

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng u tuyến nước bọt mang tai tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

Hoàng Minh Phương^{1*}, Trần Tấn Tài¹, Nguyễn Hồng Lợi², Tô Thị Lợi¹,
Hoàng Vũ Minh, Võ Khắc Tráng¹, Nguyễn Văn Minh¹, Võ Trần Nhã Trang², Vũ Đình Tuyền³

(1) Khoa Răng Hàm Mất, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

(2) Trung tâm Răng Hàm Mất, Bệnh viện Trung ương Huế

(3) Trường Đại học Kỹ thuật y tế Hải Dương

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Các khối u tuyến mang tai chiếm 80% các loại u tuyến nước bọt, nhưng 80% các khối u tuyến mang tai là lành tính. Khi có khối u ở mang tai, khám lâm sàng là công cụ chẩn đoán đầu tiên và trong hầu hết các trường hợp, nó hướng dẫn bác sĩ lâm sàng theo hướng thích hợp. Sinh thiết chọc hút bằng kim nhỏ (FNA) đã được một số tác giả chỉ định cho công việc chẩn đoán. Siêu âm, chụp cắt lớp vi tính và/hoặc chụp cộng hưởng từ là những công cụ bổ sung hữu ích để lập kế hoạch phẫu thuật thích hợp. Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng u tuyến nước bọt mang tai. **Đối tượng và phương pháp:** 31 bệnh nhân u tuyến nước bọt mang tai đến khám và điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ 06/2019 đến 06/2020 được ghi nhận kết quả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng khối u... **Kết quả:** U tuyến nước bọt mang tai ở nam giới chiếm tỷ lệ 54,8, tuổi mắc bệnh trung bình là 53,7±12,3. Kích thước u tuyến nước bọt mang tai trên siêu âm thường gặp từ 2-4cm (67,7%), cấu trúc âm đồng nhất (67,7%). Kích thước u tuyến nước bọt mang tai trên cắt lớp vi tính thường gặp từ 2 - 4cm (67,7%), cấu trúc đồng nhất (61,3%) và nằm ở thùy nông (96,8%). Kết quả chọc tế bào bằng kim nhỏ (FNA) trước phẫu thuật cho kết quả 35,5% u đa hình. **Kết luận:** Các xét nghiệm chọc hút tế bào bằng kim nhỏ, siêu âm và cắt lớp vi tính rất có giá trị trong chẩn đoán.

Từ khóa: U tuyến nước bọt mang tai, bóc u tuyến mang tai.

Abstract

Clinical and paraclinical study of parotid salivary gland tumors at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

Hoang Minh Phuong^{1*}, Tran Tan Tai¹, To Thi Loi¹,
Nguyen Van Minh¹, Hoang Vu Minh¹, Vo Khắc Tráng¹, Vo Tran Nha Trang², Vu Dinh Tuyen³

(1) Odonto – Stomatology Faculty, Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

(2) Odonto – Stomatology Centre, Hue Central Hospital

(3) Haiduong Medical Technical University

Background: Parotid gland tumors account for 80% of all salivary gland neoplasms, but 80% of parotid tumors are benign. In the presence of a parotid mass, a physical examination is the first diagnostic tool and, in most cases, it guides the clinician in the appropriate direction. A fine needle aspiration biopsy (FNA) has been indicated by several authors for the diagnostic work-up. Ultrasonography, computed tomography, and/or magnetic resonance imaging are useful complementary studies for proper surgical planning. **Objective:** Study clinical, paraclinical features of parotid gland tumor surgery. **Materials and Methods:** 31 patients with parotid gland tumor who were examined at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital from June 2019 to June 2020 were recorded about clinical, paraclinical of tumour. **Results:** Parotid salivary gland tumors in men account for 54.8, the mean age of patients was 53.7±12.3. Majority of the parotid gland tumor size in ultrasound were between 2 and 4 cm (67.7%), homogenous (67.7%). Majority of the parotid gland tumor size in CT scanner encountered were between 2 and 4 cm (67.7%), homogenous (61.3%) and in the superficial lobe (96.8). Preoperative fine needle aspiration biopsy (FNA) results showed 35.5% pleomorphic adenoma. **Conclusion:** FNA - Fine Needle Aspiration, Ultrasound and CT scanner were very valuable for diagnosis. **Keywords:** Parotid gland, parotidectomy.

Keywords: salivary gland neoplasms, tumors.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khối u tuyến nước bọt là một khối u phức tạp và đa dạng nhất trong các cơ quan của cơ thể, chiếm 2 - 6,5% các khối u đầu mặt cổ. U hay gặp ở các tuyến nước bọt chính, trong đó 64 - 80% xảy ra ở tuyến nước bọt mang tai [9, 19]. Theo nghiên cứu của Afroza Khanam và cộng sự (2016) [11] trên 193 trường hợp được chẩn đoán là u lành tính tuyến nước bọt, ghi nhận 125 trường hợp u tuyến nước bọt mang tai, trong đó u đa hình chiếm 72%, u Warthin chiếm 12,8% còn lại là các nhóm u lành tính khác.

Mặc dù u tuyến nước bọt mang tai nằm ở vị trí dễ phát hiện nhưng bệnh nhân thường đến muộn nên quá trình điều trị trở nên khó khăn, làm tăng tỷ lệ biến chứng và tái phát, đặc biệt là ung thư. Tuy nhiên, tỷ lệ ác tính của khối u tuyến mang tai (UTMT) thấp chiếm tỷ lệ khoảng 15%. U đa hình thường gặp nhất ở tuyến mang tai với đặc điểm phát triển chậm, không đau, kéo dài nhiều năm nhưng có khoảng 1,5% u đa hình chuyển hoá ác tính nếu thời gian tồn tại ít hơn 5 năm và tăng lên 9,5% nếu thời gian tồn tại hơn 15 năm. Khối u đa hình chuyển hoá ác tính có liên quan với tuổi bệnh nhân, kích thước u, liệu pháp xạ trị và thời gian tồn tại khối u. Do đó, chẩn đoán sớm và chính xác sẽ là cơ sở cho việc lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp [6], [10].

Về lâm sàng, u vùng tuyến nước bọt mang tai ở giai đoạn sớm rất khó phát hiện do triệu chứng nghèo nàn tuy nhiên các dấu hiệu hình ảnh lại rất rõ ràng trên siêu âm (SA), chụp cắt lớp vi tính (CLVT) hay chụp Cộng hưởng từ (MRI). Nếu không được chẩn đoán và can thiệp sớm, u tiến triển, có kích thước lớn gây khó khăn trong việc điều trị. Nhiều trường hợp bệnh khó phân biệt được với những bệnh lý lành tính hay ác tính khác liên qua đến bệnh lý viêm nhiễm tuyến nước bọt mang tai. Do đó, trong thực hành lâm sàng, chẩn đoán chính xác bệnh cũng là thách thức cho các phẫu thuật viên

Siêu âm thường cho hình ảnh khá đa dạng như tăng âm, giảm âm hay trống âm tùy tình trạng của bệnh, đồng thời khó phân biệt được với những bệnh lý khác tại tuyến nước bọt mang tai. Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ thường cho kết quả biểu hiện của nhiều loại tế bào khác nhau có nguồn gốc từ biểu mô và trung mô. Bên cạnh đó, chụp cắt lớp vi tính và chụp cộng hưởng từ có thể giúp khảo sát mối tương quan của u với các cấu trúc xung quanh. Chính vì vậy, nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của khối u giúp cho các bác sĩ đưa ra chẩn đoán và lập kế hoạch điều trị hợp lý cho bệnh nhân.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên 31 bệnh nhân (BN) u tuyến nước bọt mang tai khám và điều trị phẫu thuật tại khoa Tai Mũi Họng - Mắt - Răng Hàm Mất, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế trong thời gian từ tháng 06/2019 đến tháng 06/2020.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Bệnh nhân có chẩn đoán lâm sàng, cận lâm sàng là u tuyến nước bọt.
- Bệnh nhân đủ điều kiện và đồng ý phẫu thuật.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có giải phẫu bệnh kết luận ung thư hoặc u di căn từ nơi khác đến.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu

Phương pháp chọn mẫu không xác suất (loại mẫu thuận tiện).

2.3. Các biến số nghiên cứu

2.3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

- Giới tính: nam/nữ.
- Tuổi: ghi nhận số tuổi.

2.3.2. Đặc điểm lâm sàng

- Vị trí u trên lâm sàng: tuyến mang tai phải, trái.
- Mật độ: chắc, mềm.
- Da trên u: bình thường, thâm nhiễm.
- Ranh giới: rõ, không.
- Di động: di động dễ, ít di động, không di động.

2.3.3. Đặc điểm cận lâm sàng u tuyến mang tai

- Thông tin ghi nhận từ kết quả siêu âm.
 - + Kích thước u: < 2 cm, 2 - 4 cm, > 4 cm.
 - + Cấu trúc âm: đồng nhất, không đồng nhất.
- Vị trí u trên CLVT: tuyến mang tai thùy nông, thùy sâu, toàn bộ tuyến.
 - Kích thước: < 2 cm, 2 - 4 cm, > 4cm.
 - Cấu trúc: đồng nhất, không đồng nhất.
 - Tỷ trọng (TT): đồng tỷ trọng, tăng tỷ trọng, giảm tỷ trọng, tỷ trọng hỗn hợp.
- Đặc điểm FNA: ghi nhận kết quả.

2.4. Quy trình nghiên cứu

- Ghi nhận phần hành chính, khám đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm cận lâm sàng.

2.5. Xử lý số liệu và phân tích thống kê

- Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để phân tích và xử lý số liệu.
- Phân tích kết quả theo phương pháp thống kê y học.
- Mô tả số liệu bằng tỷ lệ phần trăm, số trung bình.



Hình 1. Hình ảnh U tuyến nước bọt mang tai phải (Bệnh nhân: Trần Thị K)



Hình 2. Hình ảnh u tuyến nước bọt mang tai phải trên phim CLVT



Hình 3. Hình ảnh siêu âm tuyến nước bọt mang tai phải

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Giới tính	Số bệnh nhân (%)	Tuổi (Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn)	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Nam	17 (54,8)	53,1 $\pm$ 11,2	29	69
Nữ	14 (45,2)	54,5 $\pm$ 13,9	32	71
Tổng	31 (100)	53,7$\pm$12,3	29	71

Nhận xét:

- Trong tổng số 31 bệnh nhân, có 17 bệnh nhân là nam giới, chiếm tỉ lệ 54,8% và 14 bệnh nhân là nữ giới, chiếm tỉ lệ 45,2%. Tỉ lệ nam/nữ = 1,2/1.

- Độ tuổi trung bình của nghiên cứu là 53,7 $\pm$ 12,3. Trong đó, nam giới có độ tuổi trung bình là 53,1 $\pm$ 11,2 và nữ giới có độ tuổi trung bình là 54,5 $\pm$ 13,9.

- Tuổi nhỏ nhất trong nghiên cứu là 29 tuổi và tuổi lớn nhất là 71 tuổi.

3.2. Đặc điểm lâm sàng u tuyến nước bọt mang tai

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng u tuyến nước bọt mang tai

	Đặc điểm	Số lượng	%
Vị trí	Phải	14	45,2
	Trái	17	54,8
Mật độ	Chắc	26	83,9
	Mềm	5	16,1
Da trên u	Bình thường	31	100,0
	Thâm nhiễm	0	0,0
Ranh giới	Rõ	29	93,5
	Không	2	6,5
	Dễ	27	87,1
Di động	Ít	4	12,9
	Không	0	0,0

Nhận xét:

- Về vị trí: phân bố bên trái và bên phải UTMT lần lượt là 54,8% và 45,2%.

- Mật độ chắc chiếm ưu thế với tỷ lệ 83,9%.

- Tất cả BN UTMT có da trên u bình thường, không thâm nhiễm.

- Khối UTMT có ranh giới rõ chiếm 93,5% và ranh giới không rõ chiếm tỷ lệ 6,5%

- Phần lớn các trường hợp UTMT di động dễ chiếm tỷ lệ 87,1%.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng u tuyến nước bọt mang tai

3.3.1. Đặc điểm siêu âm u tuyến nước bọt

Bảng 3. Đặc điểm kích thước, cấu trúc âm trên siêu âm u tuyến nước bọt mang tai

Đặc điểm	Nhóm bệnh	UTMT	
		n	%
Kích thước	< 2 cm	9	29,1
	2 - 4 cm	21	67,7
	> 4 cm	1	3,2
Cấu trúc âm	Đồng nhất	21	67,7
	Không đồng nhất	10	32,3

Nhận xét:

- Đa số UTMT có kích thước xác định qua siêu âm từ 2 - 4 cm chiếm tỷ lệ 67,7%.

- Phần lớn UTMT có cấu trúc âm đồng nhất chiếm tỷ lệ lần lượt là 67,7%

3.3.2. Đặc điểm cắt lớp vi tính u tuyến nước bọt mang tai

Bảng 4. Đặc điểm cắt lớp vi tính u tuyến nước bọt mang tai

Đặc điểm	Số lượng	%
Vị trí	Thùy nông	30
	Thùy sâu	1
	Cả 2 thùy	0
Kích thước	< 2 cm	8
	2 - 4 cm	21
	> 4 cm	2
Cấu trúc	Đồng nhất	19
	Không đồng nhất	12
Tỷ trọng (TT)	Tăng TT	8
	Giảm TT	7
	Đồng TT	5
	Hỗn hợp	11

Nhận xét:

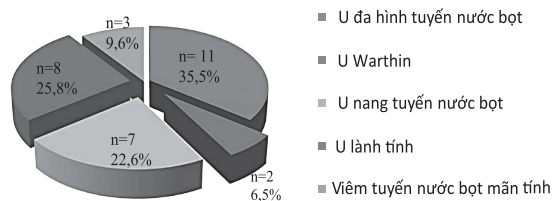
- Phần lớn UTMT nằm ở thùy nông chiếm tỷ lệ 96,8%, thùy sâu chiếm 3,2% và không có trường hợp nào u nằm ở cả hai thùy.

- Khối UTMT kích thước hay gặp nhất là 2 - 4 cm chiếm tỷ lệ 67,7%, tiếp theo là nhóm dưới 2 cm chiếm 25,8%, còn lại nhóm trên 4 cm chiếm 6,5%.

- Hầu hết UTMT có cấu trúc đồng nhất chiếm 61,3%.

- Tỷ trọng hỗn hợp chiếm tỷ lệ lớn nhất ở UTMT (35,5%).

3.3.3. Đặc điểm chọc hút tế bào bằng kim nhỏ



Biểu đồ 5. Kết quả chọc hút tế bào bằng kim nhỏ

Nhận xét:

- Kết quả FNA trước phẫu thuật cho kết quả 35,5% u đa hình, 25,8% u lành tính, 22,6% u nang tuyến nước bọt, còn lại là viêm tuyến nước bọt mãn tính 9,6% và u Warthin là 6,5%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 17 bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 54,8% và 14 bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 45,2%. Tỷ lệ ở nam cao hơn ở nữ tương tự nghiên cứu của Hàn Thị Vân Thanh (2001) [2] và Đinh Xuân Thành (2012) [1] với tỷ lệ nam lần lượt là 55% và 61%. Một số nghiên cứu khác có tỷ lệ nữ cao hơn nam như Phạm Trung Kiên (2008) [6] với tỷ lệ nữ là 58,5%. Nghiên cứu của Nasrollah (2013) và cs [15], Artur Cunha (2016) và cs [18], Angelica Reinheimer và cs (2019) [13] với tỷ lệ nữ tương ứng là 54,8%, 52,1% và 51,4%. Có thể thấy tỷ lệ về giới khác nhau giữa các nghiên cứu, điều này có thể do sự khác biệt về cỡ mẫu của từng nghiên cứu.

Trong 31 BN tham gia nghiên cứu, BN nhỏ tuổi nhất là 29 tuổi và lớn nhất là 71 tuổi, tuổi trung bình là 53,7. Kết quả của nghiên cứu tương tự tác giả Lê Văn Quang (2013) [3] với tuổi trung bình là 53,4 tuổi, nhỏ nhất là 15 tuổi và cao nhất là 84 tuổi. Smita Bussari (2018) và cs [8] nghiên cứu trên 48 trường hợp, ghi nhận tuổi trung bình là 32,7 tuổi.

4.2. Đặc điểm lâm sàng u tuyến nước bọt mang tai

UTMT có thể gặp ở cả hai bên phải, trái và thường không có sự khác biệt giữa hai bên [16]. Trong 31 BN tham gia nghiên cứu, tỷ lệ UTMT bên phải và bên trái lần lượt là 45,2% và 54,8%. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Đinh Xuân Thành (2012) [1] với tỷ lệ bên phải và bên trái tương ứng là 47,6% và 52,5% ($p>0,05$). Trong khi đó tỷ lệ phân bố khối u bên phải và bên trái theo Hàn Thị Vân Thanh (2001)

[2] là bằng nhau. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận hai trường hợp khối u ở cả hai bên, cả hai trường hợp cho kết quả mô bệnh học đều là u Warthin. Nghiên cứu của Zhi Feng Xu và cs (2013) [20] cho rằng 40,0% u Warthin xuất hiện ở hai bên, cao nhất so với các loại u khác.

Khối u tuyến nước bọt có mật độ chắc chiếm 85,4%, mật độ mềm chiếm 14,6%. Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên các khối u lành tính, phần lớn có thời gian tiến triển lâu, u đặc, do đó mật độ tổn thương thường chắc.

Trong tổng số 31 BN tham gia nghiên cứu ghi nhận 100,0% các khối u tuyến nước bọt có da trên u bình thường, không thâm nhiễm. Về độ di động, đa số các trường hợp u tuyến nước bọt di động dễ chiếm tỷ lệ 87,1%. Trong khi đó, theo nghiên cứu của Lê Văn Quang (2013) [3] cho thấy tỷ lệ khối u di động dễ là 79,3%. Theo Victor Shing Howe To (2012) và cs [17] cho rằng các đặc điểm nghi ngờ khối u ác tính bao gồm khối u thường đi kèm liệt mặt, phát triển nhanh, đau, cố định với cấu trúc xung quanh và nổi hạch cổ.

Kích thước khối UTMT thường gặp nhóm 2 - 4 cm chiếm tỷ lệ 64,5%, nhóm dưới 2 cm và trên 4 cm chiếm tỷ lệ lần lượt là 25,8% và 9,7%. Kích thước khối u trong khoảng từ 2 - 4 cm cũng chiếm ưu thế trong nghiên cứu của Hàn Thị Vân Thanh (2001) [2] với tỷ lệ là 46,3% (khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$).

Khối UTMT có ranh giới rõ chiếm 93,5%, kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đó của Phạm Hoàng Tuấn (2007) [5] với tỷ lệ u có ranh giới rõ là 91,4%. Trong nghiên cứu của chúng tôi có hai trường hợp u có ranh giới không rõ do BN bị UTMT tái phát và trường hợp thứ hai do UTMT nằm ở thùy sâu.

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng u tuyến nước bọt mang tai

4.3.1. Đặc điểm siêu âm u tuyến nước bọt

Siêu âm là phương tiện có giá trị trong chẩn đoán u tuyến nước bọt. Siêu âm không chỉ cho phép xác nhận hoặc loại trừ sự hiện diện của khối u mà còn giúp chỉ ra bản chất lành hay ác trong nhiều trường hợp với các đặc điểm về ranh giới, bờ và kích thước tổn thương. Bên cạnh đó, siêu âm với các ưu điểm giá thành rẻ, dễ thực hiện, không phản ứng phụ nên được sử dụng rộng rãi trong đánh giá u tuyến nước bọt cũng như hướng dẫn FNA. Hạn chế của siêu âm là không đánh giá được u ở thùy sâu hay khoang cạnh hầu [4].

Trong số 31 trường hợp u tuyến nước bọt mang tai được đánh giá kích thước qua siêu âm, ghi nhận UTMT có kích thước từ 2 - 4 cm chiếm 67,7%, nhóm

nhỏ hơn 2 cm chiếm 29,1% và nhóm lớn hơn 4 cm chiếm 3,2%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Đinh Xuân Thành (2012) [1] với kích thước u trên siêu âm từ 2 - 4 cm chiếm tỷ lệ nhiều nhất (77,8%).

Về cấu trúc âm, UTMT đa số đồng nhất chiếm 67,7%. Kết quả nghiên cứu này tương tự Đinh Xuân Thành (2012) [7] với tỷ lệ đồng nhất và không đồng nhất lần lượt là 63,0% và 37,0% ($p > 0,05$). Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm u đa hình chiếm tỷ lệ nhiều nhất do đó có thể giải thích nhóm cấu trúc đồng nhất chiếm phần lớn trong nghiên cứu của chúng tôi.

Khối UTMT có mật độ giảm âm chiếm tỷ lệ chủ yếu (83,9). Đa số các tác giả trong nước có kết quả tương tự với tỷ lệ mật độ giảm âm của Đinh Xuân Thành (2012) [7] là 92,6% ($p > 0,05$). Nghiên cứu của Anna Rzepakowska (2017) và cs [14] cũng cho kết quả UTMT có mật độ giảm âm là 81,0%. Trên siêu âm, u đa hình có hình ảnh giảm âm nhiều thùy, giới hạn rõ với tăng âm sau và có thể có vôi hoá. U Warthin có hình bầu dục, ranh giới rõ, giảm âm và thường có nhiều vùng trống âm. Với kết quả MBH ghi nhận phần lớn là u đa hình và u Warthin do đó trong nghiên cứu của chúng tôi cấu trúc giảm âm của khối u tuyến nước bọt chiếm tỷ lệ chủ yếu.

4.3.2. Đặc điểm cắt lớp vi tính u tuyến nước bọt mang tai

Phần lớn UTMT nằm ở thùy nông 96,8% và 3,2% nằm ở thùy sâu, không có trường hợp nào u nằm ở cả hai thùy. Nghiên cứu của Đinh Xuân Thành (2012) [1] kết luận 52,5% u nằm ở thùy nông, 34,4% u nằm ở thùy sâu và 13,1% u nằm ở cả hai thùy. Nghiên cứu của Zhi Feng Xu và cs (2013) [20] có 60,0% UTMT nằm ở thùy nông, 6,7% ở thùy sâu và 33,3% gặp ở cả hai thùy.

Về kích thước u, có 21/31 (67,7%) trường hợp u có kích thước từ 2 - 4 cm, nhóm dưới 2 cm và trên 4 cm chiếm tỷ lệ lần lượt là 25,8% và 6,5%. Đối chiếu giữa kích thước u trên CLVT và sau phẫu thuật cho thấy độ chính xác là $28/31 = 90,3\%$.

Kết quả nghiên cứu ghi nhận hầu hết các khối UTMT có cấu trúc đồng nhất chiếm 61,3%, cấu trúc không đồng nhất chiếm tỷ lệ 38,7%. Nghiên cứu của Phạm Trung Kiên (2008) [6] cho thấy cấu trúc u đồng nhất chiếm 76,9%, không đồng nhất là 23,1%. Theo Masume Niazi (2020) và cs [12] cho rằng khối u lành tính trên CLVT thường đồng nhất, có ranh giới rõ trong khi đó khối u ác tính thường không đồng nhất, ranh giới không rõ và xâm lấn xung quanh.

Khối UTMT nhóm tỷ trọng hỗn hợp chiếm tỷ lệ cao nhất 35,5%, nhóm tăng tỷ trọng chiếm 25,8%, giảm tỷ trọng chiếm 22,6% và cuối cùng nhóm

đồng tỷ trọng chiếm 16,1%. Kết luận này tương tự như nghiên cứu của Đinh Xuân Thành (2012) [1] với nhóm tỷ trọng hỗn hợp chiếm tỷ lệ cao nhất 39,3%, đồng tỷ trọng chiếm 36,0%. Điều này có thể giải thích do tính chất hỗn hợp của u đa hình, loại chiếm tỷ lệ cao nhất trong nghiên cứu của chúng tôi [20].

4.3.3. Đặc điểm chọc hút tế bào bằng kim nhỏ

Bệnh nhân có kết quả FNA là u đa hình tuyến nước bọt gặp ở 11/31 trường hợp chiếm tỷ lệ 35,5%. U lành tính và u nang tuyến nước bọt chiếm lần lượt là 8 và 7 trường hợp với tỷ lệ tương ứng là 25,8% và 22,6%. Ít gặp hơn là viêm tuyến nước bọt mãn tính và u Warthin với tỷ lệ 9,6% và 6,5%.

Theo các tác giả trong và ngoài nước mặc dù tỷ lệ phù hợp về phân loại mô bệnh học của FNA trước mổ và mô bệnh học sau mổ thấp nhưng nhiều nghiên cứu cho thấy FNA chẩn đoán bản chất u lành tính hay ác tính đạt tỷ lệ phù hợp cao, 93,4% theo Đinh Xuân Thành (2012) [7] và 97,6% theo Lê Văn Quang (2013) [3]. Do đó, nhiều tác giả vẫn kiến nghị sử dụng FNA trong chẩn đoán ban đầu u tuyến nước bọt, từ đó đưa ra kế hoạch điều trị thích hợp cho BN.

5. KẾT LUẬN

Qua 31 bệnh nhân u tuyến nước bọt được chẩn đoán và điều trị tại Khoa Tai Mũi Họng - Mắt - Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ

06/2019 đến tháng 06/2020, chúng tôi có một số kết luận như sau:

Trong tổng số 31 bệnh nhân, có 17 bệnh nhân là nam giới và 14 bệnh nhân là nữ giới. Tỷ lệ nam/nữ = 1,2/1. Độ tuổi trung bình của nghiên cứu là 53,7±12,3. Trong đó tuổi nhỏ nhất là 29 tuổi và lớn nhất là 71 tuổi.

Đặc điểm lâm sàng của khối u tuyến mang tai có mật độ chắc (83,9%), ranh giới rõ (93,5%) và di động dễ (87,1%).

Khối u tuyến nước bọt mang tai trên siêu âm có kích thước 2 - 4 cm (67,7%), cấu trúc đồng nhất (67,7%)

Đặc điểm trên phim cắt lớp vi tính: u tuyến mang tai có kích thước 2 - 4cm (67,7%), cấu trúc đồng nhất (61,3%), tỷ trọng hỗn hợp (35,5%), vị trí thùy nông (96,8%), thùy sâu (3,2%) và không có trường hợp nào u nằm ở cả hai thùy.

Đặc điểm chọc hút tế bào bằng kim nhỏ: 35,5% u đa hình, 25,8% u lành tính, 22,6% u nang tuyến nước bọt, còn lại là viêm tuyến nước bọt mãn tính 9,63% và u Warthin 6,5%.

Các đặc điểm lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng như siêu âm, cắt lớp vi tính, chọc hút tế bào bằng kim nhỏ rất có giá trị trong việc đưa ra chẩn đoán, xác định vị trí, kích thước, giới hạn, bản chất của khối u tuyến nước bọt mang tai từ đó tạo cơ sở cho các bác sĩ lập kế hoạch điều trị phẫu thuật thích hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đinh Xuân Thành (2012), *Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật u tuyến nước bọt mang tai*, Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

2. Hàn Thị Văn Thanh (2001), *Nhận xét đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và kết quả phẫu thuật của u tuyến nước bọt mang tai ở Bệnh viện K từ 1996 - 2001*, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

3. Lê Văn Quang (2013), *Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật u biểu mô lành tính tuyến mang tai từ năm 2009 - 2013*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

4. Nguyễn Hữu Phúc (2017), *Kết quả cắt một phần thùy nông tuyến mang tai trong điều trị bướu hỗn hợp lành*, Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

5. Phạm Hoàng Tuấn (2007), *Nghiên cứu lâm sàng, Xquang, giải phẫu bệnh trong chẩn đoán và điều trị u hỗn hợp tuyến nước bọt mang tai*, Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

6. Phạm Trung Kiên (2008), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và phân loại mô bệnh học u tuyến nước bọt tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương*, Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

7. Vi Xuân Thanh (2012), *Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật u tuyến nước bọt mang tai*, Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

8. Smita Bussari (2018), "Immunohistochemical Detection of Proliferative Marker Ki-67 in Benign and Malignant Salivary Gland Tumors", *J Contemp Dent Pract*. 19(4), tr. 375-383.

9. S. Comoglu etc. (2018), "Comprehensive analysis of parotid mass: A retrospective study of 369 cases", *Auris Nasus Larynx*. 45(2), tr. 320-327.

10. H. Kato, M. Kanematsu, K. Mizuta (2008), "Carcinoma Ex Pleomorphic Adenoma of the Parotid Gland: Radiologic-Pathologic Correlation with MR Imaging Including Diffusion-Weighted Imaging", *American Journal of Neuroradiology*. 29(5), tr. 865-867.

11. Afroza Khanam, A Gulshan và Rahman (2016), "Pattern of distribution of different salivary gland tumors; a retrospective study in NICRH, Dhaka", *Bangladesh Journal of Medical Science*. 15(1), tr. 95-98.

12. Masume Niazi, Maryam Mohammadzadeh, Kayvan Aghazadeh (2020), "Perfusion Computed Tomography Scan Imaging in Differentiation of Benign from Malignant Parotid Lesions", *International Archives of*

Otorhinolaryngology. 24(2), tr. 86-95.

13. A. Reinheimer (2019), "Retrospective study of 124 cases of salivary gland tumors and literature review", *J Clin Exp Dent*. 11(11), tr. 1025-1032.

14. Anna Rzepakowska etc. (2017), "The differential diagnosis of parotid gland tumors with high-resolution ultrasound in otolaryngological practice", *European archives of oto-rhino-laryngology : official journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies (EUFOS) : affiliated with the German Society for Oto-Rhino-Laryngology - Head and Neck Surgery*. 274(8), tr. 3231-3240.

15. N. Saghravanian, N. Ghazi, M. Saba (2013), "Clinicopathologic evaluation of salivary gland neoplasms: a 38-year retrospective study in Iran", *Ann Diagn Pathol*. 17(6), tr. 522-5.

16. S. Y. Shen etc. (2018), "Clinicopathologic analysis of 2736 salivary gland cases over a 11-year period in Southwest China", *Acta Otolaryngol*. 138(8), tr. 746-749.

17. Victor Shing Howe To (2012), "Review of salivary gland neoplasms", *ISRN otolaryngology*. 2012.

18. A. C. Vasconcelos. (2016), "Clinicopathological analysis of salivary gland tumors over a 15-year period", *Braz Oral Res*. 30, tr. 1-7.

19. S. Venkatesh, T. Srinivas, S. Hariprasad (2019), "Parotid Gland Tumors: 2-Year Prospective Clinicopathological Study", *Ann Maxillofac Surg*. 9(1), tr. 103-109.

20. Zhi Feng Xu. (2013), "Different histological subtypes of parotid gland tumors: CT findings and diagnostic strategy", *World journal of radiology*. 5(8), tr. 313-320.