

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Khối u tuyến nước bọt mang tai (TNBMT) là loại khối u điển hình về tính đa dạng hình thái mô học giữa các khối u khác nhau cũng như trong cùng một khối u [126]. Hơn nữa, các khối u hỗn hợp, sự biệt hóa và xu hướng ác tính hóa các u lành có thể làm cho các chẩn đoán mô học bị mất giá trị theo dõi trong một thời gian dài [126]. Phần lớn số u lành tính chiếm tỷ lệ từ 85% đến 90% nhưng có thể thoái hoá ác tính lại khá cao [3], [32]. Tổng số ung thư TNBMT nói chung chiếm 2% đến 4% các ung thư vùng Đầu Cổ [4]. Ở Mỹ, ung thư TNBMT chiếm 6% các ung thư đầu - cổ, 0,3% tổng số ung thư toàn cơ thể [134]. Triệu chứng khối u TNBMT mờ nhạt, khi được chẩn đoán thì phần lớn các trường hợp khối u đã lớn, mức độ tổn thương rộng, chức năng, thẩm mỹ bị ảnh hưởng gây khó khăn cho việc tiên lượng, điều trị phẫu thuật và điều trị sau phẫu thuật, đồng thời làm tăng nguy cơ biến chứng và tái phát.

Ở nước ta, việc chẩn đoán xác định trước mổ đang dừng lại ở kỹ thuật chọc hút tế bào và kết quả giá trị thu được chưa cao do lượng bệnh phẩm thu được ít, lại thiếu sự hướng dẫn chọc hút của Chẩn đoán hình ảnh (CDHA) [32].

Với những lí do trên, việc sinh thiết khối u qua kim trước mổ là rất cần thiết để đạt chẩn đoán xác định [116]. Sinh thiết qua kim sẽ được khối lượng bệnh phẩm đảm bảo đủ để xác định được bản chất mô bệnh học, tuy nhiên tai biến lưỡi kim cắt phải dây thần kinh VII và mạch máu là khó tránh khỏi. Do vậy, ngoài việc khảo sát hình thái, gợi ý chẩn đoán [57], [158] và chẩn đoán giai đoạn khối u, một số kỹ thuật CDHA như siêu âm (SA), cắt lớp vi tính (CLVT)... cũng được dựng kết hợp để dẫn đường cho kim sinh thiết nhằm giảm thiểu tai biến và tăng giá trị chẩn đoán xác định [125].

Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính, được lựa chọn đầu tay, xạ trị đóng vai trò hỗ trợ chính, hóa trị có vai trò khi bệnh di căn xa.

Cho đến nay, ở nước ta chưa có nhiều công trình nghiên cứu đóng góp cho thực tiễn thực hành về chẩn đoán xác định trước mổ và điều trị phẫu thuật u TNBMT. Thực tiễn công việc đòi hỏi cần có thêm hiểu biết đầy đủ và hệ thống hơn nữa về chẩn đoán, điều trị phẫu thuật. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật u tuyến nước bọt mang tai”** nhằm hai mục tiêu:

- 1. Xác định giá trị chẩn đoán một số u TNBMT bằng lâm sàng, SA, CLVT và sinh thiết qua kim dưới hướng dẫn của SA.*
- 2. Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật.*

# CHƯƠNG 1

## TỔNG QUAN

### 1.1. GIẢI PHẪU, MÔ HỌC CỦA TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI

#### 1.1.1. Giải phẫu học [12], [13], [24]

Tuyến mang tai (*Hình 1-1*) [24] là một tuyến nước bọt to nhất, nặng 25-30 gam. Nằm ở dưới ống tai ngoài, giữa quai hàm và mồm chũm, mồm châm.

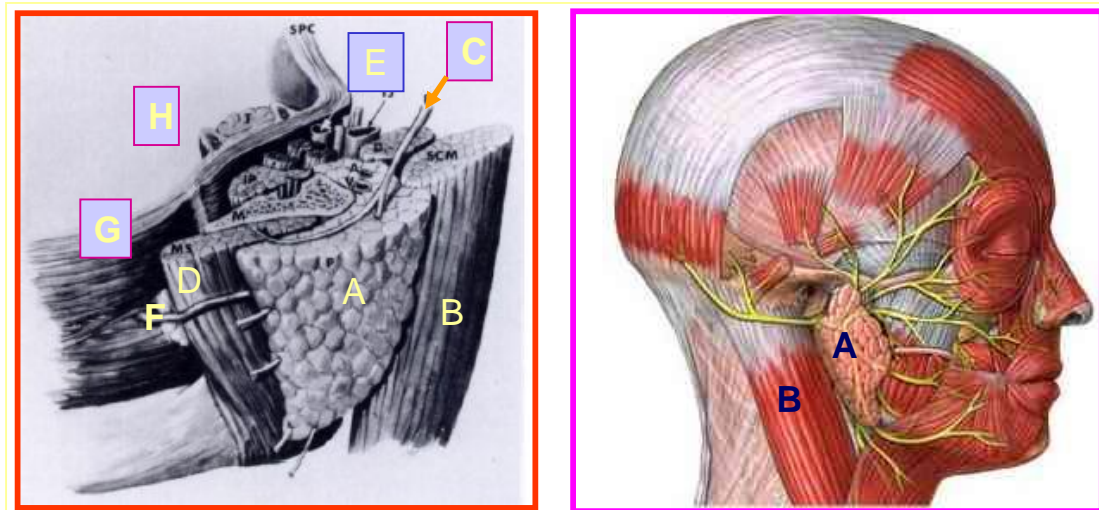
##### 1.1.1.1 Khu mang tai

Khu mang tai là một trong hai khu của vùng trước trâm. Có thể coi như hình lăng trụ tam giác có 3 mặt và 2 đầu.

##### 1.1.1.1.1 Mặt ngoài

Gồm có ba lớp: da, tổ chức tế bào dưới da và lá nông của cân cổ nông, lá này khi tới bờ trước của cơ ức đòn chũm thì chia ra làm hai lá:

- + Lá nông chạy tới xương hàm và liên tiếp với cân của cơ cắn
- + Lá sâu quặt vào trong, đi tới tận hầu



- |               |                       |                  |
|---------------|-----------------------|------------------|
| A: Tuyến NBMT | B: Cơ ức đòn chũm     | C: Thần kinh mặt |
| D: Cơ cắn     | E: Bao cảnh (ĐM & TM) | F: Ống tuyến     |
| G: Cơ mút     | H: Khoang hàm hầu     |                  |

*Hình 1.1: Giải phẫu tuyến mang tai*

#### *1.1.1.1.2. Mặt sau:*

Liên quan với mồm chũm (trên đó có cơ ức đòn chũm và cơ nhị thân bám) và với mồm châm (trên đó có cụm hoa Riolan bám).

Các cơ đó được lá sâu của của cân cổ nông bao phủ và nối liền với nhau, để tạo nên một phần của hoành đi từ cơ ức đòn chũm đến hầu (hoành trâm hàm hầu). Hoành này gồm ba khe:

- Khe trong (khe trước trâm móng) ở giữa cơ trâm móng (ở ngoài) và các cơ hay dây chằng khác của cụm Riolan (ở trong).
- Khe ở giữa cơ trâm móng và cơ nhị thân (khe sau trâm móng), ở khe này, tuyến liên quan với tĩnh mạch cảnh trong, dây VII cùng lách qua khe này vào trong tuyến nước bọt mang tai.
- Khe ngoài ở giữa cơ nhị thân và cơ ức đòn chũm. Tại đây có dây XI bắt chéo tuyến nước bọt (đây là nơi được chọn làm thủ thuật nối dây VII và XI cho bệnh nhân bị liệt mặt).

#### *1.1.1.1.3. Mặt trước:*

Liên quan với quai hàm được đệm ở mặt ngoài bởi cơ cắn và mặt trong bởi cơ chân bướm trong (điều này giải thích tại sao ung thư tuyến mang tai giai đoạn muộn lại có khít hàm). Mặt trước có khuyết Juvara (khuyết sau lồi cầu), chui qua đó có động mạch hàm trong và dây thần kinh thái dương.

#### *1.1.1.1.4. Đầu trên:*

Liên quan với khớp thái dương hàm và ống tai ngoài. Tại đây liên quan với động mạch thái dương nông ở trước, tĩnh mạch và dây thần kinh thái dương ở sau.

#### *1.1.1.1.5. Đầu dưới:*

Nằm trên dải ức hàm đi từ cơ ức đòn chũm tới góc hàm tạo vách ngăn giữa. Dải này tạo nên một vách ở giữa tuyến mang tai và tuyến dưới hàm.

#### **1.1.1.2. Tuyến mang tai**

Tuyến mang tai hình lăng trụ tam giác, nằm trong khu mang tai nhưng lại lấn cả ra ngoài khu mang tai ra trước, ra sau và nhất là vào trong để tạo



nên mẫu hầu của tuyến nước bọt mang tai có thể sờ thấy từ phía trong miệng (*Hình 1-2*) [24]. Tuyến được bọc trong một vỏ; ở giữa vỏ và khu có tổ chức tế bào nên tuyến dễ tách khỏi khu, trừ hai chỗ mà vỏ dính vào là: bờ trước cơ ức đòn chũm và bao khớp thái dương hàm. Những u của tuyến nước bọt mang tai phát triển trên hai vùng này thường dính và khi mổ lấy tuyến, hai vùng này không bóc tách được mà phải cắt.

Tuyến mang tai có hai thùy, giữa hai thùy có các cấu trúc cầu nối sang nhau làm cho hai thùy này tuy áp vào nhau nhưng có một diện bóc tách, dây thần kinh VII nằm giữa hai thùy này như sợi chỉ đánh dấu nằm giữa hai trang sách, gáy quay về phía trước. Thùy trên nằm lên trên cả thùy dưới và dây VII như nắp của một chiếc hộp. Từ các nang tuyến, nước bọt được tiết ra sẽ đổ vào các ống trong tiểu thùy, ống gian tiểu thùy, ống bài xuất, ống Stenon.

#### ***1.1.1.3. Ống Stenon***

Ống Stenon là ống tiết dịch của tuyến nước bọt mang tai, dài độ 4 cm, phát sinh ở trong tuyến và thoát ra ngoài tuyến ở dưới mỏm tiếp độ 15mm để chạy ra phía trước. Khi tới bờ trước của cơ cắn (ở dưới mỏm tiếp độ 1 cm), ống Stenon chạy ở phía trước cục mỡ Bichat, rồi thọc qua cơ mút để vào miệng, ở ngang mức cổ của răng hàm lớn thứ hai trên.

#### ***1.1.1.4. Liên quan mạch máu-thần kinh-bạch huyết.***

Từ ngoài vào trong tuyến nước bọt mang tai có liên quan tới dây thần kinh mặt, tĩnh mạch và động mạch cảnh ngoài, dây thần kinh tai - thái dương.

##### ***1.1.1.4.1. Thần kinh:***

- **Dây thần kinh mặt (VII):**

Sau khi ra khỏi lỗ châm chũm (1 tới 2cm) dây VII đi giữa cơ châm móng và cơ nhị thân, chui vào giữa hai thùy của tuyến mang tai.

Dây thần kinh VII đi trong diện bóc tách của hai thùy tuyến cùng với một động mạch nhỏ kề bên với động mạch châm chũm (thắt động mạch này để cầm máu sẽ giúp cho việc phẫu tích dễ dàng hơn nhiều). Ngay trong diện

này, dây thần kinh VII chia làm các nhánh là nhánh thái dương mặt và nhánh cổ mặt.

Nhánh thái dương mặt: nối với dây thái dương và chia nhiều nhánh nhỏ cho các cơ nông vùng cổ mặt. Giữa hai thùy, nhánh thái dương mặt và nhánh cổ mặt lại cho nhiều nhánh nối với nhau tạo nên thần kinh mang tai. Những nhánh cuối của thái dương mặt là:

- Thái dương: cho cơ tai trước và mặt trước vành tai ngoài
- Trán và mi mắt: cho cơ trán, lông mày, vòng mi
- Dưới ổ mắt: cho cơ gò má to, nhỏ, nâng cánh mũi, môi trên, nanh, chéoc mũi, nở lỗ mũi.
- Trên miệng: cho cơ mút và nửa trên cơ vòng môi.

Nhánh cổ mặt: nối liền với cành tai của đám rối cổ rồi chia thành nhiều nhánh nhỏ thường ở sau và trên góc hàm, những nhánh tận là:

- Miệng dưới cho cơ cười và nửa dưới cơ vòng môi
- Cằm cho tam giác môi, vuông cằm, chòm cằm
- Cổ cho da nông cổ, nhánh này nối liền với cành ngang của đám rối cổ nông.

▪ **Dây thần kinh thái dương:**

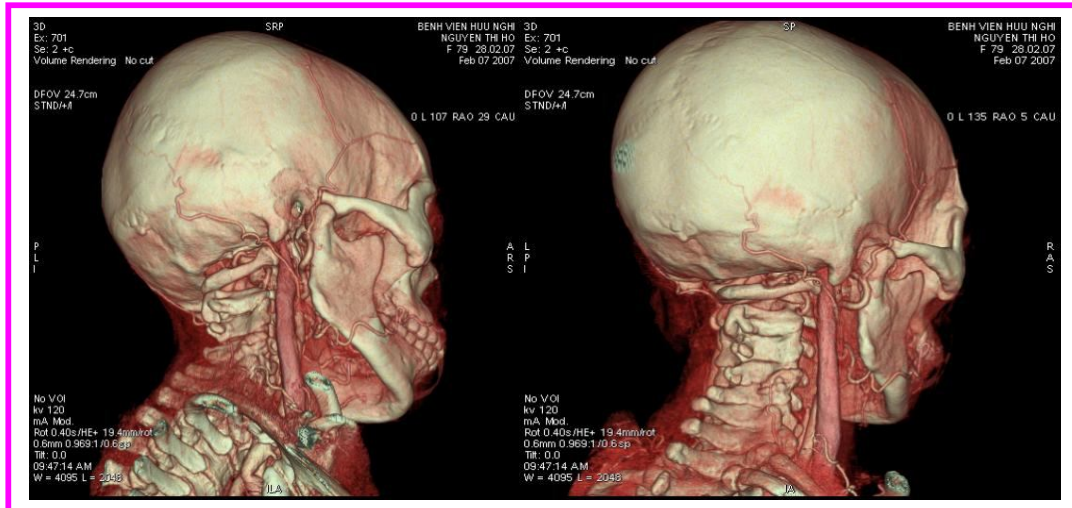
Là nhánh của dây hàm dưới, chui qua khuuyết sau lồi cầu Juvara cùng với động mạch hàm trong. Các sợi tiết dịch của tuyến là sợi đá sâu bé của dây IX. Khi bị dò nước bọt do đứt ống Stenon, có thể làm lỗ dò ngừng chảy dịch bằng cách làm đứt dây thái dương vì các sợi tiết dịch của dây IX mượn đường đi của dây tai thái dương.

*1.1.1.4.2. Liên quan mạch máu:*

▪ **Động mạch:**

Động mạch cảnh ngoài qua khe trước trâm móng đi vào phần sau của tuyến nó xẻ một đường trong thùy sâu của tuyến tới trên góc hàm 4 cm thì chia thành hai nhánh tận là thái dương nông và hàm trong. Ngay sau khi chui vào tuyến, động mạch còn tách ra một nhánh bên là động mạch tai sau nằm

trong ống tai, cho nhánh là động mạch trâm chũm thường đi kèm với thần kinh mặt.



Hình 1.2: Động & Tĩnh mạch cảnh (Trích ảnh CLVT 3D - máy 64 lớp cắt)

#### ▪ Tĩnh mạch:

Hội lưu nơi tuyến đồ vào tĩnh mạch cảnh ngoài, tĩnh mạch cảnh ngoài được tạo thành do hai tĩnh mạch chính là tĩnh mạch thái dương nông và tĩnh mạch hàm trong thoát ra từ khuyết Juvara ở trên động mạch và dưới thần kinh. Tĩnh mạch cảnh ngoài thoát dần ra ngoài tuyến ở phía dưới để chạy ngay dưới cân cổ nông, nó tiếp nối với thân giáp lưỡi mặt bởi nhánh nối trong tuyến mang tai.

#### 1.1.1.5. Một số điểm lưu ý về giải phẫu tuyến ngoại khoa

▪ Tuyến nằm tương đối trải rộng và sâu từ gò má tới góc hàm, từ trước trên cơ ức đòn chũm tới tận cơ cắn, từ cân cổ vào tới tận hầu. Vì vậy, khối u của tuyến thường lan rộng và sâu.

▪ Có những liên quan giải phẫu rất quan trọng:

- Động mạch cảnh ngoài: có thể bị tổ chức ung thư phá huỷ hoặc chảy máu khi phẫu thuật.

- Thần kinh VII: thường gây liệt mặt trong các khối u ác tính, các khối u hỗn hợp chưa có tổn thương thì phẫu thuật bảo tồn dây VII được đặt ra.

- Liên quan với xương hàm dưới và khớp thái dương hàm: khối u khi khối u thâm nhiễm vào các cơ cắn hoặc lan và khớp thái dương hàm.

- Liên quan với động mạch cảnh ngoài: khối u ác tính có thể xâm lấn vào thành động mạch gây chảy máu.

### **1.1.2. Giải phẫu ứng dụng ngoại khoa tuyến mang tai [76]**

Năm 1937, lần đầu tiên tuyến nước bọt mang tai được mô tả gồm 2 thùy, thần kinh mặt (dây VII) không nằm trong nhu mô tuyến mà chỉ đi qua tuyến giữa 2 thùy tuyến như kiểu "kẹp Sandwich". Các nhánh chạy qua tuyến là nhánh vận động, không có bất cứ nhánh chế tiết nào. Như chúng ta biết, không có bất cứ tuyến chế tiết nào trong cơ thể chứa hạch bạch huyết trong nhu mô tuyến. Tất cả các thành phần như hạch bạch huyết và thành kinh đều nằm ngoài nhu mô tuyến. Sự phân bố thần kinh mặt qua tuyến mang tai có một số hình thái khác nhau. Tuyến mang tai có thùy nông kích thước lớn, thùy sâu có kích thước nhỏ nối với nhau bằng eo tuyến. Các nhánh thần kinh mặt thoát ra khỏi nền sọ tại lỗ châm chũm đi được khoảng 1,25cm thì chui vào bình diện sâu của tuyến ngay dưới điểm giữa của bờ sau tuyến, thực tế dây thần kinh VII đi vào máng được tạo bởi mạc bọc thùy nông tuyến. Phần thân chính của dây mặt đi vào phần eo tuyến từ phía sau sau đó nó chia thành 2 nhánh chính gồm nhánh thái dương mặt ở phía trên để băng qua phía trên eo tuyến và nhánh cổ mặt đi qua bờ dưới eo tuyến. Do kích thước thùy sâu nhỏ cho nên thực tế các nhánh nhỏ nằm bên ngoài thùy này lại nằm giữa thùy nông và cơ cắn. Đặc biệt trong khi mổ chúng ta có thể thấy nhánh thái dương mặt thường to hơn 2 nhánh còn lại, đây chính là nhánh ưu tiên bảo tồn trong phẫu thuật cắt tuyến mang tai. Trong một số trường hợp sau khi chia ra 2 nhánh chính bọc lấy bờ trên và bờ dưới eo tuyến chỉ có một số nhánh nhỏ của 2 thân chính này kết nối với nhau thành đám rối ngay trước eo tuyến. Đây là

nguyên nhân giải thích cho những trường hợp liệt mặt bán phần hồi phục muộn sau mổ cắt u tuyến.

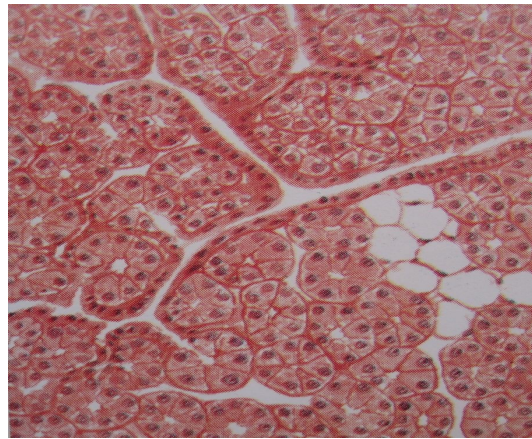
**Phần eo tuyến:** Có kích thước rất thay đổi, các nhánh chính của thần kinh mặt ôm lấy eo tuyến sau chia nhánh từ nhánh chính trước khi đi vào giữa 2 thùy tuyến.

**Thùy nông:** là thùy lớn, có kích thước thay đổi nằm nông, thường đường kính dài 5cm chạy từ hố mang tai đến cổ.

**Thùy sâu:** 40% các trường hợp thùy sâu rất nhỏ nằm vắt qua nền của lồi cầu xương hàm dưới.

### 1.1.3. Mô học

Tuyến mang tai là một tuyến ngoại tiết kiểu chùm nho, tuyến thường được chia thành nhiều tiểu thùy cách nhau bởi các vách liên kết. Mỗi tiểu thùy chứa một số nang tuyến và một số ống bài xuất trong tiểu thùy tiếp với các nang tuyến. Những ống bài xuất trong tiểu thùy thuộc các tiểu thùy gần nhau hợp thành ống lớn hơn chạy trong vách liên kết gọi là ống bài xuất gian tiểu thùy. Nhiều ống bài xuất gian tiểu thùy hợp lại thành ống bài xuất.



*Hình 1.3: Cấu trúc vi thể tuyến mang tai*

Ngoài cùng tuyến có vỏ xơ bọc và những mạch máu thần kinh đi dọc theo các ống bài xuất để tới các tiểu thùy.

## 1.2. GIẢI PHẪU BỆNH LÝ KHỐI U TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI

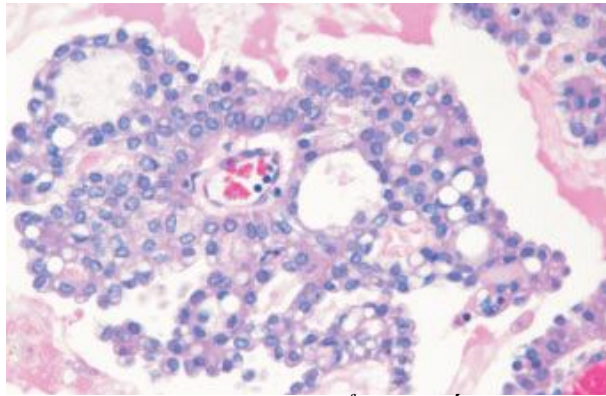
Phần lớn các khối u tuyến nước bọt mang tai có nguồn gốc biểu mô.

### 1.2.1. Các khối ung thư tuyến nước bọt

#### 1.2.1.1. Ung thư biểu mô tế bào nang [126], [59]

Là các khối u biểu bì ác tính của tuyến nước bọt, có hiện diện của các tế bào u biệt hóa nang thành dịch được đặc trưng bởi các hạt chế tiết chứa các tiền enzym (zymogen) trong tế bào chất. Các tế bào ống tuyến cũng có đặc điểm này.

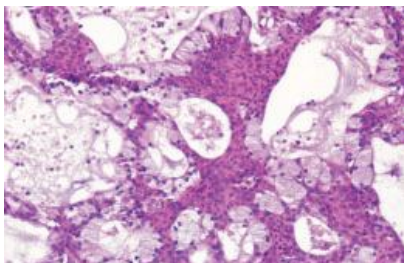
**Mã phân loại ICD-O: 8550/3**



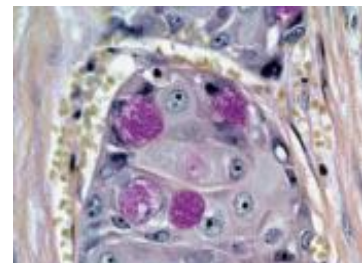
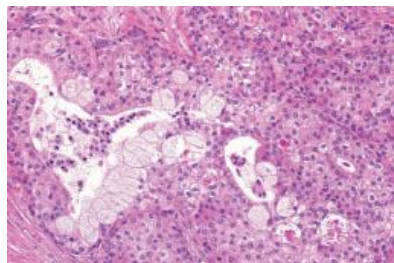
Hình 1.4: Mô học ung thư biểu mô tế bào nang tuyến

#### 1.2.1.2. Ung thư biểu mô biểu bì nhày [126] [59]

UTBM biểu bì nhày là khối u biểu mô ác tính của tuyến được đặc trưng bởi sự có mặt các tế bào biểu bì, các tế bào trung gian và các tế bào chế nhày với các tế bào hình trụ, tế bào sáng và các đặc điểm của tế bào dạng hạt. Típ này hay gặp nhất tại tuyến mang tai.

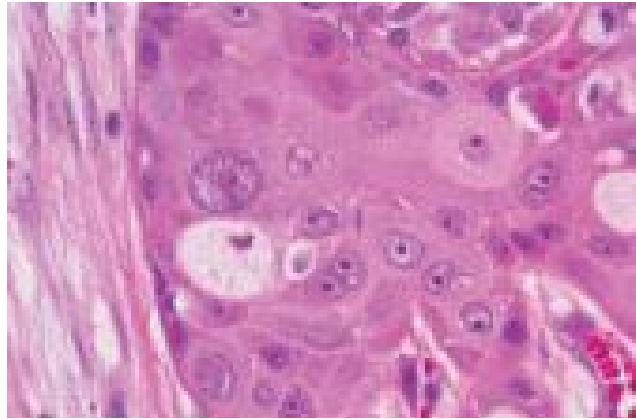


Hình 1.5: UTBM biểu bì nhày độ thấp



Hình 1.6: UTBM biểu bì nhày độ trung gian ở độ phóng đại 100 và 400, có các tế bào dạng biểu bì bất thực sản và các tế bào chế nhày nhuộm mucicarmin



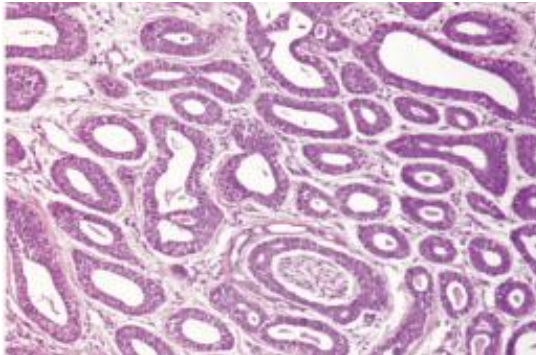


*Hình 1.7: UTBM biểu bì nhày độ cao, hình thái phát triển dạng đặc chiếm ưu thế với mô học chứa chủ yếu các tế bào dạng vẩy*

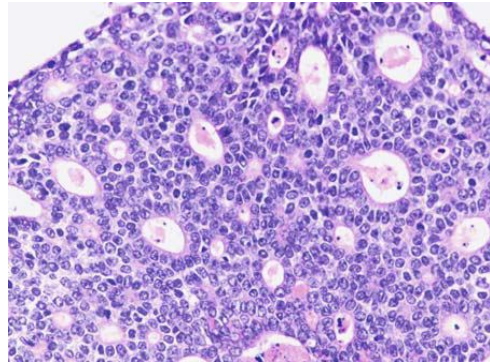
#### **1.2.1.3. Ung thư biểu mô dạng tuyến nang [126] [59]**

UTBM nang dạng tuyến là u dạng đày cấu tạo gồm các tế bào dạng biểu bì và các tế bào cơ biểu bì với các hình thái đặc, ống, dây. Có tiến triển nhanh và kết quả điều trị kém.

**Mã ICD-O: 8200/3**



*Hình 1.8: Hình thái ống, các ống có tế bào cơ biểu mô bao quanh*

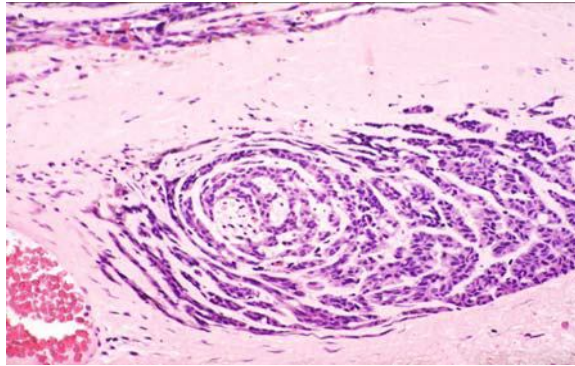


*Hình 1.9: Hình thái đặc, các tế bào có kích thước nhỏ, bào tương ít, các tế bào sắp xếp kiểu phen dậu.*

#### **1.2.1.4. Ung thư biểu mô tuyến độ thấp đa hình [126] [59] [153] [159] [160]**

Là u biểu bì ác tính đặc trưng bởi thuần nhất về tế bào học, đa dạng về mặt hình thái, có một hình thái phát triển, khả năng di căn xa thấp.

**Mã ICD-O: 8525/3.**

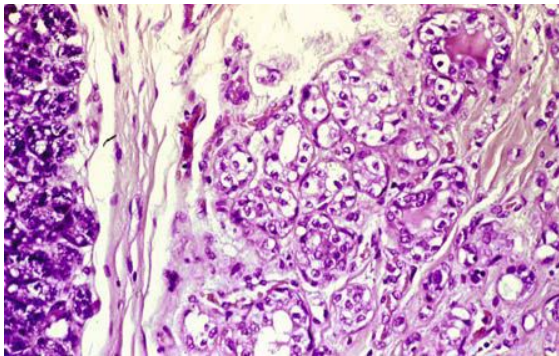


*Hình 1.10: UTBM tuyến độ thấp đa hình: hình ảnh tế bào u xâm nhiễm quanh thân kinh, thoái hóa, hyalin hóa. Các dây tế bào sắp xếp dạng xoắn tròn.*

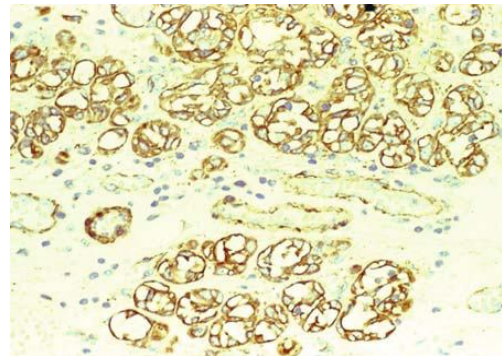
#### **1.2.1.5. Ung thư biểu mô cơ biểu bì- biểu bì [126] [59]**

Là u ác tính cấu tạo từ hai loại tế bào có tỷ lệ khác nhau hình thành nên cấu trúc giống biểu mô ống điểm hình. Hình thái học có hai lớp rõ ràng, lớp trong của ống được lát bởi các tế bào dạng biểu bì, lớp ngoài là các tế bào cơ biểu bì gọi là lớp sáng.

**Mã ICD-O: 8562/3.**



*Hình 1.11: Cấu trúc giống ống lớp kép, lớp trong là các tế bào biểu bì lát bên ngoài là các tế bào cơ biểu bì có bào tương sáng rộng.*



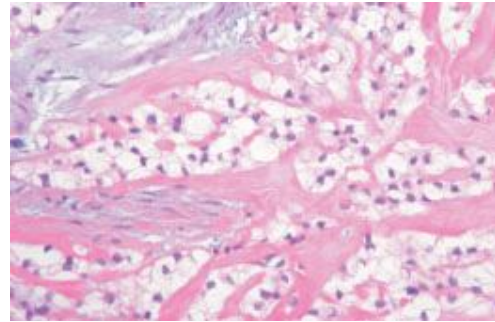
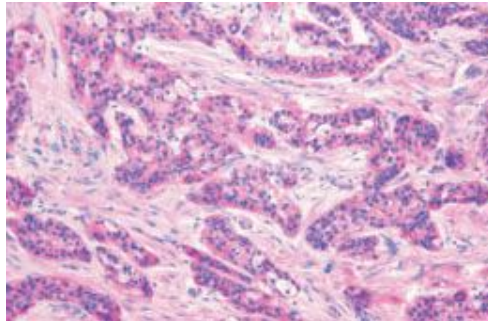
*Hình 1.12: Nhuộm hóa mô miễn dịch thấy rõ hình ảnh các sợi cơ trơn actin*



### ***1.2.1.6. Ung thư biểu mô tế bào sáng kính hóa [126] [59]***

UTBM tế bào sáng kính hóa là khối u biểu mô ác tính cấu tạo từ các tế bào đơn dạng có bào tương sáng khi nhuộm HE chuẩn. Trong cấu trúc chỉ có một loại tế bào, hoặc là tế bào biểu bì hoặc là tế bào cơ biểu bì (u cơ biểu bì ác tính tế bào sáng). Thường gặp tại các tuyến nước bọt phụ, độ ác tính thấp.

**Mã ICD-O: 8310/3.**



*Hình 1.13: Các tế bào u đứng thành bè, đám, ổ, nhuộm PAS dương tính do tế bào chất giàu glycogen.* *Hình 1.14: Các tế bào sáng đứng thành bè, đám, ổ bị phân cách bởi các dải đặc sợi collagen đã bị kính hóa.*

### ***1.2.1.7. Ung thư biểu mô tuyến tế bào đáy [126] [59]***

Là tít chứa chủ yếu tế bào biểu mô dạng đáy, về mặt tế bào học và mô bệnh học giống như u tuyến tế bào đáy nhưng có điểm khác là u xâm nhiễm cấu trúc lân cận và có khả năng di căn.

**Mã ICD-O: 8147/3.**

### ***1.2.1.8. UTBM dạng tuyến bã [126] [59]***

Là u ác tính cấu tạo từ các tế bào u dạng tuyến bã với các mức độ thuần thực khác nhau sắp xếp thành các đám, ổ với các mức độ đa hình thái khác nhau, nhân không điển hình và có đặc tính xâm nhập.

**Mã ICD-O: 8410/3.**

### ***1.2.1.9. Ung thư biểu mô tuyến lim - phô dạng bã [126] [59]***

Là u ác tính tương ứng với u tuyến lympho tuyến bã, phát sinh từ u tuyến lim phô thuộc tuyến bã.

**Mã ICD-O: 8410/3.**

**1.2.1.10. Ung thư biểu mô tuyến nang [126] [59]**

Là khối u ác tính hiếm gặp, đặc trưng bởi hình thái nang chiếm ưu thế.

**Mã ICD-O: 8440/3.**

**1.2.1.11. Ung thư biểu mô ống độ thấp [126] [59]**

Là tít hiếm gặp, UTBM quá sản giống hình ảnh quá sản biểu mô ống tuyến vú không điển hình dạng vi nhú và UTBM tại chỗ thể ống độ thấp.

**1.2.1.12. UTBM tuyến nang chế nhày [126] [59]**

UTBM tuyến nang chế nhày là tít hiếm gặp, mô học là hình ảnh các ổ tế bào u nằm bơi trong bề chất nhày ngoại bào.

**Mã ICD-O: 8480/3**

**1.2.1.13. UTBM tế bào hạt [126] [59]**

**Định nghĩa:** UTBM tế bào hạt là quá sản các tế bào ung thư dạng hạt và các cấu trúc dạng UTBM tuyến với hình ảnh xâm nhiễm. Tít này được coi là có liên quan đến u tế bào hạt tồn tại trước đó.

**Mã ICD-O: 8290/3.**

**1.2.1.14. UTBM ống tuyến [126] [59]**

Là ung thư biểu mô tuyến tiến triển, hình ảnh mô học rất giống UTBM thể ống tuyến vú độ cao. Có thể có một số tên gọi khác: UTBM ống ngoại tiết nước bọt thể dây, UTBM thể ống nước bọt độ cao.

**Mã ICD-O: 8500/3**

**1.2.1.15. UTBM tuyến không xếp loại (UTBM tuyến nói chung) [126] [59]**

Là tít UTBM ác tính của tuyến nước bọt có hình ảnh biệt hóa ống tuyến nhưng không có hình ảnh mô học đặc trưng thấy ở các tít khác được xếp vào nhóm này.

**Mã ICD-O: 8140/3.**

**1.2.1.16. UTBM tế bào cơ biểu mô [126] [59]**

Là các u ác tính tuyến nước bọt với ưu thế các tế bào biệt hóa cơ biểu bì được đặc trưng bởi hình ảnh xâm nhiễm và tiềm năng di căn xa. Đây là hình ảnh ác tính của tít u cơ biểu mô lành tính. Có 75% các trường hợp tít u này phát sinh từ tuyến mang tai.

**Mã ICD-O: 8982/3**

**1.2.1.17. UTBM kết hợp u tuyến đa hình [126] [59]**

Là khối u được định nghĩa như một khối u tuyến đa hình phát sinh ra u ác tính dạng biểu bì. Có thể gọi là ung thư biểu mô kết hợp u hỗn hợp lành tính, u hỗn hợp ác tính. Típ này chủ yếu gặp tại tuyến mang tai.

**Mã ICD-O:** 8941/3

**1.2.1.18. Ung thư liên kết dạng biểu mô [126] [59]**

Là khối u ác tính chứa cả thành phần biểu mô và thành phần liên kết. tên gọi khác: khối u hỗn hợp ác tính. Có tới 2/3 số ca mắc típ này phát sinh từ tuyến mang tai.

**Mã ICD-O:**8980/3.

**1.2.1.19. U tuyến đa hình di căn [126] [59]**

Là các u có đặc điểm mô học của một u tuyến đa hình nhưng lại có di căn tại chỗ hoặc di căn xa không thể lí giải được. Còn được gọi là u hỗn hợp lành tính di căn, u hỗn hợp ác tính. ICD-O code 8940/1.

**1.2.1.20. Ung thư biểu mô tế bào vảy [126] [59] [145]**

Là những ung thư biểu mô tế bào vảy đặc trưng mô học bằng sự xuất hiện cầu sừng và/ hoặc cầu nối gian bào. Thông thường việc đặt chẩn đoán UTBM vảy tuyến nước bọt cần hạn chế tại các tuyến nước bọt chính, trong khi tại các tuyến nước bọt phụ khó để phân biệt với các ung thư xuất phát từ niêm mạc miệng.

**Mã ICD-O:**8070/3

**1.2.1.21. Ung thư biểu mô tế bào nhỏ [115] [126] [59]**

Đây là một típ hiếm gặp tại tuyến nước bọt, u đặc trưng bởi sự tăng sinh của các tế bào ác tính kích thước nhỏ, bào tương hẹp, nhân mịn, hạt nhân khó nhận thấy. Còn có một số tên gọi khác như: UTBM không biệt hóa tế bào nhỏ, UTBM bất sản tế bào nhỏ, UTBM tế bào lúa mạch, UTBM thần kinh nội tiết. u thường gặp tại các tuyến mang tai và tuyến nước bọt trong niêm mạc miệng.

**Mã ICD-O:** 8041/3

### ***1.2.1.22. Ung thư biểu mô tế bào lớn [126] [59]***

Là tít hiếm gặp, có độ ác tính cao, tế bào đa hình, bào tương rộng, không có các đặc điểm đặc biệt của các tít đa nêu trên. Có tên gọi khác UTBM không biệt hóa tế bào lớn. U thường gặp tại các tuyến nước bọt chính, chủ yếu tại tuyến mang tai.

**Mã ICD-O: 8012/3**

### ***1.2.1.23. Ung thư biểu mô dạng lim phô biểu mô [126] [59]***

Là ung thư biểu mô không biệt hóa kèm theo có xâm nhập lim phô tương bào không phải u. các tên gọi khác: UTBM giống lim phô biểu mô, tổn thương lim phô biểu mô ác tính, UTBM không biệt hóa với mô đệm giàu lim phô, UTBM kèm tổn thương lim phô biểu mô. Có đến 80% u tít này phát sinh từ tuyến mang tai.

**Mã ICD-O: 8082/3**

### ***1.2.1.24. U nguyên bào nước bọt [126] [59]***

Còn có một số tên gọi khác: u tuyến tế bào đáy bẩm sinh, UTBM tuyến dạng đáy, UTBM tuyến tế bào đáy lai dạng tuyến nang tuyến tế bào đáy, u phôi thai. U thường phát sinh từ tuyến mang tai và tuyến dưới hàm.

**Mã ICD-O code 8974/1**

## **1.2.2. Các khối u lành tính tuyến nước bọt**

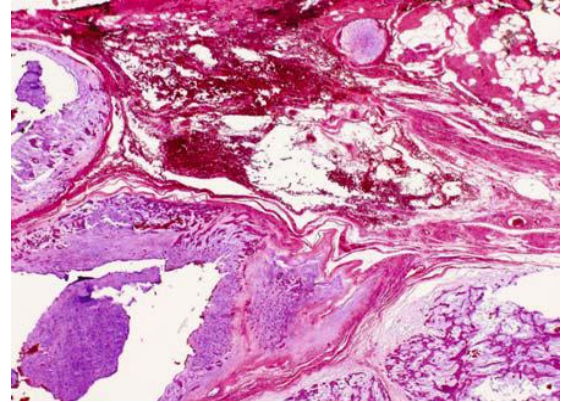
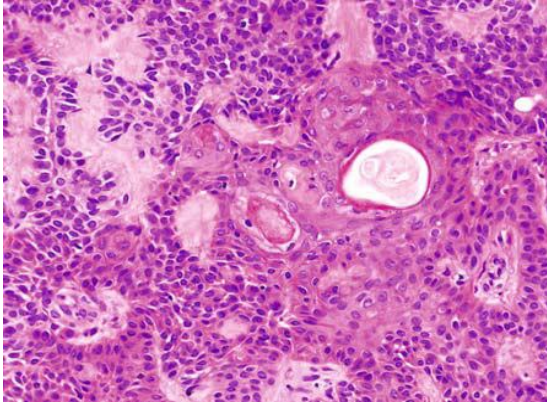
Các khối u lành tính [140] chiếm hơn 60% trong số các khối u tuyến nước bọt mang tai mà trong số đó u đa hình hay u hỗn hợp tuyến mang tai chiếm hơn 50%, u lympho tuyến nang chiếm 7%, các khối u lành tính khác thường hiếm gặp. Gồm:

### ***1.2.2.1. U tuyến đa hình [126] [59]***

Đặc trưng bởi sự đa hình tế bào, đa hình về mặt tổ chức các tế bào u thành các hình thái mô học khác nhau trên cả phương diện tế bào học và mô bệnh học. Mô học khác nhau giữa các vùng trong một khối u cũng như giữa các khối u. Hình ảnh mô học là hỗn hợp pha trộn hình ảnh các tế bào biểu mô

ống tuyến, biểu mô đáy, tế bào cơ biểu mô với lượng mô đệm thay đổi có hình ảnh kính hóa sụn cơ. Việc phân loại ra các thưтип mô học của u này dựa trên tỷ lệ thành phần tế bào chiếm ưu thế và mô đệm. Để thực hiện việc này rất khó khăn và trên thực tế nó không có ý nghĩa tiên lượng.

**Mã ICD-O: 8940/0**



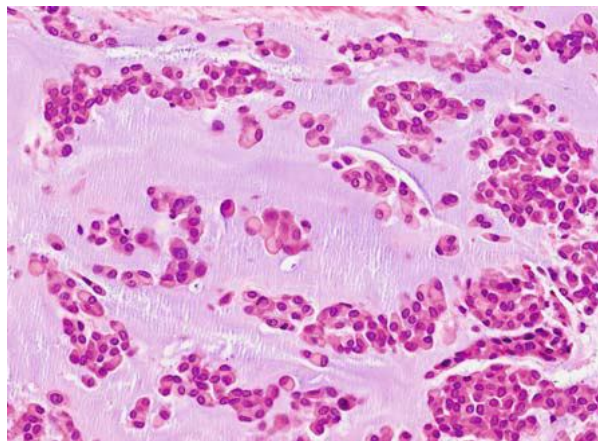
*Hình 1.15: U tuyến đa hình có hình ảnh dị sản vảy thành ổ và vùng kính hóa*

*Hình 1.16: U tuyến đa hình tái phát*

#### **1.2.2.2. U tế bào cơ biểu mô lành tính [126] [59]**

Là u lành tính hay gặp tuyến nước bọt, được mô tả lần đầu tiên năm 1943 [159]. Nó được định nghĩa là những u lành tính tuyến nước bọt chứa toàn bộ hay gần toàn bộ các tế bào cơ biểu mô.

**Mã ICD-O: 8982/0**



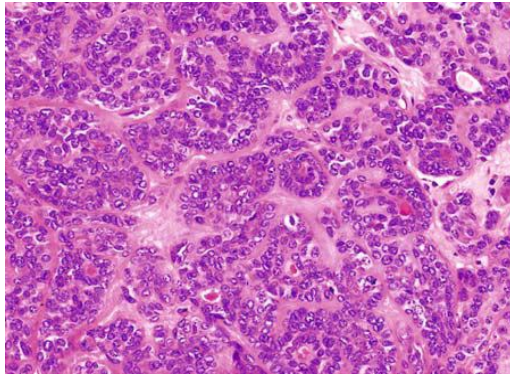
*Hình 1.17: Hình ảnh u tế bào cơ biểu mô lành tính*



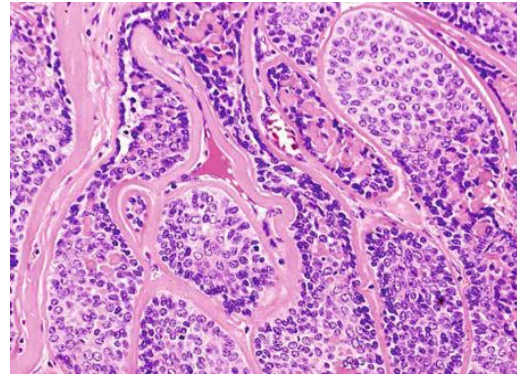
### 1.2.2.3. U tuyến tế bào đáy [126] [59]

**Mã ICD-O: 8147/0**

Trước đây hay gọi chung là u tuyến đa hình, ngay nay được đặt tên mới là u tuyến tế bào đáy. WHO đã chia nhỏ típ này thành 4 thư típ gồm: đặc, bè, ống, dạng màng. Trên thực tế người ta chỉ chia 2 nhóm: nhóm màng và không màng.



Hình 1.18: Biến thể không màng



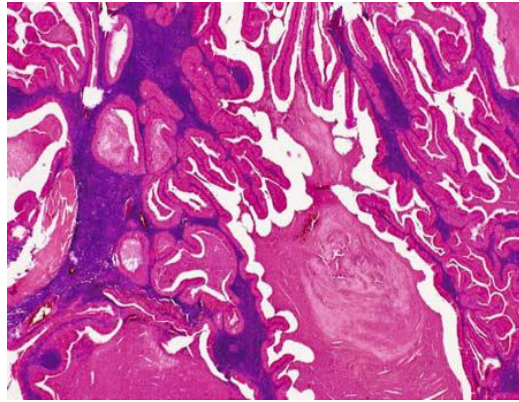
Hình 1.19: Biến thể màng

### 1.2.2.4. U Warthin [126] [59]

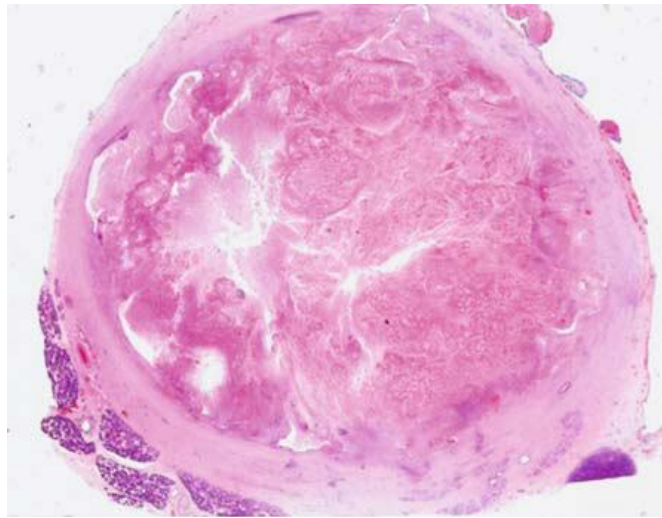
U típ này còn được gọi là u tuyến lim phô, là típ u hay gặp thứ 2 trong u tuyến nước bọt mang tai và nó là típ u đầu tiên được chẩn đoán vi thể.

U thường phát sinh từ vùng đuôi tuyến, đôi khi từ các hạch quanh tuyến. Khối u thường có hình trứng, có khoang trống với nhiều nhú gấp nếp lát mặt trong hai lớp tế bào biểu mô hạt, các tế bào lớp trong có hình trụ với nhân ở cực đáy, sâu là các tế bào khối hoặc tế bào dẹt.

**Mã ICD-O: 8561/0**



*Hình 1.20: U warthin có hình ảnh các khoang trống gấp nếp được lót bởi các tế bào hạt. Mô lim phô có mặt ở hầu hết các nhú.*

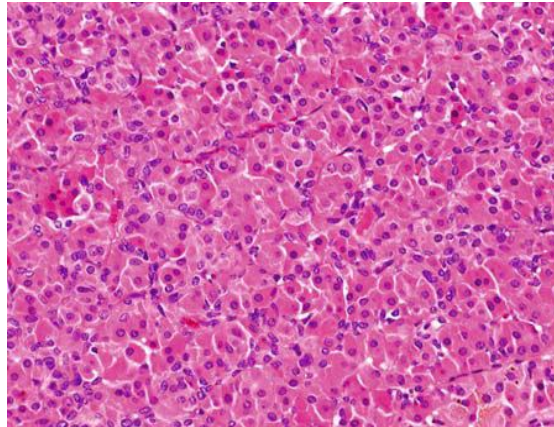


*Hình 1.21: U warthin có hình ảnh dị sản, hoại tử lan rộng.*

#### **1.2.2.5. U tế bào hạt [126] [59]**

Sự biến đổi hạt trong các u tuyến nước bọt rất thường gặp. U tế bào hạt là u lành tính của các tế bào hạt. Khối u thường có ranh giới rõ. Mô học có thể có các cấu trúc mô học gồm: biên thể đặc, bè, ống.

**Mã ICD-O: 8290/0**

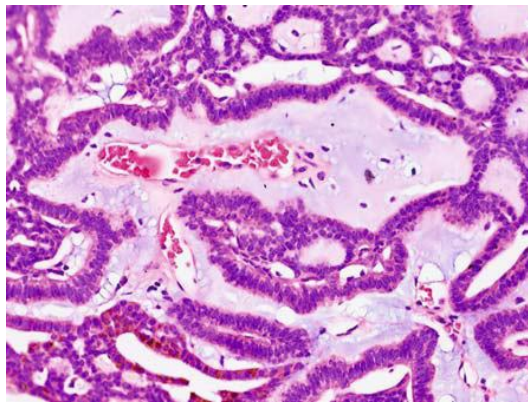


*Hình 1.22: U tế bào hạt màu sáng tối nằm trong các biến thể đặc, bè, ống.*

#### **1.2.2.6. U tuyến ống dẫn [126] [59]**

U tuyến ống dẫn cũng có đặc điểm giống dạng đáy. U thường có kích thước nhỏ, ít khi quá 2cm đường kính. U gồm các tế bào biểu mô nội ống tuyến sắp xếp dạng lớp kép nhuộm màu đậm nằm trong mô đệm phù, nghèo mạch máu. Hoạt động gián phân và tính đa hình rất thấp. Không có hình ảnh xâm lấn và phá hủy các cấu trúc mạch máu và phần mềm lân cận giúp ta phân biệt với ung thư.

**Mã ICD-O: 8149/0**



*Hình 1.23: U tuyến ống dẫn của tuyến nước bọt mô trên, hình ảnh lớp biểu mô u là lớp kép gồm 2 lớp tế bào biểu mô lót thành ống nằm trong mô đệm phù và ít mạch máu.*



**1.2.2.7. U tuyến bã [126] [59]**

Đây là tít u hiếm gặp. U có vỏ bọc. Có thể gặp các biến thể đặc, dạng đảo, dạng nang, cả hai biến thể phối hợp với hình ảnh ổ biệt hóa bã cùng với các vùng biểu mô vảy. Bọc quanh các cấu trúc biểu mô là xơ, chất đệm kính hóa.

**Mã ICD-O: 8410/0.**

**1.2.2.8. U tuyến limpho chế tiết bã và không chế tiết bã [126] [59]**

Tít này hiếm gặp, u thường phát sinh quanh tuyến mang tai, kích thước 1,5-6 cm. U có vỏ bọc, bờ u rõ ràng, kích thước thay đổi, thường kèm theo các ổ tuyến chế tiết chất bã thuần thực trộn lẫn trong một mô đệm chứa các ống dẫn với kích thước khác nhau có xâm nhập nhiều limpho bào và các nang dạng limpho. Đôi khi trong hình ảnh có sự pha trộn hình ảnh của u warthin, u tuyến tế bào đáy dạng màng. Phản ứng mô bào, tế bào khổng lồ thể ngoại lai là các đặc điểm giúp phân biệt u tít này với u tế bào cơ biểu mô.

**Mã ICD-O: 8410/0.**

**1.2.2.9. U nhú thuộc ống tuyến [126] [59]**

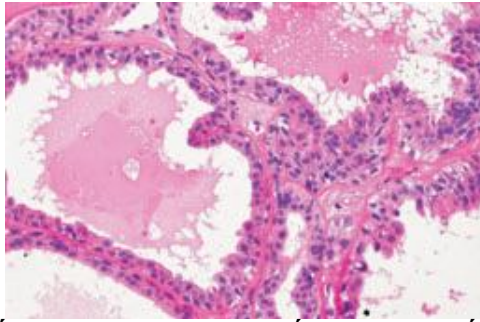
Có 3 thứ tít u nhú đảo ngược, u nhú nội ống và u tuyến ống bài xuất dạng nhú (giống u tuyến nang của tuyến mồ hôi thuộc da). Các u nhú nội ống thường có lõi là cấu trúc xơ mạch cùng với tế bào cơ biểu mô, tế bào biểu mô ống tuyến làm giãn lòng ống.

**Mã ICD-O: 8503/0.**

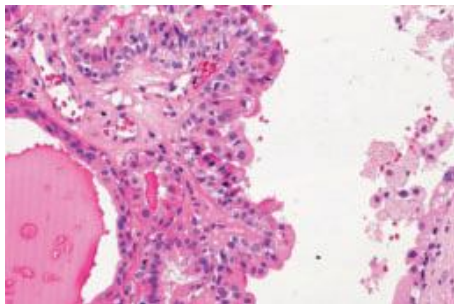
**1.2.2.10. U tuyến nang [126] [59]**

Về mặt mô bệnh học u tít này được chia thành 2 thứ tít: u tuyến nang dạng nhú và u tuyến nang nhày. Cả hai thứ tít đều là các u hiếm gặp, lành tính được đặc trưng bởi các hình ảnh mô học dạng nang duy nhất hoặc đa nang. Hầu hết các u là dạng đa nang với các khoảng trống dạng nang được ngăn cách nhau bởi một lượng nhỏ chất nền xen giữa chúng.

**Mã ICD-O: 8440/0.**



*Hình 1.24: U tuyến nang, hình ảnh chất ưa eosin lắng đọng vách nang*

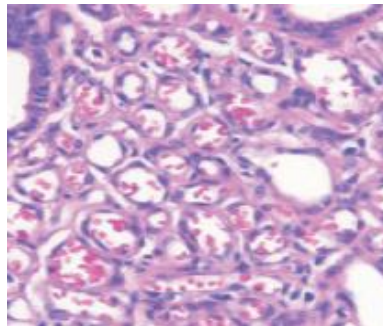


*Hình 1.25: U tuyến nang, hình ảnh các tế bào bọt và tế bào viêm*

#### **1.2.2.11. U mạch máu [126] [59]**

U đặc trưng bởi sự tăng sinh lành tính các tế bào nội mạc mạch máu và các tế bào chu mạch.

**Mã ICD-O: 9120/0**



*Hình 1.26: U máu mạch hóa mạnh*

#### ***1.2.2.12. U lym- phô Hodgkin [126] [59]***

Rất hiếm gặp u loại này tại tuyến nước bọt. Chỉ chiếm 4% tổng số các u tuyến nước bọt. Chủ yếu gặp hai thứ típ là u lympho Hodgkin điển hình và u lympho bào dạng nốt. Đặc điểm vi thể giống u lympho Hodgkin tại hạch và cơ quan khác.

#### ***1.2.2.13. U lympho không Hodgkin [126] [59]***

Là típ không hay gặp, chỉ chiếm 5% tổng số u lympho không Hodgkin ngoài hạch và 2% của tổng số u tuyến nước bọt. Thường gặp u típ này tại tuyến mang tai (75%), tuyến dưới hàm (20%). Hầu hết là u tế bào limphoB, dạng nang là chính- chiếm hơn ½ số ca. cũng có thể gặp u phát sinh từ mô limpho nội tuyến- các hạch limpho trong tuyến xâm lấn ra vùng limphoB ngoại vi và nhu mô tuyến.

#### ***1.2.2.14. U thứ phát [126] [59]***

Là u di căn đến tuyến nước bọt có nguồn gốc từ vị trí xa, chiếm khoảng 5% tổng số u tuyến nước bọt, trong đó chủ yếu gặp tại tuyến mang tai. Thường u di căn gợi lại cấu trúc mô học và tế bào học của u nguyên phát.

### **1.3. GIẢI PHẪU HÌNH ẢNH CÁC U TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI**

Mục tiêu của chẩn đoán hình ảnh đó là chỉ ra các đặc điểm khối u để góp phần chỉ định điều trị và có kế hoạch điều trị tốt nhất cho bệnh nhân.

#### **1.3.1. Chụp X quang thường quy và chụp ống tuyến có bơm thuốc cản quang [23]**

Hiện nay hầu như phương pháp này không còn được dùng trong chẩn đoán các khối u tuyến mang tai vì giá trị thấp. Có thể thấy hình ảnh vôi hóa trong u, hình ảnh hủy xương khi u xâm lấn phá hủy cấu trúc xương lân cận. Chụp ống tuyến có bơm thuốc cản quang có thể phân biệt bệnh lí ống tuyến.



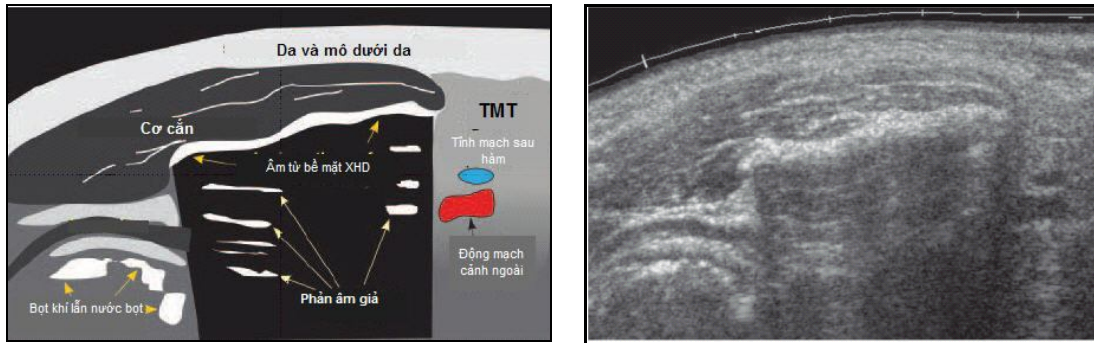
*Hình 1.27: Hình ảnh hệ thống ống tuyến*

### **1.3.2. Siêu âm chẩn đoán một số u tuyến mang tai [5]**

Là một kỹ thuật không xâm lấn do đó bệnh nhân không bị ảnh hưởng bởi tia. Tuy vậy, đánh giá độ nông sâu của tổn thương có hạn chế, nhất là khi không thấy tĩnh mạch sau hàm dưới và động mạch cảnh ngoài. Không khảo sát được thùy sâu do bị che lấp bởi cảnh lên xương hàm [42],[44],[74],[137].

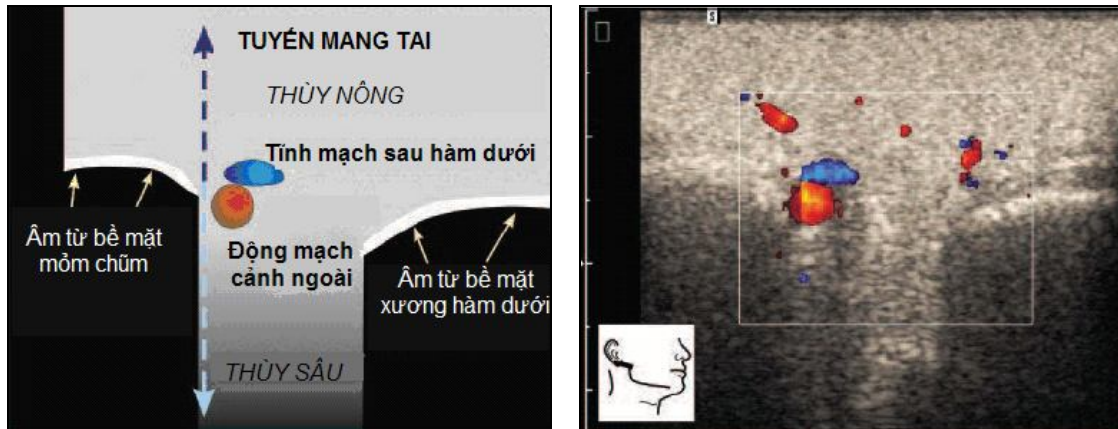
#### ***1.3.2.1. Hình ảnh siêu âm tuyến mang tai bình thường***

Vùng tuyến mang tai được xác định từ ống tai ngoài ở phía trên đến góc xương hàm dưới ở dưới. Phần lớn vùng này nằm sau ngoài vùng vòm họng. Thân sau của cơ nhị thân là mốc phân chia giữa vùng cảnh và vùng mang tai. Nó là mốc rất quan trọng trong khám để biết một khối thuộc vùng mang tai hay vùng cảnh.



Hình 1.28. Hình ảnh toàn cảnh của siêu âm TMT bình thường  
(RadioGraphics, Volume 26, pp.746) [42].

Các nội dung trong vùng mang tai gồm: tuyến mang tai, dây thần kinh mặt VII, động mạch cảnh ngoài, tĩnh mạch sau hàm dưới, các hạch bạch huyết. Dây thần kinh mặt tạo nên mặt phẳng ảo chia tuyến thành 2 phần nông và sâu. Bình diện mạch nằm nông nhưng chúng lại là mốc quan trọng Tĩnh để tìm dây thần kinh mặt, tĩnh mạch sau hàm dưới được coi như một mốc để nhận biết ranh giới giữa thùy nông và thùy sâu tuyến mang tai. Ống bài xuất chính của tuyến mang tai là đường tăng âm nằm tại thùy nông. Cơ cắn nằm ở sâu của bình diện nông của tuyến, các thùy tuyến được xác định rõ tại mức này. Ống tuyến mang tai nằm mức 1 đốt ngón tay ngay dưới cung gò má. Cơ mút mỏng chạy phía trước trong so với cơ cắn, bảo bệnh nhân chồm miệng thoải sáo có thể quan sát thấy dễ dàng hơn. Vùng má nằm bên ngoài cơ mút, chứa các thành phần gồm: dây thần kinh VII, động mạch, tĩnh mạch, ống dẫn tuyến mang tai. Siêu âm không phải lúc nào cũng xác định được chính xác thần kinh mặt, tuy nhiên với những thế hệ máy mới nhất thì khả năng xác định này tốt hơn. MRI có thể xác định chắc chắn được thân chính của dây VII nhưng không chắc chắn đối với hệ thống ống tuyến nhỏ.



Hình 1.29. Ảnh siêu âm cắt ngang TMT phải và sơ đồ tương ứng (thấy ranh giới giữa thùy nông và thùy sâu của tuyến. Vị trí đầu dò siêu âm ở góc). (RadioGraphics, Volume 26, pp.748) [42].

Chạy qua tuyến mang tai còn có 2 mạch máu là động mạch cảnh ngoài và tĩnh mạch sau hàm dưới. Cả 3 thành phần tính từ nông vào sâu gồm thần kinh mặt, tĩnh mạch sau hàm dưới và động mạch cảnh ngoài chúng chạy song song. Chính bình diện mạch giúp siêu âm nhận định thùy nông sâu của tuyến, bình diện mạch máu chạy từ trên sau ra cực dưới ngoài.

Vùng mang tai chứa rất nhiều hạch gồm cả hạch trong tuyến và hạch ngoài tuyến. Hạch vùng này nhận bạch huyết vùng da đầu mặt, một phần bạch huyết vùng sâu mặt, ống tai ngoài. Các hạch nội tuyến chủ yếu nằm tại thùy nông tuyến. Trên siêu âm, các hạch là ổ hình tròn hay hình bầu dục giảm âm. Hạch bình thường có đường kính < 0,5cm, bờ đều.

### 1.3.2.2. Hình ảnh siêu âm bệnh lý

#### *Hình ảnh siêu âm của các khối u thường gặp*

- **U tuyến đa hình:**

Hình ảnh giảm âm nhiều thùy múi, giới hạn rõ với tăng âm phía sau và có thể chứa vôi hóa. Đặc điểm hình dạng nhiều thùy múi được nhấn mạnh trong chẩn đoán phân biệt.

- **U tuyến lympho (u Warthin)**

Trên siêu âm, các khối u Warthin hình bầu dục, ranh giới rõ, giảm âm và thường có nhiều vùng trống âm. Các khối u Warthin thường tăng phân bố mạch nhưng cũng có thể chỉ chứa các đoạn mạch ngắn.

Hình thù múi đối với u tuyến đa hình và các vùng trống âm trong các khối u Warthin, mặc dù hay gặp nhưng không đặc trưng và có thể gặp ở nhiều tổn thương khác, kể cả các khối u ác tính.

- **Các khối u lành tính khác:**

Các khối u lành tính khác (như u tuyến tế bào ưa axit, u tuyến tế bào đáy) ít xảy ra. Sự phân biệt chúng bằng siêu âm là khó. Các tổn thương không thuộc biểu mô, u máu, u mỡ, và u thần kinh (neurinoma) hay u vỏ bao thần kinh (schwannomas) có thể gặp thấy ở tuyến.

- **Các khối u ác tính**

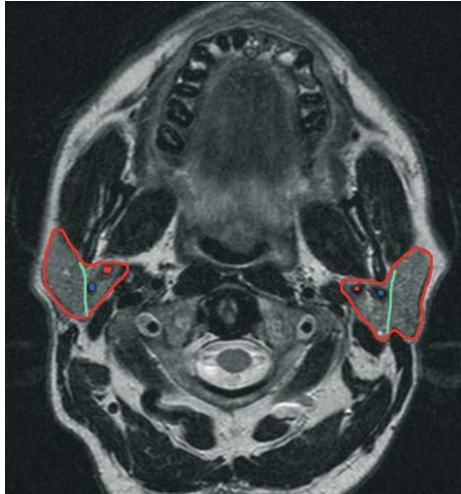
Các đặc điểm của u ác tính tuyến nước bọt: hình dạng ranh giới không đều, bờ không rõ, cấu trúc giảm âm không đồng nhất. Tuy nhiên, các khối u ác tính cũng có thể đồng nhất và ranh giới rõ. Cấu trúc bên trong của khối u ác tính trên siêu âm không những ở dạng đặc, mà có thể là nang, hoặc nang với nốt đặc ở thành. Các khối u ác tính có thể chia thùy múi, tương tự hình dạng của u tuyến đa hình.

***Siêu âm Doppler (Color Doppler sonography).***

Ngoài tác dụng như siêu âm thường quy, nhờ vào khả năng đánh giá tốc độ dòng chảy, chỉ số lực cản, chỉ số mạch đập của hệ thống mạch máu [45],[109],[135].

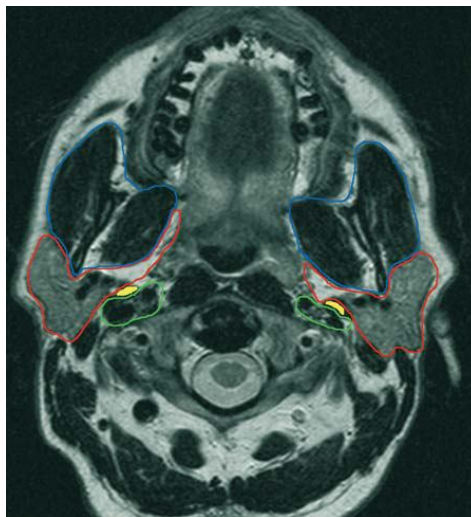
### 1.3.3. CHT [8], [17], [79], [90], [118]

#### 1.3.3.1. Giải phẫu hình ảnh MRI tuyến mang tai



Hình 1.30: Giải phẫu TNBMT trên bình diện Axial CHT

Hình ảnh khoang mang tai trên phim chụp MRI là vùng khoanh màu đỏ chứa tuyến mang tai, tĩnh mạch sau hàm dưới - màu xanh, động mạch cảnh ngoài - vòng tròn đỏ, các hạch trong tuyến và ngoài tuyến. Thần kinh VII một cách gián tiếp đó là đường xanh dương chia tuyến nước bọt thành hai phần thùy nông và thùy sâu.



Hình 1.31: Giải phẫu TNBMT trên bình diện Axial CHT



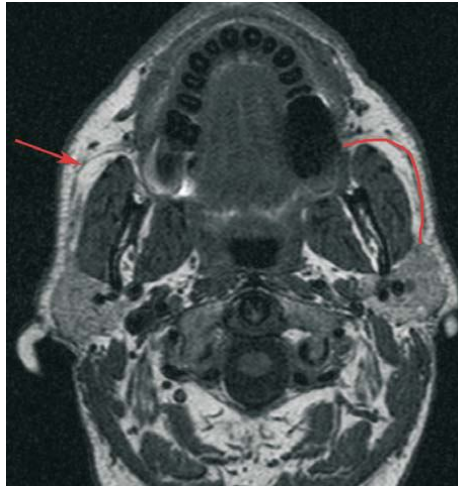
Khoang trong và khoang ngoài vùng mang tai, khoang này nằm phần trước của khoang cạnh họng (phần trước châm). Không có một ranh giới giải phẫu thực sự rõ ràng phân chia 2 phần này. Phần trong của thùy sâu tuyến mang tai nằm trong phần trước châm. Phần sau châm của khoang cạnh họng, còn được gọi là khoang cảnh (phần kẻ màu xanh), mốc chia khoang cạnh họng trước là mỏm châm (phần màu vàng). Vùng đánh dấu màu xanh chính là khoang cắn. Khoang trước châm chứa mô mỡ, các thành phần tuyến nước bọt, nhánh trước châm của dây hàm dưới. Phía trước khoang mang tai là khoang cắn hay còn gọi là hố dưới thái dương chứa: các cơ chân bướm. Phía sau của khoang cạnh họng trước châm là khoang cảnh hay còn gọi là khoang cạnh họng sau châm, có một mốc giải phẫu phân chia giữa hai phần (khoang cắn, khoang cảnh và khoang cạnh họng trước). Các khối u lành tính luôn tôn trọng các cấu trúc giải phẫu này trong khi các tổn thương ác tính luôn có thể phá hủy chúng.

### ***1.3.3.2. Các hình ảnh bệnh lý u***

Trước một bệnh nhân có khối u vùng mang tai cần chẩn đoán hình ảnh, các thông tin sau đây cần được làm rõ:

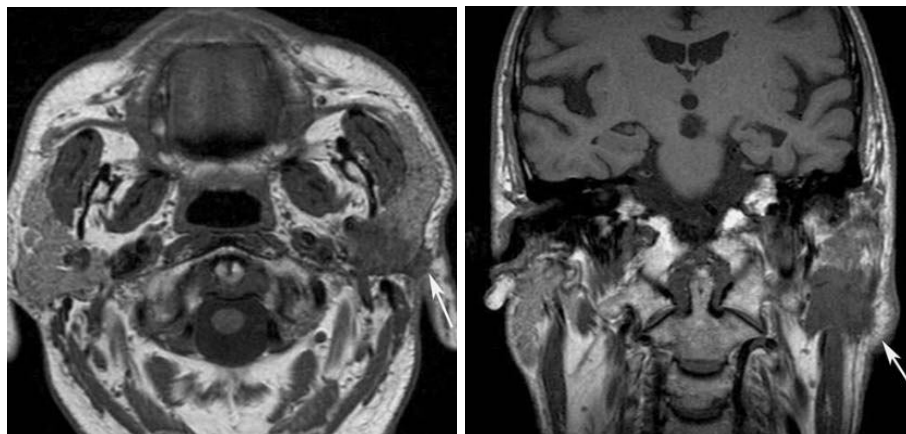
Khối đó nằm trong phạm vi vùng mang tai hay nằm ngoài?, kích thước khối đó là bao nhiêu?, khối đó phát hiện được một cách dễ dàng hay là nằm ở thùy sâu, khối đó nằm ở vùng trước châm cạnh họng cũng cần được xem xét đến, có một khối hay nhiều khối. Khối u một bên hay hai bên, khối u đó có các đặc điểm lành hay ác tính: u có lan tràn theo các nhánh dây VII hay dây tam thoa hay không, khối u chỉ khu trú ở thùy nông tuyến hay ở phần sâu tuyến?.

Có xâm nhiễm thần kinh mặt hay không?, có thể gợi ý xác định tip mô học của các u lành tính hay không?.

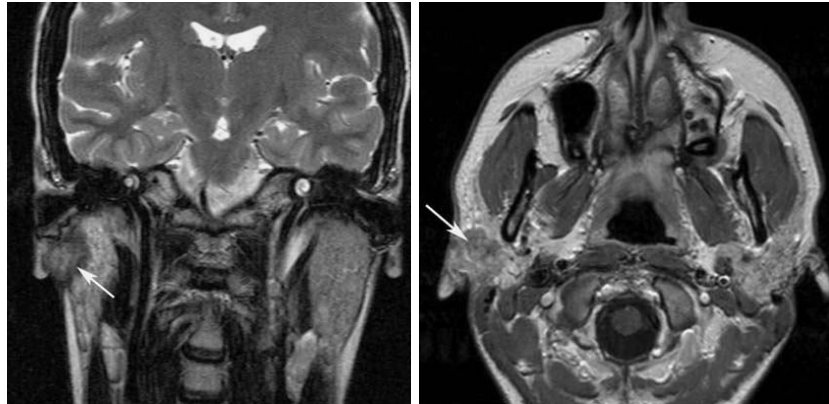


*Hình 1.32: Hình ảnh ống Stenon*

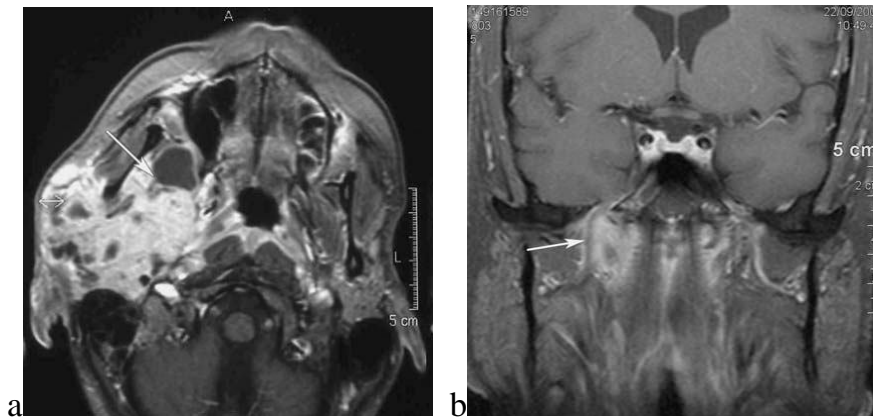
Các u ác tính tuyến mang tai [38], [128]: bờ nham nhở, khối xâm lấn mô tuyến xung quanh, mô mỡ, các cấu trúc lân cận, xem tổn thương rõ nhất trên phim T1 trước tiêm thuốc đối quang từ. Tình trạng di căn hạch cổ, tình trạng xâm nhiễm u vào các cấu trúc khoang sâu của mặt như cơ cắn, khoang cạnh họng, xâm nhiễm quanh thần kinh dọc theo dây VII, dây tam thoa, đánh giá này rõ hơn ở pha sau tiêm thuốc đối quang từ. Giảm tín hiệu T2 có giá trị chỉ điểm ác tính, nhưng cũng có thể lành tính.



*Hình 1.33: Ung thư tuyến mang tai trái, mép khối u nham nhở, xâm nhiễm mô mỡ dưới da. UTBM tuyến.*



Hình 1.34: Ung thư tuyến mang tai phải, mép khối u nhám nhờ, xâm nhiễm mô mỡ dưới da, (a) giảm tín hiệu T1, (b) giảm tín hiệu T2, (c) tăng nhẹ tín hiệu T1 sau tiêm thuốc đối quang từ. UTBM tế bào cơ biểu bì.



Hình 1.35: a. Ung thư tuyến mang tai phải, xâm lấn khoang cạnh họng và hố thái dương dưới. b- UTBM dạng tuyến nang tuyến mang tai phải, thùy sâu xâm nhiễm dọc theo dây hàm dưới đi lên lỗ bầu.

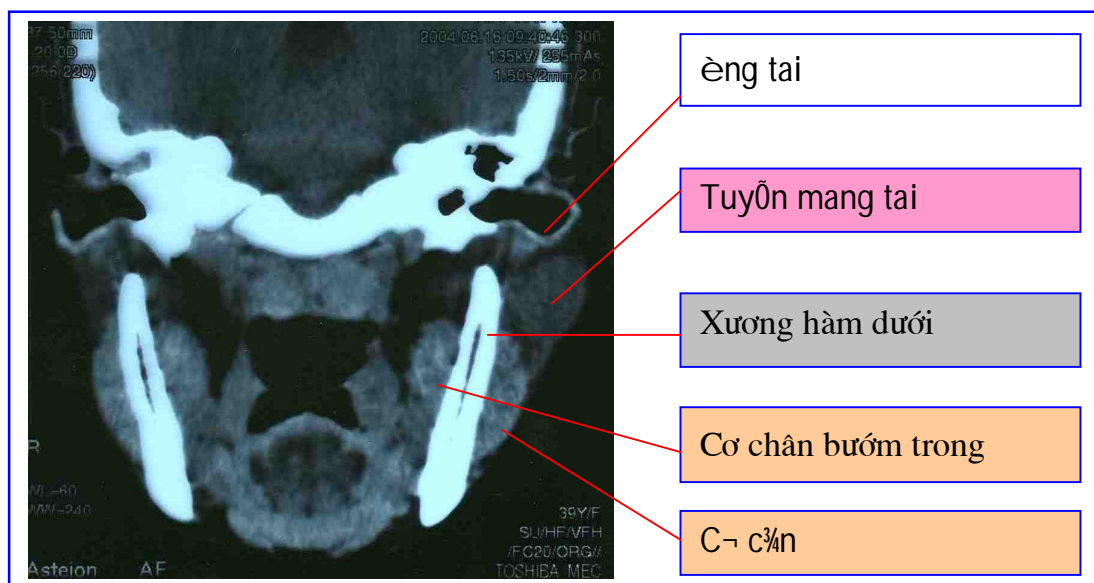
U limpho không Hodgkin: thường có hình ảnh đặc hiệu, u thường đa ổ, T1 tăng tín hiệu vừa, T2 tăng tín hiệu vừa, T1 tăng tín hiệu vừa sau tiêm thuốc đối quang từ. Hạch cổ cũng có hình ảnh MRI như tổn thương tại tuyến.

### 1.3.4. Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) chẩn đoán u tuyến mang tai

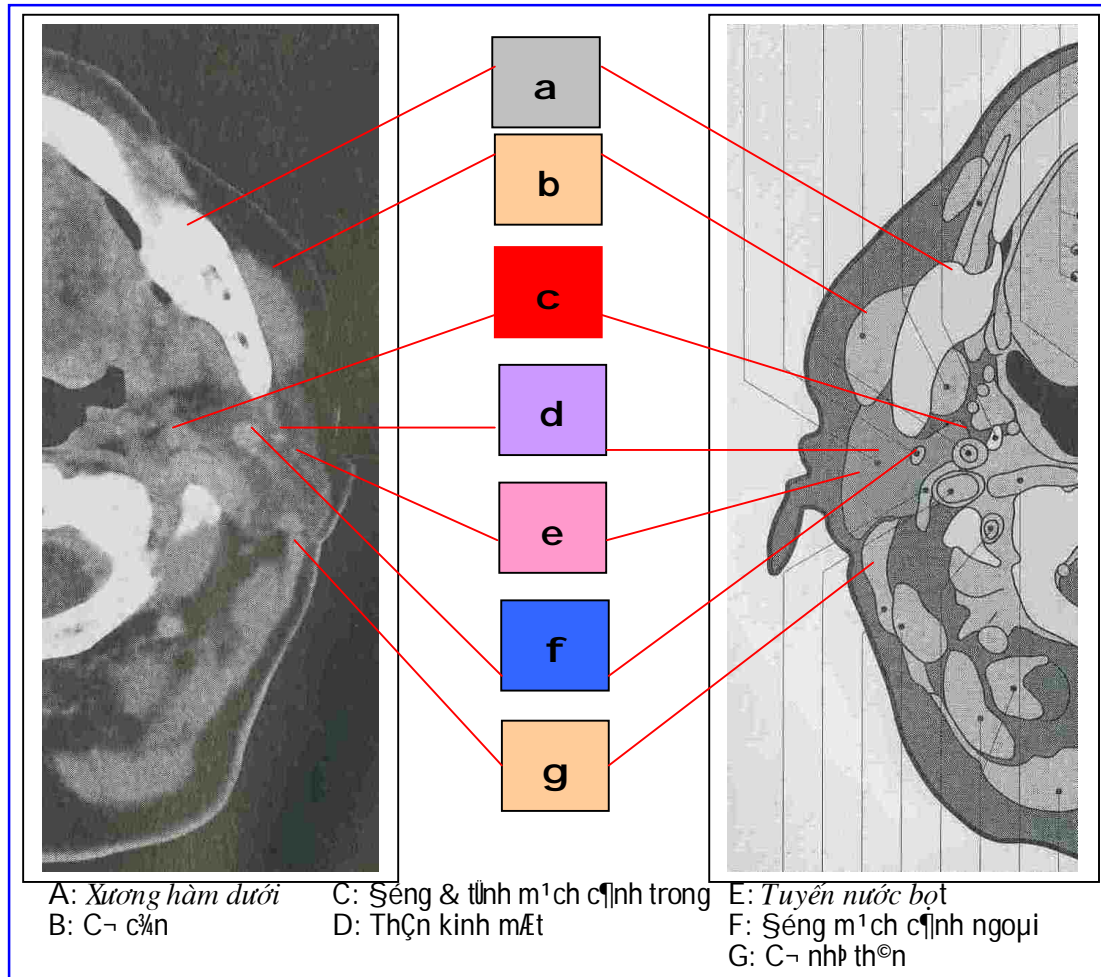
#### 1.4.4.1. Giỏi PHÉU CLVT vì ng tuyến mang tai [50]

Đặc điểm giải phẫu CLVT vùng tuyến mang tai được mô tả dựa trên hai bình diện Axial (lát cắt vuông góc với trục cơ thể) và Coronal (lát cắt song song với mặt phẳng trán).

Tuyến mang tai là tuyến nước bọt lớn nhất, có tỷ trọng mô mỡ được bọc trong vỏ bao tỷ trọng đặc, trên hình ảnh CLVT tuyến mang tai có tỷ trọng từ - 25 đến -10HU so với mô cơ xung quanh có tỷ trọng 35-60HU, tuy nhiên tỷ trọng tuyến cao hơn mô cơ xung quanh cũng như hố thái dương và khoang hầu bên (có tỷ trọng - 125HU đến -50HU). Ống tuyến thường không quan sát được trên phim chụp không tiêm thuốc cản quang. Tuyến được chia không rõ ràng thành 2 phần trong và ngoài bởi thần kinh mặt. Các nhánh dây mặt đi vào tuyến từ phía sau từ khi thoát khỏi nền sọ tại lỗ châm chũm, sau đó nó chạy ra phía ngoài mỏm chũm để đi ra trước qua mặt tuyến đến động mạch cảnh ngoài và tĩnh mạch sau hàm dưới. Chụp CLVT xác định được mỏm châm và tĩnh mạch sau hàm dưới nhưng thần kinh mặt không thể nhìn thấy được khi đi qua tuyến. Phần trong tuyến chạy phía sau xương hàm dưới và nằm trọn trong khoang sau hàm dưới. Phía trong hơn nó tiếp giáp với cơ chân bướm ở phía trước và khoang hầu bên ở phía ngoài. Phần sâu của tuyến ngăn cách phía sau có các bó mạch thần kinh lớn bởi các dây chằng châm hầu. Tuyến mang tai có 2 nhóm hạch bạch huyết: một nhóm nằm theo bình diện nông tuyến gọi là nhóm nông, nhóm hai là các hạch nằm rải rác trong tuyến gọi là nhóm hạch sâu.



Hình 1.36: Giải phẫu CLVT trên bình diện Coronal



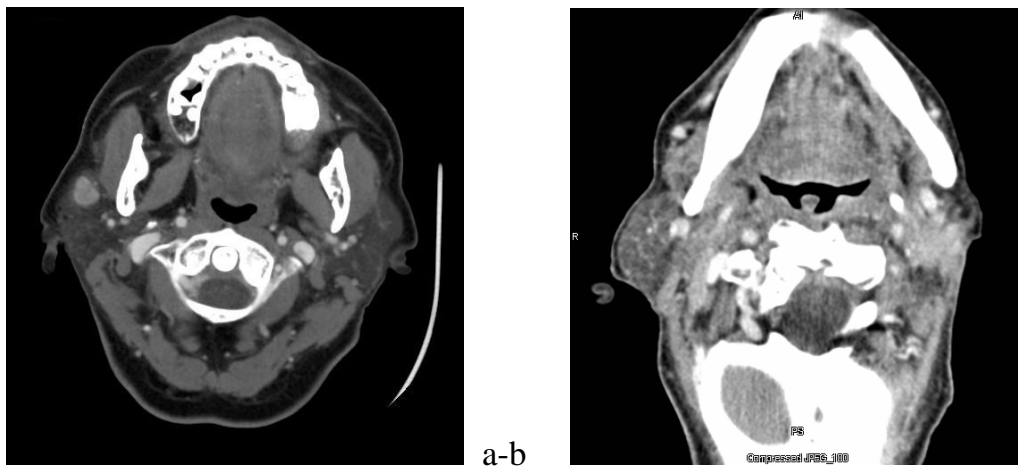
Hình 1.37: Giải phẫu CLVT trên bình diện Axial

#### 1.3.4.2. Các hình ảnh bệnh lý u

CLVT có thể cung cấp thông tin tốt cho chẩn đoán về các nốt vôi hóa, viêm giãn ống tuyến, sỏi ống tuyến, chẩn đoán tốt các tổn thương dạng nang hơn cả MRI. Mặc dù vậy, trong đánh giá các xâm nhiễm phần mềm đặc biệt xâm lấn của u dọc theo các nhánh thần kinh sẽ không thể thực hiện được. Mặt khác, CT không thể quan sát thấy các ống dẫn của tuyến trừ khi chúng giãn to. Nhưng CT đánh giá xâm lấn xương hàm, nền sọ đặc biệt tốt.

Các dấu hiệu bệnh lý nghi ngờ ác tính trên CLVT:

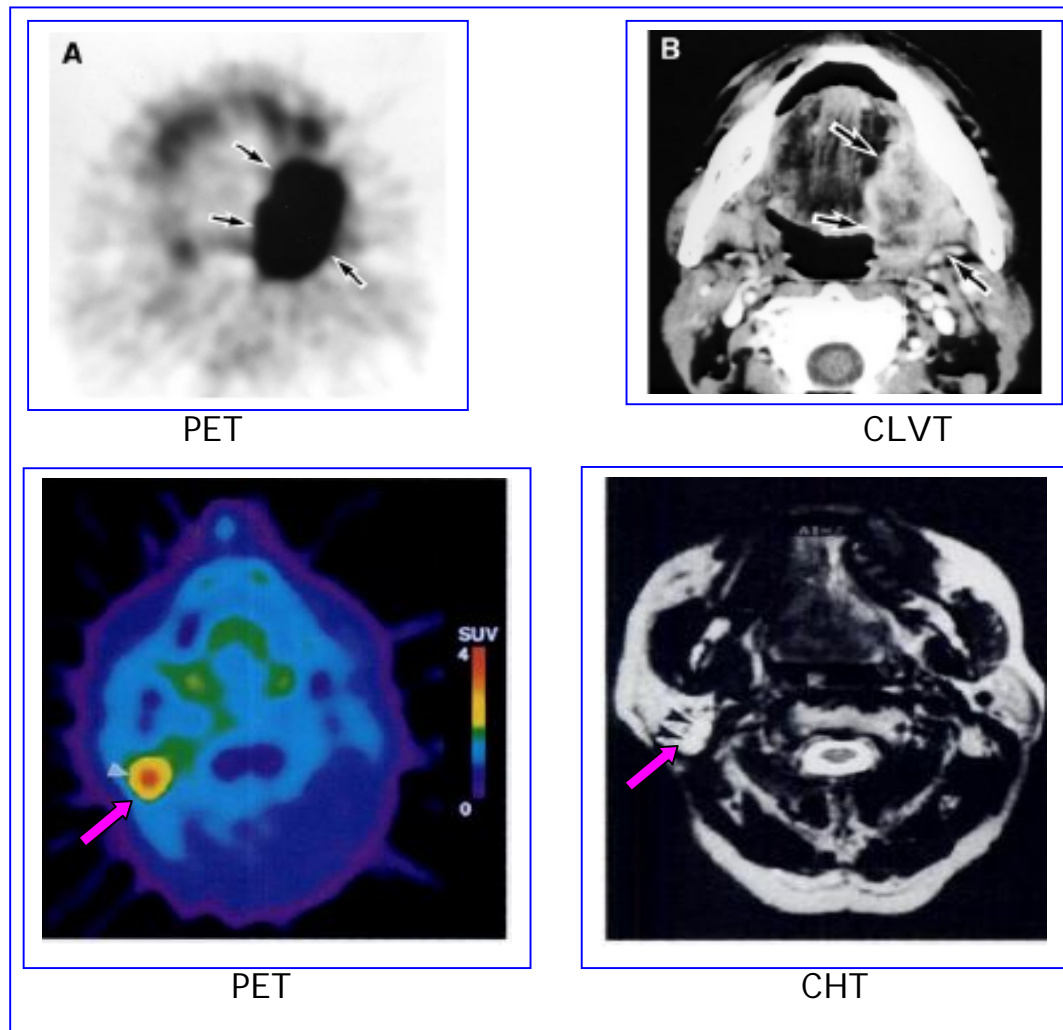
- Hoại tử trung tâm
- Khối có bờ không đều, không có vỏ bọc
- Khối có hình ảnh xâm lấn xương, cơ, mạch máu, thần kinh, tổ chức dưới da
- Tỷ trọng tăng không đồng đều



*Hình 1.38: Hình ảnh A- ung thư tuyến mang tai phải thùy nông, ngấm thuốc mạnh sau tiêm. B- ung thư tuyến mang tai trái kết hợp u tuyến đa hình sau phẫu thuật cắt u*

### **1.3.5. PET/CT, PET/MRI trong chẩn đoán u tuyến mang tai**

Việc PET/CT ngày càng được ứng dụng rộng rãi trong lâm sàng ung bướu làm cho việc chẩn đoán ung thư tuyến mang tai cũng có những cải thiện nhất định, ý nghĩa của PET/CT chủ yếu trong đánh giá giai đoạn lâm sàng khối u gồm: u nguyên phát, tình trạng di căn hạch cổ, di căn xa qua quét toàn thân. Đặc biệt khi sử dụng PET/MRI có giá trị rất cao vì nó cho phép ta đánh giá khối u cả về giải phẫu (MRI) và chuyển hóa (PET).



*Hình 1.39: PET phối hợp với CLVT, CHT*

#### **1.4. CÁC PHƯƠNG PHÁP CHẨN ĐOÁN U TNBMT TRƯỚC MỔ**

Chẩn đoán xác định dựa vào mô bệnh học, chẩn đoán giai đoạn dựa chủ yếu vào CLVT, CHT.

##### **1.4.1. Lâm sàng**

Triệu chứng khối u TNBMT mờ nhạt, khi được chẩn đoán thì phần lớn các trường hợp khối u đã lớn, mức độ tổn thương rộng. Một số trường hợp lâm sàng cho phép nghĩ tới bản chất lành tính, ác tính khối u.



### 1.4.2. Chẩn đoán hình ảnh [116] [134]

Chẩn đoán hình ảnh được dùng để vẽ bản đồ xự xâm lấn của khối u và mô tả được các đặc điểm khối u. Một số khối u lành tính như u tuyến đa hình, u Warthin có thể được chẩn đoán xác định nhờ hình ảnh, tuy nhiên chẩn đoán hình ảnh không bao giờ có giá trị là tiêu chuẩn vàng loại trừ ác tính. Các đặc điểm của u ác tính trên hình ảnh: bờ khối u không rõ ràng, xâm lấn cấu trúc lân cận, hạch di căn.

### 1.4.3. Chẩn đoán giai đoạn

Theo Ủy ban liên Mỹ về ung thư (AJCC) - 2002, ấn bản lần 6. Chia các giai đoạn ung thư tuyến nước bọt mang tai [37].

Ung thư tuyến mang tai di căn hạch vùng chậm hơn các ung thư đầu cổ khác. Tỷ lệ di căn hạch vùng phụ thuộc vào tít mô học, vị trí u nguyên phát. Thường hạch cổ di căn được khám thấy ngay trong lần thăm khám đầu tiên.

Các tít mô học độ ác tính thấp rất ít khi di căn hạch vùng trong khi các ung thư độ cao di căn hạch cổ rất cao. Sự lan tràn của di căn hạch thường đi theo chặng từ các hạch nội tuyến tới các hạch lân cận sau đó lan đến nhóm hạch cảnh trên và cảnh giữa, đôi khi đến cả nhóm hạch sau họng. Hiếm khi có di căn hạch cổ đối bên.

#### **T: khối u nguyên phát**

Tx: không xác định u nguyên phát

T0: không có u nguyên phát

T1: đường kính lớn nhất  $u \leq 2\text{cm}$  và không xâm lấn ngoài phạm vi tuyến.

T2: đường kính lớn nhất  $u \geq 2\text{cm}$  và  $\leq 4\text{cm}$  và không xâm lấn ra ngoài phạm vi tuyến.

T3: đường kính lớn nhất  $u \geq 4\text{cm}$  và/hoặc xâm nhiễm ra ngoài nhu mô tuyến.

T4a: u xâm nhiễm vào da, xương hàm, ống tai và/hoặc thần kinh mặt



T4b: u xâm nhiễm vào nền sọ và/hoặc cánh xương hàm và/hoặc xâm nhiễm động mạch cảnh.

**N: di căn hạch vùng**

Nx: không xác định rõ di căn hạch vùng

N0: không có di căn hạch vùng

N1: di căn một hạch cùng bên với khối u, đường kính lớn nhất  $\leq 3$ cm.

N2: di căn một hạch cùng bên có đường kính lớn nhất  $\geq 3$ cm nhưng  $\leq 6$ cm hoặc nhiều hạch cùng bên  $\leq 6$ cm hoặc hạch đối bên hoặc hạch 2 bên cổ  $\leq 6$ cm.

N2a: di căn một hạch cùng bên có đường kính lớn nhất  $\geq 3$ cm và  $\leq 6$ cm.

N2b: di căn nhiều hạch cùng bên có đường kính lớn nhất  $\leq 6$ cm.

N2c: di căn hạch cổ đối bên, hạch cổ hai bên có đường kính lớn nhất  $\leq 6$ cm.

N3: di căn một hạch cổ  $\geq 6$ cm.

**M: di căn xa**

Mx: không xác định được di căn xa

M0: không có di căn xa

M1: có di căn xa

**Nhóm giai đoạn lâm sàng**

Giai đoạn	TNM	Giai đoạn	TNM
I	T1N0M0	IVA	T1-4aN2M0
II	T2N0M0	IVB	T4bN bất kỳM0
III	T3N0M0		T bất kỳN3M0
	T1-3N1M0	IVC	T bất kỳ N bất kỳ M1.
IVA	T4aN0-1M0		

**Ghi nhớ:** gọi là có xâm nhiễm ra khỏi mô tuyến khi có bằng chứng lâm sàng hay vi thể khối u xâm nhiễm ra mô liên kết. Khi chỉ có xâm nhiễm vi thể đơn thuần thì không đưa vào phân loại là xâm nhiễm ngoài nhu mô tuyến.

### **Các yếu tố tiên lượng**

Tiên lượng ung thư tuyến nước bọt phụ thuộc chặt chẽ vào giai đoạn lâm sàng, do đó chẩn đoán sớm là rất quan trọng. Độ biệt hóa mô học u, tít mô học có vai trò dự báo độc lập và các yếu tố này đóng vai trò quan trọng xác định chiến lược điều trị. Một số tít ung thư biểu mô có tỷ lệ tái phát tại vùng, do đó cần phải thực hiện và cải tiến kỹ thuật mổ đảm bảo yêu cầu triệt để về mặt ung thư học.

#### **1.4.4. Chẩn đoán giải phẫu bệnh**

##### **Chọc hút tế bào [126]**

Sử dụng phương pháp đánh giá này đặc biệt có ý nghĩa với các khối u nhỏ, tránh dây thần kinh, mạch máu, đặc biệt chọc hút kim nhỏ nếu được hướng dẫn của siêu âm. Thủ thuật không phức tạp nhưng bệnh phẩm lấy ra được ít, khó khăn khi đọc tiêu bản tế bào học.

##### **Sinh thiết chẩn đoán [116] [126]**

Khi chọc hút kim nhỏ không kết luận được chẩn đoán, cần chỉ định sinh thiết chẩn đoán mô bệnh học. Sinh thiết cần phải thực hiện dưới hướng dẫn của siêu âm nhằm làm giảm nguy cơ tổn thương thần kinh mặt và động mạch. Do đó, khi có kết quả mô bệnh học sẽ giúp phẫu thuật viên có kế hoạch phẫu thuật đúng và hợp lý.

##### **Sinh thiết tức thì (cắt lạnh)**

Trong chẩn đoán tất cả các ung thư đầu cổ đã khẳng định vai trò của sinh thiết tức thì. Nhưng trong chẩn đoán ung thư tuyến mang tai, vai trò của phương pháp này đang còn bàn luận thêm. Những sai lầm trong nhóm chẩn đoán dương tính giả của phương pháp này đều là u tuyến đa hình. Trong sinh thiết tức thì, u tuyến đa hình hay được chẩn đoán quá mức thành UTBM nang

dạng tuyến, UTBM biểu bì nhày. UTBM biểu bì nhày là tít hay bị chẩn đoán âm tính giả nhất. Các tít ung thư biểu mô: tế bào nang tuyến, tế bào nang dạng tuyến, UTBM đến sau u tuyến đa hình và một số u lim-phô là những tít khó chẩn đoán chính xác trong sinh thiết cắt lạnh.

### **1.5. ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT U TUYẾN MANG TAI**

Điều trị u TNBMT tùy giai đoạn, tip mô học, độ biệt hóa mô. Đây là yếu tố quan trọng trong việc đưa ra thái độ điều trị bảo tồn hay không bảo tồn dây thần kinh VII. Việc bóc tách dây thần kinh VII rất khó khăn bởi liên quan giải phẫu vùng mang tai rất phức tạp [3]. Phẫu thuật có vai trò là phương pháp điều trị chính, được lựa chọn đầu tay.

#### **1.5.1. Chỉ định**

- U lành tính:

- U tuyến đa hình:

- + Cắt thùy nông tuyến mang tai bảo tồn dây VII đối với khối u có kích thước nhỏ hơn hoặc bằng 3cm và u nằm ở thùy nông của tuyến mang tai.

- + Cắt toàn bộ tuyến mang tai bảo tồn dây VII đối với khối u có kích thước lớn hơn 3 cm hoặc khối u nằm ở thùy sâu của tuyến.

- U lympho tuyến nang (Warthin): Cắt tuyến mang tai ngoài dây VII, dưới dây VII hoặc cắt thùy nông bảo tồn dây VII tùy theo vị trí của khối u.

- U tuyến đơn hình: Cắt thùy nông hoặc toàn bộ tuyến mang tai bảo tồn dây VII tùy theo vị trí của u nằm ngoài hoặc nằm dưới dây VII và kích thước u.

- U ác tính:

Cắt u tuyến mang tai bảo tồn một phần hoặc không bảo tồn dây VII cùng với nạo vét hạch cổ và điều trị tia xạ.

### 1.5.2. Chống chỉ định

Bệnh nhân không đủ điều kiện sức khỏe để gây mê, bệnh nhân ở giai đoạn muộn di căn không thể lấy bỏ được.

## 1.6. TÌNH HÌNH NGHIÊN CỨU U TUYẾN MANG TAI

Trên thế giới đã có rất nhiều nghiên cứu về phát hiện, chẩn đoán, điều trị u TNBMT. Những năm gần đây, kể từ khi có thêm sự hỗ trợ của các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, CLVT, CHT, các báo cáo đã tập trung đánh giá ý nghĩa của các phương pháp hình ảnh học so sánh với lâm sàng, X quang thường qui, chụp ống tuyến đơn thuần, phẫu thuật... và so sánh giá trị giữa các phương pháp hình ảnh học. Đặc biệt với sự phát triển của Y học hạt nhân, miễn dịch học thì việc chẩn đoán xác định tíu mô bệnh học trước mổ cũng như chẩn đoán giai đoạn đã giúp cho quá trình điều trị phẫu thuật và sau phẫu thuật thêm hiệu quả.

David W. Eisele [57], Terry S. Becker (1996) [155]; Dae Seob Choi và cộng sự (1998) [55] đánh giá đặc điểm của u tuyến trên ảnh CLVT xoắn ốc hai thì.

Miki Matsuda, Mirokazu Sakamoto (1998) [113] nghiên cứu về sự kết hợp giữa kỹ thuật chụp CLVT, CHT với kỹ thuật Y học hạt nhân (Positron Emission Tomographic Imaging) để chẩn đoán khối u ác tính tuyến nước bọt mang tai (PET).

David M. Yourem và cộng sự (1999) [56] đánh giá giá trị CLVT, SA và CHT trong chẩn đoán sỏi TNBMT.

Theo Harrison Linsky và cộng sự (2002) [78], đánh giá giá trị chẩn đoán của CLVT.

Mehnet Koyuncu và cộng sự (2003) [112] nghiên cứu về vai trò của CLVT và CHT trong chuẩn đoán u TNBMT.

Robert L.Witt (2005) [132], nhận xét kết quả sau mổ u tuyến đa hình.

Pawani và cộng sự (2006) [125] đã dùng CLVT để hướng dẫn chọc hút tế bào u tuyến mang tai trên một trường hợp bệnh nhân nữ 76 tuổi bằng kim nhỏ.

Ở trong nước, các nghiên cứu u tuyến mang tai tập trung ở hai lĩnh vực chính là chẩn đoán và điều trị phẫu thuật. Về chẩn đoán các nghiên cứu tập trung ở triệu chứng lâm sàng, các kỹ thuật CDHA, bản chất mô bệnh học sau mổ nhưng chưa có một công trình nào nghiên cứu về chẩn đoán mô bệnh học trước mổ và đặc biệt là chưa có công trình nghiên cứu về sinh thiết khối u trước mổ qua kim sinh thiết. Về điều trị phẫu thuật, đa số các nghiên cứu tài nghiên cứu có tổng kết phương thức phẫu thuật và kết quả điều trị phẫu thuật nhưng chủ yếu tập trung vào u tuyến đa hình và chưa có tổng kết trong thời gian dài.

Lê Văn Sơn và cộng sự (2000) [25] sau nhiều năm triển khai, tác giả đề nghị cắt bỏ toàn bộ khối u kèm theo cắt bỏ từng phần hay toàn bộ tuyến có bảo tồn dây thần kinh VII trong điều trị phẫu thuật u đa hình TNBMT.

Nguyễn Minh Phương (2000) [23] nghiên cứu chụp tuyến có thuốc cản quang đối chiếu giải phẫu bệnh trong chẩn đoán và điều trị u TNBMT.

Nguyễn Minh Phương, Hàn Thị Vân Thanh (2001) [27], Phạm Hoàng Tuấn (2007) [35] cũng đề nghị bảo tồn dây thần kinh VII trong điều trị phẫu thuật u đa hình TNBMT.

Đình Xuân Thành (2005) [26], nhận xét hình ảnh CLVT u TNBMT.

Phạm Hoàng Tuấn (2007) [35] Nghiên cứu 35 trường hợp u hỗn hợp TNBMT được điều trị tại viện Răng Hàm Mặt Quốc Gia.

## **CHƯƠNG 2**

### **ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

#### **2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU**

##### **2.1.1. Đối tượng:**

Các BN u tuyến mang tai được phẫu thuật tại khoa Hàm Mặt - Viện Răng Hàm Mặt Quốc gia từ tháng 1 năm 2009 đến tháng 10 năm 2010.

##### **2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân vào nhóm nghiên cứu**

- Được sơ bộ chẩn đoán lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh là u TNBMT
- Đủ điều kiện và đồng ý hợp tác làm thủ thuật sinh thiết qua kim trước mổ dưới hướng dẫn của siêu âm (SA).
- Được điều trị phẫu thuật.

##### **2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ**

- Bệnh nhân đã được mổ nhưng không có kết quả giải phẫu bệnh.
- Giải phẫu bệnh có kết luận là u có nguồn gốc từ nơi khác di căn đến.

#### **2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Loại nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu, có theo dõi dọc. Thời gian: Tiến hành từ tháng 1 năm 2009 đến tháng 10 năm 2010, theo dõi sau mổ đến 10/1012. Địa điểm nghiên cứu: Viện Răng Hàm Mặt quốc gia.

**2.2.2. Cỡ mẫu** (áp dụng cỡ mẫu dùng cho nghiên cứu mô tả cắt ngang)

##### **2.2.2.1. Tính cỡ mẫu**

Tính theo công thức:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot \frac{p \cdot q}{d^2}}{1} = 76$$

Trong đó: + n cỡ mẫu tối thiểu

+ p = Tỷ lệ u ác tính tuyến nước bọt mang tai 20%

+  $\alpha$  là mức ý nghĩa thống kê, ở đây chọn  $\alpha = 0,05$

+  $Z_{1-\alpha/2}$  là hệ số giới hạn tin cậy ở mức xác suất  $\alpha$ . Với  $\alpha = 0,05$  thì khi tra bảng ta có  $Z_{1-\alpha/2} = 1,96 (\approx 2)$ .

+ d là sai số ước lượng. Trong đề tài này chọn  $d = 0,09$ .

### 2.2.2.2. Quy trình chọn mẫu nghiên cứu

Chọn mẫu theo tiêu chuẩn đã đặt ra, lấy tất cả những bệnh nhân đảm bảo tiêu chuẩn và thực hiện các qui trình kỹ thuật chuyên môn theo phương pháp nghiên cứu đã đề ra.

### 2.2.3. Quy trình nghiên cứu:

2.2.3.1. Ghi nhận thông tin lâm sàng: ghi nhận qua hỏi bệnh và thăm khám lâm sàng (đặc điểm chung của bệnh nhân, đặc điểm khối u

2.2.3.2. Ghi nhận thông tin CDHA

- Siêu âm Khảo sát TNBMT đánh giá đặc điểm khối u:

Các thông tin ghi nhận từ kết quả siêu âm của bệnh nhân được thu thập với sự phối hợp giữa nghiên cứu viên và chuyên gia chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Hữu Nghị theo các đặc điểm:

- Vị trí u: Vị trí trên tuyến, các vị trí có thể của khối u là: thùy nông, thùy sâu, thùy nông và sâu.
- Số lượng khối u trong tuyến.
- Kích thước u xếp theo phân nhóm của hiệp hội ung thư Mỹ (AJCC). Đo kích thước u theo đường kính lớn nhất tìm được và được xếp vào các nhóm kích thước (< 2cm, 2 – 4 cm, > 4cm).

- Hình dạng khối u: hình tròn, hình bầu dục, hình múi.
  - Ranh giới u: rõ, không rõ.
  - Mật độ: Dấu hiệu giảm âm, tăng âm, trống âm.
  - Cấu trúc u: Đồng nhất, không đồng nhất, mô tả rõ cấu trúc khối u đặc, dịch hay hỗn hợp.
  - Hạch liên quan.
  - Tín hiệu mạch trên Doppler: ít tăng tín hiệu mạch, tăng tín hiệu mạch.
- Hình ảnh CLVT: đánh giá trên phim, CD, trên máy CLVT dựa vào sự phối hợp giữa nghiên cứu viên và chuyên gia chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Hữu Nghị:
- Vị trí u: cả thỏ n»m ẽ: thi y n«ng, thi y s©u, c¶ hai thuó, vượt ra ngoi tuyõn.
  - Kích thước u xếp theo phân nhóm của hiệp hội ung thư Mỹ (AJCC): Đo kích thước u theo đường kính lớn nhất tìm được và được xếp vào các nhóm kích thước (< 2cm; 2- 4cm; >4 - 6cm).
  - Ranh giới u: Rõ, không rõ.
  - Cấu trúc u: Sẵn nhất, không ằng nhất th× m« t¶ rõ cấu trúc khối u cả v«i ho , dch, m u, mñ, ho<sup>1</sup> i tổ, tæ chøc hay hçn hî p.
  - Tử trạng: Sự thay ại (35HU- 45HU: ằng tử trạng; tr<sup>a</sup>n 45HU: tăng tỷ trọng; dưới 35HU: giảm tỷ trọng)
  - SÆc ớióm ngÊm thuộc c¶n quang: Chia thnh ế số ví i kh«ng ði ng thuộc c¶n quang ch<sup>a</sup>nh (Sé I: <5HU; Sé II: 5- 10HU; Sé III: >10HU)
  - Đặc điểm tổn thương xâm lấn: Có xâm lấn lan ra tổ chức xung quanh (cơ, xương, mạch máu...).
  - SÆc ớióm vò h<sup>1</sup>ch: Cả, kh«ng



### 2.2.3.3. Ghi nhận thông tin mô bệnh học trước mổ

Sinh thiết khối u qua kim có hướng dẫn của siêu âm: phối hợp nghiên cứu với khoa Giải phẫu bệnh của viện Răng Hàm Mặt Quốc Gia và Khoa CDHA Bệnh viện Hữu Nghị. Ghi nhận đặc GPB.

### 2.2.3.4. Ghi nhận thông tin phẫu thuật

Phân loại cách thức phẫu thuật cắt u và tuyến, cách thức bóc tách bảo tồn dây thần kinh VII (bóc tách từ gốc dây thần kinh mặt, bóc tách ngược dòng).

### 2.2.3.5. Ghi nhận thông tin GPB sau mổ được: thống kê kết quả.

### 2.2.3.6. Ghi nhận thông tin biến chứng sau mổ

Chúng tôi phân nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu này thành 3 nhóm chính dựa vào thực tế thống kê chẩn đoán giải phẫu bệnh thu được: U biểu mô lành tính (UBMLT); U biểu mô ác tính (UBMAT); U của biểu mô liên kết (UTCLK).

- Đánh giá giá trị của Lâm sàng, SA, CLVT và sinh thiết u dưới hướng dẫn của SA.
- Theo dõi biến chứng sau phẫu thuật, đánh giá kết quả sau phẫu thuật 3 tháng, sau 3 đến 24 tháng.

## 2.2.4. Phương pháp sinh thiết tuyến mang tai dưới hướng dẫn của siêu âm

Sử dụng SA để dẫn đường kim sinh thiết. Đầu dò bước sóng ngắn loại 7,5 MHz, có khả năng đánh giá tốt tổ chức nông như vùng tuyến mang tai.

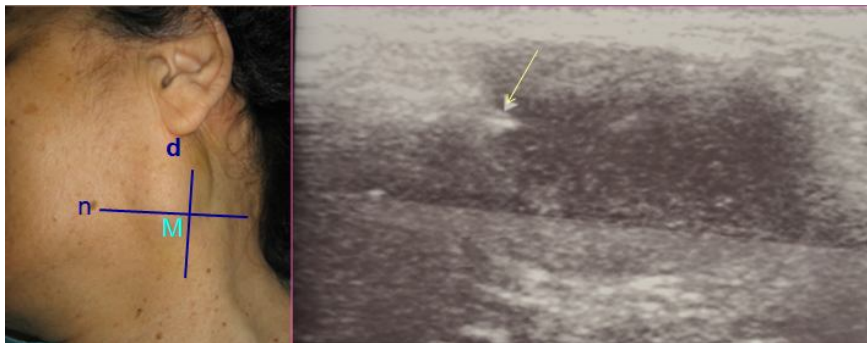
Kim sinh thiết Boston 18G, Bệnh phẩm sinh thiết được cố định bằng dung dịch foc-môn 10%, được chẩn đoán mô bệnh học.



Hình 2.1: Kim sinh thiết (dạng súng) và đầu dò máy siêu âm.

- Kỹ thuật lấy bệnh phẩm:

Chuẩn bị bệnh nhân: bệnh nhân được giải thích về mục đích thủ thuật, kiểm tra huyết áp, điện tim, làm xét nghiệm máu chảy - máu đông. Máy siêu âm có đầu dò 7,5 MHz, Kim sinh thiết cắt bán tự động loại Boston 18G. Các dụng cụ và vật tư tiêu hao cần thiết khác. Dùng siêu âm tầm soát vùng mang tai, đánh giá hình ảnh học khối u, các tổn thương và xác định vị trí cần lấy bệnh phẩm. Tiến hành đưa kim sinh thiết vào vị trí u dưới sự dẫn đường của siêu âm. Khi kim vào đến rìa u, bắt đầu tiến hành bấm sinh thiết theo 3 vùng: vùng rìa u, vùng ngoại vi, vùng trung tâm. Thông thường lấy 3-5 mảnh bệnh phẩm. Sau kết thúc thì sinh thiết, siêu âm kiểm tra lại trước khi rút kim. Bệnh phẩm được cố định trong dung dịch formon và gửi làm mô bệnh học.



Hình 2.2: Kim sinh thiết sát lớp vỏ khối u.

Chế độ theo dõi và điều trị bệnh nhân sau sinh thiết: băng ép nhẹ tổn thương chọc kim, bệnh nhân được nằm nghỉ và dùng kháng sinh uống theo đơn. Theo dõi trước mổ các biến chứng như đau, dò tuyến, tụ máu, liệt dây VII, nhiễm trùng.

### **2.2.5 Kỹ Thuật Chụp CLVT và Kỹ thuật siêu âm**

#### ▪ Siêu âm:

- Sử dụng mặt phẳng quét chính là mặt phẳng nằm ngang với các lát cắt nghiêng và dọc để bộc lộ được mạch máu từ đó có mốc để xác định vị trí các thành phần khác.

- Bệnh nhân ngồi đầu quay sang bên đối diện hoặc nằm sang bên đối diện có kê gối để bộc lộ vùng cổ và mang tai. Vương xương là một cản trở khi thám sát thùy sâu. Có thể khắc phục bằng thay đổi tư thế cổ bệnh nhân, nghiêng đầu dò theo những góc nhất định để có góc quan sát tốt nhất [176].

- Luôn siêu âm kiểm tra cả hai bên để sàng lọc tránh bỏ sót những khối không sờ thấy trên lâm sàng. Với những khối quá lớn gây khó cho việc xác định ranh giới khi đó cần chỉ định chụp CT, MRI để xác định.

- Quét các vùng hạch.

- Thường bắt đầu quét siêu âm tại các vùng có mốc rõ rồi từ đó thám sát ra các vùng khác. Sừng lớn xương móng cũng có thể dễ bị nhầm là sỏi.

▪ CLVT: Bệnh nhân nằm ngửa, 2 tay xuôi theo thân mình, cổ ngửa nhẹ, tiêm thuốc cản quang tĩnh mạch loại xenetic với thể tích 100ml tốc độ 3ml/giây, tiến hành chụp cắt lớp vi tính xoắn ốc thì động mạch 30 giây, thì tĩnh mạch 60 giây và thì nhu mô (muộn) 120-180 giây. Vùng chụp là từ nền sọ đến lỗ lồng ngực, cắt 3mm, bước nhảy 3mm, tốc độ bàn 5mm/giây, điện thế 150kVp điện áp 80mAs. Thuốc cản quang có Iod, cửa sổ nhu mô: khoảng 40-45 HU, độ rộng 300-400 HU; cửa sổ xương: khoảng 200 HU, độ rộng 1200

HU. Đánh giá tỷ trọng gồm: tăng, đồng, giảm và tỷ trọng hỗn hợp, mức độ ngấm thuốc chia ra độ I (<5HU), độ II (5-10HU), độ III (>10HU).

### **2.2.6. Phương pháp phẫu thuật**

#### **▪ Chuẩn bị bệnh nhân**

Bệnh nhân được giải, làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản cho một cuộc phẫu thuật. Bệnh nhân nằm ngửa trên bàn phẫu thuật, đầu được cố định nghiêng sang bên lành. Bác sỹ phẫu thuật đứng bên cạnh, người phụ đứng trước mặt bác sỹ chính.

#### **▪ Vô cảm**

Gây mê toàn thân, ống nội khí quản đặt qua mũi. Giãn cơ chỉ sử dụng khi thật cần thiết để tránh gây ảnh hưởng cho việc thử thần kinh bằng bút thử.

#### **▪ Các bước phẫu thuật**

##### **Bao gồm các thì [171] [172]:**

- Rạch da và bộc lộ dây VII
- Cắt thùy nông
- Cắt thùy sâu (nếu có chỉ định)
- Cắt toàn bộ tuyến và dây VII (nếu có chỉ định)
- Đóng vết mổ

##### **Các điểm mốc:**

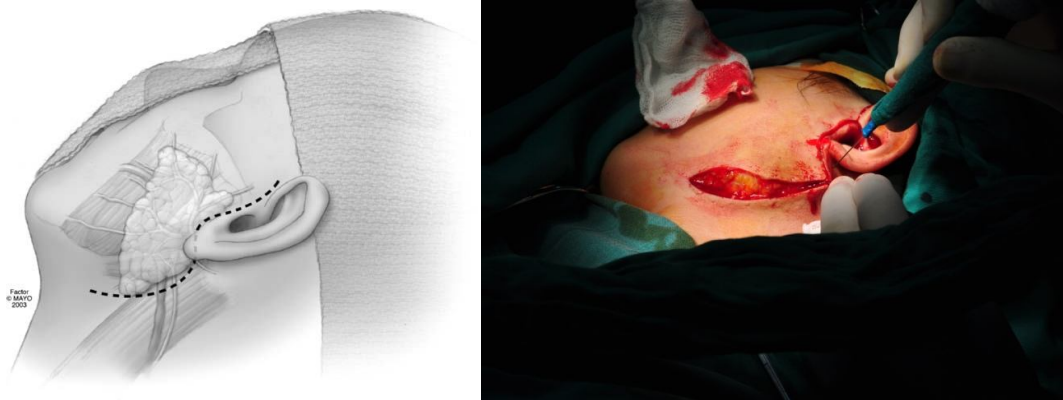
- Vành tai
- Bờ trước cơ ức đòn chũm
- Sừng lớn xương móng
- Mép môi
- Góc mắt ngoài

##### **Rạch da và bộc lộ dây VII:**

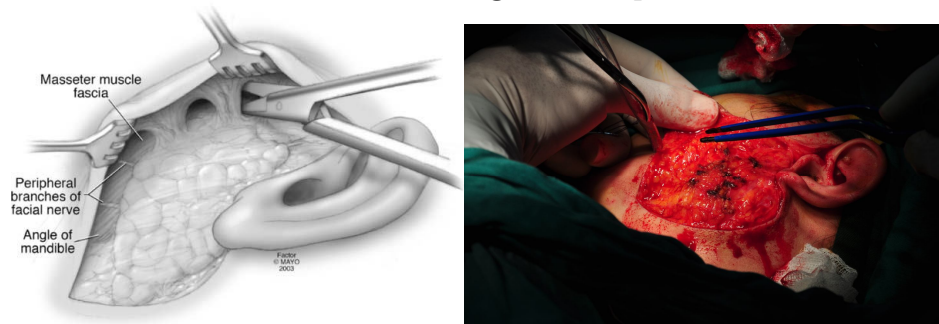
Đường rạch cổ điển là rạch da theo đường Redon hình lưỡi lê bắt đầu từ trên nắp 1 tai cm, theo rãnh trước tai sau đó chạy xuống dưới dải tai để đến

chạy theo bờ trước cơ ức đòn chũm ở 1 cm sau bờ tự do của nó xuống dưới tiếp nối với mặt phẳng của xương móng. Để che bớt sẹo làm tăng tính thẩm mỹ, chúng tôi sử dụng đường rạch da trong phẫu thuật căng da mặt (Lifting).

Đường rạch đi qua da, tổ chức dưới da và được cầm máu. Bó mạch thái dương nông được tìm và thắt ở vị trí cao nhất có thể. Chúng tôi không tách quá nhiều bởi vì dây VII nhất là nhánh môi dưới thường đi ra nông nhanh. Dùng dao điện hoặc kéo bóc tách cân và phần dính vào tuyến như tai sụn, bờ trước cơ ức đòn chũm.

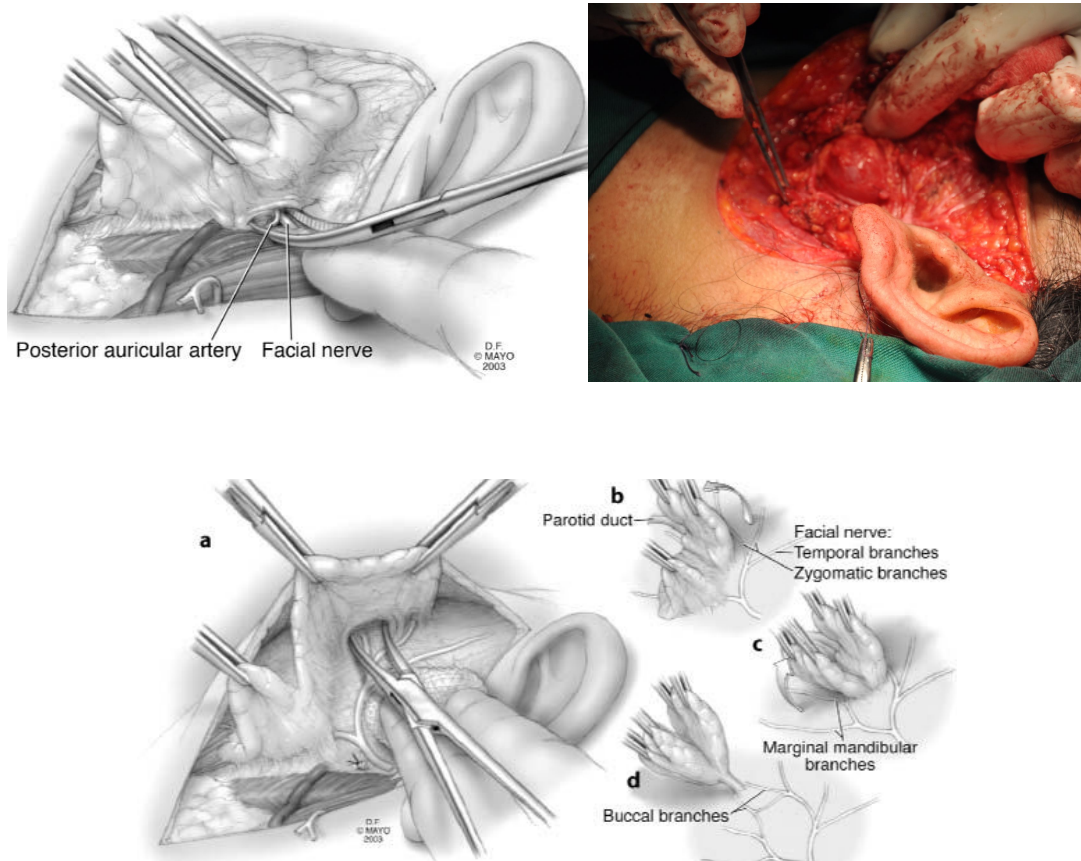


Hình 2.3: Vùng phẫu thuật và đường rạch da [122], [152].



Hình 2.4: Bộc lộ tuyến mang tai [122], [152].

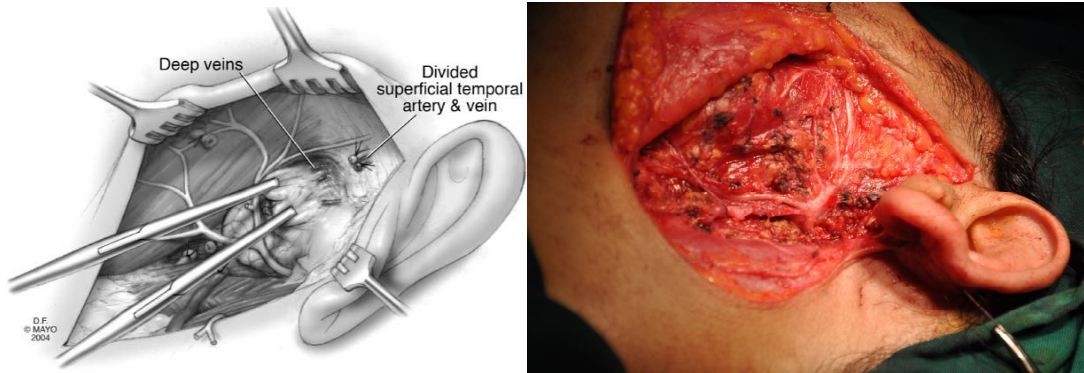
Bộ lộ dây VII: Giải phóng mặt sau của tuyến ra khỏi bờ trước cơ ức đòn chũm, bộc lộ cơ nhị thân. Dây VII xuất hiện ở bờ trên và trong của cơ theo hướng đường phân giác của góc chũm - nhĩ. Bút thử thần kinh sẽ giúp phẫu thuật viên xác định chính xác dây VII và từ đây dây VII được bộc lộ theo mặt ngoài từ sau ra trước đến tận chỗ chia đôi.



Hình 2.5: Tìm và bóc lộ dây TK VII [122], [152].

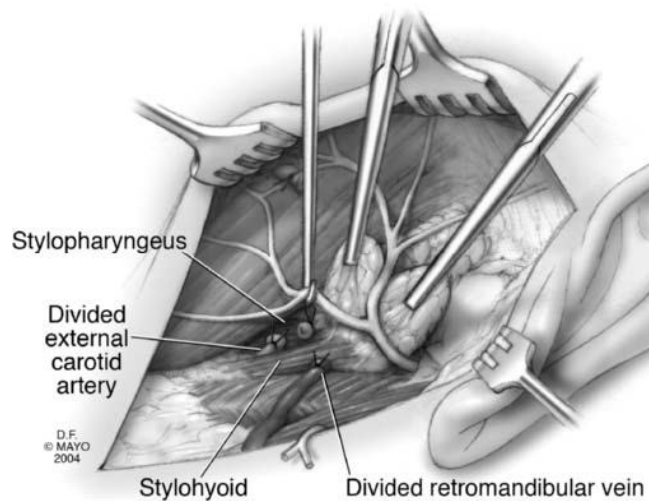
### Cắt thùy nông:

Dùng kéo đi theo mặt phẳng của thần kinh và chạy giữa mặt phẳng với mặt phẳng nông, men theo các nhánh của dây VII bóc tách toàn bộ thùy nông của tuyến trong khi bảo tồn được dây VII (Bóc tách từ gốc dây thần kinh). Thùy nông được lấy ra có cả u tuyến ở trong đó. Quá trình bóc tách này thường xuyên bị gây cản trở bởi chảy máu, cần cầm máu bằng dao điện lưỡng cực. Động mạch ngang mặt cũng như các tĩnh mạch mặt sau, tĩnh mạch sau hàm, tĩnh mạch nối cần được thắt.

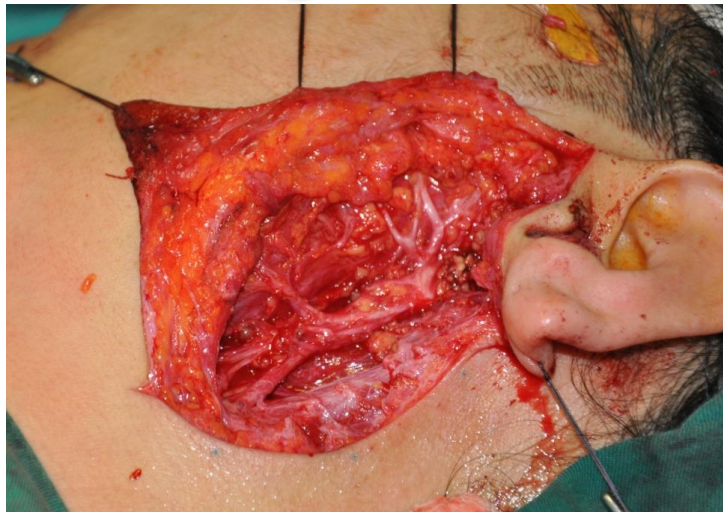
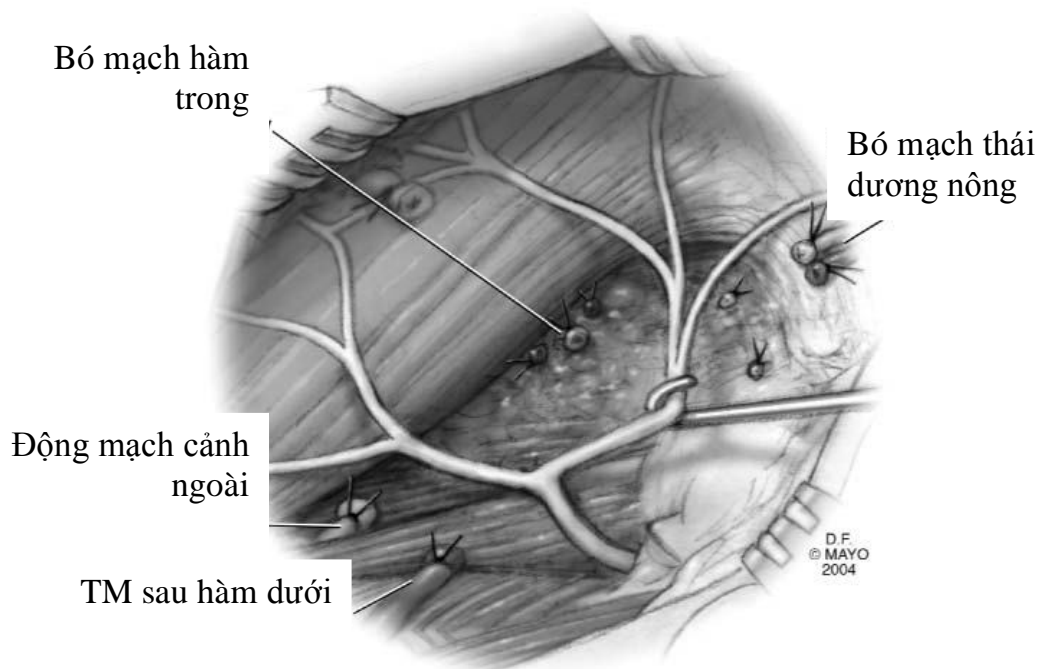


*Hình 2.6: Cắt thùy nông bảo tồn dây TK VII [122], [152].*

**Cắt thùy sâu:**







Hình 2.7: Cắt thùy sâu bảo tồn dây VII [122], [152].

Bóc tách thùy sâu ra khỏi mặt phẳng thần kinh và nâng nhẹ các sợi thần kinh nhưng không quá căng. Trong trường hợp cần thiết việc thắt chờ động mạch cảnh ngoài được thực hiện nhằm mục đích tránh không cầm được máu khi động mạch hàm trong bị tổn thương và chui vào khuyết Juvara. Toàn bộ thùy sâu được lấy ra khỏi vùng tuyến. Cần kiểm tra cầm máu, hoạt động của dây thần kinh trước khi đóng.



### **Đóng vết mổ:**

Theo 2 lớp có đặt dẫn lưu liên tục trong 24 giờ. Băng ép nhẹ.

#### ▪ **Biến chứng sau phẫu thuật**

Phẫu thuật tuyến mang tai là một phẫu thuật khó vì nó đòi hỏi phải bóc tách rất tỉ mỉ dây thần kinh VII nằm ở trong tuyến mang tai được tưới máu rất nhiều. Các biến chứng có thể xảy ra ngay lập tức khi phẫu thuật hoặc xảy ra muộn. Có hai loại biến chứng: biến chứng không đặc hiệu liên quan đến phẫu thuật (tụ máu, nhiễm khuẩn) và biến chứng đặc hiệu trong phẫu thuật tuyến mang tai (liệt mặt, hội chứng Frey, rò nước bọt, tái phát u).

#### ▪ **Biến chứng không đặc hiệu**

##### ➤ *Tụ máu và chảy máu sau phẫu thuật*

Phần lớn các tụ máu có giới hạn, không cần thiết phải phẫu thuật và hiếm khi có chảy máu thật sự.

##### ➤ *Biến chứng nhiễm khuẩn*

Biến chứng nhiễm khuẩn hiếm gặp vì nó là một phẫu thuật sạch, do đó việc điều trị kháng sinh dự phòng trước khi mổ là không cần thiết. Vi khuẩn gây bệnh hay gặp là nhóm Streptococque và loài Staphylococcus aureus.

##### ➤ *Biến chứng da*

Hay xuất hiện sớm, do hoại tử da, thường gặp ở đoạn sau tai nhất là khi rạch da có một góc quá nhọn. Biến chứng này có thể ảnh hưởng đến thẩm mỹ của sẹo như là sẹo lồi.

#### ▪ **Biến chứng đặc hiệu**

##### ➤ *Liệt mặt*

Liệt mặt là biến chứng đáng sợ nhất cho bệnh nhân và phẫu thuật viên. Khi cắt phải dây VII hoặc một trong những nhánh lớn của nó thì phải sửa chữa ngay bằng cách ghép hoặc khâu. Nếu dây VII được bảo tồn thì liệt mặt có thể là từng nhánh hoặc toàn bộ, thường là tạm thời và hiếm khi bị liệt vĩnh viễn. Liệt mặt tạm thời thường gặp nhất là liệt mặt từng nhánh và không toàn

bộ nhưng thời gian phục hồi là 6-18 tháng, nó là một phiền toái đáng lo lắng về mặt xã hội và chức năng cho bệnh nhân. Liệt mặt có thể là liệt nhẹ hoặc liệt hoàn toàn. Liệt nhẹ là tình trạng giảm trương lực hoặc lực cơ ở vùng trán, cung tiếp, môi trên và vùng cằm. Liệt hoàn toàn là tình trạng mất hoàn toàn trương lực hoặc lực cơ.

- Tần số liệt mặt sau phẫu thuật phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố.
- + Bản chất của u
- + Kích thước u
- + Vị trí của u so với dây VII
- + Tiền sử điều trị
- + Phương pháp can thiệp cắt tuyến toàn bộ hay từng phần
- + Kinh nghiệm của phẫu thuật viên, tuổi bệnh nhân, thời gian can thiệp.

Bản chất của u có vai trò quan trọng đối với tần số liệt mặt sau phẫu thuật, đặc biệt trong trường hợp can thiệp lại. Liệt mặt tạm thời thường gặp hơn khi mổ các tuyến bị viêm mãn tái phát. Hai nghiên cứu gần đây thấy tỷ lệ liệt mặt tạm thời khi phẫu thuật các tuyến viêm mãn tính, không có trường hợp nào liệt mặt vĩnh viễn.

Có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng đến liệt mặt do vậy việc phân tích rất khó khăn vì chúng không độc lập mà có liên quan với nhau.

#### ➤ *Rò nước bọt*

Đây là một biến chứng hiếm gặp, nước bọt rò ra là do các nhu mô tuyến còn sót tiết ra chảy ra ngoài qua vết mổ. Nước bọt có thể đọng lại tạo thành túi.

#### ➤ *Hội chứng Frey*

Hội chứng Frey do Lucie Frey mô tả vào năm 1923 với tên là hội chứng thần kinh tai - thái dương, nó có các triệu chứng là tăng tiết nước, ban đỏ

vùng cổ - mặt khi ăn. Trong nhiều giả thuyết để giải thích bệnh căn bệnh sinh, giả thuyết có thể có lý nhất đó là do thoái hoá nhanh sợi trục của dây thần kinh cận giao cảm chi phối các tuyến mồ hôi dưới da.

Hội chứng này thường xuất hiện sau phẫu thuật khoảng 6 tháng, gặp khoảng 23%.

➤ *Tái phát u*

Tái phát có thể do chính đặc điểm của hoặc do sự không đầy đủ và triệt để của lần điều trị đầu tiên.

### **2.2.7. Đánh giá kết quả phẫu thuật**

➤ *Đánh giá gần:* từ sau mổ đến 3 tháng

- Kết quả tốt: không có biểu hiện tổn thương bất kỳ nhánh nào của dây thần kinh mặt, không tụ máu vết mổ, không nhiễm khuẩn, không dò nước bọt, vết mổ liền tốt.

- Kết quả khá: có biểu hiện tổn thương tạm thời nhánh của dây thần kinh mặt, có tụ máu nhẹ vết mổ, không nhiễm khuẩn, không dò nước bọt, vết mổ liền tốt.

- Kết quả kém: có biểu hiện tổn thương tạm thời nhánh của dây thần kinh mặt, có tụ máu nhẹ vết mổ, không nhiễm khuẩn, không dò nước bọt, vết mổ liền tốt.

➤ *Đánh giá xa:* từ sau mổ 6 tháng đến 2 năm

- Kết quả tốt: không có liệt dây thần kinh mặt và hội chứng Frey, sẹo liền đẹp, mặt cân đối, không có tái phát u.

- Kết quả khá: không có liệt dây thần kinh mặt, có hội chứng Frey, sẹo liền đẹp, không có tái phát u.

- Kết quả kém: không có liệt dây thần kinh mặt và hội chứng Frey, sẹo liền không đẹp, có tái phát u.

### **2.2.8. Thu thập và xử lý số liệu**

Các chỉ tiêu nghiên cứu được thu thập bằng phiếu thu thập thông tin được thiết kế sẵn. Các số liệu được thu thập và xử lý trên chương trình Epi.info phiên bản 6.04, mức ý nghĩa thống kê lấy  $\alpha \leq 0.05$ .

### **2.2.9. Đạo đức trong nghiên cứu**

Kỹ thuật sinh thiết khối u tuyến mang tai là thủ thuật an toàn nếu được thao tác bởi phẫu thuật viên hàm mặt, đây là một nghiên cứu áp dụng, bệnh nhân được chỉ định làm thủ thuật đều kí giấy chấp nhận làm thủ thuật trước. Phẫu thuật u tuyến mang tai là một phẫu thuật thường qui trong phẫu thuật hàm mặt, tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều đồng ý kí giấy chấp nhận thủ thuật. Mẫu nghiên cứu lấy tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt, nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương phối hợp tiến hành kỹ thuật tại Bệnh viện Hữu Nghị, là những bệnh viện uy tín, trang thiết bị đầy đủ và chuyên sâu, nhiều kinh nghiệm trong chẩn đoán và điều trị u tuyến mang tai đảm bảo tính hiệu quả, an toàn trong quá trình nghiên cứu.

## CHƯƠNG 3

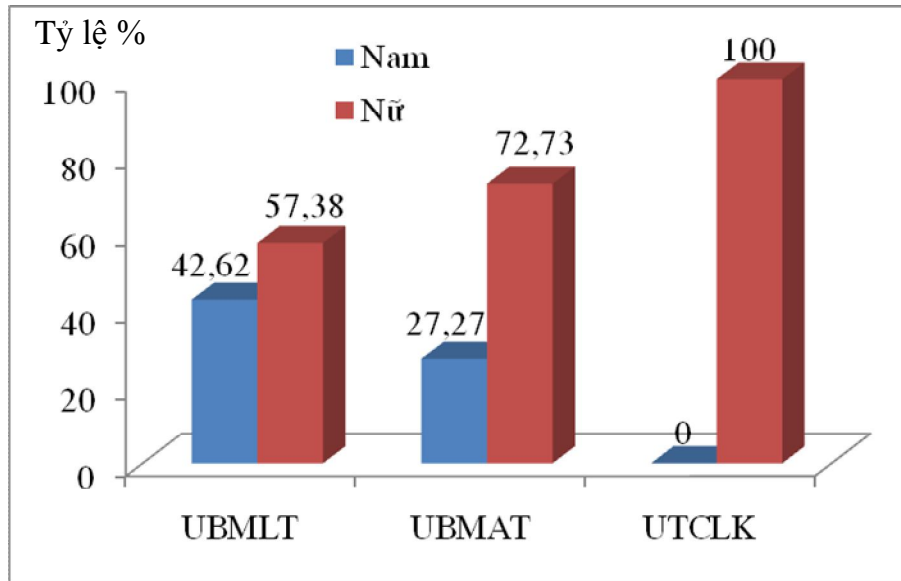
### KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

##### 3.1.1. Phân bố theo giới

*Bảng 3.1: Phân bố theo giới tính và nhóm bệnh*

Bệnh	UBMLT		UBMAT		UTCLK		Tổng số	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Nam	26	42,62	3	27,27	0	0,00	29	38,16
Nữ	35	57,38	8	72,73	4	100,00	47	61,84
<b>Tổng số - %</b>	<b>61</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>76</b>	<b>100,0</b>



*Biểu đồ 3.1: Phân bố theo giới tính trong từng nhóm bệnh*

*Nhận xét:*

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 76 BN, trong số này nam 29 chiếm 38,16% và nữ 35 chiếm 57,38%.

Tỷ lệ nam và nữ trong các nhóm bệnh là khác nhau (Biểu đồ 3.1), tỷ lệ nữ ở nhóm UBMLT là 57,38%, ở nhóm UBMAT là 72,73%, ở nhóm UTCLK là 100%, sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê.

### 3.1.2. Phân bố theo tuổi

**Bảng 3.2: Phân bố theo tuổi và nhóm bệnh**

Nhóm tuổi	Bệnh		UBMLT		UBMAT		UTCLK		Tổng	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
< 15	2	3,28	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	2,63
15 - 30	9	14,75	1	9,09	0	0,00	0	0,00	10	13,16
31 - 45	11	18,03	4	36,36	0	0,00	0	0,00	15	19,74
<b>46 - 60</b>	<b>25</b>	<b>40,98</b>	<b>3</b>	<b>27,27</b>	<b>2</b>	<b>50,00</b>	<b>2</b>	<b>50,00</b>	<b>30</b>	<b>39,47</b>
> 60	14	22,95	3	27,27	2	50,00	2	50,00	19	25,00
<b>Tổng</b>	<b>61</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>76</b>	<b>100,0</b>

*Nhận xét:*

Tuổi mắc bệnh trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 49,0 tuổi, tuổi mắc bệnh nhỏ tuổi nhất là 13, lớn nhất là 78.

### 3.1.3. Thời gian diễn biến lâm sàng

**Bảng 3.3: Thời gian diễn biến lâm sàng**

Thời gian	Bệnh		UBMLT		UBMAT		UTCLK		Tổng	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
<12 tháng	24	39,34	4	36,36	1	25,00	1	25,00	29	38,16
12- 60 tháng	<b>30</b>	<b>49,18</b>	<b>7</b>	<b>63,64</b>	<b>2</b>	<b>50,00</b>	<b>2</b>	<b>50,00</b>	<b>39</b>	<b>51,32</b>
61-120 tháng	4	6,56	0	0,00	1	25,00	1	25,00	5	6,58
>120 tháng	3	4,92	0	0,0	0	0,00	0	0,00	3	3,95
<b>Tổng</b>	<b>61</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>76</b>	<b>100,0</b>

*Nhận xét:*

Thời gian diễn biến lâm sàng ở ba nhóm bệnh chủ yếu ở khoảng từ 12 tháng đến 60 tháng, cao nhất là ở nhóm UBMAT (63,64%), thấp hơn ở nhóm UTCLK (50%) và thấp nhất ở nhóm UBMLT (49,18%).



### 3.2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

#### 3.2.1. Đặc điểm u

*Bảng 3.4: Đặc điểm về vị trí, kích thước và mật độ khối u.*

Đặc điểm		Bệnh		UBMLT		UBMAT		UTCLK		Tổng	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Vị trí	Phải	29	47,54	4	36,36	4	100	37	48,68		
	Trái	32	52,46	7	63,64	0	0,00	39	51,32		
Kích thước	2 < cm	11	18,03	5	45,45	1	25,00	17	22,37		
	2-4 cm	41	67,21	5	45,45	2	50,00	48	63,16		
	4-6 cm	9	14,75	1	9,09	1	25,00	11	14,47		
Mật độ	Mềm	7	11,48	1	9,09	1	25,00	9	11,84		
	<b>Chắc</b>	<b>53</b>	<b>86,89</b>	<b>10</b>	<b>90,91</b>	<b>3</b>	<b>75,00</b>	<b>66</b>	<b>86,84</b>		
	Cứng	1	1,64	0	0,00	0	0,00	1	1,32		
<b>Tổng</b>		<b>61</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>76</b>	<b>100</b>		

*Nhận xét:*

Tỷ lệ u phân bố bên phải và trái đồng đều ở nhóm UBMLT và UBMAT. Nhóm UTCLK bên phải 100%, trái 0%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Về kích thước u, nhóm UBMLT kích thước hay gặp nhiều là < 2cm và từ 2-4cm là nhiều nhất chiếm tỷ lệ 67,21%; nhóm UBMAT hay gặp kích thước < 2cm và từ 2-4cm đều chiếm 45,45%. Nhóm UTCLK gặp 50% u có đường kính lớn hơn 2-4cm.

Mật độ chắc chiếm ưu thế, ở UBMLT mật độ chắc chiếm 86,89%, ở UBMAT là 90,91%, ở UTCLK là 75%.

**Bảng 3.5: Đặc điểm về ranh giới và mức độ di động của khối u.**

Đặc điểm		Bệnh		UBMLT		UBMAT		UTCLK		Tổng	
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Ranh giới	Rõ	36	59,02	5	45,45	1	25,00	42	55,26		
	Không	25	40,98	6	54,55	3	75,00	34	44,74		
Di động	Có	35	57,37	4	36,36	4	100	43	56,58		
	Không	3	4,92	4	36,36	0	0	7	9,21		
	Ít	23	37,71	3	27,28	0	0	26	34,21		
<b>Tổng</b>		<b>61</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>76</b>	<b>100</b>		

*Nhận xét:*

Ranh giới khối u, Đối với UBMLT, ranh giới rõ chiếm tỷ lệ 59,02%. Đối với UBMAT thì ngược lại, ranh giới không rõ chiếm 54,55,7%, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Đa số các trường hợp UBMLT di động dễ chiếm 57,37% (35/61 trường hợp), Đối với UTCLK 100,0% (4/4 trường hợp) di động dễ. Đối với UBMAT số trường hợp không di động có tỷ lệ là 36,36% (4/11 trường hợp), ít di động 27,28 (3/11 trường hợp). Sự khác biệt về tính di động giữa nhóm UBMLT và UBMAT là có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95% ( $p < 0,05$ ).

### 3.2.2. Một số đặc điểm kèm theo của u

*Bảng 3.6: Các đặc điểm khác*

Đặc điểm		Bệnh		UBMLT		UBMAT		UTCLK		Tổng	
		n	%	n	%	n	%	n	%		
Khít hàm	Có	0	0,00	0	0,00	0		0		0	0,00
	Không	61	100,00	11	100,0	4		76		76	100,00
Tê TK mặt	Có	0	0,00	0	0,00	0		0		0	0,00
	Không	61	100,00	11	100,0	4		76		76	100,00
Nổi hạch	Có	0	0,00	0	0,00	1		1		1	1,32
	Không	61	10,00	11	100,00	3		75		75	98,68
<b>Tổng</b>		<b>61</b>	<b>100,00</b>	<b>11</b>	<b>100,00</b>	<b>4</b>		<b>76</b>		<b>76</b>	<b>100,00</b>

*Nhận xét:*

Khít hàm: không gặp. Tê: không gặp.

Nổi hạch vùng: UTCLK có 1 trường hợp nổi hạch.

### 3.2.3. Đối chiếu lâm sàng và giải phẫu bệnh

Thực tế nghiên cứu trong 2 năm, tổng số bệnh nhân đến khám và được ghi nhận tổn thương được chẩn đoán lâm sàng là: Theo dõi u TNBMT là 98 trường hợp. Trong số này chẩn đoán mô bệnh học sau mổ là u là 76 trường hợp.

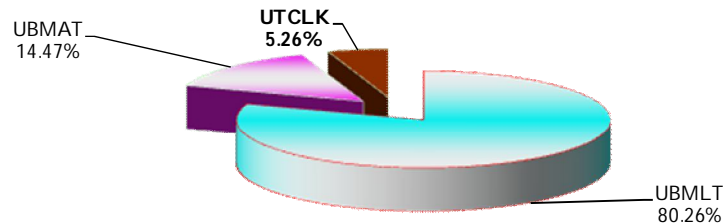
### 3.3. ĐẶC ĐIỂM KẾT QUẢ GIẢI PHẪU BỆNH LÝ GẶP TRONG NGHIÊN CỨU

Tất cả các trường hợp trong mẫu nghiên cứu đều có chẩn đoán trước mổ là u tuyến nước bọt mang tai theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới (OMS) năm 1991.

**Bảng 3.7: Kết quả giải phẫu bệnh**

<b>Bệnh</b>	<b>UBMLT (n=61)</b>				<b>UBMAT (n=11)</b>					<b>UTCLK (n=4)</b>		
	A	B	O	D	G	E	Q	C	U	X	T	T1
<b>N</b>	36	13	8	4	3	1	1	5	1	1	2	1
<b>%</b>	47,37	17,11	10,53	5,62	3,95	1,32	1,32	6,58	1,32	1,32	2,63	1,32
	<b>80,26</b>				<b>14,47</b>					<b>5,26</b>		

A: U tuyến đa hình      U: U tế bào tuyến túi      E: K tế bào tuyến nang  
 B: U tuyến - lympho      Q: K BM TB tuyến vảy      T1: U lympho ác tính  
 O: U nang tuyến      G: K BM tuyến ko biệt hóa      X: U xơ  
 D: U tuyến đơn hình      C: K BM TB chế nhày      T: U lympho (quá sản)



**Biểu đồ 3.2: Tỷ lệ lành tính và ác tính trong số u biểu mô tuyến mang tai**

*Nhận xét:*

Qua nghiên cứu 76 trường hợp có chẩn đoán trước mổ là u tuyến nước bọt mang tai: gặp 72 trường hợp là u biểu mô tuyến chiếm 94,73%; 4 trường hợp còn lại là u tổ chức liên kết, chiếm 5,26%.

Trong số các trường hợp thì UBMLT gặp nhiều nhất chiếm tỷ lệ 80,26% (trong số này đa số là u tuyến đa hình chiếm 47,37%, còn lại là u limphô tuyến chiếm 17,11% và u tuyến đơn hình khác).

UBMAT gặp trong nghiên cứu là ung thư biểu mô tuyến chiếm 14,47% (theo bảng 3-7).

### 3.4. ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH SIÊU ÂM TUYẾN MANG TAI

Trong nghiên cứu chúng tôi tổng kết được 32 trường hợp đủ điều kiện để phân tích về đặc điểm hình ảnh siêu âm. Trong đó UBMLT chiếm 84,37% (27/32 trường hợp) và UBMAT chiếm 15,63% (5/32 trường hợp).

#### 3.4.1. Vị trí của khối u

**Bảng 3.8: Vị trí khối u xác định trên siêu âm**

Nhóm bệnh	UBMLT		UBMAT		
	Vị trí	n	%	n	%
Thùy nông		<b>22</b>	<b>81,5</b>	<b>4</b>	<b>80,0</b>
Thùy sâu		5	18,5	1	0,0
Thùy nông + Thùy sâu		0	0,0	0	20,0
<b>Tổng số</b>		27	100	5	100

*Nhận xét:* Vị trí của khối UBMLT gặp nhiều nhất ở thùy nông chiếm tỷ lệ 81,5%, nằm ở thùy sâu chiếm tỷ lệ 18,5%. Với khối UBMAT có 4 trường hợp u nằm ở thùy nông chiếm 80%, 1 trường hợp ở thùy sâu.

### 3.4.2. Kích thước khối u trên siêu âm

*Bảng 3.9: Kích thước khối u xác định trên siêu âm*

Nhóm bệnh	UBMLT		UBMAT		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
< 2cm	3	11,1	1	20,0	4	12,5
<b>2 – 4 cm</b>	<b>21</b>	<b>77,8</b>	<b>3</b>	<b>60,0</b>	<b>24</b>	<b>75</b>
> 4 cm	3	11,1	1	20,0	4	12,5

*Nhận xét:* Đa số khối UBMLT có kích thước xác định qua siêu âm từ 2 – 4cm, chiếm 77,8 % các trường hợp và 80% các trường hợp UBMAT có kích thước lớn hơn 2- 4cm.

### 3.4.3. Số lượng khối u trên siêu âm

*Bảng 3.10: Số lượng khối u / 1 tuyến xác định trên siêu âm*

Nhóm bệnh	UBMLT		UBMAT		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Một khối	<b>24</b>	<b>88,9</b>	<b>4</b>	<b>80,0</b>	<b>28</b>	<b>82,35</b>
Nhiều hơn 1 khối	3	11,1	1	20,0	4	17,65

*Nhận xét:* Đa số các trường hợp có 1 khối u chiếm 82,35%. Có 4 trường hợp có nhiều hơn một khối u, trường hợp nhiều nhất có 8 khối u.

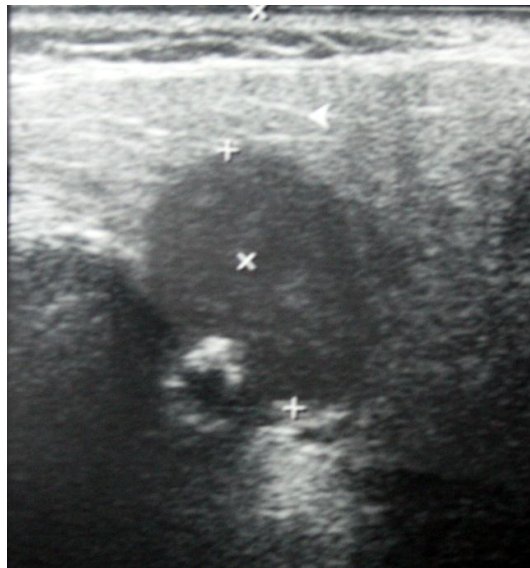


### 3.4.4. Hình dạng và ranh giới khối u trên siêu âm

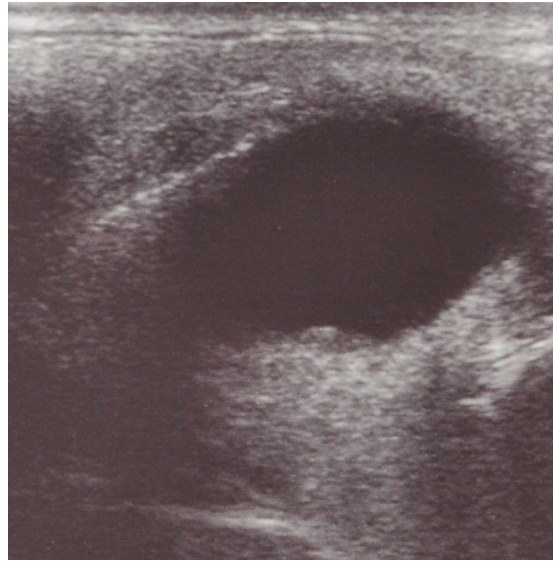
**Bảng 3.11: Hình dạng và ranh giới xác định trên siêu âm**

Nhóm bệnh		UBMLT		UBMAT		Tổng	
		n	%	n	%	n	%
<b>Ranh giới</b>	Rõ	27	100,0	3	60,0	30	93,75
	Không rõ	0	0,0	2	40,0	2	6,25
<b>Hình dạng</b>	<b>Tròn</b>	<b>16</b>	<b>59,2</b>	<b>2</b>	<b>40,0</b>	<b>18</b>	<b>56,3</b>
	<b>Bầu dục</b>	3	11,1	2	40,0	5	28,1
	<b>Múi</b>	8	29,7	1	20,0	9	15,6
<b>Tổng</b>		27	100,0	5	100,0	32	100,0

*Nhận xét:* Trong nhóm UBMLT khối u thường có hình tròn (59,2%) và có ranh giới rõ với mô tuyến xung quanh (100%). Trong nhóm UBMAT, có 2 trường hợp không có ranh giới rõ với mô tuyến còn lại (40%).



*Hình 3.1. Hình ảnh khối u TĐH có hình dạng tròn, cấu trúc giảm âm tương đối đồng nhất, bờ viền rõ nét. BN Phạm Thị Th., 55 tuổi.*



Hình 3.2. Hình ảnh khối u tuyến lympho hình bầu dục, có cấu trúc trông âm đồng nhất. BN Nguyễn Mạnh C., 32 tuổi.

### 3.4.5. Đặc điểm mật độ và cấu trúc âm

Bảng 3.12: Đặc điểm mật độ và cấu trúc âm

Đặc điểm		Nhóm bệnh	UBMLT		UBMAT		CHUNG	
			n	%	n	%	n	%
Mật độ	Giảm âm		25	92,6	5	100	30	93,4
	Trống âm		1	3,7	0	0,0	1	3,3
	Tăng âm		1	3,7	0	0,0	1	3,3
Cấu trúc	Đồng nhất		17	63,0	3	60,0	21	61,8
	Không đồng nhất		10	37,0	2	40,0	13	38,2

Nhận xét: UBMLT có dấu hiệu giảm âm trong 92,6%, UBMAT là 100%. UBMLT có cấu trúc đồng nhất (63,0%), UBMAT có cấu trúc không đồng nhất (40%).

**Bảng 3.13: Đặc điểm cấu trúc âm**

Nhóm bệnh Đặc điểm		UBMLT		UBMAT		CHUNG	
		n	%	n	%	n	%
<b>Cấu trúc</b>	Đặc	13	48,2	3	60,0	16	50,0
	Dịch	4	14,8	0	0,0	4	12,5
	Đặc + Dịch	10	37,0	2	40,0	12	37,5

Cấu trúc của khối UBMAT là cấu trúc đặc (60%), hỗn hợp (40%). Cấu trúc của khối UBMLT là cấu trúc đặc (48,2%), hỗn hợp (37,0%).

#### 3.4.6. Hình ảnh tín hiệu mạch

**Bảng 3.14: Hình ảnh tín hiệu mạch trên siêu âm**

Nhóm bệnh Tín hiệu mạch	UBMLT		UBMAT		CHUNG	
	n	%	n	%	n	%
Ít tăng tín hiệu	26	96,3	4	80,0	30	93,75
Tăng tín hiệu	1	3,7	1	20,0	2	6,25

*Nhận xét:* UBMLT có tỷ lệ ít tăng tín hiệu mạch 96,3% và UBMAT có tỷ lệ tăng tín hiệu mạch là 20%.

### 3.5. ĐẶC ĐIỂM SIÊU ÂM CÁC LOẠI U HAY GẶP

#### 3.5.1. U tuyến đa hình và u tuyến lympho

**Bảng 3.15: Vị trí u tuyến đa hình và u tuyến - lympho trên siêu âm**

Nhóm bệnh	UTĐH		UTL		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Thùy nông	12	54,5	5	83,3	17	77,3
Thùy sâu	4	45,5	1	16,7	5	22,7
<b>Tổng</b>	16	100	6	100	22	100

*Nhận xét:* U tuyến đa hình và u tuyến lympho thường gặp ở thùy nông với tỷ lệ là 54,5% và 83,3%.

**Bảng 3.16: Kích thước và số lượng của UTĐH và UTL trên siêu âm**

Nhóm bệnh	Đặc điểm	UTĐH		UTL		Tổng	
		n	%	n	%	n	%
Kích thước	< 2cm	2	12,5	1	16,7	3	13,7
	<b>2 – 4 cm</b>	<b>13</b>	<b>81,25</b>	<b>3</b>	<b>50,0</b>	<b>16</b>	<b>72,6</b>
	> 4 cm	1	6,25	2	33,3	3	13,7
Số lượng	<b>1 khối</b>	<b>13</b>	<b>81,25</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>86,4</b>
	> 1 khối	3	18,75	0	0,0	3	13,6
<b>Tổng</b>		16	100	6	100	22	100

*Nhận xét:*

- U tuyến đa hình có kích thước thường gặp của là 2 - 4cm (81,25%): có 18,75% các trường hợp có nhiều hơn 1 khối u.
- U tuyến - lympho chỉ có dạng một khối u, kích thước thường gặp là 2 - 4cm (50%).

**Bảng 3.17: Hình dạng và ranh giới trên siêu âm của UTĐH và UTL**

Nhóm bệnh		UTĐH		UTL		Tổng	
		n	%	n	%	n	%
<b>Hình dạng</b>	Tròn	7	43,75	4	66,7	11	50,0
	Bầu dục	1	6,25	2	33,3	3	13,6
	Múi	8	50,0	0	0	8	36,4
<b>Ranh giới</b>	Rõ	16	100	6	100	22	100,0
	Không rõ	0	0	0	0	0	0
<b>Tổng</b>		16	100	6	100	22	100

*Nhận xét:* U tuyến đa hình thường có hình múi (50%), tròn (43,75) và có ranh giới rõ; u tuyến - lympho thường có hình dạng tròn (66,7%) và có ranh giới rõ.

**Bảng 3.18: Đặc điểm mật độ và cấu trúc âm của UTĐH và UTL**

Nhóm bệnh		UTĐH		UTL		Tổng	
		n	%	n	%	n	%
<b>Mật độ</b>	Giảm âm	16	100,0	4	66,6	20	81,0
	Trống âm	0	0,0	1	16,7	1	4,5
	Tăng âm	0	0,0	1	16,7	1	4,5
<b>Cấu trúc</b>	Đồng nhất	12	75,0	2	33,3	14	63,6
	Không đồng nhất	4	25,0	4	66,7	8	36,4
<b>Tổng</b>		16	100,0	6	100,0	22	100,0

*Nhận xét:* Mật độ u tuyến đa hình thường có đặc điểm giảm âm, trong nghiên cứu là 100%, u tuyến - lympho là 66,6%. Cấu trúc đồng nhất gặp ở u tuyến đa hình 75%, ở u tuyến - lympho gặp 66,7% không đồng nhất.

**Bảng 3.19: Đặc điểm cấu trúc âm của UTĐH và UTL**

Nhóm bệnh		UTĐH		UTL		Tổng	
		n	%	n	%	n	%
Cấu trúc	Đặc	12	75,0	0	0,0	12	54,6
	Dịch	0	0,0	2	33,3	2	9,1
	Đặc + Dịch	4	25,0	4	66,7	6	27,3
<b>Tổng</b>		16	100,0	6	100,0	22	100,0

Mật độ không đồng nhất chủ yếu ở dạng hỗn hợp tổ chức u đặc và dịch.

### 3.5.2. Ung thư biểu mô nhày dạng biểu bì

Trong nghiên cứu tất cả các trường hợp gặp là ung thư biểu mô. Ung thư biểu mô nhày dạng biểu bì gặp 3/5 trường hợp, với các đặc điểm siêu âm: 2 trường hợp gặp ở thùy nông, 1 trường hợp u xâm lấn cả 2 thùy. U có hình tròn và hình múi và 1 trường hợp phát hiện 2 khối u trong tuyến. 2/3 trường hợp u có ranh giới rõ và có cấu trúc không đồng nhất.

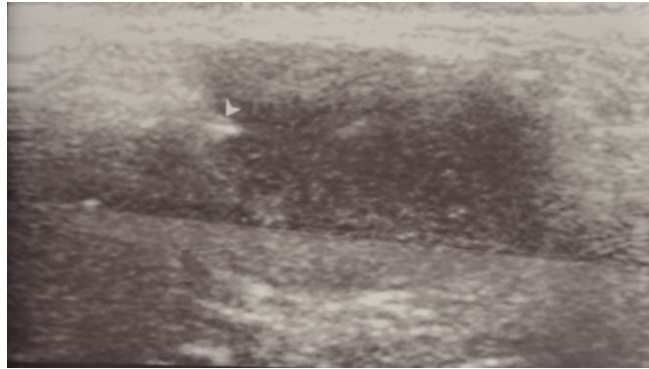
### 3.6 ĐẶC ĐIỂM KẾT QUẢ SINH THIẾT CÓ HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM

Tất cả các trường hợp trong mẫu nghiên cứu đều có chẩn đoán u tuyến nước bọt mang tai theo phân loại của Tổ chức y tế thế giới (OMS) năm 1991.

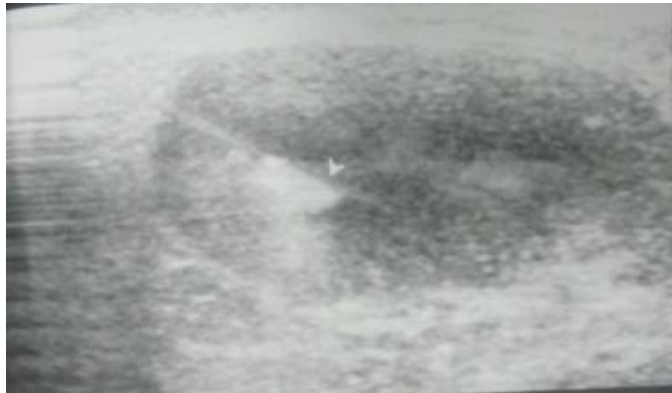
**Bảng 3.20: Kết quả sinh thiết**

<b>Kết quả sinh thiết</b>	<b>Nguồn gốc</b>	<b>Số bệnh nhân</b>		<b>Tỷ lệ %</b>
Không rõ chẩn đoán		1	1	2,94
Tổ chức viêm		1	1	2,94
U tuyến đa hình	UBMLT	18	23	52,90
U tuyến		1		2,94
U tuyến-lympho		4		11,80
U xơ- nhày	UTCLK	1	3	2,94
U lympho		2		5,90
K biểu mô tuyến	UBMAT	3	6	8,80
K biểu mô tuyến nang		2		5,90
K biểu mô nhày – biểu bì		1		2,94
<b>Tổng</b>		<b>34</b>		<b>100</b>

*Nhận xét:* Qua nghiên cứu sinh thiết 34 ca thì 33 ca rõ chẩn đoán, 1 ca không rõ chẩn đoán do bệnh phẩm sinh thiết ra không đủ. Tổng số u lành tính gặp nhiều nhất 26/34 ca (76,3%) (trong số này đa số là u tuyến đa hình 18/34 ca; u tuyến-lympho 4/34 ca; 1 ca u tuyến đơn hình và 1 ca là u của tổ chức liên kết (u xơ kèm ít Túi bào chế nhày). U ác tính gặp trong nghiên cứu là 6/34 ca (15%) (theo bảng 3-1). Trong số u ác tính, nhiều nhất là K biểu mô tuyến 3/34 ca; K biểu mô tuyến nang 2/34 ca và 1 ca K biểu mô nhày biểu bì.



*Hình 3.3. Hình ảnh đầu kim sinh thiết sát vỏ bao khối u và đẩy lún vỏ vào lòng khối u. BN Nông Thanh Ph., 55 tuổi.*



*Hình 3.4. Hình ảnh kim sinh thiết đã cắt gọn tổ chức trong lòng khối u.  
BN Nông Thanh Ph., 55 tuổi.*

Phù hợp chẩn đoán giữa ST và KQ GPB sau mổ về các Típ MHB: 32/33 ca (96,9%).



### 3.7. ĐỐI CHIẾU SIÊU ÂM VÀ GPBL

**Bảng 3.21: Đối chiếu siêu âm và GPBL**

Kết luận của SA \ Bản chất khối u	Lành tính	Ác tính
	Lành tính	27
Ác tính	0	2

*Nhận xét:* Độ nhạy (lành tính):  $27/27 = 100\%$ ; độ chính xác:  $(27+2)/32 = 90,6\%$ .

### 3.8. ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CLVT U TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TẠI

#### 3.8.1. Vị trí khối u

**Bảng 3.22: Vị trí khối u**

Nhóm bệnh \ Đặc điểm	UBMLT		UBMAT		UTCLK		P
	n	%	n	%	n	%	
Thùy nông	32	52,46	5	45,45	3	75,00	>0,05
Thùy sâu	21	34,43	2	18,18	1	25,00	
Cả hai thùy	8	13,11	3	27,27	0	0,00	
Vượt ra ngoài tuyến	0	0,00	1	9,09	0	0,00	
<b>Tổng</b>	<b>61</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	

*Nhận xét:*

Vị trí của khối UBMLT gặp nhiều nhất ở thùy nông (52,46%), khối UBMAT tỷ lệ ở các vị trí: thùy nông là lớn nhất chiếm 45,45%, tiếp theo là vị trí khác. UTCLK gặp 75% các trường hợp có vị trí thùy nông.

### 3.8.2. Kích thước khối u.

**Bảng 3.23: Sự phân bố kích thước khối u theo từng nhóm bệnh**

Nhóm bệnh	UBMLT		UBMAT		UTCLK		P
	n	%	n	%	n	%	
< 2 cm	10	16,39	3	27,27	1	25,00	>0,05
<b>2 - 4 cm</b>	<b>45</b>	<b>73,77</b>	<b>7</b>	<b>63,64</b>	<b>3</b>	<b>75,00</b>	
>4 - 6 cm	6	9,84	1	9,09	0	0,00	
Tổng	61	100,00	11	100,00	4	100,00	

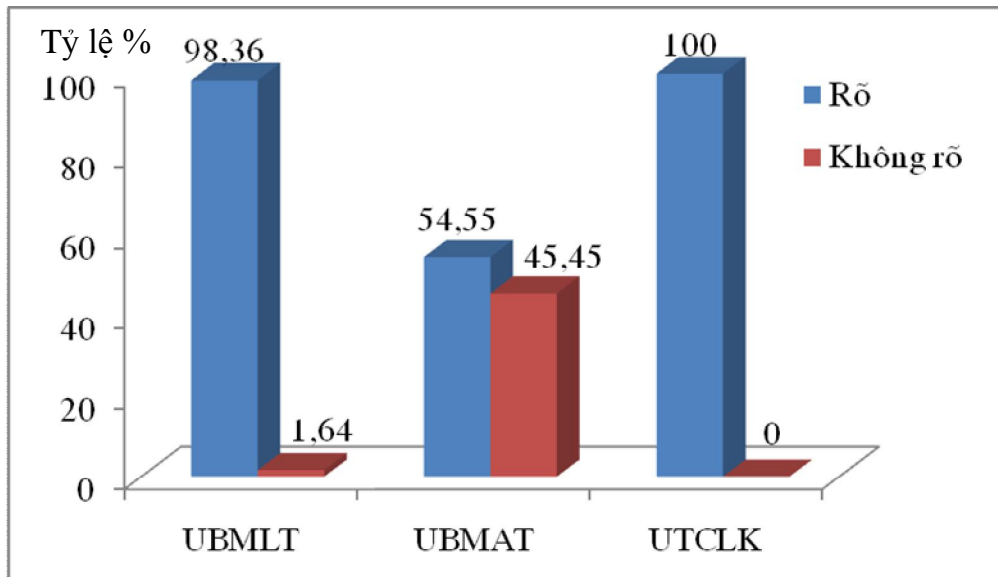
*Nhận xét:*

Đường kính nhỏ nhất gặp là 1cm, đường kính lớn nhất gặp là 6cm. Đa số khối UBMLT có đường kính 2- 4cm (73,77%), hơn một nửa các trường hợp UBMAT có đường kính từ 4cm đến 6cm. Với khối UTCLK có đường kính khối lớn, 75% các trường hợp có đường kính 4- 6cm, 25% các trường hợp có đường kính từ <2cm.

### 3.8.3. Ranh giới

**Bảng 3.24: Ranh giới của u theo từng nhóm bệnh**

Nhóm bệnh	UBMLT (n=61)		UBMAT (n=11)		UTCLK (n=4)		P
	n	%	n	%	n	%	
Rõ	60	98,36	6	54,55	4	100,00	<0,05
Không rõ	1	1,64	5	45,45	0	0,00	



**Biểu đồ 3.3: Ranh giới của u theo từng nhóm bệnh**

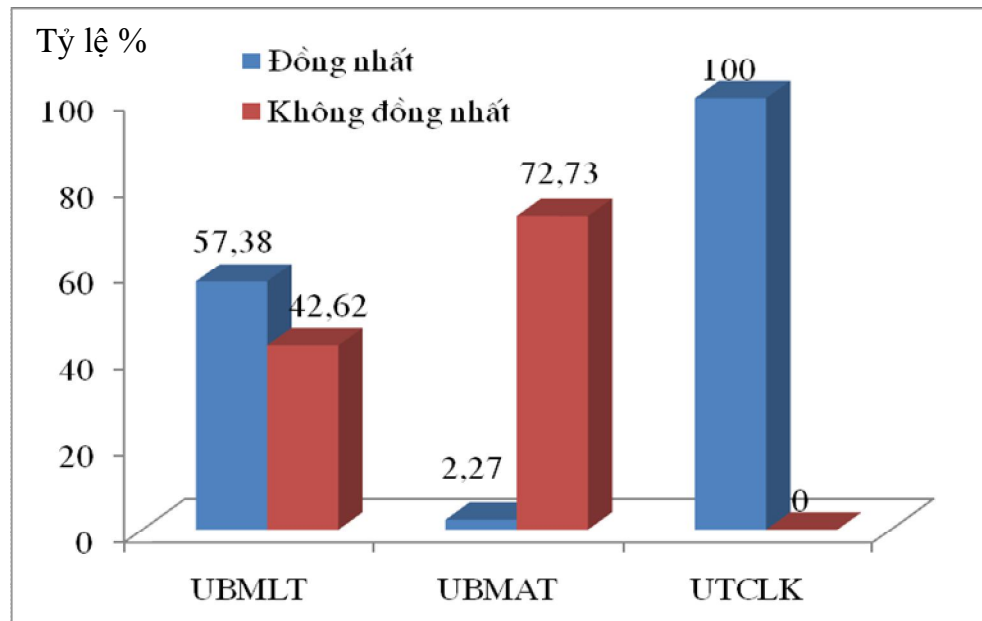
*Nhận xét:*

Tỷ lệ % ranh giới u rõ gặp ở UBMLT cao chiếm 98,3%. Đối với UBMAT tỷ lệ rõ và không rõ chênh lệch không nhiều, ranh giới rõ chiếm 54,55% và không rõ chiếm 45,45%. Nhóm UTCLK 100,0% có ranh giới rõ.

#### 3.8.4. Cấu trúc

**Bảng 3.25: Sự phân bố cấu trúc u theo từng nhóm bệnh**

Nhóm bệnh	UBMLT		UBMAT		UTCLK		P
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
<b>Cấu trúc</b>							<i>p</i> <0,05
Đồng nhất	35	57,38	3	2,27	4	100,00	
Không đồng nhất	26	42,62	8	72,73	0	0,00	
<b>Tổng số</b>	<b>61</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	



**Biểu đồ 3.4: Cấu trúc của u theo từng nhóm bệnh**

*Nhận xét:*

Hầu hết nhóm UBMAT (8/11 trường hợp) có cấu trúc u không đồng nhất trong khi đó hai nhóm UBMLT có khoảng gần một nửa (26/61 các trường hợp) có cấu trúc u không đồng nhất.

**Bảng 3.26: Đặc điểm cấu trúc của nhóm không đồng nhất**

Bệnh	UBMLT		UBMAT		P
	(n)	%	(n)	%	
Vôi	1	3,85	0	0,00	>0,05
Dịch	22	84,61	5	62,50	
Máu	0	0,00	0	0,00	
Mủ	0	0,00	0	0,00	
Hoại tử	1	3,85	4	50,00	
<b>Tổ chức</b>	<b>26</b>	<b>100,00</b>	<b>7</b>	<b>87,50</b>	
Hỗn hợp	26	100,00	8	100,00	

*Nhận xét:*

Trong số u có cấu trúc không đồng nhất, loại có cấu trúc hỗn hợp là loại thường gặp chiếm 100% ở UBMLT (26/26 trường hợp) thường tổ chức kèm dịch. Ở UBMLT có 7/8 trường hợp có cấu trúc hỗn hợp, gồm tổ chức kèm hoại tử trung tâm u hoặc tổ chức kèm dịch.

### 3.8.5. Tỷ trọng

**Bảng 3.27: Đặc điểm thay đổi tỷ trọng theo từng nhóm bệnh**

Nhóm bệnh	UBMLT		UBMAT		UTCLK		P
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Tăng	6	9,84	1	9,09	0	0,00	>0,05
Đồng	22	36,07	2	18,18	3	75,00	
Giảm	9	14,75	0	0,00	1	25,00	
<b>Hỗn hợp</b>	<b>24</b>	<b>39,34</b>	<b>8</b>	<b>72,73</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	
Số Lượng	61	100,0	11	100,0	4	100,0	

*Nhận xét:*

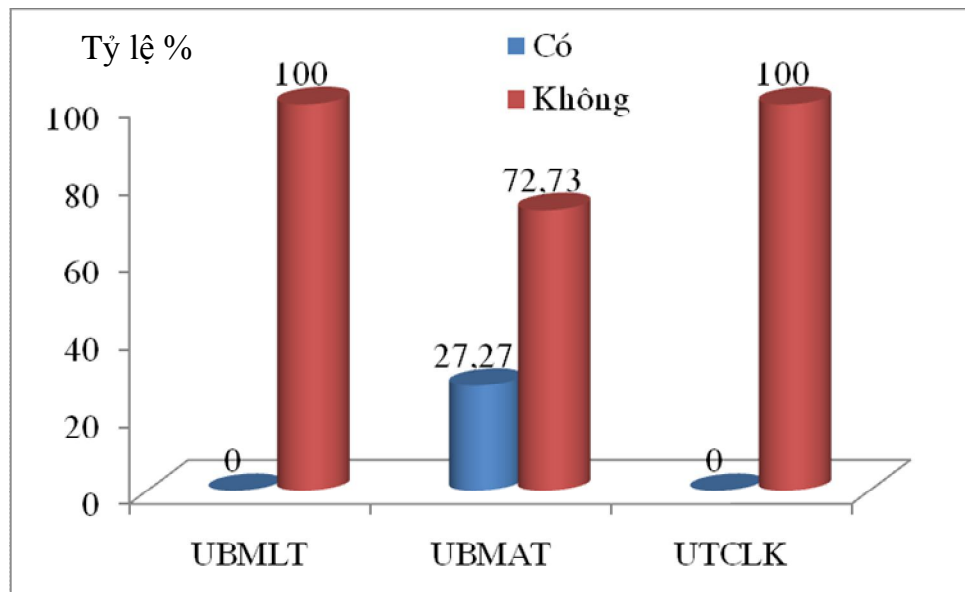
Phần lớn UBMLT có tỷ trọng hỗn hợp (39,34%), tương tự với nhóm UMBAT, số trường hợp tỷ trọng hỗn hợp chiếm cao nhất (72,73%). Nhóm UTCLK gặp 3/4 trường hợp đồng tỷ trọng chiếm 75%.

### 3.8.6. Tổn thương do u

Các tổn thương tổ chức lành xung quanh như cơ, xương, thần kinh...do sự phát triển kích thước của khối u gây chèn ép với thời gian dài hoặc do sự xâm lấn ác tính.

**Bảng 3.28: Tổn thương do u**

Nhóm bệnh	UBMLT (n=26)		UBMAT (n=6)		UTCLK (n=20)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Có	0	0,00	3	27,27	0	0,00
Không	61	100,00	8	72,73	4	100,00
<b>Tổng số</b>	<b>61</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>

**Biểu đồ 3.5: Tổn thương do u**

*Nhận xét:*

- Tỷ lệ xâm lấn ở nhóm bệnh UBMAT gặp 3/8 trường hợp chiếm tỷ lệ 27,27% số trường hợp.
- Ở nhóm UBMLT không gặp trường hợp nào có tổn thương tổ chức xung quanh.
- Nhóm UTCLK cũng không gặp trường hợp nào có tổn thương tổ chức xung quanh.

**Bảng 3.29: Đặc điểm tổn thương tổ chức do u**

Nhóm bệnh	UBMAT		<i>P</i>
	<i>n</i>	%	
Tổn thương			
Cơ	3	100,0	>0,05
Xương	0	00,0	
M.máu	1	33,3	
T.kinh	2	66,7	
Mỡ dưới da	1	33,3	

*Nhận xét:*

Trong số UBMAT gặp 3/3 trường hợp xâm lấn, phá hủy một phần cơ cắn chiếm 100%, ở mức xâm lấn mạch máu 1/3 trường hợp. Đối với xâm lấn thần kinh VII gặp 2/3 trường hợp.

### **3.8.7. Tính chất ngấm thuốc cản quang của u**

Trong nghiên cứu có 4 trường hợp được tiêm thuốc cản quang trong 76 trường hợp chụp CLVT. Đặc điểm ngấm thuốc của khối u sau khi tiêm thuốc được so sánh với thời điểm trước tiêm. Sự ngấm thuốc của tổ chức đồng nghĩa với sự tăng tỷ và được chia độ.

**Bảng 3.30: Tính chất ngấm thuốc cận quang của u**

Nhóm bệnh Ngấm thuốc	UBMLT		P
	<i>n</i>	%	
Độ I (< 5 HU)	2		
Độ II (5 - 10 HU)	1		
Độ III (> 10 HU)	1		
<i>Tổng số</i>	<b>4</b>		

*Nhận xét:*

Trong số 4 trường hợp UBMLT được tiêm có 2 trường hợp ngấm độ I, 1 trường hợp ngấm độ II, 1 trường hợp ngấm thuốc độ III.

### 3.8.8. Hạch

**Bảng 3.31: Xuất hiện hạch**

Nhóm bệnh	Hạch		UBMLT		UBMAT		UTCLK		P
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%			
Có	4	6,56	1	9,09	0	0,00	>0,05		
Không	57	93,44	10	90,91	4	100,00			
<b>Tổng số</b>	<b>61</b>	<b>100,0</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>			

*Nhận xét:*

- Nhóm UBMLT có 4/61 trường hợp có hạch chiếm 6,56%.
- Nhóm UBMAT có 1/11 trường hợp có hạch chiếm 10%.
- Nhóm UTCLK không có trường hợp xuất hiện hạch.



### 3.9 ĐẶC ĐIỂM CLVT LOẠI U HAY GẶP

Thực tế qua nghiên cứu 76 trường hợp có chẩn đoán trước mổ là u tuyến nước bọt mang tai, chúng tôi thu được (theo GPB):

- Đa số UBMLT là u tuyến đa hình chiếm 69,2% (36/61 trường hợp), các loại khác như u tuyến - lympho gặp ít hơn 21,3% (13/61 trường hợp).
- UBMAT gặp 45,4% (5/11 trường hợp) là ung thư biểu mô tế bào ché nhày, ung thư biểu mô tuyến không biệt hoá gặp 3/11 trường hợp chiếm 27,3%.
- 4 trường hợp là UTCLK.

Trong nghiên cứu, u tuyến đa hình hay gặp nhất chiếm 69,2% số u lành tính, tất cả các trường hợp u ác tính là ung thư biểu mô tuyến chiếm 100%.

#### 3.9.1. Đặc điểm CLVT u tuyến đa hình.

- Vị trí của khối u: Thùy nông và toàn bộ tuyến là vị trí hay gặp nhất của u tuyến đa hình chiếm 44,4% và 38,8%.

**Bảng 3.32: Đặc điểm vị trí của khối u**

<b>Vị trí</b>	<b>Thùy nông</b>	<b>Thùy sâu</b>	<b>Cả hai thùy</b>	<b>Tổng</b>
<b>Tổng</b>				
Số lượng	20	13	3	36
Tỷ lệ %	55,56	36,11	8,33	100,0

- Ranh giới của khối u: Ranh giới thường rõ, tỷ lệ chiếm 100,0%.

**Bảng 3.33: Kích thước của khối u**

<b>Kích thước</b>	<b>&lt; 2 cm</b>	<b>2 – 4 cm</b>	<b>&gt;4 – 6 cm</b>	<b>Tổng</b>
<b>Tổng</b>				
Số lượng	5	29	2	36
Tỷ lệ %	13,89	80,56	5,56	100,0

- Kích thước của khối u: Chúng tôi hay gặp khối u có đường kính nhỏ hơn 2 cm chiếm 13,89% (gặp 5/36 trường hợp), loại có đường kính từ 2cm đến 4cm gặp nhiều nhất 80,56% (gặp 29/36 trường hợp).

**Bảng 3.34: Đặc điểm cấu trúc khối u**

<b>Cấu trúc</b>	<b>Đồng nhất</b>	<b>Không đồng nhất</b>	<b>Tổng</b>
<b>Tổng</b>			
Số lượng	23	13	36
Tỷ lệ %	63,89	36,11	100

Trong số 23 trường hợp có cấu trúc không đồng nhất: 22 trường hợp có kén dịch trong khối u, 1 trường hợp u có ổ hoại tử, 1 trường hợp còn lại khối u là tổ chức có tỷ trọng gần tương đương với tuyến lành nhưng không đồng nhất ở một số vị trí với sự thay đổi tỷ trọng không nhiều.

Cấu trúc của khối u: Cấu trúc u tuyến đa hình có tỷ lệ đồng nhất 63,89% và không đồng nhất chiếm 36,11%.

**Bảng 3.35: Đặc điểm về loại cấu trúc**

<b>Cấu trúc</b>	<b>Vôi</b>	<b>Dịch</b>	<b>Tổ chức</b>	<b>Hỗn hợp</b>	<b>Tổng</b>
<b>Tổng</b>					
Số lượng	1	4	2	2	9
Tỷ lệ %		44,4			100,0

Nhìn chung đặc điểm dịch trong u gặp nhiều hơn cả là 4 trường hợp, tính cả 2 trường hợp dịch ở nhóm có cấu trúc hỗn hợp tổ chức, vôi, dịch là 6/9 trường hợp chiếm 66,6%.

Tỷ trọng của khối u: Chúng tôi gặp nhiều trường hợp đồng trọng 17/36 trường hợp chiếm 47,22%, tỷ trọng hỗn hợp ít hơn chiếm 30,56% (11/36 trường hợp), sau đó là các trường hợp tăng tỷ trọng và giảm tỷ trọng chiếm 16,67% và 5,56%.

**Bảng 3.36: Tỷ trọng khối u**

<b>Tỷ trọng</b>	<b>Tăng</b>	<b>Đồng</b>	<b>Giảm</b>	<b>Hỗn hợp</b>	<b>Tổng</b>
<b>Tổng</b>					
Số lượng	6	17	2	11	36
Tỷ lệ %	16,67	47,22	5,56	30,56	100,0

- **Tổn thương tổ chức xung quanh do u:** Trong nghiên cứu chúng tôi gặp 1/36 trường hợp có gây tổn thương tổ chức xung quanh do chèn ép lâu ngày phá hủy cơ cấu, tổ chức xung quanh
- **Hạch:** Chúng tôi gặp 3 trường hợp nổi hạch.

### 3.9.2. Đặc điểm CLVT u tuyến - lympho (u Warthin).

- **Vị trí của khối u:** Nhìn chung gặp đồng đều ở các vị trí: thùy nông 38,46%, thùy sâu và toàn bộ tuyến đồng đều là 30,77%.

**Bảng 3.37: Đặc điểm vị trí của khối u**

<b>Vị trí</b>	<b>Thùy nông</b>	<b>Thùy sâu</b>	<b>Cả hai thùy</b>	<b>Tổng</b>
<b>Tổng</b>				
Số lượng	5	4	4	13
Tỷ lệ %	38,46	30,77	30,77	100,0

- **Ranh giới của khối u:** Ranh giới thường rõ, tỷ lệ chiếm 100,0%.
- **Kích thước của khối u:** Chúng tôi hay gặp khối u có đường kính 2 – 4 cm chiếm 69,23% (gặp 9/13 trường hợp), loại có đường kính từ < 2cm gặp ít nhất 7,69% (gặp 1/13 trường hợp).

**Bảng 3.38: Kích thước của khối u**

<b>Kích thước</b>	<b>&lt; 2 cm</b>	<b>2 – 4 cm</b>	<b>&gt;4 – 6 cm</b>	<b>Tổng</b>
<b>Tổng</b>				
<b>Số lượng</b>	1	9	3	13
<b>Tỷ lệ %</b>	7,69	69,23	23,08	100,0

**Bảng 3.39: Đặc điểm cấu trúc khối u**

<b>Cấu trúc</b>	<b>Đồng nhất</b>	<b>Không đồng nhất</b>	<b>Tổng</b>
<b>Tổng</b>			
<b>Số lượng</b>	4	9	13
<b>Tỷ lệ %</b>	30,77	69,23	100

Trong số 9 trường hợp có cấu trúc không đồng nhất, chủ yếu các trường hợp có kén dịch trong khối u.

- Cấu trúc của khối u: Cấu trúc u tuyến đa hình có tỷ lệ đồng nhất 69,23% và không đồng nhất chiếm 30,77%.
- Tỷ trọng của khối u: Chúng tôi gặp nhiều trường hợp đồng trọng tăng với 17/36 trường hợp chiếm 47,22%, tỷ trọng hỗn hợp ít hơn chiếm 30,56% (11/36 trường hợp), sau đó là các trường hợp tăng tỷ trọng và giảm tỷ trọng chiếm 16,67% và 5,56%.

**Bảng 3.40: Tỷ trọng khối u**

<b>Tỷ trọng</b> <b>Tổng</b>	<b>Tăng</b>	<b>Đồng</b>	<b>Giảm</b>	<b>Hỗn hợp</b>	<b>Tổng</b>
Số lượng		2	2	9	13
Tỷ lệ %		15,38	15,38	69,23	100,0

- **Tổn thương tổ chức xung quanh do u:** Trong nghiên cứu chúng tôi gặp 3/9 trường hợp có gây tổn thương tổ chức xung quanh do chèn ép lâu ngày phá hủy cơ căn, tổ chức xung quanh.
- **Hạch:** Chúng tôi gặp 1 trường hợp nổi hạch.

### 3.10. ĐỐI CHIẾU CLVT VÀ GPBL

**Bảng 3.41: Đối chiếu CLVT và GPBL**

<b>Bản chất khối u</b> <b>Kết luận của CLVT</b>	<b>Lành tính</b>	<b>Ác tính</b>
<b>Lành tính</b>	64	5
<b>Ác tính</b>	0	7

*Nhận xét:* Độ nhạy (lành tính):  $64/64 = 100\%$ ; Hệ số phù hợp chẩn đoán ( $\gamma$ ):  $(64+7)/76 = 93,4\%$ .

### 3.11. ĐẶC ĐIỂM PHẪU THUẬT U TUYẾN MANG TAI

#### 3.11.1. Phương pháp phẫu thuật

*Bảng 3.42: Phân loại cách thức phẫu thuật nhóm UBMLT*

UBMLT		U tuyến đa hình	U tuyến lympho	U nang tuyến	U tuyến đơn hình	Tổng	
						n	(%)
Vị trí	Thùy nông	19	6	3	4	32	52,5
	Thùy sâu	12	4	5	0	21	34,4
	Nông+sâu	5	3		0	8	13,1
Bóc tách TK VII	Xuôi	34	13	7	<u>4</u>	58	95,1
	Ngược	2	0	1	0	3	4,9
Bảo tồn TK VII	Có	36	13	8	<u>4</u>	61	100
	Không	0	0	0	0	0	0
Phẫu thuật U	Đơn thuần	1	3	1	2	7	11,5
	Thùy nông	8	2	1	2	13	21,3
	Toàn bộ	27	8	6	0	41	67,2
Tổng		<b>36</b>	<b>13</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>61</b>	<b>100,0</b>

**Bảng 3.43: Phân loại cách thức phẫu thuật nhóm UBMAT**

UBMAT		K BM nhà	K BM tuyển	K TB tuyển nang	K TB vây	K TB tuyển túi	Tổng	
							n	(%)
<b>Vị trí</b>	Thuyền nông	1	1	0	1	1	4	36,4
	Thuyền sâu	2	0	1	0	0	3	27,2
	Nông+sâu	2	2	0	0	0	4	36,4
<b>Bóc tách TKVII</b>	Xuôi	5	3	1	1	1	11	100
	Ngược	0	0	0	0	0	0	00,0
<b>Bảo tồn TK VII</b>	Có	4	3	1	0	1	9	81,8
	Không	1	0	0	1	0	2	18,2
<b>Phẫu thuật U</b>	Đơn thuần	0	0	0	0	1	1	9,1
	Thuyền nông	0	1	0	0	0	1	9,1
	Toàn bộ	5	2	1	1	0	9	81,8
<b>Tổng</b>		<b>5</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>

**Bảng 3.44: Phân loại cách thức phẫu thuật nhóm UTCLK**

UBMLT		U xơ nhày	U lympho	U lympho ác tính	Tổng	
					n	(%)
<b>Vị trí</b>	Thuyền nông	1	2	0	3	75,0
	Thuyền sâu	0	0	1	1	25,0
	Nông+sâu	0	0	0	0	00,0
<b>Bóc tách TK VII</b>	Xuôi	1	2	1	4	100,0
	Ngược	0	0	0	0	00,0
<b>Bảo tồn TK VII</b>	Có	1	3	1	4	100,0
	Không	0	0	0	0	0,00
<b>Phẫu thuật U</b>	Đơn thuần	0	1	0	1	25,0
	Thuyền nông	0	1	0	1	25,0
	Toàn bộ TMT	1	0	1	2	50,0
<b>Tổng</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>

*Nhận xét:*

▪ **Cách thức phẫu thuật cắt u tuyến mang tai:**

- Nhóm UBMLT: Đa số u tuyến đa hình có chỉ định cắt u kèm theo toàn bộ TNB (27/36 trường hợp) chiếm 75%, cắt u kèm thuyền nông (8/36 trường hợp) chiếm 22,2%. Các loại u khác như u tuyến – lympho, u nang tuyến, u tuyến đơn hình nếu u ở thuyền nông thì đa số được chỉ định



cắt u đơn thuần hoặc kèm cả thủy nông. 100% u tuyến đơn hình trong nghiên cứu nằm ở thủy nông và 100% được chỉ định cắt u đơn thuần và cắt u kèm thủy nông, tương tự ở u tuyến lympho 5/6 trường hợp u nằm ở thủy nông được chỉ định cắt u đơn thuần (3/6 trường hợp) và cắt u kèm thủy nông (2/6 trường hợp).

- Nhóm UBMAT: Đa số các trường hợp được chỉ định cắt u kèm toàn bộ tuyến chiếm 81,8% (9/11 trường hợp). 100% dùng kỹ thuật bóc tách dây thần kinh VII từ gốc. Có hai trường hợp thâm nhiễm dây thần kinh VII nên chủ động cắt bỏ u, tuyến và một số nhánh.
- Nhóm UTCLK: U lympho lành tính chỉ định cắt u đơn thuần và kèm thủy nông, một trường hợp u xơ được cắt kèm cả tuyến, một trường hợp u lympho ác tính được cắt u kèm toàn bộ tuyến.

▪ **Phẫu thuật bảo tồn và không bảo tồn dây thần kinh VII:**

- Nhóm UBMLT: 100% nhóm UBMLT được chỉ định cắt u bóc tách bảo tồn dây thần kinh VII.
- Nhóm UBMAT: 100% dùng kỹ thuật bóc tách dây thần kinh VII từ gốc. Có 2/11 trường hợp thâm nhiễm dây thần kinh VII nên chủ động chỉ định cắt bỏ u kèm tuyến và một số nhánh thần kinh VII.
- Nhóm UTCLK: Tất cả các trường hợp được chỉ định cắt u bảo tồn dây thần kinh VII.

▪ **Kỹ thuật bóc tách bảo tồn dây thần kinh VII:**

- Nhóm UBMLT: 95,1% (58/61 trường hợp) áp dụng kỹ thuật bóc tách dây thần kinh từ gốc.
- Nhóm UBMAT: 100% dùng kỹ thuật bóc tách dây thần kinh VII từ gốc.
- Nhóm UTCLK: 100% dùng kỹ thuật bóc tách dây thần kinh VII từ gốc.

### 3.11.2. Kết quả phẫu thuật

- Kết quả theo dõi từ sau điều trị phẫu thuật:

**Bảng 3.45: Kết quả theo dõi sau điều trị phẫu thuật nhóm UBMAT**

UBMAT		K BM nhà	K BM tuyến	K TB tuyến nang	K TB vảy	K TB tuyến túi	Tổng	
							n	(%)
<b>Liệt nhánh tạm thời</b>	Có	1	0	0	1	0	2	18,2
	Không	4	3	1	0	1	9	81,8
<b>Tụ máu vết mổ</b>	Có	2	0	1	1	0	4	36,4
	Không	3	3	0	0	1	7	63,6
<b>nhiễm trùng vết mổ</b>	Có	0	0	0	0	0	0	00,0
	Không	5	3	1	1	1	11	100,0
<b>Tổng</b>		<b>5</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>11</b>	<b>100,0</b>

**Bảng 3.46: Kết quả theo dõi sau điều trị phẫu thuật nhóm UBMLT**

UBMLT		U tuyến đa hình	U tuyến lympho	U nang tuyến	U tuyến đơn hình	Tổng	
						n	(%)
<b>Liệt nhánh tạm thời</b>	Có	3	1	0	0	4	6,6
	Không	33	12	8	4	57	93,4
<b>Tụ máu vết mổ</b>	Có	4	2	1	0	7	11,5
	Không	32	11	7	4	54	8,5
<b>Nhiễm trùng vết mổ</b>	Có	4	3	0	0	7	11,5
	Không	32	10	8	4	54	88,5
<b>Tổng</b>		<b>36</b>	<b>13</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>61</b>	<b>100,0</b>

**Bảng 3.47: Kết quả theo dõi từ sau điều trị phẫu thuật nhóm UTCLK**

UTCLK		U xơ nhày	U lympho	U lympho ác tính	Tổng	
					n	(%)
<b>Liệt nhánh tạm thời</b>	Có	0	0	0	0	00,0
	Không	1	2	1	4	100,0
<b>Tụ máu vết mổ</b>	Có	0	0	0	0	
	Không	1	2	1	4	100,0
<b>Nhiễm trùng vết mổ</b>	Có	0	0	0	0	00,0
	Không	1	2	1	4	100,0
<b>Tổng</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>

*Nhận xét:*

- Nhóm UBMLT: Có 4/61 trường hợp liệt nhánh thần kinh VII tạm thời chiếm 6,6%. Tụ máu vết mổ có 7/61 trường hợp chiếm 11,5%. Nhiễm trùng vết mổ chiếm 11,5% (7/61 trường hợp).
- Nhóm UBMAT: Có 2/11 trường hợp chiếm 18,2% liệt nhánh thần kinh do chủ động cắt bỏ u, tuyến và một số nhánh bị thâm nhiễm. Tụ máu vết mổ 4/11 trường hợp chiếm 36,4%. Không gặp trường hợp nào nhiễm trùng.
- Nhóm UTCLK: Không gặp trường hợp nào liệt nhánh thần kinh VII. Không gặp trường hợp nào tụ máu vết mổ và nhiễm trùng.

- **Kết quả theo dõi từ sau điều trị phẫu thuật 3 tháng:**

**Bảng 3.48: Kết quả theo dõi sau điều trị phẫu thuật đến 3 tháng**

Triệu chứng	Số lượng (n = 76)	Tỷ lệ (%)
<b>Liệt VII</b>	6	7,89
<b>Rò nước bọt</b>	0	0,00
<b>Vết mổ liền tốt</b>	70	92,10
<b>Tái phát u</b>	0	0,00

*Nhận xét:* Sau mổ 3 tháng, số bệnh nhân liệt thần kinh VII là 06 bệnh nhân, hai trong số đó do phẫu thuật cắt bỏ u ác tính kèm tuyến và một phần dây thần kinh VII, một trong số đó do phẫu thuật tai biến đứt dây thần kinh có khâu nối nhưng biểu hiện kết quả không tốt. Không gặp trường hợp nào rò nước bọt. Vết mổ liền tốt, sẹo đẹp tỷ lệ 92,1%. Không gặp trường hợp nào tái phát.

- **Kết quả theo dõi sau điều trị phẫu thuật từ 3 tháng đến 2 năm**

**Bảng 3.49: Sau điều trị phẫu thuật từ 6 tháng đến 24 tháng**

Triệu chứng	Số lượng (n=76)	Tỷ lệ (%)
Liệt mặt	3	3,94
Rò nước bọt	0	0,00
Hội chứng Frey	10	13,15
Tình trạng sẹo vết mổ tốt	70	92,10
Tái phát u	0	0,00

*Nhận xét:* Sau mổ 6 tháng đến 24 tháng, số bệnh nhân liệt thần kinh VII là 03 bệnh nhân chiếm 3,94% do phẫu thuật cắt bỏ u ác tính kèm tuyến và một phần dây thần kinh VII. Gặp 10/76 trường hợp có hội chứng Fray chiếm 13,15%. Không gặp trường hợp nào rò nước bọt. Vết mổ liền tốt, sẹo đẹp tỷ lệ 92,1%. Không gặp trường hợp nào tái phát.

## **CHƯƠNG 4**

### **BÀN LUẬN**

Qua nghiên cứu 76 bệnh nhân trong u tuyến nước bọt mang tai, chúng tôi rút ra một số nhận xét sau:

#### **4.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU.**

##### **4.1.1. Giới tính**

Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 76 bệnh nhân, bệnh nhân nam là 29 chiếm 38,16% và nữ 47 chiếm 61,84% (Biểu đồ 3-1). Tỷ lệ mắc bệnh nghiêng về nam phù với nghiên cứu của Hàn Thị Vân Thanh [27]. Một số nghiên cứu khác như Nguyễn Minh Phương [23], Bùi Xuân Trường [32] thì tỷ lệ mắc bệnh nghiêng về nữ nhiều hơn với tỷ lệ 54,8% và 54,5%.

Đối với u tuyến đa hình, tỷ lệ mắc bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi nghiêng về nữ với tỷ lệ 53,9%. Tỷ lệ này phù hợp với nghiên cứu của Rohit Khanna và cộng sự [133]. Tỷ lệ nghiêng về nữ này cũng được nhiều tác giả khác khẳng định như Lehmann [175] là 58%, Nguyễn Minh Phương (2000) [23] là 51,28%.

Đối với Ung thư biểu mô tuyến, tỷ lệ mắc bệnh của nam cao hơn hẳn với 83,3%. Theo tác giả David W. Eisele và cộng sự [57], tỷ lệ này là đồng đều cho cả nam và nữ.

##### **4.1.2. Tuổi**

Tuổi (bảng 3-2) mắc bệnh ở mọi lứa tuổi, tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 49. Theo nghiên cứu của Nguyễn Minh Phương (2000) [23] tuổi trung bình là 44, theo Hàn Thị Vân Thanh (2001) [27] là 43, theo Eveson (1985) và cộng sự [63] thì tuổi mắc bệnh trung bình là 43.

Phân bố bệnh hay gặp nhất ở lứa tuổi 45 – 60 tuổi chiếm 39,47%. Theo Nguyễn Minh Phương [23], lứa tuổi này là từ 30- 45 tuổi, theo Hàn Thị Vân Thanh [27] lứa tuổi này từ 41- 50 tuổi. Tác giả Auclair (1991) [39] cho rằng lứa tuổi hay gặp nhất của u hỗn hợp là 30- 40.

Đối với nhóm u ác tính tuổi mắc bệnh trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 49 trong đó nhóm >45 tuổi chiếm 64,5% đặc biệt nhóm ác tính chủ yếu nằm trong độ tuổi này, cũng tuổi này theo Schmelzle.R, Plambeck.k và cộng sự (1996) [136] là 48. Xét về tuổi mắc bệnh, chúng ta thấy những bệnh lý dạng khối của tuyến mang tai hiện nay, tỷ lệ u thực sự tăng lên nhiều so với viêm do tình trạng vệ sinh răng miệng đã được cải thiện đáng kể. Chính vì vậy, hiện nay tuổi trung bình của bệnh nhân u tuyến mang tai sẽ tăng dần lên cùng với bản chất tổn thương là u thực sự ngày càng nhiều.

#### **4.1.3. Thời gian diễn biến lâm sàng**

Thời gian diễn biến lâm sàng (bảng 3-3) ở các nhóm bệnh nghiên cứu chủ yếu ở khoảng từ 1 đến 5 năm, chiếm 51,32%. Tiếp sau là khoảng thời gian dưới 1 năm. Thời gian trung bình theo Hàn Thị Vân Thanh [27] là 66,76 tháng. Thời gian trung bình theo Zbar [166] là 40,8 tháng cho loại u lành tính và 15,6 tháng cho u ác tính. U tuyến mang tai, dù ác tính cũng tiến triển chậm, bệnh tại chỗ tại vùng là chính, do hoàn cảnh và thói quen ngại đi khám bệnh nên đa số bệnh nhân đi khám khi triệu chứng lâm sàng rõ ràng và u gây biến dạng cổ - mặt.

### **4.2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG**

#### **4.2.1. U lành tính**

Tỷ lệ u phân bố bên phải và bên trái trong nghiên cứu của chúng tôi là gần tương đương (47,54% bên phải và 52,56% bên trái), kết quả phù hợp với nghiên cứu của các tác giả Hàn Thị Vân Thanh [27] là tỷ lệ bên phải và bên

trái ngang nhau (50%). Kích thước khối u chúng tôi hay gặp nhất là 2 - 4 cm chiếm tỷ lệ 67,21%, kích thước nhỏ hơn 2cm chúng tôi gặp là 18,03%. Kích thước từ 4 - 6 cm cũng chiếm tỷ lệ 14,75%, nghiên cứu của Nguyễn Minh Phương [23] là 71,9%. Theo Duroux [170] thì tỷ lệ này thấp hơn, tác giả thấy rằng u có kích thước nhỏ hơn 2 cm chiếm 26% và kích thước từ 2 - 4cm chỉ chiếm 20% và nghiên cứu của Harison Linsky [78] khẳng định kích thước khối u hay gặp từ 1- 2cm. Có thể thấy rằng cũng kích thước 2- 4cm trong nghiên cứu của chúng tôi thì tỷ lệ gặp cao hơn. Điều này có thể hiểu rằng bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi thường đến khám muộn (bảng 3-4).



*Ảnh 4.1. Khối u căng phồng vùng mang tai*

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số u thường có mật độ chắc chiếm tỷ lệ 86,89% (biểu đồ 3- 2). U có mật độ mềm chúng tôi gặp 11,84%, gặp ở các trường hợp trong u có kén dịch ( nang) và u nang. Các đặc điểm khác của khối u gặp với tỷ lệ: ranh giới rõ (59,02%), di động dễ (57,37%) (biểu đồ 3-3), không gặp trường hợp nào có khít hàm, tê và liệt dây thần kinh VII. Các đặc điểm lâm sàng này đều đã được đề cập rất nhiều trong các tài liệu liên quan [5]; [173]; [42] (bảng 3-6). Mặc dù là u lành, nhưng do tiến triển lâu, u đặc, ít nang hóa do vậy mà mật độ tổn thương thường chắc, kể cả những tổn thương viêm.

#### 4.2.2. U ác tính

Chúng tôi vẫn thấy u xuất hiện với tỷ lệ đồng đều 36,36% cho bên phải và 63,64% bên trái (bảng 3-4), nghiên cứu của một số tác giả trong nước thì tỷ lệ này tương đương [27].

Kích thước khối u thường gặp nhiều nhất trong khoảng từ 2- 4 cm với tỷ lệ 45,45% và kích thước <2 cm với tỷ lệ 45,45%. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Minh Phương [23] tỷ lệ kích thước 2- 4 cm là 72,72% còn của tác giả Hàn Thị Vân Thanh [27] là 36,4%. Một nhận xét quan trọng mà David W. Eisele [57] đưa ra là kích thước khối u càng lớn thì tính ác tính càng cao.

Đặc điểm mật độ u thường là chắc chiếm 90,91% (biểu đồ 3-2), trong nghiên cứu của chúng tôi không thấy gặp trường hợp nào có mật độ cứng. Đặc điểm ranh giới u không rõ chiếm 54,55%, đặc điểm u di động hạn chế hoặc không di động cũng chiếm tỷ lệ 43,42%. Các đặc điểm này cũng được đề cập trong nhiều tài liệu [5],[173],[42].

Trong nghiên cứu chúng tôi không gặp trường hợp nào có biểu hiện khít hàm do cơ cắn bị xâm lấn (bảng 3-6). Các đặc điểm khác như tê, liệt mặt chúng tôi không gặp trường hợp nào trong nghiên cứu, trong khi một số tác giả như Nguyễn Minh Phương gặp 18,2% trường hợp, Hàn Thị Vân Thanh [27] gặp 22,7%, có thể lý giải do số trường hợp u ác tính ít, do u chưa xâm lấn cơ cắn. Chúng tôi chưa gặp trường hợp nào bị tổn thương dây thần kinh VII và biểu hiện triệu chứng tê, liệt mặt.

Nổi hạch vùng là một đặc điểm quan trọng khi liên quan đến khối u ác tính. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có một trường hợp có hạch cổ trong 4 trường hợp u tổ chức liên kết.

Ung thư tuyến mang tai đa số tiến triển chậm, tỷ lệ di căn hạch thấp, hay di căn đến hạch góc hàm, hạch cảnh giữa, hạch sau tai... tuy nhiên, trong



ngiên cứu của chúng tôi số ung thư ít nên không có ý nghĩa đại diện để phân tích sâu về vấn đề di căn hạch. Về đặc điểm di căn xa, trong khuôn khổ nghiên này chúng tôi chưa ghi nhận được trường hợp nào. Tuy nhiên theo David W. Eisele [57] cho rằng khoảng 2-4% u ác tính có khả năng di căn xa tới phổi, xương, não...

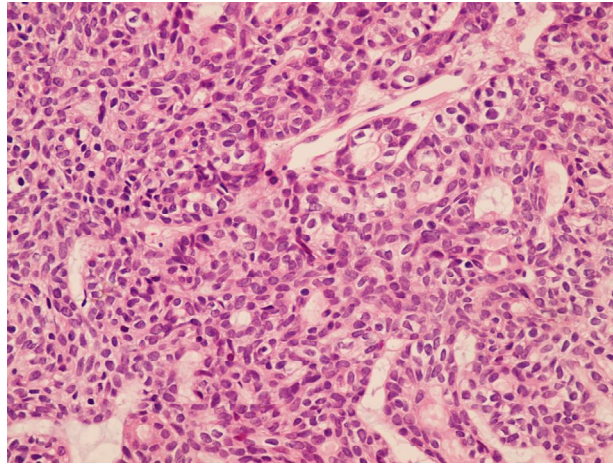
Nhìn chung nhiều tác giả như Terry S. Becker [155] cho rằng đặc tính chủ yếu có thể nghi ngờ là khi có một u phát triển nhanh, phổ hợp với đau, có tê, liệt mặt ngoại vi, có hạch. Một số u ác hầu như chỉ thể hiện một dấu hiệu liệt mặt ngoại vi tăng dần. Và chỉ có thể chẩn đoán u ác tính dựa trên kết quả phẫu thuật hay sinh thiết.

#### **4.2.3. Giá trị của lâm sàng**

Chẩn đoán lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh thực tế chỉ cho gợi ý về chẩn đoán tính lành - ác đặc biệt trong một số trường hợp khối u ác tính giai đoạn muộn khi đó tổn thương tổ chức lân cận. Bệnh lý tuyến nước bọt mang tai có một số tổn thương dễ gây nhầm lẫn với khối u như viêm giả u, viêm mạn xơ hoá... Trong nghiên cứu 98 trường hợp được lâm sàng theo dõi là u, sau mổ cứ 76 trường hợp được chẩn đoán mô bệnh học khẳng định. Độ chính xác (khẳng định u): 76/98 (77,55%).

#### **4.3. ĐẶC ĐIỂM KẾT QUẢ GIẢI PHẪU BỆNH LÝ GẶP TRONG NGHIÊN CỨU**

Thực tế thống kê kết quả giải phẫu bệnh: 61 trường hợp là UBMLT chiếm 80,26%; 11 trường hợp là UBMAT chiếm 14,47% (theo bảng 3-7) và 4 trường hợp là UTCLK chiếm 5,25%. Kết quả này cho thấy việc xác định nguồn gốc tế bào của khối u trước mổ là rất khó khăn và siêu âm, CLVT thường được coi như là một yếu tố tham khảo nhưng thực sự có ý nghĩa cho phẫu thuật viên. Kết quả giải phẫu bệnh lý quyết định chẩn đoán xác định.



*Hình 4.1. Nguyễn Thị Ph (756-K0) - U tuyến đa hình HE x400*

Nhiều tác giả nước ngoài như David W. Eisele [57], Terry S. Becker [155] khẳng định phương pháp CLVT không có nhiều ý nghĩa trong việc xác định bản chất tế bào của khối u, nhưng có thể cho phép đưa ra gợi ý về tính lành, ác của khối u thông qua phân tích một số đặc điểm như cấu trúc, độ ngấm thuốc cản quang, ranh giới.

Theo các nghiên cứu của các tác giả trong nước cũng như nước ngoài thì khả năng gặp u lành tính là cao hơn ác tính. Ralph Weissleder và cộng sự [130] nhận thấy tỷ lệ u lành tính 80%, tỷ lệ u ác tính 20%, theo Foote FW Jr và cộng sự [66] thì tỷ lệ u lành tính là 66,3%, tỷ lệ u ác tính là 33,7%. Nguyễn Minh Phương, tỷ lệ u lành tính là 78% và 22% u ác tính và Hàn Thị Vân Thanh, tỷ lệ u lành tính là 71% và u ác tính là 29%.

Trong nghiên cứu, khối u lành tính gặp nhiều nhất là u tuyến đa hình với tỷ lệ 47,4%. Nghiên cứu của tác giả David W. Eisele [57], tỷ lệ khối u tuyến đa hình chiếm 65%. Còn theo tác giả Ralph Weissleder và cộng sự [130] thì tỷ lệ này là 70%.

U tuyến lành đơn hình gặp 4 trường hợp chiếm 5,62% số u lành tính, số u Warthin (13 trường hợp), chiếm 17,1%. Theo một số tác giả nước ngoài như

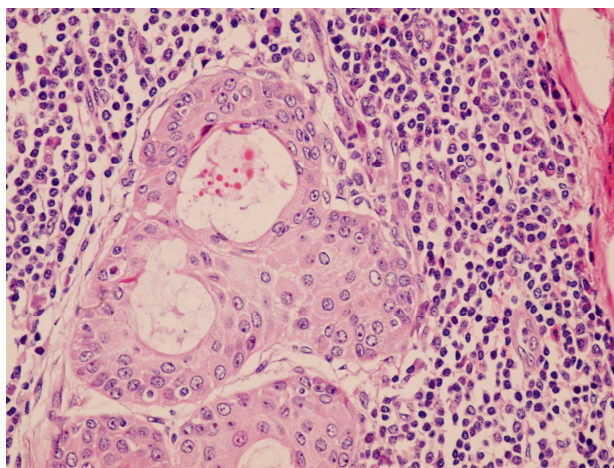
Terry S. Becker (1996) [155] và David W. Eisele và cộng sự (1996) [57] thì tỷ lệ gặp u warthin là 10 - 12%.

Như chúng ta đã biết, trong bệnh lý dạng khối tuyến mang tai, chúng ta có thể đúc kết một quy luật, các nhà chuyên môn gọi là “luật 80”, tức là khoảng 80% bệnh lý u tuyến nước bọt là từ tuyến mang tai, trong u tuyến mang tai có khoảng 80% là u thực sự, trong nhóm u thực sự có 80% u là lành tính. Trong nghiên cứu này, chúng tôi gặp tỷ lệ u lành tính chiếm đến xấp xỉ 80%, tỷ lệ này phù hợp với một số nghiên cứu của một số tác giả trong nước và trên thế giới. Tuy vậy nhóm UTCLK, số bệnh nhân trong nghiên cứu là 4 bệnh nhân cho 3 thể u vì mẫu nghiên cứu còn nhỏ, với chỉ 76 BN cho nên tỷ lệ UTCLK có thể chưa mang nhiều ý nghĩa thống kê.

Trong nghiên cứu của chúng tôi các trường hợp u ác tính là ung thư biểu mô tuyến không biệt hoá và các thể biệt hoá (adenocarcinoma) 11 trường hợp, 1 trường hợp u lympho ác tính (u tổ chức liên kết) điều này không phù hợp với tác giả khác như David W. Eisele và cộng sự [57] khi nghiên cứu (năm 1995) cho thấy tỷ lệ ung thư biểu mô tuyến xấp xỉ 15% khối u ác tính. Điều này có thể lý giải do số trường hợp u ác tính ở nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn.

#### **4.4. ĐẶC ĐIỂM KẾT QUẢ SINH THIẾT QUA KIM DƯỚI SỰ HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM**

Qua nghiên cứu sinh thiết 34 ca thì 33 ca rõ chẩn đoán, 1 ca không rõ chẩn đoán do bệnh phẩm sinh thiết ra không đủ. Tổng số u lành tính gặp nhiều nhất 26/34 ca (76,3%) (trong số này đa số là u tuyến đa hình 18/34 ca; u lympho tuyến nang 4/34 ca; 1 ca u tế bào hạt và 1 ca là u của tổ chức liên kết (u xơ thần kinh xuất phát từ dây VII).



Hình 4.2: Nguyễn Thị S (926-K09) - Tồn thương lympho - biểu mô x400

U ác tính gặp trong nghiên cứu là 8/34 ca (20,7%) (theo bảng 3.41). Trong số u ác tính, nhiều nhất là K biểu mô tuyến 3/34 ca; K biểu mô tuyến nang 2/34 ca; u lympho 2/34 ca và 1 ca K biểu mô nhày biểu bì.

**Bảng 4.1: Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ**

<b>Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ</b>	<b>Nguồn gốc</b>	<b>Số bệnh nhân</b>	<b>Tỷ lệ %</b>	
<i>Nang tuyến</i>	<i>U biểu mô lành tính</i>	1	2,94	73,52
<i>U Lympho tuyến nang</i>		1	2,94	
U tuyến đa hình		18	52,9	
U tế bào hạt		1	2,94	
U lympho tuyến nang		4	11,8	
U xơ	<i>U t/c liên kết</i>	1	2,94	8,84
U lympho	<i>U t/c liên kết</i>	2	5,9	
K biểu mô tuyến	<i>U biểu mô ác tính</i>	3	8,8	17,64
K biểu mô tuyến nang		2	5,9	
K biểu mô nhày - biểu bì		1	2,94	
<b>Tổng</b>		<b>34</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

So sánh Bảng 3.41 và Bảng 4-1: số ca sinh thiết có kết quả rõ 33/34; 1/34 ca không rõ kết quả do sinh thiết không đủ bệnh phẩm.

Phù hợp chẩn đoán giữa kết quả sinh thiết và kết quả giải phẫu bệnh sau mổ 32/33 ca. Không phù hợp 1/33 ca.

#### 4.4.1. Giá trị của phương pháp

- Độ nhạy chung của phương pháp là 97% (32/33), với mục đích chẩn đoán phân biệt tổn thương lành tính với ác tính phương pháp này có độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị chẩn đoán 100%.

- Trong chẩn đoán các u ác tính, phương pháp có giá trị dự báo âm tính, giá trị sự báo dương tính là 100%.

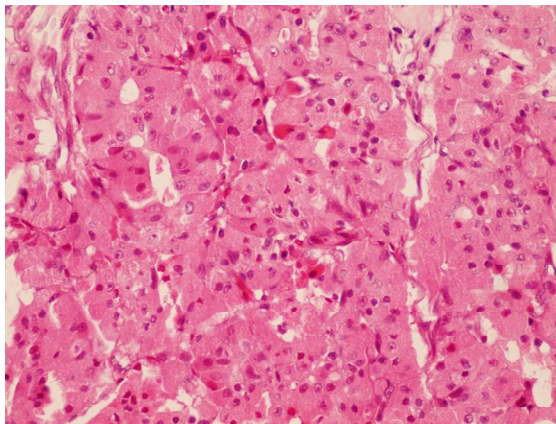
Nếu kết quả ác tính trước mổ, tùy theo mức độ tổn thương xâm lấn mà có kế hoạch chủ động cho mức độ chấp nhận can thiệp cắt bỏ, hy sinh tổ chức và biện pháp khắc phục tổ chức tổn thương như biện pháp vi phẫu mạch máu, thần kinh, tạo hình khuyết hồng...

#### 4.4.2. Các tai biến:

Hai ca đau sau khi lấy bệnh phẩm và được dùng thêm giảm đau.

#### 4.4.3. Đặc điểm kết quả sinh thiết và kết quả giải phẫu bệnh sau mổ

Trong nghiên cứu này, kết quả giải phẫu bệnh sau mổ và kết quả sinh thiết cho thấy số u lành tính 26/34 (73,52%) và u ác tính 6/34 (17,64%). Các nghiên cứu của các tác giả trong nước cũng như nước ngoài thì khả năng gặp u lành tính cao hơn ác tính.

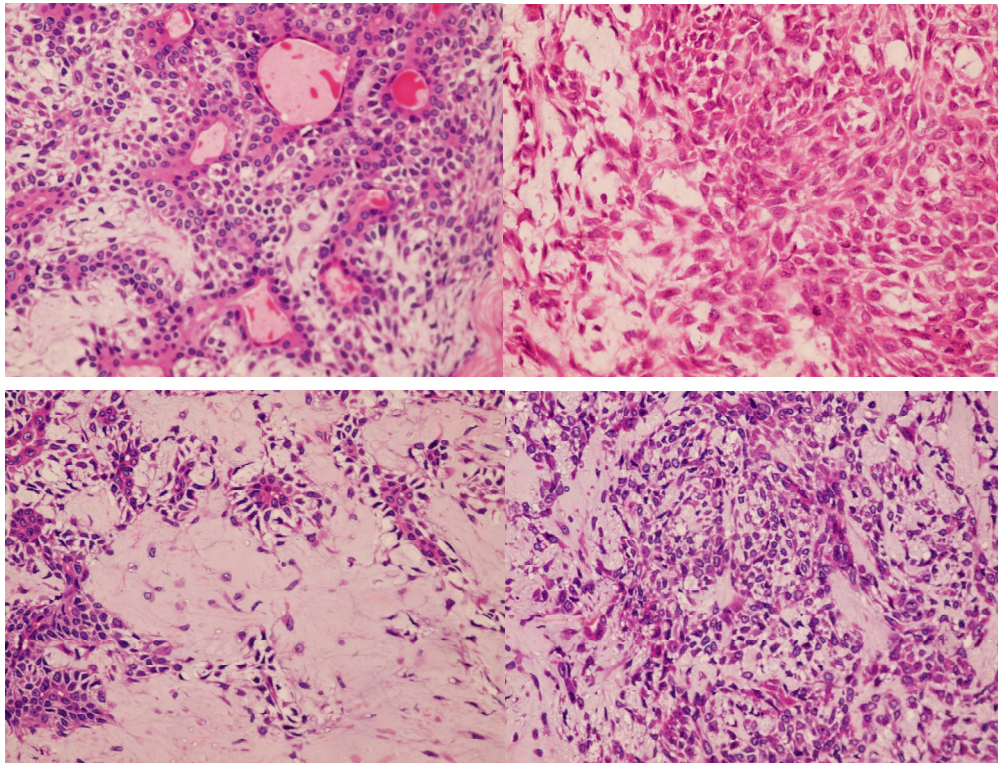


Hình 4.3: Lương Xuân L (447-K09) - U tuyến TB ưa acid HE x400



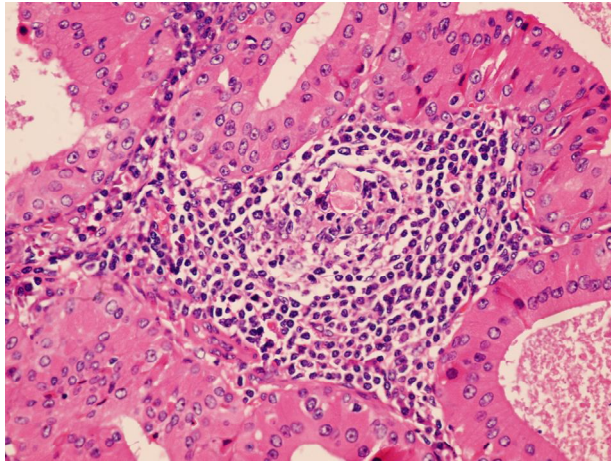
Theo Ralph Weissleder và cộng sự [130] nhận thấy tỷ lệ u lành tính 80%, tỷ lệ u ác tính 20%, theo Foote FWJr và cộng sự [66] thì tỷ lệ u lành tính là 66,3%, tỷ lệ u ác tính là 33,7%. Nguyễn Minh Phương, tỷ lệ u lành tính là 78% và 22% u ác tính và Hàn Thị Vân Thanh, tỷ lệ u lành tính là 71% và u ác tính là 29%.

Trong số u lành tính gặp nhiều nhất là u tuyến đa hình 18/26 ca (69,2%). Tỷ lệ này phù hợp với nghiên cứu của tác giả David W. Eisele [57], tỷ lệ này từ 60% đến 70% (riêng u tuyến đa hình chiếm 65%). Còn theo tác giả Ralph Weissleder và cộng sự [130] thì tỷ lệ này là 70%.



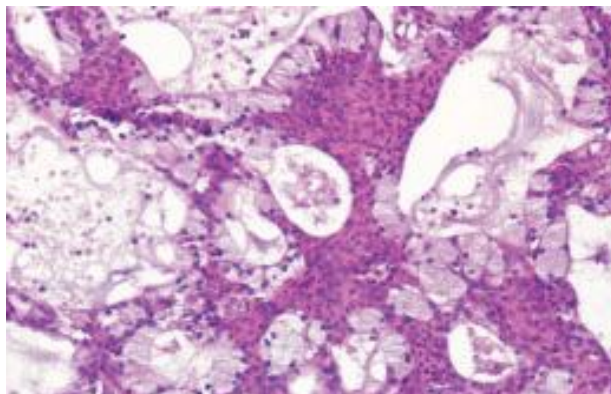
*Hình 4.4: Trần Thị Thanh Ng (683-K09) - U tuyến đa hình x400*

Số ít ca u lành tính còn lại trong nghiên cứu là u Warthin 4/34 ca (11,7%). Theo một số tác giả nước ngoài như Terry S. Becker (1996) [155] và David W. Eisele và cộng sự (1996) [57] thì tỷ lệ gặp u warthin là 10 - 12%. Một ca u thần kinh xuất phát từ dây VII.



*Hình 4.5: BN Phạm Kim Th (953-K09) - U Warthin HE x400*

Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả 6/34 ca u ác tính (17,64%), trong số ác tính thì nhiều nhất là ung thư biểu mô tuyến (adenocarcinoma) 3/6 ca (50%), điều này không phù hợp với tác giả khác như David W. Eisele và cộng sự [57] khi nghiên cứu (năm 1995) cho thấy tỷ lệ ung thư biểu mô tuyến xấp xỉ 15% khối u ác tính. Điều này có thể lý giải do số trường hợp u ác tính ở nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn.



*Hình 4.6: Nông Thanh Ph (BVK09-11297)*

*Ung thư biểu mô biểu bì nhày độ thấp*

Một ca bệnh phẩm sinh thiết được chẩn đoán là tổ chức viêm nhưng sau mổ chẩn đoán bệnh là u Warthin, khi xem kỹ lại bệnh sử thì bệnh nhân đã

được chọc hút trước khi đến khám và điều trị 2 lần, tại địa phương. Chúng tôi cho là bệnh phẩm sinh thiết là tổ chức viêm có thể là do sự bội nhiễm của những lần chọc hút trước. Một ca không có kết quả do bệnh phẩm lấy không đủ, ca này là nang tuyến, rất khó có thể lấy đủ bệnh phẩm mà không làm thủng, vỡ nang tuyến gây khó khăn cho phẫu thuật.

#### **4.4.4. Đánh giá giá trị chẩn đoán của sinh thiết**

Như kết quả trình bày ở Bảng 3.41 và Bảng 4-1, trong số 33 ca được chẩn đoán các típ u bằng sinh thiết phù hợp 32 trường hợp với kết quả giải phẫu bệnh sau mổ nên độ nhạy là 97%, giá trị dự báo dương tính là 100%. Độ nhạy chung của phương pháp là 97% (32/33), với mục đích chẩn đoán phân biệt tổn thương lành tính với ác tính phương pháp này có độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị chẩn đoán 100%. Trong chẩn đoán các u ác tính, phương pháp có giá trị dự báo âm tính, giá trị sự báo dương tính là 100%.

Trong một nghiên cứu tương tự của Wan Yung-Liang và cộng sự (2004), 53 ca có khối căng phòng vùng mang tai được làm sinh thiết khi đến khám, kết quả: độ nhạy là 83%, độ đặc hiệu 100%, độ chính xác 97% [160]. Theo nghiên cứu của Paris J. và cộng sự (2003) thì độ nhạy độ đặc hiệu, độ chính xác khi phát hiện khối u ác tính là 87, 94 và 91% [124]. Trong thực tế nghiên cứu của chúng tôi, do u tuyến nước bọt mang tai có triệu chứng nghèo nàn, thường bệnh nhân đến khám và điều trị muộn, khối u đã lớn, đã ảnh hưởng nhiều đến chức năng và thẩm mỹ. Việc phát hiện có khối u khá dễ bằng lâm sàng với sự hỗ trợ chẩn đoán của các khám xét cận lâm sàng như Xquang, CT, MRI, siêu âm... Do vậy, số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi thực chất là nhóm bệnh nhân đã được sàng lọc “thô” bởi các khám xét nêu trên, 100% có khối căng phòng đã được “gợi ý” là u trong tuyến mang tai. Dưới sự hướng dẫn của siêu âm, rất dễ dàng cho việc đưa kim chính xác và lấy được bệnh phẩm đạt tiêu chuẩn do vậy giá trị phương pháp chúng tôi đạt được là cao hơn rõ rệt so với một số tác giả đã công bố.



#### **4.4.5. Các tai biến của thủ thuật:**

Không có các tai biến gì đáng kể ngoại trừ hai trường hợp đau tại tuyến sau khi sinh thiết, bệnh nhân được dùng dùng giảm đau thông thường.

#### **4.5. ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH SIÊU ÂM KHỐI U TUYẾN MANG TAI**

##### **U biểu mô lành tính**

Đối với khối u lành tính, đa số các trường hợp u nằm ở thùy nông (81,5%), còn lại là u nằm ở thùy sâu (18,5%). Chúng tôi không gặp trường hợp u lành tính nào quá lớn xâm lấn cả 2 thùy. Qua siêu âm, kích thước u được xác định là đường kính lớn nhất của u, 77,8% các trường hợp có kích thước từ 2 – 4 cm, kích thước u nhỏ hơn 2 cm chiếm 11,1% và kích thước lớn hơn 4 cm chiếm 11,1%.

Với u biểu mô lành tính, đa số các trường hợp có một khối u (86,2%). Có 4 trường hợp phát hiện nhiều hơn 1 khối u, trong đó có 1 trường hợp là u tuyến đa hình tái phát, 2 trường hợp là u tuyến đa hình và 1 trường hợp u biểu mô ác tính. Số lượng khối u đếm nhiều nhất là 8 khối u trong trường hợp u tuyến đa hình tái phát, chúng tôi cho rằng đây là trường hợp gieo rắc tế bào u trong lần phẫu thuật trước đó. Theo Gritzmann [74], u nhiều khối thường gặp ở u tuyến lympho, u tuyến đa hình tái phát và u tế bào túi tuyến.

Hình dạng khối u biểu mô lành tính thường gặp nhất là hình tròn chiếm tỷ lệ 59,2%, ít gặp hơn là hình múi (29,7%) và ít nhất là hình bầu dục (11,3%) với ranh giới rõ 100%. Trong u lành tính, u tuyến đa hình đa số có hình múi (50%) và hình tròn (43,75%), hình bầu dục (6,25%). U tuyến lympho có hình tròn chiếm 66,7%, hình bầu dục 33,3%. Các u lành còn lại đều có hình dạng tròn.

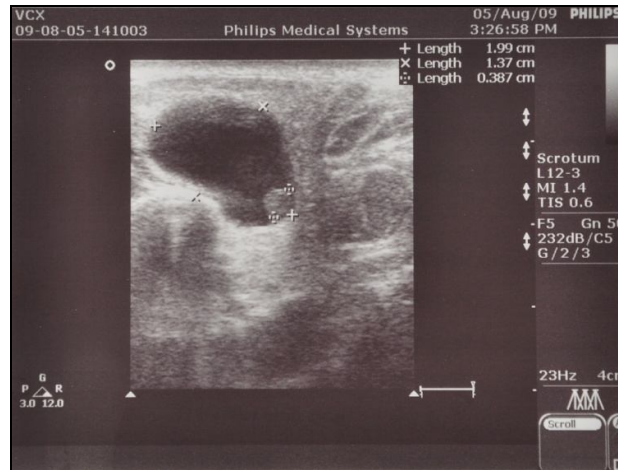
Nguyễn Gia Thức [31] cũng đưa ra kết quả u tuyến đa hình thường có hình múi (46,7%) và ranh giới rõ (80%); u tuyến lympho có hình bầu dục (66,7%) và u lành khác có hình dạng tròn, ranh giới đều rõ. Theo nghiên cứu của Zajkowski [165], khảo sát hình ảnh siêu âm cho thấy 55% u tuyến đa hình có hình múi và 40% u tuyến lympho có hình bầu dục. Theo Shimizu [146], 91% u tuyến đa hình có hình múi và 77,3% có ranh giới rõ, trong khi u tuyến lympho và nang có hình bầu dục và hầu hết có ranh giới rõ. Đặc điểm nổi bật hình dạng múi của u tuyến đa hình và bầu dục của u tuyến lympho đi kèm với ranh giới của khối u đều rõ cũng được báo cáo trong các nghiên cứu khác.

Về mật độ âm các u lành tính có đậm độ âm giảm (92,6%), có 1 trường hợp tăng âm và một trường hợp trống âm. Kết quả cũng phù hợp với nghiên cứu của Zajkowski [165], tất cả các khối u tuyến đa hình và u tuyến lympho đều có đậm độ âm giảm. Theo Shimizu [146], u tuyến lympho thường có đậm độ âm giảm (60%), trong khi u tuyến đa hình có đậm độ âm giảm (90,9%).

Cấu trúc âm đồng nhất gặp trong 63% các trường hợp u biểu mô lành tính. Với u tuyến đa hình, 75% các trường hợp có cấu trúc âm đồng nhất và 25% có cấu trúc âm không đồng nhất. Kết quả chúng tôi cũng phù hợp với báo cáo của Martinoli [109] và Bialek [44], các tác giả này cho rằng cấu trúc âm đồng nhất là hình ảnh đặc trưng cho loại u này. Nghiên cứu của Shimizu và cộng sự [146], 90,9% u tuyến đa hình có đặc điểm cấu trúc đồng nhất trên siêu âm. Tuy nhiên một số nghiên cứu khác cho thấy u tuyến đa hình có đặc điểm cấu trúc không đồng nhất.

U tuyến lympho có cấu trúc âm không đồng nhất chiếm 66,7% và 1 trường hợp có mật độ trống âm (16,7%), 1 trường hợp có mật độ tăng âm (16,7%). Kết quả phù hợp với nghiên cứu của Zajkowski [165], với tỷ lệ cấu trúc không đồng nhất là 81,8% và 54,5% các trường hợp có hình ảnh vùng trống âm. Theo Shimizu và cộng sự [146], có 98,3% các trường hợp u tuyến

lympho xuất hiện các ổ trống âm trên siêu âm và cho rằng đây là một đặc điểm đặc trưng cho loại tổn thương này với độ nhạy cao.



*Hình 4.7. Ranh giới của khối u rõ trên siêu âm  
Bn Nguyễn Mạnh C., 32 tuổi, u tuyến lympho*

Về cấu trúc của khối u trên siêu âm, u tuyến đa hình cho thấy dạng đặc (75%) và dạng hỗn hợp (25%). U tuyến lympho gặp dạng dịch 33,3% và dạng hỗn hợp là 66,7%. Các u lành tính khác có cấu trúc dạng đặc chiếm ưu thế.

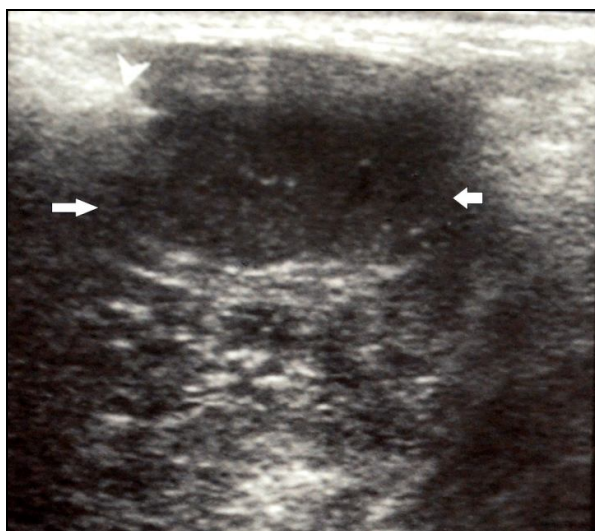
Về sự phân bố mạch máu trong u, các nghiên cứu cũng cho kết quả ít tăng sinh mạch máu trong các trường hợp u lành tính [44],[109],[135]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ít trường hợp đo tín hiệu mạch. Các nghiên cứu cũng cho thấy u biểu mô lành tính ít tăng tín hiệu mạch.

Với khối u biểu mô ác tính, 5/6 trường hợp u nằm ở thùy nông. Trường hợp còn lại nằm phần lớn thùy sâu xu hướng u xâm lấn toàn bộ tuyến. Các UBMAT thường có kích thước xác định được lớn hơn 2 cm chiếm 50% và 33,3% có kích thước lớn hơn 4 cm.

Về số lượng khối u trong tuyến, đều có một khối. Hình dạng của khối u có thể hình tròn, bầu dục và hình múi, với 100% các trường hợp có ranh giới không rõ.

Về mật độ, các khối u ác tính có dấu hiệu giảm âm (66,6%) và cấu trúc không đồng nhất ở 66,7% các trường hợp. Cấu trúc của khối u dạng hỗn hợp đặc lẫn dịch gặp trong 66,7%. Kết quả này cũng phù hợp với hình ảnh đại thể của các khối u ác tính thường có tổ chức đặc và các vùng bị hoại tử.

Theo Shimizu và cộng sự [146], khối u ác tính có giới hạn không rõ (50%), có hình múi (28,6%). Các khối u ác tính thường có đậm độ âm giảm (85,7%) và không đồng nhất (71,4%). Các đặc điểm siêu âm như ranh giới không rõ, có cấu trúc giảm âm không đồng nhất cũng được nêu trong y văn [44] [84].



*Hình 4.8. Ranh giới khối u không rõ*

*Bn Nông Thanh P, 17 tuổi, ung thư biểu mô nhày dạng biểu bì*

Phân bố mạch máu không phải là đặc trưng bệnh lý của các u tuyến nước bọt ác tính, việc đánh giá bằng siêu âm Doppler không thực sự cho phép phân biệt được u tuyến nước bọt lành tính và ác tính. Tuy nhiên, các nghiên cứu của Schick và cộng sự [135], Bradley [45], cho rằng tăng phân bố mạch máu làm tăng nghi ngờ khả năng u ác tính. Kết quả nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tăng tín hiệu mạch ở 1 trong 5 trường hợp u biểu mô ác tính.

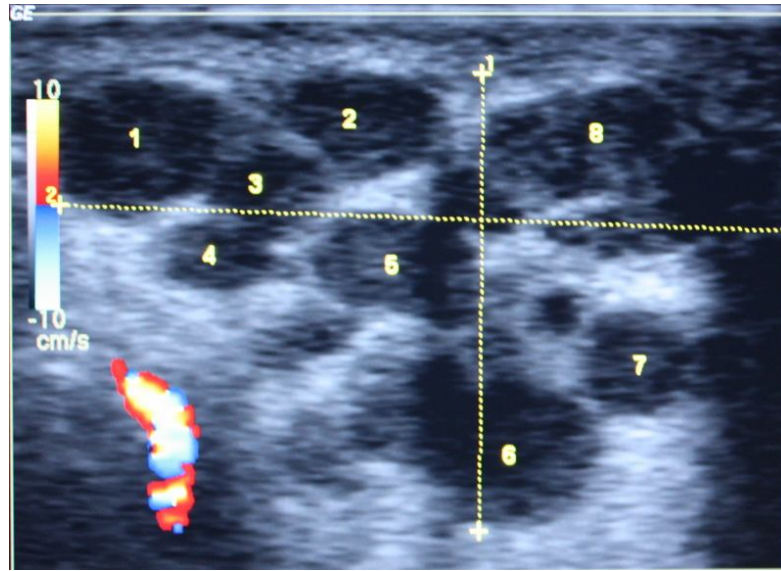
#### 4.6. ĐỐI CHIẾU GIỮA SIÊU ÂM VÀ PHẪU THUẬT

Việc đối chiếu giữa siêu âm và phẫu thuật cũng không mang nhiều ý nghĩa bởi cũng như phương pháp đánh giá hình ảnh khối u bằng CLVT, siêu âm đánh giá và cho kết quả khách quan trong khi Phẫu thuật viên đánh giá hình thái khối u trong phẫu thuật là chủ quan.

##### 4.6.1. Vị trí khối u

Việc định vị chính xác các tổn thương trước tai rất cần thiết cho phẫu thuật viên, nhất là các tổn thương khó xác định bằng sờ nắn. Rất khó phân biệt giữa một hạch trước tai hoặc một khối u dưới da và một khối u trong tuyến. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả độ nhạy khi phát hiện u ở thùy nông tuyến mang tai là 100% và giá trị tiên đoán dương khi xác định vị trí khối u ở thùy nông là 81,5%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Gia Thúc (2008), khi dựa vào mốc là tĩnh mạch sau hàm dưới, siêu âm có thể định vị chính xác 100% u nằm ở thùy nông [31]. Theo Wittich và cs [162], siêu âm cho thấy có độ nhạy lên đến 100%, tương đương với chụp cắt lớp vi tính khi định vị các khối u ở thùy nông TMT. Corr và cộng sự [53], so sánh trực tiếp hai kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh là siêu âm và chụp cắt lớp vi tính trên 40 bệnh nhân, kết quả độ nhạy lần lượt là 100% và 97,5%.

Độ chính xác về xác định vị trí khối u trong nghiên cứu của chúng tôi là 85,3%. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Lamont và cộng sự [94], xác định độ chính xác khi định vị khối u trong TMT sau khi đối chiếu với kết quả phẫu thuật là 95,7% mà không cần thực hiện thêm một kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh nào khác. Các tác giả cũng đề nghị chỉ cần chụp cắt lớp vi tính để đánh giá các trường hợp u nằm ở thùy sâu hoặc các tổn thương ở tuyến mang tai lan rộng [94].



Hình 4.9. Hình ảnh các khối u tuyến đa hình tái phát  
Bn Nguyễn Thị Th Ng, 20 tuổi, U tuyến đa hình tái phát

#### 4.6.2. Ranh giới, kích thước và số lượng của khối u

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ chính xác của siêu âm khi xác định ranh giới của khối u là 97%. Độ chính xác khi xác định kích thước và số lượng khối u trong tuyến là 100%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Gia Thức [31], cho thấy siêu âm giúp đánh giá chính xác kích thước, số lượng u trong tuyến nước bọt.

So sánh với các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh khác của chúng tôi (2005) [26], nghiên cứu chụp cắt lớp vi tính u tuyến mang tai cho kết quả như sau:

- Vị trí: Phù hợp 85,5%.
- Ranh giới: Phù hợp 78,9%.
- Kích thước: Phù hợp 75%.

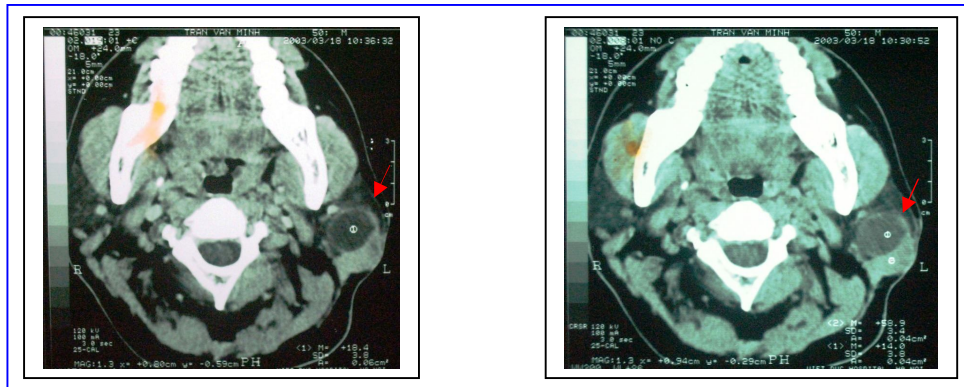
Như vậy so với chụp cắt lớp vi tính, siêu âm cho kết quả độ chính xác về hình thái học của khối u là tương đương, trong khi ưu điểm của siêu âm là dùng đầu dò linh hoạt có thể đánh giá khối u trên nhiều bình diện. Tuy vậy CLVT dùng phép đo tỷ trọng nên về cấu trúc, bản chất của cấu trúc, sự thay đổi cấu trúc tổ chức thì siêu âm không thể so sánh.

## 4.7. ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CLVT

### 4.7.1. U lành tính

Về đặc điểm u lành tính nói chung, u phát triển chủ yếu trên thùy nông của tuyến mang tai, nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ này là 52,46%, ít gặp hơn trên thùy sâu (34,43%). U phát triển trên toàn bộ tuyến là 13,11%, theo chúng tôi có thể đây là sự phát triển của u từ thùy nông ra toàn bộ tuyến (bảng 3.22).

Kích thước khối u lành tính nhỏ hơn các nhóm bệnh khác trong nghiên cứu như u ác tính và khối viêm tuyến nước bọt. Chúng tôi gặp chủ yếu kích thước u từ 2 đến 4 cm chiếm 73,8% (bảng 3.23). Điều này cho thấy tính phát triển chậm, rất ít gây ra triệu chứng cơ năng hay thực thể khó chịu để bệnh nhân đến khám chuyên khoa.



*Ảnh 4.2: BN u tuyến đa hình*

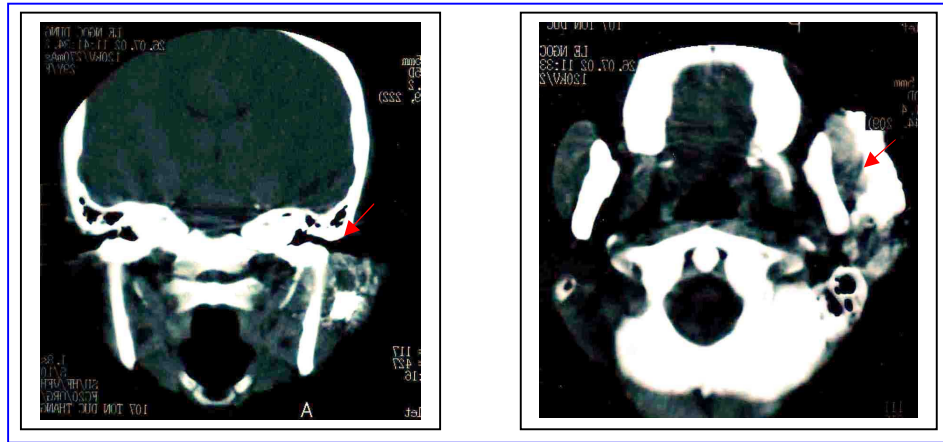
*CLVT: Kích thước khối u 3,5cm, ranh giới rõ, cấu trúc u không đồng nhất, có ổ giảm tỷ trọng trong u tương ứng nang dịch.*

Đại đa số đặc điểm ranh giới u lành tính trên CLVT là rất rõ ràng, trong nghiên cứu tỷ lệ chúng tôi gặp là 98,4% (bảng 3.24). Đặc điểm này cũng đã được khẳng định ở rất nhiều tài liệu [46],[36],[57].

Về cấu trúc u rất đa dạng, phần nhiều có cấu trúc đồng nhất. Trong nghiên cứu chúng tôi tỷ lệ gặp u có cấu trúc đồng nhất là 57,4%, còn cấu trúc không đồng nhất là 42,6% (bảng 3.25). Xét riêng số trường hợp có cấu trúc



không đồng nhất (ảnh 4-1 và 4-2) chúng tôi nhận thấy đa số chúng có hình thành kén dịch (có thể một hoặc nhiều kén) trong khối u (84,6%) (bảng 3.26), vôi hóa cũng ít gặp với tỷ lệ 3,85% và dạng có cấu trúc hỗn hợp chúng tôi gặp là tồn tại cả vôi và kén trong khối u (ảnh 4-3).



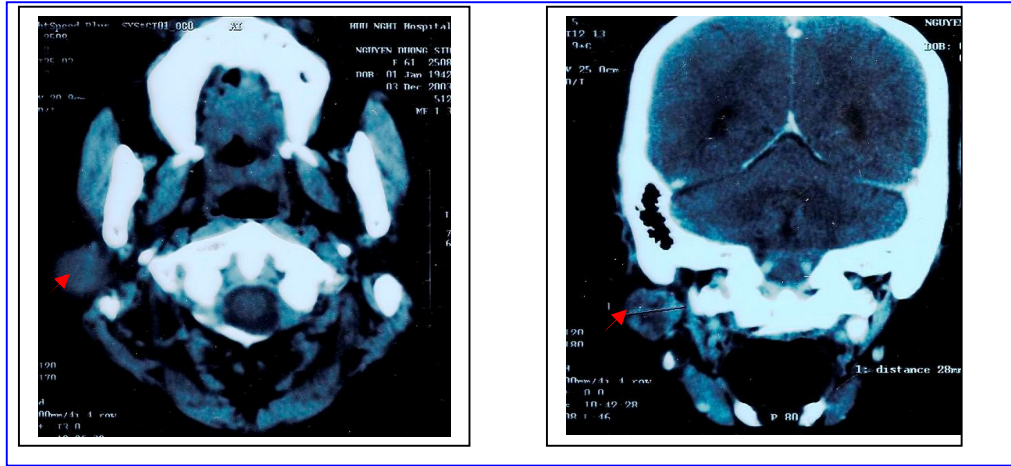
*Ảnh 4.3: BN u tuyến đa hình*

*CLVT: Hình ảnh hỗn hợp cấu trúc vôi hóa và kén dịch, trung tâm u có ổ giảm tỷ trọng tương ứng kén dịch, ngoại vi là cấu trúc vôi hóa.*

Chúng tôi thấy phần lớn khối u có đặc điểm đồng tỷ trọng so với tổ chức tuyến lành, trong nghiên cứu tỷ lệ này là 36,07%, một tỷ lệ cũng đáng lưu ý là 39,34% số trường hợp có tỷ trọng hỗn hợp vừa tăng vừa giảm ở các vị trí trên khối u (bảng 3.27). Điều này có thể gián tiếp suy ra được cấu trúc khối u qua phép đo tỷ trọng.

Trong nghiên cứu chúng tôi không gặp một trường hợp nào gây tổn thương tổ chức lành xung quanh do sự phát triển của khối u chèn ép (bảng 3.28). Tổ chức bị khối u căng phồng lâu ngày sẽ tổn thương nhiều nhất là cơ cắn, sau là mỡ quanh khối u, mỡ dưới da, xương.



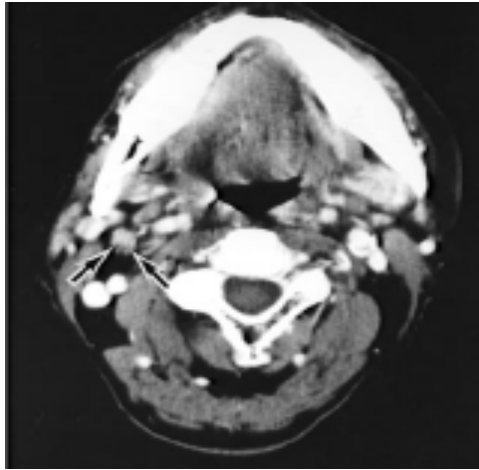


*Ảnh 4.4: BN u tuyến đa hình*

*CLVT: Ngấm thuốc cản quang độ I, mức chênh tỷ trọng trước tiêm (bình diện Axial) và sau tiêm (bình diện Coronal) là 5 HU.*

Trong nghiên cứu có 4 trường hợp được tiêm thuốc cản quang trong mẫu 76 trường hợp chụp CLVT (bảng 3.30). Tất cả trong số là u lành tính được tiêm, u ngấm thuốc ít (độ I là 50%, độ II là 25%, độ III là 26%), nhưng theo chúng tôi điều này ít có ý nghĩa vì số trường hợp được tiêm thuốc là quá ít. Tuy vậy, theo Dae Seob Choi và cộng sự (1998) [55] thì u lành tính thường ngấm thuốc ở mức độ I và II, riêng loại warthin thì hầu như không ngấm thuốc với tỷ lệ 89%.

Nhờ khả năng khảo sát tuyến nước bọt bằng các lớp cắt mỏng 5- 10 mm độ dày, chúng tôi thấy trong 61 trường hợp u lành tính có 4 trường hợp có hạch góc hàm (ảnh 4-5) kích thước 1,2- 1,5 cm (bảng 3.31).



*Ảnh 4.5: BN 81 tuổi, nam  
CLVT: Hình ảnh hạch góc hàm  
1,2cm tại lớp cắt thấp dưới u,  
qua góc hàm.*

Chúng tôi nhận thấy các trường hợp nổi hạch này có kèm theo viêm ống tuyến và viêm do chọc hút tế bào ở các tuyến trước tròn các lần khám xét chuyên khoa.

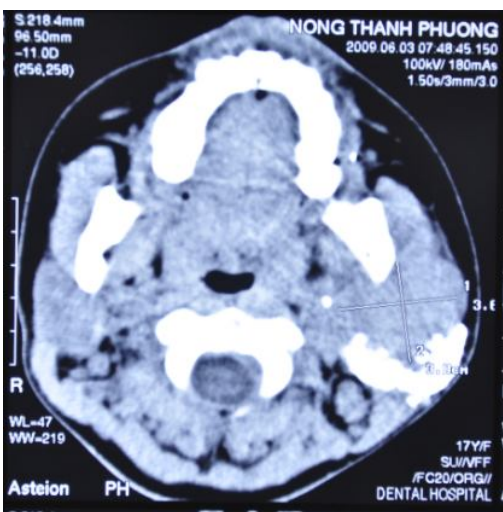
Đối với u tuyến đa hình nói riêng, là loại u hay gặp nhất, trong nghiên cứu chiếm 59,01% khối u lành tính (36/61 trường hợp), một lần nữa khẳng định tính phổ biến của loại u này cũng như tính đặc trưng của nó cho nhóm u lành tính. Nhìn chung, u tuyến đa hình phát triển chậm nên khi được phát hiện qua CLVT thì kích thước thường là nhỏ cỡ vài cm, trong nghiên cứu của chúng tôi hay gặp kích thước 2- 4cm chiếm 80,56% (29/36 trường hợp). Theo Robert L.Witt (2005) [132], kích thước của khối u có ý nghĩa thực tiễn trong việc can thiệp tối thiểu, việc phát hiện, điều trị phẫu thuật u có kích thước nhỏ hơn 2cm thì nguy cơ tái phát là 0% trong vòng 10 năm và bảo tồn được dây thần kinh VII. Một số đặc điểm nổi bật của u tuyến đa hình là ranh giới u rõ, có thể đồng nhất hay không đồng nhất về tỷ trọng, chúng tôi thấy tỷ trọng thường cao hơn các thành phần nhu mô tuyến lành, điều này có thể lý giải do trong tuyến lành có dịch thanh mạc, có mỡ. Hình ảnh cấu trúc u có tỷ lệ không nhỏ dạng không đồng nhất, thường có các hình ảnh hỗn hợp vôi hóa, dịch, mỡ, máu...và trong nghiên cứu chúng tôi nhận thấy 36,11% (13/36 trường hợp) số u tuyến đa hình có hình ảnh cấu trúc không đồng nhất.

Nghiên cứu của tác giả nước ngoài Terry S. Becker (1996) [155] cũng có nhận xét tương tự. Về đặc điểm ngấm thuốc của u, với 4 trường hợp được dùng thuốc cản quang chúng tôi thấy đều ngấm thuốc ở mức độ ít và vừa (độ I và II), theo tác giả Dae Seob Choi và cộng sự (1998) [55] thì tỷ lệ này là 86%.

Số ít trường hợp hơn trong nghiên cứu là u Warthin và u tuyến đơn hình. Sơ bộ với 13 trường hợp trong nghiên cứu chúng tôi thấy trên CLVT: u Warthin khu trú ở thùy nông, kích thước nhỏ 2- 4 cm chiếm 69,23%, có ranh giới rõ 100%, không đồng nhất 69,23%, có một trường hợp có kén, không có trường hợp nào có vôi hóa. Theo tác giả nước ngoài Terry S. Becker (1996) [155], u warthin có thể thấy kén, vôi hóa nhưng ít.

#### 4.7.2. U ác tính

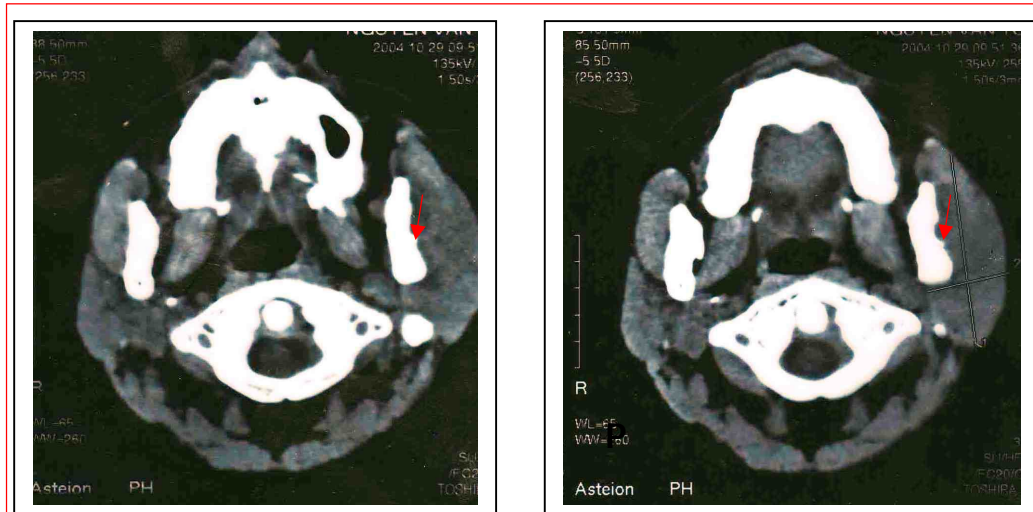
Chúng tôi gặp trong nghiên cứu 12 trường hợp u ác tính và 11 trong số này là ung thư biểu mô tuyến (adenocarcinoma).



*Ảnh 4.6: BN Ung thư biểu mô tuyến*

*CLVT: Khối u bên tuyến trái có đường kính 5cm, xâm lấn cơ cắn và xương hàm dưới xóa cấu trúc bờ cơ cắn, ranh giới giữa cơ cắn và tuyến không rõ, tạo thành một khối đồng nhất với tổ chức u.*

Nhìn chung kích thước khối ung thư chúng tôi gặp trong nghiên cứu lớn, 63,64% số trường hợp đối có kích thước lớn từ 2-4 cm. Kích thước từ < 2 cm chiếm 27,27% và từ 4-6cm chiếm 9,09% (bảng 3.23).



*Ảnh 4.7: BN Ung thư biểu mô tuyến*

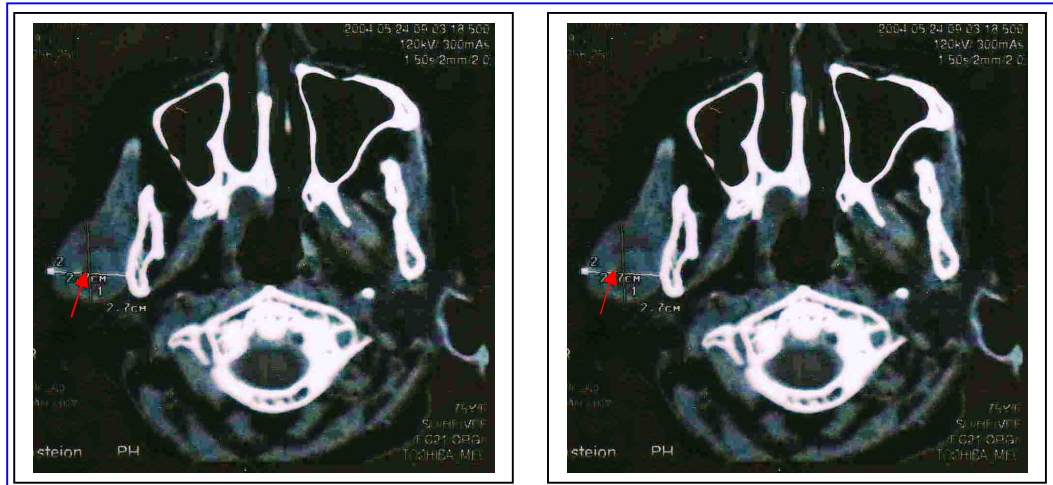
*CLVT: Khối u bên tuyến trái có đường kính 4cm, xâm lấn cơ cắn, xương hàm dưới xóa cấu trúc bờ cơ cắn, ranh giới giữa cơ cắn và tuyến không rõ, tạo thành một khối đồng nhất với tổ chức u. Xương hàm dưới trái bị xâm lấn nham nhở. Bên phải cấu trúc giải phẫu tuyến bình thường, ranh giới rõ.*

Chúng tôi cũng nhận thấy khối ung thư cũng thường phát triển từ thùy nông 45,45%, toàn bộ tuyến 27,27% và 9,09% khối ung thư có kích thước lớn đã phát triển vượt ra ngoài xâm lấn vào các tổ chức xung quanh (bảng 3.22).

Ranh giới khối ung thư không rõ (54,55%) (bảng 3.24), đây cũng là đặc điểm có được đề cập trong nhiều tài liệu [57],[155] (ảnh 4-6).

Một đặc điểm quan trọng chúng tôi nhận thấy khối ung thư có tỷ lệ cấu trúc không đồng nhất cao (72,73%). Về các trường hợp có cấu trúc không đồng nhất chúng tôi gặp dạng chứa dịch (62,50%), hoại tử (50%) (ảnh 4-7), hỗn hợp có tổ chức (87,50%) (bảng 3.25 và 3.26).

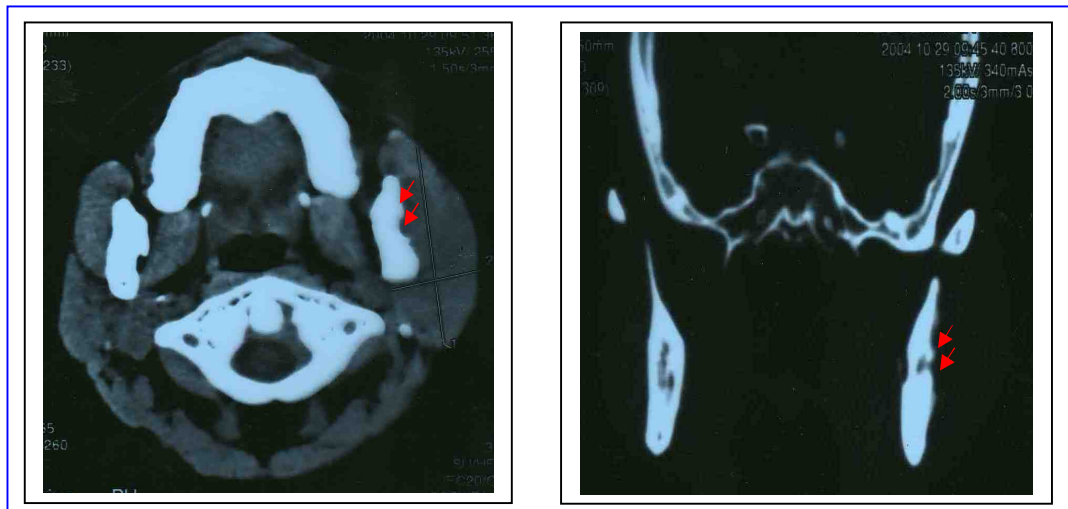
Về đặc điểm tỷ trọng khối ung thư chúng tôi gặp 1 trường hợp tăng tỷ trọng (9,09%), 2 trường hợp đồng tỷ trọng (18,18%), không có trường hợp có trọng giảm đơn thuần và 8/11 trường hợp chiếm 72,73% có tỷ trọng hỗn hợp (bảng 3.27).



**Ảnh 4.8:** BN K biểu mô tuyến

*CLVT:* Hình ảnh ổ giảm tỷ trọng trung tâm u, đối chiếu chỉ số HU thì đây là ổ hoại tử.

Trong nghiên cứu, số lượng chưa phải là nhiều nhưng với 11 trường hợp ung thư chúng tôi gặp thì đặc điểm xâm lấn phá hủy tổ chức lành mà chúng tôi đã thấy được qua CLVT (3 trong 11 trường hợp) có tỷ lệ 27,7% (bảng 3.28 và 3.29). Đặc điểm này, cũng được đề cập ở nhiều tài liệu [155]. Tất cả các trường hợp đều xâm lấn cơ cắn - tổ chức lân cận với tuyến nước bọt, trong đó có 1 trường hợp đã xâm lấn tới lớp mỡ dưới, một trường hợp xâm lấn mạch máu, xương (ảnh 4-8 và 4-6).



**Ảnh 4.9:** BN K biểu mô tuyến

*CLVT:* Hình ảnh xâm lấn cơ cắn, xâm lấn xương hàm dưới. Trên cửa sổ xương có hình ảnh phá hủy xương hàm dưới nam nhỏ, bờ xương mất tính nhẵn, phẳng.

Đặc điểm quan trọng của khối ung thư là ngấm thuốc cản quang sau tiêm nhưng rất tiếc, trong nghiên cứu chúng tôi không có trường hợp nào trong nhóm ác tính được tiêm thuốc cản quang. Theo tác giả Dae Seob Choi và cộng sự (1998) [55] thì tỷ lệ u ngấm thuốc là 55% và không thay đổi là 40%.

Trường hợp duy nhất chúng tôi gặp có nốt hạch cổ, vị trí ở máng cảnh, kích thước 2 cm (bảng 3.31).

#### **4.8. ĐỐI CHIẾU ĐẶC ĐIỂM TRÊN CLVT U TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI VỚI MÔ TẢ TRONG MÔ**

Đối với các phẫu thuật viên việc xác định được hình thái cấu trúc khối u, mức độ tổn thương cũng như mối tương quan của nó với khu vực lân cận trước mổ là rất cần thiết và mang nhiều ý nghĩa, tuy nhiên nhận định về hình thái học khối u của Phẫu thuật viên có tính chủ quan trong khi CLVT là phương pháp chẩn đoán đánh giá hình ảnh khách quan chính xác [155]. Do vậy tỷ lệ phù hợp về mô tả các đặc điểm hình thái, cấu trúc khối u, khối viêm giữa CLVT và phẫu thuật thu được chỉ để tham khảo, không mang nhiều ý nghĩa trong đối chiếu:

- Đặc điểm vị trí: Phù hợp 74/76 trường hợp (97,4%).
- Ranh giới: Phù hợp 72/76 trường hợp (94,7%).
- Kích thước: Phù hợp 70/76 trường hợp (92,1%).
- Cấu trúc: Phù hợp 75/76 trường hợp (98,7%).
- Chèn ép, xâm lấn: Phù hợp 76/76 trường hợp (100,0%).
- Hạch: Phù hợp 76/76 trường hợp (100,0%).

Đa số mô tả của CLVT có tỷ lệ phù hợp với mô tả của phẫu thuật viên ghi trong cách thức phẫu thuật. Tuy vậy, chúng tôi thấy có một tỷ lệ nhỏ không phù hợp, có thể lý giải là sự sai lệch giữa phép ghi nhận khách quan của CLVT và sự ghi nhận chủ quan của phẫu thuật viên về các đặc điểm hình thái cấu trúc khối u.

Nhìn chung, theo một số tác giả nước ngoài như Mehnet Koyunku, Toeman Sesen (2003) [112] thì cho đến nay thì CLVT là phương pháp hợp lý cho phép đánh giá cấu trúc cũng như đặc điểm hình thái, mối tương quan giải phẫu định khu. Trong nghiên cứu, tác giả đã dùng cả hai phương pháp có ưu thế đánh giá là CLVT và CHT có đối chiếu GPBL. Kết quả cho thấy độ nhạy, độ đặc hiệu của CLVT và CHT gần như nhau khi đánh giá về vị trí, ranh giới. Cả hai kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh này đều cho những thông tin cần thiết cho các nhà lâm sàng trong chẩn đoán, lập kế hoạch mổ. Tuy có ưu thế đánh giá khối u trên nhiều bình diện và nhiều thông số nhưng CHT lại hạn chế đánh giá vôi hóa so với CLVT.

#### **4.9. ĐỐI CHIẾU ĐẶC ĐIỂM TRÊN CLVT VỚI GIẢI PHẪU BỆNH SAU MỔ**

U tuyến nước bọt mang tai có triệu chứng nghèo nàn, tỷ lệ phù hợp giữa xét nghiệm chọc hút tế bào và giải phẫu bệnh lý thấp (28,9% đối với u lành tính, 47,8% với u ác tính) và tỷ lệ dương tính giả của chọc hút tế bào cao (15,6%), theo Bùi Xuân Trường (1988) [32].

Không thể chẩn đoán tính chất mô bệnh học ung thư qua CLVT và CHT, để xác định cần tiến hành sinh thiết và/hoặc chọc hút kim nhỏ làm xét nghiệm mô bệnh học/ tế bào bệnh học [38], [128]. Tuy vậy, có thể đưa ra gợi ý về tính lành - ác của khối u dựa vào một số đặc điểm khác biệt chính [155]. Theo tác giả Harrison Linsky và cộng sự [78] thì CLVT có hai giá trị lớn để giúp cho việc chẩn đoán phân biệt tính Lành - Ác:

- + Lành tính: hình ảnh vôi hóa loạn sản.
- + Ác tính: hình ảnh hoại tử trung tâm; bờ viền u không đều.

Tuy vậy, tác giả cũng khuyến cáo cần có sự phối hợp chọc hút trong chẩn đoán để có ý nghĩa phân biệt trước mổ tổn thương ác tính, lành tính.

Trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3-7), tỷ lệ phù hợp giữa gợi ý chẩn đoán của CLVT với giải phẫu bệnh sau mổ về tính Lành - Ác (Giá trị của phương pháp) là 71/76 (93,4%).

#### **4.10. ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT U TUYẾN MANG TAI**

Điều trị phẫu thuật là phương pháp điều trị chính và là phương pháp đầu tay trong điều trị ung thư tuyến nước bọt. Nguyên tắc chỉ định điều trị dựa trên: giai đoạn lâm sàng (khối u: kích thước, vị trí u thuộc thùy nông hay thùy sâu của tuyến, tình trạng xâm lấn vào các cơ quan lân cận của u, tình trạng di căn hạch cổ, di căn xa), tít mô học u, độ biệt hóa mô học u, toàn trạng chung bệnh nhân. Với các u lành tính phẫu thuật tốt tỷ lệ khỏi bệnh đạt 100%. Tuy nhiên, với các u tuyến đa hình là một u lành tính nhưng đôi khi u có các tua nhỏ rất dễ bị bỏ sót trong khi mổ hoặc nếu u to, nằm ở các thùy sâu của tuyến mang tai thì việc bóc hết tổn thương đôi khi gặp nhiều khó khăn. Trong trường hợp này, với quan điểm cũ các nhà ngoại khoa sẽ cố gắng bóc u và đôi khi có thể phạm phải dây VII gây giảm chức năng hoặc liệt dây VII sau mổ. Với quan niệm điều trị hiện đại không cần thiết phải cố bóc hết tổn thương mà chỉ bóc tối đa có thể sau đó có thể chỉ định xạ trị tại chỗ sau mổ cũng cho kết quả tốt như phẫu thuật triệt để mà không gây tổn thương dây VII. Các ung thư độ ác tính thấp như: carcinoma biểu bì nhày độ thấp, carcinoma tuyến đa hình độ thấp và khối u nhỏ < 4cm, nằm tại thùy nông của tuyến chỉ cần phẫu thuật đơn thuần đã đạt được kiểm soát tại chỗ tốt.

##### **4.10.1. Phương pháp phẫu thuật.**

Phương pháp phẫu thuật “bóc nhân” đơn thuần được lựa chọn và áp dụng nhiều trong thập kỷ 30 thế kỷ trước. McFarland (1936) đã đưa ra sự tương quan giữa tỷ lệ tái phát u tuyến đa hình sau mổ và kỹ thuật lấy nhân u đơn thuần. Trong nghiên cứu của chúng tôi có tất cả 5 trường hợp u tái phát trong đó có 3/36 trường hợp tuyến đa hình tái phát sau phẫu thuật chiếm 8,8%;

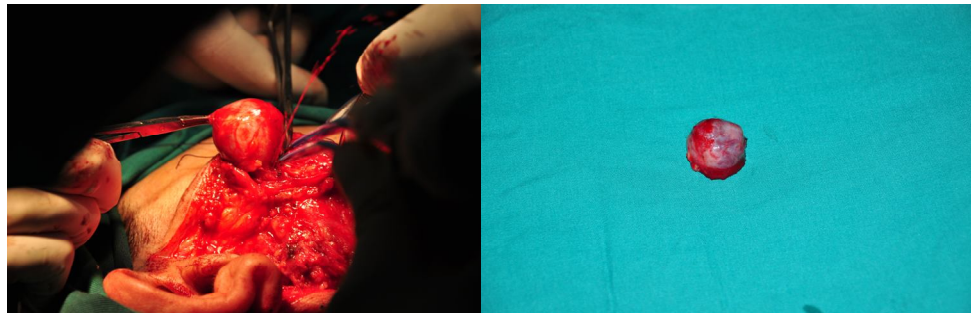


1 trường hợp là u tuyến – lympho; một trường u tuyến ác tính tế bào vảy biệt hoá cầu sừng.

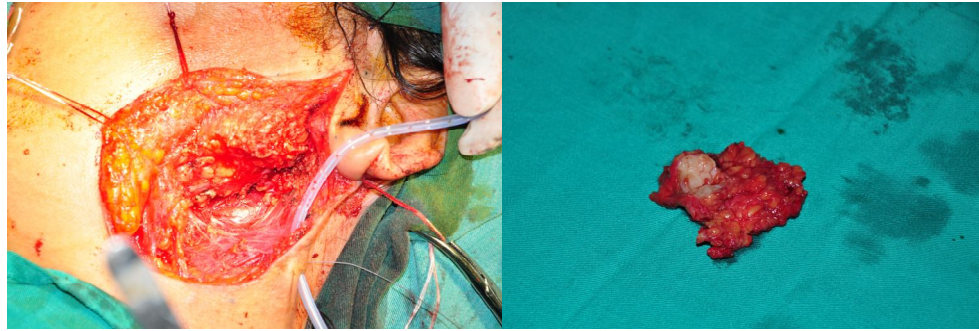


*Ảnh 4.10: Khối u tuyến đa hình tái phát, hình ảnh có nhiều khối nhỏ, điển hình của sự “bỏ sót” hoặc/và “gieo rắc” tổ chức u sau phẫu thuật bóc nhân u đơn thuần hoặc cắt u kèm một phần tuyến.*

Chúng tôi nhận thấy trên hình ảnh CLVT và siêu âm cũng như hình ảnh thu được trong phẫu thuật thì tất cả các trường hợp u tuyến đa hình tái phát đều có dạng đa khối, có trường hợp 8 khối. Đây là đặc điểm điển hình của sự “bỏ sót” hoặc/và “gieo rắc” tổ chức u sau phẫu thuật bóc nhân u đơn thuần hoặc cắt u kèm một phần tuyến. Tác giả Thackrey và Patey (1957) [156] đã chứng minh được về vi thể, vỏ khối u có nhiều chỗ bị khuyết thiếu nên có nhiều ổ u nhỏ bên ngoài ổ u chính. Do vậy, tái phát, mô còn sót đều do các ổ u vi thể này để lại sau phẫu thuật.



*Ảnh 4.11: PT cắt u đơn thuần*



*Ảnh 4.12: PT cắt u kèm một phần thùy nông*

Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số (75%) u tuyến đa hình được chỉ định phẫu thuật cắt u kèm toàn bộ tuyến nước bọt bảo tồn dây thần kinh VII, 22,2% cắt u kèm toàn bộ thùy nông. Các loại u tuyến lành khác nếu nằm ở thùy nông thì thường được chỉ định cắt u đơn thuần: 3/5 trường hợp u lympho - tuyến ở thùy nông được chỉ định cắt u đơn thuần và 2/5 được chỉ định cắt u kèm thùy nông. Về chỉ định bóc u đơn thuần, chúng tôi tham khảo thêm vào đặc điểm GPB cấu trúc vỏ của u, loại u lympho - tuyến, nang tuyến, u tuyến đơn hình có vỏ tương đối dày, rõ và liên tục [126], [59]. Lê Văn Sơn và cộng sự (2000) [25] sau nhiều năm triển khai, tác giả đề nghị cắt bỏ toàn bộ khối u kèm theo cắt bỏ tổng phần hay toàn bộ tuyến cả bộ phận thùy nông thùy kinh VII trong điều trị phẫu thuật u đa hình tuyến mang tai.



*Ảnh 4.13: PT cắt u và toàn bộ tuyến*

Phạm Hoàng Tuấn (2007) [35] Nghiên cứu 35 trường hợp u hỗn hợp tuyến mang tai được điều trị tại viện Răng Hàm Mặt Quốc Gia, tác giả đề nghị chỉ định bảo tồn dây thần kinh VII trong điều trị phẫu thuật u đa hình tuyến mang tai, 74,29% trường hợp được chỉ định cắt u kèm toàn bộ tuyến, số còn lại cắt u kèm thùy nông. Kết quả: 85,29% hồi phục hoàn toàn, 14,71% hội chứng Fray (hội chứng dây thần kinh tai- thái dương) từ sau phẫu thuật đến 2 năm. Đồng thời tác giả đi sâu vào tổng kết sau mổ để đánh giá giá trị của hoá mô miễn dịch khối u.

Một nghiên cứu trước đây của Hàn Thị Vân Thanh (2001) [27], chỉ định phẫu thuật cắt u kèm toàn bộ tuyến mang tai chỉ chiếm tỷ lệ 17,3% (chiếm 7,5% các trường hợp phẫu thuật u lành tính và 40,9% phẫu thuật u ác tính).

Thực tế trong nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 3.19 và Bảng 3.21), các trường hợp u lành tính và u ác tính trên đánh giá hình ảnh học có vị trí u ở thùy sâu hoặc phát triển ở cả hai thùy đều được chỉ định cắt u kèm tuyến mang tai toàn phần có bảo tồn dây thần kinh mặt. Các u ác tính 9/11 trường hợp và phần lớn các u tuyến đa hình có vị trí phát triển trên thùy nông 10/19 trường hợp cũng được ưu tiên chỉ định theo quan điểm trên (Phẫu thuật theo phương pháp Redon do tác giả Redon và Padovani đề xuất năm 1934), 8/19 trường hợp u tuyến đa hình có vị trí trên thùy nông được cắt bỏ kèm toàn bộ thùy nông. Theo đó, 73/76 trường hợp chiếm 96,05 trong nghiên cứu của chúng tôi được chỉ định dùng kỹ thuật bóc tách dây thần kinh từ gốc, 3/76 trường hợp chỉ định bóc tách ngược theo dây thần kinh đều là các trường hợp u có kích thước nhỏ, ranh giới rất rõ, di động và nằm ngoài vi sát vỏ bao tuyến. Theo tác giả Phạm Hoàng Tuấn (2007) [35], trong nghiên cứu trên 35 bệnh nhân u tuyến đa hình tác giả chỉ định dùng kỹ thuật bóc tách từ gốc dây thần kinh cho 33/35 trường hợp chiếm 94,3% và 94,3% được chỉ định cắt u kèm toàn bộ tuyến. Tác giả Nguyễn Minh Phương (2000) [23], 70% số trường

hợp trong nghiên cứu được chỉ định cắt u kèm tuyến mang tai bảo tồn dây thần kinh VII.

Hệ thống giải phẫu trong nghiên cứu phẫu thuật Redon cắt toàn bộ tuyến mang tai bảo tồn dây thần kinh VII là phương pháp điều trị được áp dụng nhiều nhất và hiệu quả nhất trong điều trị khối u của thùy sâu và các trường hợp ung thư tuyến mang tai.

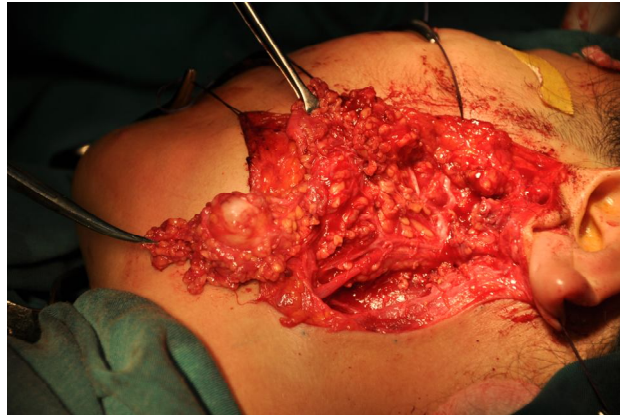
Phẫu thuật cắt u và một phần tuyến hoặc cả thùy nông (thực chất là giai đoạn 1 của phẫu thuật Redon) được áp dụng cho các khối u lành tính như u tuyến lympho, u nang tuyến... Các khối u này nằm ở thùy nông và thường nằm ở cực dưới tuyến mang tai hoặc u cách xa diện bóc tách của dây thần kinh mặt.

Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ định phẫu thuật bóc tách u đơn thuần và cắt u kèm một phần thùy nông tuyến ít được chỉ định, thực tế với 9/76 trường hợp hầu hết là u lành tính (11,8%) có hình ảnh học rõ về ranh giới, vị trí nằm ở thùy nông vùng ngoại vi và thường là ở cực dưới của tuyến mang tai. Theo tác giả Lizuka và Ishikawa (1998) [85], dựa theo giải phẫu thần kinh VII (thân chính dây thần kinh VII khi phân nhánh sẽ chia thành hai nhánh trên, dưới) mà chia ra vị trí u nằm theo 4 vùng (trên nhánh chia trên; ở giữa nhánh chia trên và nhánh chia dưới; trên nhánh chia dưới và dưới nhánh chia dưới). Tùy theo vị trí khối u mà 4 phần cắt bỏ của thùy nông kèm theo tuyến cũng được xác định.

Trong nghiên cứu của tác giả O'Brien (2003) [121] về đánh giá vai trò của phẫu thuật cắt bỏ u lành tuyến mang tai kèm thùy nông nhấn mạnh điều trị lần đầu cho u thùy nông thì không cần thiết phải cắt bỏ trọn thùy mà chỉ cần kèm một phần thùy. Tác giả cho rằng cắt bỏ thùy nông tuyến mang tai

“hạn chế” là phương pháp điều trị thực dụng và an toàn cho những thủy nông tuyến mang tai.

Kỹ thuật cắt u ngoài vỏ bao của khối u được thực hiện với đòi hỏi tiết kiệm tổ chức nhu mô tuyến, bảo tồn chức năng bài tiết cho tuyến và hạn chế được hội chứng Fray. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 9/11 được chỉ định áp dụng bóc tách u đơn thuần và cắt một phần nhu mô tuyến của thủy nông ngoài vỏ bao khối u với khoảng an toàn. McGurk và cộng sự [110] ghi nhận 380 bệnh nhân có u tuyến đa hình được điều trị bằng kỹ thuật cắt khối u ngoài vỏ bao với tỷ lệ tái phát 2% sau thời gian theo dõi trung bình 12,5 năm. Tuy nhiên tác giả chưa nhấn mạnh “khoảng an toàn” cách vỏ là bao nhiêu, đặc biệt đối với loại u dễ tái phát do sự khuyết thiếu vỡ vào các ổ u vệ tinh vi thể nằm lẫn trong nhu mô tuyến sát khối u chính. Tiếp nữa là trường hợp nếu vỏ khối u sát với dây thần kinh mặt nơi phân chia trong khi tỷ lệ gặp u nằm sát dây thần kinh mặt là 51% (theo McGurk và cộng sự [110] và 98% theo Lizuka và Ishikawa [85]). Các tác giả không xem kỹ thuật cắt u ngoài vỏ là kỹ thuật chuẩn mực để áp dụng nhưng cũng ghi nhận kỹ thuật này có hiệu quả như kỹ thuật cắt u kèm toàn bộ thủy nông. Theo Piekarski và cộng sự [129] nghiên cứu trên 98 trường hợp cắt u tuyến đa hình bằng kỹ thuật cắt u ngoài vỏ bao thì tỷ lệ tái phát 8,2% ở nhóm u có kích thước đường kính trung bình 3,6cm, tỷ lệ tái phát cao hơn ở nhóm có đường kính 4-6cm. Tác giả đề nghị những trường hợp u có kích thước lớn và có khả năng tái phát cao như u tuyến đa hình nên dùng kỹ thuật cắt u kèm toàn bộ thủy nông. Tác giả cũng khuyến cáo không nên dùng kỹ thuật cắt u ngoài vỏ bao áp dụng cho thể loại u có đặc điểm cấu trúc tổ chức học dễ tái phát như u tuyến đa hình.



*Ảnh 4.14: PT cắt u kèm thủy nông*

Mục tiêu của phẫu thuật khối cần đạt được là loại bỏ được tổ chức bệnh lý, bảo tồn được tối đa có thể tổ chức nhu mô tuyến và các nhánh dây thần kinh VII để đảm bảo chức năng sinh lý bài tiết nước bọt cũng chức năng vận động mà dây thần kinh VII chi phối đồng thời hạn chế hội chứng Frey. Trong nghiên cứu của chúng tôi, do áp dụng phương pháp chẩn đoán mô bệnh học trước mổ bằng sinh thiết qua kim dưới hướng dẫn của siêu âm, 2/11 trường hợp u ác tính được chỉ định lấy toàn bộ tuyến và chủ động không bảo tồn dây thần kinh VII.

#### **4.10.2. Đánh giá sớm kết quả phẫu thuật**

Mục tiêu bảo tồn dây thần kinh VII là mối quan tâm hàng đầu trong tất cả các loại kỹ thuật trong phẫu thuật tuyến mang tai và tỷ lệ liệt mặt là một tiêu chuẩn để đánh giá sớm kết quả phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau mổ có 3/61 trường hợp bệnh nhân u lành tính liệt một phần (6,6%) và 1 trường hợp cắt phạm vào dây thần kinh VII, 2/11 trường hợp bệnh nhân u ác tính liệt toàn bộ (18,2%), tỷ lệ liệt mặt chung là 6/76 trường hợp chiếm 7,9%. Tỷ lệ của chúng tôi thấp hơn trong nghiên cứu của Hàn Thị Vân Thanh [27], có tỷ lệ liệt mặt 24,7%. Theo tác giả Laskawi (1998) [95] thì tỷ lệ này là 14%, theo Phạm Hoàng Tuấn (2007) [35] thì tỷ lệ này là 26,47%. Nguyên nhân chúng tôi quyết định chỉ định không bảo tồn dây thần kinh mặt ở hai



bệnh nhân có khối u ác tính trong đó có một bệnh nhân tái phát lần hai, vết mổ sẹo xấu, co kéo, trên hình ảnh CLVT thấy có thâm nhiễm dây thần kinh mặt (xét đoạn trong xương đá thấy dây thần kinh mặt có hiện tượng tăng tỉ trọng do bị thâm nhiễm).



*Ảnh 4.15: Tụ máu vết mổ*

Trong nghiên cứu của chúng tôi còn gặp 11/76 trường hợp có dấu hiệu tụ máu vết mổ, một số có biểu hiện thâm đen đầu vạt. Một trường hợp xảy ra ở u ác tính có thâm nhiễm da nên khi cắt bỏ u chúng tôi cắt bỏ một phần da bị viêm loét dẫn đến khi khâu đóng vết mổ da bị kéo căng. Trường hợp còn lại xảy ra ở u lành tính, theo chúng tôi do đã thực hiện góc đầu vạt quá nhọn. Tuy nhiên sau một tuần thì tình trạng này giảm và vết mổ lành thương tốt. Chúng tôi không gặp một trường hợp chảy máu sau mổ nào. Theo nghiên cứu của Phạm Hoàng Tuấn (2007) [35] thì tỷ lệ tụ máu vết mổ sau mổ là 5,88%.

Nhiễm trùng vết mổ sẽ ảnh hưởng xấu tới kết quả điều trị phẫu thuật, nguy cơ sớm là bục vết mổ và chảy máu, nguy cơ xa là sẹo vết mổ sẽ liền xấu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau mổ những ngày đầu có 7/76 trường hợp chiếm 9,2% có biểu hiện nhiễm trùng vết mổ, toàn thân có sốt nhẹ, công thức máu bạch cầu tăng cao và tại chỗ, vết mổ nề đỏ, căng, có dịch rỉ viêm, một số trường hợp chân chỉ xuất tiết dịch. Tuy nhiên, hầu hết các trường hợp được chăm sóc vết mổ, dẫn lưu tốt kết hợp với phối hợp kháng sinh liều cao và

giảm phù nề mạnh, kết quả thu được khả quan, tình trạng vết mổ liền tốt thu được trong nghiên cứu là 70/76 trường hợp chiếm 92,1%. Theo tác giả Phạm Hoàng Tuấn (2007) [35] thì tỷ lệ vết mổ liền tốt là 94,12%.

#### **4.10.3. Kết quả theo dõi sau điều trị phẫu thuật từ 6 tháng tới 24 tháng**

Phẫu thuật tuyến vôn là một kỹ thuật khó và phẫu trường nằm trong vùng giàu mạch máu, thần kinh và bạch huyết. Vấn đề sang chấn tổ chức và đặc biệt là dây vỏ bao của myelin hệ thống phân nhánh thần kinh VII là không thể tránh khỏi. Do vậy sự sang chấn và tình trạng xung huyết, phù nề vùng phẫu thuật sẽ là nguyên nhân gây nên một số trường hợp bệnh nhân sau phẫu thuật có tình trạng liệt dây thần kinh VII ở nhiều mức độ. Tuy vậy, sau một thời gian dài triệu chứng sẽ hết dần, chức năng chi phối vận động, cảm giác và điều khiển chế tiết sẽ hồi phục. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau hơn một năm khám lại 3/6 trường hợp bị liệt tạm thời dây thần kinh sau mổ đã hồi phục, 1/6 trường hợp hồi phục một phần chiếm 1,3% (1/76 trường hợp nghiên cứu), 2/6 trường hợp bệnh nhân u ác tính (trong đó có một trường hợp đã tái phát lần hai) sau mổ không hồi phục do đã phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ u và hy sinh dây thần kinh chiếm 2,6% (2/76 trường hợp nghiên cứu). Trong nghiên cứu của Phạm Hoàng Tuấn tất cả số bệnh nhân liệt nhánh tạm thời đã hồi phục sau phẫu thuật từ 3 tháng tới 24 tháng. Theo Cvetinovic [54] tỷ lệ này là 18,36%, theo Hàn Thị Vân Thanh [27] thì tỷ lệ này là 24,7%. Trong các nghiên cứu của Mayo Clinic thì 64% bệnh nhân u tuyến mang tai tái phát phải hy sinh dây thần kinh khi mổ, một nghiên cứu khác tỷ lệ này lên đến 71% [72]. Theo chúng tôi nhiều trường hợp phải hy sinh dây thần kinh VII khi mổ lần sau đối với bệnh nhân tái phát u là do nguyên nhân quá trình mổ lần một đã làm xáo trộn các mốc giải phẫu, các tổ chức xơ dính co kéo đồng thời khối u tái phát phát triển tiếp tục chèn ép/ xâm lấn tổ chức...





*Ảnh 4.16: Liệt nhánh TK VII tạm thời sau mổ*

Tái phát u là điều không mong muốn, là biến chứng rất xấu sau phẫu thuật, nguy cơ phải hy sinh dây thần kinh VII trong lần mổ sau là rất cao, ảnh hưởng nghiêm trọng tới chức năng và thể trạng và tâm lý của người bệnh. Hơn nữa sự tái phát trên nền các u ác tính thì hậu quả sẽ càng thêm nặng nề. Tuy vậy, có thể đẩy lùi nguy cơ tái phát bằng việc thực hiện tốt phẫu thuật đầu tiên, từ khâu chẩn đoán hình ảnh học, chẩn đoán giải phẫu bệnh, chẩn đoán giai đoạn (đối với u ác tính) trước mổ chính xác cho đến chỉ định dùng loại kỹ thuật phẫu thuật phù hợp. Đa số các tái phát sẽ xuất hiện trong vòng hai năm đầu sau phẫu thuật, trong nghiên cứu của chúng tôi, theo dõi tái khám sau phẫu thuật 12 tháng đến 24 tháng chúng tôi chưa ghi nhận được trường hợp bệnh nhân nào tái phát. Cũng trong nghiên cứu tương tự trên 32 bệnh nhân u tuyến đa hình năm 2007, tác giả Phạm Hoàng Tuấn [35] cũng chưa ghi nhận được trường hợp nào tái phát sau mổ. Theo Hàn Thị Vân Thanh (2001) [27] thì tỷ lệ này là 13,8% (12/87 trường hợp).



*Ảnh 4.17: Sẹo mổ cũ trên bệnh nhân u tuyến đa hình tái phát*

Những sai lầm hoặc chưa hợp lý trong chỉ định loại kỹ thuật phẫu thuật lần đầu sẽ gây nên hậu quả tái phát đáng tiếc, một số ghi nhận trước đây của các tác giả khi tập hợp mẫu nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tái phát u sau phẫu thuật ở các cơ sở khác là con số đáng lưu ý. Theo Nguyễn Minh Phương (2000) [23] trong mẫu bệnh nhân nghiên cứu có 22,58% bị tái phát (14/62 trường hợp) trong đó 9 trường hợp là u tuyến đa hình, 4 trường hợp là u biểu mô tuyến ác tính, 1 trường hợp là u tổ chức liên kết ác tính. Theo Hàn Thị Vân Thanh (2001) [27] thì tỷ lệ này là 22,7%. Trong nghiên cứu của chúng tôi có số bệnh nhân đến khám do tái phát u là 5/76 trường hợp chiếm 6,5% trong đó có 3 trường hợp u tuyến đa hình; 1 trường hợp là u biểu mô tuyến ác tính; 1 trường hợp u tổ chức liên kết ác tính.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 13,15% (10/76 trường hợp) bị hội chứng Frey. Theo Phạm Hoàng Tuấn (2007) [35] tỷ lệ gặp hội chứng Fray là 5/32 trường hợp chiếm 14,71%, theo Hàn Thị Vân Thanh (2001) [27] tỷ lệ này là 23%. Theo Christensen [52] nghiên cứu trong 10 năm trên 433 bệnh nhân thì tỷ lệ này là 50%, tỷ lệ xuất hiện hội chứng Frey sau phẫu thuật đạt mức cao nhất sau 5 năm.

Các tai biến rò dịch nước bọt không gặp trường hợp nào, theo nghiên cứu của tác Phạm Hoàng Tuấn (2005) [35] là 0%. Hàn Thị Vân Thanh (2001) [27] thì tỷ lệ này là 10,7%, tác giả cho rằng có thể trong nghiên cứu số bệnh nhân được chỉ định mổ cắt u đơn thuần chiếm tỷ lệ lớn (82,75).

## KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 76 bệnh nhân được lựa chọn tuổi từ 13 đến 78 tuổi, có đối chiếu GPB và phẫu thuật, chúng tôi rút ra kết luận:

### 1. Mục tiêu 1:

1.1. Giá trị chẩn đoán của lâm sàng: Độ chính xác (tồn thương là u): 77,55%

1.2. Giá trị chẩn đoán của siêu âm: Độ nhạy (lành tính): 100%; Độ chính xác: 90,6%.

1.3. Giá trị chẩn đoán của CLVT: Độ nhạy (lành tính): 100%; Độ chính xác: 93,4%.

1.4. Giá trị chẩn đoán của sinh thiết qua kim dưới hướng dẫn của siêu âm: Phù hợp chẩn đoán giữa sinh thiết và kết quả giải phẫu bệnh sau mổ về các Típ mô bệnh học: 96,9%.

### 2. Mục tiêu 2: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật

59 trường hợp đạt kết quả tốt (77,63%); 16 trường hợp đạt kết quả trung bình (21,05%); 1 trường hợp đạt kết quả kém (1,32%).

## **KIẾN NGHỊ**

1. Áp dụng thường qui kỹ thuật siêu âm (SA) trong chẩn đoán khối u TNBMT bởi trong các kỹ thuật có giá trị như SA, CLVT thì SA ưu điểm giá thành rẻ, không dùng tia X, khám xét linh hoạt trên nhiều bình diện và có giá trị cao trong đánh giá hình thái khối u và gợi ý tính lành - ác. Phổ biến từ tuyến cơ sở.

2. Áp dụng thường qui kỹ thuật sinh thiết qua kim sinh thiết dưới hướng dẫn của siêu âm để chẩn đoán xác định trước mổ tít mô bệnh học của khối u, trên cơ sở đó lập kế hoạch phẫu thuật và tiên lượng trong bảo tồn dây VII đặc biệt đối với u ác tính, u lớn.

## **CÁC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN**

- 1. Đinh Xuân Thành** (2012), "Sinh thiết qua kim dưới hướng dẫn của siêu âm trong chẩn đoán u tuyến mang tai", *Tạp chí Y Dược học Quân sự*, Vol 37, N<sup>o</sup>5, tháng 6/2012, tr. 170 - 174.
  
- 2. Đinh Xuân Thành** (2012), "Đối chiếu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính và giải phẫu bệnh một số u tuyến mang tai", *Tạp chí Y học Thực hành*, Số 10/2012, tr. 82-86.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### Tài liệu tiếng Việt

1. **Nguyễn Quốc Bảo (1999)**, “Ung thư tuyến nước bọt”, *Hướng dẫn thực hành chẩn đoán và điều trị ung thư*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.151-157.
2. **Bộ môn chẩn đoán hình ảnh (2001)**, *Bài giảng chẩn đoán hình ảnh*. ĐHY Hà Nội - NXB Y Học, tr 33-6.
3. **Bộ môn Răng Hàm Mặt (1980)**, *Răng Hàm Mặt* tập III. Trường Đại học Y Hà Nội - NXB Y học, tr 3-61.
4. **Bộ môn ung thư học (1999)**, *Bài giảng ung thư học*, Đại Học Y Hà Nội - NXB Y học, tr 111-117.
5. **Nguyễn Thị Bình (2007)**, *Mô – Phôi: Phần mô học*, Nhà xuất bản Y Học, Hà Nội, tr. 178 – 179.
6. **Phùng Xuân Bình (2007)**, *Sinh lý học*, NXB Y Học, Hà Nội, tr. 234-235.
7. **Bệnh viện hữu nghị (2001)**, Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật cộng hưởng từ trong chẩn đoán bệnh lý mạch máu não và bệnh lý cột - sống tuỷ sống. *Báo cáo tổng kết đề tài nghiên cứu khoa học cấp Bộ*. Tr 1-9.
8. **Bệnh viện hữu nghị (2003)**, Kỹ thuật cộng hưởng từ trong chẩn đoán bệnh lý cột sống và bệnh lý tuỷ sống (2002 – 2003) - NXB Y học, tr 288 – 295.
9. **Trần Thanh Cường, Nguyễn Hồng Ri, Trần Văn Thiệp (1999)**, “Bướu lành tuyến mang tai: Dịch tế học - Chẩn đoán - Điều trị”, *Y học Tp Hồ Chí Minh - Phụ bản chuyên đề ung bướu học*, 3(4), tr. 125-135.
10. **Phạm Phan Sĩch (1985)**, Tổ bào, mô học, phẫu thuật học.

11. **Ellis Harold** (2001), *Clinical Anatomy*, 8<sup>th</sup> edition, Tài liệu dịch của Nguyễn Văn Huy, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 333 - 335.
12. **Frank H.N (1999)**, Atlas giải phẫu người. GS. Nguyễn Quang Quyền dịch - NXB Y học, 1999.
13. **Şç Xu©n Hîp (1971)**, Giải phẫu đại cương đầu mặt cổ - NXB Y học, tr 413-417.
14. **Trần Văn Hợp** (2007), *Giải Phẫu bệnh học*, Nhà xuất bản Y Học, Hà Nội, tr. 309 – 316.
15. **Khoa y tổ c«ng céng (2003)**, Phương pháp nghiên cứu khoa học trong Y học vµ sức khỏe céng ®ng. Si Hc Y Hµ Néi.
16. **Hoàng Şçc Kit (1998)**, Nguyn lý chp X quang ct lí p vi tnh. Tµi liu ®µo to CŞHA, tr 3 -37.
17. **Hoàng Şçc Kit (2001)**, K thuật hình ảnh cộng hưởng từ. Tµi liu ®µo to CŞHA ng dng trong lm sng, tr 27-38.
18. **Phm Thp Lin (1988)**, Bµi ging ung thư tuyến nước bọt mang tai cho chuyn khoa I.
19. **Hra Chí Minh** (2003), *Nghiên cứu giá trị chẩn đoán của phương pháp chọc hút kim nhỏ trên u tuyến nước bọt*, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Dược Tp HCM, tr. 80-82.
20. **Nguyễn Thị Hồng Minh** (2000), *Nhận xét chẩn đoán và điều trị u hỗn hợp tuyến mang tai*, Luận văn Thạc sỹ y học, ĐH Y Hà Nội, tr. 3 – 61.
21. **Trịnh Văn Minh** (2001), *Giải phẫu người tập 1*, Nhà xuất bản Y Học, Hà Nội, tr. 542-545.
22. **Bi Nghĩa (1988)**, *Bài giảng ung thư tuyến nước bọt mang tai cho chuyn khoa*.

23. **Nguyễn Minh Phương (2000)**, Chụp tuyến có thuốc cản quang đối chiếu giải phẫu bệnh trong chẩn đoán và điều trị u tuyến nước bọt mang tai. *Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú các bệnh viện chuyên ngành Răng Hàm Mặt. Đại Học Y Hà Nội.*
24. **Nguyễn Quang Quyên (1995)**, Bụi giáng giãi phế hác tẾp I - NXB Y hác, 351-353.
25. **Lê Văn Sơn, Nguyễn Minh Phương (2000)**, Phẫu thuật tuyến mang tai bảo tồn dây thần kinh VII. *Tạp chí Y học Việt Nam, chuyên đề Răng Hàm Mặt số 8-9/2000, 57-62.*
26. **Đinh Xuân Thành (2005)**, *Nhận xét đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính của u tuyến nước bọt mang tai*, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, tr. 1 – 82.
27. **Hàn Thị Vân Thanh (2001)**, Nhận xét đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và kết quả phẫu thuật u tuyến nước bọt mang tai ở bệnh viện K từ năm 1996 – 2001. *Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ y học chuyên ngành ung thư, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.*
28. **Trần Minh Thịnh (1983)**, “Nhận xét hình thái lâm sàng u hỗn hợp tuyến nước bọt từ năm 1960-1980”; *Tạp chí Răng Hàm Mặt (12-1983)*, Tổng hội y dược học Việt Nam xuất bản, tr. 92-101.
29. **Ngô Thu Thoa, Trần Văn Tuấn (2003)**, “Chẩn đoán tế bào học các u tuyến nước bọt”, *Tạp chí Y Học Tp HCM*, tập 7(3), tr. 69-71.
30. **Nguyễn Văn Thụ (1994)**, *Lâm sàng hàm mặt*, Viện Răng Hàm Mặt Tp Hồ Chí Minh, tr. 193-201.
31. **Nguyễn Gia Thức (2008)**, “Một số nhận xét đặc điểm hình ảnh siêu âm khối u tuyến nước bọt mang tai”, *Tạp chí Thông tin Y Học*, Số 10, tr.31-34.



32. **Bùi Xuân Trường (1988)**, Kết hợp chụp tuyến mang tai với xét nghiệm tế bào học qua chọc hút trong chẩn đoán, áp dụng phẫu thuật cắt bỏ thủy tuyến phẫu tích bảo tồn thần kinh mặt trong điều trị khối u hỗn hợp tuyến mang tai. *Luận Văn Tốt nghiệp bác sỹ nội trú các bệnh viện chuyên ngành ung thư. Đại Học Y Hà Nội.*
33. **Trần Văn Trường (2002)**, *Nang và u lành tính vùng miệng – hàm mặt*, Nhà xuất bản Y Học, Hà Nội, tr. 156 – 158.
34. **Trần Văn Trường (2002)**, *U ác tính vùng hàm mặt*, Nhà xuất bản Y Học, Hà Nội, tr. 47 – 49.
35. **Phạm Hoàng Tuấn (2007)**, Nghiên cứu lâm sàng, X quang, giải phẫu bệnh trong chẩn đoán và điều trị u hỗn hợp tuyến mang tai. *Luận án tốt nghiệp tiến sĩ y học chuyên ngành Phẫu thuật Hàm Mặt. Đại Học Răng Hàm Mặt.*

### **Tại I iều tiếng anh**

36. **Ajayi.B.A, Pugh.n.D, Carolan.g, Woodcock.J.P (1992)**, Salivary gland's tumors: is colour Doppler imaging of added value in their preoperative assessment? *Eur.j.Surg. Oncol.* 1992 Oct, 18(5), 463- 468.
37. **Ajcc- Cancer Staging Atlas (2006)**, Major salivary glands, *Springer*, Neuyork p 61-67.
38. **Anil T ahuja et al (2000)**: practical head and neck ultrasould, salivary glands. *Greenwich medical media limited*, London. P219-245.
39. **Auclair P.L, Ellis G.L, Gnepp D.R (1991)**, Salivary gland neoplasms: general consideration, *Surgical pathology of the salivary gland, Philadenphia, WB Saunders*, pp.135-164.
40. **Batsakis JG, Huser J (1990)**. Squamous carcinomas with glandlike (adenoid) features. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 99: 87-88.

41. **Baumgartner WA, Mark JB** (1980). Metastatic malignancies from distant sites to the tracheobronchial tree. *J Thorac Cardiovasc Surg* 79: 499-503.
42. **Bialek E J, Jakubowski W, Zajkowski P, Szopinski K T, Osmolski A** (2006), "US of the Major Salivary Glands: Anatomy and Spatial Relationships, Pathologic Conditions, and Pitfalls", *RadioGraphics*, (26), pp. 745 – 763.
43. **Bialek E J, Jakubowski W, Zajkowski P, Szopinski K T, Osmolski A** (2006), "US of the Major Salivary Glands: Anatomy and Spatial Relationships, Pathologic Conditions, and Pitfalls", *RadioGraphics*, (26), pp. 745 – 763.
44. **Bialek E J, Jakubowski W, Karpinska G** (2003), "Role of Ultrasonography in Diagnosis and Differentiation of Pleomorphic Adenomas", *Arch Otolaryngol Head Neck Surgery*, (129), pp. 929 - 933.
45. **Bradley M J, Durham L H, Lancer J M** (2000), "The Role of Colour Flow Doppler in the Investigation of the Salivary Gland Tumour", *Clinical Radiology* (55), pp. 759 -762.
46. **Bradley MJ, In Ahuja A T, Evans R M** (2000), "Salivary glands" *Practical head and neck ultrasound*, Greenwich Medical Media, London, England, pp. 19 - 33.
47. Brandwein M et al (1999), "Sialoblastoma: clinicopathological/ Immunohistochemical study". *Am J Surg Pathol* 23: 342-348.
48. **Braunschweig. R, hermes. H, bohndorf.k** (1990), Sialography with digital image processing screens, *ANO. 1990 Sep*, 38 (9); 338 - 341.
49. **Broderick JP, Auger RG, DeSanto LW** (1988), "Facial paralysis and occult parotid cancer- A characteristic syndrome", *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, Vol:114, pp. 195- 197.

50. **Bryan et al**, “Computed tomography of the major salivary glands”, *Am J Roentgen*, Vol 139, pp 547 – 554.
51. **Cesnek.m (1990)**, Personal experience with sialography. *Cesk Otolaryngol. 1990 Sep*, 39 (5), 295 - 299.
52. **Christensen NR, Charabi S, Sorensen WT, Dethloff T, Baile VH, Tos M**, (1998), “Benign neoplasms in the parotid gland in the county of Copenhagen, 1986–1995”. *Ugeskr Laeger*, 160, 6066–9.
53. **Corr P, Cheng P, Metreweli C** (1993), “The role of ultrasound and computed tomography in the evaluation of parotid masses”, *Australas Radiol*, Vol: 37(2), pp. 195-197.
54. **Cvetinović M, Stosić S, Jović N**, “How we have treated parotid gland tumors”, *Vojnosanit Pregl.* ;54 (4 Suppl):45-52.
55. **Dae Seob Choi, Dong Gyu Na (1998)**, Salivary Gland Tumors: Evaluation with Two – Phase Helical CT, *Head and Neck Imaging*, Department of Radiology, College of Medicine, Dongguk and Sungkyunkwan University.
56. **David M.Yourem, Michael A.Kraut (1999)**, Major Salivary gland Imaging, *Radiology, RSNA, 2000*; 216: 19-29.
57. **David W. Eisele and Michael E. Johns (1996)**, Salivary Gland neoplasms, *Head and neck surgery otolaryngology*, Lippincott – Raven Publishers, Philadelphia.
58. **De Ru JA, van Leeuwen MS, van Benthem PP, Velthuis BK, Sie-Go DM, Hordijk GJ** (2007), “Do Magnetic Resonance Imaging and Ultrasound Add Anything to the Preoperative Workup of Parotid Gland Tumors”, *J Oral Maxillofac Surg*, 65(5), pp. 945 – 52.

59. **Di Palma S., Simpson R.H.W., Skalova A., Leivo I.** (2006): "Pathology of head and neck, major and minor salivary glands", *Springer, Berlin*. p.132-162.
60. **Drivas EI, Skoulakis CE, Symvoulakism EK, Bizaki AG, Lachanas VA, Bizakis JG** (2007), "Pattern of parotid gland tumors on Crete, Greece: a retrospective study of 131 cases", *Med Sci Monit*, Vol 13(3), pp. 136-140.
61. **Dunn EJ, Kent T, Hines J, Cohn I Jr** (1976), "Parotid neoplasms: a report of 250 cases and review of the literature", *Ann Surg*, Vol: 184(4), pp. 500-506.
62. **Ellis GL, Auclair PL, Gnepp DR** (1991), *Surgical Pathology of the salivary glands*, WB Saunder, Philadenphia.
63. **Everson J.W, Cawson R.A** (1985), Salivary gland tumor. A review of 2410 cases and sex distribution, *J Pathol*, Vol:146: 51-58.
64. **Eveson JW, Auclair PL, Gnepp D et al** (2005), "Chapter 5. Tumours of the Salivary glands", in **Barnes L, Eveson J W, Reichart P, Sidransky D**, *WHO Classification of Tumours. Pathology and Genetics. Head and Neck Tumours*, IARC Press, Lyon, pp. 210 - 211.
65. **Foote FW, Frazell EL** (1953). Tumors of the major salivary glands. *Cancer* 6: 1065- 1133.
66. **Foote FWJr, Frazell EL**. Tumors of major salivary glands. *Cancer* 1953; 10:1065 and **Eneroth CM**. *Histological and clinical aspects of parotid tumors. Acta Ontolaryngol Soppl (Stockh)* 1964; 191:1.
67. **Frédérique Dubrulle and Raphaëlle Souillard et al** (2006): Head and Neck Cancer Imaging, parotid gland and other salivary glands. Springer, Newyork, p 220-241.

68. **Gerughty RM et** (1969). Malignant mixed tumors of salivary gland origin. *Cancer* 24: 471-486.
69. **Glands Alexander C. Vlantis . C. Andrew van Hasselt et al** (2009): General Surgery: Principles and International Practice Second Edition, Parotid and Salivary, p391-392.
70. **Gnepp DR, Wick MR** (1990). Small cell carcinoma of the major salivary glands. An immunohistochemical study. *Cancer* 66: 185-192.
71. **Granick.M.S, Hanna.D.C** (1992), Management of salivary gland lesions. *Williams & Wilkins. 1992.*
72. **Grannik M.S, Hana D.C** (1992) “complications of surgery. Surgical management of salivary gland disease”, *management of salivary gland lessión, Williams and Wilkins, Baltimore, Maryland, USA, pp.4-6.*
73. **Gritzmann N** (1989), “Sonography of the salivary glands”, *AJR*, Vol: 153, pp. 161 – 166.
74. **Gritzmann N et al** (2003), “Sonography of the salivary glands”, *Euro Radiology*, (13), pp. 964-975.
75. **Guerrier Y** (1986), The parotid gland and parotidectomy, *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 1986 May-Jun; 6(3): 295-313.
76. **Hamilton Bailey et al** (1948), “The surgical anatomy of the parotid gland”. *British Medical Journal*, July 31<sup>st</sup>, 1948, pp 245-248.
77. **Harold Ellis et al** (2006): parotid gland, clinical anatomy, Eleventh edition 2006. Blackwell Publishing.
78. **Harrison Linsky, Louis Mandel** (2002), Preliminary steps in the diagnosis of the pleomorphic Adenoma, *New York State Dental Journal; May 2002.*
79. **Hebert.G, Ouimet - Oliva.D, Nicolet.V, Bourdon.f** (1993), Imaging of the salivary glands. *Can. Assoc. Radiol. J.* 1993 Oct, 44 (5) 342 - 349.

80. **Helmus C** (1997), "Subtotal Parotidectomy: A 10-Year Review (1985 to 1994)", *Laryngoscope Aug*, 107(8), pp. 1024 – 1027.
81. **Hohmann.B, Landwehr.P** (1991), Clinical value of sialography in digital and conventional imaging technique. *HNO. 1991 Jan*, 39 (1), 13-17.
82. **Hohmann.D, Landwehr.P** (1991), "Clinical value of sialography in digital and conventional imaging technique". *HNO. 1991 Jan*, 39 (1), 13-7.
83. **Howlett DC** (2003), "High resolution ultrasound assessment of the parotid gland", *Br J Radiol*, Vol:76, pp. 271 – 277.
84. **Howlett DC, Kesse KW, Hughes DV, Sallomi DF** (2002), "The role of imaging in the evaluation of parotid disease", *Clin Radiol*, Vol:57, pp. 692–701.
85. **Iizuka K, Ishikawa K.** "Surgical techniques for benign parotid tumors: segmental resection vs extracapsular lumpectomy", *Acta Otolaryngol Suppl1998; 537:75-81*. Department of Otolaryngology, Kushiro City General Hospital, Kushiro, Japan.
86. **Istemihan A, Nimetullah E, Muharrem G, et al** (1991), "Sialographic and ultrasonographic analyses of major salivary glands", *Acta Otolaryngol (Stockh)* (111), pp. 600 – 606.
87. **Ito FA, Ito K, Vargas PA, de Almeida OP, Lopes MA** (2005), Salivary gland tumors in a Brazilian population: a retrospective study of 496 cases, *Int J Oral Maxillofac Surg*, Vol34(5), pp. 533-536.
88. **Jeannon JP, Calman F, Gleeson M, McGurk M, Morgan P, O'Connell M, Odell E, Simo R.**(2009), "Management of advanced parotid cancer. A systematic review", *Eur J Surg Oncol*, Sep; 35(9), pp. 908-915.

89. **Jeffrey D Spiro et al** (2003): Principles and Practice of Head and Neck Oncology, Salivary gland neoplasms. Martin Dunitz, Newyork p662-668.
90. **Kamal.s.a, othman.e.o** (1997), Diagnosis and treatment of parotid tumors. *J. Laryngol. Otol.* 1997 Apr; 111 (4); 316 - 321.
91. **Kanagasunthram.R, Sivanandasingham.P, Krishna - Murti.P** (1987), Anatomy regional, functional and clinical, *PG publising.* 1987, 454 - 464.
92. **Kim J et al** (2004), “Characteristic sonographic findings of Warthin's tumor in the parotid gland”, *J Clin Ultrasound*, Vol: 32(2), pp. 78-81.
93. **Kirby I. et al** (2009): General Surgery Principles and International Practice Second Edition, Parotid and Salivary Glands Alexander C. Vlantis . C. Andrew van Hasselt, p391-392.
94. **Lamont J P, McCarty T M, Fisher T L, Kuhn J A** (2001), “Prospective Evaluation of Office-Based Parotid Ultrasound”, *Annals of Surgical Oncology*, 8(9), pp. 720 –722.
95. **Laskawi R, Schott T, Schröder M.** (1998), “Recurrent pleomorphic adenomas of the parotid gland: clinical evaluation and long-term follow-up”, *Br J Oral Maxillofac Surg*; 36(1):48-51.
96. **Lee S et** (2001). Primary squamous cell carcinoma of the parotid gland. *Am J Otolaryngol* 22: 400-406.
97. **Leverstein, H, van der Wal J E, Tiwari R M, van der Waal I, Snow G B** (1997), “Surgical management of 246 previously untreated pleomorphic adenomas of the parotid gland”, *Br J Surg*, (84), pp. 399 – 403.
98. **Lewis JE, Olsen KD, Sebo TJ** (2001). Carcinoma ex pleomorphic adenoma: pathologic analysis of 73 cases. *Hum Pathol* 32: 596-604.

99. **Li LJ et al** (2008), “Clinical analysis of salivary gland tumor cases in West China in past 50 years”, *Oral Oncology*, (44), pp. 187 – 192.
100. **Lim LH, Chao SS, Goh CH, Ng CY, Goh YH, Khin LW** (2003), “Parotid gland surgery: 4-year review of 118 cases in an Asian population”, *Head Neck*, Vol: 25(7), pp. 543-548.
101. **Lin CC et al** (2008), “Parotid tumors: a 10-year experience”, *American Journal of Otolaryngology – Head and Neck Medicine and Surgery*, 29 (2), pp. 94 – 100.
102. **LiVolsi VA, Perzin KH** (1977). Malignant mixed tumors arising in salivary glands. I. Carcinomas arising in benign mixed tumors: a clinicopathologic study. *Cancer* 39: 2209-2230.
103. **Luiz Carlos Juquera et al** (2007): Basic histology: text and atlas, Chapter 16. Organs Associated with the Digestive Tract. McGraw-Hill.
104. **Lundquist A** (1970), Fine needle aspiration biopsy for cytodagnosis malignant tumor in the liver. *Acta Med Scand* 188, 465-470.
105. **Mafee M F**(2005), “Chapter 9: Salivary Glands” in **Mafee MF, Valvassori GE, Becker M**, *Imaging of the Head and Neck*, 2<sup>nd</sup> edition, Thieme, Stuttgart, New York, pp. 634-636.
106. **Maiorano E, Lo Muzio L, Favia G, Piattelli A** (2002), “Warthin's tumour: a study of 78 cases with emphasis on bilaterality, multifocality and association with other malignancies”, *Oral Oncol*, Vol38(1), pp. 35-40.
107. **Malata.C.M, Camilleri.i.G, Mclean.N.R, Piggot.t.a, Kelly.c.g, Chippingdale.A.J, Soames.J.V** (1999), Malignant tumors of the parotid gland: a 12 - year review.
108. **Mann W, Wachter W** (1988), “Sonography of the salivary glands”, *Laryngol Rhinol Otol* (67), pp. 197 – 201.



109. **Martinoli C, Derchi LE, Solbiati L, Rizzatto G, Silvestri E, Giannoni M** (1994), "Color Doppler sonography of salivary glands", *AJR* (163), pp.933-941.
110. **McGurk M, Renehan A, Gleave EN, Hancock BD** (1996), "Clinical significance of the tumour capsule in the treatment of parotid pleomorphic adenomas", *Br J Surg.*; 83(12):1747-9.
111. **McKnight HA** (1939). Malignant parotid tumor in the newborn. *Am J Surg* 130.
112. **Mehnet Koyunku, Toeman Sesen (2003)**, Comparison of computer tomography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of the parotid tumors, *Otolaryngol Head and Neck Surg*, 129: 726-732.
113. **Miki Matsuda, Hirokazu Sakamoto (1998)**, Positron Emission Tomographic Imaging of Pleomorphic Adenoma in the Parotid Gland, *Acta Otolaryngol (Stockh); Suppl* 538: 214-220.
114. **Million R.R, Cassisi N.J, Clark J.R (1989)**, Major salivary glands, Cancer of Head and Neck, *Cancer: Principle and practice of oncology*, 3<sup>th</sup>, Lippincott Company, Philadelphia, 574-579.
115. **Nagao T, Gaffey TA, Olsen KD, Serizawa H, Lewis JE** (2004). Small cell carcinoma of the major salivary glands: clinicopathologic study with emphasis on cytokeratin 20 immunoreactivity and clinical outcome. *Am J Surg Pathol* 28: pp762-770.
116. **Neal D. Futran et al** (2009): Chapter 03, malignant salivary gland tumors. *Head and Neck Cancer: A Multidisciplinary Approach*, 3rd Edition. 2009 Lippincott Williams & Wilkins, pp590-628.
117. **Neville B W, Damm D D, Allen C M, Buoquot J E** (2002), "Salivary Gland Pathology" in *Oral and Maxillofacial Pathology*, 2<sup>nd</sup> Edition, Saunders, Philadelphia, pp. 406 – 431.

118. **Nitsche.N, Waitz.G, Hiro.h (1990)**, Imaging of parotid gland diseases with high resolution magnetic resonance tomography. *HNO.*, 38 (12), 451 – 456.
119. **Norris C.M, Cady.B (1997)**, "Salivary gland, Head, neck and thyroid cancer", *textbook of Clinical Oncology, American Cancer Society<sup>R</sup>*, 320- 323.
120. **Norris CM, Cady B (1997)**, Salivary gland, Head, neck and thyroid cancer, *textbook of Clinical Oncology, American Cancer Society<sup>R</sup>*, 320- 323.
121. **O'Brien CJ (2003)**, "Current management of benign parotid tumors--the role of limited superficial parotidectomy", *Head Neck*. Nov; 25(11): 946-52.
122. **Olsen KD (2004)**, Superficial parotidectomy. *Gen Surg* 6:102–114.
123. **Palma S D, Simpson R H W, Skalova A, Leivo I (2006)**, "Chapter 5. Major and Minor Salivary Glands" in **Cardesa A, Slootweg PJ**, *Pathology of the Head and Neck*, Springer, Berlin, pp. 137.
124. **Paris J, Facon F, Pascal T, Chrestian M. A, Moulin G, Zanaret M. (2005)**, Preoperative diagnostic values of fine-needle cytology and MRI in parotid gland tumors, *European archives of oto-rhino-laryngology* ISSN 0937-4477, vol. 262, no1, pp. 27-31 [5 page(s)].
125. **Parwani A.V., Lujan G., Ali S.Z. (2006)**, Myoepithelial carcinoma arising in a pleomorphic adenoma of the parotid gland, report of a case with cytopathologic findings, *Acta. Cytol.*, 50(1), 93-96.
126. **Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours (2005)**: Tumours of the Salivary Glands, *IARC Press*, Lyon; p222-290.
127. **Peel R L, Seethala R R (2007)**, "Pathology of Salivary Gland Disease" in **Myers EN, Ferris RL**, *Salivary Gland Disorders*, Springer, Berlin, pp.34 – 82.
128. **Peter H Rhys Evans et al (2005)**: Principles and Practice of Head and Neck Oncology Edited by Salivary gland neoplasms Salivary gland neoplasms Jeffrey D Spiro and Ronald H Spiro, p662-668.

129. **Piekarski J., Dariusz N.** (2004), "Results of extracapsular dissection of pleomorphic adenoma of parotid gland", *J O & Max Surg*; 62(10): 1198-1202. Department of Surgical Oncology, Medical University of Lodz, Lodz, Poland.
130. **Ralph Weissleder, Jack Wittenberg, Mark J. Rieumont, Genevieve Bennett (1996)**, Diagnostic Imaging Expert, a CD - ROM Reference & Review, *Massachusetts General Hospital*.
131. **Rea J L** (2000), "Partial Parotidectomies: Morbidity and Benign Tumor Recurrence Rates in a Series of 94 Cases", *Laryngoscope*, (110), pp.924 – 927.
132. **Robert L. Witt (2005)**, Minimally invasive surgey for parotid pleomorphic adenoma, *Ear, Norse & Throat Journal*; May 2005; 84, 5; *ProQuest Medical Library*, 308- 311.
133. **Rohit Khanna, MD., and Donal W. Chakeres, MD. (1996)**, Mix adenoma of the parotid gland, *ACR's learning file CD series, Head and neck, Ohio state University, columbus OH*.
134. **Ronald H. Spiro and Dennis T.H. Lim** (2003), "Surgical oncology, Malignant Tumors of Salivary Glands section", *Springer- verlag*, Newyork p62-65.
135. **Schick S, Steiner E, Gahleitner A., Böhm P, Helbich T, Ba-Ssalamah A, Mostbeck G** (1998), "Differentiation of benign and malignant tumors of the parotid gland value of pulsed Doppler and color Doppler sonography", *Eur. Radiol* (8), pp. 1462 – 1467.
136. **Schmelzle.R, Plambeck.K, Freiderich.r.e**, Mucoepidermoid carcinoma of salivary gland origin classification clinical – pathological correlation, traetment result and long term fowlow-up in 55 patient. *Journal of Caranio – Maxillofacial Surgery*. 1996, 24, 133 – 139.
137. **Seifert G, Miehke A, Haubrich J, Chilla R** (1986), *Diseases of the salivary glands: Pathology – Diagnosis – Treatment – Facial Nerve Surg*, Thieme, pp. 46-60.

138. **Seifert. G, Bracheriou. C, Cardesa. A, Eveson. Jww (1990)**, WHO international histological classification of tumor: tentative hictologicclassification of salivary gland's tumor. *Pathol - Res -Pract.*; 186, 555-581.
139. **Seifert.G (1991)**, "Histological typing of salivary gland mmors. 2<sup>nd</sup> edn Steifertsobin", *Organisation mondiale de la santĐ (OMS), Geneve, Springer, Verlag. 1991.*
140. **Seifert.G (1992)**, Histopathology of malignant salivary gland's tumors. *Eur J. Cancer B. Oral Oncol. 1992 Jul, 28B (1); 49 - 56.*
141. **Seifert.G (1997)**, Diagnosis and prognosis of salivary gland tumors. *An interpretation of new revised WHO classification. Mund Kiefer Gesichtschir. 1(5); 252 - 267.*
142. **Seifrt.g (1991)**, Histological typing of salivary gland mmors. 2<sup>nd</sup> edn Steifertsobin, *Organisation mondiale de la santĐ (OMS), Geneve, Springer, Verlag.*
143. **Sessions R.B, Harrison L.B, Hong W.K (1993)**, "Tumors of the Salivary Glands and Paragangliomas", *Cancer: Principles and Practice of Oncology, 4<sup>th</sup>, Lippincott- Raven Publisher, philadenphia, 657- 664.*
144. **Shaheen Oh (1989)**, Parotidectomy--total or superficial?, *J Laryngol Otol.*, 103(2).
145. **Shemen LJ, Huvos AG, Spiro RH (1987)**. Squamous cell carcinoma of salivary gland origin. *Head Neck Surg 9: 235- 240.*
146. **Shimizu M et al (1999)**, "Statistical study for sonographic differential diagnosis of tumorous lesions in the parotid gland", *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod (88)*, pp. 226 – 33.
147. **Smith S L, Komisar A (2007)**, "Limited Parotidectomy: The Role of Extracapsular Dissection in Parotid Gland Neoplasms", *Laryngoscope*, (117), pp. 1163 – 1167.

148. **Som PM, Brandwein MS** (2003), "Salivary Glands: Anatomy and Pathology" in **Som PM, Curtin HD**, *Head and Neck Imaging*, 4<sup>th</sup> edition, Mosby, St.Louis, pp. 2006 – 2126.
149. **Som.P.M, Biller.H. F** (1979), The combined computerized tomography - sialo - gram. A technique to differentiate deep lobe parotid tumors from extraparotid - pharyngomaxillary space tumors. *Ann. Otolaryngol.* 88, 590 - 595.
150. **Som.P.M, Biller.H.F** (1980), The combined CT - sialogram. *Radiology.* 135, 387 - 390.
151. **Spiro RH, Huvos AG, Strong EW** (1982). Adenocarcinoma of salivary origin. Clinicopathologic study of 204 patients. *Am J Surg* 144: 423-43.
152. **Steven J. Wang, David W. Eisele, Eric J. Moore and Kerry D. Olsen** (2007), Superficial Parotidectomy, Total Parotidectomy, *salivary glands disorders*, Eugene N. Myers · Robert L. Ferris (Eds.) 237-267.
153. **Sungur N, Akan IM, Ulusoy MG, Ozdemir R, Kiliç H, Ortak T** (2002), "Clinicopathological evaluation of parotid gland tumors: a retrospective study", *J Craniofac Surg*, Vol:13(1), pp. 26-30.
154. **Sutton. D** (1993), A textbook of radiology and imaging. *Volume 2. 1993;* 755 - 759.
155. **Terry S. Becker** (1996), "Salivary Gland Imaging, *Head and neck surgery otolaryngology*, Lippincott – Raven Publishers.
156. **Thackrey, Patey** (1957) *The Journal of Laryngology & Otology/* Volume 77 / Issue 09 / September 1963, pp 759-770.
157. **Thomas WH, Coppola ED** (1965). Distant metastases from mixed tumors of the salivary glands. *Am J Surg* 109: 724-730.
158. **Tortoledo ME et** (1984). Carcinomas ex pleomorphic adenoma and malignant mixed tumors. Histomorphologic indexes. *Arch Otolaryngol* 110: 172-176.

159. **Valentini V, Fabiani F, Perugini M, Vetrano S, Iannetti G** (2001), “Surgical Techniques in the Treatment of Pleomorphic Adenoma of the Parotid Gland: Our Experience and Review of Literature”, *The Journal of Craniofacial Surgery*, Vol 12 (6), pp. 565 – 568.
160. **Wan Yung-Liang, Chan Siu-Cheung, Chen Yao-Liang, Cheung Yun-Chung et al** (2004), "Ultrasonography-guided core-needle biopsy of parotid gland masses", *American journal of neuroradiology* ISSN 0195-6108 Coden Aajndl, vol. 25, no9, pp.1608-1612.
161. **Whyte AM, Byrne JV** (1987), “A comparison of computed tomography and ultrasound in the assessment of parotid masses.”, *Clinical Radiology*, 38, pp. 339–343.
162. **Wittich GR, Scheible WF, Hajek PC** (1985), “Ultrasonography of the salivary glands”, *Radiol Clin North Am*, (23), pp. 29 – 37.
163. **Yoel.J** (1985), Pathology and surgery of the salivary glands. 441 - 482.
164. **Yu G Y, Ma D Q, Liu X B, Zhang M Y, Zhang Q** (1998), “Local excision of the parotid gland in the treatment of Warthin’s tumour”, *B Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* , 36 (3), 186 – 189.
165. **Zajkowski P, Jakubowski W, Bialek EJ, Wysocki M, Osmólski A, Serafin-Król M** (2000), “Pleomorphic adenoma and adenolymphoma in ultrasonography”, *Eur J Ultrasound*, Vol:12(1), pp. 23-29.
166. **Zbar A.P, Hill A.D, Shering S.G** (1997), “A 25 year review of parotid surgery”, *Ir Med J*, 90 (6), 288-230.
167. **Zbären P et al** (2003), “Carcinoma of the parotid gland”, *Am J Surg*, Vol:186(1), pp.57-62.

## Tư liệu tiếng pháp

168. **Auriol.M.M, Le Charpentier.y (1997)**, Anatomie pathologie des lésions tumorales de la cavité buccale, de glandes salivaires et des maxillaires. *Encyclopédie médico – chirurgicale. Stomatologie.* 1997, 22011 S10.
169. **Babin (1999)**, Parotidectomie conservatrice du nerf facial. *Lecture.* 1999. 21
170. **Duroux S, Ballester M, Michelet V (1997)**, "Traitement chirurgical des adénomes pleomorphes de la parotide", *Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac.* 98(6), pp. 336-338.
171. **Ginestet.G, Palfer-Sollier.M, Pons.j, Frézières.h (1962)**, Atlas de technique opératoire chirurgie maxillo-faciale. 176-177.
172. **Guerrier.Y (1988)**, Cou et cavité buccale. Traité de technique chirurgicale O.R.L et cervico-faciale. *Tom 4, Paris, mason.* 199-227.
173. **Laudenback.P, Ancrì.D, Hallard.M (1992)**, Exploration radio-isotopique des glandes salivaires. *Encyc. Chir. (Paris-France). Stomatologie I, 22090 E20. 10-1974, 12p.*
174. **Lehmann W (1996)**, "Tumeurs de la glande parotide", *O.R.L, Ellipse*, pp. 37- 48.
175. **Lehmann W (1996)**, Tumeurs de la glande parotide, *O.R.L, Ellipse*, pp. 37- 48.
176. **Anil T ahuja et al (2000)**: practical head and neck ultrasound, salivary glands. Greenwich medical media limited, London. P219-245.

## CHỮ VIẾT TẮT

BN	Bệnh nhân
CHT	Cộng hưởng từ
CLVT	Cắt lớp vi tính
GPB	Giải phẫu bệnh
SA	Siêu âm
TNBMT	Tuyến nước bọt mang tai
UBMAT	U biểu mô ác tính
UBMLT	U biểu mô lành tính
UTCLK	U tổ chức liên kết



# MỤC LỤC

<b>ĐẶT VẤN ĐỀ.....</b>	<b>1</b>
<b>CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN.....</b>	<b>3</b>
1.1. GIẢI PHẪU, MÔ HỌC CỦA TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI .....	3
1.1.1. Giải phẫu học .....	3
1.1.2. Giải phẫu ứng dụng ngoại khoa tuyến mang tai .....	8
1.1.3. Mô học .....	9
1.2. GIẢI PHẪU BỆNH LÝ KHỐI U TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI.....	10
1.2.1. Các khối ung thư tuyến nước bọt.....	10
1.2.2. Các khối u lành tính tuyến nước bọt .....	16
1.3. GIẢI PHẪU HÌNH ẢNH CÁC U TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI .....	23
1.3.1. Chụp X quang thường quy và chụp ống tuyến có bơm thuốc cản quang..	23
1.3.2. Siêu âm chẩn đoán một số u tuyến mang tai .....	24
1.3.3. CHT .....	28
1.3.4. Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) chẩn đoán u tuyến mang tai.....	31
1.3.5. PET/CT, PET/MRI trong chẩn đoán u tuyến mang tai .....	34
1.4. CÁC PHƯƠNG PHÁP CHẨN ĐOÁN U TNBMT TRƯỚC MỒ.....	35
1.4.1. Lâm sàng.....	35
1.4.2. Chẩn đoán hình ảnh.....	36
1.4.3. Chẩn đoán giai đoạn .....	36
1.4.4. Chẩn đoán giải phẫu bệnh.....	38
1.5. ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT U TUYẾN MANG TAI.....	39
1.5.1. Chỉ định.....	39
1.5.2. Chống chỉ định .....	40
1.6. TÌNH HÌNH NGHIÊN CỨU U TUYẾN MANG TAI .....	40
<b>CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU .....</b>	<b>42</b>
2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU .....	42
2.1.1. Đối tượng .....	42

2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân vào nhóm nghiên cứu.....	42
2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ.....	42
2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU .....	42
2.2.1. Thiết kế nghiên cứu .....	42
2.2.2. Cỡ mẫu.....	42
2.2.3. Quy trình nghiên cứu.....	43
2.2.4. Phương pháp sinh thiết tuyến mang tai dưới hướng dẫn của siêu âm ..	45
2.2.5 Kỹ Thuật Chụp CLVT và Kỹ thuật siêu âm.....	47
2.2.6. Phương pháp phẫu thuật .....	48
2.2.7. Đánh giá kết quả phẫu thuật .....	55
2.2.8. Thu thập và xử lý số liệu .....	56
2.2.9. Đạo đức trong nghiên cứu.....	56
<b>CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....</b>	<b>57</b>
3.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU .....	57
3.1.1. Phân bố theo giới.....	57
3.1.2. Phân bố theo tuổi.....	58
3.1.3. Thời gian diễn biến lâm sàng.....	58
3.2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG .....	59
3.2.1. Đặc điểm u .....	59
3.2.2. Một số đặc điểm kèm theo của u.....	61
3.2.3. Đối chiếu lâm sàng và giải phẫu bệnh.....	61
3.3. ĐẶC ĐIỂM KẾT QUẢ GIẢI PHẪU BỆNH LÝ GẶP TRONG NGHIÊN CỨU .....	62
3.4. ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH SIÊU ÂM TUYẾN MANG TAI.....	63
3.4.1. Vị trí của khối u.....	63
3.4.2. Kích thước khối u trên siêu âm .....	64
3.4.3. Số lượng khối u trên siêu âm .....	64
3.4.4. Hình dạng và ranh giới khối u trên siêu âm .....	65
3.4.5. Đặc điểm mật độ và cấu trúc âm.....	66
3.4.6. Hình ảnh tín hiệu mạch.....	67

3.5. ĐẶC ĐIỂM SIÊU ÂM CÁC LOẠI U HAY GẶP .....	68
3.5.1. U tuyến đa hình và u tuyến lympho .....	68
3.5.2. Ung thư biểu mô nhày dạng biểu bì .....	70
3.6 ĐẶC ĐIỂM KẾT QUẢ SINH THIẾT CÓ HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM .....	70
3.7. ĐỐI CHIẾU SIÊU ÂM VÀ GPBL .....	73
3.8. ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CLVT U TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI .....	73
3.8.1. Vị trí khối u .....	73
3.8.2. Kích thước khối u .....	74
3.8.3. Ranh giới .....	74
3.8.4. Cấu trúc .....	75
3.8.5. Tỷ trọng .....	77
3.8.6. Tôn thương do u .....	77
3.8.7. Tính chất ngấm thuốc cản quang của u .....	79
3.8.8. Hạch .....	80
3.9 ĐẶC ĐIỂM CLVT LOẠI U HAY GẶP .....	81
3.9.1. Đặc điểm CLVT u tuyến đa hình. ....	81
3.9.2. Đặc điểm CLVT u tuyến - lympho .....	83
3.10. ĐỐI CHIẾU CLVT VÀ GPBL .....	85
3.11. ĐẶC ĐIỂM PHẪU THUẬT U TUYẾN MANG TAI .....	86
3.11.1. Phương pháp phẫu thuật .....	86
3.11.2. Kết quả phẫu thuật .....	90
<b>CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN .....</b>	<b>93</b>
4.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU. ....	93
4.1.1. Giới tính .....	93
4.1.2. Tuổi .....	93
4.1.3. Thời gian diễn biến lâm sàng .....	94
4.2. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG .....	94
4.2.1. U lành tính .....	94
4.2.2. U ác tính .....	96

4.2.3. Giá trị của lâm sàng.....	97
4.3. ĐẶC ĐIỂM KẾT QUẢ GIẢI PHẪU BỆNH LÝ GẶP TRONG NGHIÊN CỨU .....	97
4.4. ĐẶC ĐIỂM KẾT QUẢ SINH THIẾT QUA KIM DƯỚI SỰ HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM.....	99
4.4.1. Giá trị của phương pháp .....	101
4.4.2. Các tai biến.....	101
4.4.3. Đặc điểm kết quả sinh thiết và kết quả giải phẫu bệnh sau mổ....	101
4.4.4. Đánh giá giá trị chẩn đoán của sinh thiết .....	104
4.4.5. Các tai biến của thủ thuật.....	105
4.5. ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH SIÊU ÂM KHỐI U TUYẾN MANG TAI.....	105
4.6. ĐỐI CHIẾU GIỮA SIÊU ÂM VÀ PHẪU THUẬT .....	109
4.6.1. Vị trí khối u .....	109
4.6.2. Ranh giới, kích thước và số lượng của khối u.....	110
4.7. ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CLVT .....	111
4.7.1. U lành tính.....	111
4.7.2. U ác tính.....	115
4.8. ĐỐI CHIẾU ĐẶC ĐIỂM TRÊN CLVT U TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI VỚI MÔ TẢ TRONG MỔ.....	118
4.9. ĐỐI CHIẾU ĐẶC ĐIỂM TRÊN CLVT VỚI GIẢI PHẪU BỆNH SAU MỔ .....	119
4.10. ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT U TUYẾN MANG TAI.....	120
4.10.1. Phương pháp phẫu thuật. ....	120
4.10.2. Đánh giá sớm kết quả phẫu thuật.....	126
4.10.3. Kết quả theo dõi sau điều trị phẫu thuật từ 6 tháng tới 24 tháng	128
<b>KẾT LUẬN.....</b>	<b>131</b>
<b>KIẾN NGHỊ.....</b>	<b>132</b>
<b>CÁC CÔNG TRÌNH ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN</b>	
<b>TÀI LIỆU THAM KHẢO</b>	
<b>PHỤ LỤC</b>	

## DANH MÔC BẢNG

Bảng 3.1: Phân bố theo giới tính và nhóm bệnh.....	57
Bảng 3.2: Phân bố theo tuổi và nhóm bệnh.....	58
Bảng 3.3: Thời gian diễn biến lâm sàng.....	58
Bảng 3.4: Đặc điểm về vị trí, kích thước và mật độ khối u.....	59
Bảng 3.5: Đặc điểm về ranh giới và mức độ di động của khối u. ....	60
Bảng 3.6: Các đặc điểm khác.....	61
Bảng 3.7: Kết quả giải phẫu bệnh.....	62
Bảng 3.8: Vị trí khối u xác định trên siêu âm.....	63
Bảng 3.9: Kích thước khối u xác định trên siêu âm.....	64
Bảng 3.10: Số lượng khối u / 1 tuyến xác định trên siêu âm .....	64
Bảng 3.11: Hình dạng và ranh giới xác định trên siêu âm .....	65
Bảng 3.12: Đặc điểm mật độ và cấu trúc âm.....	66
Bảng 3.13: Đặc điểm cấu trúc âm .....	67
Bảng 3.14: Hình ảnh tín hiệu mạch trên siêu âm.....	67
Bảng 3.15: Vị trí u tuyến đa hình và u tuyến - lympho trên siêu âm.....	68
Bảng 3.16: Kích thước và số lượng của UTĐH và UTL trên siêu âm .....	68
Bảng 3.17: Hình dạng và ranh giới trên siêu âm của UTĐH và UTL.....	69
Bảng 3.18: Đặc điểm mật độ và cấu trúc âm của UTĐH và UTL .....	69
Bảng 3.19: Đặc điểm cấu trúc âm của UTĐH và UTL.....	70
Bảng 3.20: Kết quả sinh thiết.....	71
Bảng 3.21: Đối chiếu siêu âm và GPBL .....	73
Bảng 3.22: Vị trí khối u .....	73
Bảng 3.23: Sự phân bố kích thước khối u theo từng nhóm bệnh .....	74
Bảng 3.24: Ranh giới của u theo từng nhóm bệnh.....	74
Bảng 3.25: Sự phân bố cấu trúc u theo từng nhóm bệnh .....	75
Bảng 3.26: Đặc điểm cấu trúc của nhóm không đồng nhất.....	76

Bảng 3.27: Đặc điểm thay đổi tỷ trọng theo từng nhóm bệnh .....	77
Bảng 3.28: Tổn thương do u .....	78
Bảng 3.29: Đặc điểm tổn thương tổ chức do u.....	79
Bảng 3.30: Tính chất ngấm thuốc cản quang của u.....	80
Bảng 3.31: Xuất hiện hạch.....	80
Bảng 3.32: Đặc điểm vị trí của khối u.....	81
Bảng 3.33: Kích thước của khối u.....	82
Bảng 3.34: Đặc điểm cấu trúc khối u.....	82
Bảng 3.35: Đặc điểm về loại cấu trúc .....	82
Bảng 3.36: Tỷ trọng khối u.....	83
Bảng 3.37: Đặc điểm vị trí của khối u.....	83
Bảng 3.38: Kích thước của khối u.....	84
Bảng 3.39: Đặc điểm cấu trúc khối u.....	84
Bảng 3.40: Tỷ trọng khối u.....	85
Bảng 3.41: Đối chiếu CLVT và GPBL .....	85
Bảng 3.42: Phân loại cách thức phẫu thuật nhóm UBMLT .....	86
Bảng 3.43: Phân loại cách thức phẫu thuật nhóm UBMAT.....	87
Bảng 3.44: Phân loại cách thức phẫu thuật nhóm UTCLK.....	88
Bảng 3.45: Kết quả theo dõi sau điều trị phẫu thuật nhóm UBMAT .....	90
Bảng 3.46: Kết quả theo dõi sau điều trị phẫu thuật nhóm UBMLT .....	90
Bảng 3.47: Kết quả theo dõi từ sau điều trị phẫu thuật nhóm UTCLK.....	91
Bảng 3.48: Kết quả theo dõi sau điều trị phẫu thuật đến 3 tháng.....	92
Bảng 3.49: Sau điều trị phẫu thuật từ 6 tháng đến 24 tháng .....	92
Bảng 4.1: Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ .....	100

## DANH MÔC BIỂU Ẫ

Biểu đồ 3.1: Phân bố theo giới tính trong từng nhóm bệnh .....	57
Biểu đồ 3.2: Tỷ lệ lành tính và ác tính trong số u biểu mô tuyến mang tai ..	62
Biểu đồ 3.3: Ranh giới của u theo từng nhóm bệnh.....	75
Biểu đồ 3.4: Cấu trúc của u theo từng nhóm bệnh.....	76
Biểu đồ 3.5: Tổn thương do u .....	78

## DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1:	Giải phẫu tuyến mang tai .....	3
Hình 1.2:	Động & Tĩnh mạch cảnh.....	7
Hình 1.3:	Cấu trúc vi thể tuyến mang tai .....	9
Hình 1.4:	Mô học ung thư biểu mô tế bào nang tuyến .....	10
Hình 1.5:	UTBM biểu bì nhày độ thấp.....	10
Hình 1.6:	UTBM biểu bì nhày độ trung gian ở độ phóng đại 100 và 400, có các tế bào dạng biểu bì bất thực sản và các tế bào chế nhày nhuộm mucicarmin .....	10
Hình 1.7:	UTBM biểu bì nhày độ cao, hình thái phát triển dạng đặc chiếm ưu thế với mô học chứa chủ yếu các tế bào dạng vảy.....	11
Hình 1.8:	Hình thái ống, các ống có tế bào cơ biểu mô bao quanh.....	11
Hình 1.9:	Hình thái đặc, các tế bào có kích thước nhỏ, bào tương ít, các tế bào sắp xếp kiểu phen dậu. ....	11
Hình 1.10:	UTBM tuyến độ thấp đa hình.....	12
Hình 1.11:	Cấu trúc giống ống lớp kép, lớp trong là các tế bào biểu bì lát bên ngoài là các tế bào cơ biểu bì có bào tương sáng rộng.....	12
Hình 1.12:	Nhuộm hóa mô miễn dịch thấy rõ hình ảnh các sợi cơ trơn actin ..	12
Hình 1.13:	Các tế bào u đứng thành bè, đám, ổ, nhuộm PAS dương tính do tế bào chất giàu glycogen.....	13
Hình 1.14:	Các tế bào sáng đứng thành bè, đám, ổ bị phân cách bởi các dải đặc sợi collagen đã bị kính hóa. ....	13
Hình 1.15:	U tuyến đa hình có hình ảnh dị sản vảy thành ổ và vùng kính hóa	17
Hình 1.16:	U tuyến đa hình tái phát.....	17
Hình 1.17:	Hình ảnh u tế bào cơ biểu mô lành tính.....	17
Hình 1.18:	Biến thể không màng .....	18
Hình 1.19:	Biến thể màng.....	18



Hình 1.20:	U warthin có hình ảnh các khoang trống gấp nếp được lót bởi các tế bào hạt. Mô lim phô có mặt ở hầu hết các nhú. ....	19
Hình 1.21:	U warthin có hình ảnh dị sản, hoại tử lan rộng. ....	19
Hình 1.22:	U tế bào hạt màu sáng tối nằm trong các biến thể đặc, bè, ống..	20
Hình 1.23:	U tuyến ống dẫn của tuyến nước bọt môi trên, hình ảnh lớp biểu mô u là lớp kép gồm 2 lớp tế bào biểu mô lót thành ống nằm trong mô đệm phù và ít mạch máu. ....	20
Hình 1.24:	U tuyến nang, hình ảnh chất ưa eosin lắng đọng vách nang .....	22
Hình 1.25:	U tuyến nang, hình ảnh các tế bào bọt và tế bào viêm.....	22
Hình 1.26:	U máu mạch hóa mạnh .....	22
Hình 1.27:	Hình ảnh hệ thống ống tuyến .....	24
Hình 1.28.	Hình ảnh toàn cảnh của siêu âm TMT bình thường.....	25
Hình 1.29.	Ảnh siêu âm cắt ngang TMT phải và sơ đồ tương ứng.....	26
Hình 1.30:	Giải phẫu TNBMT trên bình diện Axial CHT.....	28
Hình 1.31:	Giải phẫu TNBMT trên bình diện Axial CHT.....	28
Hình 1.32:	Hình ảnh ống Stenon.....	30
Hình 1.33:	Ung thư tuyến mang tai trái, mép khối u nham nhở, xâm nhiễm mô mỡ dưới da. UTBM tuyến.....	30
Hình 1.34:	Ung thư tuyến mang tai phải, mép khối u nham nhở, xâm nhiễm mô mỡ dưới da, (a) giảm tín hiệu T1, (b) giảm tín hiệu T2, (c) tăng nhẹ tín hiệu T1 sau tiêm thuốc đối quang từ. UTBM tế bào cơ biểu bì.....	31
Hình 1.35:	a.Ung thư tuyến mang tai phải, xâm lấn khoang cạnh họng và hố thái dương dưới. b- UTBM dạng tuyến nang tuyến mang tai phải, thùy sâu xâm nhiễm dọc theo dây hàm dưới đi lên lỗ bầu. ....	31
Hình 1.36:	Giải phẫu CLVT trên bình diện Coronal.....	32
Hình 1.37:	Giải phẫu CLVT trên bình diện Axial.....	33

Hình 1.38:	Hình ảnh A- ung thư tuyến mang tai phải thùy nông, ngấm thuốc mạnh sau tiêm. B- ung thư tuyến mang tai trái kết hợp u tuyến đa hình sau phẫu thuật cắt u.....	34
Hình 1.39:	PET phối hợp với CLVT, CHT .....	35
Hình 2.1:	Kim sinh thiết (dạng súng) và đầu dò máy siêu âm. ....	46
Hình 2.2:	Kim sinh thiết sát lớp vỏ khối u. ....	46
Hình 2.3:	Vùng phẫu thuật và đường rạch da.....	49
Hình 2.4:	Bộc lộ tuyến mang tai.....	49
Hình 2.5:	Tìm và bộc lộ dây TK VII.....	50
Hình 2.6:	Cắt thùy nông bảo tồn dây TK VII.....	51
Hình 2.7:	Cắt thùy sâu bảo tồn dây VII.....	52
Hình 3.1.	Hình ảnh khối u TĐH có hình dạng tròn, cấu trúc giảm âm tương đối đồng nhất, bờ viền rõ nét. BN Phạm Thị Th., 55 tuổi.....	65
Hình 3.2.	Hình ảnh khối u tuyến lympho hình bầu dục, có cấu trúc tăng âm đồng nhất. BN Nguyễn Mạnh C., 32 tuổi. ....	66
Hình 3.3.	Hình ảnh đầu kim sinh thiết sát vỏ bao khối u và đẩy lún vỏ vào lòng khối u. BN Nông Thanh Ph., 55 tuổi.....	72
Hình 3.4.	Hình ảnh kim sinh thiết đã cắt gọn tổ chức trong lòng khối u. .	72
Hình 4.1.	Nguyễn Thị Ph (756-K0) - U tuyến đa hình HE x400 .....	98
Hình 4.2:	Nguyễn Thị S (926-K09) - Tổn thương lympho - biểu mô x400 .	100
Hình 4.3:	Lương Xuân L (447-K09) - U tuyến TB ưa acid HE x400 .....	101
Hình 4.4:	Trần Thị Thanh Ng (683-K09) - U tuyến đa hình x400.....	102
Hình 4.5:	BN Phạm Kim Th (953-K09) - U Warthin HE x400.....	103
Hình 4.6:	Nông Thanh Ph (BVK09-11297) Ung thư biểu mô bì nhày độ thấp.....	103
Hình 4.7.	Ranh giới của khối u rõ trên siêu âm.....	107
Hình 4.8.	Ranh giới khối u không rõ .....	108
Hình 4.9.	Hình ảnh các khối u tuyến đa hình tái phát .....	110

## DANH MỤC ẢNH

Ảnh 4.1.	Khối u căng phồng vùng mang tai .....	95
Ảnh 4.2:	BN u tuyến đa hình.....	111
Ảnh 4.3:	BN u tuyến đa hình.....	112
Ảnh 4.4:	BN u tuyến đa hình.....	113
Ảnh 4.5:	BN 81 tuổi, nam .....	114
Ảnh 4.6:	BN Ung thư biểu mô tuyến.....	115
Ảnh 4.7:	BN Ung thư biểu mô tuyến.....	116
Ảnh 4.8:	BN K biểu mô tuyến.....	117
Ảnh 4.9:	BN K biểu mô tuyến.....	117
Ảnh 4.10:	Khối u tuyến đa hình tái phát, hình ảnh có nhiều khối nhỏ, điển hình của sự “bỏ sót” hoặc/và “gieo rắc” tổ chức u sau phẫu thuật bóc nhân u đơn thuần hoặc cắt u kèm một phần tuyến. ....	121
Ảnh 4.11:	PT cắt u đơn thuần.....	121
Ảnh 4.12:	PT cắt u kèm một phần thùy nông .....	122
Ảnh 4.13:	PT cắt u và toàn bộ tuyến.....	122
Ảnh 4.14:	PT cắt u kèm thùy nông.....	126
Ảnh 4.15:	Tụ máu vết mổ.....	127
Ảnh 4.16:	Liệt nhánh TK VII tạm thời sau mổ .....	129
Ảnh 4.17:	Sẹo mổ cũ trên bệnh nhân u tuyến đa hình tái phát .....	130

