệ 87,2% (21 ca BNBM dạng nang và 40 ca BNBM dạng đặc) và 9 ca không có chân răng nằm trong bướu, tỉ lệ 12,8%.

Bảng 6

Phồng xương và thủng vỏ xương

Bảng 7

Đặc điểm giải phẫu bệnh bướu nguyên bào men dạng nang

Kết quả nghiên cứu ghi nhận dạng ống có 7 ca, 28%; dạng trong ống có 3 ca, 12%; dạng trong vách có 12 ca, 48% và dạng kết hợp trong vách - trong ống có 3 ca, 12%.

Đặc điểm giải phẫu bệnh bướu nguyên bào men dạng đặc

Kết quả nghiên cứu ghi nhận dạng túi tuyến có 12 ca, 26,7%; dạng đám rối có 13 ca, 28,9%; dạng gai có 6 ca, 13,3%; dạng tế bào hạt có 3 ca, 6,7% và dạng kết hợp túi tuyến - đám rối có 11 ca, 24,4%.

Tỉ lệ và đặc điểm biểu hiện CD10 ở BNBM

Tế bào mô đệm phản ứng dương tính CD10 thường là các nguyên bào sợi, tế bào viêm nằm gần các tế bào biểu mô (Bảng 8).

Liên quan giữa biểu hiện CD10 với đặc điểm lâm sàng của BNBM

Liên quan giữa biểu hiện CD10 ở mô đệm với đặc điểm X quang của BNBM

Bảng 1: Tỷ lệ và liên quan giữa triệu chứng/dấu chứng lâm sàng với thể bệnh của BNBM

Lâm sàng	n (%)	Thể bệnh		
		Dạng nang	Dạng đặc	
Sung mặt	65 (92,9)	24 (36,9)	41 (63,1)	0,65 ^a
Có	5 (7,1)	1 (20,0)	4 (80,0)	
Không				
Đau	25 (35,7)	8 (32,0)	17 (68,0)	0,63 ^b
Có	45 (64,3)	17 (37,8)	28 (62,2)	
Không				
Tê môi, cằm	3 (4,3)	2 (66,7)	1 (33,3)	0,29 ^a
Có	67 (95,7)	23 (34,3)	44 (65,7)	
Không				
Dò dịch, mù	6 (8,6)	1 (16,7)	5 (83,3)	0,41 ^a
Có	64 (91,4)	24 (37,5)	40 (62,5)	
Không				
Loét niêm mạc	2 (2,9)	1 (50,0)	1 (50,0)	>0,99 ^a
Có	68 (97,1)	24 (35,3)	44 (64,7)	
Không				
Nhổ răng không lành	2 (2,9)	1 (50,0)	1 (50,0)	>0,99 ^a
Có	68 (97,1)	24 (35,3)	44 (64,7)	
Không				

^a : Phép kiểm chính xác Fisher, ^b: Phép kiểm chi bình phương

Bảng 2: Tỷ lệ và liên quan giữa vị trí bướu với thể bệnh của BNBM

Vị trí	n (%)	Dạng nang	Dạng đặc		
Hàm dưới	66 (94,3)	25 (37,9)	41 (62,1)	0,06 ^a	
Cằm	2 (3,1)	2 (100,0)	0 (0,0)		
Cành ngang	8 (12,1)	1 (12,5)	7 (87,5)		
Góc hàm	2 (3,1)	0 (0,0)	2 (100,0)		
Cằm - Cành ngang	16(24,2)	7 (43,8)	9 (56,2)		
Cành ngang - góc hàm	14(21,2)	4 (28,6)	10 (71,4)		
Cành ngang- góc hàm- cành lên	16 (24,2)	5 (31,3)	11 (68,7)		
Góc hàm - cành lên	8 (12,1)	6 (75,0)	2 (25,0)		
Hàm trên	4(5,7)	0 (0,0)	4(100)		(-)
Răng sau	2 (50)	0 (0,0)	2 (100,0)		
Răng trước	1 (25)	0 (0,0)	1(100,0)		
Răng sau + Răng trước	1 (25)	0 (0,0)	1(100,0)		

^a : Phép kiểm chính xác Fisher

Bảng 3: Tỷ lệ và liên quan giữa dạng thấu quang và thể bệnh của BNBM

	n (%)	Thể bệnh		
		Dạng nang	Dạng đặc	
Một hốc	13 (18,6)	9 (69,2)	4 (30,8)	0,01 ^a
Nhiều hốc	57(81,4)	16 (28,1)	41 (71,9)	

^a : Phép kiểm chính xác Fisher

Bảng 4: Tỷ lệ và liên quan giữa đường viền bướu với thể bệnh của BNBM

Đường viền bướu	n (%)	Thể bệnh		
		Dạng nang	Dạng đặc	
Rõ tụ cốt	6(8,6)	3 (50,0)	3 (50,0)	0,58 ^a
Rõ không tụ cốt	17(24,3)	7 (41,2)	10 (58,8)	
Không rõ	47(67,1)	15 (31,9)	32 (68,1)	

^a : Phép kiểm chính xác Fisher

Bảng 5: Tỷ lệ và liên quan giữa răng ngậm và thể bệnh của BNBM.

Răng ngậm	n (%)	Thể bệnh		
		Dạng nang	Dạng đặc	
Có	17(24,3)	9 (52,9)	8 (47,1)	0,09
Không	53(75,7)	16 (30,2)	37 (69,8)	

Phép kiểm chi bình phương

Bảng 6: Tỷ lệ và liên quan giữa tiêu chân răng và thể bệnh của BNBM

Tiêu chân răng	n (%)	Thể bệnh		
		Dạng nang	Dạng đặc	
Có	47(77,1)	16 (34)	31 (66)	>0,99 ^a
Không	14(22,9)	5 (35,7)	9 (64,3)	

^a : Phép kiểm chính xác Fisher

Bảng 7: Tỷ lệ và liên quan giữa phồng/thủng vỏ xương với thể lâm sàng BNBM

	n (%)	Thể bệnh		
		Dạng nang	Dạng đặc	
Phồng xương				>0,99 ^a
Có	69 (98,6)	25 (36,2)	44 (63,8)	
Không	1(1,4)	0 (0,0)	1(100)	
Thủng xương				0,36 ^a
Có	41(58,6)	11(26,8)	30 (73,2)	
Không	29(41,4)	14 (48,3)	15(51,7)	

^a : Phép kiểm chính xác Fisher

Bảng 8: Biểu hiện CD10 ở mô đệm BNBM

	Biểu hiện CD10 ở mô đệm	
	Âm tính	Dương tính
Tế bào mô đệm	31 (44,3)	39 (55,7)

Bảng 9: Liên quan giữa biểu hiện protein CD10 với đặc điểm lâm sàng

	CD10 mô đệm		
	(+)	(-)	
Giới			0,54
Nam	22 (59,5)	15 (40,5)	
Nữ	17 (51,5)	16 (48,5)	
Thể lâm sàng			0,04
Dạng đặc	29 (64,4)	16 (35,6)	
Dạng nang	10 (40,0)	15 (60,0)	

Phép kiểm chính xác Fisher

Bảng 10: Liên quan giữa biểu hiện CD10 ở mô đệm với đặc điểm X quang của BNBM

	CD 10 mô đệm		
	(+)	(-)	
Thấu quang			0,01
Một hốc	3 (23,1)	10 (76,9)	
Nhiều hốc	36 (63,2)	21 (36,8)	
Đường viền			0,001
Rõ, tụ cốt	0 (0)	6 (100)	
Rõ, không tụ cốt	6 (35,3)	11 (64,7)	
Không rõ	33 (70,2)	14 (29,8)	
Răng ngậm			0,05
Có	6 (35,3)	11 (64,7)	
Không	33 (62,3)	20 (37,7)	
Tiêu chân			0,01
Có	30 (63,8)	17 (36,2)	
Không	3 (21,4)	11 (78,6)	
Thùng xương			0,04
Có	27 (65,9)	14 (34,2)	
Không	12 (41,4)	17 (58,6)	

Phép kiểm chính xác Fisher

Liên quan giữa biểu hiện CD10 ở mô đệm với đặc điểm giải phẫu bệnh của BNBM

BÀN LUẬN

Tuổi và giới

Tỉ lệ phân bố theo giới tính tương tự nhau, nam 52,9% và nữ 47,1%, tỉ lệ nam: nữ là 1,12:1. Về tuổi mắc bệnh, trong nghiên cứu này BNBM thường gặp ở tuổi trung bình 34 tuổi, nhỏ nhất 14 tuổi, lớn nhất 74 tuổi. Tuổi trung bình BNBM dạng nang là 30,5 tuổi, và BNBM

dạng đặc là 36,8 tuổi. Kết quả này cũng tương tự như một số nghiên cứu trước đây. Ledesma-Montes nghiên cứu 163 ca BNBM cho thấy tuổi trung bình BNBM dạng đặc là 41,4 tuổi, trong khi đó tuổi trung bình BNBM dạng nang là 26,3 tuổi².

Vị trí

Bướu ở hàm dưới chiếm tỉ lệ 94,3%, bướu hàm trên chỉ có 5,7% (Bảng 2). Ở vùng cạnh ngang - góc hàm, bướu dạng đặc chiếm tỉ lệ cao hơn (71,4%) trong khi đó, ở vùng góc hàm - cạnh lên, bướu dạng nang chiếm tỉ lệ

Bảng 11: Liên quan giữa CD10 ở mô đệm với giải phẫu bệnh BNBM

	CD10 mô đệm		
	(+)	(-)	
BNBM dạng đặc			0,15
Dạng túi tuyến	7 (58,3)	5 (41,7)	
Dạng đám rối	9 (69,2)	4 (30,8)	
Dạng gai	4 (66,7)	2 (33,3)	
Dạng tế bào hạt	0 (0)	3 (100)	
Túi tuyến + đám rối	9 (81,8)	2 (18,2)	
BNBM dạng nang			0,002
Dạng Ống	0 (0)	7 (100)	
Dạng trong ống	0 (0)	3 (100)	
Dạng trong vách	7 (58,3)	5 (41,7)	
Trongvách+trongống	3 (100)	0 (0)	

Phép kiểm chính xác Fisher

cao hơn (75%). Kết quả nghiên cứu này cũng tương tự như các nghiên cứu trước đây³.

Thể bệnh

BNBM được chia thành nhiều thể bệnh và có tiên lượng hoàn toàn khác nhau. Trong đó, BNBM dạng đặc và BNBM dạng nang thường gặp nhất trên lâm sàng, Hiện nay, các nhà khoa học đều cho rằng BNBM dạng nang là một thực thể riêng biệt, cần phân biệt với BNBM dạng đặc vì điều này có liên quan đến kế hoạch điều trị và tiên lượng bệnh. Trong số 70 ca BNBM có 45 ca BNBM dạng đặc tỉ lệ 64,3% và 25 ca BNBM dạng nang tỉ lệ 37,5%. Theo y văn, BNBM dạng đặc chiếm tỉ lệ khoảng 80 - 85%, trong khi BNBM dạng nang chiếm khoảng 5-15%⁹. Nghiên cứu Ledesma-Montes và cs, BNBM dạng nang là 63,2%². Các kết quả này tương đối khác nhau giữa các nghiên cứu, điều này có thể được giải thích một phần do sự khác biệt về chủng tộc và một phần khác do khác biệt về các tiêu chuẩn áp dụng trong chẩn đoán BNBM dạng nang và BNBM dạng đặc.

Đặc điểm lâm sàng

Sung biến dạng mặt và đau là những dấu chứng, triệu chứng gặp nhiều nhất với tỉ lệ lần lượt là 92,9% và 35,7% (Bảng 1). Kết quả cũng ghi nhận không có sự khác biệt về biểu hiện các triệu chứng, dấu chứng giữa BNBM dạng nang và dạng đặc ($p>0,05$).

Đặc điểm X quang

Khảo sát trên phim toàn cảnh 70 ca BNBM có 13 ca biểu hiện thấu quang một hốc, tỉ lệ 18,9% và 57 ca

biểu hiện thấu quang nhiều hốc, tỉ lệ 81,4% (Bảng 3). Hình ảnh thấu quang nhiều hốc thường gặp nhất là dạng bọt xà phòng, tỉ lệ 82,5%. BNBM dạng nang thường có hình ảnh thấu quang một hốc, tuy nhiên, nhiều nghiên cứu gần đây cho thấy BNBM dạng nang cũng có hình ảnh thấu quang nhiều hốc, đặc biệt trong những trường hợp bứu không liên quan đến răng ngầm^{1,3}. Trong nghiên cứu này, trong số 57 ca thấu quang nhiều hốc, có 16 ca là bứu dạng nang, chiếm tỉ lệ 28,1%. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa hình ảnh thấu quang một hốc/nhiều hốc với thể bệnh bứu dạng đặc hay dạng nang ($p<0,05$). Trong nghiên cứu này, bứu có đường viền rõ tụ cốt, rõ không tụ cốt và không rõ với tỉ lệ lần lượt là 8,6%, 24,3% và 67,1% (Bảng 4). Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy trong số bứu có đường viền không rõ, đa số là bứu dạng đặc (68,1%), bứu dạng nang chỉ có 31,9%, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Đường viền bứu trên phim X quang cũng là một thông số có giá trị đánh giá tỉ lệ tăng trưởng của bứu. Bứu có đường viền rõ tụ cốt được xem là tiến triển chậm, trong trường hợp này xương lành xung quanh phản ứng mạnh tạo thành một đường viền xơ hóa tụ cốt, có vai trò như lớp xương đặc hạn chế sự xâm lấn của tế bào bứu và tiên lượng tốt hơn.

Tiêu chân răng liên quan bứu là một đặc điểm thường thấy ở bứu nguyên bào men. Trong một nghiên cứu trước đây của chúng tôi, tỉ lệ tiêu chân răng là 60%¹⁰. Trong nghiên cứu này, tỉ lệ tiêu chân răng là 77,1%, tương tự như kết quả nghiên cứu gần

đầy của Apajalahti và cs 2015, tỉ lệ tiêu chân răng là 72%. Trong nghiên cứu này bướu dạng đặc có tỉ lệ tiêu chân răng (66%) cao hơn bướu dạng nang (34%), dạng tiêu ngót thường gặp nhất là dạng dao cắt, 59,6%, tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa về tỉ lệ tiêu chân răng, tỉ lệ phân bố các kiểu tiêu chân răng giữa bướu dạng nang và dạng đặc (Bảng 6).

Phần lớn các nghiên cứu đều báo cáo sự hiện diện của răng ngầm trong bướu. Nghiên cứu này ghi nhận tỉ lệ răng ngầm trong BNBM là 24,3 %, bướu dạng nang có tỉ lệ răng ngầm là 52,9% cao hơn bướu dạng đặc 47,1% (Bảng 5).

Tình trạng phồng và thủng vỏ xương được đánh giá chính xác trên phim CT. Gần như tất cả bướu nguyên bào men đều gây phồng và mỏng lớp vỏ xương. Trong nghiên cứu này, tỉ lệ gây phồng xương là 98,6%, không có sự khác biệt giữa bướu dạng đặc và bướu dạng nang (Bảng 7). Nghiên cứu của Apajalahti và cs, tỉ lệ thủng vỏ xương là 77%³, trong nghiên cứu này tỉ lệ thủng vỏ xương là 58,6%, bướu dạng đặc có tỉ lệ thủng vỏ xương cao hơn bướu dạng nang. Liên quan giữa một số yếu tố được xem là yếu tố tiên lượng như một hốc/nhiều hốc, tiêu chân răng và răng ngầm trong bướu với tình trạng thủng xương được phân tích. Bướu nhiều hốc, đường viền không rõ có tỉ lệ thủng xương cao hơn, đặc biệt kết quả nghiên cứu ghi nhận có sự liên quan ý nghĩa thống kê giữa răng ngầm trong bướu và thủng vỏ xương, bướu không có răng ngầm có tỉ lệ thủng vỏ xương cao hơn ($p < 0,05$).

Đặc điểm giải phẫu bệnh

Kết quả nghiên cứu qua khảo sát vi thể BNBM dạng nang cho thấy dạng trong vách chiếm tỉ lệ cao nhất 48% kết quả này tương tự như nghiên cứu của Ackerman và cs trên 57 ca BNBM dạng nang cũng cho thấy dạng trong vách chiếm tỉ lệ cao nhất 49%¹. Đối với BNBM dạng đặc, đa số các nghiên cứu ghi nhận dạng túi tuyến là dạng thường gặp nhất. Nghiên cứu của Chizonga và cs qua 117 ca BNBM cũng cho thấy dạng túi tuyến thường gặp nhất chiếm tỉ lệ 70,1%, kế đến là dạng đám rối chiếm tỉ lệ 31,6%⁹. Trong nghiên cứu này, dạng đám rối thường gặp nhất, tỉ lệ 28,9%, dạng túi tuyến và dạng kết hợp túi tuyến - đám rối có tỉ lệ lần lượt là 26,7% và 24,4%.

Biểu hiện hóa mô miễn dịch của CD10 ở mô đệm BNBM

Gần đây, nhiều nghiên cứu cho thấy tăng biểu hiện CD10 liên quan đến tiên lượng xấu trong nhiều loại bướu như carcinôm vú xâm lấn, carcinôm dạ dày, carcinôm tế bào gan, carcinôm đại - trực tràng, melanôm ác, carcinôm mũi hầu, carcinôm nguyên

bào men và bướu nguyên bào men^{7,11,12}. Về đặc điểm nhuộm hóa mô miễn dịch, các tế bào mô đệm dương tính CD10 thường nằm rất gần với các tế bào bướu. CD10 thuộc họ metalloprotease, do đó sự tổng hợp CD10 từ các tế bào mô đệm có thể do cảm ứng từ những yếu tố hòa tan được tiết ra từ tế bào bướu^{6,13}. Nghiên cứu của Aziz và c.s. cho rằng sự hiện diện các tế bào mô đệm dương tính CD10 quanh các tế bào bướu có ý nghĩa trong sự xâm lấn của bướu¹⁴. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá biểu hiện CD10 ở tế bào mô đệm dựa theo tiêu chuẩn đánh giá trong nghiên cứu của Lezzi và c.s. Khi số tế bào mô đệm dương tính CD10 $\geq 10\%$, mẫu khảo sát được xem là mô đệm dương tính CD10; khi số tế bào mô đệm dương tính CD10 $< 10\%$, mẫu khảo sát được xem là mô đệm âm tính CD10⁽¹⁰⁾. Kết quả nghiên cứu này có 39/70 ca mô đệm dương tính CD10, chiếm tỉ lệ 55,7% và 31/70 ca mô đệm âm tính CD10, chiếm tỉ lệ 44,3% (Bảng 8). Nghiên cứu của Lezzi và c.s. trên 45 ca BNBM (gồm 23 ca BNBM dạng đặc, 18 ca dạng nang và 4 ca BNBM ngoại vi) ghi nhận có 18/41 ca mô đệm dương tính CD10 (43,9%) và 23/41 ca có mô đệm âm tính CD10 (56,1%)¹⁰. Tỉ lệ mô đệm dương tính trong nghiên cứu này (55,7%) cao hơn so với nghiên cứu của Lezzi (43,9%)¹⁵ có thể do khác nhau về tỉ lệ phân bố các thể lâm sàng của BNBM trong mẫu nghiên cứu. Nghiên cứu Aziz và c.s.; Ahlem và c.s. có một số tiêu chuẩn đánh giá biểu hiện CD10 ở mô đệm BNBM khác với nghiên cứu này, tuy nhiên khi đánh giá mức độ dương tính CD10 ở mô đệm thì kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của các tác giả này^{11,14}.

Biểu hiện CD10 ở mô đệm và thể lâm sàng của bướu nguyên bào men

Tiềm năng tăng trưởng, xâm lấn, di căn của tế bào bướu phụ thuộc vào tương tác biểu mô - trung mô. CD10 có cấu trúc tương tự như các MMP ở mô đệm, có vai trò trong xâm lấn và tiềm năng di căn của tế bào bướu qua cơ chế làm thay đổi vi môi trường tế bào^{4,7}. Khảo sát biểu hiện CD10 ở mô đệm của BNBM dạng đặc, đây là thể lâm sàng có biểu hiện xâm lấn và tái phát cao nhất trong các thể lâm sàng của BNBM, chúng tôi nhận thấy CD10 biểu hiện cao ở các tế bào mô đệm quanh các tế bào bướu. Số ca có mô đệm dương tính CD10 ở BNBM dạng đặc là 29/45 ca (64,4%) cao hơn có ý nghĩa so với BNBM dạng nang (Bảng 9). Ở BNBM dạng nang chỉ có 10/25 ca mô đệm dương tính CD10, chiếm tỉ lệ 40%. Kết quả này tương tự như một số nghiên cứu gần đây trên thế giới. Nghiên cứu của Lezzi và c.s., BNBM dạng đặc có biểu hiện CD10 cao hơn có ý nghĩa so với BNBM dạng

nang, ở BNBM dạng đặc có 14/23 ca mô đệm dương tính CD10 (60,9%), trong khi BNBM dạng nang chỉ có 4/18 ca mô đệm dương tính CD10 (22,2%); nghiên cứu của Tadbir và c.s. cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa về biểu hiện CD10 mô đệm ở BNBM dạng đặc và BNBM dạng nang, biểu hiện CD10 dương tính ở mô đệm BNBM dạng đặc là 90,9% trong khi tỉ lệ này ở BNBM dạng nang chỉ là 51,7%.

Biểu hiện CD10 ở mô đệm và đặc điểm X quang của bướu nguyên bào men

Tỉ lệ mô đệm dương tính CD10 ở bướu thẩu quang nhiều hốc là 63,2% cao hơn có ý nghĩa so với bướu một hốc (23,1%) ($p < 0,05$) (Bảng 10); Có sự khác biệt có ý nghĩa về biểu hiện CD10 mô đệm giữa các loại đường đường viền bướu, bướu có đường viền không rõ có tỉ lệ mô đệm dương tính CD10 cao nhất ($p < 0,05$). Ngoài ra, kết quả nghiên cứu cũng cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa giữa biểu hiện CD10 với tiêu chuẩn răng; giữa biểu hiện CD10 với thủng vỏ xương. Bướu tiêu chuẩn răng, bướu thủng vỏ xương có tỉ lệ mô đệm dương tính CD10 cao hơn so với bướu không tiêu chuẩn răng và bướu không thủng vỏ xương ($p < 0,05$).

Biểu hiện CD10 ở mô đệm và đặc điểm giải phẫu bệnh của bướu nguyên bào men

Nghiên cứu này cũng nhận thấy biểu hiện CD10 ở mô đệm có mối liên quan có ý nghĩa với dạng vi thể của BNBM dạng nang, trong số 7 ca dạng ống và 3 ca dạng trong ống, không có ca nào có mô đệm dương tính CD10 (100% mô đệm âm tính CD10), ngược lại, trong số 12 ca dạng trong vách, có 7 ca có mô đệm dương tính CD10 (tỉ lệ 58,3%) và trong 3 ca dạng kết hợp trong vách - trong ống, 100% có mô đệm dương tính CD10 (Bảng 11). Kết quả nghiên cứu này phù hợp với quan điểm trước đây của Lezzi và c.s.¹⁵. Tác giả cho rằng biểu hiện CD10 ở tế bào mô đệm liên quan đến xâm lấn tại chỗ của BNBM và nhuộm HMMD CD10 có thể nhận diện được những vị trí xâm lấn của tế bào bướu¹⁵.

KẾT LUẬN

Biểu hiện CD10 ở mô đệm BNBM có liên quan có ý nghĩa thống kê với một số đặc điểm lâm sàng, X quang và giải phẫu bệnh của BNBM. CD10 mô đệm có thể có vai trò trong cơ chế xâm lấn tại chỗ của BNBM.

XUNG ĐỘT LỢI ÍCH

Nghiên cứu này không nhận được tài trợ và cam kết không có xung đột lợi ích từ kết quả nghiên cứu.

ĐÓNG GÓP CỦA CÁC TÁC GIẢ

Tác giả Võ Đắc Tuyến tiến hành nghiên cứu, viết và chỉnh sửa bản thảo bài báo. Tác giả Nguyễn Thị Kim Chi chỉnh sửa bản thảo bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ackerman GL, Altini M, Shear M. The unicystic ameloblastoma: a clinical pathological study of 57 cases. *J Oral Pathol*, 1988;9-10:541-6; PMID: 3150441. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0714.1988.tb01331.x>.
2. Ledesma-Montes C, Mosqueda-Taylor A, Carlos-Bregini R, de León ER, Palma-Guzmán JM, Pérez-Valencia C et al. Ameloblastomas: a regional Latin - American multicentric study. *Oral Dis*. 2007;13(3):303-7; PMID: 17448213. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1601-0825.2006.01284.x>.
3. Apajalahti S, Kelppe J, Kontio R, Hagstrom J. Imaging characteristics of ameloblastoma and diagnostic value of computed tomography and magnetic resonance imaging in a series of 26 patients. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*. 2015;120(2):118-30; PMID: 26166034. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2015.05.002>.
4. Anjum R, Naseem N, Saif R, Nagi A. Expression CD10 in dentigerous cysts and ameloblastomas - A reliable prognosticator. *Pakistan Oral & Dental [journal]*. 2015;35(3):404-7;.
5. Bilalovic N, Sandstad B, Golouh R, Nesland JM, Selak I, Torlakovic EE. CD10 protein expression in tumor and stromal cells of malignant melanoma is associated with tumor progression. *Mod Pathol*. 2004;17(10):1251-8; PMID: 15205682. Available from: <https://doi.org/10.1038/modpathol.3800174>.
6. Masloub S, Abdel-Azim AM, Elhamid ESA. 2011 "CD10 and osteopontin expression in dentigerous cyst and ameloblastoma" *Diagnostic Pathology*;6:1-8; PMID: 21609487. Available from: <https://doi.org/10.1186/1746-1596-6-44>.
7. Piattelli A, Fioroni M, Iezzi G, Perrotti V, Stellini E, Piattelli M et al. CD10 expression in stroma cell of oral cavity squamous cell carcinoma: a clinic and pathologic correlation. *Oral Dis*. 2006;12(3):301-4; PMID: 16700740. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1601-0825.2005.01196.x>.
8. Vickers RA, Gorlin RJ. Ameloblastoma: delineation of early histopathologic features of neoplasia. *Cancer*. 1970;26(3):699-710; PMID: 5458275. Available from: [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(197009\)26:3<699::AID-CNCR2820260331>3.0.CO;2-K](https://doi.org/10.1002/1097-0142(197009)26:3<699::AID-CNCR2820260331>3.0.CO;2-K).
9. Chidzonga MM, Perez VML, Alvarez ALP, Harare A. Ameloblastoma -The Zimbabwean experience over 10 years. *Oral Surg Oral Pathol Oral Radiol Endol*. 1996;82:38-41; PMID: 8843452. Available from: [https://doi.org/10.1016/S1079-2104\(96\)80375-1](https://doi.org/10.1016/S1079-2104(96)80375-1).
10. Võ Đắc Tuyến. Nguyễn Thị Kim Oanh. Lương Văn Tô My. Hình ảnh bướu nguyên bào men trên phim chụp cắt lớp điện toán Y học thành phố Hồ Chí Minh, 2013, Tập 17, phụ bản số 2, 207-13;.
11. Ahlem B, Wided A, Amani L, Nadia Z, Amira A, Faten F. Study of Ki67 and CD10 expression as predictive factors of recurrence of ameloblastoma. *Eur Ann Orl Head Neck Dis*. 2015;132(5):275-9; PMID: 26386615. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.anorl.2015.08.016>.
12. Tadbir AA, Geramizade B, Ranjbaran H. CD10 Expression in dentigerous Cyst, Odontogenic keratocyst and Ameloblastoma. *Asian J Biol Sci*. 2013;6(4):221-7; Available from: <https://doi.org/10.3923/ajbs.2013.221.227>.
13. Deepa K, Munisekhar MS, Suri C, RajalBandi SK, Pradeep MR, Gothe P. Comparison of immunohistochemical expression of CD10 in odontogenic cysts. *J Clin Diagn Res*. 2014;8(11):35-8;.
14. Aziz A, Amin MM. EGFR, CD10 and proliferation marker Ki67 expression in ameloblastoma: possible role in local recurrence. *Diagn Pathol*. 2012;7,14:2-; PMID: 22300665. Available from: <https://doi.org/10.1186/1746-1596-7-14>.

15. Lezzi G, Piattelli A, Rubini C, Artese L, Goteri G, Fiorono M et al. Chieti-Pescara. Ancona. Ferrara. 2008. "CD10 expression in stromal cells of ameloblastoma variants". Oral Surg Oral

Med Oral Pathol Oral Radiol Endol;105:206-9;PMID: 17942343.
Available from: <https://doi.org/10.1016/j.tripleo.2007.05.025>.

Stromal CD10 expression in ameloblastomas: Correlation with clinical, radiographic and histopathologic characteristics

Vo Dac Tuyen*, Nguyen Thi Kim Chi

ABSTRACT

Objectives: To describe the clinical, radiographic and histopathologic features of ameloblastoma and analyze the relationship between CD10 expression in stromal cells of ameloblastoma and clinical, radiographic and histopathologic characteristics.

Materials and methods: A cross-sectional study was performed on a total of 70 cases of ameloblastoma treated at the National Odonto-Stomatology Hospital at HCM city

Results: The male to female ratio was 1.12:1. The mean age of patients was 34.6 ± 14.8 years. The mean age was 30.5 ± 13.5 years for unicystic ameloblastoma and 36.8 ± 15.2 years for solid ameloblastoma. The location of ameloblastomas showed a marked predominance in the mandible (94.3%). Swelling was the most common symptom (92.9%). 18.6% had unilocular radiolucency and 81.4% had multilocular radiolucency. There were 47 cases of ill-defined edge (67.1%). The tumor was associated with embedded teeth in 17 cases (24.3%). Root resorption was evident in 47 of 61 (77.1%) and cortical perforation was presented in 41 of 70 (58.6%). The most frequent histological patterns in solid ameloblastoma were plexiform (28.9%) and in unicystic ameloblastoma were mural (48%).

There were 39/70 cases which had CD10 positive in stromal cells. Stromal CD10 positive expression in solid ameloblastomas (64.4%) was significantly higher than in unicystic ones (40%) ($p < 0.05$). There was statistically significant difference in stromal CD10 expression between multilocular and unilocular radiolucent ameloblastomas, between tumor with well-defined and ill-defined border, with and without cortical perforation ($p < 0.05$). Stromal CD10 expression showed no significant difference among different histological subtypes of solid/multicystic ameloblastomas. However, there was statistically significant correlation between stromal CD10 expression and histological subtypes of unicystic ameloblastomas.

Conclusions: There were significant association between stromal CD10 expression and clinical, radiographic and histopathologic characteristics of ameloblastomas. Expression CD10 by stromal cells might be correlated to local invasion of ameloblastomas.

Key words: ameloblastoma, cystic/unicystic ameloblastoma, solid/multicystic ameloblastoma, CD10

Faculty of Odonto-Stomatology,
University of Medicine and Pharmacy at
Hochiminh City

Correspondence

Vo Dac Tuyen, Faculty of
Odonto-Stomatology, University of
Medicine and Pharmacy at Hochiminh
City

Email: vdtuyen@ump.edu.vn

History

- Received: 21-8-2022
- Accepted: 01-12-2023
- Published Online: 31-12-2023

DOI :

<https://doi.org/10.32508/stdjhs.v4i2.519>



Copyright

© VNUHCM Press. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International license.



Cite this article : Tuyen V D, Chi N T K. **Stromal CD10 expression in ameloblastomas: Correlation with clinical, radiographic and histopathologic characteristics.** *Sci. Tech. Dev. J. - Health Sci.* 2023; 4(2):601-610.