

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình thái thần kinh VII ở bệnh nhân phẫu thuật u tuyến nước bọt mang tai

Nguyễn Văn Minh^{1*}, Trần Thị Thùy Nhiên¹

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

Tóm tắt

Đặt vấn đề: U tuyến nước bọt mang tai (UTNBMT) là bệnh lý thường gặp vùng hàm mặt. Các khối UTNBMT rất đa dạng, gây ra nhiều thách thức trong chẩn đoán và điều trị phẫu thuật. Vì vậy, khảo sát về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình thái dây thần kinh VII là rất quan trọng để phẫu thuật thành công và tránh các tổn thương thần kinh. **Mục tiêu:** Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình thái thần kinh VII ở bệnh nhân (BN) u tuyến nước bọt mang tai có chỉ định phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp:** 31 BN u tuyến nước bọt mang tai đến khám tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ 05/2020 đến 03/2021 được ghi nhận đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xác định kiểu phân nhánh dây thần kinh VII trong phẫu thuật cắt u tuyến nước bọt mang tai. **Kết quả:** U tuyến nước bọt mang tai xảy ra chủ yếu ở nam giới (58,1%), tuổi mắc bệnh trung bình là $51,5 \pm 15,2$. Triệu chứng thường gặp là khối gồ vùng mang tai tiến triển chậm. Kích thước u tuyến nước bọt mang tai trên cắt lớp vi tính thường gặp từ 2 - 4 cm (61,3%) và nằm ở thùy nông (80,0%). Tất cả đều là khối u lành tính, trong đó u Whartin phổ biến nhất (38,7%). Ở tất cả 27 BN được bóc lột thần kinh mặt, dây thần kinh mặt bao gồm một thân được tách thành hai nhánh. Ở 12 BN xác định được loại phân nhánh dây thần kinh mặt, loại phân nhánh IV (41,7%) là loại phổ biến nhất được tìm thấy. **Kết luận:** Đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm tế bào học bằng kim nhỏ, chụp cắt lớp vi tính rất có giá trị trong chẩn đoán u tuyến nước bọt mang tai. Đánh giá hình thái dây thần kinh mặt giúp phòng tránh các biến chứng thần kinh xảy ra sau phẫu thuật.

Từ khóa: u tuyến nước bọt mang tai, phẫu thuật, hình thái thần kinh VII.

Abstract:

Clinical, para-clinical features and the morphology of the facial nerve in parotid gland tumor patients indicated for surgery

Nguyen Van Minh^{1*}, Tran Thi Thuy Nien¹

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

Background: Tumors of parotid gland are common of maxillofacial pathology. Parotid gland tumors show a high morphological heterogeneity and presents with diagnostic and surgical challenges. Therefore, investigation of clinical, para-clinical features of parotid gland tumor and the morphology of the facial nerve is very important for surgery and preventing the facial palsy. **Objective:** To evaluate clinical, para-clinical features and the morphology of the facial nerve in parotid salivary tumor patients indicated for surgery. **Materials and Methods:** 31 patients with parotid gland tumor who were examined at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital from May 2020 to March 2021 were recorded about clinical, paraclinical and the facial nerve branching patterns in surgical treatments of parotid tumors. **Results:** Male cases were in the majority (58.1%), the mean age of patients was 51.5 ± 12.5 . Slow progressively swelling was the common presenting complaint. Majority of the tumor size in CT scanner were between 2 and 4 cm (61.3%) and in the superficial lobe (80.0%). All are benign tumors and Whartin tumor is the most common type (38.7%). In all 27 patients were exposed the VII nerve, the facial nerve consisted of one trunk separated into two divisions. In 12 patients with identified type of facial nerve branching, type IV (41.7%) were the most common type. **Conclusion:** Clinical and para-clinical were valuable for diagnosis. Facial nerve variations assessment can prevent the consequences of facial nerve injury after parotid surgery.

Keywords: parotid gland tumor, parotidectomy, facial nerve morphology.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khối u tuyến nước bọt là khối u phức tạp và đa dạng nhất trong các cơ quan của cơ thể, chiếm 2 - 6,5% khối u vùng đầu cổ. Trong đó, khoảng 70% khối u nước bọt phát sinh từ tuyến mang tai. Khoảng 80% khối UTNBMT là lành tính, phổ biến nhất là u đa hình và u Whartin. Các khối u này đa số bắt nguồn từ thùy nông của tuyến mang tai (80%) [1].

Các khối UTNBMT gây nhiều thách thức trong chẩn đoán và điều trị, có xu hướng tái phát nếu không được cắt bỏ hoàn toàn. Vì vậy, chẩn đoán chính xác giúp lập kế hoạch phẫu thuật tốt [2], [3]. Chẩn đoán trước phẫu thuật được dựa trên lâm sàng, tế bào học (chọc hút bằng kim nhỏ) và chụp cắt lớp vi tính (CLVT). Chọc hút bằng kim nhỏ (FNA) có thể góp phần chẩn đoán xác định hoặc chẩn đoán phân biệt cho phép tư vấn trước phẫu thuật thích hợp về mức độ cắt bỏ. Ngoài ra, mức độ cắt bỏ còn cần cân nhắc đến vị trí của khối u và sự xâm lấn các cấu trúc lân cận, được đánh giá tốt nhất bằng CLVT [2], [4], [5].

Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính trong UTNBMT. Một trong những biến chứng sau phẫu thuật thường gặp nhất là liệt mặt do tổn thương các nhánh của dây thần kinh mặt. Đa số BN liệt mặt chỉ thoáng qua và thường hồi phục hoàn toàn trong 6 tháng sau phẫu thuật. Các nghiên cứu gần đây cho kết quả liệt mặt sau phẫu thuật 12 tháng chiếm 9% các trường hợp. Do vậy, xác định dây thần kinh mặt trong khi phẫu thuật u tuyến nước bọt mang tai là cần thiết để tránh tình trạng này [3], [6], [7].

Trên thế giới đã có nhiều tác giả nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng UTNBMT. Cũng đã có nhiều tác giả nghiên cứu về hình thái thần kinh VII trong phẫu thuật u tuyến nước bọt mang tai như Alomar (2021), Stankevicius (2019), Gataa (2016),... Việt nam đã có nhiều tác giả nghiên cứu về UTNBMT như Lê Văn Quang (2013), Đinh Xuân Thành (2012)... Tuy nhiên, ở nước ta chưa có nhiều nghiên cứu về hình thái dây thần kinh VII. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình thái dây thần kinh VII trong phẫu thuật cắt u tuyến nước bọt mang tai*.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

31 bệnh nhân (BN) u tuyến nước bọt mang tai điều trị phẫu thuật tại khoa Tai Mũi Họng - Mắt -

Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế trong thời gian từ tháng 05/2020 đến tháng 03/2021.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu

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

2.2.3. Các biến số nghiên cứu

2.2.3.1. Đặc điểm chung

- Giới, Tuổi.

2.2.3.2. Đánh giá đặc điểm lâm sàng

- Thời gian phát hiện khối u: < 1 năm, 1 - 5 năm, 5 - 10 năm, > 10 năm

- Triệu chứng đầu tiên xuất hiện: khối gồ vùng mang tai, đau

- Vị trí u trên lâm sàng: tuyến mang tai phải, trái.

- Tính chất khối u: mật độ, da trên u, ranh giới, di động, kích thước, hạch.

- Các triệu chứng đi kèm: khít hàm, liệt mặt.

2.2.3.3. Đánh giá đặc điểm cận lâm sàng

- Thông tin ghi nhận từ cắt lớp vi tính (CLVT):

+ Vị trí u: thùy nông, thùy sâu, toàn bộ tuyến.

+ Kích thước: < 2 cm, 2 - 4 cm, > 4 cm.

+ Cấu trúc: đồng nhất, không đồng nhất.

+ Tỷ trọng (TT): đồng tỷ trọng, tăng tỷ trọng, giảm tỷ trọng, tỷ trọng hỗn hợp.

+ Ranh giới: rõ, không

+ Xâm lấn: có, không

+ Hạch: có, không.

- Đặc điểm FNA: ghi nhận kết quả

- Mô bệnh học: Phân loại vi thể dựa vào phân loại của Tổ chức y tế thế giới (WHO) năm 2017

2.2.3.4. Đánh giá hình thái dây thần kinh VII

Nghiên cứu của chúng tôi dựa trên phân loại của Davis (1956) [10]:

- Loại I: Không có nối tiếp giữa các nhánh của dây thần kinh mặt (13%).

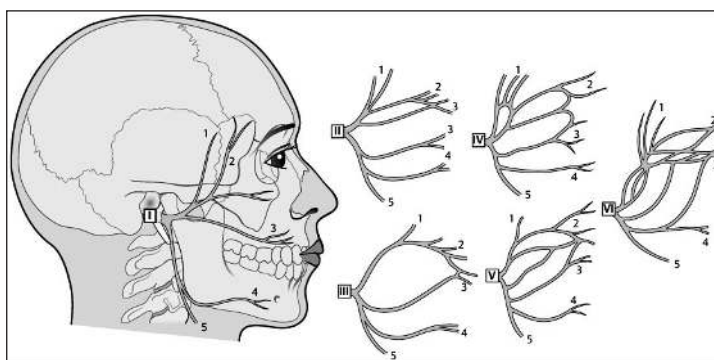
- Loại II: Sự hiện diện của một nhánh nối giữa các nhánh của nhánh thái dương-mặt (20%).

- Loại III: Một nhánh nối giữa các nhánh thái dương-mặt và nhánh cổ-mặt (28%).

- Loại IV: Là sự kết hợp của loại II & III (24%).

- Loại V: Hai nhánh nối từ nhánh cổ-mặt đến nối tiếp với nhánh thái dương-mặt (9%).

- Loại VI: Sắp xếp dạng đám rối, nhánh bờ hàm dưới chia nhánh tới nối với bất kì nhánh nào của nhánh thái dương-mặt (6%).



Hình 1. Hình thái dây thần kinh VII theo Davis (1956)

2.3. Xử lý số liệu và phân tích thống kê

Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để phân tích và xử lý số liệu.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm tuổi, giới của nghiên cứu

Nhóm tuổi \ Giới	Nam		Nữ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
21 - 40	6	33,3	4	30,8	10	32,3
41 - 60	5	27,8	6	46,2	11	35,5
> 60	7	38,9	3	23,1	10	32,3
Tổng	18	100,0	13	100,0	31	100,0

Nhận xét:

Nghiên cứu trên 31 bệnh nhân, trong đó có 18 nam (58,1%) và 13 nữ (41,9%). Nhóm tuổi thường gặp nhất là 41 - 60 tuổi chiếm 35,5. Tuổi trung bình là $51,5 \pm 15,2$ tuổi, tuổi thấp nhất là 21 tuổi, cao nhất là 71 tuổi.

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

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

	Đặc điểm	Số lượng	%
Triệu chứng	Khối gồ	30	96,8
	Khối gồ và đau	1	3,2
Thời gian phát hiện triệu chứng	< 1 năm	16	51,6
	1 - 5 năm	9	29,0
	6 - 10 năm	4	12,9
	> 10 năm	2	6,5
Vị trí	Phải	10	32,3
	Trái	21	67,7
Mật độ	Chắc	25	80,6
	Mềm	6	19,4
Da trên u	Bình thường	30	96,8
	Thâm nhiễm	1	3,2

Kích thước	< 2 cm	7	22,6
	1 - 4 cm	19	61,3
	> 4 cm	5	16,1
Ranh giới	Rõ	30	96,8
	Không	1	3,2
Di động	Dễ	18	51,8
	Ít	10	32,3
	Không	3	9,7

Nhận xét:

- Triệu chứng xuất hiện đầu tiên để BN đi khám là khối gồ vùng tuyến (100,0%), trong đó 1 BN có kèm theo triệu chứng đau vùng tuyến mang tai (3,2%).
- Đối với UTNBMT phần lớn BN đến khám dưới 1 năm (51,6%), từ 1 - 5 năm (29,0%), từ 6 - 10 năm (12,9%) và sau 10 năm (3,2%). BN đến sớm nhất sau 1 tháng, đến muộn nhất sau 15 năm.
- Về vị trí, tỷ lệ phân bố bên trái và bên phải UTBNMT lần lượt là 67,7% và 32,3%.
- Mật độ chắc chiếm ưu thế, mật độ chắc chiếm 80,6%, mật độ mềm chiếm tỷ lệ 19,4%.
- 96,8% BN da trên u bình thường, có 1 trường hợp BN có da trên u có lỗ dò (3,2%).
- Về kích thước, UTNBMT hay gặp nhất là nhóm 2 - 4 cm chiếm tỷ lệ 61,3%.
- UTNBMT có ranh giới rõ chiếm 96,8%, 1 BN ranh giới không rõ chiếm 3,2%.
- Phần lớn các trường hợp UTNBMT di động dễ chiếm tỷ lệ 51,8%.

Bảng 3. Đặc điểm mô bệnh học u tuyến nước bọt

Mô bệnh học	Số lượng	%
U đa hình	6	19,4
U Whartin	12	38,7
U tuyến nang	3	9,7
U tuyến lympho chứa tế bào bã	1	3,2
U tuyến lympho không chứa tế bào bã	2	6,5
Các UBMLT khác không điển hình	7	22,6

Nhận xét:

- Trong nhóm UBMLT thì u Whartin gặp nhiều nhất chiếm tỷ lệ 38,7%, sau đó là u đa hình (19,4%).

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

	Đặc điểm	Số lượng	%
Vị trí	Thùy sâu	2	6,7
	Thùy nông	24	80,0
	Toàn bộ tuyến	4	13,3
Kích thước	< 2 cm	8	26,7
	2 - 4 cm	17	56,7
	> 4 cm	5	16,7
Cấu trúc	Đồng nhất	13	43,3
	Không đồng nhất	17	56,7
Tỷ trọng (TT)	Tăng TT	10	33,3
	Giảm TT	8	26,7
	Đồng TT	9	30,0
	Hỗn hợp	3	10,0

Ranh giới	Rõ	26	86,7
	Không rõ	4	13,3
Xâm lấn	Có	0	0
	Không	30	100

Nhận xét:

- Trong 31 BN thì có 1 trường hợp không chụp cắt lớp vi tính vì đã được chụp MRI trước đó.
- UTNBMT nằm ở thùy nông chiếm tỷ lệ 80,0%, thùy sâu chiếm 6,7% và u nằm ở cả hai thùy chiếm 13,3%.
- Kích thước khối UTNBMT hay gặp nhất là 2 - 4 cm chiếm tỷ lệ 56,7%, tiếp theo là nhóm dưới 2 cm chiếm 26,7%, còn lại nhóm trên 4 cm chiếm 16,7%.
- Hơn một nửa số trường hợp UTNBMT có cấu trúc không đồng nhất chiếm 56,7%.
- Tăng tỷ trọng hợp chiếm tỷ lệ lớn nhất ở UTNBMT (33,3%).
- UTNBMT có ranh giới rõ là 86,7%.

Bảng 5. Sự phù hợp giữa chẩn đoán của FNA và MBH

Nhóm bệnh	Phân biệt UBMLT-UBMAT		Típ mô bệnh học	
	n	%	n	%
Sự phù hợp				
Phù hợp	31	100	20	64,5
Không phù hợp	0	0	11	35,5
Tổng	31	100	31	100

Nhận xét:

- Sự phù hợp giữa FNA và MBH trong chẩn đoán bản chất u lành hay ác đạt 100%.
- Có 20 trường hợp UBMLT làm FNA trước phẫu thuật phù hợp với kết quả MBH sau phẫu thuật, độ chính xác là 64,5%.

3.3. Hình thái dây thần kinh VII

Bảng 6. Phân loại các thể phân nhánh dây thần kinh VII

Loại phân nhánh	Type I	Type II	Type III	Type IV	Type V	Type VI	Tổng
N	3	3	0	5	0	1	12
%	25,0	25,0	0	41,7	0	8,3	100

Nhận xét:

- Ở tất cả 31 trường hợp phẫu thuật, có 27 trường hợp sau khi bóc u có bộc lộ một phần thân chính dây thần kinh VII, ở tất cả trường hợp này dây thần kinh VII gồm một thân chính chia làm 2 nhánh.
- Trong đó, có 12 trường hợp được thực hiện dưới phương pháp cắt u và thùy nông hoặc toàn bộ tuyến bộc lộ dây thần kinh VII. Ở 12 BN này xác định được loại phân nhánh dây thần kinh mặt, loại IV (41,7%) là loại phổ biến nhất được tìm thấy, sau đó đến loại I và loại II chiếm 25% trong khi loại III,V không thấy trong nghiên cứu.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 18 BN nam chiếm tỷ lệ 58,1% và 13 BN nữ chiếm tỷ lệ 41,9%. Tỷ lệ ở nam cao hơn ở nữ tương tự nghiên cứu của Hàn Thị Vân Thanh (2001), Đinh Xuân Thành (2010) với tỷ lệ nam lần lượt là 55,0% và 61,0%. Tỷ lệ nam: nữ = 1,4 tương đồng với kết quả nghiên cứu của Khalig (2017) [8], [9], [10]. Một số nghiên cứu khác có tỷ lệ nữ cao hơn nam như Lê Văn Quang (2013) với tỷ lệ nữ là 59,4%. Nghiên cứu của Reinheimer (2019) và cs với tỷ lệ nữ là 51,4%. Có thể thấy tỷ lệ về giới khác nhau giữa các nghiên cứu, điều này có thể do

sự khác biệt về cỡ mẫu của từng nghiên cứu [11]. Theo tác giả Khanam (2016), nguyên nhân của u tuyến nước bọt chưa rõ ràng nhưng các yếu tố như nghiện rượu, nghiện thuốc lá, xạ trị, hoá trị, thiếu vitamin và công nhân các ngành công nghiệp nặng đóng vai trò quan trọng [12].

Trong 31 BN tham gia nghiên cứu, BN nhỏ tuổi nhất là 21 tuổi và lớn nhất là 71 tuổi, tuổi trung bình là 51,5 tuổi. Kết quả của nghiên cứu tương tự tác giả Lê Văn Quang (2013) với tuổi trung bình là 53,4 tuổi, nhỏ nhất là 15 tuổi và cao nhất là 84 tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm tuổi thường gặp nhất là 41 - 60 tuổi chiếm 35,5%, sau đó là 2 nhóm

21 - 40 tuổi và > 60 tuổi cũng thường gặp tương đương với tỉ lệ bằng nhau là 32,3%. Nghiên cứu của Lê Văn Quang (2013) trên 95 trường hợp ghi nhận nhóm tuổi hay gặp nhất là 41 - 60 tuổi chiếm tỷ lệ 49,5% [13].

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

4.2.1. Đặc điểm lâm sàng

Chúng tôi nhận thấy việc khám lâm sàng đóng vai trò quan trọng. Triệu chứng thường gặp của u tuyến nước bọt mang tai là một khối u nằm ở cực dưới tuyến mang tai, có kích thước hay gặp nhất là 2 - 4 cm (56,7%), thường không có triệu chứng lâm sàng nào khác, chúng tôi chỉ gặp 1 trường hợp BN có triệu chứng đau kèm theo khối u chiếm tỷ lệ 3,2%. Kết quả này của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của Hàn Thị Vân Thanh trên 150 BN cho thấy 100% bệnh nhân UTNBMT lành tính đều có biểu hiện đầu tiên là khối u vùng mang tai và tỷ lệ BN có triệu chứng đau là 3,8% [8]. Các khối u tuyến mang tai thường phát triển âm thầm, ít gây đau nên triệu chứng này được ghi nhận với tỷ lệ thấp. Khối u lớn dần theo thời gian là yếu tố quyết định trong chẩn đoán. Trong nghiên cứu này, thời gian khởi bệnh hay gặp là dưới 12 tháng (51,6%) và từ 1 - 5 năm (29,0%). Thời gian khởi bệnh ngắn nhất và lâu nhất lần lượt là 1 tháng và 15 năm. Theo tác giả Lê Văn Quang, thời gian từ lúc phát hiện u đến khi vào viện ngắn nhất là dưới 1 năm và dài nhất là 12 năm [13].

UTNBMT có thể gặp ở cả hai bên phải, trái và thường không có sự khác biệt giữa hai bên. Trong 31 BN tham gia nghiên cứu, tỷ lệ UTNBMT bên phải và bên trái lần lượt là 45,2% và 54,8%. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Đinh Xuân Thành (2012) với tỷ lệ bên phải và bên trái tương ứng là 47,6% và 52,5%. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận hai trường hợp khối u ở cả hai bên, cả hai trường hợp cho kết quả mô bệnh học đều là u Warthin. Nghiên cứu của Xu và cs (2013) cho rằng 40,0% u Warthin xuất hiện ở hai bên, cao nhất so với các loại u khác [9], [14].

Khối u tuyến nước bọt có mật độ chắc chiếm 85,4%, mật độ mềm chiếm 14,6%. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Lê Văn Quang (2013) với mật độ chắc chiếm 78,9%. Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên các khối u lành tính, phần lớn có thời gian tiến triển lâu, u đặc, do đó mật độ tổn thương thường chắc [13].

Kích thước khối UTNBMT thường gặp nhóm 2 - 4 cm chiếm tỷ lệ 61,3%, nhóm dưới 2 cm và trên 4 cm chiếm tỷ lệ lần lượt là 22,6% và 16,1%. Kích thước khối u trong khoảng từ 2 - 4 cm cũng chiếm ưu thế trong nghiên cứu của Lê Văn Quang (2013) với tỷ lệ

là 74,7% [13].

Khối UTNBMT có ranh giới rõ chiếm 96,8%, kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đó của Lê Văn Quang (2013) với tỷ lệ u có ranh giới rõ là 91,6% [13].

Về độ di động, đa số các trường hợp UTNBMT di động dễ chiếm tỷ lệ 51,8%, di động ít chiếm 32,3% và không di động chỉ có 3 trường hợp chiếm 9,7%. Trong khi đó, theo nghiên cứu của Lê Văn Quang (2013) cho thấy tỷ lệ khối u di động dễ là 79,3% [13].

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

4.2.2.1. Đặc điểm giải phẫu bệnh lý

U tuyến nước bọt mang tai có hình thái giải phẫu bệnh lý rất phong phú bao gồm các loại u lành tính và ác tính loại biểu mô và mô liên kết. Tuy vậy, phần lớn các khối u tuyến nước bọt mang tai có nguồn gốc từ biểu mô. Tất cả 31 trường hợp nghiên cứu đều là UBMLT(100%). Theo Lê Văn Quang (2013), tỷ lệ UBMLT chiếm ưu thế (90,6%). Nghiên cứu của Hàn Thị Vân Thanh (2001) với tỷ lệ u lành tính là 70,6% [8], [13]. Các nghiên cứu của các tác giả ngoài nước cũng cho tỷ lệ u biểu mô lành tính chiếm ưu thế so với u biểu mô ác tính [3], [4]. Trong 31 trường hợp u tuyến nước bọt mang tai, kết quả ghi nhận tỷ lệ u Whartin chiếm ưu thế (38,7%), tiếp theo là u đa hình (19,4%) và 1 trường hợp u tế bào ưa acid (2,4%). Kết quả này phù hợp với Đinh Xuân Thành (2012) với u đa hình chiếm tỷ lệ lớn nhất, tiếp theo là u Warthin với tỷ lệ lần lượt là 47,4% và 17,1%. Các nghiên cứu nước ngoài cũng có kết luận tương tự như Comoglu (2018) với tỷ lệ u đa hình và u Warthin là 48,8%, 25,2% [9], [15].

4.2.2.2. Đặc điểm cắt lớp vi tính

CLVT rất hữu ích trong việc đánh giá vị trí u nằm trong tuyến mang tai. CLVT còn có vai trò quan trọng khi u ở thùy sâu, lan khoang cạnh hầu hoặc u nguyên phát từ khoang bên hầu.

Trong nghiên cứu, u nằm ở thùy nông chiếm tỷ lệ 80,0%, thùy sâu chiếm 6,7% và u nằm ở cả hai thùy chiếm 13,3%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Xu và cs (2013) có 60,0% UTNBMT nằm ở thùy nông, 6,7% ở thùy sâu và 33,3% gặp ở cả hai thùy. Nghiên cứu của Đinh Xuân Thành (2012) kết luận 52,5% u nằm ở thùy nông, 34,4% u nằm ở thùy sâu và 13,1% u nằm ở cả hai thùy [9], [14].

Kích thước khối u lành tính nhỏ hơn các nhóm bệnh khác trong nghiên cứu như u ác tính và khối viêm tuyến nước bọt. Chúng tôi gặp chủ yếu kích thước u từ 2 đến 4 cm chiếm 56,7%, nhóm dưới 2 cm và trên 4 cm chiếm tỷ lệ lần lượt là 26,7% và 16,7%. Điều này cho thấy tính phát triển chậm, ít gây ra triệu chứng cơ năng hay thực thể để BN đến

khám chuyên khoa.

Kết quả nghiên cứu ghi nhận hầu hết các khối UTNBMT có cấu trúc đồng nhất và cấu trúc không đồng nhất với tỷ lệ ít chênh lệch lần lượt là 43,3% và 56,7%. Nghiên cứu của Đinh Xuân Thành (2012) cho thấy cấu trúc u đồng nhất chiếm 63%. Theo Niazi và cs (2020) cho rằng khối u lành tính trên CLVT thường đồng nhất, có ranh giới rõ [9], [16].

Khối UTNBMT nhóm tăng tỷ trọng chiếm tỷ lệ cao nhất 33,3%, một tỷ lệ cũng đáng chú ý là nhóm đồng tỷ trọng chiếm 30%, giảm tỷ trọng chiếm 26,7% và cuối cùng nhóm tỷ trọng hỗn hợp chiếm 10,0%. Trong nghiên cứu của Đinh Xuân Thành (2012) với nhóm tỷ trọng hỗn hợp chiếm tỷ lệ cao nhất 39,3%, đồng tỷ trọng chiếm 36,0%. Chúng tôi cho rằng có thể gián tiếp suy ra được cấu trúc khối u qua phép đo tỷ trọng đặc biệt là đối với các trường hợp tỷ trọng hỗn hợp [9].

Đại đa số đặc điểm ranh giới u lành tính trên CLVT là rất rõ ràng, trong nghiên cứu tỷ lệ chúng tôi gặp là 86,7%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đinh Xuân Thành (2012) với 98,4% UTNBMT có ranh giới rõ và 100,0% không xâm lấn. Hầu hết các khối u lành tính không gây tổn thương tổ chức lành xung quanh do sự phát triển của khối u chèn ép. Tổ chức bị khối u căng phồng lâu ngày sẽ tổn thương nhiều nhất là cơ cắn, sau là mỡ quanh khối u, mỡ dưới da, xương [9].

4.2.2.3. Sự phù hợp giữa chẩn đoán của chọc hút tế bào bằng kim nhỏ với mô bệnh học

Trong nghiên cứu chúng tôi có tất cả 31 trường hợp đều làm xét nghiệm FNA trước phẫu thuật, nếu xét chung về chẩn đoán bản chất u lành hay ác tính thì phương pháp này đạt sự phù hợp 100%. Nếu xét về mặt chẩn đoán tip mô bệnh học thì sự phù hợp là 64,5%. Kết quả nghiên cứu của Hứa Thị Ngọc Hà, Hứa Chí Minh và Nguyễn Văn Thành là độ chính xác của xét nghiệm FNA trên u lành tính TNB là 87,6%. Nghiên cứu của Lê Văn Quang cũng cho thấy chẩn đoán FNA về bản chất u đạt tỷ lệ phù hợp là 97,6%, trong đó có 79,2% trường hợp có kết quả FNA là u hỗn hợp phù hợp với kết quả MBH sau phẫu thuật. Tỷ lệ chính xác trong mỗi nghiên cứu là khác nhau, điều này có thể do vị trí chọc kim chưa chính xác, và còn phụ thuộc vào trình độ đọc tiêu bản của bác sĩ, ngoài ra do thời gian trong mỗi nghiên cứu khác nhau nên số lượng bệnh khác nhau dẫn đến các tỷ lệ cũng có sự khác nhau. Đây là một phương pháp đơn giản và nhanh chóng, tỷ lệ xác định bản chất u lành hay ác cao (trên 80%) nên có thể áp dụng phương pháp chọc hút tế bào bằng kim nhỏ như một xét

nghiệm thường quy giúp định hướng chẩn đoán và đưa ra kế hoạch điều trị thích hợp cho BN [9], [17].

4.3.3. Hình thái dây thần kinh VII

Phẫu thuật u tuyến mang tai gây nhiều thách thức cho phẫu thuật viên do sự hiện diện của dây thần kinh VII giữa thùy nông và thùy sâu tuyến. Vì vậy, phẫu thuật viên cần phải hiểu biết về hình thái dây thần kinh VII. Xác định đường đi dây thần kinh mặt trong khi phẫu thuật cắt mang tai luôn là một nhiệm vụ khó khăn đối với phẫu thuật viên vì những thay đổi hoặc biến thể chưa biết trước trong các kiểu phân nhánh của dây thần kinh mặt.

Ở tất cả 31 trường hợp phẫu thuật, có 27 trường hợp sau khi bóc u có bộc lộ một phần thân chính dây thần kinh VII, ở tất cả trường hợp này dây thần kinh VII gồm một thân chính chia làm 2 nhánh, kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Gataa (2016) [3]. Trong đó, có 12 trường hợp được thực hiện dưới phương pháp cắt u và thùy nông hoặc toàn bộ tuyến bộc lộ dây thần kinh VII, 19 trường hợp còn lại chỉ bóc u đơn thuần và không bộc lộ đường đi dây thần kinh VII. Ở 12 BN này xác định được loại phân nhánh dây thần kinh mặt, loại phân nhánh IV (41,7%) là loại phổ biến nhất được tìm thấy, sau đó đến loại I và loại II chiếm 25% trong khi loại III, V không xuất hiện trong nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả nghiên cứu của Stankevicius (2019) trên 22 trường hợp cho thấy loại I, V và VI là ít phổ biến nhất với hai trường hợp trong mỗi (9%), loại III và IV là phổ biến nhất với 7 và 6 trường hợp, tương ứng (32% và 27%) [7]. Nghiên cứu của Gatta (2016) trên 44 trường hợp cũng chỉ ra loại III là loại phổ biến nhất (30,2%), loại V ít phổ biến nhất (4,6%) [1]. Trong khi đó, nghiên cứu của Khaliq (2017) loại I là loại phổ biến nhất (34,2%) và loại VI là loại ít phổ biến nhất (5,7%) trong 35 trường hợp. Tỷ lệ phần trăm khác nhau giữa các nghiên cứu, có thể do ảnh hưởng bởi đặc điểm chủng tộc [10].

Nhìn chung, các biến thể có thể gây các biến chứng khác nhau của tổn thương dây thần kinh mặt xảy ra sau khi phẫu thuật tuyến mang tai. Trong đó, trên lâm sàng cần chú ý khi xử lý loại I, nếu nhánh trước bị tổn thương có thể dẫn tới tê liệt các cơ vì năm nhánh được tách ra không có sự kết nối giữa chúng [1], [10].

5. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm tế bào học bằng kim nhỏ, chụp cắt lớp vi tính rất có giá trị trong chẩn đoán u tuyến nước bọt mang tai. Đánh giá giải phẫu dây thần kinh mặt giúp phòng tránh các biến chứng thần kinh xảy ra sau phẫu thuật.

HÌNH ẢNH MINH HỌA



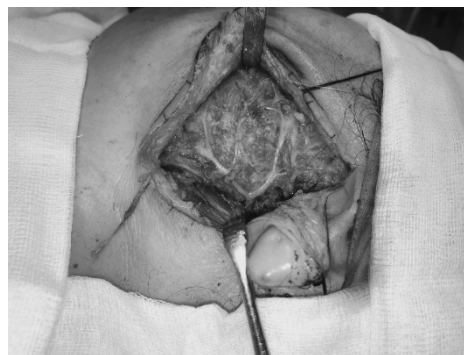
Hình 2. Hình ảnh lâm sàng khối u



Hình 3. Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính



Hình 4. Bộc lộ khối u



Hình 5. Bộc lộ thần kinh VII (type IV)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gataa S. I, Faris J. B (2016), "Patterns and surgical significance of facial nerve branching within the parotid gland in 43 cases", *Oral Maxillofac Surg*, 20(2), 161-165.
2. Ferris L. Robert (2014), "Head and Neck Surgery: Thyroid, parathyroid, salivary glands, paranasal sinuses and nasopharynx", 2, pp.189-287, Wolter Kluwer.
3. Venkatesh S, Srinivas T, Hariprasad S (2019), "Parotid Gland Tumors: 2-Year Prospective Clinicopathological Study", *Ann Maxillofac Surg*, 9(1), pp.103-109.
4. Diom S. E, Thiam A, Tall A et al (2015), "Profile of parotid gland tumours: experience of 93 cases over a period of 16 years", *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*, 132(1), pp.9-12.
5. Gillespie M. Boyd, Rohan R. Walvekar, Barry M. Schaitkin et al. (2018), "Gland-Preserving Salivary Surgery A Problem-Based Approach", *Springer International*, pp.3-15.
6. Alomar O. S. K (2021), "New classification of branching pattern of facial nerve during parotidectomy: A cross sectional study", *Ann Med Surg (Lond)*, 62, pp. 190-196.
7. Stankevicius D, Suchomlinov A (2019), "Variations in Facial Nerve Branches and Anatomical Landmarks for Its Trunk Identification: A Pilot Cadaveric Study in the Lithuanian Population", *Cureus*, 11(11), e6100.
8. Hàn Thị Vân Thanh (2001), "Nhận xét đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và kết quả phẫu thuật của u tuyến nước bọt mang tai ở Bệnh viện K từ 1996 - 2001", Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
9. Đinh Xuân Thành (2012), "Nghiên cứu cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật u tuyến nước bọt mang tai", Luận án Tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
10. Khaliq A. Baba (2017), "Facial nerve branching pattern as seen in parotidectomy in Kashmiri

population: our experience “, *International Journal of Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery*, 3(1), pp.95-97.

11. Reinheimer A, D. S. Vieira S. D, Cordeiro M. M, et al (2019), “Retrospective study of 124 cases of salivary gland tumors and literature review”, *J Clin Exp Dent*, 11(11), pp.1025-1032.

12. Khanam A, Gulshan A (2016), “Pattern of distribution of different salivary gland tumors; a retrospective study in NICRH, Dhaka”, *Bangladesh Journal of Medical Science*, 15(1), pp.95-98.

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

14. Xu Zhi Feng , Fang Yong, Tian Yu, et al (2013),

“Different histological subtypes of parotid gland tumors: CT findings and diagnostic strategy”, *World journal of radiology*, 5(8), pp.313-320.

15. Comoglu S, Ozturk E, Celik M, et al (2018), “Comprehensive analysis of parotid mass: A retrospective study of 369 cases”, *Auris Nasus Larynx*, 45(2), pp.320-327.

16. Niazi Masume, Mohammadzadeh M, Aghazadeh K (2020), “Perfusion Computed Tomography Scan Imaging in Differentiation of Benign from Malignant Parotid Lesions”, *International Archives of Otorhinolaryngology*, 24(2), pp.86-95.

17. Hứa Thị Ngọc Hà, Hứa Chí Minh, Nguyễn Văn Thành; (2004), “Giá trị chẩn đoán của phương pháp chọc hút tế bào bằng kim nhỏ trên bệnh tuyến nước bọt”, *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 8, tr. 16-21.