

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH TRÊN MRI 3.0TESLA TRONG BỆNH LÝ U VÙNG KHOANG MIỆNG VÀ HẦU HỌNG TRÊN XƯƠNG MÓNG TẠI BỆNH VIỆN UNG THƯ ĐÀ NẴNG

MRI imaging in oral and pharyngeal cancer in Danang cancer hospital

Nguyễn Văn Hương*, Đoàn Văn Dũng*

SUMMARY

Background: Oral and pharyngeal tumor are more common today and it has complex structure limiting for the paraclicin examination. CT scan was a first choiced to examine the stage of tumor, especially invasion of tumor to the skull base but nowadays CT scan has been displaced by MRI, which has high value to detect soft tissue tumor with high sensitive and accuracy. MRI also gives the best informstion about anatomy in 2D and 3D.

Object and Method: Cross study, clinical examination find out tumor in the oral or pharyngeal then takes the MRI picture, we except the patient without hystopathology and treated for cancer before. Coletting the MRI images data in T1W, T2W, STIR, T1W Gd.

Object: MRI machine Siemens 3.0Tesla Model Verio A Tim System T-class, Coil 3T neck A Timy System, Dotarem 10ml.

Method: We decribe every characteristics of MRI images in TIRM Cor, Ax và Sag T1W; Ax và Sag T2W; Ax, Cor và Sag T1 FS+Gd pulse then comparing this characteristics with grade histopathology.

Result: Age: 59.6; male/female=2.5/1; tumor in oral cavity: 35.6%; in hypopharyngeal 23.8%; nasopharyngeal 22% and oropharyngeal 18%. Diameter max: 3.17cm \pm 1.6. Characteristics in MRI: 80% hypointensity in T1W, 76% hypersignal in T2W, 81% hyperintensity in STIR, 79% medium - strong enhance in T1W Gd with this feature the sensitives and accuracy to diagnostic degree malignant of tumor: sensitives and accuracy in T1W: 86% and 71%; in T2W is 84% and 85%, STIR: 90% and 85%; T1W Gd: 86% and 71%.

Conclusion: MRI has high value to diagnostic in oral and pharyngeal cancer. Especially, MRI play an important role to determine the grade of cancer with high sensitive and accuracy.

Keywords: Oral and pharyngeal tumor, MRI

* Bệnh viện Ung thư Đà Nẵng

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, bệnh lý u vùng khoang miệng và hầu họng ngày càng phổ biến do tuổi thọ ngày càng tăng và việc tiếp xúc rộng rãi với thuốc lá và rượu và đây là nhóm bệnh lý trong luôn nằm trong nhóm 10 bệnh lý hàng đầu [1], [13]; theo thống kê tại Mỹ: năm 2008 có 22,900 ca ung thư khoang miệng và hầu họng nhưng đến 2011 con số này tăng lên đến 37.000 ca (2) khoảng 8000 ca chết và năm 2013 là 36.000 ca và khoảng 6850 trường hợp chết do loại ung thư này [3].

Vùng khoang miệng và hầu họng có cấu tạo rất phức tạp: xương hàm, răng, cột sống cổ, mô mỡ, mô mềm... làm hạn chế thăm khám của lâm sàng ở vùng này vì trường hợp thăm khám nhỏ hẹp, cần phải có những dụng cụ hỗ trợ như đèn Clar, gương trán, đèn lưỡi, gương soi vòm, soi thanh quản...; trong khi các phương tiện như X quang hay siêu âm không có giá trị nhiều trong khảo sát vùng này. CT scan từ lâu đã được dùng để đánh giá giai đoạn của ung thư mũi họng đặc biệt là để phát hiện khối liên quan với nền sọ xương do tổn thương gây tiêu xương hoặc đặc xương nhưng giới hạn trong chẩn đoán bệnh lý vùng khoang miệng, hầu họng do vùng này có nhiều cấu trúc nhỏ phức tạp đồng thời cũng là vùng có nhiều các cấu trúc xương như xương hàm trên hàm dưới; răng; cột sống cổ là những cấu trúc gây nhiễu ảnh giả vì vậy hiện nay hầu hết mọi nơi MRI đã thay thế CT trong việc chẩn đoán và theo dõi đánh giá bệnh, CT chủ yếu còn dùng để lập kế hoạch xạ trị, phối hợp với PET để phát hiện di căn và tái phát sau điều trị [4]. Vì nhược điểm của CT trong việc cung cấp trên hình ảnh tốt của vùng khoang miệng và hầu họng trong khi các bác sĩ lâm sàng và nhất là bác sĩ xạ trị luôn yêu cầu khảo sát đúng vị trí và mức độ lan rộng của thương tổn trước phẫu thuật nên chỉ MRI mới đáp ứng tốt nhất được các yêu cầu này, MRI là kỹ thuật cho những hình ảnh có giá trị cao trong chẩn đoán bệnh lý mô mềm, không bị nhiễu ảnh do các cấu trúc xương, không khí, lại cung cấp hình ảnh giải phẫu rất tốt về cả 3 chiều của vùng khoang miệng và hầu họng trên xương móng.

Chúng tôi thực hiện đề tài: Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh trên MRI 3.0 Tesla trong bệnh lý u vùng khoang miệng và hầu họng trên xương móng tại Bệnh viện Ung thư Đà Nẵng nhằm mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm hình ảnh MRI bệnh lý u vùng khoang miệng và hầu họng trên xương móng.*

2. *Phân tích giá trị hình ảnh của MRI 3.0T trong chẩn đoán một số bệnh lý u khoang miệng và hầu họng trên xương móng.*

II. TỔNG QUAN TÀI LIỆU

Khoang miệng là vùng giải phẫu gồm: lưỡi di động, sàn miệng, lợi hàm dưới và lợi hàm trên, vòm miệng phần cứng, niêm mạc má trong, khe liên hàm, môi dưới, môi trên và mép. Hầu họng trên xương móng gồm có hầu mũi, hầu miệng và hạ hầu trên xương móng, hầu mũi gồm những cấu trúc: hạnh nhân hầu, mũi sau và lỗ nhĩ hầu; hầu miệng gồm: Amydal, lưỡi cổ định, khẩu cái mềm, thành sau họng, hạ hầu trên xương móng gồm: hạnh nhân lưỡi, gốc (rễ) lưỡi, dây chằng móng nắp thanh môn và thành sau hạ hầu [1],[5].

Bệnh lý u vùng khoang miệng và hầu họng trên xương móng là một trong những nhóm bệnh khá phổ biến ngày nay, đứng hàng thứ 6 trên thế giới, xếp thứ 4 trong các ung thư ở nam và thứ 8 trong các ung thư nữ; ung thư hầu-mũi chiếm 0.25% các bệnh ác tính ở Mỹ, 15-18% các bệnh ác tính ở miền Nam Trung Quốc. [4]. Để khảo sát vùng này trước đây chủ yếu là khám lâm sàng, thăm khám cận lâm sàng CT scan là phương tiện đầu tiên được chỉ định vì khá hữu ích trong chẩn đoán giai đoạn và phân độ của khối u mô mềm vùng cổ, song CT lại gặp nhiều hạn chế ở vùng khoang miệng và hầu họng do vùng này có nhiều cấu trúc giải phẫu phức tạp, nhiều loại mô khác nhau nhiều về tỷ trọng, đồng thời các cấu trúc xương như răng, xương hàm và cột sống cổ có mật độ xương cao bên cạnh là những cấu trúc mô mỡ và cơ nên có nhiều những mặt phân cách khác nhau nhiều về tỷ trọng nên dễ tạo ảnh giả.

MRI là kỹ thuật cung cấp hình ảnh tốt nhất về mức độ lan rộng và cấu trúc bên trong của khối u, phát hiện các khối u giai đoạn sớm, xác định những bệnh nhân không có u và những trường hợp bị bỏ sót bởi nội soi và nội soi sinh thiết [4], [6] đặc biệt là cộng hưởng từ có từ trường cao cho hình ảnh vùng khoang miệng và hầu họng rất tốt và cũng là phương tiện tốt nhất để theo dõi sau điều trị đặc biệt là giai đoạn sớm sau điều trị [7], tuy nhiên việc áp dụng tính ưu việt này của cộng hưởng từ vào chẩn đoán bệnh lý u chưa được đánh giá một cách

đầy đủ vì hiện nay máy cộng hưởng từ 3.0T có rất ít ở các bệnh viện ở Việt Nam nên cơ hội để ứng dụng vào chẩn đoán chưa được nhiều. Trên thế giới hiện nay việc áp dụng MRI 3.0T đã và đang được ứng dụng khá rộng, đặc biệt trong các bệnh lý của hệ thần kinh trung ương và các bệnh lý ung thư. Và cũng đã có những báo cáo ban đầu về những giá trị cụ thể của MRI trong khu vực khoang miệng và hầu họng.

Trên hình ảnh cộng hưởng từ xung T1W là xung giúp cung cấp các hình ảnh về mặt giải phẫu của cấu trúc, đánh giá mức độ lan rộng của tổn thương đồng thời là xung cơ bản để đánh giá sự ngấm thuốc của khối u. Xung T2W là chuỗi xung phát hiện tổn thương vì đa phần các thương tổn thường tăng tín hiệu, xung này khi được phối hợp với xung STIR là xung có đặc điểm hình ảnh giống với T2W nhưng xóa mờ bình thường của cấu trúc giúp tăng khả năng phát hiện tổn thương đồng thời cũng giúp đánh giá khá tốt sự xâm lấn thật sự của khối u. Xung T1W có thuốc cản từ là xung rất tốt giúp đánh giá tính chất cũng nhưng mức độ ngấm thuốc của thương tổn. Ngoài việc có nhiều xung để khảo sát cùng một khối u giúp đánh giá về nhiều khía cạnh thì trên hình ảnh cộng hưởng từ còn cung cấp hình ảnh trên 3 mặt phẳng giúp đánh giá tốt hơn sự lan rộng của khối u, mức độ xâm lấn của u và đo đạc chính xác kích thước của khối giúp thuận lợi cho việc đánh giá trước mổ.

III. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

3.1. Đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Tất cả những bệnh nhân sau khi khám lâm sàng bởi bác sĩ chuyên khoa về ung bướu phát hiện có khối u vùng khoang miệng và hầu họng được chỉ định chụp cộng hưởng vùng khoang miệng và hoặc là vùng hầu họng trên xương móng.

3.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Những bệnh nhân đã được điều trị như phẫu thuật, xạ trị hay hóa trị các khối u vùng khoang miệng và hầu họng trên xương móng. Bệnh nhân không có kết quả giải phẫu bệnh.

3.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu ngang.

3.3. Địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh Viện Ung thư Đà Nẵng từ tháng 8/2014 đến tháng 1/2015.

3.4. Phương tiện nghiên cứu

Máy cộng hưởng từ Siemens 3.0Tesla Model Verio A Tim System T class, Coil 3T neck A Tim System của Siemens, Thuốc cản từ Dotarem 10ml.

3.5. Phương thức tiến hành

Những bệnh nhân được khám lâm sàng thấy có khối hoặc nghi ngờ có u vùng khoang miệng và hầu họng; sau đó bệnh nhân được chỉ định chụp cộng hưởng từ (MRI) tại Khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Ung thư Đà Nẵng với các xung sau: TIRM Coronal, Axial và Sagittal T1W; Axial và Sagittal T2W, Axial, Coronal và Sagittal T1 Fatsat + Gadolinium.

Hình ảnh cộng hưởng từ được thu thập về các thông tin như tín hiệu của u trên các xung T1W, T2W, STIR và T1W có dùng thuốc cản từ Gadolinium (T1W Gd) dựa vào bộ câu hỏi có sẵn; đọc kết quả MRI độc lập với kết quả giải phẫu bệnh.

Đồng thời bệnh nhân phải có kết quả xét nghiệm giải phẫu bệnh của khối u kết quả giải phẫu bệnh được đọc và phân loại thành độ ác tính từ Grade 0 đến grade IV.

Sau đó sẽ mô tả từng đặc điểm hình ảnh của khối u trên MRI và tiến hành so sánh các đặc điểm hình ảnh của khối u với kết quả giải phẫu bệnh để tìm ra sự tương quan giữa chẩn đoán MRI so với kết quả giải phẫu bệnh.

3.6. Phân tích số liệu

Xử lý số liệu trên phần mềm thống kê y học Medcalc 11.

IV. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

4.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1.1 Đặc điểm về tuổi

Tuổi trung bình của nghiên cứu là 59,6 tuổi, cao tuổi nhất là 93 và thấp nhất là 19 tuổi.

Bảng 3.1.2. Phân bố về giới tính

Nam có 42 trường hợp chiếm tỷ lệ 71%. Tỷ lệ nam mắc bệnh gấp 2,5 lần nữ.

Bảng 3.1.3. Phân bố vị trí u

Vị trí	Số lượng	Tỷ lệ %
Khoang miệng	21	35,6
Hầu mũi	13	22
Hầu miệng	11	18,6
Hạ hầu trên xương móng	14	23,8
Tổng	59	100

Vị trí u ở khoang miệng chiếm tỷ lệ 35,6%, hạ hầu trên xương móng 23,8% và hầu mũi 22%.

Bảng 3.1.4. Đặc điểm hình ảnh về kích thước của khối u

Kích thước trung bình của khối u 3,17cm ±1,6.

Bảng 3.1.5. Tín hiệu trên xung T1W

Tín hiệu trên xung T1W	Số lượng	Tỷ lệ %
Giảm tín hiệu	47	79.6
Tăng tín hiệu	6	10.2
Tín hiệu hỗn hợp	6	10.2
Tổng	59	100

Trên xung T1W khối u giảm tín hiệu so với cơ chiếm tỷ lệ khoảng 79.6%.

Bảng 3.1.6. Tín hiệu trên xung T2W

Tín hiệu trên xung T2W	Số lượng	Tỷ lệ %
Đồng tín hiệu	3	5.1
Tăng tín hiệu	45	76.3
Tín hiệu hỗn hợp	11	18.6
Tổng	59	100

Trên xung T2W tăng tín hiệu so với cơ xung quanh, chiếm tỷ lệ khoảng 76%.

Bảng 3.1.7. Tín hiệu trên xung STIR

Tín hiệu trên xung STIR	Số lượng	Tỷ lệ %
Đồng tín hiệu	2	3.4
Giảm tín hiệu	1	1.7
Tăng tín hiệu	48	81.4
Tín hiệu hỗn hợp	8	13.6
Tổng	59	100

Trên xung STIR khối u tăng tín hiệu so cơ xung quanh chiếm tỷ lệ khoảng 81.4%.

Bảng 3.1.8. Tín hiệu trên xung T1W Gd

Tín hiệu trên xung T1W Gd	Số lượng	Tỷ lệ %
Không ngấm thuốc	2	3.4
Ngấm thuốc	57	96.6
Tổng	59	100

Khối u có ngấm thuốc chiếm tỷ lệ khoảng 97%.

Bảng 3.1.9. Đặc điểm hình ảnh bờ của khối u

Hình ảnh bờ khối u	Số lượng	Tỷ lệ %
Đều rõ	15	26
Không đều, không rõ	44	74
Tổng	59	100

Kiểu bờ khối u không đều không rõ chiếm tỷ lệ 74% , kiểu bờ khối u đều rõ 26%.

Bảng 3.1.10. Phân bố mức độ nghi ngờ ác tính của hạch cổ

Độ ác tính của hạch cổ	Số lượng	Tỷ lệ %
Dạng lành tính	19	32
Dạng ác tính	40	68
Tổng	59	100

Hạch dạng ác tính chiếm tỷ lệ là 68%, lành tính 32%

3.2. Mối tương quan giữa các đặc điểm hình ảnh với mức độ ác tính của u

Bảng 3.2.1. Tương quan giữa hình ảnh trên T1W với độ ác tính của khối u

		Độ ác tính		Tổng
		Ác tính	Lành tính	
T1W	Giảm trên T1W	45	2	47
	Không giảm T1W	7	5	10
Tổng		52	7	59

Độ nhạy là 86%, độ đặc hiệu 71%, giá trị dự báo dương tính 95%, giá trị dự báo âm tính 42%.

Bảng 3.2.2. Tương quan giữa hình ảnh trên T2W với độ ác tính của khối u

	Độ ác tính			Tổng
		Ác tính	Lành tính	
T2W	Tăng trên T2W	44	1	45
	Không tăng T2W	8	6	13
Tổng		52	7	59

Độ nhạy 84 %, độ đặc hiệu 85%, giá trị dự báo dương tính 97%, giá trị dự báo âm tính 42%.

Bảng 3.2.3. Tương quan giữa hình ảnh trên STIR với độ ác tính của khối u

	Độ ác tính			Tổng
		Ác tính	Lành tính	
STIR	Tăng trên STIR	47	1	48
	Không tăng STIR	5	6	11
Tổng		52	7	59

Độ nhạy 90%, độ đặc hiệu 85%, giá trị dự báo dương tính 97%, giá trị dự báo âm tính 54%.

Bảng 3.2.4. Tương quan giữa hình ảnh trên T1W Gd với độ ác tính của khối u

	Độ ác tính			Tổng
		Ác tính	Lành tính	
T1W Gd	Tăng vừa và mạnh	45	2	47
	Không tăng	7	5	12
Tổng		52	7	59

Độ nhạy là 86%, độ đặc hiệu 71%, giá trị dự báo dương tính 95%, giá trị dự báo âm tính 42%.

Bảng 3.2.5. Tương quan giữa hình ảnh bờ khối u với độ ác tính của khối u

	Độ ác tính			Tổng
		Ác tính	Lành tính	
Bờ khối u	Không đều rõ	42	2	44
	Đều rõ	10	5	15
Tổng		52	7	59

Độ nhạy 80%, độ đặc hiệu 71%, giá trị dự báo dương tính 95% và giá trị dự báo âm tính 33%.

Bảng 3.2.6. Giá trị của cộng hưởng từ trong chẩn đoán u ác tính hầu họng

	Giải phẫu bệnh			Tổng
		Ác tính	Lành tính	
MRI	Ác tính	50	1	51
	Lành tính	2	6	8
Tổng		52	7	59

Kết quả nghiên của chúng tôi cho thấy trong chẩn đoán khối u ác tính vùng khoang miệng và hầu họng dựa tổng hợp các đặc điểm là u giảm tín hiệu trên T1W, tăng trên T2W và STIR, có ngấm thuốc cản từ, có sự lan rộng ra ít nhất 2 khoang cổ có độ nhạy là 96% và độ đặc hiệu 85%. Giá trị chẩn đoán dương tính thật 98%, giá trị dự báo dương tính giả 75%.

V. BÀN LUẬN

5.1. Về các đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

5.1.1. Tuổi

Tuổi trung bình của nghiên cứu là 59,6 tuổi, tuổi càng cao thì nguy cơ mắc bệnh càng nhiều, theo nghiên cứu của các tác giả thì nguyên nhân của u vùng khoang miệng và hầu họng có liên quan với rượu và thuốc lá, ngoài ra còn có thể kể tới một số loại virus như HPV, Epstein-Barr những tác nhân này cần có thời gian tiếp xúc đủ lâu để có thể gây ra tổn thương u [8].

Theo Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ công bố năm 2013 có tuổi trung bình mắc là 62 tuổi, rất hiếm gặp ở người trẻ tuổi, tuy nhiên có khoảng 1/4 xảy ra ở người trẻ hơn 55 tuổi. Tác giả Ahmed Abdel Khalek Abdel Razek và Ann King có độ tuổi mắc bệnh chủ yếu từ 40-60 tuổi [4], [8].

5.1.2. Giới

Tỷ lệ nam giới mắc bệnh gấp 2,5 lần so với nữ giới, theo Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ thì tỷ lệ này là nam/nữ=2/1. Hiệp hội này cũng nhận thấy tỷ lệ nam mắc bệnh có xu hướng tăng nhiều hơn ở độ tuổi trẻ hơn có liên quan với HPV. Tác giả Ahmed Abdel Khalek Abdel Razek có tỷ lệ nam/nữ lại cao hơn là 3/1 [3], [12].

5.2. Đặc điểm hình ảnh khối u trên cộng hưởng từ

Trên hình ảnh T1W khối u đa phần có kiểu tín hiệu khá đồng nhất và giảm tín hiệu với các cấu trúc xung quanh chiếm tỷ lệ gần 80%, kiểu tín hiệu giảm của u trên T1W có độ nhạy 86%, độ đặc hiệu 71% và giá trị dự báo dương tính 91%, tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Ahmed Abdel và Ann King khi nghiên cứu các ung thư của vùng hầu mũi tác giả nhận thấy các khối u vùng này thường có tín hiệu thấp trên T1W. T1W kết hợp với T1W FS có thuốc cản từ giúp chẩn đoán mức độ lan rộng và sự xâm lấn các cấu trúc như xương nền sọ, dây thần kinh sọ và xâm lấn vào đến màng não của tổn thương từ đó phân độ tổn thương thành các mức từ T1 đến T4 [4], [9], [10].

Trong các đặc điểm hình ảnh trên cộng hưởng từ chúng tôi nhận thấy các tính chất như khối u tăng tín hiệu trên T2W, tăng trên STIR và ngấm thuốc vừa và mạnh trên T1W có độ nhạy khá cao từ 84 đến 96%, độ đặc hiệu từ khoảng 71% đến 97% giá trị dự báo dương tính cao từ 90% đến 97%. Đặc điểm tăng tín hiệu trên xung STIR có độ nhạy và độ đặc hiệu cao nhất do vùng hầu họng có nhiều tổ chức mỡ bao quanh các cấu trúc giải phẫu của hầu họng và khi xóa mỡ thì các tổn thương tăng tín hiệu sẽ bộc lộ rõ hơn, đây là xung có giá trị nhất. Xung T1W vừa giúp đánh giá tổn thương đồng thời xung này cũng giúp xác định mức độ lan rộng của khối u, hình ảnh lan rộng của khối u có giá trị nhất trong việc đánh giá mức độ ác tính của khối u với độ nhạy 96% và độ đặc hiệu là 85%, giá trị

dự báo dương tính thật là 92%. Tác giả Min-Sik Kim và cộng sự nhận thấy có sự tương quan rất chặt chẽ ($r=0.88$) giữa mức độ xâm lấn sâu của khối u vùng khoang miệng và hầu họng với mức độ ác tính trên giải phẫu bệnh [9], [10]; T1W không tiêm thuốc cản từ có khả năng giúp chẩn đoán chính xác sự xâm lấn của khối u vào các cấu trúc xung quanh đặc biệt xâm lấn vào tủy xương với hình ảnh giảm tín hiệu mỡ của tủy xương trên T1W; còn T2W và STIR rất nhạy để phát hiện tổn thương; đặc biệt MRI rất hữu ích để phân biệt thương tổn u hay tổn thương viêm nhiễm ở vùng khoang miệng; việc lựa chọn điều trị các tổn thương u của khoang miệng sẽ dựa trên kết luận của hình ảnh cộng hưởng từ sau khi có kết quả giải phẫu bệnh. MRI cũng là phương tiện chính để theo dõi sau điều trị u vùng hầu [11].

Kích thước khối u trung bình của khối u trong nghiên cứu là khoảng 3,17cm không thấy có mối tương quan giữa kích thước khối u với mức độ ác tính, tuy nhiên kích thước khối u cũng là một yếu tố rất quan trọng trong việc điều trị nhưng hiện nay chưa được sử dụng vào các tiêu chuẩn để phân giai đoạn của khối u do việc đo đặc kích thước của khối u chưa được thống nhất, còn phụ thuộc vào kỹ thuật đo và người đo, để khắc phục vấn đề này các nhà khảo sát đang xây dựng một chương trình đo khối u một cách tự động cho máy tính thì khi đó các sai số sẽ là sai số hệ thống không phụ thuộc vào yếu tố chủ quan và có lẽ khi đó thì kích thước khối u rất có giá trị để phân độ khối u [4].

Cộng hưởng từ rất có giá trị trong việc đánh giá tổn thương hạch, trên hình ảnh MRI giúp đo chính xác kích thước của khối u, đánh giá cấu trúc mỡ rốn hạch và hình ảnh phá vỡ vỏ của hạch từ đó giúp đánh giá hạch ổ ở bệnh nhân khối u vùng vòm và khoang miệng tương đương với siêu âm, hơn nữa trên cộng hưởng từ có tiêm thuốc cản từ còn giúp khảo sát tính chất bắt thuốc của hạch góp phần phân loại hạch là lành tính, nghi ngờ hay dạng ác tính.[4].

VI. KẾT LUẬN

Cộng hưởng từ có giá trị trong chẩn đoán các khối u vùng khoang miệng và hầu họng, có giá trị trong việc chẩn đoán giai đoạn u với độ nhạy và độ tin cậy cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quốc Bảo, (2010), *Điều trị phẫu thuật bệnh ung thư-ung thư họng miệng*, Nhà xuất bản Y học, tr 117.
2. Nguyễn Trọng Minh, Đào Duy Khanh (2011), *Nhận xét bước đầu về tình hình ung thư vòm tại phía nam nhân 500 trường hợp được chẩn đoán tại Phòng khám Tai mũi họng Bệnh viện Chợ Rẫy thành phố Hồ Chí Minh*, Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, phụ bản số 7.
3. Nguyễn Quang Quyền, (2007), *Giải phẫu đầu mặt cổ*, Nhà xuất bản Y học, trang 79.
4. Ahmed Abdel Khalek Abdel Razek, Ann King, *MRI and CT of Nasopharyngeal Carcinoma*, AJR:198, January 2012.
5. Brown LM, Check DP, Devesa SS. , (2011), *Oropharyngeal cancer incidence trends: diminishing racial disparities*, Epub 2011 Mar 5, 22(5):753-63..
6. American Cancer Society, *Oral cavity and Oropharyngeal cancer*, American Cancer Society 2013, access at www.cancer.gov.
7. *Oral Cavity and Oropharyngeal Cancer Globally, as of 2010*, access at: <http://www.cancer.net/cancer-types/oral-and-oropharyngeal-cancer/statistics>
8. Naoko Saito, MD, PhD, Rohini N. Nadgir, MD, (2012), *Posttreatment CT and MRI imaging in head and neck cancer: What the radiologist need to know*, RadioGraphics 2012;32:1261–1282.
9. Min-Sik Kim, MD, PhD, Kwang-Jae Cho, (2007), *Invasion Depth by MRI in Oral-Oropharyngeal Cancer*, Otolaryngol Head Neck Surg August 2010, vol. 143 no. 2 suppl P64. Access at: http://oto.sagepub.com/content/143/2_suppl/P64.1.full
10. *Imaging tests for throat cancer*, access at: <http://www.cancercenter.com/throat-cancer/imaging-tests/>
11. Sigal.R,Zagdanski A.M, Schwaab.G, *CT and MR imaging of squamous cell carcinoma of the tongue and floor of the mouth*. Access at: <http://radiographics.16.4.8835972>
12. *Soft Tissue Tumors of the Head and Neck: Imaging-based Review of the WHO Classification 2011*, RSNA Radiographic, Volumn 11, issue 7, access at: <http://pubs.rsna.org/doi/full/10.1148/rg.317115095>
13. Ligier K, Belot A, Launoy G, Velten M, Bossard N, Iwaz J, Righini CA, Delafosse P, Guizard AV, (2011), *Descriptive epidemiology of upper aerodigestive tract cancers in France: incidence over 1980-2005 and projection to 2010*, *Oral Oncol.* 2011, Apr;47(4):302-7.

TÓM TẮT

Giới thiệu: Bệnh lý u vùng khoang miệng và hầu họng ngày càng phổ biến và là nhóm bệnh lý trong luôn nằm trong nhóm 10 bệnh lý hàng đầu hiện nay. Khoang miệng và hầu họng có cấu tạo phức tạp hạn chế thăm khám của các phương tiện cận lâm sàng; CT scan từ lâu đã được dùng để đánh giá giai đoạn của ung thư vòm mũi họng đặc biệt là để phát hiện khối liên quan với nền sọ xương do tổn thương gây tiêu xương hoặc đặc xương, hiện nay hầu hết mọi nơi MRI đã thay thế CT trong việc chẩn đoán và theo dõi đánh giá bệnh, CT chủ yếu còn dùng để lập kế hoạch xạ trị, phối hợp với PET để phát hiện di căn và tái phát sau điều trị. MRI là kỹ thuật cho những hình ảnh có giá trị cao trong chẩn đoán bệnh lý mô mềm, không bị nhiễu ảnh do các cấu trúc xương, không khí, lại cung cấp hình ảnh giải phẫu tốt về cả 3 chiều của vùng khoang miệng và hầu họng trên xương móng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu ngang, những bệnh nhân phát hiện có khối u vùng khoang miệng và hầu họng được chỉ định chụp cộng hưởng. Loại trừ những bệnh nhân đã được điều trị khối u và bệnh nhân không có kết quả giải phẫu bệnh.

Phương tiện nghiên cứu: Máy cộng hưởng từ Siemens 3.0Tesla Model Verio A Tim System T-class, Coil 3T neck A Tim System của Siemens, Thuốc cản từ Dotarem 10ml. Chụp MRI với các xung sau: TIRM Cor, Ax và Sag

T1W; Ax và Sag T2W; Ax, Cor và Sag T1 FS+Gd. Mô tả từng đặc điểm hình ảnh của khối u trên MRI theo các xung trên và so sánh các đặc điểm hình ảnh của khối u với kết quả giải phẫu bệnh để tìm ra sự tương quan giữa chẩn đoán MRI so với kết quả giải phẫu bệnh.

Kết quả nghiên cứu: Tuổi trung bình là 59,6 tuổi. Tỷ lệ nam/ nữ = 2,5/1. Phân bố vị trí u ở khoang miệng 35,6%, hạ hầu trên xương móng 23,8% và hầu mũi 22%, hầu miệng 18%. Kích thước trung bình của khối u 3,17cm \pm 1,6. Khoảng 80% khối u giảm tín hiệu trên T1W, 76% tăng trên T2W, 81% tăng trên STIR, 79% khối u ngấm thuốc trung bình và mạnh. Khoảng 79% khối u có bờ không đều giới hạn không rõ, hạch dạng ác tính trên MRI chiếm khoảng 68%. Khả năng chẩn đoán mức độ ác tính của khối u trên T1W có độ nhạy là 86%, độ đặc hiệu 71%, giá trị dự báo dương tính 95%, trên xung T2W có độ nhạy 84 %, độ đặc hiệu 85%, giá trị dự báo dương tính 97%. Trên xung STIR có độ nhạy 90%, độ đặc hiệu 85%, giá trị dự báo dương tính 97%, giá trị dự báo âm tính 54%. Khối u có kiểu ngấm thuốc trung bình và có độ nhạy 86% độ đặc hiệu 71%, giá trị dự báo dương tính 95%. Hạch dạng ác tính có khả năng chẩn đoán mức độ ác tính với độ nhạy 69%, độ đặc hiệu 42%, giá trị dự báo dương tính 90%.

Kết luận: Cộng hưởng từ có giá trị trong chẩn đoán các khối u vùng khoang miệng và hầu họng, có giá trị trong việc chẩn đoán giai đoạn u với độ nhạy và độ tin cậy cao.

Từ khóa: U khoang miệng và hầu, cộng hưởng từ.

Người liên hệ: Nguyễn Văn Hương, Email: huongyk2007@gmail.com

Ngày nhận bài: 20. 6. 2015

Ngày chấp nhận đăng: 1.7. 2015