

PHÂN LOẠI TẾ BÀO HỌC, MÔ BỆNH HỌC VÀ GIÁ TRỊ TẾ BÀO HỌC TRONG CHẨN ĐOÁN U TUYẾN NƯỚC BỌT

Nguyễn Văn Mão¹, Trần Nam Đông¹, Lê Thị Thu Thảo¹, Võ Thị Thu Yên¹

¹Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: U tuyến nước bọt là loại u thường gặp ở vùng đầu mặt cổ. Việc chẩn đoán và phân loại bệnh khá phức tạp và cũng dễ chẩn đoán nhầm với các bệnh khác nếu chỉ dựa vào lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh. Nghiên cứu trên thế giới cho thấy việc xét nghiệm tế bào học chọc bằng kim nhỏ có giá trị cao trong thực tiễn, nhằm phát hiện sớm và giúp bác sĩ lâm sàng định hướng điều trị hợp lý tiếp theo cho bệnh nhân là rất cần thiết. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm phân loại tế bào học, mô bệnh học u tuyến nước bọt; và đánh giá giá trị tế bào học trong chẩn đoán u tuyến nước bọt.

Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu mô tả 74 bệnh nhân u tuyến nước bọt đáp ứng đủ các tiêu chuẩn nghiên cứu tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ 7/2022 đến 12/2023.

Kết quả: Tế bào học theo Milan: 72/74 (97,3%) tổn thương lành tính: nhóm II (36,5), nhóm IV (60,8%), cụ thể: u tuyến đa hình (28,4%), u warthin (13,5%), viêm tuyến nước bọt (16,2%), u tuyến nước bọt (18,9%), tổn thương dạng nang không thấy tế bào ác tính (14,9%), hạch quá sản phản ứng (4,1%), tổn thương xơ mỡ (1,4%). 2/74 (2,7%) nhóm VI (ác tính) với ung thư biểu mô tế bào vảy, ung thư biểu mô tế bào nang dạng tuyến với tỷ lệ 1:1; Mô bệnh học: 71/74 (95,9%) trường hợp lành tính với u warthin và u tuyến đa hình chiếm tỉ lệ cao nhất (41,9%, 40,5%), ngoài ra còn có các loại mô bệnh học lành tính khác như: u nang 8,5%, u mỡ 2,8%, u tuyến - lympho 1,4%, u tuyến tế bào đáy 1,4%, 3/74 (4,1%) trường hợp ác tính, bao gồm các tip sau: ung thư biểu mô vảy - nhầy, ung thư biểu mô nang dạng tuyến, ung thư biểu mô dạng túi tuyến với tỷ lệ 1:1:1; Giá trị chẩn đoán của tế bào học cho thấy: rất có giá trị trong chẩn đoán u tuyến nước bọt với độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác lần lượt là: 33,3%, 98,6%, 95,9%.

Kết luận: Tế bào học có giá trị chẩn đoán cao đối với u tuyến nước bọt với độ đặc hiệu 98,6%, cần áp dụng rộng rãi trong thực tiễn, giúp chẩn đoán nhanh, chính xác bệnh.

Từ khóa: U tuyến nước bọt, u tuyến nước bọt mang tai, tế bào học, mô bệnh học, u tuyến đa hình, ung thư tip vảy - nhầy.

ABSTRACT

CYTOLOGY, HISTOPATHOLOGY CLASSIFICATION OF THE SALIVARY GLAND TUMOURS AND THE ROLE OF CYTOLOGY DIAGNOSIS

Nguyen Van Mao¹, Tran Nam Dong¹, Le Thi Thu Thao¹, Vo Thi Thu Yen¹

Background: Salivary tumour is one of the most frequent tumour of the head, face and neck region. The diagnosis and classification of salivary tumour are complicated and in many cases it is quite difficult to differentiate the diseases just basing on the clinical signs and imaging diagnosis. The international researches have shown that cytology played a meaningful role in practice for the early diagnosis and orientating the suitable treatment. This study aims to classify the cytology and histopathology of salivary tumours, 2. To assess the role of cytology in the diagnosis of salivary tumours compared with histopathology.

Methods: Cross-sectional research on 74 patients diagnosed by cytology and histopathology at the Hospital of Hue University of Medicine and Pharmacy from 07.2022 to 12.2023.

Ngày nhận bài: 20/5/2024. Ngày chỉnh sửa: 28/6/2024. Chấp thuận đăng: 23/7/2024

Tác giả liên hệ: Nguyễn Văn Mão. Email: maodhy@gmail.com. ĐT: 0914145432

Results: Cytology: most of them were benign 97.3% (72/74 cases) including Milan group IV 60.8% (pleomorphic adenomas 28.4%, Warthin's tumour 13.5%, other adenomas 18.9%), Milan group II 36.5% (inflammation 16.2%, cystic lesions 14.9% and the less frequent ones encompassing fibro-lipoma, reactive lymph nodes); 2/74 were Milan group VI (2.7%). Histopathology: 71/74 cases (95.9%) were benign, in which two most frequent types of tumour were pleomorphic adenomas and Warthin's tumour (41.9%, 40.5%), the less ones including cystic tumours, lipoma, lympho – epithelial tumour, basal cell adenoma; 3/74 cases (4.1%) were malignant with the subtypes such as mucoepidermoid carcinoma, adenoid cystic carcinoma and acinic cell carcinoma; Cytology plays a meaningful role in the diagnosis of salivary tumour with the sensitivity, specificity and accuracy were 33,3%, 98,6%, 95,9% respectively.

Conclusions: Cytology was valuable in the diagnosis of salivary tumour with the very high specificity (98.6%) so we should apply this method in practice for the early diagnosis and suitable treatment.

Key words: Salivary tumour, parotid salivary gland, cytology, histopathology, pleomorphic adenoma, mucoepidermoid carcinoma

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khối u tuyến nước bọt chiếm hơn 5% các khối u ở đầu và cổ [1]. Tỷ lệ mắc bệnh trên thế giới 0,5-3/100000 người mỗi năm [2]. Các khối u có thể xuất hiện ở bất cứ vị trí nào của tuyến nước bọt, từ các tuyến nước bọt chính như: tuyến nước bọt mang tai, tuyến nước bọt dưới lưỡi, tuyến nước bọt dưới hàm đến các tuyến nước bọt phụ ở niêm mạc môi [3].

Các khối u tuyến nước bọt rất đa dạng về đặc điểm mô bệnh học so với bất kì các cơ quan khác [4]. Theo phân loại mô bệnh học của tổ chức y tế thế giới về u tuyến nước bọt 2017 thì có hơn 40 loại [5]. U tuyến nước bọt lành tính thường gặp chiếm khoảng 80% trong đó u tuyến đa hình 64%, u Warthin 23% [1, 6]. Còn đối với các khối u ác tính thì ung thư biểu mô vảy - nhầy chiếm tỷ lệ cao nhất với 31%, ung thư biểu mô tạo nang dạng tuyến 16,9% [6]. Phần lớn các khối u ở tuyến nước bọt mang tai thường lành tính, các khối u ác tính thường gặp hơn ở tuyến nước bọt dưới hàm và các tuyến nước bọt phụ [2].

Triệu chứng lâm sàng của u tuyến nước bọt rất nghèo nàn và không đặc hiệu vì vậy tùy vào vị trí của khối u tuyến nước bọt ở đâu thì sẽ gây ra các triệu chứng tại chỗ khác nhau [7]. Vì vậy việc chẩn đoán u tuyến nước bọt cần được thăm khám lâm sàng cẩn thận, kết hợp với các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính, tế bào học và đặc biệt là mô bệnh học. Để từ đó đưa ra kế hoạch điều trị hợp lý cho bệnh nhân. Tuy nhiên hiện nay vẫn có nhiều tranh cãi về việc sử dụng chọc hút tế bào kim nhỏ chẩn đoán trước phẫu thuật so với sinh thiết lõi [8].

Trên thế giới đã có các đề tài nghiên cứu về vấn đề này và cho thấy tế bào học đóng vai trò quan trọng trong thực tiễn [8-11]. Ở Việt Nam thì cũng có một số đề tài liên quan ở cả chuyên khoa Răng Hàm Mặt và Tai Mũi Họng, tuy nhiên chưa nhiều và cũng chưa có nghiên cứu nào áp dụng phân loại tế bào học theo Milan trong chẩn đoán trước mổ bệnh lý tuyến nước bọt [12,13]. Đặc biệt trong những năm gần đây số lượng bệnh nhân u tuyến nước bọt đến khám khá nhiều và ngày càng tăng ở Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế với triệu chứng lâm sàng đa dạng. Vì vậy, để nghiên cứu đánh giá bệnh lý u tuyến nước bọt góp phần chẩn đoán sớm và điều trị phù hợp cho bệnh nhân chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm phân loại tế bào học, mô bệnh học u tuyến nước bọt và đánh giá giá trị tế bào học trong chẩn đoán u tuyến nước bọt.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 74 bệnh nhân u tuyến nước bọt đến khám và điều trị phẫu thuật tại Khoa Tai Mũi Họng - Mắt - Răng Hàm Mặt, được làm xét nghiệm tế bào học và mô bệnh học tại Khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế.

Chọn mẫu thuận tiện, 74 bệnh nhân được lựa chọn vào nghiên cứu đáp ứng đủ các tiêu chuẩn sau: Bệnh nhân có chẩn đoán tế bào học, mô bệnh học và có kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật là u tuyến nước bọt; Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu, có đầy đủ thông tin trong hồ sơ bệnh án. Chúng tôi loại trừ bệnh nhân có kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật kết luận ung thư di căn từ cơ quan khác

Phân loại tế bào học, mô bệnh học và giá trị tế bào học...

đến tuyến nước bọt, bệnh nhân không được làm mô bệnh học sau phẫu thuật, thông tin hồ sơ bệnh án không đầy đủ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện tại khoa Tai Mũi Họng - Mắt - Răng Hàm Mặt và Khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ tháng 07 năm 2022 đến tháng 12 năm 2023.

Tiến hành chọc hút tế bào bằng kim nhỏ, nhuộm theo phương pháp Giem sa. Phân loại tế bào học theo hệ thống phân loại của Milan (2015/2020) [14], Phân thành 6 nhóm: I. Không thỏa mãn (không đủ ≥ 60 tế bào hoặc chọc trống, tiêu bản bị hư do lỗi kỹ thuật...), II. Không phải u (viêm tuyến nước bọt, tổn thương dạng nang, hạch quá sản phản ứng, tổn thương xơ mỡ...), III. Không điển hình chưa xác định ý nghĩa (quá sản biểu mô vảy, tổn thương nhầy ít tế bào), IV. Tân sinh (u tuyến đa hình; u Warthin, u tuyến dạng tế bào đáy), u tiềm năng ác tính chưa xác định (u tuyến tế bào dạng đáy không điển hình...), V. Nghi ngờ ác tính (u tuyến đa hình nghi ngờ cấy mô ung thư), VI. Ác tính (ung thư tụy vảy - nhầy, tụy nang dạng tuyến, tụy túi tuyến, độ cao).

Đặc điểm mô bệnh học: Tiến hành làm mô bệnh học nhuộm H.E thường quy. Phân loại mô bệnh học tuyến nước bọt theo WHO 2017 [4]: U tuyến đa hình (u hỗn hợp); U Warthin; U nang; U mỡ; U tuyến bã lympho; U tuyến tế bào đáy tuyến nước bọt; Ung

thư biểu mô tuyến; Ung thư biểu mô tuyến nước bọt tụy nang dạng tuyến; Ung thư biểu mô tuyến nước bọt tụy tế bào túi tuyến

Độc kết quả dưới kính hiển vi quang học. Các kết quả được ít nhất 02 chuyên gia giải phẫu bệnh của Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế đọc và kiểm định lại.

2.3. Xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để phân tích và xử lý số liệu. Phân tích kết quả theo phương pháp thống kê y học. Mô tả số liệu bằng tỷ lệ phần trăm, số trung bình, độ lệch, độ đặc hiệu, độ chính xác (độ lệch = số trường hợp dương tính thật/(số trường hợp dương tính thật + số trường hợp âm tính giả), độ đặc hiệu = số trường hợp âm tính thật/(số trường hợp âm tính thật + số trường hợp dương tính giả), độ chính xác = (số trường hợp dương tính thật + số trường hợp âm tính thật)/tổng số trường hợp) và hệ số kappa (< 0,2: chỉ số đồng thuận thấp, 0,2 - < 0,4: chỉ số đồng thuận dưới trung bình; 0,4 - < 0,6: chỉ số đồng thuận trung bình; 0,6 - < 0,8: chỉ số đồng thuận tốt; 0,8 - 1: chỉ số đồng thuận rất tốt).

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Bảo đảm đạo đức trong nghiên cứu, đề tài đã được Hội đồng khoa học Nhà trường thông qua. Các thông tin được bảo mật, nghiên cứu không ảnh hưởng đến sức khỏe cũng như tính mạng bệnh nhân, các thủ thuật, xét nghiệm là thường quy, theo hướng dẫn của Bộ Y tế.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm tế bào học và mô bệnh học

Bảng 1: Kết quả tế bào học theo phân loại Milan

Phân loại	I	II	III	IV	V	VI	Tổng
n	0	27	0	45	0	2	74
Tỉ lệ %		36,5		60,8		2,7	100

Nhóm IV (tân sinh tuyến nước bọt) theo phân loại Milan chiếm tỉ lệ cao nhất 60,8%, tiếp đến là nhóm II chiếm 36,5%.

Bảng 2: Kết quả theo từng bệnh

Phân loại	Đa hình	Warthin	U tuyến	Viêm	Nang	Hạch quá sản	Xơ mỡ	Ung thư	Tổng
n	21	10	14	12	11	3	1	2	74
Tỉ lệ %	28,4	13,5	18,9	16,2	14,9	4,1	1,4	2,7	100

Phân loại tế bào học, mô bệnh học và giá trị tế bào học...

Đa số là tổn thương tuyến nước bọt lạnh tính với 72/74 trường hợp chiếm 97,3%, trong đó u tuyến lạnh tính chiếm ưu thế 55,9% và u tuyến đa hình chiếm cao nhất 28,4%. Có 2/74 trường hợp u tuyến nước bọt là ác tính chiếm 2,7%.

Bảng 3: Kết quả mô bệnh học

Phân loại	Đa hình	Warthin	U nang	U tuyến	U tuyến lympho	U mỡ	Ung thư	Tổng
n	30	31	6	1	1	2	3	74
Tỉ lệ %	40,5	41,9	8,1	1,4	1,4	2,7	4,1	100

Tổn thương tuyến nước bọt lạnh tính chiếm chủ yếu với 95,9%, trong đó u warthin và u tuyến đa hình chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 41,9%, 40,5%. Có 3/74 (4,1%) trường hợp u tuyến nước bọt ác tính với ung thư biểu mô vảy - nhầy tuyến nước bọt, ung thư biểu mô tuyến nước bọt tip nang dạng tuyến, ung thư biểu mô tuyến nước bọt tip tế bào túi tuyến với tỷ lệ 1:1:1.

3.2. Giá trị chẩn đoán của tế bào học

Bảng 4: Giá trị chẩn đoán tế bào học so với mô bệnh học (n=74)

TBH \ MBH	UTNBLT	UTNBAT	Tổng	k = 0,4
UTNBLT	70	2	72	
UTNBAT	1	1	2	
Tổng	71	3	74	

UTNBLT: u tuyến nước bọt lạnh tính, UTNBAT: u tuyến nước bọt ác tính

MBH: mô bệnh học, TBH: tế bào học

Độ nhạy (u ác tính) = $1/3 = 33,3\%$. Độ đặc hiệu (u ác tính) = $70/71 = 98,6\%$. Độ chính xác = $(70+1)/74 = 95,9\%$. Sự đồng thuận thống nhất trung bình giữa tế bào học và mô bệnh học (k=0,4).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Phân loại tế bào học và mô bệnh học u tuyến nước bọt

Tế bào học là phương pháp cho biết bản chất tế bào trước phẫu thuật. Đây là một phương tiện đơn giản và nhanh chóng được sử dụng thường quy tại một số nơi, nhưng độ tin cậy còn đang được bàn cãi (theo y văn thay đổi từ 84 - 97%, 54 - 95%, 86 - 100%). Tuy nhiên chọc hút tế bào trước phẫu thuật có độ chính xác cao và hữu ích trong việc chẩn đoán lành tính và tổn thương ác tính từ đó lập kế hoạch tiếp cận điều trị thích hợp [8,12].

Nghiên cứu của chúng tôi ở 74 trường hợp thấy rằng có 72/74 (97,3%) có kết quả lành tính, 2,7% là u ác tính. Theo phân loại Milan, nhóm IV (tân sinh tuyến nước bọt) chiếm tỉ lệ cao nhất 60,8%, tiếp đến là nhóm II (lành tính không phải u) chiếm

36,5%, nhóm VI (ác tính) 2,7%, các nhóm khác chưa phát hiện. Trong tổn thương lành tính theo tế bào học thì tỷ lệ gặp nhiều nhất là u tuyến đa hình với 28,4%, ngoài ra còn có u warthin (13,5%), viêm TNB (16,9%), u TNB (18,9%), tổn thương dạng nang không thấy tế bào ác tính (14,9%), hạch quá sản phản ứng (4,1%), tổn thương xơ mỡ (1,4%). U ác tính theo tế bào học có ung thư biểu mô tế bào vảy, ung thư biểu mô tế bào dạng nang tuyến chiếm tỷ lệ 1:1.

Trên thế giới, phân loại theo Milan được đề xuất năm 2015, bắt đầu được 1 số nước áp dụng để chẩn đoán năm từ năm 2020 [14]. Ở Việt Nam thì phân loại này hầu như chưa được áp dụng, khoảng 1 - 2 năm gần đây mới có một số hội thảo có đề cập đến phân loại này, một số cơ sở bước đầu áp dụng và nghiên cứu của chúng tôi là một trong những đề tài

thực hiện đầu tiên ở Việt Nam [12,17,18]. Khi so sánh với các nghiên cứu nước ngoài thì cho thấy kết quả của chúng tôi tương đồng. Tuy nhiên cũng vì mới bước đầu được áp dụng nên một số nhóm chúng tôi chưa gặp, cần những nghiên cứu tiếp theo, như nhóm I, III, V [8 - 10,14,16].

Trong nghiên cứu trên 74 bệnh nhân, có 71/74 (95,9%) bệnh nhân có kết quả MBH lành tính, 4,1% là ác tính. Tương tự với nghiên cứu của Jalocho-Kaczka và cs (2020) [20] u lành tính chiếm 93,7%, u ác tính 6,3%. Theo Phạm Trung Kiên (2008) [15] u lành tính và ác tính với tỷ lệ tương ứng là 83,1% và 16,9%. Nghiên cứu của Hàn Thị Vân Thanh [13] với tỷ lệ lành tính là 70,6% và u ác tính là 29,4%. Tỷ lệ MBH cho kết quả lành tính cao hơn ác tính cũng phù hợp với các nghiên cứu ở nước ngoài như Israel và cs [6] tỷ lệ lành tính là 75,3%, ác tính chiếm 24,7%. Theo Lubin và cs [11] (2020) với 976 bệnh nhân có tỷ lệ ác tính của u TNB là 19,7%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng có tỷ lệ u ác tính thấp hơn u lành tính, nhưng tỷ lệ u ác tính trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn thấp so với các nghiên cứu trên có thể là do cỡ mẫu trong nghiên cứu còn thấp và thời gian nghiên cứu ngắn.

Trong 71 bệnh nhân có kết quả MBH lành tính thì u warthin và u tuyến đa hình chiếm tỷ lệ cao nhất với 41,9% và 40,5%, ngoài ra 14,1% các loại MBH lành tính khác như: u nang 8,5%, u mỡ 2,8%, u tuyến - lympho 1,4%, u tuyến tế bào đáy 1,4%. Theo các nghiên cứu trong nước như Phạm Trung Kiên (2008) [15] thì u tuyến đa hình và u warthin chiếm tỷ lệ đa số với 60% và 6,2%, Đinh Xuân Thành (2012) [19] tỷ lệ này là 52,9% và 14,7%, theo Lê Văn Quang (2013) [17] tỷ lệ này là 61,1% và 24,2%. Đối với các nghiên cứu nước ngoài: Jalocho-Kaczka và cs (2020) [20] u Warthin chiếm 50,5% và u tuyến đa dạng chiếm 26,3%, các khối u lành tính còn lại chỉ chiếm 16,9%; Lubin và cs (2020) [11] tỷ lệ u tuyến đa hình và u warthin chiếm tỷ lệ cao nhất với 68,8% và 18,1%; Das và cs (2004) [10] có tỷ lệ tương ứng là 61,5%, 12,6%. Qua kết quả các nghiên cứu trên cả trong nước và ngoài nước đều cho u tuyến đa hình và u warthin chiếm tỷ

lệ cao trong UTNBLT, nhưng tỷ lệ u tuyến đa hình cao hơn so với u warthin. Nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi thì tỷ lệ 2 loại này lại tương đương nhau. Sự khác biệt này có thể do mẫu nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn.

Trong 3 trường hợp kết quả MBH là ác tính thì gặp ung thư tuyến nước bọt tít biểu mô vảy - nhầy độ cao (tế bào học chẩn đoán là ung thư tuyến nước bọt tít vảy), ung thư biểu mô nang dạng tuyến, ung thư biểu mô dạng túi tuyến với tỷ lệ 1:1:1. Theo Phạm Trung Kiên (2008) [15] u chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm u ác tính là ung thư biểu mô dạng biểu mô dạng vảy - nhầy và ung thư biểu mô nang dạng tuyến, mỗi loại là 36,4%, sau đó là ung thư trong tuyến đa hình 18,1%, ung thư biểu mô không biệt hóa 1,1%. Theo Đinh Xuân Thành (2012) [18] ung thư biểu mô tuyến (3/6), ung thư biểu mô dạng nang tuyến (2/6), ung thư biểu mô dạng vảy- nhầy (1/6). Theo Lubin (2020) và cs [11] ung thư biểu mô dạng vảy - nhầy (28,9%), ung thư biểu mô dạng túi tuyến (10,8%), ung thư biểu mô nang dạng tuyến (9,6%), ung thư biểu mô tuyến (3,6%). Nghiên cứu của chúng tôi có 01/03 trường hợp ung thư là loại ung thư biểu mô dạng biểu bì nhầy (30%), tương đương hoặc có thấp hơn so với các nghiên cứu khác, loại này chiếm tỷ lệ khá cao. Điều này có thể lý giải do số lượng UTNBAT trong nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn.

4.2. Giá trị chẩn đoán tế bào học so với mô bệnh học

Đối chiếu với MBH sau phẫu thuật trên 74 trường hợp thì có 71 là u lành, 3 trường hợp là ung thư. Để phát hiện UTNBAT thì độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác của FNA lần lượt là: 33,3%, 98,6%, 95,9%. Sự đồng thuận thống nhất trung bình giữa FNA và MBH ($k=0,4$). Tương tự các nghiên cứu của Đinh Xuân Thành (2012) [18] độ chính xác là 93,4% và Lê Văn Quang (2013) [17] là 97,6%. Theo Gaikwad (2020) và cs [14] thì độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác chẩn đoán được ghi nhận là 77,7%, 100%, 93,3%; theo Fazilet Altin và cs (2019) [19] độ nhạy, độ đặc hiệu là 68,9%, 89,6%, và sự đồng thuận thống nhất trung bình giữa tế bào học và MBH ($k=0,4$).

Từ đó cho thấy tỷ lệ chính xác của TBH so với MBH trong việc xác định u tuyến nước bọt là lành tính hay ác tính là rất cao. Mặc dù độ nhạy có thấp hơn so với các nghiên cứu khác, nhưng kết quả cho thấy tế bào học là một phương pháp đơn giản và nhanh chóng, nên có thể áp dụng phương pháp FNA như một xét nghiệm thường quy giúp định hướng chẩn đoán và đưa ra kế hoạch điều trị thích hợp cho bệnh nhân. Tuy nhiên nếu cho kết quả là u lành thì cũng không cho phép loại trừ khỏi u ác tính bởi vì có một số ung thư tuyến nước bọt ác tính cũng có thể cho hình ảnh tế bào học giống với u đa hình. Để có kết quả chính xác chúng ta cần phải áp dụng những biện pháp chẩn đoán khác phối hợp thêm như chọc hút tế bào qua hướng dẫn của siêu âm, chụp cắt lớp vi tính, sinh thiết lạnh tức thì, bởi vì phương pháp phẫu thuật trong u lành, u hỗn hợp, ung thư là khác nhau.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 74 trường hợp u tuyến nước bọt cho thấy: Tế bào học theo Milan: 72/74 (97,3%) tổn thương lành tính: nhóm II (36,5), nhóm IV (60,8%), cụ thể: u tuyến đa hình (28,4%), u warthin (13,5%), viêm tuyến nước bọt (16,2%), u tuyến nước bọt (18,9%), tổn thương dạng nang không thấy tế bào ác tính (14,9%), hạch quá sản phản ứng (4,1%), tổn thương xơ mỡ (1,4%). 2/74 (2,7%) nhóm VI (ác tính) với ung thư biểu mô tế bào vảy, ung thư biểu mô tế bào nang dạng tuyến với tỷ lệ 1:1; Mô bệnh học: 71/74 (95,9%) trường hợp lành tính với u warthin và u tuyến đa hình chiếm tỉ lệ cao nhất (41,9%, 40,5%), ngoài ra còn có các loại mô bệnh học lành tính khác như: u nang 8,5%, u mỡ 2,8%, u tuyến - lympho 1,4%, u tuyến tế bào đáy 1,4%, 3/74 (4,1%) trường hợp ác tính, bao gồm các tip sau: ung thư biểu mô vảy - nhầy, ung thư biểu mô nang dạng tuyến, ung thư biểu mô dạng túi tuyến với tỷ lệ 1:1:1; Giá trị chẩn đoán của tế bào học cho thấy: rất có giá trị trong chẩn đoán u tuyến nước bọt với độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác lần lượt là: 33,3%, 98,6%, 95,9%. Sự đồng thuận thống nhất ở mức trung bình giữa tế bào học và mô bệnh học ($k=0,4$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sando Z, Fokouo JV, Mebada AO, et al. Epidemiological and histopathological patterns of salivary gland tumors in Cameroon. *Pan Afr Med J.* 2016; 23:66.
2. Alvi S, Chudek D, and Limaie F. Parotid Cancer. StatPearls, StatPearls Publishing Copyright © 2021, StatPearls Publishing LLC, Treasure Island (FL).
3. Vuhahula EA. Salivary gland tumors in Uganda: clinical pathological study. *Afr Health Sci.* 2004; 4(1): 15-23.
4. Seethala RR and Stenman G. Update from the 4th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumours: Tumors of the Salivary Gland. *Head Neck Pathol.* 2017; 11(1): 55-67.
5. Thielker J, Grosheva M, Ihrler S, et al. Contemporary Management of Benign and Malignant Parotid Tumors. *Front Surg.* 2018; 5:39.
6. Israel Y, Rachmiel A, Ziv G, et al. Benign and Malignant Salivary Gland Tumors - Clinical and Demographic Characteristics. *Anticancer Res.* 2016; 36(8):4151-4.
7. Ngô Ngọc Liên. Bệnh học tai mũi họng - đầu mặt cổ. Nhà xuất bản Y học. 2006. 519 - 522.
8. Correia-Sá I, Correia-Sá M, Costa-Ferreira P, et al. Fine-needle aspiration cytology (FNAC): is it useful in preoperative diagnosis of parotid gland lesions? *Acta Chir Belg.* 2017; 117(2):110-114.
9. Bialek EJ, Jakubowski W, Zajkowski P, et al. US of the major salivary glands: anatomy and spatial relationships, pathologic conditions, and pitfalls. *Radiographics.* 2006; 26(3):745-63.
10. Das DK, Petkar M A, Al-Mane N M, et al. Role of fine needle aspiration cytology in the diagnosis of swellings in the salivary gland regions: a study of 712 cases. *Med Princ Pract.* 2004; 13(2):95-106.
11. Lubin D, Buonocore D, Wei XJ, et al. The Milan System at Memorial Sloan Kettering: Utility of the categorization system for in-house salivary gland fine-needle aspiration cytology at a comprehensive cancer center. *Diagn Cytopathol.* 2020; 48(3):183-190.
12. Hứa Thị Ngọc Hà, Hứa Chí Minh và Nguyễn Văn Thành. 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.* 1994; 8:16 - 21.
13. Hàn Thị Vân Thanh. Nhận xét đặc điểm lâm sàng, mô bệnh

Phân loại tế bào học, mô bệnh học và giá trị tế bào học...

- học và kết quả phẫu thuật của K tuyến nước bọt mang tai ở bệnh viện K giai đoạn 1996-2001. Luận văn thạc sỹ y học Chuyên ngành Ung thư, Trường ĐHY Hà Nội. 2001.
14. Gaikwad VP, Anupriya C, and Naik LP. Milan System for Reporting Salivary Gland Cytopathology- An Experience from Western Indian Population. J Cytol. 2020; 37(2):93-98.
15. Phạm Trung Kiên. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và phân loại mô bệnh học u tuyến nước bọt tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương. Luận văn Thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội. 2008.
16. Santana BW, Silva LP, Serpa MS, et al. Incidence and profile of benign epithelial tumors of salivary glands from a single center in Northeast of Brazil. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2021; 26(1):e108-e113.
17. Lê Văn Quang. 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 sỹ y học chuyên ngành Ung thư, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội. 2013.
18. Đinh Xuân Thành. Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật u tuyến nước bọt mang tai, Luận án Tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội. 2012.
19. Altin F, Alimoglu Y, Acikalin RM, et al. Is fine needle aspiration biopsy reliable in the diagnosis of parotid tumors? Comparison of preoperative and postoperative results and the factors affecting accuracy. Braz J Otorhinolaryngol. 2019; 85(3):275-281.
20. Jałocha-Kaczka A, Kolary-Siekierska K, Miłośki J, et al. Own experience in the treatment of major salivary gland tumors. Otolaryngol Pol. 2020; 74(3):17-22.