

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ CỦA U KHOANG CẠNH HỌNG: BÁO CÁO LOẠT 10 TRƯỜNG HỢP CÓ ĐỐI CHIẾU GIẢI PHẪU BỆNH

Bùi Thanh Quang¹ và Phạm Hồng Đức^{1,2,3,✉}

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

³Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ (MRI) của u khoang cạnh họng có đối chiếu giải phẫu bệnh, đồng thời nhấn mạnh giá trị định khu tổn thương trước mổ. Hồi cứu 10 trường hợp được phẫu thuật tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương giai đoạn 01/2023 - 03/2026. Dữ liệu thu thập gồm lâm sàng, vị trí tổn thương, tín hiệu T1W/T2W, khuếch tán (DWI/ADC), kiểu ngấm thuốc, bờ u, xâm lấn, hạch cổ và giải phẫu bệnh. Tuổi trung vị 48,5; tỷ lệ nam nữ tương đương. Bảy khối u thuộc khoang trước trâm, 2 khối thuộc khoang sau trâm và 1 khối lan cả hai khoang. Giải phẫu bệnh cho thấy 7 u lành tính và 3 u ác tính. U đa hình là loại u lành tính gặp nhiều nhất, còn ung thư biểu mô biểu bì nhầy là loại ác tính gặp nhiều nhất. Các tổn thương lành tính thường có bờ rõ và không kèm hạch cổ bất thường; trong khi tổn thương ác tính thường có bờ thâm nhiễm, ngấm thuốc không đồng nhất, hạn chế khuếch tán rõ hơn và/hoặc xâm lấn cơ lân cận. MRI có vai trò hữu ích trong định khu tổn thương, gợi ý nguồn gốc mô học và hỗ trợ lập kế hoạch phẫu thuật trước mổ.

Từ khóa: U khoang cạnh họng, cộng hưởng từ, khoang trước trâm, khoang sau trâm, tuyến nước bọt, schwannoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khoang cạnh họng (parapharyngeal space - PPS) là khoang mỡ sâu của vùng đầu cổ, kéo dài từ nền sọ đến mức xương móng và được chia thành khoang trước trâm và khoang sau trâm bởi mạc trâm - mạch. PPS có liên quan chặt chẽ với tuyến mang tai sâu, bó mạch cảnh, chuỗi giao cảm cổ và nhiều dây thần kinh sọ; do đó, các tổn thương tại đây rất đa dạng về nguồn gốc mô học. U nguyên phát của PPS hiếm gặp, chỉ chiếm khoảng 0,5% - 1% u đầu cổ, trong đó đa số là u lành tính.¹⁻⁴

Do vị trí sâu và triệu chứng lâm sàng thường nghèo nàn, chẩn đoán trước mổ chủ yếu dựa

vào chẩn đoán hình ảnh. MRI có ưu thế trong định khu khoang tổn thương, đánh giá thành phần nang - đặc, hoại tử, mối liên quan với mạch, thần kinh và các cấu trúc lân cận, từ đó hỗ trợ lựa chọn đường tiếp cận phẫu thuật.^{1,3-5} Tuy vậy, một dấu hiệu tín hiệu đơn lẻ trên T1W hoặc T2W thường không đủ để khẳng định bản chất lành - ác; việc diễn giải cần đặt trong bối cảnh khoang xuất phát, hướng đẩy bó mạch cảnh, bờ u và các dấu hiệu xâm lấn.⁶⁻⁸

Tại Việt Nam, dữ liệu mô tả loạt ca u khoang cạnh họng có đối chiếu giải phẫu bệnh còn hạn chế. Giá trị thực hành của nghiên cứu này không nằm ở việc xây dựng tiêu chí chẩn đoán mới hay đánh giá độ chính xác của MRI, mà ở việc mô tả các mẫu hình hình ảnh thường gặp trong một loạt ca có xác nhận mô bệnh học, nhấn mạnh giá trị định khu của MRI và bổ sung kinh

Tác giả liên hệ: Phạm Hồng Đức

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: phamhongduc@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 29/04/2026

Ngày được chấp nhận: 08/06/2026

nghiệm trong bối cảnh lâm sàng trong nước. Vì vậy, nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm hình ảnh MRI của 10 trường hợp u khoang cạnh họng có đối chiếu giải phẫu bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Nghiên cứu bao gồm toàn bộ các trường hợp đủ tiêu chuẩn được chẩn đoán u khoang cạnh họng, có chụp MRI trước mổ và có kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương trong thời gian từ 01/01/2023 đến 01/03/2026.

Tiêu chuẩn lựa chọn: (1) tổn thương nằm tại PPS hoặc lan chủ yếu vào PPS trên MRI; (2) có đầy đủ tối thiểu các chuỗi xung T1W, T2W, DWI kèm bản đồ ADC và chuỗi T1W sau tiêm thuốc đối quang từ; (3) có hồ sơ lâm sàng và kết quả giải phẫu bệnh sau mổ.

Tiêu chuẩn loại trừ: hồ sơ thiếu dữ liệu hình ảnh cốt lõi, không có xác nhận mô bệnh học hoặc không phẫu thuật tại cơ sở nghiên cứu.

2. Phương pháp

Nghiên cứu được thiết kế hồi cứu mô tả loạt ca bệnh. Cỡ mẫu là toàn bộ các trường hợp đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Các biến số thu thập gồm tuổi, giới, triệu chứng khởi phát, bên tổn thương, khoang xuất phát trên MRI, đặc điểm tín hiệu trên T1W/T2W, khuếch tán trên DWI/ADC, kiểu ngấm thuốc, thành phần nang/hoại tử, bờ u, dấu hiệu xâm lấn cấu trúc lân cận, hạch cổ bất thường, phương pháp phẫu thuật và chẩn đoán giải phẫu bệnh.

Các thăm khám MRI được thực hiện theo quy trình thường quy đánh giá u đầu cổ của bệnh viện, trong đó các trường hợp đưa vào nghiên cứu đều có tối thiểu các chuỗi axial/coronal T1W, T2W, DWI với bản đồ ADC và T1W sau tiêm. Do đây là nghiên cứu hồi cứu trên dữ liệu thường quy kéo dài hơn 3 năm, một số thông số kỹ thuật chi tiết như model máy,

từ lực, b-value, độ dày lát cắt và liều thuốc đối quang từ không còn truy xuất đồng nhất ở tất cả hồ sơ lưu trữ; vì vậy các thông số này không được đưa vào phân tích so sánh và được xem là hạn chế của nghiên cứu.

Hình ảnh được rà soát lại trên hệ thống lưu trữ ảnh của bệnh viện theo phiếu thu thập chuẩn hóa của nhóm nghiên cứu. Việc định khu khoang xuất phát dựa trên tương quan giải phẫu chuẩn của PPS, đặc biệt là hướng dịch chuyển lớp mỡ PPS và bó mạch cảnh. Trong nghiên cứu này, “hạn chế khuếch tán” được ghi nhận khi tổn thương tăng tín hiệu trên DWI và giảm tín hiệu tương ứng trên bản đồ ADC ở mức đánh giá định tính; “bờ thâm nhiễm/không rõ” được xác định khi khối u mất ranh giới rõ với mô lân cận hoặc làm mờ mặt phẳng mỡ kế cận; “xâm lấn cơ lân cận” được xác định khi có mất ranh giới giải phẫu kèm tín hiệu u lan liên tục vào cơ; “hạch cổ bất thường” là hạch có hình thái nghi ngờ ác tính như hoại tử trung tâm, mất rốn mỡ, tròn bất thường hoặc ngấm thuốc không đồng nhất.^{1,3,7}

Do cỡ mẫu nhỏ và mục tiêu nghiên cứu mang tính mô tả, chúng tôi chỉ sử dụng thống kê mô tả với tần số, tỷ lệ và trung vị. Nghiên cứu không được thiết kế để đánh giá độ tương hợp giữa các người đọc hoặc hiệu năng chẩn đoán của MRI.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng dữ liệu hồi cứu từ hồ sơ bệnh án và hình ảnh lưu trữ, không làm thay đổi chỉ định chẩn đoán hoặc điều trị của người bệnh. Tất cả dữ liệu được mã hóa nhằm bảo mật thông tin cá nhân.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu ghi nhận 10 người bệnh, tuổi từ 16 đến 76, trung vị 48,5; trong đó có 5 nam và 5 nữ. Triệu chứng được ghi nhận đa dạng, thường gặp nhất là khối đầy lồi thành bên họng hoặc vùng hầu họng (3/10 trường hợp), ngoài

ra còn có đau khi nuốt, khó thở, đau vùng góc hàm lan tai, ù tai hoặc phát hiện tinh cờ. Hai hồ sơ không ghi nhận triệu chứng cơ năng điển hình tại thời điểm vào viện.

Về định khu, 7/10 khối u thuộc khoang trước trâm, 2/10 khối u thuộc khoang sau trâm và 1/10 trường hợp lan cả hai khoang. Tất cả người bệnh đều được phẫu thuật. Giải phẫu bệnh cho thấy 7/10 u lành tính và 3/10 u ác tính. Trong nhóm lành tính, u đa hình tuyến nước bọt gặp nhiều nhất (3 trường hợp), tiếp theo là schwannoma (2 trường hợp), u tuyến tế bào đáy và ganglioneuroma. Trong nhóm ác tính, carcinoma biểu bì nhầy gặp 2 trường hợp và neuroblastoma gặp 1 trường hợp.

Xét ở góc độ định hướng lâm sàng trước mổ, MRI giúp phân nhóm tổn thương theo khoang và mức độ nghi ngờ ác tính. Xét theo nguồn gốc mô bệnh học, có 6 tổn thương nguồn gốc tuyến nước bọt; trong đó 5 trường hợp khu trú ở khoang trước trâm và 1 trường hợp lan cả hai khoang. Trong 3 tổn thương nguồn gốc thần kinh, 2 trường hợp nằm ở khoang sau trâm. Cả 3 trường hợp có bờ thâm nhiễm/không đều kèm xâm lấn cơ hoặc hạch cổ bất thường đều thuộc nhóm ác tính trên giải phẫu bệnh. Về xử trí, đường cổ được lựa chọn chủ yếu ở các tổn thương kích thước lớn, lan nhiều khoang hoặc có dấu hiệu nghi ngờ ác tính/xâm lấn, trong khi đa số tổn thương bờ rõ, khu trú được tiếp cận qua đường miệng.

Ở mức độ mô tả, các dấu hiệu giúp gợi ý nhóm u ác tính rõ nhất trong loạt ca này là bờ thâm nhiễm/không đều, xâm lấn cơ lân cận, hoại tử trong u và hạch cổ bất thường. Trên DWI/ADC, cả 3 u ác tính đều có hạn chế khuếch tán; tuy nhiên trong nhóm lành tính vẫn có 5/7 trường hợp có hạn chế khuếch tán toàn bộ hoặc một phần, chủ yếu ở thành phần đặc, cho thấy dấu hiệu khuếch tán định tính đơn thuần không đủ để khẳng định bản chất ác tính.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, MRI, điều trị và giải phẫu bệnh của 10 trường hợp

Trường hợp	Tuổi, giới	Triệu chứng nổi bật	Vị trí khối u trên MRI	T1W/T2W	DWI/ADC (Hạn chế khuếch tán)	Sau tiêm, bờ, xâm lấn, hạch	Đường phẫu thuật	Kết quả GPB
Case 1	Nữ, 16	Đau khi nuốt, khó thở	Trái; khoang trước trâm	Đồng T1, tăng T2	Có	Ngấm mạnh gần đồng nhất; bờ không đều, xâm lấn cơ chân bướm; hạch (-)	Miệng	U nguyên bào thần kinh biệt hóa vừa (neuroblastoma)

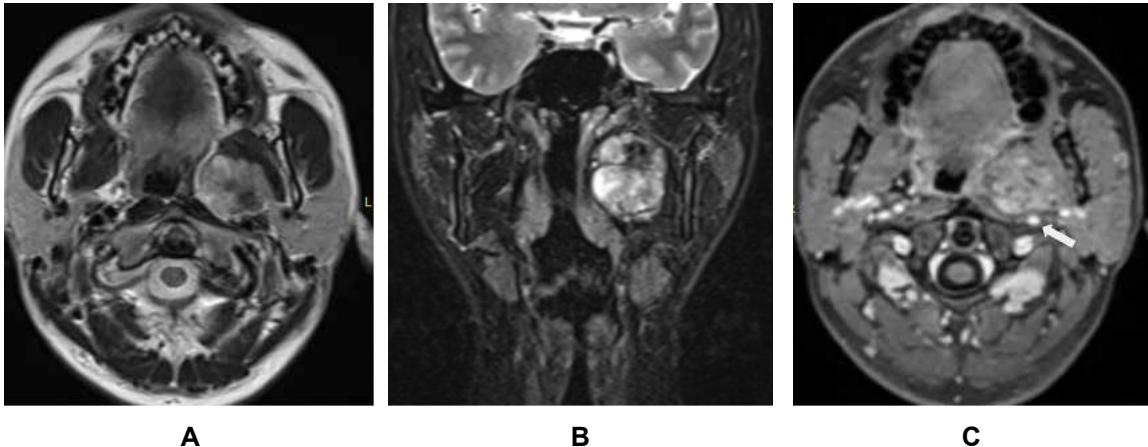
Trường hợp	Tuổi, giới	Triệu chứng nổi bật	Vị trí khối u trên MRI	T1W/T2W	DWI/ADC (Hạn chế khuếch tán)	Sau tiêm, bờ, xâm lấn, hạch	Đường phẫu thuật	Kết quả GPB
Case 2	Nam, 42	Ù tai phải	Phải; khoang trước trâm	Giảm nhẹ T1, T2 hỗn hợp	Có	Ngấm mạnh không đồng nhất; bờ rõ; hạch (-)	Miệng	Schwannoma lành tính
Case 3	Nữ, 76	Khối đầy lồi thành bên họng phải	Phải; khoang trước trâm	Dạng nang; tăng T1/T2	Không	Thành ngấm mạnh; bờ rõ; hạch (-)	Miệng	U tuyến tế bào đáy
Case 4	Nam, 41	Phát hiện tình cờ	Trái; khoang trước trâm	Giảm T1, T2 hỗn hợp	Có một phần	Ngấm không đồng nhất; bờ rõ; hạch (-)	Miệng	U đa hình tuyến nước bọt
Case 5	Nam, 69	Khối đầy lồi thành bên họng	Trái; khoang trước trâm	Đặc - nang, phần đặc ưu thế; T1 phần đặc giảm, T2 hỗn hợp	Có một phần	Ngấm không đồng nhất; bờ rõ; hạch (-)	Cổ	U đa hình tuyến nước bọt
Case 6	Nữ, 29	Sờ thấy khối khi nuốt	Trái; khoang sau trâm	Đồng T1, T2 hỗn hợp	Không	Ngấm mạnh không đồng nhất; bờ rõ; hạch (-)	Miệng	Schwannoma lành tính

Trường hợp	Tuổi, giới	Triệu chứng nổi bật	Vị trí khối u trên MRI	T1W/T2W	DWI/ADC (Hạn chế khuếch tán)	Sau tiêm, bờ, xâm lấn, hạch	Đường phẫu thuật	Kết quả GPB
Case 7	Nữ, 71	Không ghi nhận rõ trong hồ sơ	Phải; khoang trước trâm	Đặc - nang, phần nang ưu thế; T1 phần đặc giảm, tăng T2	Có ở phần đặc	Phần đặc ngấm mạnh; bờ rõ; hạch (-)	Miệng	U đa hình tuyến nước bọt
Case 8	Nam, 51	Khối vùng họng kèm đau	Phải; khoang trước trâm	Tăng nhẹ T1, T2 hỗn hợp	Có	Ngấm mạnh không đồng nhất; bờ không đều, mờ với cơ chân bướm; hạch (-)	Cổ	Carcinoma biểu bì nhầy độ ác tính trung gian
Case 9	Nam, 55	Đau góc hàm phải lan tai phải	Phải; lan cả khoang trước và sau trâm	Đồng T1, T2 hỗn hợp	Có mạnh	Ngấm mạnh kèm hoại tử; bờ không đều, xâm lấn cơ chân bướm; hạch hoại tử nhóm II cổ phải	Cổ	Carcinoma biểu bì nhầy
Case 10	Nữ, 46	Không ghi nhận rõ trong hồ sơ	Trái; khoang sau trâm	Dịch - đặc; giảm T1, tăng T2	Có ở phần đặc	Ngấm không đồng nhất; bờ rõ; hạch (-)	Cổ	U hạch thần kinh (ganglioneuroma)

Bảng 2. Đối chiếu mô tả một số dấu hiệu MRI giữa nhóm lành tính và ác tính

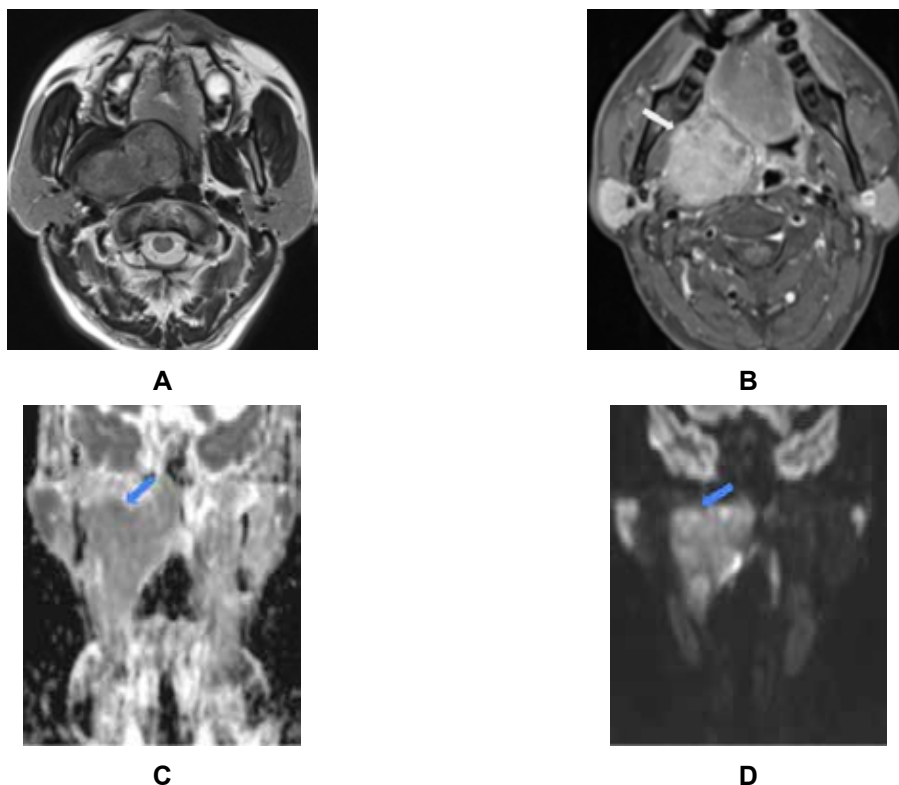
Dấu hiệu mô tả	Nhóm lành tính (n = 7)	Nhóm ác tính (n = 3)
Khoang trước trâm hoặc lan cả hai khoang	5/7	3/3
Bờ rõ, ranh giới đều	7/7	0/3
Xâm lấn cơ lân cận	0/7	3/3
Hoại tử trong u	0/7	1/3
Hạch cổ bất thường	0/7	1/3
Hạn chế khuếch tán (toàn bộ hoặc một phần)	5/7	3/3

Ba hình minh họa dưới đây đại diện cho một u đa hình tuyến nước bọt khoang trước trâm, một carcinoma biểu bì nhầy ác tính khoang trước trâm và một schwannoma khoang sau trâm.

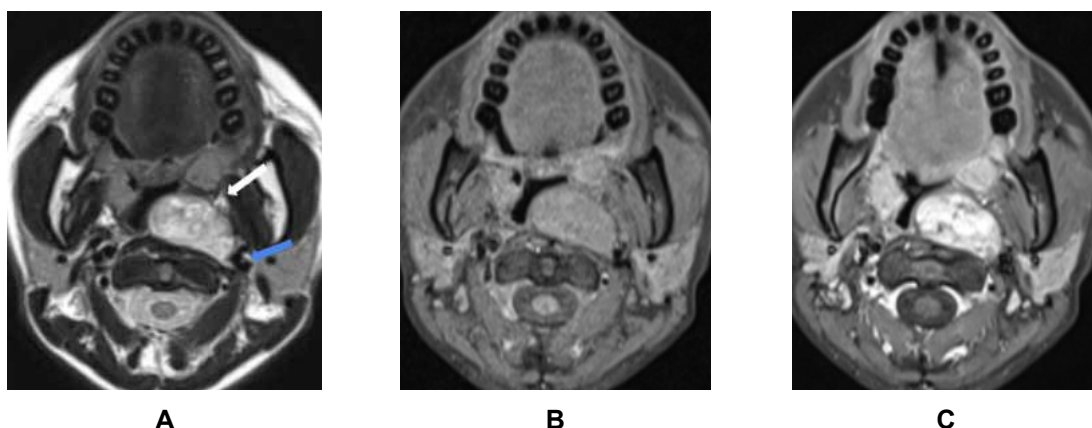


Hình 1. Trường hợp số 4. T2W axial (A) và T2W coronal có xóa mỡ (B) cho thấy khối u nằm ở khoang trước trâm trái, kích thước khoảng 31 x 27 x 29 mm, làm mất lớp mỡ PPS, tổn thương có tín hiệu T2W hỗn hợp. T1W sau tiêm (C) cho thấy khối ngấm thuốc không đồng nhất, và đẩy động mạch cảnh trong ra sau (mũi tên).

Giải phẫu bệnh sau mổ: u đa hình tuyến nước bọt



Hình 2. Trường hợp số 8. T2W axial (A) và T1W sau tiêm (B) cho thấy khối u khoang trước trâm phải, kích thước khoảng 55 x 29 x 59 mm, làm mất lớp mỡ PPS, đẩy động mạch cảnh trong ra sau, và ngấm thuốc không đồng nhất. Tổn thương có bờ thâm nhiễm, xâm lấn cơ chân bướm ngoài (mũi tên). DWI/ADC (C, D) cho thấy vùng hạn chế khuếch tán (mũi tên). Giải phẫu bệnh sau mổ: carcinoma biểu bì nhầy độ ác tính trung gian



Hình 3. Trường hợp số 6. T2W axial (A) và T1W trước tiêm (B) cho thấy khối u khoang sau trâm trái, kích thước khoảng 52 x 23 x 36 mm, đẩy lớp mỡ PPS ra trước (mũi tên trắng) và lệch bó mạch cảnh ra ngoài (mũi tên xanh), tổn thương có tín hiệu T2W hỗn hợp. T1W sau tiêm (C) cho thấy khối ngấm thuốc mạnh không đồng nhất nhưng vẫn có bờ rõ. Giải phẫu bệnh sau mổ: schwannoma lành tính

IV. BÀN LUẬN

Loạt ca của chúng tôi cũng cố nhận định chung trong y văn là: u khoang cạnh họng là bệnh lý hiếm gặp nhưng phần lớn là lành tính.^{2,9,10} Tỷ lệ 70% u lành tính trong nghiên cứu này gần với các báo cáo lớn trước đây, trong đó u đa hình tuyến nước bọt và các u thần kinh là hai nhóm thường gặp nhất. Sự phân bố mô bệnh học của loạt ca cũng phù hợp với đặc điểm giải phẫu của PPS, khi khoang trước trâm chủ yếu liên quan nguồn gốc tuyến nước bọt, còn khoang sau trâm thường liên quan nguồn gốc thần kinh hoặc chuỗi giao cảm.

Giá trị thực hành chính của nghiên cứu là nhấn mạnh vai trò định khu của MRI trong loạt ca có xác nhận mô bệnh học. Ở hầu hết trường hợp, việc phân biệt khoang trước trâm với khoang sau trâm dựa trên lớp mỡ PPS và hướng đẩy bó mạch cảnh giúp định hướng nhóm tổn thương trước khi có kết quả mô bệnh học. Xét về định hướng lâm sàng, dữ liệu hồi cứu của chúng tôi không đủ đồng nhất để thực hiện phân tích chính thức mức độ phù hợp giữa chẩn đoán mô tả trước mổ từng ca và giải phẫu bệnh sau mổ. Trong loạt ca này, các tổn thương nguồn gốc tuyến nước bọt chủ yếu gặp ở khoang trước trâm, trong khi đa số tổn thương nguồn gốc thần kinh nằm ở khoang sau trâm. Phân bố này phù hợp với đặc điểm giải phẫu của PPS và củng cố giá trị định khu của MRI trong định hướng nguồn gốc tổn thương trước mổ. Bên cạnh đó, các trường hợp có bờ thâm nhiễm/không đều kèm xâm lấn cơ hoặc hạch cổ bất thường đều thuộc nhóm ác tính. Vì vậy, đóng góp thực hành chính của MRI trong loạt ca này là thu hẹp chẩn đoán phân biệt theo khoang và nhận diện những trường hợp cần chiến lược tiếp cận phẫu thuật rộng hơn, hơn là xác lập chẩn đoán mô học xác định trước mổ.^{1,3-5}

DWI/ADC được đề cập nhiều trong y văn

gần đây, nhưng dữ liệu của chúng tôi chỉ cho phép đánh giá định tính chứ không có số đo ADC chuẩn hóa, vì vậy chúng tôi đã bàn luận theo hướng thận trọng hơn. Quan sát của loạt ca cho thấy hạn chế khuếch tán có thể gặp ở cả tổn thương lành và ác, đặc biệt ở các u có thành phần đặc tế bào. Do đó, dấu hiệu khuếch tán chỉ nên được xem là một thành tố hỗ trợ khi kết hợp với vị trí, bờ u, kiểu ngấm thuốc và dấu hiệu xâm lấn; điều này phù hợp với nhận xét của Kunimatsu và cộng sự rằng giá trị ADC đơn thuần không đủ mạnh để phân biệt một số nhóm tổn thương thường gặp như u đa hình tuyến nước bọt và schwannoma.⁸ Đồng thời, các báo cáo gần đây cũng cho thấy MRI thường quy có giá trị định hướng tốt nhưng độ chính xác diễn giải vẫn phụ thuộc bối cảnh lâm sàng và đối chiếu mô bệnh học, đặc biệt ở các trường hợp không điển hình.¹¹

Một điểm cần lưu ý là trường hợp neuroblastoma ở bệnh nhân nữ 16 tuổi. Đây là mô bệnh học rất hiếm gặp trong vùng PPS. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương này biểu hiện bằng bờ không đều, xâm lấn cơ chân bướm và hạn chế khuếch tán, gợi ý bản chất ác tính hơn là u tuyến nước bọt lành tính. Do thiết kế nghiên cứu chỉ tập trung mô tả hình ảnh của các tổn thương hiện diện chủ yếu tại PPS và không nhằm xác định nguồn gốc nguyên phát của từng loại u hiếm, chúng tôi chỉ bàn luận trường hợp này như một ngoại lệ mô bệnh học quan trọng, nhấn mạnh phổ bệnh lý PPS có thể rộng hơn các nhóm tổn thương thường gặp.

Trong loạt ca này, các dấu hiệu hình ảnh gợi ý ác tính quan sát được gồm bờ thâm nhiễm/không đều, xâm lấn cơ lân cận, hoại tử trong u và hạch cổ bất thường. Mẫu hình này phù hợp với báo cáo của Vargas và cộng sự, trong đó bờ thâm nhiễm trên CT/MRI có độ đặc hiệu cao trong dự báo mô học ác tính ở các khối

u khoang trước trâm.⁷ Tuy nhiên, do chỉ có 3 trường hợp ác tính, chúng tôi không xem đây là tiêu chí khẳng định mà chỉ là quan sát mô tả trong loạt ca nhỏ tại một trung tâm.

Về mặt ứng dụng, MRI trước mổ không chỉ giúp gợi ý bản chất tổn thương mà còn hỗ trợ lựa chọn đường tiếp cận phẫu thuật, đặc biệt đối với các u lành tính bờ rõ và được định khu tốt.^{5,12} Với các tổn thương có tín hiệu T2 thấp hoặc hình thái không điển hình tại PPS, phở chẩn đoán phân biệt vẫn khá rộng và cần lưu ý cả những tổn thương hiểm hơn mô tả kinh điển.¹³ Ngoài ra, u tuyến tế bào đáy là tổn thương hiểm tại PPS và có thể biểu hiện dạng nang hoặc giả nang, dễ chồng lấp với các tổn thương dạng nang khác nếu chỉ dựa vào hình thái đại thể trên MRI.¹⁴

Nghiên cứu còn một số hạn chế: cỡ mẫu nhỏ, thiết kế hồi cứu, thu nhận tại một trung tâm, chưa có thông số kỹ thuật MRI truy xuất đầy đủ cho mọi ca, chưa có số đo ADC định lượng chuẩn hóa, chưa đánh giá độ lặp lại giữa các bác sĩ đọc phim, chưa có dữ liệu chuẩn hóa để phân tích mức độ phù hợp giữa chẩn đoán hình ảnh trước mổ chi tiết và giải phẫu bệnh sau mổ, và một số dữ liệu lâm sàng chưa được ghi nhận đầy đủ trong hồ sơ. Dù vậy, loạt ca vẫn có giá trị thực hành vì được đối chiếu giải phẫu bệnh và phản ánh tương đối đầy đủ sự đa dạng mô bệnh học của u PPS trong bối cảnh lâm sàng thực tế, bổ sung dữ liệu trong nước về giá trị định khu của MRI đối với u PPS.

V. KẾT LUẬN

Trong loạt ca có đối chiếu giải phẫu bệnh này, MRI cho thấy vai trò hữu ích trong định khu tổn thương PPS, đánh giá liên quan giải phẫu và gợi ý bản chất tổn thương trước mổ. Các dấu hiệu gợi ý ác tính quan sát được trong loạt ca này gồm bờ thâm nhiễm/không đều, xâm lấn cơ lân cận, hoại tử trong u và hạch cổ bất

thường; ngược lại, các u lành tính thường có bờ rõ và không có dấu hiệu xâm lấn. Kết quả nghiên cứu nên được hiểu như dữ liệu mô tả ban đầu tại một trung tâm, tạo cơ sở cho các nghiên cứu đa trung tâm với cỡ mẫu lớn hơn và có phân tích định lượng sâu hơn.

LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn các đồng nghiệp khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương và Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn đã hỗ trợ thu thập số liệu và hoàn thiện nghiên cứu này.

Nguồn tài chính: không. Xung đột lợi ích: không.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Shin JH, Lee HK, Kim SY, Choi CG, Suh DC. Imaging of parapharyngeal space lesions: focus on the prestyloid compartment. *AJR Am J Roentgenol*. 2001; 177(6): 1465-1470. doi:10.2214/ajr.177.6.1771465.
2. Kuet ML, Kasbekar AV, Masterson L, Jani P. Management of tumors arising from the parapharyngeal space: a systematic review of 1,293 cases reported over 25 years. *Laryngoscope*. 2015; 125(6): 1372-1381. doi:10.1002/lary.25077.
3. Rigsby RK, Bhatt AA. Primary pathology of the parapharyngeal space. *Clin Neuroradiol*. 2023; 33(4): 897-906. doi:10.1007/s00062-023-01316-9.
4. Rai P, Bhattacharya K, Rastogi S, Joshi P, Rabade K, Shetty N, Kulkarni S. Beyond the throat: imaging of parapharyngeal space lesions. *Clin Radiol*. 2024; 79(12): 912-920. doi:10.1016/j.crad.2024.08.030.
5. Vogl TJ, Burck I, Stöver T, Helal R. Parapharyngeal space: diagnostic imaging and intervention. *Rofo*. 2025; 197(6): 638-647. doi:10.1055/a-2419-9782.

6. Matsuki T, Miura K, Tada Y, Masubuchi T, Fushimi C, Kanno C, Takahashi H, Kamata S, Okamoto I, Miyamoto S, et al. Classification of tumors by imaging diagnosis and preoperative fine-needle aspiration cytology in 120 patients with tumors in the parapharyngeal space. *Head Neck*. 2019; 41(5): 1277-1281. doi:10.1002/hed.25552.
7. Vargas N, Assadsangabi R, Birkeland A, Bewley A, Broadhead K, Morisada M, Ivanovic V. Pre-styloid parapharyngeal space masses- Tumor margins as a predictor of benign versus malignant histology on pre-operative CT or MRI. *Neuroradiol J*. 2022; 35(6): 701-705. doi:10.1177/19714009221089027.
8. Kunitatsu N, Kunitatsu A, Miura K, Mori I, Kiryu S. Differentiation between pleomorphic adenoma and schwannoma in the parapharyngeal space: histogram analysis of apparent diffusion coefficient. *Dentomaxillofac Radiol*. 2023; 52(7): 20230140. doi:10.1259/dmfr.20230140.
9. Jiang C, Wang W, Chen S, Liu Y. Management of parapharyngeal space tumors: clinical experience with a large sample and review of the literature. *Curr Oncol*. 2023; 30(1): 1020-1031. doi:10.3390/curroncol30010078.
10. Galli J, Rolesi R, Gallus R, Seccia A, Pedicelli A, Bussu F, Scarano E. Parapharyngeal space tumors: our experience. *J Pers Med*. 2023; 13(2): 283. doi:10.3390/jpm13020283.
11. Alshahrani M, Almayouf M, Doubi A, Alotaibi O, Almatrafi S, AlQahtani K, Aldhahri S, Albarrak M, Alessa M, Albosaily A, et al. Performance of routine MRI reporting for parapharyngeal space tumors: a retrospective radiologic-pathologic comparison. *J Clin Med*. 2026; 15(1): 392. doi:10.3390/jcm15010392.
12. Schoch M, Rajan G, Karwacki G. Minimally invasive management of parapharyngeal space tumors: introducing a decision-making algorithm and radiologic tool. *Laparosc Endosc Robot Surg*. 2024; 7(3): 97-101. doi:10.1016/j.lers.2024.06.001.
13. Vassallo E, Tabone E, Grech R, Ravanelli M, Zorza I, Mazza V, Petrilli G, Ugga L, Farina D, Maroldi R, Becker M. T2 hypointense lesions in the parapharyngeal space: a diagnostic challenge. *Radiol Med*. 2026; 131: 482-499. doi:10.1007/s11547-025-02149-x.
14. Wu TT, Bao YY, Zhou SH, Wang QY, Shen LF. Basal cell adenoma in the parapharyngeal space resected via trans-oral approach aided by endoscopy: case series and a review of the literature. *Medicine (Baltimore)*. 2018; 97(34): e11837. doi:10.1097/MD.00000000000011837.

Summary

MAGNETIC RESONANCE IMAGING FEATURES OF PARAPHARYNGEAL SPACE TUMORS: A 10-CASE SERIES WITH HISTOPATHOLOGIC CORRELATION

This study aimed to describe the magnetic resonance imaging (MRI) features of parapharyngeal space tumors with histopathologic correlation, while emphasizing the value of lesion localization in preoperative assessment. We retrospectively reviewed 10 cases that underwent surgery at the National Otorhinolaryngology Hospital of Vietnam between January 2023 and March 2026. Collected data included clinical findings, lesion location, T1W/T2W signal characteristics, diffusion features (DWI/ADC), enhancement pattern, tumor margin, invasion, cervical lymph nodes, and histopathology. The median age was 48.5 years old, with an equal gender distribution. Seven tumors were located in the prestyloid compartment, two in the poststyloid compartment, and one extended into both compartments. Histopathology showed seven benign and three malignant tumors. Pleomorphic adenoma was the most common benign tumor, whereas mucoepidermoid carcinoma was the most common malignant tumor. Benign lesions usually had well-defined margins and no abnormal cervical lymph node, whereas malignant lesions more often showed infiltrative margins, heterogeneous enhancement, more marked diffusion restriction, and/or invasion of adjacent muscles. MRI played a useful role in lesion localization, suggesting tissue of origin, and supporting preoperative surgical planning.

Keywords: Parapharyngeal space tumor, magnetic resonance imaging, prestyloid compartment, poststyloid compartment, salivary gland tumor, schwannoma.