

DOI: 10.59715/pntjmp.1.4.21

Giá trị các đặc điểm siêu âm trong phân biệt bướu tuyến mang tai lành tính và ác tính

Phan Thị Thùy Dương^{1,3}, Trần Minh Hoàng², Huỳnh Thị Đỗ Quyên³, Bùi Thị Thanh Trúc³

¹Bộ môn Chẩn đoán hình ảnh, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bộ môn Chẩn đoán hình ảnh, Trường Đại học Y Dược Thành Thành phố Hồ Chí Minh

³Bệnh viện Ung Bướu, Thành phố Hồ Chí Minh

Tóm tắt

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định giá trị từng đặc điểm siêu âm trong phân biệt bướu tuyến mang tai lành tính và ác tính.

Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu cắt ngang hồi cứu. Từ 09/2021 đến hết 08/2022, hồi cứu trên 171 bệnh nhân với 178 bướu tuyến mang tai có kết quả siêu âm và được điều trị bằng phẫu thuật tại bệnh viện Ung Bướu. Các đặc điểm siêu âm được ghi nhận bao gồm: kích thước bướu, vị trí bướu, vị trí bướu trong tuyến mang tai, đường bờ, giới hạn, độ hồi âm, cấu trúc, vôi hoá, xâm lấn, tăng sinh mạch máu.

Kết quả: Tuổi mắc bệnh trung bình nhóm bướu lành là 51 tuổi, nhóm bướu ác là 54 tuổi. Tỷ số nam: nữ ở nhóm bướu lành là 1,6, ở nhóm bướu ác là 1,3. Giải phẫu bệnh cuối cùng cho kết quả bướu tuyến mang tai lành tính là 150 ca (84,3%), bướu ác tính là 28 ca (15,7%). Bướu tuyến mang tai lành tính chiếm nhiều nhất là bướu Warthin. Bướu tuyến mang tai ác tính chiếm nhiều nhất là carcinoma nhầy bì. Các đặc điểm: đường bờ không đều, giới hạn không rõ, xâm lấn xung quanh và tăng sinh mạch máu gợi ý bướu ác tính. Đặc điểm đường bờ đều và đường bờ đa cung giúp gợi ý bướu lành tính. Tuy nhiên độ nhạy của các đặc điểm này không cao, < 60%. Các đặc điểm siêu âm khác không có giá trị trong phân biệt bướu lành và bướu ác. Bướu Warthin - bướu lành tính thường gặp nhất, cũng có một số đặc điểm đặc trưng. Tàn suất nam mắc bướu Warthin cao hơn nữ (9:1), tuổi trung bình mắc bệnh là 60 tuổi - cao hơn các bướu còn lại. Các đặc điểm siêu âm gợi ý bướu Warthin là: bướu hai bên, đa bướu và có hồi âm hỗn hợp - có những nang nhỏ trong bướu.

Kết luận: Siêu âm là phương pháp hữu ích để đánh giá, gợi ý phân biệt bướu tuyến mang tai lành tính và ác tính. Bướu Warthin - bướu lành tính thường gặp nhất cũng có một số đặc điểm siêu âm đặc trưng.

Từ khóa: Siêu âm, bướu tuyến mang tai, bướu Warthin.

Abstract

The value of sonographic characteristics in the differential diagnosis of benign and malignant parotid tumors

Objectives: The aim of this study was to investigate the value of sonographic characteristics in the identification of benign and malignant parotid tumors

Methods: We retrospectively evaluated the sonographic features of 171 patients with 178 parotid gland tumors undergoing ultrasound and surgery at Oncology hospital between September 2021 and September 2022. The features studied: tumor size, tumor side, tumor location, border, margin definition, echogenicity, echotexture, calcification, invasion, distribution of vascularization.

Results: The average age of patient in benign and malignant parotid tumors were 51 and 53, respectively. The male - to - female ratio was 1.6 in benign tumor cases and was 1.3 in malignant tumor cases. The final pathological diagnosis of 178 parotid

Ngày nhận bài:

20/8/2022

Ngày phân biện:

20/9/2022

Ngày đăng bài:

20/10/2022

Tác giả liên hệ:

Phan Thị Thùy Dương

Email: pttthuyduong95@gmail.com

ĐT: 0904574526

tumors resulted in 150 benign tumors (84.3%) and 28 malignant tumors (15.7%). The most common benign parotid tumor was Warthin's tumor and the most frequent malignant tumor was mucoepidermoid carcinoma. Irregular border, poor defined margin, surrounding invasion, high vascularization suggested probably malignant tumors. Regular or lobulated borders suggested probably benign tumors. However, the sensitivity of these sonographic characteristics were not high, lower than 60%. Other characteristics were not the criteria for the differential diagnosis of benign and malignant parotid tumors. In the case of Warthin's tumor, more males were recorded to get the disease than females, with the ratio was 9:1 and the average age of getting this type was 60 - older than that other parotid tumors. The characteristic sonographic features suggesting Warthin's tumor were multiple or bilateral tumors and internal anechoic cystic components (mixed echogenicity).

Conclusions: Sonography is a useful method for evaluating and suggesting distinguishing benign from malignant parotid tumors. Warthin's tumor, which was the most common benign parotid tumor, exhibited particular sonographic features.

Keywords: Sonography, parotid tumors, Warthin's tumor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bướu tuyến nước bọt là bệnh lý không thường gặp, chiếm khoảng 3 - 6% tất cả các bướu vùng đầu mặt cổ, tần suất mắc bệnh khoảng 5,5/100.000 dân trong đó 0,9/100.000 là ác tính [1, 2]. Khoảng 80% bướu tuyến nước bọt nằm ở tuyến mang tai, trong đó 80% là lành tính và nằm ở thùy nông của tuyến [3, 4].

Bướu tuyến mang tai lành tính và ác tính được chẩn đoán xác định bằng kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật. Tuy nhiên, phương pháp phẫu thuật và kế hoạch điều trị bướu tuyến mang tai khác nhau phụ thuộc vào bướu lành tính hay ác tính, vị trí, kích thước bướu, giai đoạn của bướu,... Do đó các phương tiện chẩn đoán hình ảnh ít xâm lấn trước phẫu thuật rất được quan tâm để giúp bác sĩ điều trị chọn lựa phương pháp phẫu thuật, kế hoạch điều trị tốt nhất cho người bệnh, hạn chế những điều trị can thiệp không cần thiết.

Siêu âm là phương pháp hình ảnh học để đánh giá ban đầu và có thể là duy nhất trước điều trị bướu tuyến mang tai vì thực hiện đơn giản, chi phí thấp, sẵn có, không phơi nhiễm tia X, có thể lặp lại nhiều lần, cung cấp thông tin khá đầy đủ cho bác sĩ lâm sàng. Đối với các bướu nằm ở thùy nông, siêu âm gần như có thể mô tả đầy đủ các tính chất của bướu. Đặc biệt, siêu âm còn hướng dẫn thực hiện FNA giúp đánh giá tế bào học bướu.

Siêu âm có nhiều giá trị trong chẩn đoán phân biệt bướu tuyến mang tai lành tính và ác tính. Tuy nhiên, một số nghiên cứu trên thế giới

và trong nước giá trị của các đặc điểm siêu âm rất thay đổi. Tại Bệnh viện Ung Bướu TP.HCM, một trong những bệnh viện đầu ngành về ung bướu, giá trị của siêu âm trong chẩn đoán phân biệt bướu tuyến mang tai lành tính và ác tính như thế nào? Những đặc điểm siêu âm nào giúp ích cho bác sĩ siêu âm chẩn đoán phân biệt bướu tuyến mang tai lành tính và ác tính? Trước những câu hỏi đó, chúng tôi mong muốn thực hiện nghiên cứu: “Giá trị các đặc điểm siêu âm trong phân biệt bướu tuyến mang tai lành tính và ác tính”. Với mục tiêu:

- Xác định giá trị các đặc điểm siêu âm trong phân biệt bướu tuyến mang tai lành tính và ác tính.

1. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang hồi cứu

Dân số và tiêu chuẩn chọn mẫu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán có bướu tuyến mang tai lần đầu tiên, có kết quả siêu âm và được điều trị bằng phẫu thuật tại BV Ung Bướu TP.HCM từ 01/09/2021 đến 01/08/2022.

Kết quả siêu âm với đầy đủ các biến số nghiên cứu được thực hiện bởi bác sĩ siêu âm ≥ 3 năm kinh nghiệm, kết quả giải phẫu bệnh sau mổ được thực hiện tại BV Ung Bướu thành phố Hồ Chí Minh.

Phương pháp thu thập số liệu

Lập danh sách bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật bướu tuyến mang tai tại BV Ung Bướu TP.HCM từ 01/09/2021 đến 01/08/2022.

Từ danh sách này, đọc hồ sơ bệnh án và chọn ra những trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu. Kết quả siêu âm được đọc tại Khoa Nội soi - Siêu âm BV Ung Bướu TP. HCM. Kết quả GPB được đọc tại khoa GPB, BV Ung Bướu TP. HCM.

Quy trình thực hiện siêu âm

Sử dụng máy siêu âm GE và Siemens. Siêu âm trắng đen và màu với đầu dò linear có tần số 7,5 - 12MHz được thực hiện bởi bác sĩ có từ 3

năm kinh nghiệm trở lên làm việc tại Khoa Nội soi - Siêu âm Bệnh viện Ung Bướu.

Thu thập và xử lý số liệu

Dữ liệu thu thập sẽ được xử lý và phân tích bằng phần mềm Office 2016, SPSS 25.0. Các biến số định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ. Các biến số định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Kết quả được tổng hợp dưới dạng bảng và biểu đồ.

3. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 171 bệnh nhân với 178 bướu tuyến mang tai, trong đó có 150 bướu lành tính và 28 bướu ác tính. Sau khi đối chiếu kết quả siêu âm và giải phẫu bệnh chúng tôi có được những kết quả sau:

2.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Giới tính và tuổi

Bảng 1: Đặc điểm giới tính và tuổi

		Ác tính		Lành tính		Tổng	p
		Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ		
Giới tính	Nam	16	57,14	93	62	109	0,628
	Nữ	12	42,86	57	38	69	
	Tổng	28	100%	150	100%	178	
Tuổi	Trung bình	51,15		53,68		51,18	0,422
	Nhỏ nhất	18		20		18	
	Lớn nhất	75		84		84	

Trong nhóm bướu ác tính có 16 ca (57,14%) là nam, 12 ca (42,86%) là nữ. Trong nhóm bướu lành tính có 93 ca (62%) là nam, 57 ca (38%) là nữ. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê phân biệt bướu lành tính và ác tính, $p = 0,628 (> 0,05)$.

Tuổi trung bình của bướu lành tính là 51 tuổi, bướu ác tính là 54 tuổi. Sự khác biệt về tuổi không có ý nghĩa thống kê trong phân biệt bướu lành tính và ác tính, $p = 0,422 (> 0,05)$

Giải phẫu bệnh học

Bảng 2: Đặc điểm giải phẫu bướu tuyến mang tai

Kết quả giải phẫu bệnh		Số ca	Tỷ lệ trong từng nhóm (%)	Tỷ lệ chung (%)
Lành tính	Bướu Warthin	69	46	38,8
	Bướu hỗn hợp	68	45,4	38,2
	Bướu tuyến tế bào đáy	8	5,3	4,5
	Bướu phòng bào	2	1,3	1,1
	Tổn thương Lympho biểu mô	2	1,3	1,1
	Bướu tế bào cơ biểu mô	1	0,7	0,6

Kết quả giải phẫu bệnh		Số ca	Tỷ lệ trong từng nhóm (%)	Tỷ lệ chung (%)
Tổng		150	100%	84,3%
Ác tính	Carcinoma nhầy bì	12	42,9	6,7
	Carcinoma tế bào túi tuyến	7	25	3,9
	Carcinoma tuyến không đặc hiệu	2	7,1	1,1
	Carcinoma biểu mô cơ biểu mô	2	7,1	1,1
	Carcinoma bọc dạng tuyến	2	7,1	1,1
	Carcinoma không biệt hóa	1	3,6	0,6
	Carcinoma phồng bào	1	3,6	0,6
	Carcinoma tế bào gai	1	3,6	0,6
Tổng		28	100%	15,7%
Tổng chung		178		100%

Trong tổng số 178 trường hợp bướu có 150 bướu lành tính (84,3%) và 28 bướu ác tính (15,7%). Hai loại bướu lành tính thường gặp nhất là bướu Warthin và bướu hỗn hợp. Bướu warthin chiếm nhiều nhất 69 ca (46%), tiếp theo là bướu hỗn hợp 68 ca (45,3%).

2.2. Đặc điểm siêu âm bướu tuyến mang tai lành tính và ác tính

Các đặc điểm siêu âm có giá trị phân biệt bướu lành và bướu ác

Bảng 3: Các đặc điểm siêu âm có giá trị phân biệt bướu lành và bướu ác

Đặc điểm		Ác tính		Lành tính		Tổng		p	OR
		Số ca	Tỷ lệ	Số ca	Tỷ lệ	Số ca	Tỷ lệ		
Đường bờ	Đều	7	25	74	49,33	81	45,51	0,02	0,34
	Đa cung	8	28,57	75	50	83	46,63	0,04	0,04
	Không đều	13	46,43	1	0,67	14	7,86	< 0,001	125
Giới hạn	Không rõ	7	25	5	3,33	12	6,74	0,001	9,71
	Rõ	21	75	145	96,67	166	93,26		
Xâm lấn	Có	6	21,43	0	0	6	3,37	< 0,001	
	Không	22	78,57	150	100	172	96,63		
Mạch máu (+)	Có	5	17,86	8	5,33	13	7,3	0,035	3,86
	Không	23	82,14	142	94,67	165	92,7		
Tổng		28	100%	150	100%	178	100%		

Đường bờ

Các đặc điểm đường bờ có giá trị trong phân biệt bướu lành tính và bướu ác tính, $p < 0,05$:

- Đường bờ đều: $p = 0,02$ (OR = 0,34)
- Đường bờ đa cung: $p = 0,04$ (OR = 0,4)
- Đường bờ không đều: $p < 0,001$ (OR = 125)

Hình ảnh đường bờ đều hay đa cung khả năng nghĩ đến bướu lành tính nhiều hơn. Đường bờ không đều nghĩ đến bướu ác tính nhiều hơn với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là: 46,43% và 99,33%.

Giới hạn

Theo kết quả thu thập được bướu giới hạn không rõ có 12 ca, trong đó bướu ác tính chiếm 7 ca, bướu lành tính có 5 ca. Trong 166 ca có giới hạn rõ, bướu ác tính chiếm 21 ca, bướu lành tính có 145 ca. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p = 0,001 (< 0,05)$, OR = 9,71, độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 25% và 96,67%.

Xâm lấn xung quanh

Đa phần bướu tuyến mang tai không xâm lấn mô xung quanh 96,07% (171 ca). Trong 7 ca có xâm lấn xung quanh bướu lành có 1 ca, bướu ác có 6 ca. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, $p < 0,001$, OR = 40,64 với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 21,43% và 99,33%.

Tăng sinh mạch máu

Phần lớn bướu tuyến mang tai không có tăng sinh mạch máu chiếm 92,7% (165 ca). Bướu lành tính có 8 ca có hình ảnh tăng sinh mạch máu và bướu ác tính có 5 ca. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, $p = 0,035$, OR = 3,86 với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 17,86% và 94,67%.

Các đặc điểm siêu âm khác**Bảng 4:** Mối liên hệ đặc điểm tăng sinh mạch máu với giải phẫu bệnh

Đặc điểm		Ác tính		Lành tính		Tổng		P
		Số ca	Tỷ lệ	Số ca	Tỷ lệ	Số ca	Tỷ lệ	
Cấu trúc	Đồng nhất	2	7,14	28	18,67	30	16,85	0,135
	Không đồng nhất	26	92,86	122	81,33	148	83,15	
Số lượng bướu	Đơn độc	27	96,43	133	88,67	160	89,89	0,211
	Đa bướu	1	3,57	17	11,33	18	10,11	
Hồi âm	Hỗn hợp	9	32,14	35	23,33	44	24,72	0,321
	Kém	19	67,86	115	76,67	134	75,28	
Vôi hóa	Có	1	3,57	2	1,33	3	1,69	0,403
	Không có	27	96,43	148	98,67	175	98,31	
Vị trí bướu trong tuyến	Thùy nông	27	96,43	149	99,33	176	98,88	0,062
	Thùy sâu	0	0	1	0,67	1	0,56	
	Hai thùy	1	3,57	0	0	1	0,56	
Vị trí	Trái	12	42,86	70	46,66	82	46,07	0,255
	Phải	15	53,57	61	40,67	76	42,7	
	Hai bên	1	3,57	19	12,67	20	11,23	
Nhóm kích thước	≤ 20 mm	8	28,57	32	21,33	40	22,47	0,701
	> 20 và ≤ 40 mm	14	50	82	54,67	96	53,93	
	> 40 mm	6	21,43	36	24	42	23,6	
Tổng		28	100%	150	100%	178	100%	

Các đặc điểm siêu âm về cấu trúc, số lượng bướu mỗi bên, độ hồi âm, vôi hoá, vị trí, vị trí bướu trong tuyến mang tai và kích thước bướu không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giúp phân biệt bướu lành tính và ác tính ($p > 0,05$).

2.3. Đặc điểm bướu Warthin

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hai loại bướu lành tính chiếm nhiều nhất là bướu Warthin và

bướu hỗn hợp, với số ca lần lượt là 69 ca và 68 ca. Sau khi phân tích, chúng tôi ghi nhận bướu Warthin có một số đặc điểm đặc trưng so với những loại bướu tuyến mang tai còn lại.

Bảng 5: Một số đặc điểm đặc trưng của bướu Warthin

Đặc điểm		Bướu Warthin		Không phải bướu Warthin		Tổng		p	OR
		Số ca	Tỷ lệ	Số ca	Tỷ lệ	Số ca	Tỷ lệ		
Giới tính	Nam	62	89,86	47	43,12	109	61,24	<0,001	11,63
	Nữ	7	10,14	62	56,88	69	38,76		
Tuổi trung bình		59,93		46,25		51,18		<0,001	
Vị trí	Hai bên	19	27,54	1	0,92	20	11,24	<0,001	41,04
	Một bên	50	72,46	108	99,08	158	88,76		
Số lượng bướu	Đa bướu	16	23,19	2	1,83	18	10,11	<0,001	16,15
	Đơn độc	53	76,81	107	98,17	160	89,89		
Độ hồi âm	Hỗn hợp	28	40,58	16	14,68	44	24,72	<0,001	3,97
	Kém	41	59,42	93	85,32	134	75,28		
Tổng		69	100%	109	100%	178	100%		

Tỷ lệ số ca nam/nữ của bướu Warthin là 62/7. Tỷ lệ số ca nam/nữ của các bướu tuyến mang tai còn lại là 47/62. Sự khác biệt tỷ lệ giới tính này có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$.

Trong nhóm bướu Warthin tuổi trung bình là 59,93 tuổi. Ở nhóm bướu còn lại tuổi trung bình là 46,25 tuổi. Sự khác biệt về tuổi bệnh nhân ở hai nhóm này có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$.

Trong nhóm bướu Warthin thì 19 ca có bướu ở hai bên, 50 ca bướu ở 1 bên. Trong nhóm bướu còn lại chỉ có 1 ca có bướu hai bên, còn lại 108 ca bướu ở 1 bên. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$.

Trong nhóm bướu Warthin thì 16 ca đa bướu, 53 ca bướu đơn độc. Trong nhóm bướu còn lại có 2 ca đa bướu, còn lại 107 ca bướu đơn độc. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$.

Nhóm bướu Warthin có 28 ca có hồi âm hỗn hợp, 41 ca hồi âm kém. Trong nhóm bướu còn lại có 16 ca có hồi âm hỗn hợp, còn lại 93 ca hồi âm kém. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$. Độ nhạy và độ đặc hiệu của độ hồi âm hỗn hợp lần lượt là 40,58% và 85,32%.

4. BÀN LUẬN

Chúng tôi tiến hành so sánh và đối chiếu kết quả nghiên cứu của này với các nghiên cứu

về siêu âm bướu tuyến mang tai trong nước và nước ngoài. Sau khi phân tích, chúng tôi có những ý kiến bàn luận như sau:

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong cả hai nhóm bướu lành tính và ác tính đều có tỷ lệ bệnh nhân nam cao hơn nữ. Kết quả này tương tự với tác giả Giang Trí Cường ở nhóm lành tính, còn ở nhóm ác tính nghiên cứu của Giang Trí Cường có tỷ lệ nữ chiếm cao hơn [5]. Theo tác giả Đinh Xuân Thành ở hai nhóm bướu lành tính và ác tính đều có tỷ lệ bệnh nhân nữ cao hơn nam [6]. Và theo kết quả phân tích của chúng tôi sự khác biệt tỷ lệ nam/nữ ở hai nhóm bướu lành tính và ác tính không có ý nghĩa thống kê.

Nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình của bướu ác là 53,68 tuổi và bướu lành là 51,15 tuổi. Nghiên cứu của tác giả Li Long-jiang cũng có tuổi trung bình bướu ác lớn hơn bướu lành, lần lượt là 45,2 tuổi và 41,4 tuổi [7]. Ngược lại hai nghiên cứu của tác giả Trần Trung Kiên và tác giả Giang Trí Cường có tuổi trung bình bướu lành lớn hơn bướu ác lần là 49,4 tuổi so với 47,7 tuổi và 51,4 tuổi so với 48,9 tuổi [5, 8]. Theo kết quả của chúng tôi sự khác biệt về tuổi không có ý nghĩa thống kê trong phân biệt bướu lành tính và ác tính, $p = 0,422$.

Trong số 178 trường hợp chúng tôi nghiên cứu có 15,7% là bướu ác tính (28 ca), 84,3% là bướu lành tính (150 ca). Nghiên cứu của tác giả Mohammed và cộng sự có tỷ lệ bướu ác tính cao hơn nghiên cứu của chúng tôi là 25,5% [9]. Một số nghiên cứu có tỷ lệ bướu ác tính thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi như của tác giả Giang Trí Cường là 15,35%, của Anna Rzepakowska là 13,8%, của S Wu là 9,5% [3, 5, 10].

Trong nhóm bướu lành bướu Warthin chiếm nhiều nhất là 46% và trong nhóm bướu ác Carcinoma nhầy bì chiếm nhiều nhất là 42,86%. Thứ tự này tương tự nghiên cứu của tác giả Giang Trí Cường [5]. Tuy nhiên, ở các nghiên cứu khác bướu lành chiếm tỷ lệ nhiều nhất là bướu hỗn hợp [8, 10 - 12]. Nhìn chung, hai bướu lành tính chiếm ưu thế nhất là bướu Warthin và bướu hỗn hợp.

3.2. Đặc điểm siêu âm bướu tuyến mang tai lành tính và ác tính

Đường bờ

Các đặc điểm đường bờ có ý nghĩa thống kê giúp định hướng phân biệt bướu lành tính và ác tính $p < 0,05$. Hình ảnh đường bờ đều hay đa cung nghĩ bướu lành tính nhiều hơn $p = 0,02$ (OR = 2,94), $p = 0,04$ (OR = 2,5). Hình ảnh đường bờ không đều nghĩ nhiều bướu ác tính, $p < 0,001$ (OR = 125). Tuy nhiên độ nhạy của các đặc điểm này không cao, do đó cần kết hợp thêm các đặc điểm khác.

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Đặng Mạnh Cường với 5/5 ca bướu ác tính đều có đường bờ không đều, không xác định [13]. Cũng theo nghiên cứu này có 23/28 (82,14%) ca lành tính có bờ tròn đều hoặc nhiều thùy và sự khác biệt về đường bờ giữa bướu lành và ác tính có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tuy nhiên theo tác giả S Wu nghiên cứu trên 189 bệnh nhân cho kết quả các dạng đường bờ trên không có ý nghĩa thống kê trong phân biệt bướu tuyến mang tai lành tính và ác tính [10].

Giới hạn

Đa số bướu lành tính có giới hạn rõ chiếm 96,67%, chỉ có 3,33% bướu có giới hạn không rõ. Với bướu ác tính tỷ lệ bướu có giới hạn không rõ cao hơn là 25%, còn lại 75% bướu có giới hạn rõ. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p = 0,001$ ($< 0,05$), OR = 9,71, độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 25% và 96,67%.

Theo tác giả Đặng Mạnh Cường ở nhóm bướu lành tính 71,43% có giới hạn rõ và 28,57% có giới hạn không rõ. Trong nghiên cứu này, 100% bướu ác tính (5/5 ca) có giới hạn không rõ [13]. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê giúp phân biệt bướu lành tính và ác tính, phù hợp nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của tác giả Giang Trí Cường cũng có kết quả tương tự với giới hạn không rõ trong nhóm bướu ác chiếm 27,3% và trong nhóm bướu lành chiếm 3,3% ($p < 0,001$) [5]. Tuy nhiên có một số nghiên cứu của tác giả S Wu, tác giả Bialek EJ cho kết quả hình ảnh giới hạn không rõ không có ý nghĩa giúp phân biệt bướu tuyến mang tai lành tính và ác tính [10, 14].

Xâm lấn xung quanh

Trong nghiên cứu của chúng tôi, siêu đánh giá có 6 ca có hình ảnh xâm lấn vỏ bao hay cấu trúc lân cận. Đối chiếu với kết quả giải phẫu bệnh tất cả 6 ca đều là bướu ác tính. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê giúp phân biệt bướu lành tính và ác tính, $p < 0,001$ với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 21,43% và 100%.

Tăng sinh mạch máu

Trong nghiên cứu, chúng tôi chỉ ghi nhận 8 ca có tăng sinh mạch máu, trong đó bướu ác tính chiếm 5 ca. Tỷ lệ có tăng sinh mạch máu trong nhóm bướu lành tính là 3/150 (2%), ở nhóm bướu ác tính là 5/28 (17,86%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, $p = 0,035$, OR = 3,86 với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 17,86% và 94,67%.

Nghiên cứu của tác giả Anna Rzepakowska và cộng sự cho thấy hình ảnh tăng sinh mạch máu là một đặc điểm giúp gợi ý bướu tuyến mang tai ác tính [3]. Nghiên cứu của Schick và cộng sự, Bradley cho rằng tăng phân bố mạch máu làm tăng nghi ngờ bướu ác tính [15, 16].

Theo nghiên cứu tác giả Giang Trí Cường tăng sinh mạch máu trong nhóm bướu ác tính chiếm 21,2%, trong nhóm bướu lành tính chiếm 15,4% và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,404$) [5]. Tác giả S Wu cũng đưa ra kết luận không có sự khác biệt về hình ảnh tăng sinh mạch máu giữa bướu lành tính và bướu ác tính [10].

3.3. Đặc điểm bướu Warthin

Giới tính

Trong nghiên cứu của chúng tôi bướu

Warthin có tỷ số nam/nữ là 62/7. Ở nhóm các loại bướu tuyến mang tai còn lại có tỷ số nam/nữ là 47/62. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$.

Theo nghiên cứu tác giả Xueyu Rong trên 61 bệnh nhân có bướu Warthin có đến 59 bệnh nhân nam, chỉ có 02 bệnh nhân nữ. Cũng trong nghiên cứu này nghiên cứu 70 ca bướu hỗn hợp thì tỷ số nam/nữ gần bằng nhau là 34/36 [17]. Tác giả E. Maiorano nghiên cứu 74 bệnh nhân bướu Warthin năm 2002 cũng có số bệnh nhân nam chiếm phần lớn với tỷ số nam/nữ khoảng 19/1 [18].

Tuổi

Tuổi trung bình của bệnh nhân bị bướu Warthin là 59,93 tuổi cao hơn so với nhóm bướu còn lại với tuổi trung bình là 46,25 tuổi. Sự khác biệt về tuổi ở hai nhóm này có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$

Kết quả của tác giả Xueyu Rong và cộng sự phù hợp với nghiên cứu chúng tôi với tuổi trung bình của nhóm bướu Warthin là 60 tuổi, của nhóm còn lại là 43,4 tuổi [17]. Tác giả Douglas R. Gnepp cũng ghi nhận độ tuổi trung bình của bướu Warthin là 62 tuổi, ít trường hợp nhỏ hơn 40 tuổi [19]. Theo tác giả E. Maiorano độ tuổi trung bình là 57 tuổi và độ tuổi gặp nhiều nhất là trên 60 - 70 tuổi (31%) [18]. Nhìn chung, bướu Warthin có độ tuổi mắc bệnh cao hơn nhóm bướu tuyến mang tai còn lại.

Vị trí

Tỷ lệ bị bướu ở hai bên ở nhóm Warthin là 27,54% (19 ca). Trong nhóm bướu còn lại chỉ có một trường hợp bướu hai bên, chiếm tỷ lệ 0,91%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$.

Theo tác giả Xueyu Rong 16,39% bướu Warthin bị cả hai bên, bướu hỗn hợp thì không có trường hợp nào bị hai bên [17]. Năm 2000, tác giả Piotr Zajkowski và cộng sự nghiên cứu trên 8 bệnh nhân bướu Warthin và 20 bệnh nhân bướu hỗn hợp cũng ghi nhận 2 ca có bướu hai bên là bướu Warthin [20].

Số lượng bướu

Trong nghiên cứu của chúng tôi 23,19% bướu Warthin là đa bướu, ở nhóm bướu còn lại chỉ có 1,83% là đa bướu. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Nghiên cứu của tác giả Giang Trí Cường ghi nhận được 11 ca đa bướu và kết quả giải phẫu

bệnh tất cả đều là bướu Warthin [5]. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với kết quả của tác giả E. Maiorano nghiên cứu trên 78 bướu Warthin thì có 16 trường hợp đa bướu chiếm 20,5% [18]. Tuy nhiên đặc điểm này chỉ đúng với bướu nguyên phát, bởi vì bướu hỗn hợp sau mổ bị tái phát thường gặp đa ổ nhiều hơn đơn ổ nên trong những trường hợp này đặc điểm bướu đa ổ không giúp gợi ý bướu Warthin [20].

Một giả thuyết cho rằng đặc điểm thường xuất hiện đa bướu của bướu Warthin có liên quan đến nguồn gốc phôi thai học. Trong những giai đoạn đầu hình thành tuyến mang tai, bên trong tuyến không có sự ngăn cách giữa thành phần biểu mô và mô lympho. Các khối bướu Warthin sẽ phát sinh mô tuyến mang tai dị hình bên trong các hạch bạch huyết mang tai. Phần lớn các bướu Warthin sẽ nằm ở đỉnh tuyến mang tai vì có nhiều hạch bạch huyết trong vùng này [17].

Độ hồi âm

Kết quả chúng tôi phân tích cho thấy 40,58% bướu Warthin có độ hồi âm hỗn hợp (có thành phần nang bên trong). Trong nhóm bướu còn lại có 16/109 ca 14,68% có độ hồi âm hỗn hợp. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Hình ảnh nang bên trong bướu trên siêu âm là một đặc điểm gợi ý bướu Warthin với độ nhạy và độ đặc hiệu của đặc điểm này lần lượt là 40,58% và 85,32%.

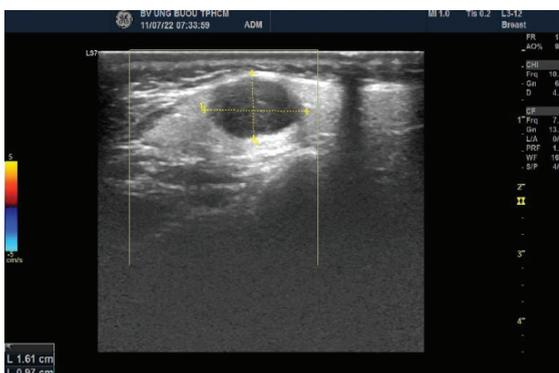
Tác giả Xueyu Rong năm 2013 nghiên cứu trên 77 bướu hỗn hợp và 93 bướu Warthin có kết quả 45,2% bướu Warthin có thành phần nang bên trong so với 20,8% của bướu hỗn hợp. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,005$ [17]. Tác giả Piotr Zajkowski và cộng sự cũng ghi nhận 54,5% bướu Warthin có hình ảnh nang bên trong [20].

Hình ảnh nang bên trong bướu Warthin có thể phản ánh đặc điểm mô học là “lớp biểu mô tạo ra các khoảng phân nhánh, nang hoặc khe hở” hoặc tương ứng với thoái hoá nang hoặc hoại tử khu trú [17, 20]. Theo tác giả Xueyu Rong các nang trong bướu Warthin thường có kích thước nhỏ và bờ đều. Trong nghiên cứu này tác giả ghi nhận nang trong bướu Warthin có kích thước $< 5\text{mm}$ chiếm 85,7%, trong khi đó những ca bướu hỗn hợp có nang đường kính $\geq 5\text{mm}$ chiếm 81,2%. Cũng theo tác giả này,

xuất huyết hóa nang ở bướu hỗn hợp thường thấy ở bướu lớn (> 3cm) và đã tồn tại lâu. Độ nhạy và độ đặc hiệu của vùng hoá nang cho bướu Warthin theo nghiên cứu này cao hơn so với nghiên cứu chúng tôi lần lượt là 46,4% và 100%. Độ nhạy thấp có thể do kích thước nhỏ của những vùng nang đó (< 2mm), vì vậy khó xác định trên siêu âm [17].



Hình 1: Bướu Warthin tuyến mang tai trái có thành phần nang trên siêu âm (BN Trương Văn Đ.)



Hình 2: Hình ảnh siêu âm một bướu hỗn hợp tuyến mang tai trái (BN Nguyễn Thị Thanh T.)



Hình 3: Hình ảnh siêu âm bướu ác tính tuyến mang tai phải (Carcinoma nhầy bì) (BN Trần Quốc C.)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. M. Gontarz, J. Bargiel, K. Gasiorowski et al. (2021), “Epidemiology of Primary Epithelial Salivary Gland Tumors in Southern Poland-A 26-Year, Clinicopathologic, Retrospective Analysis”, J Clin Med. 10(8).DOI: 10.3390/jcm10081663.
2. J. A. Pinkston, P. Cole (1999), “Incidence rates of salivary gland tumors: results from a population-based study”, Otolaryngol Head Neck Surg. 120(6), tr. 834-40. DOI: 10.1016/S0194-5998(99)70323-2.
3. A. Rzepakowska, E. Osuch-Wojcikiewicz, M. Sobolat et al. (2017), “The differential diagnosis of parotid gland tumors with high-resolution ultrasound in otolaryngological practice”, Eur Arch Otorhinolaryngol. 274(8), tr. 3231-3240. DOI: 10.1007/s00405-017-4636-2.
4. P. J. Bradley, M. McGurk (2013), “Incidence of salivary gland neoplasms in a defined UK population”, Br J Oral Maxillofac Surg. 51(5), tr. 399-403. DOI: 10.1016/j.bjoms.2012.10.002.
5. Giang Trí Cường (2020), Chẩn đoán các bướu tuyến mang tai, Trường ĐHYK Phạm Ngọc Thạch.
6. Đinh Xuân Thành (2014), Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật u tuyến nước bọt mang tai, Luận văn Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
7. Long-jiang Li, Yi Li, Yu-ming Wen, Hua Liu, Hong-wei Zhao (2008), “Clinical analysis of salivary gland tumor cases in West China in past 50 years”, Oral Oncology. 44(2), tr. 187-192. DOI: 10.1016/j.oraloncology.2007.01.016.
8. Trần Trung Kiên (2013), Khảo sát sự tương hợp của các yếu tố chẩn đoán bướu tuyến mang tai, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học y dược Thành phố Hồ Chí Minh.
9. M. A. Musani, Z. Sohail, S. Zafar, S. Malik (2008), “Morphological pattern of parotid gland tumours”, J Coll Physicians Surg Pak. 18(5), tr. 274-7. DOI: 05.2008/JCPSP.274277.
10. S. Wu, G. Liu, R. Chen, Y. Guan (2012), “Role of ultrasound in the assessment of benignity and malignancy of parotid

- masses”, *Dentomaxillofac Radiol.* 41(2), tr. 131-5. DOI: 10.1259/dmfr/60907848.
11. Olavo Mion, Nilvano Andrade (2009), “Rhinologists: Who are we?”, *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology.* 75(4). DOI: 10.1016/s1808-8694(15)30482-1.
 12. C. C. Lin, M. H. Tsai, C. C. Huang et al. (2008), “Parotid tumors: a 10-year experience”, *Am J Otolaryngol.* 29(2), tr. 94-100. DOI: 10.1016/j.amjoto.2007.03.002.
 13. Đặng Mạnh Cường (2010), Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và giá trị của siêu âm, cắt lớp vi tính trong chẩn đoán u vùng tuyến nước bọt mang tai, Trường Đại học Y Hà Nội.
 14. E. J. Bialek, W. Jakubowski, G. Karpinska (2003), “Role of ultrasonography in diagnosis and differentiation of pleomorphic adenomas: work in progress”, *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 129(9), tr. 929-33. DOI: 10.1001/archotol.129.9.929.
 15. M. J. Bradley, L. H. Durham, J. M. Lancer (2000), “The role of colour flow Doppler in the investigation of the salivary gland tumour”, *Clin Radiol.* 55(10), tr. 759-62. DOI: 10.1053/crad.2000.0541.
 16. S. Schick, E. Steiner, A. Gahleitner et al. (1998), “Differentiation of benign and malignant tumors of the parotid gland: value of pulsed Doppler and color Doppler sonography”, *Eur Radiol.* 8(8), tr. 1462-7. DOI: 10.1007/s003300050576.
 17. X. Rong, Q. Zhu, H. Ji, J. Li, H. Huang (2014), “Differentiation of pleomorphic adenoma and Warthin’s tumor of the parotid gland: ultrasonographic features”, *Acta Radiol.* 55(10), tr. 1203-9. DOI: 10.1177/0284185113515865.
 18. E. Maiorano, L. Lo Muzio, G. Favia, A. Piattelli (2002), “Warthin’s tumour: a study of 78 cases with emphasis on bilaterality, multifocality and association with other malignancies”, *Oral Oncol.* 38(1), tr. 35-40. DOI: 10.1016/s1368-8375(01)00019-7.
 19. Gnepp DR (2001), *Diagnostic Surgical Pathology of the Head and Neck*, W.B. Saunders.
 20. P. Zajkowski, W. Jakubowski, E. J. Bialek et al. (2000), “Pleomorphic adenoma and adenolymphoma in ultrasonography”, *Eur J Ultrasound.* 12(1), tr. 23-9. DOI: 10.1016/s0929-8266(00)00096-3.