

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH VÀ GIÁ TRỊ CỦA SIÊU ÂM, CẮT LỚP VI TÍNH CHẨN ĐOÁN U TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI

BÙI VĂN LỆNH
Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

U tuyến nước bọt mang tai (UTNBMT) chiếm khoảng 2% các khối u vùng hàm mặt. Các u tuyến chiếm tới 90%, các u không thuộc tuyến khoảng 10%, trong đó các u ác tính chiếm khoảng 20%. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm hình ảnh và tìm hiểu giá trị của siêu âm, cắt lớp vi tính trong chẩn đoán u tuyến nước bọt mang tai. **Đối tượng và phương pháp:** 31 bệnh nhân được chẩn đoán u vùng tuyến mang tai từ tháng 4 năm 2010 đến tháng 8 năm 2010. So sánh đối chiếu kết quả với phẫu thuật và giải phẫu bệnh. **Kết quả:** Các u thường thuộc tuyến, đơn độc, kích thước từ 2-4 cm, trên siêu âm thường có cấu trúc không đồng nhất, giới hạn rõ, ít tăng sinh mạch, ít xâm lấn mạch... Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) thường có tỷ trọng tổ chức không đồng nhất, ngấm thuốc cản quang khá mạnh. Siêu âm (SA) xác định tốt vị trí, số lượng u, với độ chính xác là 53,85% và 84%. Xâm lấn mạch và phát hiện hạch khu vực có độ chính xác là 64%. CLVT xác định vị trí, số lượng u, với độ chính xác là 69,57% và 90,5%. Xâm lấn mạch và phát hiện hạch khu vực có độ chính xác là 61,9% và 94,45%. **Kết luận:** Siêu âm và CLVT là hai phương pháp chẩn đoán có giá trị trong chẩn đoán u tuyến mang tai.

Từ khóa: U tuyến nước bọt mang tai, Siêu âm, Cắt lớp vi tính.

SUMMARY

Parotid Gland Tumors accounts about 2% sum of tumors of face area. In parotid gland area tumors, the tumors which belong to parotid gland accounts 90%, the tumors not belong to parotid gland accounts 10%, malignant tumors is about 20%. **Purpose:** Describe imagine features and values of ultrasonography, computed tomography in diagnostic of tumors of parotid gland. **Objects and methods:** 31 patients were diagnosed parotid gland area tumors get information from April, 2010 to August, 2010. All of imagine data were compared with operation and micro-pathology. **Results:** Locative evaluation, sonography with accuracy 53.85%, CT- scanner with accuracy 69.57%. About number of tumors, sonography with accuracy (Acc) = 84%, CT scanner with accuracy (Acc) = 90.5%. About vessel invasion, sonography with

Acc = 61.9%. About node discovery ability, CT scanner evaluate better than sonography when sonography with Acc = 64%. CT scanner with Acc = 94.45%. **Conclusions:** Sonography and CT- scanner are the first choice method in evaluation of pathology of parotid gland.

Keywords: Sonography, CT- scanner, Parotid

Gland Tumors, Malignant tumors, diagnostic.

ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến nước bọt mang tai chiếm khoảng 2% các khối u vùng hàm mặt [3]. Các u tuyến chiếm tới 90%, các u không thuộc tuyến khoảng 10%, các u ác tính chiếm khoảng 20% [7]. Siêu âm và CLVT có thể phát hiện sớm các u ngay cả khi chưa có dấu hiệu lâm sàng. Đề tài này nhằm hai mục tiêu sau:

1. **Mô tả đặc điểm hình ảnh siêu âm và cắt lớp vi tính của u tuyến nước bọt mang tai.**

2. **Giá trị của siêu âm và cắt lớp vi tính trong chẩn đoán u tuyến nước bọt mang tai.**

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu 31 bệnh nhân (với 33 u) từ 4/2010- 8/2010. 100% được phẫu thuật và có chẩn đoán giải phẫu bệnh, 30 ca được siêu âm, 26 ca CLVT, 25 trường hợp có đồng thời cả SA và CLVT.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Một số đặc điểm về tuổi, giới

Tuổi trung bình $47,03 \pm 14,65$. Nhỏ nhất 24 tuổi, lớn nhất 79 tuổi. Đa số BN gặp ở lứa tuổi từ 40 đến 60 (45,2%). Tỷ lệ nữ/nam là 1,82.

2. Đặc điểm lâm sàng

Thời gian trung bình từ khi xuất hiện triệu chứng đến khi vào viện là 47 tháng. Bệnh nhân đến sớm nhất 1 tháng, muộn nhất là 180 tháng. Các u thường không đau (67,7%). Không gặp trường hợp nào liệt mặt.

3. Đặc điểm hình ảnh và giá trị của siêu âm

Các u nằm trong tuyến chiếm 83,3% (thùy nông 46,7%, thùy nông và sâu 36,7%). Độ chính xác của siêu âm là 53,85%.

90% là u có 1 khối. Siêu âm xác định số u có độ nhạy 95,45%, giá trị dự báo dương tính là 87,5%, độ chính xác 84%.

Kích thước và ranh giới u: u từ 2 – 4 cm chiếm 60,6%, u < 2cm và > 4cm đều có tỷ lệ tương ứng là 21,2% và 18,2%. U có ranh giới rõ chiếm 60,6%, không rõ là 39,4%.

U có hình bầu dục chiếm 51,5%, thùy múi 18,2%, dạng khác 30,3%.

Cấu trúc không đồng nhất 63,3%, đồng nhất 27,3%, dịch 6,7%.

Tăng sinh mạch: U vô mạch hoặc có ít mạch máu là 87,9% u giàu mạch là 12,1%.

U không xâm lấn mạch chiếm 63,6%. Siêu âm có độ nhạy 46,15%, độ đặc hiệu 83,33%, giá trị dự báo dương tính 85,71%, giá trị dự báo âm tính 58,82%, độ chính xác 64%.

Phát hiện hạch: siêu âm có độ đặc hiệu 72,73%,

độ chính xác là 64%.

4. Đặc điểm hình ảnh và giá trị của CLVT

Vị trí u: thùy nông chiếm 48,3%, thùy nông và sâu 48,3%, không có u nào nằm ở thùy sâu. Độ chính xác của CLVT là 69,57% với $p < 0,05$.

Số lượng u: 1 u 88,5%, >2 u 11,5%. CLVT có độ nhạy 94,74%, độ đặc hiệu 50%, độ chính xác 90,5%, giá trị dự báo âm tính 50%, giá trị dự báo dương tính 94,7%.

Kích thước u: 2-4cm 65,5%, > 4cm 20,7%, và <2cm là 13,8%.

U ranh giới rõ 65,5%, không rõ 34,5%. Hình tròn và bầu dục: 58,6%.

Có 65,5% u có tỷ trọng tổ chức, dịch: 13,8%, hỗn hợp tổ chức và dịch: 20,7%, không thấy trường hợp nào có vôi hóa. Cấu trúc đồng nhất 44,8%, không đồng nhất chiếm 55,2%.

Mức độ ngấm thuốc mạnh 72,4%. Có 2 ca không ngấm thuốc (1 ca nang tuyến nước bọt, 1 ca u hỗn hợp).

Phát hiện hạch: 3/26 ca có hạch (11,5%). CLVT có độ đặc hiệu 95%, độ chính xác (Acc) 94,45%.

Đánh giá xâm lấn TM sau hàm dưới: 46,2% có xâm lấn, bao quanh hoặc đè đẩy tĩnh mạch. CLVT có độ nhạy 63,64%, độ đặc hiệu 60%, giá trị dự báo dương tính 63,64%, giá trị dự báo âm tính 60%, độ chính xác 61,9%.

BÀN LUẬN

1. Về tuổi, giới

Tuổi trung bình là $47,03 \pm 14,65$, lớp tuổi thường gặp từ 40 – 60. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như các tác giả khác [1, 3].

Khối u lành tính thường xuất hiện ở người trẻ, các u ác tính thường xuất hiện ở lứa tuổi cao hơn. Chúng tôi gặp u lành tính nhiều nhất ở lớp tuổi 20 – 40 (41,9%), u ác tính là 40 – 60 (9,7%). Theo Waldron, lớp tuổi mắc u ác tính thường cao hơn 5 - 10 năm so với u lành [10].

Tỷ lệ nam/nữ là 1/1,82, các tác giả khác có nhận xét tương tự [1, 4].

2. Đặc điểm lâm sàng

Diễn biến trung bình là 47 tháng (u lành là 47,44 tháng, u ác 44 tháng). Các u thường tiến triển chậm với triệu chứng lâm sàng nghèo nàn.

3. Về siêu âm

Siêu âm đánh giá vị trí khối u với độ chính xác đạt 53,85%. Kinh nghiệm và nhất là kiến thức giải phẫu định khu của người làm là yếu tố quan trọng. Siêu âm đánh giá số lượng khối u với độ chính xác 84%. Các u lành thường có ranh giới rõ (71,43%), tròn, bầu dục hoặc thùy mũi (23/28), 100% u ác tính có ranh giới không rõ và hình dạng bất thường, cấu trúc âm không đồng nhất. 31 bệnh nhân có 33 u (28 u lành, 5 u ác tính). Trong 28 u lành có 18/28 u không tăng sinh mạch, 6/28 u có ít mạch, 4/28 u có nhiều mạch, trong số u ác tính có 4/5 u có ít mạch. Điều này thể hiện u lành tính thường không có mạch hoặc có ít mạch trong u. Theo một số tác giả thì tăng sinh mạch không đặc trưng cho u lành hay ác tính [8, 9]. Theo Schick [8],

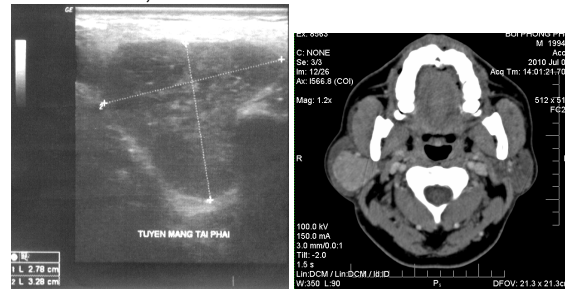
tăng sinh mạch kèm theo vận tốc đỉnh tâm thu cao (> 25cm/s) có thể nghi ngờ ác tính. Bradley [5] cho rằng những u có tăng chỉ số RI thì có nguy cơ ác tính. Nghiên cứu của chúng tôi có các u ác tính ít nên chúng tôi không đưa ra nhận xét cụ thể về đặc tính này.

4. Về CLVT

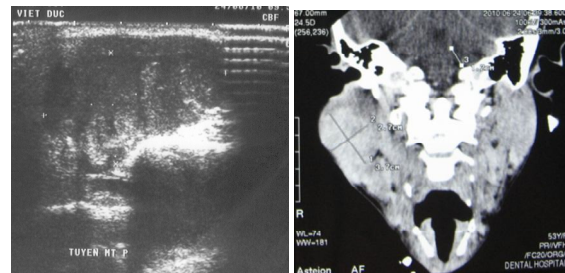
Các u nằm ở thùy nông chiếm 48,3%, u nằm ở thùy nông và sâu 48,3%, không có u nào nằm ở thùy sâu. Chúng tôi cho rằng các u phát triển từ thùy nông vào thùy sâu nên tỷ lệ u nằm ở thùy nông và sâu trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các tác giả khác. Do mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn nhỏ nên có thể không gặp u nằm ở thùy sâu. Tuy vậy kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với các tác giả khác.

Các u lành tính thường có ranh giới rõ (69,23%), ngấm thuốc mạnh (69,23%). Các u ác tính thường có ranh giới không rõ. Kết quả của chúng tôi có sự khác biệt với tỷ lệ của tác giả khác do cỡ mẫu nhỏ, tuy nhiên chúng tôi nhận thấy rằng các khối u lành tính thường có ranh giới rõ, u ác tính có ranh giới không rõ và ngấm thuốc đa dạng.

Về đánh giá xâm lấn mạch máu: CLVT có Se = 63,64%, Sp = 60%, PPV = 63,64%, NPV = 60%, Acc = 61,9%. Theo một số tác giả [2,6,9], CLVT có độ nhạy là 46,15%, độ đặc hiệu 92,31%, giá trị dự báo dương tính 66,67%, giá trị dự báo âm tính 87,72%, độ chính xác 80,77%.



Hình ảnh siêu âm và CLVT sau tiêm thuốc của u lành tính tuyến mang tai phải



Hình ảnh siêu âm và CLVT sau tiêm thuốc của ác tính tuyến mang tai phải

5. Sự phù hợp giữa hai phương pháp chẩn đoán

CLVT có khả năng đánh giá vị trí tốt hơn siêu âm với $p < 0,05$, tuy nhiên hai phương pháp này có sự phù hợp khá với hệ số Kappa = 0,73.

Cả siêu âm và CLVT đều có sự phù hợp cao trong

chẩn đoán số lượng khối u với hệ số Kappa = 1. Một số tác giả cho rằng CLVT có ưu thế hơn SA trong đánh giá các khối u nằm ở vị trí thùy sâu, chúng tôi gặp u nào ở thùy sâu nên không đưa ra bàn luận này [2].

Về xâm lấn mạch máu, CLVT đánh giá tốt hơn siêu âm với $p > 0,05$. Hai phương pháp này có sự phù hợp khá với hệ số Kappa = 0,5. Chúng tôi đánh giá xâm lấn mạch máu dựa vào các dấu hiệu gián tiếp là dấu hiệu xâm lấn tĩnh mạch sau hàm, qua đó đánh giá xâm lấn thần kinh mặt, đây cũng là một tiêu chí rất có ích cho các phẫu thuật viên đưa ra quyết định có bảo tồn được thần kinh mặt hay không. Siêu âm đánh giá tĩnh mạch sau hàm dưới dễ nhầm với các mạch máu khác khi khối u lớn đẩy tĩnh mạch sau hàm ra khỏi vị trí giải phẫu bình thường. Với ưu thế bộc lộ hình ảnh giải phẫu theo từng lát cắt ngang nên CLVT đánh giá được những vùng sâu mà SA gặp nhiều khó khăn hơn.

Trong nghiên cứu này CLVT đánh giá hạch tốt hơn siêu âm với $p > 0,05$. SA và CLVT có sự phù hợp khá với hệ số Kappa = 0,46. Cũng giống như trong đánh giá xâm lấn mạch máu, CLVT đánh giá được những hạch nằm ở sâu mà SA hạn chế đánh giá.

6. Đánh giá u lành và u ác tính

Đánh giá u lành và u ác, siêu âm có Se = 92,31%, Sp = 50%, PPV = 92,31%, NPV = 50%, Acc = 86,67%. Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với một số tác giả khác [6,7]. CLVT có Se = 100%, Sp = 33,33%, PPV = 92%, Acc = 92,31%. Kết quả này có sự khác biệt so với các tác giả khác [6, 7] do mẫu nghiên cứu của chúng tôi nhỏ, số lượng u ác tính ít.

KẾT LUẬN

1. Các u tuyến nước bọt mang tai thường gặp ở thùy nông, chủ yếu là u đơn độc. Các u lành thường có ranh giới rõ. Một số tính chất như cấu trúc âm, tăng sinh mạch, mật độ, mức độ ngấm thuốc của khối u không đặc trưng cho tính chất lành tính hay ác tính.

2. Siêu đánh giá vị trí có độ chính xác là 53,85%, CLVT: 69,57% với $p < 0,05$. Về số lượng u thì siêu âm có độ nhạy 95,45%, giá trị dự báo dương tính 87,5%, độ chính xác 84%, CLVT có độ nhạy 94,74%, độ đặc hiệu 50%, độ chính xác 90,5%, giá trị dự báo âm tính

50%, giá trị dự báo dương tính 94,7%. Siêu âm và CLVT có giá trị tương đương nhau khi đánh giá xâm lấn mạch máu khi mà siêu âm có độ nhạy 46,15%, độ đặc hiệu 83,33%, độ chính xác 64%. CLVT có độ nhạy 63,64%, độ đặc hiệu 60%, độ chính xác 61,9%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Minh Phương (2000), "Chụp tuyến có cản quang đối chiếu giải phẫu bệnh trong chẩn đoán và điều trị u tuyến nước bọt mang tai". *Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú các bệnh viện chuyên ngành răng hàm mặt*. Trường Đại học Y Hà nội, Hà nội.
2. Đinh Xuân Thành (2005), "Nhận xét hình ảnh cắt lớp vi tính u tuyến nước bọt mang tai", *Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ chuyên ngành Răng hàm mặt*, 2005.
3. Nguyễn Gia Thức (2005), "Nghiên cứu một số khối u thường gặp vùng tuyến nước bọt mang tai", *Y học thực hành - số 10/2005*: p. 74-76 4
4. Lehmann W (1996), "Tumors de la glandes parotide", *O.R.L, Ellipse*, pp. 37 – 38.
5. Bradley MJ, Durham LH, Lancer JM (2000), "The role of colour flow Doppler in the investigation of the salivary gland tumour", *Clin Radiol* 2000;55: p 759 – 762.
6. Claudia Rudack et al (2007), "Neither MRI, CT nor US is superior to diagnose tumors in the salivary glands – an extended case study", *Head & Face Medicine* 2007, 3:19, p 1 – 8.
7. Mann W, Wachter W(1988), "Sonography of the salivary glands", *Laryngol Rhinol Otol* 67: p197 – 201.
8. Schick S, Steiner E, Gahleitner A, et al (1998), "Differentiation of benign and malignant tumors of the parotid gland: value of pulsed Doppler and color Doppler sonography", *Eur Radiol* 1998;8: p1462 – 1467
9. Sumi M et al (2001), "Comparison of sonography and CT for differentiating benign from malignant cervical lymph nodes in patients with head and neck squamous cell carcinomas", *Am J Roentgen* 2001;176: p1019–1024.
10. Waldron C.A (1990), "Salivary Gland", Face, lip, tongue, teeth, oral soft tissues, Jaw, Salivary Gland and Neck (chap 23). *In Anderson's Pathology, 9th, The C.V. Mosby company, Vol 2*, p 1095 – 1141.