

ĐẶT VẤN ĐỀ

Khối u tuyến nước bọt mang tai (TNBMT) là loại điển hình về tính đa dạng hình thái mô học giữa các khối u khác nhau cũng như trong cùng một khối u. Phần lớn số u là lành tính chiếm tỷ lệ từ 85% đến 90% nhưng có thể thoái hoá ác tính lại khá cao, điển hình các khối u hỗn hợp với sự biệt hóa và xu hướng ác tính hóa. Ở Mỹ, ung thư TNBMT chiếm 6% các ung thư đầu - cổ, 0,3% tổng số ung thư toàn cơ thể. Triệu chứng khối u TNBMT mờ nhạt, khi được chẩn đoán thì các khối u đã lớn, mức độ tổn thương rộng, ảnh hưởng chức năng, thẩm mỹ, khó khăn cho việc tiên lượng và điều trị, đồng thời làm tăng nguy cơ biến chứng, tái phát.

Ở nước ta, việc chẩn đoán xác định u TNBMT trước mổ đang dừng lại ở kỹ thuật chọc hút tế bào nhưng giá trị thu được chưa cao do lượng bệnh phẩm thu được ít.

Với những lí do trên, việc sinh thiết khối u qua kim trước mổ là rất cần thiết để đạt chẩn đoán xác định. Sinh thiết qua kim sẽ được khối lượng bệnh phẩm đảm bảo đủ để xác định được bản chất mô bệnh học. Tuy nhiên, nguy cơ tai biến do 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, chẩn đoán giai đoạn khối u, một số kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh (CDHA) như siêu âm (SA), cắt lớp vi tính (CLVT) còn được dùng để dẫn đường cho kim sinh thiết nhằm giảm thiểu tai biến và tăng giá trị chẩn đoán xác định.

Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính, được lựa chọn đầu tay, xạ trị đóng vai trò bổ 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.**

TÍNH CẤP THIẾT CỦA ĐỀ TÀI

Thực tế việc chẩn đoán khối u: lâm sàng và CDHA chỉ cho gợi ý chẩn đoán tính lành - ác vì vậy, việc sinh thiết khối u trước mổ là rất cần thiết để đạt chẩn đoán xác định. Đối với phẫu thuật viên, sinh thiết tức thì khi mổ vẫn không đem lại sự chủ động trong việc hoạch định toàn bộ cuộc mổ. Vì vậy, nghiên cứu triển khai kỹ thuật chẩn đoán can thiệp sinh thiết qua kim để chẩn đoán tấp mô bệnh học trước mổ là cấp thiết, làm cơ sở cho việc lập kế hoạch điều trị hợp lý, hiệu quả. Đồng thời thực tiễn thực hành điều trị phẫu thuật cũng cần có những tổng kết kết quả điều trị trong thời gian dài.

Ý NGHĨA THỰC TIỄN VÀ ĐÓNG GÓP MỚI

Đề tài đã hệ thống đánh giá giá trị các phương pháp chẩn đoán u TNBMT trước mổ, đặc biệt là chẩn đoán mô bệnh học bằng sinh thiết qua kim dưới hướng dẫn của siêu âm và nhận xét kết quả sau điều trị phẫu thuật tới sau 2 năm.

CẤU TRÚC LUẬN ÁN

Ngoài phần đặt vấn đề và kết luận, luận án gồm 4 chương: Chương 1: Tổng quan vấn đề nghiên cứu: 36 trang; Chương 2: Đối tượng và phương pháp nghiên cứu 26 trang; Chương 3: Kết quả nghiên cứu: 39 trang; Chương 4: Bàn luận: 38 trang. Luận án có 49 bảng, 21 biểu đồ, 25 hình ảnh, 126 tài liệu tham khảo (28 tiếng Việt, 15 tiếng Pháp, 98 tiếng Anh); Kết luận và kiến nghị: 1 trang.

B. NỘI DUNG LUẬN ÁN

CHƯƠNG 1 TỔNG QUAN

1.1. GIẢI PHẪU, TỔ CHỨC, SINH LÝ CỦA TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI

1.1.1. Giải phẫu học

Giải phẫu TNBMT có liên quan giải phẫu rất quan trọng:

- Sừng miệng cảnh ngoài: có thể bị tổ chức ung thư phá huỷ hoặc chèn ép 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 ống miệng ngoài: khối u có tính cá thể xâm lấn vào thành ống miệng ngoài.

1.1.2. Tổ chức học:

TNBMT là một tuyến ngoại tiết kiểu chùm nhỏ, tuyến thường được chia thành nhiều tiểu thùy cách nhau bởi các vách liên kết. Mỗi tiểu thùy chứa một sè nang tuyến và một sè ống bài xuất trong tiểu thùy tiếp ví i c, c nang tuyến. Nh=ng ống bài xuất trong tiểu thùy thuộc c, c tiểu thùy y gçn nhau hấp thụ nh=ng lí n h-n ch'y trong v, ch lí^n kết gài lụ òng bài xuất gian tiểu thùy. Nhiều ống bài xuất gian tiểu thùy hấp l'i thùy òng bài xuất.

1.1.3. Sinh lý học

Nước bọt có nhiều vai trò khác nhau: vai trò bảo vệ, vai trò tiêu hoá, vai trò vệ sinh, vai trò bài tiết

1.2. PHÂN LOẠI MÔ BỆNH HỌC CỦA U TNBMT

Tr^n c- s- ph^n lo'i của Foote và Frazell n' m 1954, tæ chøc y tã thõ gíi i ®, cũ hiõu chñnh vậ bæ sung ® cũ cũ ph^n lo'i chñnh thøc n' m 1991.

1.2.1. Khối u biểu mô tuyến

1.2.1.1. U lymph

U tuyến ®a hnh; U tuyến ®-n hnh: u lympho tuyến, u lympho tuyến nang (u Warthin), u tổ bào h't. C, c lo'i kh, c: u tổ bào ®, y, u tổ bào b; Nang tuyến: nang trong tuyến mang tai bẩm sinh, nang gi¶i u tuyến nước bọt; "U" Godwin (tæ chøc lympho - biõu m« lymph tñnh)

1.2.1.2. U, c tñnh khng an ®nh

U tổ bào tuyến nang; U nhụy - biõu b; U tổ bào s, ng

1.2.1.3. U, c tñnh

Ung thư biểu mô tế bào trụ (ung thư biểu mô tuyến nang); Ung thư biểu mô tuyến; Ung thư biểu mô không biệt hoá; Ung thư biểu mô d'ng biõu b; U ®a hnh tho, i ho, c tñnh; Ung thư di căn trong tuyến

1.2.2. Khối u của mô liên kết hoặc tổ chức khác

1.2.2.1. U lymph tñnh

U m, u; u b'ch m'ch; u m, u b'ch m'ch, u mì, u tổ bào Schwann

1.2.2.2. U, c tñnh

U lympho bào Hodgkin và khng Hodgkin và gi¶i u lympho, u tổ bào m'ch quanh m'ch, ung thư mô liên kết tế bào s' i, Sac«m c-, Sac«m c- è tr' em, u tổ bào Schwann, c tñnh

1.3. CHẨN ĐOÁN LÂM SÀNG

Một số trường hợp lâm sàng cho phép nghĩ tới bản chất lành tính, c tñnh khèi u.

1.4. CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH U TNBMT

CDHA dùng để mô tả được các đặc điểm khối u, vẽ bản đồ xâm lấn. 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, CDHA không bao giờ có giá trị là tiêu chuẩn vàng loại trừ ác tính.

1.4.1. Chụp X quang thường quy có bơm thuốc cản quang

Đánh giá rõ cấu trúc ống tuyến, hạn chế đánh giá các tổn thương lân cận. Thường được chỉ định đánh giá bệnh sỏi ống tuyến, viêm mãn, giãn ống tuyến.

1.4.2. Siêu âm (SA) chẩn đoán một số u tuyến mang tai

Hạn chế hơn CLVT và CHT, được chỉ định trong áp xe, kén

1.4.3. Cộng hưởng từ (CHT)

Có giá trị như CLVT nhưng cho phép đánh giá rõ hơn về xâm lấn lân cận và nội sọ nhưng khó phát hiện vôi hoá nhỏ.

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

Phân biệt rõ cấu trúc giải phẫu, cấu trúc khác nhau về tỷ trọng, phát hiện sỏi ống tuyến và vôi hoá. Thường được chỉ định trong bệnh lý u, viêm mãn tính biến chứng áp xe.

1.4.5. PET/CT, PET/MRI trong chẩn đoán u tuyến mang tai

Chẩn đoán khối u ác tính, chẩn đoán giai đoạn.

1.5. CHẨN ĐOÁN GIẢI PHẪU BỆNH TRƯỚC MÔ UTNBMT

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

1.5.1. Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ

Phương pháp có ý nghĩa với các khối u nhỏ, tránh dây thần kinh, mạch máu 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.

1.5.2. Sinh thiết qua kim sinh thiết

Khi chọc hút kim nhỏ không kết luận được chẩn đoán, cần chỉ định sinh thiết qua kim và cần phải thực hiện dưới hướng dẫn của siêu âm nhằm làm giảm nguy cơ tổn thương thần kinh và mạch máu.

1.5.3. Sinh thiết tức thì (cắt lạnh)

Trong chẩn đoán tất cả các khối u đầu cổ đã khẳng định vai trò của sinh thiết tức thì, nhưng trong chẩn đoán khối TNBMT, 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, u tuyến đa hình hay được chẩn đoán quá mức thành ung thư biểu mô (UTBM) nang dạng tuyến, UTBM biểu bì nhày. UTBM biểu bì nhày là tít hay bị chẩn đoán âm tính giả nhất. Các tít UTBM: 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 tức thì.

1.5. ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT U TNBMT

Điều trị u TNBMT tùyтип mô học, giai đoạn, độ biệt hóa mô. Đây là yếu tố quan trọng trong việc đưa ra thái độ điều trị bảo tồn hay không bằng tân d^oy th^ong kinh VII.

1.6. TÌNH HÌNH NGHIÊN CỨU U TNBMT

Trên thế giới có rất nhiều nghiên cứu về phẫu thuật, chẩn đoán, điều trị u TNBMT. Những năm gần đây, kể từ khi cả th^om sử dụng của phương pháp CSHA, các bác sĩ tập trung nghiên cứu kỹ thuật CSHA...

Miki Matsuda, Mirokazu Sakamoto (1998) nghiên cứu về sử dụng 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 đồng sự (1999) nghiên cứu kỹ thuật CLVT, SA và CHT trong chẩn đoán u TNBMT. Harrison Linsky và đồng sự (2002), nghiên cứu kỹ thuật chẩn đoán của CLVT. Mehmet Koyuncu và đồng sự (2003) nghiên cứu về vai trò của CLVT và CHT trong chẩn đoán u TNBMT. Robert L. Witt (2005), nhận xét kết quả sau phẫu thuật u tuyến hạ nh. Pawani và đồng sự (2006) đề nghị CLVT để hướng dẫn chọc hút tế bào u tuyến mang tai trên một trường hợp bệnh nhân nữ 76 tuổi bệnh kim nh.

Ở trong nước, các nghiên cứu u TNBMT tập trung ở hai lĩnh vực chẩn đoán và điều trị phẫu thuật. Về chẩn đoán, các nghiên cứu tập trung ở triệu chứng lâm sàng, các kỹ thuật CSHA, bệnh nhân mắc bệnh hạ nh 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, các nghiên cứu tập trung ở tổng kết phương thức phẫu thuật và kết quả điều trị phẫu thuật nhưng chủ yếu tập trung vào u tuyến hạ nh và chưa có tổng kết trong thời gian dài.

Là Viện S-n và đồng sự (2000), sau nhiều năm triển khai, các kỹ thuật mổ cắt bỏ khối u kim theo các bệnh nhân hay mổ bé tuổi các bệnh nhân tân d^oy th^ong kinh VII trong điều trị phẫu thuật u hạ nh TNBMT. Nguyễn Minh Phương (2000), nghiên cứu mổ TNBMT các thủ tục quang học chiếu kỹ thuật phẫu thuật. Nguyễn Minh Phương, Hàn Thị Văn Thanh (2001), Phạm Hoàng Tuấn (2007) công bố các bệnh nhân tân d^oy th^ong kinh VII trong điều trị phẫu thuật u hạ nh TNBMT. Sinh Xuân Thuận (2005), nhận xét bệnh nhân CLVT u TNBMT.

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

2.1.1. Đối tượng:

Các bệnh nhân 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, CSHA lâm u TNBMT
- Sinh khối u khối u ác tính ý định phẫu 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 cả kết luận của nguồn gốc tổ chức di căn.

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Loại nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu, cả theo dài dặc. Thời gian: Thời hạn từ tháng 1 năm 2009 đến tháng 10 năm 2010, theo dõi sau mổ đến 10/1012. Số bệnh nhân 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

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p \cdot q}{d^2} = 76 \quad \text{Trong đó:}$$

+ n là cỡ mẫu tối thiểu

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

+ α là mức ý nghĩa thành α , ở đây chọn $\alpha = 0,05$

+ $Z_{1-\alpha/2}$ là hàm số giá trị hạn tin cậy ở mức xác suất α . 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 đó tại này chọn $d = 0,09$.

2.2.2.2. Quy trình chọn cỡ mẫu nghiên cứu

Chọn mẫu theo tiêu chuẩn. Xét ra, lấy tất cả bệnh nhân bệnh nhân 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:

- Lâm sàng: ghi nhận qua hỏi bệnh và thăm khám lâm sàng.
- Hình ảnh CLVT: nghiên cứu trên phim, CD, trên máy CLVT dựa vào sự phối hợp giữa nghiên cứu và chuyên gia chẩn đoán bệnh nhân bệnh nhân H-u Ngh.

▪ Kh¶lo s₂t TNBMT b¶ng si^au ©m, ®₂nh gi₂ kh¶i u vµ sinh thi¶t kh¶i u qua kim c¶ h¶ng d¶n c¶ si¶u ¶m: ph¶i h¶p nghi^an c¶u v¶i khoa Gi¶i ph¶u b¶nh c¶n vi¶n R¶ng H¶m M¶t Qu¶c Gia vµ Khoa C¶SHA B¶nh vi¶n H¶u Ngh¶.

▪ S¶c ®i¶m ph¶u thu¶t: ph¶n loⁱi c₂ch th¶c ph¶u thu¶t c¶t u vµ tuy¶n, c₂ch th¶c b¶c t₂ch b¶lo t¶n d¶y th¶n kinh VII.

▪ Gi¶i ph¶u b¶nh sau m¶o đ¶c: th¶ng k¶ k¶t qu¶.

Ch¶ng t¶i ph¶n nh¶m b¶nh nh¶n trong nghi^an c¶u n¶y th¶nh 3 nh¶m ch¶nh đ¶a vµo th¶c t¶ th¶ng k^a ch¶n ®o₂n gi¶i ph¶u b¶nh thu đ¶c: U bi¶u m¶o l¶nh t¶nh (UBMLT); U bi¶u m¶c₂c t¶nh (UBMAT); U c¶n bi¶u m¶c li^an k¶t (UTCLK).

▪ Đ¶nh gi¶ gi¶ tr¶i c¶ L¶m s¶ng, SA, CLVT v¶ sinh thi¶t u đ¶oi h¶ng d¶n c¶ SA.

▪ Theo đ¶i bi¶n ch¶ng sau ph¶u thu¶t, ®₂nh gi₂ k¶t qu¶ sau ph¶u thu¶t 3 th₂ng, sau 3 ®¶n 24 th₂ng

2.2.3. Thu thập và xử lý số liệu

C¶c chỉ ti¶u nghi¶n c¶u đ¶c thu th¶p b¶ng phi¶u thu th¶p th¶ng tin đ¶c thi¶t k¶ s¶n. C¶c số li¶u đ¶c thu th¶p v¶ xử lý tr¶n ch¶ng tr¶nh Epi. info phi^an b¶¶n 6.04, m¶c ý ngh¶ th¶ng k^a I¶y $\alpha \leq 0.05$.

2.2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

K¶ thu¶t sinh thi¶t kh¶i u tuy¶n mang tai l¶ th¶ thu¶t an to¶n n¶u đ¶c thao t¶c b¶i ph¶u thu¶t vi¶n h¶m m¶t. S¶y l¶ m¶t nghi^an c¶u p d¶ng, b¶nh nh¶n đ¶c chỉ đ¶nh l¶m th¶ thu¶t đ¶c gi¶i th¶ch v¶ kỹ gi¶y ch¶p nh¶n l¶m th¶ thu¶t tr¶c.

**CHƯƠNG 3
k¶t qu¶ nghi^an c¶u**

3.1. S¶c ®i¶m I ¶m s¶ng

3.1.1. S¶c ®i¶m u

K¶ch th¶c: nh¶m UBMLT hay g¶p < 2cm vµ t¶ 2-4cm chi¶m (67,21%); UBMAT < 2cm vµ t¶ 2- 4cm ®¶u chi¶m 45,45%. Nh¶m UTCLK g¶p (50%) u > 2-4cm. M¶t ®¶: ch¶c, UBMLT (86,89%); UBMAT (90,91%); UTCLK (75%). R¶nh gi¶i: r¶, UBMLT (59,02%); UBMAT th¶ ng¶c l¶i, kh¶ng r¶ (54,55%). Di ¶ng: d¶, UBMLT (57,37%); UTCLK (100,0%). S¶i v¶i UBMAT kh¶ng di ¶ng (36,36%), ¶t di ¶ng (27,28). S¶ kh₂c bi¶t v¶ t¶nh di ¶ng gi¶a nh¶m UBMLT vµ UBMAT c¶ ý ngh¶ th¶ng k^a v¶i ¶ ¶t tin c¶y 95% (p < 0,05).

3.1.2. M¶t s¶ ®¶c ®i¶m k¶m theo c¶n u

Th¶i gian đ¶n bi¶n l¶m s¶ng: ba nh¶m b¶nh ch¶ y¶u t¶ 12 th₂ng ®¶n 60 th₂ng (UBMAT: 63,64%; UTCLK: 50%; UBMLT: 49,18%). Kh¶t h¶m: kh¶ng g¶p. T^a: kh¶ng g¶p. N¶i h¶ch v¶ng: UTCLK c¶ 1 tr¶ng h¶p n¶i h¶ch.

3.2. S¶c ®i¶m k¶t qu¶ gi¶i ph¶u b¶nh SAU M¶

Nghi¶n c¶u 76 tr¶ng h¶p, g¶p 72 tr¶ng h¶p l¶ u bi¶u m¶o tuy¶n chi¶m (94,73%); 4 tr¶ng h¶p c¶n l¶i l¶ u t¶ ch¶c li¶n k¶t, chi¶m (5,26%). Nh¶m UBMLT g¶p nhi¶u nh¶t chi¶m t¶ 10 80,26% (tr¶ng s¶ n¶y ¶a s¶ l¶ u tuy¶n ¶a h¶nh chi¶m 47,37%), c¶n l¶i l¶ u lympho tuy¶n chi¶m 17,11% vµ u tuy¶n ®-n h¶nh kh₂c). UBMAT g¶p trong nghi^an c¶u l¶ ung th¶ bi¶u m¶o tuy¶n chi¶m (14,47%).

3.3. S¶c ®i¶m h¶nh ¶nh CLVT u TNBMT

3.3.1. U l¶nh t¶nh: S¶ s¶ tr¶n th¶i y n¶ng (52,46), k¶ch th¶c nh¶ t¶ 2-4cm (73,77%), r¶nh gi¶i r¶ (98,36%), c¶u tr¶c ¶ng nh¶t (57,38%). S¶ s¶ ¶ng t¶ tr¶ng so v¶i t¶ ch¶c tuy¶n l¶nh (36,07%). U tuy¶n ¶a h¶nh (Pleomorphic adenoma) th¶ng g¶p, ¶a s¶ u ph₂t tri¶n tr¶n th¶i y n¶ng (55,56%), r¶nh gi¶i th¶ng r¶ (100%), đ¶ng k¶nh th¶ng nh¶ 2- 4cm (80,56%), c¶u tr¶c ¶ng nh¶t (63,89%), ¶ng t¶ tr¶ng(47,22%), h¶n h¶p v¶o t¶ng v¶o gi¶¶m (30,56%).

3.3.2. U₂c t¶nh

Ung th¶ bi¶u m¶o tuy¶n (Adenocarcinoma): ch¶ y¶u u ph₂t tri¶n tr¶n th¶y n¶ng (45,45%), k¶ch th¶c 2- 4 cm (63,64%). R¶nh gi¶i kh¶ng r¶ (45,45%). S¶ s¶ c¶u tr¶c kh¶ng ¶ng nh¶t (72,73%). Hay g¶p gi¶¶m t¶ tr¶ng h¶n h¶p (72,73%) do u h¶nh th¶nh k¶n đ¶ch, hoⁱi t¶. C¶ h¶nh ¶nh x¶m l¶n t¶ ch¶c l¶nh (27,27%), ch¶ y¶u x¶m l¶n nhu m¶c tuy¶n, m¶ch m₂u, th¶n kinh.

3.3.3. Gi₂ tr¶ c¶n CLVT

M¶c ¶e phi^a h¶p gi¶a m¶c t¶ c¶n CLVT vµ ph¶u thu¶t v¶ ®¶c ®i¶m h¶nh th₂i c¶u tr¶c kh¶i u: v¶ tr¶ (97,4%), r¶nh gi¶i (94,7%), ch¶n đ¶p x¶m l¶n (100%), h¶ch (100%).

M¶c ¶e phi^a h¶p gi¶a k¶t qu¶ GPB v¶i gi¶i y ch¶n ®o₂n c¶n CLVT v¶ t¶nh l¶nh -₂c c¶n kh¶i u l¶ (93,4%).

3.4. ĐẶC ĐIỂM KẾT QUẢ SINH THIẾT CÓ HƯỚNG DẪN CỦA SI^aU ©m

Kỹ thuật sinh thiết này có thể lấy được bệnh phẩm 33/34 ca đạt 97%, trong ¶a c¶ 32/33 ca c¶ ch¶n ®o₂n m¶c h¶c phi^a h¶p v¶i ch¶n ®o₂n sau m¶. Gi₂ tr¶ ch¶n ®o₂n ph¶n bi¶t t¶n th¶ng l¶nh t¶nh, ¶c t¶nh cao đ¶t 100%. Ch¶n ®o₂n c₂c u₂c t¶nh c¶ gi₂ tr¶ đ¶ b₂o cao ¶t 100%. Kh¶ng c¶ bi¶n ch¶ng ®₂ng k¶ n¶o x¶y ra trong vµ sau l¶m th¶ thu¶t.

3.5. S¶c ®i¶m H¶NH ¶NH SI¶U ¶M TUY¶N MANG TAI

Trong nghiên cứu, 32 trường hợp nghiên cứu khảo sát phân tích 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).

3.5.1. U biểu mô lành tính: phần lớn ở thùy nông (81,5%), kích thước 2 - 4cm (77,8%), ranh giới rõ (100%), số lượng u trong tuyến có 1 khối (88,8%), u tuyến đa hình tái phát thường có nhiều hơn 1 khối u. Thường gặp nhất là hình tròn (52,9%). Đa số các u lành tính có đậm độ âm giảm (92,6%) và cấu trúc âm đồng nhất (63,0%), cấu trúc đặc (48,2%). Trên siêu âm u tuyến đa hình cho thấy dạng cấu trúc đặc (75%); u tuyến lympho có cấu trúc hỗn hợp (66,7%).

3.5.2. U biểu mô ác tính: Đa số nằm ở thùy nông (80%), có kích thước lớn hơn 2-4 cm (60%), phần lớn u có ranh giới rõ - không rõ (60%-40%). Thường là khối giảm âm (100%) và cấu trúc không đồng nhất (63%). Cấu trúc dạng đặc chiếm 60% các trường hợp.

3.5.3. Giá trị của SA:

Siêu âm là một công cụ chẩn đoán hình ảnh ban đầu có giá trị gợi ý tính lành - ác trong chẩn đoán u tuyến nước bọt mang tai với độ nhạy (lành tính) (100%), độ chính xác (90,6%). Giá trị tiên đoán dương khi xác định vị trí u ở thùy nông: (81,5%). Độ chính xác khi xác định vị trí u: (85,3%). Kích thước và số lượng u: Độ chính xác: (100%).

3.6. Đặc điểm phẫu thuật u tuyến mang tai

3.6.1. Phương pháp phẫu thuật

▪ Chỉ định loại kỹ thuật phẫu thuật:

- Kỹ thuật cắt u tuyến mang tai toàn phần có bảo tồn dây thần kinh VII hay kỹ thuật phẫu thuật Redon (Total parotidectomy with preservation of the facial nerve or hamberger technique) hay được chỉ định, UBMLT (67,2%); UBMAT (81,8%); UTCLK (50%). U tuyến đa hình (75%).

- Kỹ thuật cắt thùy nông tuyến mang tai (superficial parotidectomy or Conventional superficial parotidectomy): UBMLT chỉ định (21,3%); UBMAT (9,1%); UTCLK (25%). U tuyến đa hình (22,2%).

- Các kỹ thuật: Cắt một phần thùy nông (Segmental resection); Cắt thùy nông "hạn chế" (Limited superficial parotidectomy or "appropriate" parotidectomy); Cắt khối u ngoài vỏ bao (Extracapsular lumpectomy); Bóc tách u đơn thuần: ít được chỉ định, nếu có thường là khối u lành đơn hình, u Warthin kích thước nhỏ, ở gần ngoại vi xa diện bóc tách dây thần kinh mặt. UBMLT chỉ định 11,5%.

▪ Bảo tồn dây thần kinh II:

- Bảo tồn: 97,4%.
- Không bảo tồn: 2,6% (u ác tính thâm nhiễm thần kinh)

3.6.2. Đánh giá sớm kết quả phẫu thuật

- Liệt thần kinh VII: 7,9% liệt dây thần kinh VII nhiều mức độ.
- Tụ máu vết mổ: 14,5%.
- Nhiễm trùng vết mổ: 9,2%

3.6.3. Đánh giá kết quả phẫu thuật sau 3 tháng, sau 3 tháng đến 2 năm

- Liệt thần kinh VII: 2,6% liệt dây thần kinh VII nhiều mức độ.
- Tái phát u: 0%.
- Hội chứng Frey: 13,15%.
- Rò nước bọt: 0%

CHƯƠNG 4

Bộ phận I

4.1. Đặc điểm lâm sàng

4.1.1. U lành tính

Trong nghiên cứu, hay gặp kích thước 2 - 4 cm chiếm 67,21%; <2cm gặp 18,03%; từ 4 - 6 cm gặp 14,75%. Nguyễn Minh Phương (2000), kích thước 2-4 cm gặp 71,9%, theo Duroux thì từ 10 ngày tiếp theo h-n gặp 20%, tác giả thấy rằng u có kích thước nhỏ hơn 2 cm chiếm 26%. Harison Linsky (2002) 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 từ 10 ngày cao h-n. Siêu âm cũng cho thấy rõ ràng khối u trong nghiên cứu của chúng tôi thường đến khám muộn.

Trong nghiên cứu, đa số u thường cả mặt 86,89%. Mặt 11,84%, gặp ở các trường hợp trong u có kén dịch (nang) và u nang. Các đặc điểm khác của khối u: ranh giới rõ (59,02%), di động (57,37%), không gặp khối u, và u liệt dây thần kinh VII. Các đặc điểm lâm sàng này đều đã được đề cập rất nhiều trong các tài liệu liên quan. Chúng tôi không gặp trường hợp có hạch góc hàm.

4.1.2. U ác tính

Kích thước khối u thường gặp nhiều nhất trong khoảng từ 2- 4 cm víi từ 10 ngày 45,45% và kích thước <2 cm víi từ 10 ngày 45,45%. Nguyễn Minh Phương (2000), kích thước 2- 4 cm gặp 72,72%; Huỳnh Thị Văn Thanh (2001) gặp 36,4%. Mét nghiên cứu quan trọng của David W. Eisele đưa ra là kích thước khối u cũng liên quan tới tính ác tính của nó.

Mét u trong nghiên cứu thường là chắc chiếm 90,91%, không. Đặc điểm ranh giới u không rõ chiếm 54,55%, đặc điểm u di động 11

chỗ hoặc không di chứng còn chiễm từ 43,42%. Các tế bào cũng được đề cập trong nhiều tài liệu.

Nghiên cứu không gặp trường hợp nào cả biểu hiện huyết khối. Các tế bào, liệt mặt chúng tôi không gặp trường hợp hi p nạo, trong khi mét số tác giả như Nguyễn Minh Phương (2000) gặp 18,2% trường hợp, Hàn Thị Văn Thanh (2001) gặp 22,7%, cả thể lý giải do số trường hợp u ác tính ít, u chưa xâm lấn rộng.

Nội hạch vi ng lụ mét tế bào quan trắng khi li n quan ôn khèi u ác tính. Trong nghiên cứu của chúng tôi, cả một trường hợp có hạch cổ trong 4 trường hợp u tổ chức liên kết.

Ung thư tuyến mang tai đa sè tiền triõn chêm, từ lỏ di c n h ch thêp (hay di c n ôn h ch gác hùm, h ch c nh gi a, h ch sau tai)... tuy nhiên, trong nghiên cứu của, số ung thư ít nên không có ý nghĩa đại diện ở phần tích s u v ò v ên ò di c n h ch. Vô tế bào di c n xa, trong khuôn khổ nghiên cứu này chúng tôi chưa ghi nhận được trường hợp nào. Tuy nhiên theo David W. Eisele cho rằng khoảng 2-4% u ác tính cả khi năng di căn xa tới phổi, xương, não...

Nhìn chung nhiều tác giả như Terry S. Becker cho rằng đặc tính l m s ung ch n y u c ã th ò nghi ng ã l u khi c ã mét u ph , t tri õn nhanh, ph êi h i p v i i ã u, c ã t a, li õt m ẽt ngo i vi, c ã h ch. Một số u ác hầu như chỉ th ò hi õn mét d ẽu hi õu li õt m ẽt ngo ãi v i t ìng d ẽn.

4.2. S ẽc tế bào kết qu ỹ gi ỹi ph ẽu b õnh l ý sau m ẽ

Thúc t ò kết qu ỹ gi ỹi ph ẽu b õnh: 61 trường hợp là UBMLT chiẽm 80,26%; 11 trường hợp là UBMAT chiõm 14,47% và 4 trường hợp là UTCLK chiõm 5,25%. Theo Ralph Weissleder vụ c ẽng s ù, từ lỏ u l ỹn h t ỹn h 80%, từ lỏ u ác t ỹn h 20%, theo Foote FW Jr vụ c ẽng s ù, u l ỹn h t ỹn h l ỹ 66,3%, u ác t ỹn h l ỹ 33,7%.

Trong nghiên cứu, gặp nhiều nhất l ỹ u t ỹn h ã h ãnh 47,37%. Theo David W. Eisele, u t ỹn h ã h ãnh chiõm 65%, Ralph Weissleder vụ c ẽng s ù th ã từ lỏ n ỹ l ỹ 70%.

U t ỹn h l ỹn h ã h ãnh gặp 4 trường hợp chiẽm 5,62% s ẽ u l ỹn h t ỹn h, u Warthin (13 trường hợp) chiõm 17,1%. Theo mét s ẽ t , c gi ỹ ngo ãi như Terry S. Becker (1996) vụ David W. Eisele và c ẽng s ù (1996) th ã từ lỏ gặp u warthin l ỹ 10- 12%.

Trong nghiên cứu, các trường hợp u ác tính là ung thư biểu m ẽ t ỹn h kh ẽng bi õt ho , vụ c , c th ò bi õt ho (adenocarcinoma) 11 trường hợp, 1 trường hợp u lympho ác tính (u tổ chức liên kết) điều này không phi h i p v i i t , c gi ỹ kh , c như David W. Eisele (1995) vụ c ẽng s ù khi nghiên cứu cho thấy tỷ lệ ung thư biểu mô tuyến x ỹ x ỹ 15% khối u ác tính. Số u n ỹ c ã th ò lý gi ỹi do số trường hợp u ác tính ở nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn.

4.4. S ẽc tế bào h ãnh t ỹn h CLVT

4.4.1. U l ỹn h t ỹn h

Vô tế bào u l ỹn h t ỹn h n ãi chung, u ph , t tri õn ch n y u tr ãn th i y n ẽng c ã t ỹn h mang tai, nghiên cứu của chúng tôi từ lỏ n ỹ l ỹ 52,46%, tr ãn th i y s u (34,43%).

Kích thước khối u lành tính nhỏ hơn các nhóm bệnh khác trong nghiên cứu. Chúng tôi gặp ch n y u k ò 2 - 4 cm chiõm 73,77%. Số u n ỹ cho th ẽy t ỹn h ph , t tri õn ch ẽm, r ẽt ít g y ra tri õu ch ẽng c - ã n ỹng hay th ùc th ò kh ã ch ẽu ò b õnh nh ãn òn kh , m ch ỹn h khoa.

S i ã s ẽ tế bào ranh gi ỹi r ẽt r ã r ỹng, trong nghiên cứu gặp 98,36%. Đặc điểm này cũng đã được khẳng định ở rất nhiều tài liệu.

C ẽu tr óc u r ẽt ã d ãng, ph ỹn nhiều c ã c ẽu tr óc ãng nh ẽt. Trong nghiên cứu, u c ã c ẽu tr óc ãng nh ẽt l ỹ 57,38%, kh ẽng ãng nh ẽt l ỹ 42,62%. Xét riêng số trường hợp có cấu trúc kh ẽng ãng nh ẽt ch óng t ẽi nh ẽn th ẽy ã s ẽ ch óng c ã h ãnh t ỹn h k ãn d ỹch (c ã th ò mét ho ẽc nhiều k ãn) trong kh ẽi u (84,61%), v ẽi h ãa c ẽng ít gặp v i i từ lỏ 3,85% vụ d ãng c ã c ẽu tr óc h ẽn h i p ch óng t ẽi gặp l ỹ t ỹn h t ỹi c ỹi v ẽi k ãn trong kh ẽi u.

Ph ỹn l i n kh ẽi u c ã tế bào ãng t ỹn h so v i i t ẽ ch ẽc t ỹn h 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 v ỹ t ỹ tr ãn kh ẽi u. Điều này có thể gián tiếp suy ra được cấu trúc khối u qua ph ỹp ò t ỹn h.

Trong nghiên cứu có 4 trường hợp được tiêm thuốc cản quang trong m ẽu 76 trường hợp chụp CLVT. T ẽt c ỹi trong s ẽ l ỹ u l ỹn h t ỹn h, u ng ẽm th ẽc ít (ẽ I l ỹ 50%, ẽ II l ỹ 25%, ã 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) thì u lành tính thường ng ẽm thuốc ở mức ã I và II, riêng loại warthin thì hầu như không ng ẽm thuốc v i i từ lỏ 89%.

Nhờ khả năng khảo sát tuyến nước bọt bằng các lớp cắt mỏng 5- 10 mm ã dày, chúng tôi thấy trong 61 trường hợp u lành tính có 4 trường h i p c ã h ch gác hùm kích thước 1,2- 1,5 cm. chúng tôi nh ẽn thấy các trường hợp nổi hạch này có kèm theo viêm ãng t ỹn h vụ v i ãm do ch ẽc h ỹt t ò b ỹ ã t ỹn h y t ò c - s ẽ.

S ẽi v i i u t ỹn h ã h ãnh, l ỹ l ỹi u hay gặp nhất, trong nghiên cứu chiõm 59,01% kh ẽi u l ỹn h t ỹn h (36/61 trường hợp). Kích thước thường l ỹ nh ẽ c i v ỹi cm, trong nghiên cứu của chúng tôi hay gặp kích th ỹc 2- 4cm chiõm 80,56% (29/36 trường hợp). Theo Robert L.Witt (2005), kích thước của khối u có ý nghĩa thực tiễn trong việc can thiệp tối thi ẽu, vi ẽc ph ỹt hi ẽn, ãi u tr i ph ỹu th ỹt u có kích thước nhỏ hơn

2cm th<ng nguy c< t< i ph< t l< 0% trong v<ng 10 n< m v<u bảo tồn đ<ợc d<y th<cn kinh VII. M<et s<e <Ac <i<om n<ai b<Et c<ũa u t<uy<n <a h<nh l<u ranh gi<i i u r<ã, c<ã th< <ãng nh<Et hay kh<ng <ãng nh<Et v<ũ t<ũ tr<ng, chóng t<ai thấy t<ỷ trọng thường cao hơn các thành phần nhu mô tuyến lành, điều n<uy c<ã th<ũ lý gi<li do trong t<uy<n l<nh c<ã đ<rch thanh m<°c, c<ã mì. H<nh <lnh c<ũu tr<oc u c<ã t<ũ l<ũ kh<ng nh<ã d<ng không đ<ng nh<ất, thường có các h<nh <lnh h<cn h<ip v<ũ h<ã, đ<rch, mì, m<ũ...v<ũ trong nghi<ên c<õu chóng t<ai nh<En th<ũy 36,11% (13/36 trường hợp) s<e u t<uy<n <a h<nh c<ã h<nh <lnh c<ũu t<oc kh<ng <ãng nh<Et, Terry S. Becker (1996) cũng có nhận xét tương tự. Về đ<ặc đ<iểm ng<ãm thuốc của u, với 4 trường hợp đ<ược đ<ùng thuốc cản quang chóng t<ai th<ũy <ũu ng<ẽm thuộc ề m<oc <ẽ ỹt v<ũ v<ũa (<ẽ I v<ũ II), theo t<ũ c< gi<li Dae Seob Choi v<ũ c<ng s<ũ (1998) th<ũ t<ũ l<ũ n<uy l<ũ 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 th<ũy tr<ãn CLVT: u Warthin khu tr<ũ ở th<ũy nông, kích thước nhỏ 2-4 cm chi<ũm 69,23%, c<ã ranh gi<i i r<ã 100%, kh<ng <ãng nh<Et 69,23%, có một trường hợp có k<én, không có trường hợp nào có v<ũi hóa. Theo tác giả nước ngoài Terry S. Becker (1996), u warthin có thể thấy k<én, v<ũi hóa nhưng ít.

4.4.2. U <ũ c<ũnh

Trong nghi<ên c<õu 11/12 trường hợp u ác tính là ung thư biểu mô t<uy<n (adenocarcinoma).

Kích thước g<ũp trong nghiên cứu lớn, 63,64% có kích thước t<ũ 2-4 cm, t<ũ 4-6 cm chi<ũm 9,09%, kích thước từ < 2 cm chi<ũm 27,27%. Khối ung thư thường phát triển từ th<ũy nông 45,45%, toàn bộ t<uy<n 27,27% v<ũ 9,09% có kích thước lớn đã phát triển vượt ra ngoài xâm l<ũn v<ũo c<ũ c<ũ t<ũ ch<ũc xung quanh.

Ranh gi<i i kh<ũi ung thư không rõ (54,55%), <ũy c<ũng l<ũ <Ac <i<ũm có đ<ược đ<ề cập trong nhiều t<ũi li<ũu.

Một đ<ặc đ<iểm quan trọng chúng tôi nhận thấy khối ung thư có t<ũ l<ũ c<ũu tr<oc kh<ng <ãng nh<Et cao (72,73%). Trong s<e n<uy đ<ng ch<ũa đ<rch (62,50%), ho<i t<ũ (50%), h<cn h<ip c<ã t<ũ ch<ũc (87,50%).

Về đ<ặc đ<iểm t<ỷ trọng khối ung thư chúng tôi gặp 1 trường hợp t<ũng t<ỷ trọng (9,09%), 2 trường hợp đ<ng t<ỷ trọng (18,18%), không có trường hợp có trọng giảm đơn th<ũcn v<ũ 8/11 trường hợp chiếm 72,73% c<ã t<ũ tr<ng h<cn h<ip.

Trong nghi<ên c<õu, <Ac <i<ũm x<ũm l<ũn ph<ũ h<ũy t<ũ ch<ũc l<ũnh c<ã t<ũ l<ũ 27,7% (3 trong 11 trường hợp). Đ<ặc đ<iểm này, cũng đ<ược đ<ề cập ở nhiều tài liệu. Tất cả các trường hợp đ<ều xâm l<ũn cơ c<ũn - t<ũ ch<ũc l<ũn c<ũn, trong đó có 1 trường hợp đã xâm l<ũn tới lớp mỡ dưới, một trường h<ip x<ũm l<ũn mạch máu, xương.

Đ<ặc đ<iểm quan trọng của khối ung thư là ng<ãm thuốc cản quang nhưng không có trường hợp nào trong nhóm ác tính đ<ược t<ũm thuộc c<ũn quang. Dae Seob Choi v<ũ c<ng s<ũ (1998) th<ũ t<ũ l<ũ u ng<ẽm thuộc l<ũ 55% v<ũ kh<ng thay <ũi l<ũ 40%.

Trường hợp duy nhất chúng tôi gặp có nổi hạch cổ, vị trí ở máng cảnh, kích thước 2 cm.

4.5. S<ũi chi<ũu <Ac <i<ũm tr<ãn c<ũ vt u tnbmt v<ũ ph<ũu th<ũEt

S<ũi ví i ph<ũu th<ũEt v<ũn, vi<ũc nh<En <ũnh h<nh th<ũi c<ũu tr<oc kh<ũi u, mức độ tổn thương khi ph<ũu th<ũEt mang t<ũnh ch<ũn quan trong khi CLVT là phương pháp chẩn đoán đ<ánh giá hình ảnh khách quan <i<ũn t<ũn ch<ũnh x<ũc. Do v<ũy, t<ũ l<ũ ph<ũi h<ip v<ũ m<ũ t<ũ c<ũ <Ac <i<ũm h<nh th<ũi c<ũu tr<oc kh<ũi u, giữa CLVT và phẫu thuật thu đ<ược ch<ũ <ũ tham kh<ũo, kh<ng mang nhiều ý nghĩa trong <ũi chi<ũu:

- Đ<ặc đ<iểm 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%).
- Ch<ũn đ<ũp, xâm l<ũn: Phù hợp 76/76 trường hợp (100,0%).
- Hạch: Phù hợp 76/76 trường hợp (100,0%).

Chóng t<ũi th<ũy c<ã mét t<ũ l<ũ nh<ã kh<ng ph<ũi h<ip, c<ã th<ũ lý gi<li l<ũ s<ũ sai l<ũch gi<ũa ph<ũp ghi nh<En kh<ũch quan c<ũa CLVT v<ũ s<ũ ghi nh<En ch<ũn quan c<ũa ph<ũu th<ũEt v<ũn v<ũ c<ũ <Ac <i<ũm h<nh th<ũi c<ũu tr<oc kh<ũi u.

Nhìn chung, theo một số tác giả nước ngoài như Mehmet Koyunku, Toeman Sesen (2003) thì cho đến nay thì CLVT là phương pháp hợp lý cho phép đ<ánh giá cấu trúc cũng như đ<ặc đ<iểm hình thái, m<ũi tương quan giải phẫu đ<ịnh khu, cho nh<ng th<ng tin c<ũn thi<ũt <ũ ch<ũn <ũn, l<ũp k<ũ ho<ũch m<ũ.

4.6. S<ũi chi<ũu <Ac <i<ũm c<ũ vt ví i gi<li ph<ũu b<ũnh sau m<ũ

Thực tế phương pháp chẩn đoán CLVT không đ<ưa ra chẩn đoán chính xác về bản chất tế bào của khối u nhưng CLVT có thể đ<ưa ra gợi ý v<ũ t<ũnh l<ũnh - <ũ c<ũ kh<ũi u đ<ũa v<ũo mét s<e <Ac <i<ũm kh<ũc bi<ũt ch<ũnh. Theo t<ũ c< gi<li Harrison Linsky v<ũ c<ng s<ũ th<ũ CLVT c<ã hai gi<ũ tr<ũ l<ũn <ũ giúp cho vi<ũc ch<ũn <ũn ph<ũn bi<ũt t<ũnh l<ũnh - <ũ c<ũ:

- + L<ũnh t<ũnh: h<nh <lnh v<ũi h<ã lo<ũn s<ũn.
- + <ũ c<ũnh: h<nh <lnh ho<ũi t<ũ trung t<ũm; b<ũ vi<ũn u kh<ng <ũu.

Tuy vậy, t₂c gi₁ công khuyến c₂o c₁en c₁à s₁ù ph₁èi h₁ì p₁ ch₁ắc h₁ót trong chẩn đoán để có ý nghĩa phân biệt trước mổ tổn thương ác tính, l₁umh t₁ính.

Trong nghi₁ên c₁ou c₁ña chóng t₁«i, t₁u l₁õ ph₁ì h₁ì p₁ gi₁÷a gi₁ ý ch₁ên ®₁o₁ n₁ c₁ña CLVT ví i gi₁l₁i ph₁éu b₁õnh sau m₁æ v₁õ t₁ính l₁umh - c₁ (®₁é ch₁ính x₁c) l₁ụ 71/76 (93,4%), ®₁é nh₁y (l₁umh t₁ính): 64/64= 100%.

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

4.7.1. K₁ết qu₁ sinh thi₁ết

S₁è ca sinh thi₁ết c₁ã k₁ết qu₁ r₁ã 33/34; 1/34 ca kh₁«ng r₁ã k₁ết qu₁ do sinh thi₁ết kh₁«ng ®₁ñ b₁õnh ph₁êm.

Ph₁ì h₁ì p₁ ch₁ên ®₁o₁ n₁ gi₁÷a k₁ết qu₁ sinh thi₁ết v₁ụ k₁ết qu₁ gi₁l₁i ph₁éu b₁õnh sau m₁æ 32/33 ca. Kh₁«ng ph₁ì h₁ì p₁ 1/33 ca, b₁õnh ph₁êm sinh thi₁ết đ₁ược chẩn đoán là tổ chức viêm nhưng sau mổ chẩn đoán bệnh là u Warthin, khi xem kỹ l₁i b₁õnh s₁ử thì bệnh nhân đã đ₁ược chọc hút trước khi đến khám và điều trị 2 lần, tại địa phương. Chúng tôi cho là bệnh ph₁êm sinh thi₁ết l₁ụ t₁æ ch₁ọc vi₁m c₁ã th₁õ l₁ụ do s₁ù b₁éi nhi₁ôm c₁ña nh₁«ng l₁çn ch₁ọc hút trước. Một ca không có kết quả do bệnh phẩm lấy không đủ, ca n₁ụ l₁ụ nang t₁u₁õn, r₁ét kh₁ã c₁ã th₁õ l₁éy ®₁ñ b₁õnh ph₁êm m₁ụ kh₁«ng l₁umh th₁ng, v₁ì nang t₁u₁õn g₁y kh₁ã kh₁ìn cho ph₁éu thu₁ết.

4.7.2. Giá trị của phương pháp

- S₁é nh₁ay chung của phương pháp là 96,9% (32/33), ví i m₁óc đích chẩn đoán phân biệt tổn thương lành tính với ác tính phương pháp n₁ụ c₁ã ®₁é nh₁y, ®₁é ®₁éc hi₁ou, gi₁ tr₁ ch₁ên ®₁o₁ n₁ 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%.

4.7.3. S₁nh gi₁ gi₁ tr₁ ch₁ên ®₁o₁ n₁ c₁ña sinh thi₁ết

Nh₁ư kết quả trình bày ở B₁l₁ng 3-27 v₁ụ B₁l₁ng 4-1, trong s₁è 33 ca đ₁ược chẩn đoán các t₁íp u bằng sinh thiết phù hợp 32 trường hợp với kết quả giải phẫu bệnh sau mổ nên độ nh₁ay là 97%, giá trị dự báo dương t₁ính l₁ụ 100%. S₁é nh₁ay chung của phương pháp là 96,9% (32/33), ví i m₁óc ®₁y ch₁ên ®₁o₁ n₁ ph₁ì b₁iệt tổn thương lành tính với ác tính phương ph₁ p₁ n₁ụ c₁ã ®₁é nh₁y, ®₁é ®₁éc hi₁ou, gi₁ tr₁ ch₁ên ®₁o₁ n₁ 100%. Trong ch₁ên đ₁oán 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 v₁ụ céng s₁ù (2004), 53 ca có khối c₁ãng ph₁õng vùng mang tai đ₁ược làm sinh thiết khi ®₁õn kh₁m, k₁ết qu₁: ®₁é nh₁y l₁ụ 83%, ®₁é ®₁éc hi₁ou 100%, ®₁é ch₁ính x₁c 97%. Theo nghi₁ên c₁ou c₁ña Paris J. v₁ụ céng s₁ù (2003) th₁«®₁é nh₁y ®₁é ®₁éc

hi₁ou, ®₁é ch₁ính x₁c khi ph₁ t₁ hi₁õn kh₁èi u c₁ t₁ính l₁ụ 87, 94 v₁ụ 91%. 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 c₁ã kh₁èi u kh₁ d₁õ b₁«ng l₁õm s₁ụng ví i s₁ù h₁c tr₁ ch₁ên ®₁o₁ n₁ c₁ña c₁c kh₁m xét cận lâm sàng như Xquang, CT, MRI, siêu âm... Do vậy, số bệnh nh₁«n trong nghi₁ên c₁ou c₁ña chóng t₁«i th₁úc ch₁ết l₁ụ nh₁ãm b₁õnh nh₁«n ®₁ đ₁ược sàng lọc “th₁õ” bởi các khám xét nêu trên, 100% có khối c₁ãng ph₁õng đã đ₁ược “g₁õ 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 đ₁ược bệnh phẩm đạt tiêu chuẩn do vậy giá trị phương pháp chúng tôi đạt đ₁ược là cao h₁«n r₁ã r₁ót so ví i mét s₁è t₁c gi₁l₁i c₁«ng b₁è.

4.7.4. C₁c tai bi₁ến c₁ña th₁ñ thu₁ết:

Không có các tai biến gì đáng kể ngoại trừ hai trường hợp đau tại tuyến sau khi sinh thiết, bệnh nhân đ₁ược dùng giảm đau thông thường.

4.8. ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH SIÊU ÂM KHỐI U TUYẾN MANG TAI

4.8.1. U bi₁ểu mô lành tính

Đ₁ối với khối u lành tính, đa số th₁ùy nông (81,5%), th₁ùy sâu (18,5%). Chúng tôi không gặp trường hợp u lành tính nào quá lớn xâm lấn cả 2 th₁ùy. Qua siêu âm, kích thước u đ₁ược xác định là đường kính lớn nhất của u, 77,8% có kích thước từ 2-4 cm, nhỏ hơn 2 cm chiếm 11,1% và lớn hơn 4 cm chiếm 11,1%.

V₁ới u bi₁ểu mô lành tính, đa số có một khối u (86,2%). Có 4 trường hợp 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 bi₁ểu mô ác tính. Số lượng khối u đ₁ếm 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, 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 bi₁ểu mô lành tính thường gặp nhất là hình tròn chiếm tỷ lệ 59,2%, ít gặp hơn là hình múi (29,7%) và 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.

Theo nghiên cứu của Zajkowski, 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, 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 Zaikowski, tất cả các khối u tuyến đa hình và u tuyến lympho đều có đậm độ âm giảm. Theo Shimizu, 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 và Bialek, 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, 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 Zaikowski, 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, 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.

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. 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 dạng 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, 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.

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, Bradley, 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.

4.9. 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 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.

4.9.1. 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. Theo Wittich và cộng sự, siêu âm cho thấy có độ nhạy lên đến 100%, tương đương với CLVT khi định vị các khối u ở thùy nông.

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, xác định độ chính xác khi định vị khối u trong TNBMT 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.

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

Trong nghiên cứu, 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, cho thấy siêu âm giúp đánh giá chính xác kích thước, số lượng u trong tuyến nước bọt.

So sánh với một nghiên cứu hình ảnh học u TNBMT bằng CLVT của chúng tôi (2005) cho kết quả: vị trí: phù hợp 85,5%; ranh giới: phù hợp 78,9%; kích thước: phù hợp 75%. Như vậy, so với CLVT, siêu âm cho giá trị đánh giá hình thái học 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.

4.10. ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT U TUYẾN MANG TAI

Nguyên tắc chỉ định điều trị phẫu thuật dựa trên: típ mô học u, độ biệt hóa mô học u, giai đoạn lâm sàng (nếu là u ác tính), toàn trạng chung bệnh nhân.

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. CĐHA và phẫu thuật cho thấy 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 “bò 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) 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.

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 giải phẫu bệnh cấu trúc vỏ của u, loại u lympho - tuyến, nang tuyến, u tuyến đơn hình có vỏ tương đối dày, rõ và liên tục.

L^a Vⁱⁿ S-n vụ céng sù (2000) sau nhiều năm triển khai, t_uc gi[¶] ® ngh[¶] c[¶]t bá to[¶]n bé kh[¶]i u k[¶]ĩm theo c[¶]t bá t[¶]ng ph[¶]c[¶]n hay to[¶]n bé tuy[¶]õn c[¶]a b[¶]ĩo t[¶]an d[¶]õy th[¶]c[¶]n kinh VII trong ®i[¶]u tr[¶] ph[¶]ĩu thu[¶]ĩt u ®a h[¶]nh tuy[¶]õn mang tai.

Ph[¶]m Ho[¶]ng Tu[¶]ĩn (2007), nghi[¶]an c[¶]õu ®i[¶]u tr[¶] ph[¶]ĩu thu[¶]ĩt 35 trường hợp u tuyến đa hình tuyến mang tai c[¶]a b[¶]ĩo t[¶]an d[¶]õy th[¶]c[¶]n kinh VII, 74,29% trường hợp được chỉ định cắt u kèm toàn bộ tuyến, số còn lại cắt u k[¶]ĩm thu[¶]ĩt n[¶]ng. H[¶]m Th[¶]ĩ V[¶]ĩn Thanh (2001), ch[¶]ĩ ®[¶]ĩnh ph[¶]ĩu thu[¶]ĩt c[¶]t u k[¶]ĩm to[¶]n bé tuy[¶]õn mang tai ch[¶]ĩ chi[¶]õm t[¶]ĩ 17,3% (chi[¶]õm 7,5% c[¶] c[¶] trường hợp phẫu thuật u lành tính và 40,9% phẫu thuật u c[¶] t[¶]ĩnh).

Trong nghi[¶]an c[¶]õu c[¶]ĩa chóng t[¶]ĩ, t[¶]ĩt c[¶]ĩ các trường hợp u lành tính vụ u c[¶] t[¶]ĩnh c[¶]a v[¶] tr[¶] u ẽ thu[¶]ĩ s[¶]õu ho[¶]ĩc ph[¶]ĩ t[¶]ri[¶]õn ẽ c[¶]ĩ hai thu[¶]ĩ ®[¶]ĩu ®[¶]ĩnh c[¶]t u k[¶]ĩm to[¶]n bé tuy[¶]õn c[¶]a b[¶]ĩo t[¶]an d[¶]õy th[¶]c[¶]n kinh VII. Tương tự ví i c[¶] c[¶] u c[¶] t[¶]ĩnh (9/11 trường hợp) vụ ph[¶]c[¶]n lí n c[¶] c[¶] u tuy[¶]õn ®a h[¶]nh c[¶]a v[¶] tr[¶] ph[¶]ĩ t[¶]ri[¶]õn tr[¶]ĩn thu[¶]ĩ n[¶]ng (10/19 trường hợp) cũng được ưu tiên chỉ định theo quan điểm trên (Phẫu thuật theo ph[¶]ĩng ph[¶]ĩ Redon do t_uc gi[¶] Redon vụ Padovani ®[¶] xu[¶]ĩt n[¶]ĩm 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% 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 ®[¶]ĩng vụ n[¶]ĩm ngo[¶]ĩi vi s[¶] t[¶] vá bao tuy[¶]õn. Ph[¶]m Ho[¶]ng Tu[¶]ĩn (2007), nghi[¶]an c[¶]õu tr[¶]ĩn 35 b[¶]ĩnh nh[¶]ĩn u tuy[¶]õn ®a h[¶]nh t_uc gi[¶] ch[¶]ĩ ®[¶]ĩnh đ[¶]ĩng k[¶]ĩ thu[¶]ĩt bác t_uc h[¶] t[¶]õ g[¶]ec d[¶]õy th[¶]c[¶]n kinh k[¶]ĩm c[¶]t to[¶]n bé u (94,29%). Nguyễn Minh Phương (2000), 70% được chỉ định cắt u kèm tuyến mang tai b[¶]ĩo t[¶]an d[¶]õy th[¶]c[¶]n kinh VII.

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), 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) 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 thùy 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 thùy nông ngoài vỏ bao khối u với khoảng an toàn. McGurk và cộng sự 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 và 98% theo Lizuka và Ishikawa. 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 thùy nông. Theo Piekarski và cộng sự 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 thùy 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.

Mục tiêu của phẫu thuật khối u 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%. Nghiên cứu của Hàn Thị Vân Thanh (2001), tỷ lệ liệt mặt 24,7%. Laskawi (1998), tỷ lệ này là 14%, Phạm Hoàng Tuấn (2007), 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, sẹo mổ cũ 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).

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) 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. Tuy nhiên, các trường hợp được chăm sóc vết mổ tốt, 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 trong nghiên cứu là 70/76 trường hợp chiếm 92,1%. Theo tác giả Phạm Hoàng Tuấn (2007) thì tỷ lệ vết mổ liền tốt là 94,12%.

4.10.3. Kết quả theo dõi sau điều trị phẫu thuật từ 3 tháng tới 24 tháng

Phẫu thuật TNBMT vốn là một kỹ thuật khó và phẫu trường nằm trong vùng giữa m¹ch m²u, th¹ch kinh v¹ch b¹ch huy¹t. V¹en ¹0 sang ch¹en t¹ch¹oc v¹ch ¹ác bi¹ết l¹u d¹o¹y, v¹a bao c¹ủa myelin, h¹o th¹eng ph¹o¹n nh¹nh th¹ch¹ kinh VII l¹u kh¹o¹ng th¹o tr¹nh kh¹ái. Do v¹éy, s¹u sang ch¹en v¹ch t¹nh tr¹ng xung huy¹t, ph¹i n¹o v¹ng ph¹u¹ thu¹ết s¹i l¹u nguy¹an nh¹o¹n g¹o¹y n¹an mét s¹e trường hợp bệnh nhân sau phẫu thuật có tình trạng liệt dây th¹ch¹ kinh VII ẽ nhi¹ou m¹oc ¹é. Tuy v¹éy, sau mét th¹êi gian d¹ui tri¹ou ch¹ong s¹i h¹o¹t d¹ch¹, ch¹oc n¹ng chi ph¹ei v¹en ¹éng, c¹l¹m gi¹u c¹ v¹u ¹i¹ou khi¹on ch¹o ti¹ot s¹i h¹ai ph¹oc. Trong nghi¹an c¹ou c¹ủa ch¹ong t¹ai, sau h¹-n mét n¹im kh¹m l¹i 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 không hồi phục do đã phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ u ác tính và hy sinh dây thần kinh chiếm 2,6% (2/76 trường hợp nghiên cứu). Ph¹m Ho¹ng Tu¹en (2007), t¹ết c¹l¹ s¹e b¹o¹nh nh¹o¹n li¹ot nh¹nh t¹m th¹êi ¹. h¹ai ph¹oc sau ph¹u¹ thu¹ết t¹o 3 th¹ng t¹i 24 th¹ng. Theo Cvetinovic t¹u l¹o n¹u l¹u 18,36%, H¹u Th¹ V¹en Thanh (2001), th¹x t¹u l¹o n¹u l¹u 24,7%. Trong c¹u nghi¹an c¹ou c¹ủa Mayo Clinic th¹x 64% b¹o¹nh nh¹o¹n u t¹u¹on mang t¹ai t¹i ph¹, t¹ ph¹l¹i hy sinh d¹o¹y th¹ch¹ kinh khi m¹a, mét nghi¹an c¹ou kh¹u c¹ t¹u l¹o n¹u l¹u lên đến 71%. Theo chúng tôi nhiều trường hợp phải hy sinh dây thần kinh VII khi m¹a l¹ch¹ sau ¹èi v¹i b¹o¹nh nh¹o¹n t¹i ph¹, t¹ u l¹u do nguy¹an nh¹o¹n qu¹ tr¹nh m¹a l¹ch¹ mét ¹. l¹u m¹x o tr¹en c¹u c¹ m¹ec gi¹l¹i ph¹eu, c¹u t¹ch¹oc x¹-d¹nh co k¹o ¹áng th¹êi kh¹ei u t¹i ph¹, t¹ t¹ri¹on ti¹op t¹oc ch¹l¹n đ¹p/ x¹m l¹en t¹ch¹oc...

T¹i ph¹, t¹ u l¹u ¹i¹ou kh¹o¹ng mong mu¹en, l¹u bi¹on ch¹ong r¹êt x¹eu sau ph¹u¹ thu¹ết, nguy¹ c¹-ph¹l¹i hy sinh d¹o¹y th¹ch¹ kinh VII ẽ l¹ch¹ m¹a sau l¹u r¹êt cao, l¹nh hu¹o¹ng ch¹uc n¹ang và th¹êi tr¹ang và tâm lý của người bệnh. Hơn n¹a, s¹u t¹i ph¹, t¹ tr¹an n¹on c¹u c¹ t¹nh th¹x h¹eu qu¹l¹ s¹i c¹ung th¹a¹m n¹ang n¹o. Tuy v¹éy, c¹a th¹o ¹éy l¹i nguy¹ s¹- t¹i ph¹, t¹ b¹ng vi¹oc th¹uc hi¹on t¹et ph¹eu thu¹ết ¹ç¹u ti¹an, t¹o kh¹u ch¹en ¹o¹n cho ¹o¹n ch¹l¹ b¹nh đ¹ng lo¹i k¹u thu¹ết ph¹eu thu¹ết ph¹i h¹ip. Sa s¹e c¹u u t¹i ph¹, t¹ s¹i xu¹ết hi¹on trong v¹ng hai n¹im ¹ç¹u sau ph¹u¹ thu¹ết, trong nghi¹an c¹ou c¹ủa ch¹ong t¹ai, theo dài t¹i kh¹ám sau ph¹u¹ thu¹ết 12 tháng đến 24 tháng chúng tôi chưa ghi nhận được trường hợp bệnh nhân nào tái ph¹, t¹. Qua theo dài tr¹an 32 b¹o¹nh nh¹o¹n u t¹u¹on đa hình năm 2007, tác giả Phạm Hoàng Tuấn cũng chưa ghi nhận được trường hợp nào tái phát sau mổ. Theo Hàn Thị Vân Thanh (2001) thì tỷ lệ này là 13,8% (12/87 trường hợp).

Nh¹ng sai lầm hoặc chưa hợp lý trong ch¹l¹ b¹nh lo¹i k¹u thu¹ết ph¹eu thu¹ết l¹ch¹ ¹ç¹u s¹i g¹o¹y n¹an h¹eu qu¹l¹ t¹i ph¹, t¹ ng ti¹oc, mét s¹e t¹u c¹ gi¹l¹i khi t¹ép h¹ip m¹eu nghi¹an c¹ou cho th¹éy t¹u l¹o t¹i ph¹, t¹ u sau ph¹u¹ thu¹ết l¹u con số đáng lưu ý. Nguyễn Minh Phương (2000) trong mẫu nghi¹an c¹ou c¹ 22,58% b¹ t¹i ph¹, t¹ (14/62 trường hợp) trong đó 9 trường hợp là u t¹u¹on

đa hình, 4 trường hợp là u biểu mô tuyến ác tính, 1 trường hợp là u tổ chức liên kết ác tính. H¹u Th¹ V¹en Thanh (2001) g¹ép 22,7%. Trong m¹eu nghi¹an c¹ou c¹ủa ch¹ong t¹ai, s¹e t¹i ph¹, t¹ u l¹u (5/76 trường hợp) chi¹om 6,5% trong đó có 3 trường hợp u t¹u¹on đa hình; 1 trường hợp là u biểu mô tuyến ác tính; 1 trường hợp u tổ chức liên kết ác tính.

Trong nghi¹an c¹ou, có 13,15% (10/76 trường hợp) b¹ héi ch¹ong Frey. Ph¹m Ho¹ng Tu¹en (2007), g¹ép 5/32 trường hợp chiếm 14,71%; H¹u Th¹ V¹en Thanh (2001) g¹ép 23%. Christensen nghi¹an c¹ou trong 10 n¹im tr¹an 433 b¹o¹nh nh¹o¹n th¹x t¹u l¹o n¹u l¹u 50%, t¹u l¹o xu¹ết hi¹on héi ch¹ong Frey s¹u ph¹eu thu¹ết ¹ét m¹oc cao nh¹ét sau 5 n¹im.

T¹ai bi¹on r¹o dịch nước bọt không gặp. Theo H¹u Th¹ V¹en Thanh (2001) th¹x t¹u l¹o n¹u l¹u 10,7%, t¹u c¹ gi¹l¹i cho r¹ng c¹a th¹o trong nghi¹an c¹ou số bệnh nhân được chỉ định mổ cắt u đơn thuần chiếm tỷ lệ lớn (82,75).

KẾT LUẬN

Qua nghi¹an c¹ou 76 bệnh nhân được lựa chọn tuổi từ 13 đến 78 tuổi, c¹a ¹èi chi¹ou GPB v¹ch ph¹eu thu¹ết, ch¹ong t¹ai r¹ot ra k¹ot lu¹en:

1. Mục tiêu 1 :

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

1.2. Giá trị chẩn đoán của siêu âm: Độ nhạy (lành tính): 27/27= 100%; Độ chính xác: (27+2)/32= 90,6%

1.3. Giá trị chẩn đoán của CLVT: Độ nhạy (lành tính): 64/64= 100%; Độ chính xác: (64+7)/76= 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: 32/33 ca (96,9%).

2. Mục tiêu 2: Đánh giá KQ ĐT PT

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 quy kỹ thuật siêu âm (SA) trong chẩn đoán khối u TNBMT bởi trong các kỹ thuật có giá trị như SA, CLVT, CHT, PET 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.

2. Áp dụng thường quy kỹ thuật sinh thiết qua kim sinh thiết dưới hướng dẫn của siêu âm để chẩn đoán xác định trước mổ típ mô bệnh học của khối u, trên cơ sở đó lập kế hoạch điều trị hợp lý, hiệu quả.

RATIONALE

Parotid gland tumor is typical for the diversity of histological morphology among different tumors as well as in the same tumors. 85% - 90% of them are benign but the percentage of malignant degradation is rather high, especially mixed tumors with differentiation and malignant trend. In America, parotid gland cancer accounts for 6% of head-neck cancer kind and 0.3% of all cancer kinds. Because of unclear symptoms, the parotid gland tumors are usually big with wide vulnerability when they are diagnosed which affect negatively to function and aesthetics, make difficult to predict and treat and simultaneously increase the risks of complications and recurrence.

In Vietnam, the diagnosis to determine parotid gland tumor before surgery is just by cell aspiration technique which gives low return value because of a few samples.

For those reasons, needle biopsy for tumors before surgery is necessary to reach definitive diagnosis. The needle biopsy will make sure getting enough number of samples to determine the essence of pathologic histology. However, the risk of accidents which from cutting VII nerves and blood vessels by needle blade is difficult to avoid. Therefore, along with conducting morphology surveys, diagnosed suggestion, tumor stage, some diagnostic imaging techniques such as ultrasound and computed tomography (CT) are also used to guide the biopsy needle to minimize accidents and increase diagnosed value.

Surgery is the main treatment and the best choice, while radiotherapy plays main supporting role and chemotherapy is used when diseases have metastasis.

Up to now, our country has not had many research works to contribute to practice of pre-operative diagnosis and surgical treatment of parotid gland tumors. In practices, it requires to have more completed and systemized understanding of diagnosis and surgical treatment. For that reason, we conducted the research topic: “**Research on diagnosis and treatment of parotid gland tumors**” with two purposes:

1. *Determine diagnosed value of some parotid tumors by clinical technique, ultrasound, CT and needle biopsy under the guidance of ultrasound.*
2. *Evaluate results of surgical treatment.*

IMPORTANCE OF THE THESIS

In fact, tumor diagnosis by clinical method or imaging diagnosed method only gives malignant – benign suggestions, so pre-operative tumor biopsy is high essential to reach definitive diagnosis. For

surgeon, instant biopsy still does not bring activeness in planning the entire operation. Therefore, researches to use the diagnosed technique of needle biopsy are important to diagnose types of histopathology and from that have reasonable and effective treatment plans. Simultaneously, practically surgical treatment in fact also needs summarization of treating results in a long time.

PRACTICAL IMPLICATIONS AND NEW CONTRIBUTIONS

This thesis topic systemized in evaluating value of parotid tumor diagnosis methods before surgery, especially histopathology diagnosis by needle biopsy approach with the supporting of ultrasound and post-surgery comments up to 2 years.

THESIS STRUCTURE

Beside introduction and conclusion parts, this thesis includes 4 chapters: Chapter I: Overview: 36 pages; Chapter II: Research objects and methodology: 26 pages; Chapter III: Research results: 39 pages; Chapter 4: Discussion: 38 pages. The thesis has 49 tables, 21 graphs, 25 images, 126 references (in which 28 in Vietnamese, 15 in France and 98 in English); Conclusion and recommendation: 1 page.

B. CONTENT

CHAPTER 1 OVERVIEW

1.1. ANATOMY, ORGANIZATION AND PHYSIOLOGY OF PAROTID GLAND.

1.1.1. Anatomy

Parotid gland anatomy relates to important anatomies:

- External carotid artery: may be destroyed by cancer or bleeding during surgery.
- VII nerve: usually paralyze inside face of malignant tumors, mix tumors without injuries; then surgery with VII nerve reservation is considered.
- Relate to mandible and temporomandibular joint: fitting jaw when the tumor infiltrate into masseter muscle or temporomandibular joint
- Relate to external carotid artery: malignant tumors can invade the artery causing bleeding.

1.1.2. Organization:

Parotid gland is an exocrine gland with grape type. This gland is usually divided into many lobules separated by connective tissue. Each lobule contains a number of acini and some intercalated duct in lobules

which contact with acini. Close intercalated duct in lobules together make up bigger ducts in connecting walls called striated duct. Many close striated duct create big excretory duct.

1.1.3. Physiology:

Saliva play a lot of roles: protecting, digesting, tasting and evacuating.

1.2. CLASSIFICATION OF PAROTID GLAND HISTOPATHOLOGY.

Based on classification of Foote and Frazell in 1954, WHO edited and added to have official classification in 1991.

1.2.1. Adenomatous tumor

1.2.1.1. Benign tumors

Mixed tumors; Monomorphic tumors; Lymphoma; Warthin tumors; Granulosa cell tumors. Other types: basal cell carcinomas, sebaceous cysts, Acini: congenital acini in parotid gland, pseudadenomatous cyst; Godwin “tumors” (lymphoma organization – benign epithelium)

1.2.1.2. borderline tumors

Acinic cell tumors; mucous – epidermal tumors, Clear cell tumors

1.2.1.3. Malignant tumors

Papillary adenocarcinoma undifferentiated carcinoma; mucoepidermoid carcinoma; malignant degenerated mixed tumors; metastasized cancer in gland.

1.2.2. Tumors of an other connection or organization

1.2.2.1. Benign tumors

Blood tumors; u bạch mạch-lymphangioma; lymphohemangioma-u máu bạch mạch, lipoma and Schwannoma.

1.2.2.2. Malignant tumors

Non – Hodgkin’s lymphoma and Hodgkin’s disease and pseudolymphoma, periangiocytoma-fibrocytic sarcoma, sarcoma of children and Schwann cell malignancies .

1.3. CLINICAL DIAGNOSIS

Some clinical cases allow us to diagnose benign or malignant tumors.

1.4. DIAGNOSTIC IMAGING OF PAROTID GLAND TUMORS

Diagnostic imaging is used to describe tumor features and mapping invading. Some benign tumors such as mixed tumors or Warthin tumors can be diagnosed by images. However, diagnostic imaging is never gold criteria to eliminate malignance.

1.4.1. X-ray with contrast agents

To evaluate clearly structures of gland ducts and limit the evaluation of injuries nearby. Be usually appointed to assess the lithiasis of gland ducts, chronic inflammation, stretch gland ducts.

1.4.2. Ultrasound to diagnose some parotid gland tumors

Be more limited used than computed tomography (CT) and magnetic resonance imaging (MRI). Be appointed to use for abscess.

1.4.3. Magnetic resonance imaging (MRI)

Having the same value as CT method but more clearly evaluating surrounding and intracranial invasion; however be difficult to detect small calcification.

1.4.4. Computed Tomography (CT) to diagnose parotid tumors.

To distinguish clearly anatomical structures, different structures of density, to detect gland ducts and calcification. Be usually appointed for tumor diseases or chronic abscess complications

1.4.5. PET/CT, PET/MRI in diagnosing parotid tumors

To diagnose malignant tumors and tumor stages.

1.5. ANATOMICAL DIAGNOSIS BEFORE SURGERY OF PAROTID GLAND TUMORS

The diagnosis is based on pathologic histology and period diagnosis is mainly by MRI and CT.

1.5.1. Fine needle aspiration

This method has meaning to small tumors, avoids nerves and blood vessels if having guidance of ultrasound. The procedure is not complicated but collects few samples and difficult to read cytological specimens.

1.5.2. Needle biopsy

If needle aspiration does not give diagnosed conclusion, it needs appointing needle biopsy which must do under guidance of ultrasound to reduce risks to injury nerves and blood vessels.

1.5.3. Frozen section biopsy

Diagnosing all head-neck tumors confirmed the role of frozen section, but in diagnosis of parotid gland tumors, this technique is controversial so on. Mistakes in false positive diagnosed group mostly falls in mixed tumors which are usually over diagnosed to and mucoepidermoid carcinoma . Mucoepidermoid carcinoma is the major type with false negative diagnosis. Carcinoma types: acinic cells, follicular

adenoma, carcinoma after mixed tumors and some kinds of lymphoma are the most difficult cases in diagnosing correctly using frozen section technique.

1.5. TREATMENT IN SURGERY OF PAROTID GLAND TUMORS

Treatment parotid gland tumors have to depends on histological type, stages and tissue differentiation. These are important factors to decide treatment with reservation of nerve No. VII or not.

1.6. RESEARCH STATUS OF PAROTID GLAND TUMORS

Over the world had lots of detection, diagnosis and treatment of parotid gland tumors. In recent years, since supporting of diagnostic imaging, the reports have focused on evaluating value of diagnostic imaging techniques.

Miki Matsuda and Mirokazu Sakamoto (1998) had researches about the combination among CT method, MRI method and Positron Emission Tomographic Imaging (PET) technique to diagnose malignant parotid gland tumors. David M. Yourem and his colleagues (1999) assessed values of CT, ultrasound and MRI methods in diagnosing parotid gland stones. Harrison Linsky and his colleagues (2002) review diagnosed value of CT scan. Mehmet Koyuncu and his colleagues (2003) had research about roles of CT and MRI methods in diagnosing parotid gland tumors. Robert L. Witt (2005) commented results after surgery of mixed tumors. Pawani and his colleagues (2006) used CT method in guidance of aspirating cells of parotid gland tumor in a 76-year-old female patient by using fine needle.

In Vietnam, the parotid gland tumors researches concentrate in two main fields that are diagnosis and surgery treatment. For diagnosis, they just focus on clinical symptoms, diagnostic imaging techniques, histopathological nature after surgery but no one have paid attention to pre-surgery histopathological diagnosis and especially to pre-surgery biopsy by biopsy needle. From the surgery treatment aspect, majority of research topics conclude surgery method and treatment results but almost focus on mixed tumors and do not have research conclusion for long time.

Le Van Son and his colleague (2000), after many deploying years, recommended to cut the entire tumor together with partial or total removal of the gland with reservation the nerve No. VII in treating mixed tumors of parotid gland. Nguyen Minh Phuong (2000) researched about x-ray of parotid gland with contrast agents with reference to disease anatomy. Nguyen Minh Phuong, Han Thi Van

Thanh (2001) and Pham Hoang Tuan (2007) also suggested the reservation of nerve No. VII in surgery treatment of parotid gland mixed tumors. Dinh Xuan Thanh (2005) had comments CT images of parotid gland tumors.

CHAPTER 2

OBJECTIVES AND RESEARCH METHODS

2.1. RESEARCH OBJECTIVES

2.1.1. Objectives:

Patients with parotid gland tumors are surgiered at Maxillofacial Department – National Hospital of Odonto – Stomatology from January 2009 to October 2010.

2.1.2. Criteria to select research patients

- Have taken premilinarly clinical diagnosis and diagnostic imaging which resulted parotid gland tumors
- Have enough condition and agree to use pre-surgery needle biopsy technique with guidance of ultrasound.
- Be surgically treated.

2.1.3. Eliminated criteria.

- Patients were surgiered but did not have anatomy results.
- Anatomy results show that tumors derived from other parts metastasized.

2.2. RESEARCH METHOD

2.2.1. Design of the research: Researching type: cross-sectional descriptive study combines with vertical observation. Research time: From January 2009 to October 2010 and post-surgery tracking until October 2012. Researching place: National Hospital of Odonto – Stomatology

2.2.2. Sample size (applied sample size for cross-sectional descriptive research)

2.2.2.1. Sample size calculation

$$n = Z^2 \frac{p \cdot q}{1 - \alpha/2} = 76 \quad \text{In which:}$$

+ n minimum sample size

+ p = percentage of malignant parotid gland tumor 20%

+ α = statistical significance level which we choose $\alpha = 0,05$

+ $Z_{1-\alpha/2}$ is limited confidence intervals at α level. With $\alpha = 0,05$

we have $Z_{1-\alpha/2} = 1.96 (\approx 2)$ from the table.

+ d is error of estimation. In this research we choose $d = 0.09$.

2.2.2.2. Research sample choosing procedure

Researching sample is chosen based on criteria who have to meet requirements and followed the specialized technique procedure of researching method.

2.2.3. Researching procedure:

- Clinical process: recorded by asking patients and clinical examination.

- CT image: evaluating by film, CD, CT scan machine based on the cooperation of researchers and diagnostic imaging experts of Friendship Hospital.

- Checking salivary gland by ultrasound, evaluating the tumor and conducting needle biopsy under guidance of ultrasound: cooperating with Anatomy Department of National Hospital of Odonto – Stomatology and Department of Diagnostic Imaging of Friendship Hospital.

- Surgery features: classify surgery methods to cut tumors and gland, reservation methods of nerves No. VII

- Anatomy results have statistics.

We divide research patients into 3 main groups depending on statistical results from anatomy diagnosis: benign epithelial tumors; malignant epithelial tumors and lymphoepithelial tumors.

- Evaluating clinical value, ultrasound, CT and biopsy under the guidance of ultrasound.

- Tracking post-surgery complications and evaluating results 3 months and from 3 to 24 months after surgery.

2.2.3. Collecting and processing data

Research criteria are obtained by information collecting paper. The data are gathered and processed by Epi.info program 6.04 version with statistical significance $\alpha \leq 0.05$.

2.2.5. Researching ethnic

Biopsy technique for parotid gland tumors is safe if be operated by maxillofacial surgeons. This is an applied research, so appointed patients are explained and signed before conducting this technique.

CHAPTER 3 RESEARCH RESULTS

3.1. CLINICAL FEATURES

3.1.1. Tumor features:

Tumor size: benign epithelial tumors which are < 2cm and 2-4 cm of size accounts for 67.2%; malignant epithelial tumors which are < 2cm and 2-4 cm both make up 45.5%. For lymphoepithelial tumors, 50% of them have tumor size of 2-4 cm. Density: solid, which are 86.9% for benign epithelial tumors, 90.9% for malignant epithelial tumors and 75% for lymphoepithelial tumors. Boundary: clear for benign epithelial tumors group (59.2%) but unclear for malignant epithelial tumors group (54.6%). Movement: easy, with benign epithelial tumors (57.4%) and for lymphoepithelial tumors (100%). The percentages of moving and non-moving tumors in malignant epithelial tumors group are 36.4% and 27.3% respectively. The difference in movement characteristic between benign epithelial tumors and malignant epithelial tumors has statistical meaning with 95% confidence intervals ($p < 0.05$).

3.1.2. Some attached features of tumor

Clinical period: mostly from 12 months to 60 months (benign epithelial tumors: 63.6%; lymphoepithelial tumors: 50%; malignant epithelial tumors: 49.2%). Trismus: do not meet. Paralysis: do not meet. Regional nodes: 1 case of lymphoepithelial tumors.

3.2. CHARACTERISTICS OF POST-SURGERY ANATOMY RESULTS

72 of 76 researching cases are epithelial tumors which is equal to 94.7%; 4 left cases are connective tissue tumors accounting for 5.3%. Group of benign epithelial tumors is seen most at 80.26% (in which the majority is mixed tumors with 47.4%) while 17.1% remaining is lymphoma and others. Malignant epithelial tumors in this research are adenocarcinoma at 14.5%.

3.3. CHARACTERISTICS OF CT IMAGES OF PAROTID GLAND TUMORS.

3.3.1. Benign tumors: Most of them locate in superficial lobe (52.5%), have small size from 2-4 cm (73.7%), clear boundary (98.4%) and homogeneous structure (57.38%). Almost tumors are similar in density with benign gland organization (36.1%). Pleomorphic adenoma is usually seen which mostly develop in superficial lobe (55.5%) with

clear boundary (100%), 2-4 cm diameter (80.5%), homogeneous structure (63.9%), similar density (47.2%) and mixture of both increase and decrease (30.5%).

3.3.2. Malignant tumors:

Adenocarcinoma: mainly locate in superficial lobe (45.45%), 2-4 cm size (63.6%). Unclear boundary (45.5%). 72.7% of them do not have homogeneous structure and the same percentage is for decreasing mixture density. There is invasion into benign gland organization (27.3%) such as blood vessels, nerves and glandular tissue.

3.3.3. Value of CT method

Consistent level of description between using CT and surgery about tumor structure features: 97.4% for position, 94.7% for boundary and 100% for both invasion and nodes.

Consistent level between GPB results and CT diagnosis about benign – malignant characteristics of the tumors is 93.4%.

3.4. CHARACTERISTICS OF BIOPSY WITH GUIDANCE OF ULTRASOUND

This biopsy technique can give 33/34 samples (97%), in which 32/33 cases have consistent between glandular tissue diagnosis and post-surgical diagnosis. The diagnosed value to distinguish benign and malignant injuries reaches 100%. Malignant tumor diagnosis is at high percent (100%). There are no significant complications during and after biopsy process.

3.5. CHARACTERISTICS OF ULTRASOUND IMAGES OF PAROTID GLAND.

In this research, 32 cases have enough condition to analyze ultrasound images, in which 84.37% is benign epithelial tumors (27/32 cases) and 15.6% is malignant epithelial tumors (5/32 cases).

3.5.1. Benign epithelial tumors: mostly locate in superficial lobe (81.5%) with 2-4cm size (77.8%), clear boundary (100%), and one tumor in gland (88.8%). The most common shape is circle (52.9%). Almost benign tumors have hyperechonic feature (92.6%), sound homogeneous structure (63.0%) and solid structure (48.2%). In the ultrasound, 75% of mixed tumors have solid structure while 66.7% of lymphomas have mixture structure.

3.5.2. Malignant epithelial tumors: mainly found in superficial lobe (80%) with over 2-4cm size (60%), unclear boundary (60%-40%). 100% of them is hypoechonic and 63% have inconsistent structure. Solid structure accounts for 60% cases.

3.5.3. Value of ultrasound

Ultrasound is a primary diagnosis imaging tool which has high value in suggestion of benign – malignant characteristics in parotid gland tumors diagnosis with 100% in sensitivity and 90.6% in accuracy level. Positive diagnosis value for identifying tumor position in superficial lobe is 85%. Level of accuracy in identifying tumor position is 85.3%. Level of accuracy in tumor size and amount is 100%.

3.6. parotidectomy

3.6.1. Surgical methods

▪ Specifying types of surgical technique:

- Total parotidectomy with preservation of the facial nerve or hamberger technique (Redon surgical technique) is usually appointed, with 67.2% for benign epithelial tumors, 81.8% for malignant epithelial tumors, 50% for tumors of connective tissue and 75% for mixed tumors.

- Superficial parotidectomy or conventional superficial parotidectomy: 21.3% for benign epithelial tumors ; 9.1% for malignant epithelial tumors; 25% for tumors of connective tissue and 22.2% for mixed tumors.

- Other techniques: Segmental resection; Limited superficial parotidectomy or “appropriate” parotidectomy; Extracapsular lumpectomy; simple tumor bóc tách: hardly ever to be appointed, if any, it is usually for simplex benign tumors, small size Warthin tumors which are far from oral nerves. 11.5% of malignant epithelial tumors are appointed .

▪ Preservation of nerves No. II:

- Preservation: 97.4%.

- No preservation: 2.6% (for malignant tumors which infiltrate nerves)

3.6.2. Early evaluation of surgical results.

▪ Nerve VII paralysis: 7.9% at different levels.

▪ Hematoma: 14.5%.

▪ Surgical site infection: 9.2%

3.6.3. Evaluation surgical results after 3 months and from 3 months to 2 years.

▪ Nerve VII paralysis: 2.6% at different levels.

▪ Tumor relapse: 0%.

▪ Frey syndrome: 13.15%.

▪ Salivary leak: 0%

CHAPTER 4 DISCUSSION

4.1. CLINICAL CHARACTERISTICS

4.1.1. Benign tumors

The tumor size of 2-4 cm was seen most with 67.21%, following by 18.3% of under 2 cm tumor size and 14.17% of 4-6cm size. In Nguyen Minh Phuong 's research (2000), there was 71.9% of tumor with 2-4cm size, while depend on Duroux's research, that percentage was 20% lower and for under-2-cm tumor size, it accounted for 26%. Harison Linsky (2002) showed the most common size of tumors was 1-2 cm. It can be seen that our research gave higher proportion of 2-4 cm tumors, or the patients in our research usually took exams late.

In the researches, the majority of tumors had solid density at 86.89%. 11.84% of soft density was usually witnessed with the cases of fluid tumor or cysts. Other features of the tumors: clear boundary (59.02%), easy movement (57.37%), did not have trismus and nerve VII paralysis. These clinical characteristics all have been mentioned in many related document. We did not meet any submandibular nodes.

4.1.2. Malignant tumors

Most common tumor sizes were 2-4 cm with 45.45% and under-2-cm with 45.45%. Depend on researches of Nguyen Thi Minh Phuong (2000) and Han Thi Van Thanh (2001), the percentages of tumors with 2-4 cm size were 72.72% and 36.4% respectively. David W.Eisele gave an important conclusion that the higher the tumors, the more malignant the tumors.

For tumor density, 90.91% had solid density. 54.55% of tumors is unclear boundary and 43.42% of them had no or limited movement. These features also have been mentioned in a lot of document.

The research did not meet nay trismus or oral paralysis. Meanwhile, those rate in Nguyen Minh Phuong's research (2000) was 18.2% and in Han Thi Van Thanh 's research (2001) was 22.7% explained by few malignant tumors and small invading area.

Regional nodes is an important feature of malignant tumors. In our research, there was a neck lymph nodes of 4 tumors of connective tissue.

Parotid cancer mostly develop slowly, the nodes metastasizing percentage is low. However, in our research, the number of cancer was not much which had no meaning to analyse nodes metastasizing issues.

For metastasis features, we have not record any cases in this research, though David W. Eisele reckoned that 2-4% of malignant tumors could metastasize to lung, bone and brain, etc,

In general, many authors such as Terry S. Becker supposed that clinical characteristics could be useful with fast grow tumors, associated with pain, facial paralysis and nodes. Some malignant tumors just show one sign of increasing facial paralysis.

4.2. CHARACTERISTICS OF POST-SURGICAL RESULTS

In fact, surgical results were: 61 cases were benign epithelial tumors (80.26%); 11 cases were malignant epithelial tumors (14.47%) and 4 cases were tumors of connective tissue (5.25%). Following Ralph Weissleder and his colleagues, the proportion of benign: malignant tumors was 80%: 20% while in Foote FWJr and his colleagues's research, this proportion was 66.3%: 33.7%

In our research, mixed tumors were seen most with 47.37%. This kind of tumors accounted for 65% in David W. Eisele 's research and for 70% in Foote FWJr and his colleagues's research

Benign gland monomorphic tumors had 5.62% of benign tumors (4 cases) and 13 cases were Warthin tumors which were equal to 17.1%. Depend on some foreign authors such as Terry S. Becker (1996) và David W. Eisele and colleagues (1996), the percentage of Warthin tumors was 10-12%.

In our research, there were 11 cases of adenocarcinoma and 1 case of malignant lymphoma tumors of connective tissue that was not consistent with other authors' decision. For example, David W. Eisele and colleagues (1995) found that the percentage of adenocarcinoma equal nearly 15% of malignant tumors. This could be explained by few malignant tumors cases in our research.

4.4. CHARACTERISTICS OF CT IMAGING

4.4.1. Benign tumors

For general characteristics of benign tumors, they locate mainly in superficial lobe of parotid gland which was 51.5% in our research. There was 34.4% located in deep lobe.

Benign tumor size was smaller than other diseases in the research, with 73.7% of 2-4 cm size. This revealed that tumors grow slowly, made few symptoms or uncomfortable for patients to take specific exams.

98.5% cases had clear boundaries. This feature was confirmed in many other documents as well.

Structures were various in which mostly homogeneous, accounting for 57.5% in our research. For heterogeneous structure, it was 42.62% and created fluid follicle (one or more follicles) (84.1%). There were not much calcifying cases at 3.85% and the mixed structure we met had both calcifying and follicle in the tumors.

The majority of tumors had homogeneous density compared to benign gland organization (36.07%). It was noticed that there were 39.3% of mixture density in places of the tumors. This means that we can indirectly see tumor structures thank to density calculation.

In our research, 4 cases were injected contrast agent among 76 cases of CT imaging. All of them were benign tumors with little drug absorption (50% degree I, 25% degree II and 26% degree III) which did not have significant meaning with too few injected cases. However, as far as Dae Seob Choi and colleagues (1998) were concerned, benign tumors usually absorbed drug in degree I and II, except warthin tumor (89% of them did not have drug absorption).

Through examination by salivary gland by thin slice (5-10 cm), we could witness that 4 of 61 benign cases had submandibular nodes with size of 1.2 – 1.5 cm accompanied with gland inflammatory by cell aspiration at primary healthcare facilities. For mixed tumors, in the research, 59.01% of them were benign with 36 of 61 cases. Tumor size is small (just few cm), for example we found 80.56% of 2-4 cm tumors with 29 of 36 cases. Along to Robert L. Witt (2005), the size of tumors had significant meaning in minimum intervention. In detail, detection and treatment of tumors which were smaller than 2 cm had 0% recurrence abilities for 10 years and preserved nerve VII. Some striking features of mixed tumors are clear boundary, both homogeneous and heterogeneous density; its density is higher than benign gland parenchyma because benign glands content serous epidemic and grease. We recognized that 36.11% (13/36 cases) of mixed tumors had heterogeneous structure which was similar to Terry S. Becker's (1996). In the aspect of drug absorption, 4 cases used contrast agent was low and medium level (degree I and II), and this percentage in Dae Seob Choi and colleagues' research (1998) was 86%.

For 13 cases of Warthin tumors and monomorphic tumors in our research, CT image showed that: Warthin tumors located in superficial lobe, with 69.23% of 2-4 cm size, 100% clear boundary, 69.3% homogeneous structures, 1 case with follicle and no case with calcifying. Terry S. Becker (1996) demonstrated that Warthin tumors have rarely follicle and calcifying

4.4.2. Malignant tumors

The research showed a result that 11/12 cases of malignant tumors were adenocarcinoma.

Size of tumors in the research was large: 63.4% of the tumors were 2-4 cm, 9.09% were 4-6 cm and 27.5% remaining were < 2 cm. Carcinoma usually derived from superficial lobe (45.5%) and entire gland had large size to grow to invade surrounding organization.

Similarly to other document mentioning, the boundary of carcinoma in our research were unclear (54.5%).

Another essential feature was found that structure of carcinoma were highly heterogeneous (72.7%). Of them there were fluid type (62.5%), necrosis (50%) and organized mixture (85.5%).

Regarding density characteristic of carcinoma, they were only 1 enhanced-density case (9.1%), 2 cases of same density (18.5%), no case of simple decreasing density and 8 left cases of mixture density (72.7%).

In the research, it was 27.7% (3/11 cases) which invade to destroy benign organization. This feature also is mentioned in other document. All cases invaded occlusion joint – surrounding organization, in which there was 1 case invaded into grease layer and 1 case invaded into blood vessels and bone.

Last but not least, contrast agent absorption was a key feature, but no patient in malignant tumor group was injected contrast agent. Dae Seob Choi and colleagues (1998) concluded that the percentage of drug absorption was 55% and of unchanged tumors was 40%.

There was only 1 case with 2-cm neck nodes in carotid ganglions.

4.5. COMPARE CHARACTERISTICS OF PAROTID GLAND TUMORS BETWEEN BY CT METHOD AND BY SURGERY.

For surgeon, determination of tumor structures and injuring level is subjective. Meanwhile CT is objective method to have accurate assessment by images. Therefore the suitable ratio of form and structure features between using CT method and surgery is just for reference purpose.

- Position feature: 74/76 cases were suitable (97.4%)
- Boundary: 72/76 cases were suitable (94.7%)
- Size: 70/76 cases were suitable (92.1%)
- Structure: 75/75 cases were suitable (98.7%)
- Invasion: 76/76 cases were suitable (100%)
- Nodes: 76/76 cases were suitable (100%)

There were small percentage of unsuitable cases which derived from differences between objective record of CT image and subjective observation of surgeon.

In general, based on researches of some foreigner authors, for instant Mehmet Koyunku and Toeman Sesen (2003), up to now CT is the reasonable method to evaluate structures as well as form features and surgical position relation which give enough necessary information in order to diagnose and make surgical plans.

4.6. COMPARE CHARACTERISTICS OF CT IMAGING AND OF POST-SURGICAL ANATOMY

In fact, CT method does not give accurate diagnosis of tumor nature but it can suggest benign – malignant characteristics of the tumors based on some main different points. Harrison Linsky and colleagues demonstrated that CT method had two important values in diagnosing benign – malignant characteristics:

- + Benign: having images of dysplasia with calcification.
- + Malignant: having images of central necrosis, irregular tumor margin.

However, the author still recommended that it should be coordinated with aspiration in diagnosis to have distinguishing meaning.

Our research also showed suitable ratios of diagnosed suggestion between using CT method and post-surgical anatomy about benign – malignant characteristics (on accurate level) were 71/76 cases (93.4%) with sensitivity (benign): 100% or 64/64 cases.

4.7. CHARACTERISTICS OF NEEDLE BIOPSY UNDER GUIDANCE OF ULTRASOUND.

4.7.1. Biopsy results

33/34 biopsy cases had clear results meanwhile 1 remaining case could not see clear results due to not enough samples for biopsy.

Of these 33 cases, biopsy diagnosed results on 32 cases were consistent with post-surgical anatomy results. 1 left patient was diagnosed inflammatory organization when using biopsy but after surgery, it was diagnosed Warthin tumor. Considering carefully, the patient had been aspirated twice before treatment in his hometown. We supposed that the inflammatory resulted from last aspiration.

4.7.2. Value of methods

- Average sensitivity of this method was 96.9% (32/33); especially for the purpose of distinguishing benign injuries and malignant injuries, this method was at 100% sensitivity and diagnosed value .

- In diagnosing malignant tumors, negative predictive value and positive predictive value of this method were 100%

4.7.3. Evaluate diagnosis value of biopsy

From the results in Table 3-27 and Table 4-1, of 33 cases using biopsy method, 32 cases had suitable results with post-surgical anatomy which was equivalent to 97% sensitivity and 100% positive predictive value. General sensitivity of biopsy method were 96.9% (32/33), for the purpose of distinguishing benign injuries and malignant injuries, this method was at 100% sensitivity and diagnosed value. To diagnose malignant tumors, negative predictive value and positive predictive value of this method were 100%

In a similar research of Wan Yung-Liang and colleagues (2004), 53 cases with swell mass in parotid area were conducted biopsy and the results were: 83% sensitivity, 100% specificity and 97% accuracy. Belong to Paris J. and colleagues (2003), these results' features above were 87%, 94% and 91% respectively. For our research, due to few symptoms of parotid gland tumors and late examination and treatment of patients, the tumors usually had big size then affected significantly to functions and aesthetics. The clinical detection was quite easy with supporting of diagnosed methods such as X-ray, CT, MRT, ultrasound, etc. It was the reason why our research patients actually were selected "roughly" by above methods. 100% of swell masses was suggested to parotid gland tumors. Under the guidance of ultrasound, it was easily to using needle exactly and taking patients' samples which reached quality standard, so the value of our method was higher than of some other authors announced.

4.7.4. Complications

There was no considerable complication except 2 cases of pain after biopsy; the hurted patients were used normal analgesic.

4.8. CHARACTERISTICS OF ULTRASOUND IMAGES OF PAROTID GLAND TUMORS

4.8.1. Benign epithelial tumors

Most of benign tumors invaded superficial lobe (81.5%) and deep lobe (18.5%). No case of too big benign tumors invaded both of lobes. By ultrasound, the biggest tumor size was determined as biggest diameter of tumors, in which 2-4 cm size: 77.8%, under 2 cm size: 11.1% and more than 4 cm size: 11.1%.

Researching about benign epithelial tumors, majority had 1 tumor bloc (86.2%). There were 4 cases that had more than 1 tumor blocks with 1

recurrent mixed tumor, 2 mixed tumors and 1 malignant tumor. The numbers of tumors counted were 8 blocks in case of recurrent mixed tumors. We concluded that it was from dissemination of tumor cells in last surgeries. As far as Gritzmann was concerned, tumors with a lot of blocks were seen most in lymphoma and recurrent mixed tumors.

The normal shape of benign epithelial tumors was round with 59.2%, following by section shape (29.7%) and oval shape (11.3%) with 100% clear boundary. Mixed tumor mainly had section shape (50%), round shape (43.5%) and oval shape (6.25%). For lymphoma, round shape and oval shape accounted for 66.7% and 33.3% respectively. The remaining types of tumors had round shape.

Depend on Zajkowski's research, ultrasound images showed that 55% of mixed tumors were section shape and 40% of lymphoma was oval shape. Meanwhile in Shimizu's research, section shape in mixed tumors made up 91% and 77.3% of them had clear boundary. This striking feature (section shape for mixed tumors and oval shape for lymphoma with clear boundary) was also reported in other research.

Regarding sound density, benign tumors had 92.6% of hypoechotics, 1 case of hyperechotics and 1 case of anechotics. This result was suitable with research of Zajkowski showed hypoechotics in all lymphoma and mixed tumors. In Shimizu's research, hypoechotics in lymphoma was at 60% and in mixed tumors was 90.9%.

Homogeneous sound structure was met in 63% of benign epithelial tumors. The ratio of homogeneous and heterogeneous sound structure in mixed tumors was 75%: 25%. This was consistent with reports of Martinoli and Bialek. Shimizu and colleagues also gave similar conclusion that 90% of mixed tumors had homogeneous sound structure in ultrasound. Nevertheless, some other researches presented the heterogeneous characteristic of mixed tumors.

For lymphoma, heterogeneous sound structure accounted for 66.7%, 1 case had anechotics density with 16.7% and the same percentage was for 1 case of hyperechotics density. The research of Zajkowski also led to the same results which were 81.8% for heterogeneous sound structure and 54.5% for anechotics area images. Belong to Shimizu and colleagues, 98.3% of lymphoma appeared in anechotics area of ultrasound that was one typical features of lymphoma injuries with highly sensitivity.

For structure of tumors in ultrasound, 75% of mixed tumors were solid type and 25% remaining were mixture type. Lymphoma divided into 33.3% of fluid type and 66.7% of mixture type. Typical type of other benign tumors was solid one.

For distribution of blood vessels in tumors, it did not increase much in benign tumors. There was a few case that measured pulse signs in our research. Other researches also showed little increase in pulse signs of benign epithelial tumors.

On another hand, malignant epithelial tumors had 5/6 cases located in superficial lobe. 1 case left was on the deep lobe with intension to invade the entire gland. These tumors' sizes were usually 50% for over 2 cm and 33.3% for 4-cm size.

About number of tumors, there was one tumor block in the gland. The shape of tumors can be round, oval and sectional with 100% unclear boundary.

For density, malignant tumors had sign of hypoechotics (66.6%) and heterogeneous structure (66.7%). Mixture structure (fluid and solid) accounted for 66.7%. These results were also suitable with images of malignant tumors which usually had solid structure and necrotic areas. Shimizu and colleagues found that malignant tumors's boundary was not clear (50%) and sectional shape (28.6%). Other features were hypoechotics (85.7%) and heterogeneous (71.4%). Ultrasound characteristics like unclear boundary, heterogeneously hypoechotics structures have been mentioned in many medical documents.

Blood vessel distribution is not typical features of malignant salivary tumors, and then evaluation by Doppler ultrasound does not really help to distinguish benign and malignant salivary tumors. But researches of Schick and colleagues, Bradley, supposed that increase of blood vessel distribution related to higher ability of malignant tumors. Our research recorded the increase of vessel sign in 1 of 5 cases having malignant epithelial tumors.

4.9.COMPARE BETWEEN USING ULTRASOUND AND SURGERY

Comparison between using ultrasound and surgery also has no significant meaning since ultrasound method evaluates tumors to lead objective results while surgeon assesses tumor status subjectively.

4.9.1. Tumor location

Determinating exact location of injuries is necessary for surgeon, especially which is difficult to identify just by touching. It is really a challenge to distinguish a preauricular node or a tumor under skin and a tumor in the gland. Our research resulted that 100% sensitivity was in detecting tumors in the parotid superficial lobe and the value of positive prediction in identifying location of tumors in the superficial lobe was

81.5%. This was suitable with research of Nguyen Gia Thuc (2008) in which if we based on vein after mandible, ultrasound can identify exactly the location of 100% tumors in the superficial lobe. Following Wittich and his colleagues, the sensitivity of ultrasound was up to 100% which was equal to the ability of locating tumors in the superficial lobe of CT.

Accurate level of identifying tumor location in our research was 85.3%. This percentage was lower than the result of 95.7% of Lamont and colleagues' research without any other imaging diagnosed techniques. The authors also recommended only CT method to evaluate tumors in the deep lobe or spreading parotid injuries.

4.9.2. Boundary, size and quantity of tumors.

As far as researches concerned, the accuracy of ultrasound when identify tumors boundary was 97% and when identify size and quantity of tumors in the gland was 100%. It was consistent with the research of Nguyen Gia Thuc which showed that ultrasound could evaluate exactly size and number of tumors in the gland.

In comparison with an imaging research of parotid gland tumors by CT in 2005, the results were: location: 85.5% suitable; boundary: 78.9% suitable; size: 75% suitable. It means that compared to CT, ultrasound give equal value in evaluation morphology though the advantage of ultrasound is using flexible probe in many surface. However, CT uses density measure so ultrasound method can not be compared to CT in structures and the changes of organization structures.

4.10. SURGICAL TREATMENT OF PAROTID GLAND TUMORS.

Principals of surgical appointment are based on: type of tumor histology, differential level of tumor histology, clinical period (for malignant tumors) and entire status of patients.

4.10.1. Surgical method.

Simply "tumor core removal" surgical method is chosen and applied mostly in 30th decade of last century. McFarland (1936) gave a correlation of recurrence ration of mixed tumor after surgery and simple tumor core removing technique. In our research, there were 5 patients with recurrence tumors in which 3/36 cases were recurrence mixed tumors after surgery (8.8%); 1 case was lymphoma and 1 case were malignant tumor. Diagnostic imaging and surgery demonstrated that all recurrence mixed tumors were multi-block shapes. It was the striking feature of "missing" and/or "sowing" tumor organization after simple tumor core removal surgery or cutting tumors with a part of the

gland. Thackrey and Patey (1957) proved that because of many defects on microbody and tumor cover, there were a lot of small tumor points surrounding main tumor nests. Hence recurrence and residual surgery both derived from these microbody tumor nests after surgery.

As we can see from our research, 75% of mixed tumors were required to conduct surgeries with the whole parotid gland with preserve nerve VII and 22.2% of them needed taking surgeries with the entire superficial lobe. Other benign tumors, if in the superficial lobe, were normally appointed to cut tumors simply: 3/5 patients having lymphoma in superficial lobe were just cut tumors as well as the remaining cases (2/5) were cut tumors with superficial lobe. Regard to simple tumor removal, we had reference from anatomy characteristics of tumor cover structure, gland – lymphoma type, acini and monomorphic tumors with quite thick, clear and continuous cover.

After many years carrying on the research, Le Van Son and his colleagues (2000) required to cut the entire tumors with cutting off a part or the whole gland with preservation of nerve VII during surgical treatment of parotid mixed tumors.

Similarly, Pham Hoang Tuan (2007), after researching on 35 patients of parotid mixed tumors with preserving nerve VII, concluded that 74.29% of those cases needed cutting the tumors with the whole parotid gland while the cases left were required to cut tumors with superficial lobe. Han Thi Van Thanh (2001) appointed 17.3% of research patients to cut tumors with the whole parotid gland (accounting for 7.5% of benign tumor surgeries and for 40.9% of malignant tumor surgeries)

Moreover, through our research, all cases of benign and malignant tumors which were in the deep lobe or grew in both lobes were required to cut with the whole parotid gland associated with preserving nerve VII. Similarly, malignant tumors (9/11 cases) and almost mixed tumors in the superficial lobe (10/19 cases) were also appointed following this perspective (Redon surgical method – proposed by Redon and Padovani in 1934); 8/19 cases of mixed tumors in this area were cut with the whole superficial lobe. From these observation, 73/76 cases (96.5%) used techniques to remove nerves from the root and 3/76 ones which needed to reversely remove along to nerves brought tumors with small size, clear boundary, movement and near to gland cover. Equally, the proportion of 94.29% was found from Pham Hoang Tuan (2007) for the cases appointed to remove nerves form the root with cutting entire tumors. In 2000, Nguyen Minh Phuong required 70% of researching cases to cut tumors with nerve VII preserving parotid gland.

Conducting surgeries to cut tumors and a part or entire of superficial lobe (in fact that is the 1st stage of Redon surgery) is applied for benign tumors such as lymphoma, cysts, etc. These tumors are in the superficial lobe and at the bottom of the parotid gland or tumors that is far from removing area of facial nerves.

Our research required surgeries of simply tumor removal and cutting tumors with a part of superficial lobe, in which 9/76 cases were benign tumors (11.8%) with clear boundary images, in the peripheral superficial lobe and usually at the bottom of parotid gland. Based on anatomy of nerve VII (the main nerve VII is divided into upper and lower branches), Lizuka and Ishikawa (1998) divided tumors' location into 4 areas: above upper branch; middle of upper and lower branches; above lower branch and beneath lower branch. 4 cutting parts of superficial lobe were also determined depends on tumors' location.

In the research of O'Brien (2003) to evaluate roles of surgeries to cut benign parotid tumors with superficial lobe, it was not necessary to cut the entire the lobe for the first treatment. He supposed that "limited" cutting was pragmatic and safe for parotid superficial lobe.

The technique to cut tumors outside their cover is carried on with requirements that are saving parenchymal gland, preserving excretory function and limiting Frey syndrome. During our research, 9/11 patients was removed tumors simply and cut a part of parenchyma of superficial lobe outside the tumor cover in a safe distance. McGurk and his colleagues recorded 380 patients treated mixed tumors by cutting outside cover technique with 2% recurrence percentage after 12.5 tracking year. The author did not emphasize "how long" the safe distance was, especially for tumors with high recurrence ability because of defects, or for cases in which tumor cover was close to boundary facial nerves while the proportion of tumors nearby the facial nerves was 51% for McGurk and colleagues and 98% for Lizuka and Ishikawa. They did not consider that cutting-tumor-outside-cover technique was standard to apply but they still recorded its effectiveness as well as the technique of cutting tumor with entire superficial lobe. In another research of Piekarski and colleagues on 98 cases, using cutting-tumor-outside-cover technique gave 8.2% recurrence proportion for tumors having 3.6 cm average diameter and higher rate for 4-6 cm diameter group. The authors suggested that for tumors with big size and high recurrence ability like mixed tumors, it should be used tumor cutting technique with entire superficial lobe. They also recommended not to apply cutting-tumor-outside-cover technique for these kinds of tumors.

Generally, the goal of tumor surgery is to eliminate the disease organization, preserve maximum the parenchymal gland and branches of nerve VII to ensure not only salivary excretion function but also motor function controlled by nerve VII and to limit Frey syndrome. In this research, due to applying pre-surgery diagnosed method by needle biopsy under ultrasound guidance, 2/11 cases of malignant tumors must be taken the whole gland and actively did not preserve nerve VII.

4.10.2. Early evaluation of surgical results

Preservation of nerve VII, which is the first line in the purpose of all parotid gland surgery technique, along with facially paralytic ratio, is one criterion to early evaluate surgical results. Our research gave the results that after surgery, 3/61 patients having benign tumors were paralysed partly (making up 6.6%) and 1 patient was cut nerve VII; 2/11 cases having malignant tumors were paralysed entirely (18.2%); the rate of general facial paralysis was 7.9% (be equal to 6/76 cases). This latter rate was 24.7% in Han Thi Van Thanh's research (2001), 14% in Laskawi's research (1998) and 26.47% in Pham Hoang Tuan's research (2007). We decided not to preserve facial nerves for two patients having malignant tumors, because one of them was recurred 2nd time, had badly old scar and was infiltrated facial nerves (observing pars petrosa to see the phenomenon of increasing density due to infiltration).

Besides, we also witnessed 11/76 cases with hematoma sign. There were cases in malignant tumors with skin infiltration then when cutting tumors, we cut partly ulcer skin until stretched skin in the wound sewing time. Other remaining cases were in benign tumors, but after one week this status was better and the wound was healing well. No case was bled after surgery. Belong to the research of Pham Hoang Tuan (2007), hematoma rate after surgery was 5.88%.

Furthermore, surgical site infection will affectly adversely to surgical treatment results: early risk is the incision site will be cracked and bled, latter risk is ugly scar. In the first days after surgery of this research, 7/76 cases (9.2%) had signs of surgical site infection. However, due to caring the incision site well combined with high doses of antibiotics and reducing edema strongly, the results increased that 91.1% of patients (70/76 cases) had well healing status. This percent in Pham Hoang Tuan's research (2007) was 94.12%.

4.10.3. Results of following up surgical treatment from 3 to 24 months.

Parotid tumor surgery is actually a difficult technique which is in the area with a lot of blood vessels, nerves and lymphoid. Organizational trauma problems, especially string and cover of myelin

and branch system of nerve VII is unavoidable. Therefore, trauma, congestion and edema status in the surgical area will be the reasons for paralysed status of nerve VII at different level in some patients. However, after a long period, the symptoms will disappear and motor function and sense will recover. In our research, after 1 year, 3/6 cases paralysed temporarily nerves behind tissues recovered, 1/6 case recovered partly (1.3% of 76 patients) and 2/6 patients did not recover since cutting entire malignant and removing nerve (2.6% of 76 patients). Recovered percentage in the research of Pham Hoang Tuan (2007) is 100% from 3 to 24 months after surgery. The percentages were 18.36% and 24.7% in Cvetinovic's research and Han Thi Van Thanh's research (2001) respectively. Based on Mayo Clinic, 64% of patients having recurrence parotid tumors had to cut nerves during surgery and the ratio was even up to 71% in another research.

As far as we know, many cases have to sacrifice nerve VII in the surgery for patients who are recurred. The reasons are that in the first surgery all anatomy marks were disordered and the recurrence tumors develop continuously to invade other organizations.

Tumor recurrence is unexpected and is an adverse complication with high risk of sacrificing nerve VII in the 2nd surgery which affects negatively patients' both functions and physical and mental condition. Moreover, if malignant tumors recur, consequences are even worse. However, we can reduce this risk by conducting well the first surgery, from diagnosed stage to using most reasonably surgical technique. Majority of tumor recurrence will appear during two first surgical years. Our research re-checked at the point of 12 to 24 months after surgery and recognized no recurrent case. After following up 32 patients having mixed tumors in 2007, Pham Hoang Tuan also had the same results with our research. Meanwhile in Han Thi Van Thanh's research (2001), this rate was 13.8% (12/87 cases).

Mistakes or unreasonable decision in appointment of surgical technique in the 1st surgery will lead unwanted recurrent consequence. Some authors showed a significant tumor recurrence rate. In detail, they were 22.58% (14/62 cases) in Nguyen Minh Phuong's research (in 2000) with 9 cases of mixed tumors, 4 cases of malignant epithelial tumors and 1 case of malignant tumors of connective tissue; and 22.7% in the research of Han Thi Van Thanh (2001). For our research, the number of tumor recurrence were 5/76 cases accounting for 6.5%, in which 3 cases of mixed tumors, 1 case of malignant epithelial tumors and 1 case of malignant tumors of connective.

Frey syndrome were met at 13.15% in 10/76 cases in this research, and the percentages were 14.71% and 23% in the researches of Pham Hoang Tuan (2007) and of Han Thi Van Thanh (2001) respectively. Christensen researched for 10 years on 433 patients to result 50% of Frey syndrome which was the highest rate after 5 years from the surgery.

Salivary fluid leaking complications were not recognized. Han Thi Van Thanh (2001) concluded 10.7% for this rate. She supposed that in the research the number of patients required to cut tumor simply made up a considerable percent (82.75%).

CONCLUSION

By researching 76 selected patients from 13 to 78 years old, with comparison between pathological features and surgery, we have conclusion:

1. Purpose 1: Determine diagnosed value of some parotid tumors by clinical technique, ultrasound, CT and needle biopsy under the guidance of ultrasound.

1.1. Diagnosed value of clinical method: Accurate level (tumor injury): 77.55%

1.2. Diagnosed value of ultrasound: Sensitivity (benign): 27/27 = 100%; Accurate level: (27+2)/32 = 90.6%

1.3. Diagnosed value of CT: Sensitivity (benign): 64/64 = 100%; Accurate level: (64+7)/76 = 93.4%

1.5. Diagnosed value of needle biopsy under ultrasound guidance: Be consistent between biopsy and anatomy results after surgery about histopathological kinds: 32/33 cases (96.9%)

2. Purpose 2: Evaluate surgical treatment results:

59 cases get good results (77.63%); 16 cases are in average results (21.05%) and 1 case left has poor result (1.32%).

RECOMMENDATION

3. Applying ultrasound method in diagnosing parotid tumors because this technique's advantages are cheap, non X-ray, flexible in a lot of aspects and highly valuable in evaluating tumor forms as well as in suggesting benign – malignant characteristics.

4. Applying needle biopsy method under ultrasound guidance to diagnose exactly histopathological kind of tumors to make reasonable and

effectiveness treating plans.