

HÌNH ẢNH HỌC UNG BƯỚU 1

CỘNG HƯỞNG TỪ TUYẾN MANG TAI

THS. BS. NGUYỄN ANH HUY



GIẢI PHẪU KHOANG TUYẾN MANG TAI

- Nằm ở vùng cổ trên móng bên ngoài, phía trước ống tai ngoài, bao quanh bởi lớp nông mạc cổ sâu.
- **Cấu trúc giải phẫu:**
 - Tuyến mang tai.
 - Động mạch cảnh ngoài, TM sau hàm,
 - Hạch trong TMT (# 20 hạch).
 - Thùy phụ (20%) nằm mặt ngoài khoang cơ nhai.
- **Gồm:**
 - Khoang nông và sâu.
 - Phân chia bởi TK VII (bờ ngoài tĩnh mạch sau hàm – lỗ trâm chũm) (V nông # 2x sâu).

GIẢI PHẪU KHOANG TUYẾN MANG TAI

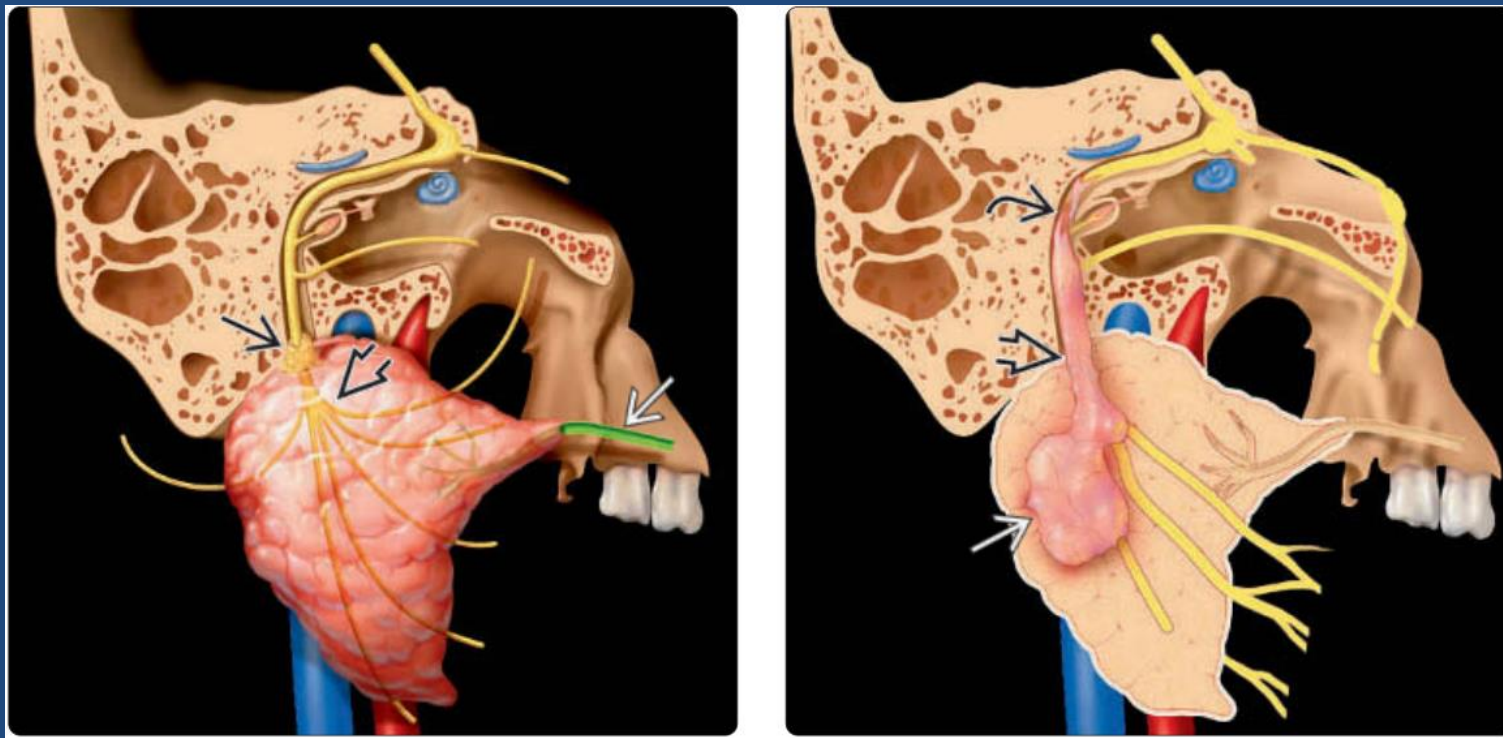




GIẢI PHẪU KHOANG TUYẾN MANG TAI

- (1) K. cạnh hầu: trong (2) K. cơ nhai: trước
- (3) K. cảnh: sau – trong
- (4) Đuôi TMT: nằm ở phía sau khoang dưới hàm.
- Ống tuyến mang tai: phía trước tuyến, chạy dọc mặt ngoài khoang cơ nhai, đổ vào đối diện răng hàm trên số 2.
- Thoái hóa mỡ dần theo tuổi, có thể không đối xứng.

GIẢI PHẪU KHOANG TUYẾN MANG TAI



- TK VII ở lỗ trâm chũm (→) chia 5 nhánh (=⇒) và ống tuyến mang tai (→).



DẤU HIỆU GỢI Ý U XUẤT PHÁT TỪ TUYẾN MANG TAI

- Mô tuyến mang tai bao quanh tổn thương (một phần hay toàn bộ).
- Khoảng cạnh hầu bị chèn ép vào trong.
- Khoảng cơ nhai bị đẩy ra trước.
- Làm rộng rãnh cằm trâm – xương hàm dưới



VAI TRÒ HÌNH ẢNH KHOANG MANG TAI

- Mục tiêu chính: hướng dẫn xử trí kế tiếp.
- → FNA? Phẫu thuật – nạo hạch?
- Các tính chất quan trọng:
 1. Bờ đều hay xâm lấn xung quanh
 2. Đơn ổ hay đa ổ
 3. Đồng nhất hay không đồng nhất
 4. Xâm lấn thần kinh VII



PHƯƠNG TIỆN

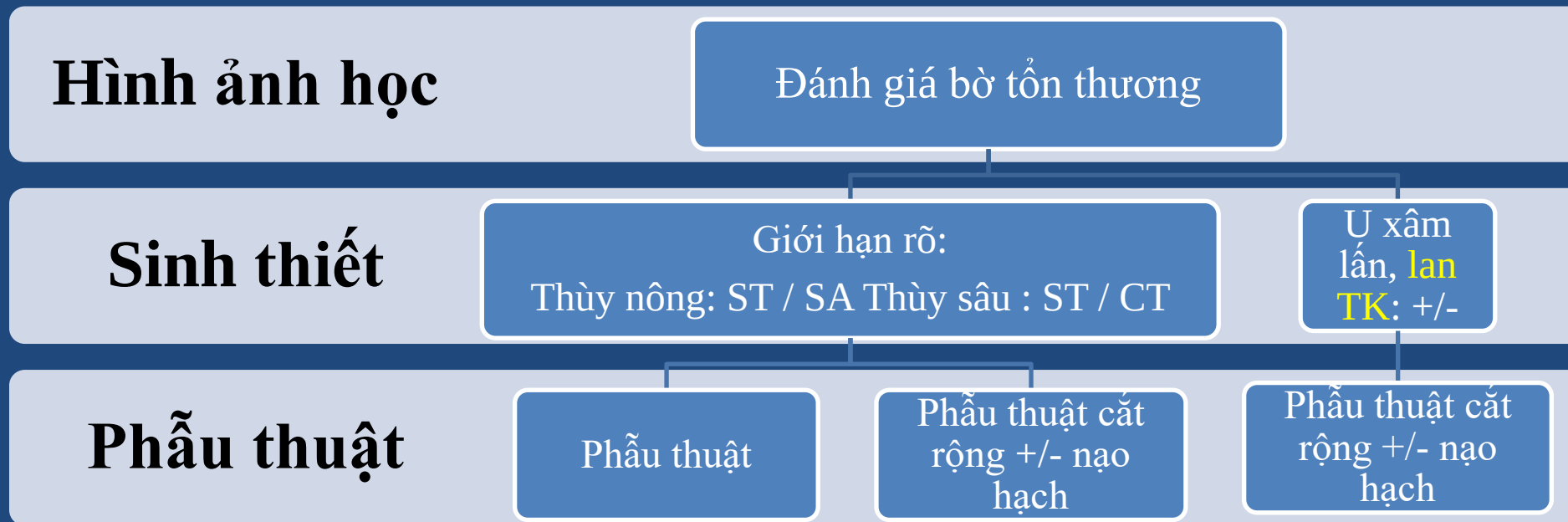
- Lựa chọn tùy thuộc vào bệnh lý.
- Bệnh lý viêm:
 - CT ưu thế trong khảo sát sỏi
 - Lưu ý tư thế đầu BN tránh xảo ảnh amalgam vào tuyến mang tai hoặc lỗ đổ ống tuyến mang tai (răng hàm trên thứ 2).
- Liệt dây VII:
 - MRI ưu tiên lựa chọn trong liệt dây VII.
 - Ưu thế trong khảo sát ống TMT.



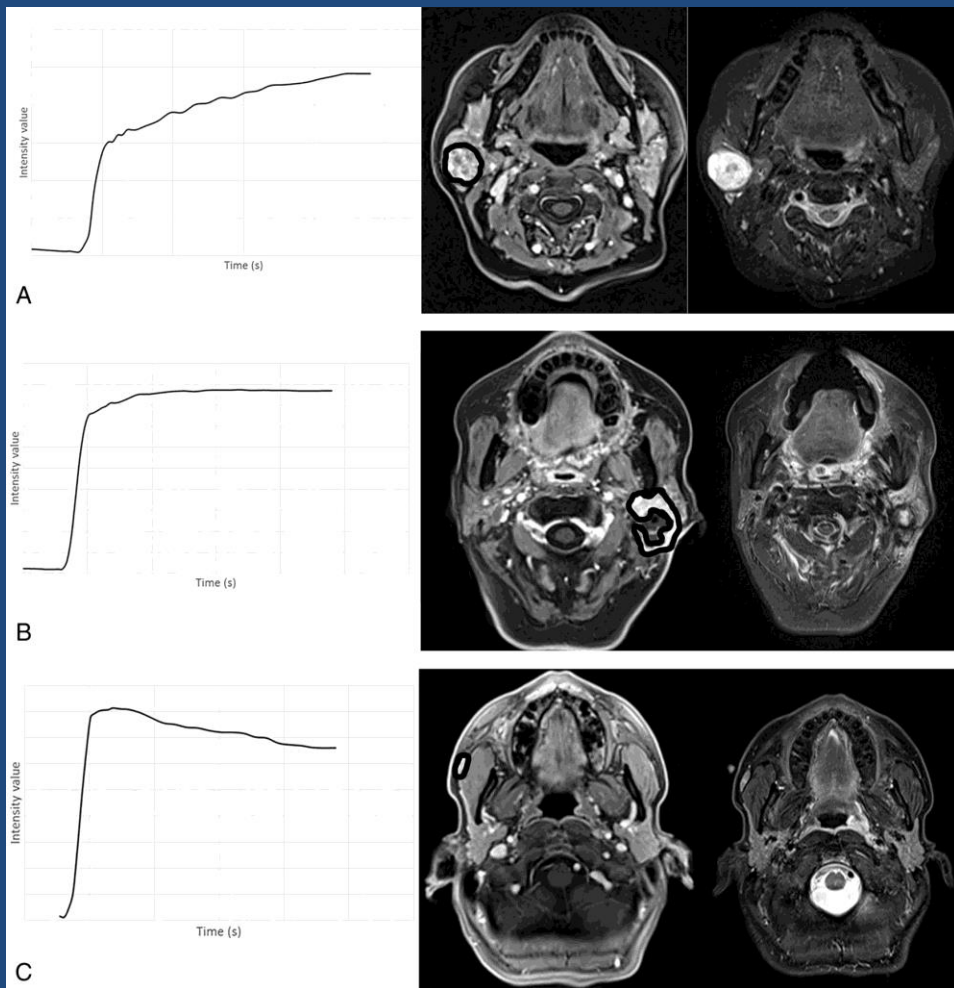
TIẾP CẬN HÌNH ẢNH U TUYỂN MANG TAI

- 80% u TMT là lành tính, “khó” chẩn đoán GPB trên hình ảnh học.
- Tổn thương **lành tính nhưng cần phẫu thuật**. (thoái hóa ác, thâm mỹ, hiệu ứng khối...).
- Mục tiêu hình ảnh để quyết định bước xử trí tiếp theo.

TIẾP CẬN HÌNH ẢNH U TUYỂN MANG TAI

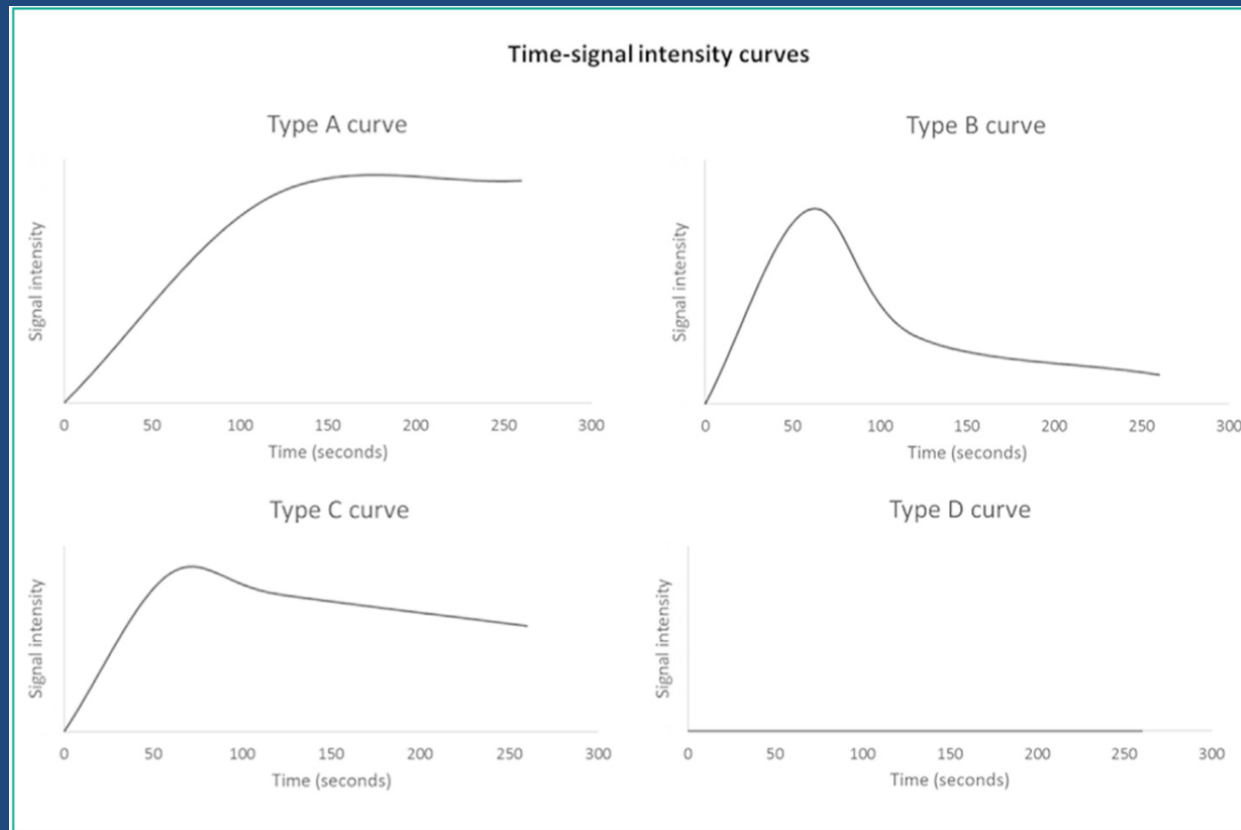


KỸ THUẬT HÌNH ẢNH TIỀN TIẾN



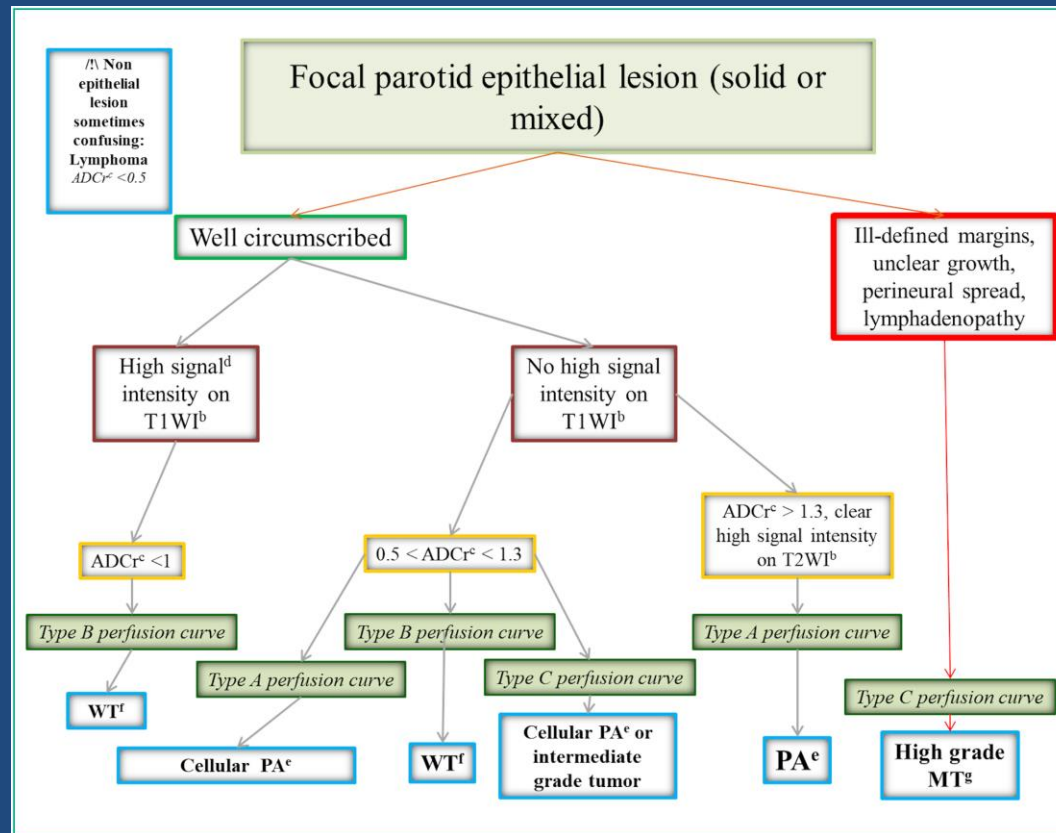
- Kỹ thuật GRASP (Golden-Angle Radial Sparse Parallel Imaging)
- (Compressed sensing – parallel imaging)
- J.L. Mogen, K.T. Block et al.

KỸ THUẬT HÌNH ẢNH TIỀN TIẾN



- T_{max} (120s), Washout (300s)

KỸ THUẬT HÌNH ẢNH TIỀN TIẾN



Lưu đồ chẩn đoán (H. Coudert, S. Mirafzal et al)



Bẩm sinh	Viêm nhiễm	Thoái hóa	U lành	U ác nguyên phát	U ác thứ phát
U máu sơ sinh	Viêm TMT cấp – mạn, viêm hạch	Thoái triển	U hỗn hợp lành tính	Carcinoma nhầy bì	Hạch di căn
Dị dạng mạch máu	HC Sjogren	Sialosis (sưng tuyến nước bọt)	Bướu Warthin	Carcinoma bọc dạng tuyến	Hạch thứ phát lymphoma non - Hodgkin
Nang khe mang thứ nhất	Tổn thương biểu mô – lympho HIV		Oncocytoma (u TB hạt ái toan)	Carcinoma tế bào túi tuyến	
	Bệnh Kimura, Kikuchi, IgG4.		Schwannoma , lipoma...	Carcinoma tuyến, carcinoma ống tuyến , lymphoma ...	



Bẩm sinh	Viêm nhiễm	Thoái hóa	U lành	U ác nguyên phát	U ác thứ phát
U máu sơ sinh	Viêm TMT cấp – mạn, viêm hạch	Thoái triển	<u><i>U hỗn hợp lành tính</i></u>	<u><i>Carcinoma nhầy bì</i></u>	<u><i>Hạch di căn</i></u>
Dị dạng mạch máu	HC Sjogren	Sialosis (sung tuyến nước bọt)	<u><i>Bướu Warthin</i></u>	<u><i>Carcinoma bọc dạng tuyến</i></u>	<u><i>Hạch thứ phát lymphoma non - Hodgkin</i></u>
Nang khe mang thứ nhất	Tổn thương biểu mô – lympho HIV		Oncocytoma (u TB hạt ái toan)	Carcinoma tế bào túi tuyến	
	Bệnh Kimura, Kikuchi, IgG4.		Schwannoma , lipoma...	Carcinoma tuyến, carcinoma ống tuyến , lymphoma ...	



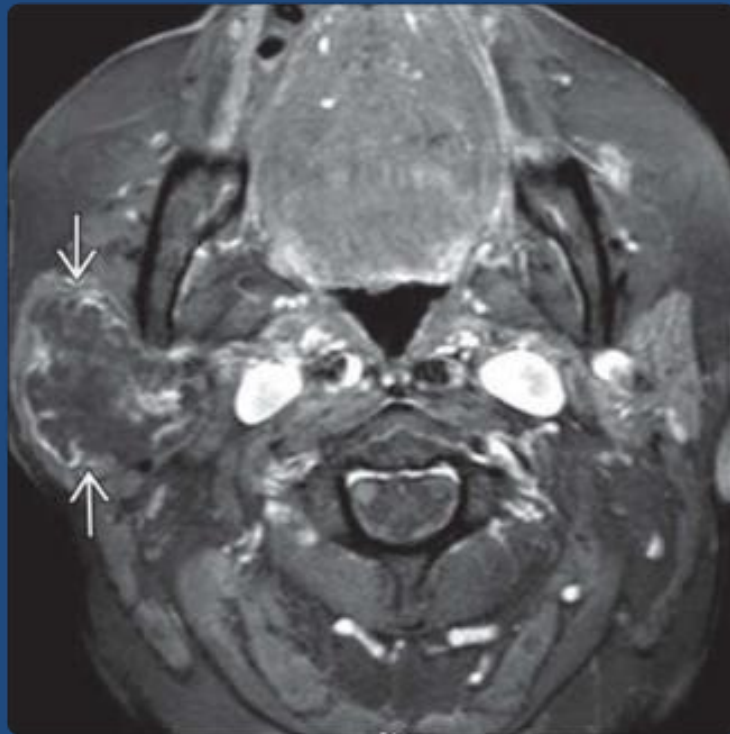
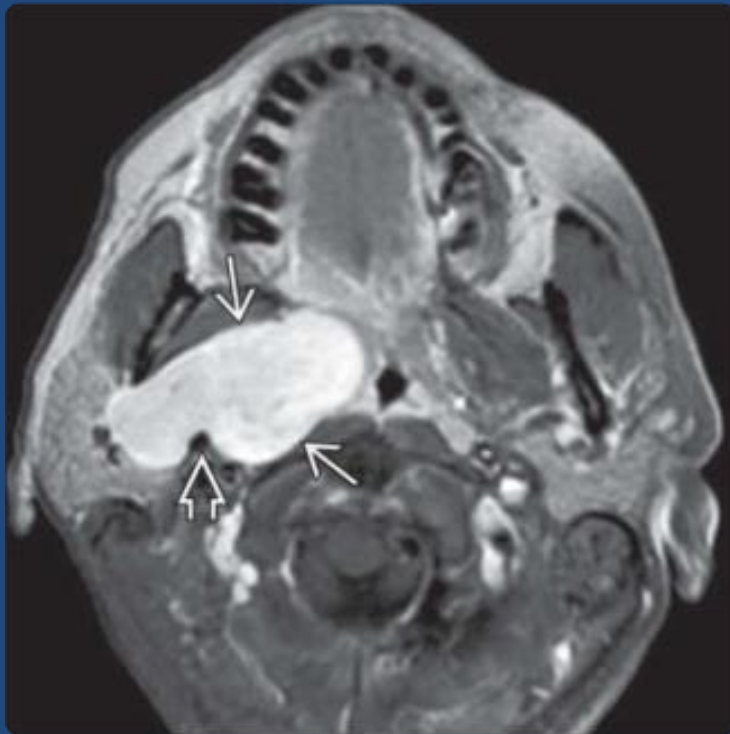
CÁC LOẠI U THƯỜNG GẶP



U HỖN HỢP LẠNH TÍNH

- Benign mixed tumor aka plemorphic adenoma
- U bắt nguồn từ mô sinh tuyến nước bọt phụ, thành phần vỏ bao xơ, trong chứa biểu mô, cơ biểu mô, mô đệm...
- Tuổi: 30-60, **nguy cơ hóa ác 15%**.
- Hình tròn, bầu dục
 - < 2cm: bờ rõ, bắt thuốc đồng nhất, thấp T1, cao mạnh T2
 - > 2cm: bờ đa cung, bắt thuốc không đồng nhất, thấp – trung gian / T1, cao không đồng nhất / T2
 - Bắt thuốc vừa. Dynamic: bắt nhanh → bình nguyên

U HỖN HỢP LÀNH TÍNH



- Trái: U (→) bắt thuốc đồng nhất, bờ đa cung, ở thùy sâu, đẩy mỏm trâm ra sau. (=>)
- Phải: U bắt thuốc không đồng nhất dạng viền (→)

U HỖN HỢP LÀNH TÍNH



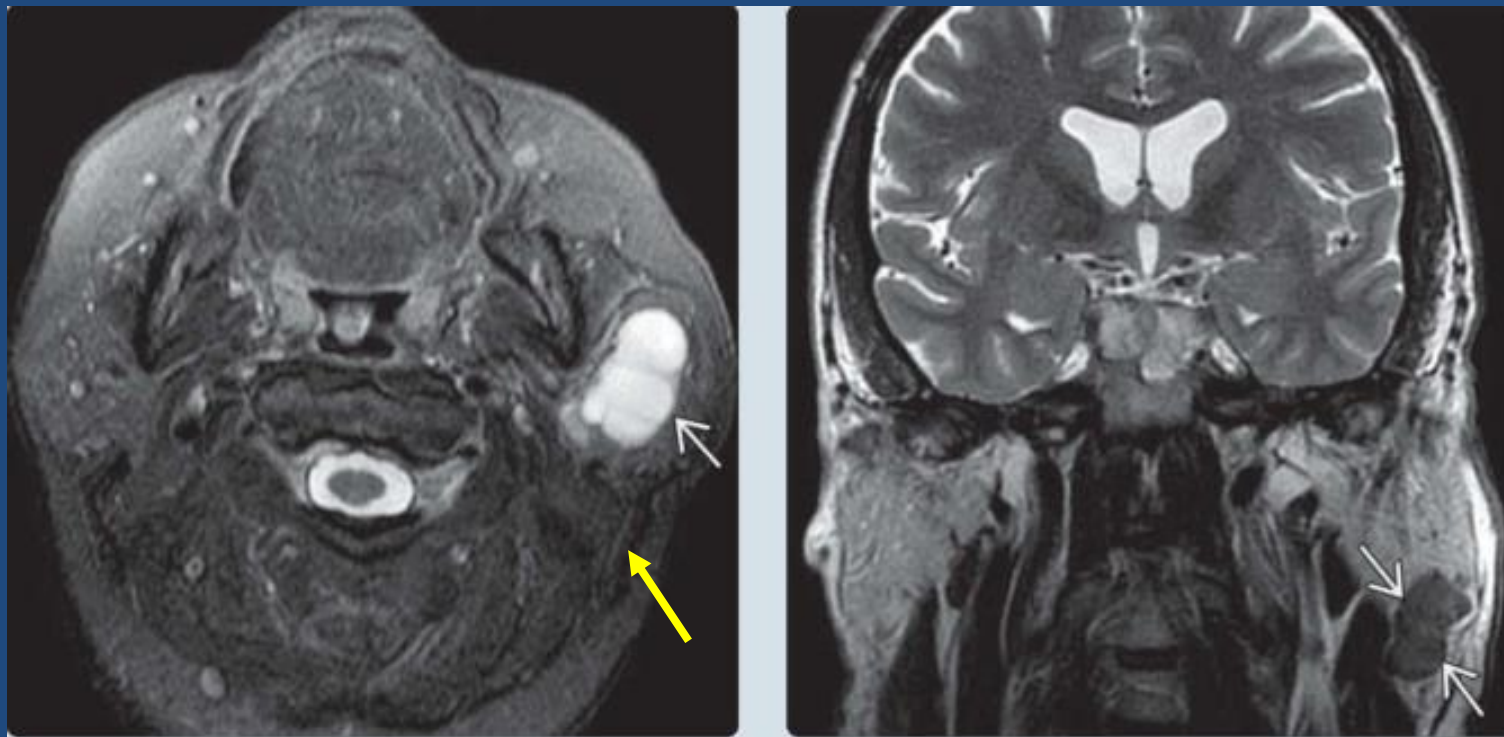
- Trái: U bất thuốc đồng nhất, bờ đa cung, ở thùy sâu, đẩy mỗm trâm ra sau. (=>)
- Phải: U bất thuốc không đồng nhất dạng viên



U WARTHIN

- U xuất phát từ lympho- tuyến nước bọt trong hoặc quanh tuyến.
- U giới hạn rõ, ở đuôi tuyến ở BN nam lớn tuổi, tiền căn hút thuốc lá.
- 20% đa ổ.
- Thấp / T1 (cao khi XH/ protein), thấp – cao / T2 (30% dạng nang).
- ADC thấp tương đương K & lymphoma, bắt thuốc ít.

U WARTHIN

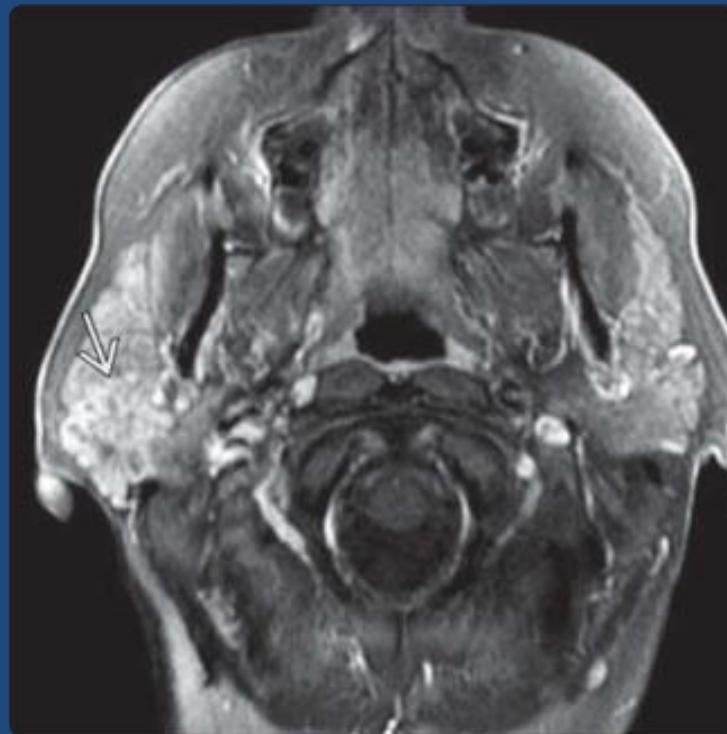
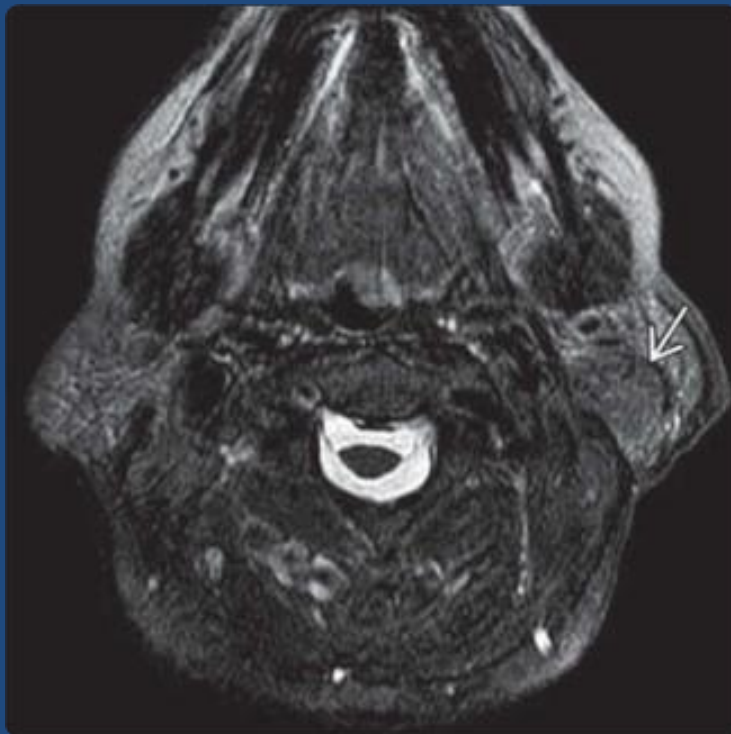


- Trái: U tín hiệu cao trên T2W (dạng nang)
- Phải: U ở vùng đuôi tuyến mang tai

CARCINOMA NHẦY BÌ

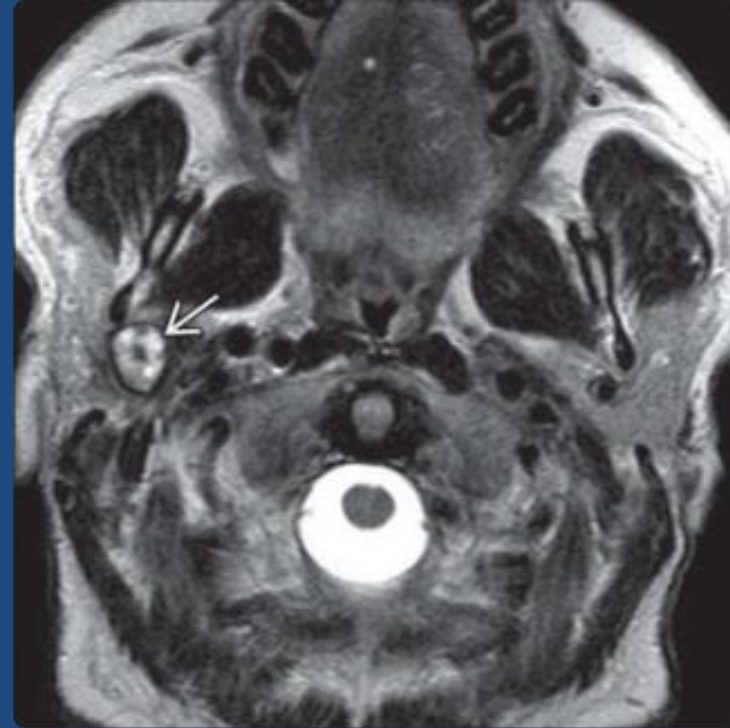
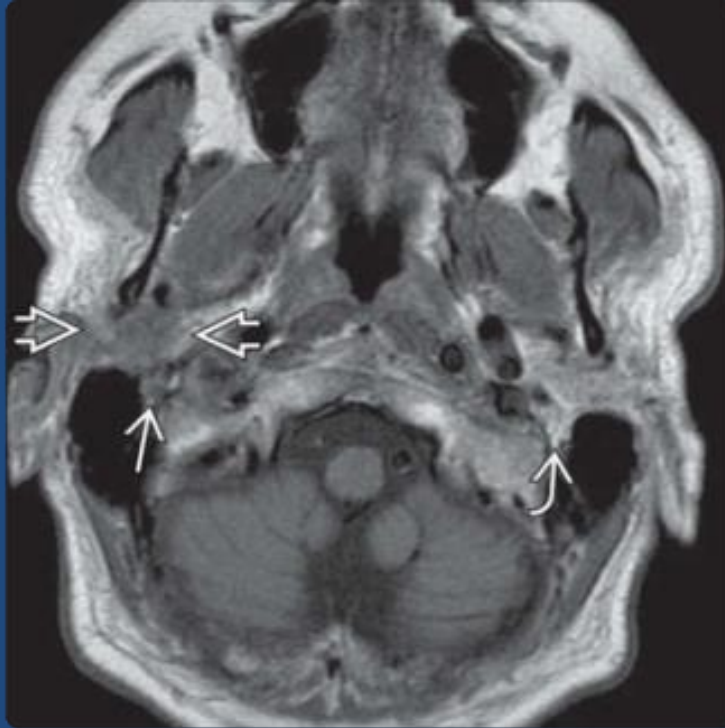
- U ác thường gặp nhất, xuất phát từ biểu mô ống tuyến, gồm tế bào biểu mô và tế bào tiết nhầy.
- Grade thấp: **Bờ đều**, hình oval, tín hiệu không đồng nhất.
- Grade cao: **Bờ xâm lấn, kém rõ**, di căn hạch.
- Thường di căn hạch nhóm II hoặc hạch TMT.
- Giá trị ADC tương đương bướu Warthin, thấp hơn BMT.
- MRI có giá trị đánh giá tổn thương lan thần kinh

CARCINOMA NHẦY BÌ



- Trái: Tổn thương giới hạn rõ, tín hiệu thấp / T2 → gợi ý K.
- Phải: Tổn thương bắt thuốc mạnh và không đồng nhất, có nhiều nốt chứa dịch nhỏ bên trong.

CARCINOMA NHẦY BÌ



- Trái: Tổn thương thâm nhiễm, giới hạn không rõ, lan lỗ trám chũm.
- Phải: Tổn thương ở phần thấp tuyến mang tai trên cùng BN, giới hạn rõ.

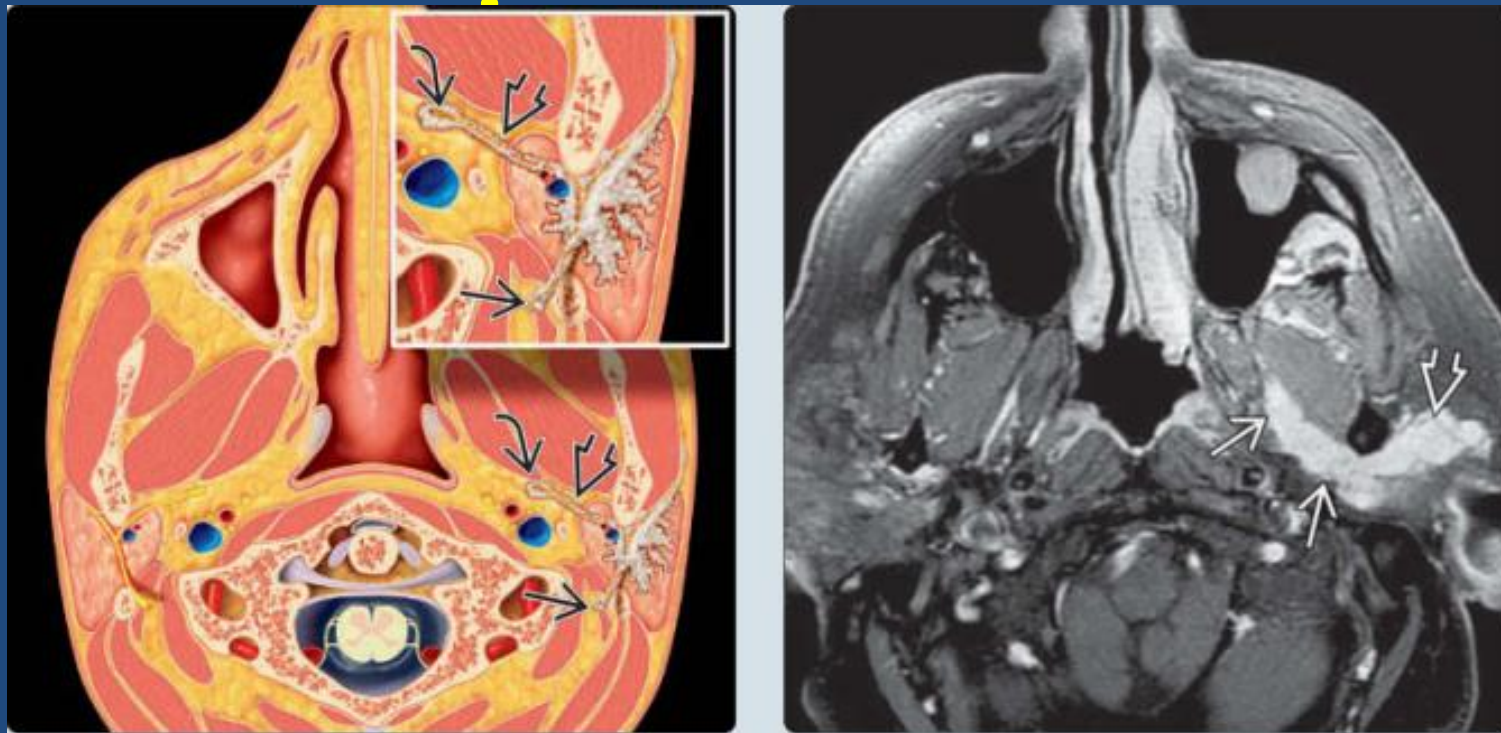


CARCINOMA BỌC

DẠNG TUYẾN

- U ác thường gặp thứ 2, tuổi # 50 – 70y.
- Grade thấp: **Bờ đều**, bắt thuốc đồng nhất.
- Grade cao: **Bờ xâm lấn, kém rõ**, bắt thuốc đồng nhất.
- Thường di căn phổi và xương > hạch
- Tái phát trễ, ≤ 20 năm,

CARCINOMA BỌC DẠNG TUYẾN



- Trái: ACC lan theo thần kinh vào lỗ trâm chũm (CN VII) và nhánh TK tai thái dương đến dây (CN V3).
- Phải: Tổn thương thùy nông trên BN lan TK tai thái dương.



LYMPHOMA KHÔNG HODGKIN

- Gồm 3 thể:

(1) LKH nguyên phát ở hạch

(2) LKH lan tỏa có tổn thương ở tuyến mang tai

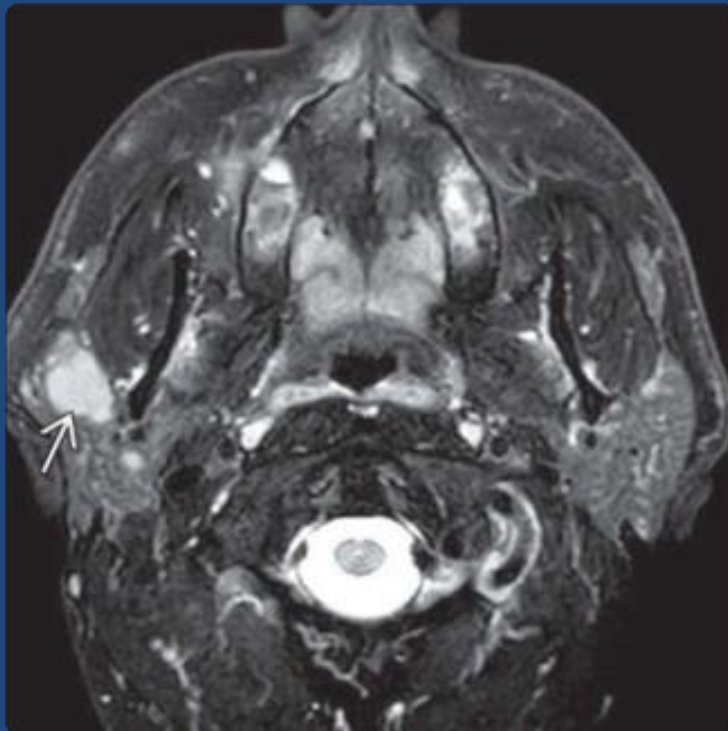
→ Nhiều khối đồng nhất, giới hạn rõ + hạch cổ

(3) MALT (Mucosa-associated lymphoid tissue) lymphoma.

→ Mảng tổn thương thâm nhiễm trong tuyến mang tai.

Hội chứng Sjogren tăng 10-44x nguy cơ NHL.

LYMPHOMA KHÔNG HODGKIN



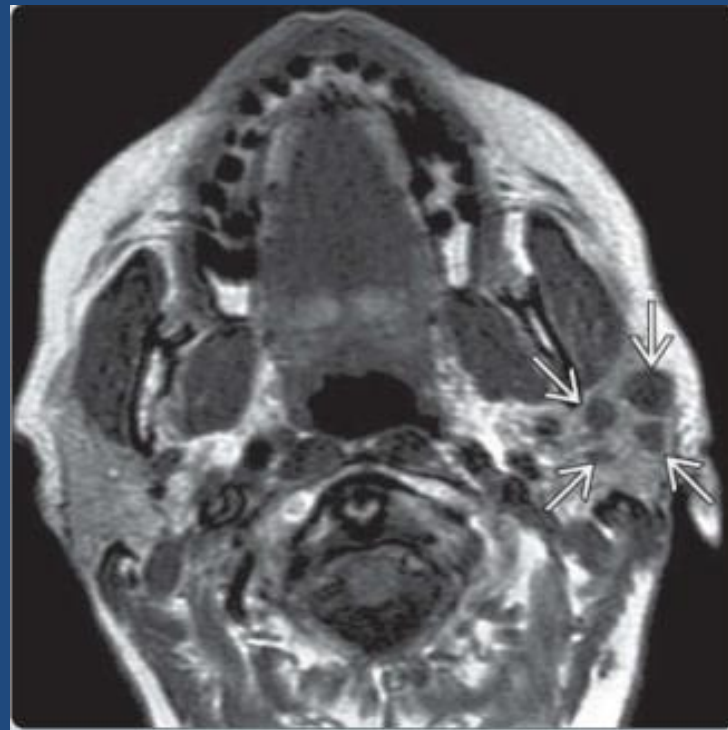
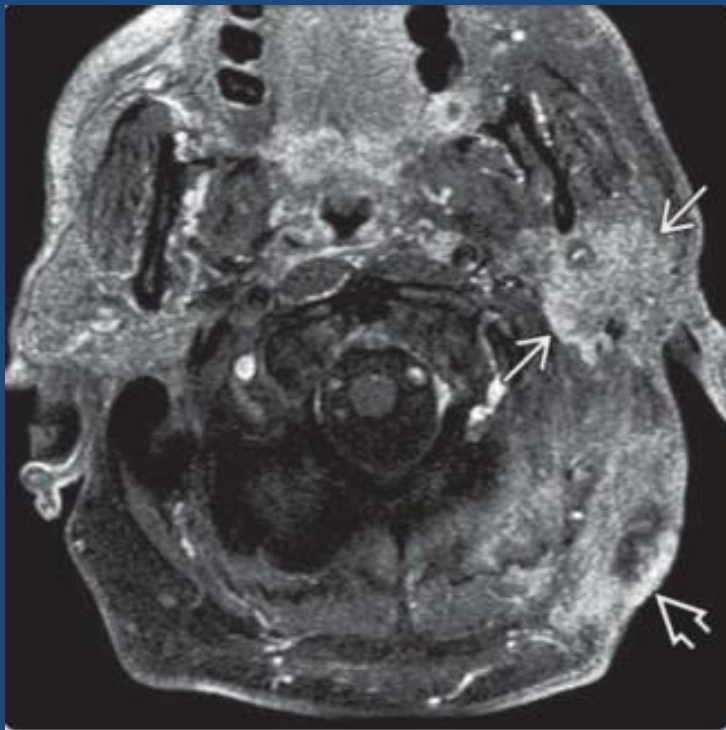
- Trái, phải: BN nam 39t, tổn thương ở thùy nông TMT phải, giới hạn rõ, hạn chế khuếch tán, phù hợp với lymphoma (BN còn tổn thương tuyến lệ, hạch ổ bụng...)



HẠCH DI CĂN TUYẾN MANG TAI

- Nhiều khối tổn thương tuyến mang tai trên nền K vùng đầu cổ đã biết.
- Đi kèm hạch trước tai và hạch cổ di căn.

HẠCH DI CĂN TUYẾN MANG TAI



- Trái: K da ($\Rightarrow$) di căn hạch tuyến mang tai
- Phải: Hạch di căn trên hình T1W không tiêm thuốc.

KẾT LUẬN

- Hình ảnh học, đặc biệt là MRI đóng vai trò định hướng xử trí, đánh giá giai đoạn tổn thương.
- Các kỹ thuật mới (khuyếch tán, động học...) góp phần quan trọng trong đánh giá tổn thương.
- Vai trò của GPB không thể thay thế trong nhiều trường hợp.

CÁM ƠN QUÍ VỊ

