

HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỬ CỦA UNG THƯ BÓNG VATER

TRẦN CÔNG HOAN - BÙI VĂN LỆNH
Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức - Hà Nội

TÓM TẮT:

Ung thư bóng Vater là u hay gặp. Có nhiều phương tiện chẩn đoán hình ảnh nhưng cộng hưởng từ là phương tiện chẩn đoán cơ bản cho phép chẩn đoán chính xác vị trí khối u và cho thấy được hình ảnh toàn bộ cây đường mật. Tại khoa CĐHA - BV Hữu nghị Việt Đức từ năm 2006 đến năm 2008 đã thăm

khám cộng hưởng từ 35 ca u bóng Vater, và có kết quả như sau:

- Tuổi cao nhất 91, thấp nhất 41, tuổi trung bình 61,7.
- Giới: Nam giới: 57,1%, nữ giới: 42,9%.
- OMC đoạn thấp bị cắt cụt: 45,7%.
- Hình ấn lõm vào lòng tá tràng: 20%.
- U lớn lối vào lòng tá tràng 34,3%

- Giãn đường mật trong ngoài gan: 100%.
- Giãn ống tụy chính: 77,1%.
- Túi mật căng to: 82,9%.

Từ khóa: Ung thư bóng Vater , cộng hưởng từ

RÉSUMÉ

Caractéristiques d'imagerie par CP-IRM des tumeurs de l'ampoule de Vater

Le tumeur de l'ampoule de Vater est une tumeur fréquente. L'IRM peut considérer comme une méthode de choix pour son étude. Elle permet d'une part la mise en évidence de la tumeur et d'autre part d'en faire le bilan d'extension. Au centre d'imagerie médicale de l'hôpital Viet Duc- Ha Noi, de 2006 à 2008, l'examen IRM a été pratiqué sur 35 cas des tumeurs de l'ampoule de Vater.

Résultats:

- Âge du malade de 41-91, âge moyen: 61,7
- Sexe masculin 57,1%, féminin 42,9%
- Queue de radis : 45,7%
- Signe "du double canal": 20%,
- Forme d'une grosse ampoule bombant dans la lumière duodénale : 34,3%
- Dilatation des voies biliaire en amont : 100%
- Dilatation du canal de Wirsung : 77.1%
- Grosse vésicule: 82,9%

ĐẶT VẤN ĐỀ

- Ung thư bóng Vater là bệnh lý khá thường gặp cùng với ung thư phần thấp ống mật chủ, ung thư tá tràng, chiếm khoảng 30% các tổn thương ác tính ở vùng đầu tụy, đứng thứ 2 sau ung thư đầu tụy [7] thường chẩn đoán muộn, trước đây rất khó khăn chẩn đoán trước mổ. Ngày nay có nhiều phương tiện chẩn đoán hình ảnh nên có thể chẩn đoán được tổn thương trước phẫu thuật.

- Có nhiều phương tiện chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính, nội soi đường mật, chụp cộng hưởng từ... nhưng hiện nay cộng hưởng từ có nhiều ưu điểm trong chẩn đoán và tiên lượng, là phương tiện chẩn đoán hình ảnh cơ bản nhất trong chẩn đoán ung thư đường mật. Nó cho phép chẩn đoán vị trí khối u thấy được hình ảnh toàn bộ cây đường mật [2].

- Adénocarcinome là u hay gặp nhất, các u ác tính hiếm gặp khác là u thần kinh nội tiết và sarcome...[8]

- Hay gặp ở nam giới, người có tuổi (60-70t). Đó là ung thư từ ống mật chủ, ống tụy chính, hoặc tá tràng và nó phát triển trong vùng của bóng Vater. So với các ung thư khác của đường mật chính thường được phát hiện sớm do tắc nghẽn đường mật.

- Trong 3 năm 2006-2008, tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức Hà Nội chúng tôi phân tích hình ảnh cộng hưởng từ của 35 bệnh nhân đã điều trị phẫu thuật được chẩn đoán là u bóng Vater.

ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU VÀ PHƯƠNG TIỆN KỸ THUẬT

- Đối tượng nghiên cứu: Trong thời gian 3 năm 2006 đến 2008 chúng tôi đã phân tích hình ảnh cộng hưởng từ 35 bệnh nhân được phẫu thuật có chẩn

đoán xác định là ung thư bóng Vater để nghiên cứu đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ của ung thư bóng Vater.

- Máy chụp cộng hưởng từ Magneton Concerto của hãng Siemens.

- Sử lý số liệu thống kê y học theo chương trình SPSS 11.5

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Giới:

	Số BN	Tỷ lệ %
Nam	20	57,1
Nữ	15	42,9

2. Tuổi

	Số BN	Tỷ lệ %
40-49t	6	17,1
50-59t	11	31,4
60-69t	8	22,9
>70t	10	28,6
Tổng số	35	100

Tuổi cao nhất: 91t, tuổi thấp nhất 41t. Tuổi trung bình là 61,7t. Hay gặp ở tuổi >50 tuổi chiếm tới 83%.

3. Hình ảnh trực tiếp tổn thương

	Số BN	Tỷ lệ%
Đoạn thấp OMC bị cắt cụt	16	45,7
Hình ấn lõm vào lòng tá tràng	7	20
U lồi vào lòng tá tràng	12	34,3
Tổng số	35	100%

4. Tình trạng đường mật- tụy

	Số BN	Tỷ lệ %
Giãn đường mật trong gan	35	100
Giãn ống mật chủ	35	100
Giãn ống tụy	27	77,1

Tất cả các bệnh nhân đều thấy giãn đường mật trong và ngoài gan.

5. Tình trạng túi mật

	Số BN	Tỷ lệ %
Bình thường	4	11,4
Teo nhỏ	2	5,7
Căng to	29	82,9

6. Các dấu hiệu khác

Các dấu hiệu	Số BN	Tỷ lệ %
Sỏi OMC	4	11,4
Sỏi túi mật	2	5,7
Di căn gan	5	14,3
Dịch ổ bụng	8	22,9
Hạch	0	0%

BÀN LUẬN

1. Kỹ thuật thăm khám CHT đường mật [2], [6]

1.1. Chuẩn bị bệnh nhân:

- Loại bỏ các dị vật bằng kim loại trong cơ thể.
- Bệnh nhân nhịn ăn ít nhất 3 giờ trước khi tiến hành chụp cộng hưởng từ đường mật tụy để đường mật và túi mật đủ căng.
- Trước khi chụp cho bệnh nhân uống nước sao

cho nước qua đến hết khung tá tràng để tạo đối quang trên hình ảnh chụp CHT.

1.2. Kỹ thuật chụp cộng hưởng từ đường mật - tụy:

- Tiến hành cắt theo các hướng chính Axial, Coronal và Sagittal, với các lớp cắt dày 5 đến 7 mm liên tiếp nhau qua toàn bộ gan, đường mật và tụy. Để đánh giá toàn thể các tổn thương phối hợp của gan, tụy và cấu trúc giải phẫu trong vùng có liên quan.

- Các chuỗi xung áp dụng trong quy trình chụp gan, đường mật-tụy:

+ T1W - SE: T1- Weighted spin - echo.

+ FS T1W- SE: Fat- suppressed T1W- SE (xung T1W có kết hợp xoá mỡ).

+ FS T2W FSE: Fat- suppressed T2W - Fast spin echo (xung T2W nhanh có kết hợp xoá mỡ).

+ 3D - FSE: 3D fast spin echo (Dùng cho chương trình tạo mạch máu).

+ STIR: Short T1 Inversion Recovery (xung hồi phục đảo ngược T1W ngắn). Trong xung này, mô có thời gian T1 dài sẽ sáng hơn mô có T1 ngắn.

+ FLAIR: Fluid Attenuation Inversion Recovery (xung hồi phục đảo ngược làm giảm tín hiệu dịch sinh lý trên T2W). Xung được ứng dụng để làm giảm tín hiệu dịch sinh lý, đồng thời làm nổi bật tổn thương có chứa nhiều dịch.

+ SSFSE: Single Shot Fast Spin Echo (xung đơn phát nhanh).

+ Xung đường mật (MRCP)

2. Tuổi giới:

Trong nghiên cứu của chúng tôi nam giới 20/35 BN chiếm 57,1%, ưu thế thuộc về nam giới, cũng phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả như D. Régent [6] hay gặp ở nam giới, tỷ lệ nam/nữ = 2/1.

U Vater hay gặp ở người cao tuổi từ trên 60t, trong nghiên cứu này tuổi trên 50 chiếm tới 83%, tuổi dưới 50t chỉ có 17,1%, cũng phù hợp với Y. Menu hay gặp ở tuổi trên 60t [2], D. Régent tuổi hay gặp là 60-70t [6].

3. Hình ảnh của u bóng Vater:

- **Hình ảnh ống mật chủ phần thấp bị cắt cụt:**

Trong nghiên cứu chúng tôi thấy

16/35 BN chiếm tỷ lệ 45,7%, đó chính là những tổn thương ở phần thấp OMC, ở vị trí trước khi ống mật chủ và ống tụy đổ vào nhú tá tràng. Có thể không nhìn thấy trực tiếp u nhưng thấy được hình ảnh tắc nghẽn dưới dạng hẹp tạo nên hình ảnh đuôi súng cối (culot d'obus) hay hình đuôi củ cải (queue de radis), hình ảnh này thường được thấy rõ trên ảnh cây đường mật [2]. Trong những trường hợp này có thể thấy ống tụy không giãn do tổn thương chưa xâm lấn vào ống tụy.

- **Hình ảnh lõm vào lòng tá tràng** có 7/35BN chiếm 20%, bóng Vater được tạo ra bởi sự hội tụ của đường mật chính và ống tụy trong tá tràng. Trong 25% trường hợp bóng Vater nằm ở chỗ kết thúc của đường mật chính [8] loại trừ các trường hợp ống tụy chính đổ trực tiếp vào tá tràng, bóng Vater mở vào tá tràng bởi nhú tá tràng. Vì vậy khi tồn tại khối u nhỏ nằm ở vị trí này làm giãn ống mật chủ và ống tụy

chính tạo nên hình ảnh hai nòng (signe "du double canal"),

- **Hình ảnh khối u lõm vào lòng tá tràng**, có 11/35BN chiếm 34,3%, đó thường là những khối u lớn, hình tròn xuất phát từ đầu cuối của đường mật chính, gây giãn đường mật chính và ống tụy chính, túi mật căng to. Các khối u này giảm tín hiệu trên ảnh T1W trước khi tiêm thuốc đối quang từ, có bắt thuốc đối quang từ nhưng kém hơn so với nhu mô tụy bình thường và bắt thuốc không đồng nhất ở thì chụp muộn, quan sát rất rõ trên các lớp cắt axial.

- **Hình ảnh đường mật:** Trong nghiên cứu này tất cả các bệnh nhân đều thấy giãn đường mật trong gan và rất kín đáo, không thấy hình ảnh sỏi trong đường mật trong gan, ống mật chủ giãn trung bình từ 15-20mm. Chúng tôi phát hiện được 4 trường hợp có sỏi OMC, 2 trường hợp có sỏi túi mật phối hợp, đều là sỏi phần thấp của OMC. Theo chúng tôi giãn đường mật trong và ngoài gan là dấu hiệu gián tiếp rất quan trọng, khi thấy có dấu hiệu này, các phương pháp thăm khám như siêu âm, CLVT không thấy tổn thương sỏi đường mật, u đầu tụy thì phải nghi ngờ có tổn thương vùng Vater và nên chỉ định thăm khám cộng hưởng từ để phát hiện tổn thương.

- **Ống tụy:** 8/35BN chiếm 22,9% không thấy giãn ống tụy, đó là những trường hợp tổn thương ở đường mật chính không thâm nhiễm vào ống tụy và chúng ta biết rằng có nhiều biến đổi giải phẫu của ống tụy chính 25% ống tụy đổ trực tiếp vào tá tràng, nên không thấy hình ảnh giãn ống tụy.

- **Hình ảnh túi mật.** Túi mật căng to rất hay gặp, 29/35BN chiếm 82,9%, do tổn thương u lớn gây tắc nghẽn toàn bộ đường mật chính.

4. Vai trò của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh

Siêu âm

- Siêu âm: Siêu âm là phương tiện chẩn đoán đơn giản, rẻ tiền, không độc hại có thể tiến hành ở các tuyến cơ sở, có giá trị sàng lọc với hình ảnh giãn đường mật. Nhưng rất khó đánh giá chính xác vị trí tổn thương, thường thất bại đối với bệnh nhân quá béo, bụng chướng hơi, phụ thuộc nhiều vào chất lượng máy siêu âm và kinh nghiệm của thầy thuốc thăm khám.

- Siêu âm thường là thăm khám đầu tiên trước bệnh cảnh lâm sàng tắc mật. Nó cho phép đánh giá tình trạng bệnh, bản chất của tắc mật, trong trường hợp u có thể đánh giá lan tỏa tại chỗ.

- Có thể phát hiện thấy khối giảm âm dạng polype đôi khi được mô tả như hình oméga, hình u trong lòng đường mật đôi khi cũng nhìn thấy [4]. U quá lớn thì rất khó phân biệt với tổn thương tụy [8].

Siêu âm nội soi:

- Thăm dò đầu tụy và đường mật đi qua thành tá tràng,

- Sử dụng đầu dò tần số cao 7,5-12MHZ, túi mật và phễu có thể nhìn thấy khi đầu dò qua đoạn I tá tràng. Khi đầu dò tới đoạn II tá tràng có thể thấy ống

túi mật và ống mật chủ trên toàn bộ chiều cao của nó theo các mặt phẳng cắt khác nhau. Chỗ nối đường mật -tụy(bilio-pancréatique) và bóng Vater cần được phân tích rất chi tiết để phát hiện tổn thương [1].

- Lợi ích chính là phát hiện sỏi đường mật chính và tắc mật thấp.

- Không đánh giá được sự xâm lấn tại chỗ cũng như vùng lân cận của tổn thương.

- Cholangio-IRM như là phương pháp rất nhanh và tái tạo hình ảnh trong không gian ba chiều cho phép nhìn thấy cây đường mật như chụp đường mật nhưng không phải can thiệp, có thể thấy sỏi hoặc xâm lấn của u vào vùng rốn gan. Phương pháp này có lợi ích để chọn đối quang đường mật qua da hay ngược dòng trực tiếp.

Nội soi đường mật ngược dòng (Cathétérisme rétrograde endoscopique-CRE):

- Cho phép đối quang đường mật trung gian qua papille, có thể nhìn thấy trực tiếp tổn thương trong khoảng 80% các trường hợp, không thấy giãn ống tụy có thể loại trừ các tổn thương u vùng đầu tụy, nó thực hiện tương đối dễ dàng ít biến chứng. Nó còn có lợi ích để kết hợp điều trị như sphinctérotomie qua nội soi, trong trường hợp tắc Oddi hoặc sỏi giun đường mật chính [5].

Chụp cắt lớp vi tính: Rất tốt để đánh giá tổn thương, khả năng phẫu thuật.

- Ngày nay người ta có thể chụp entéroscanner: Đặt ống sonde qua góc Treitz bơm khoảng 2000ml nước làm căng ruột non sau đó chụp cắt lớp xoắn ốc, có rất nhiều lợi ích để phát hiện tổn thương ở bóng Vater cũng như ở ruột non.

- Chụp cắt lớp vi tính có thể thấy:

- Hình ảnh gián tiếp là giãn đường mật trong và ngoài gan. Giãn ống tụy chỉ thấy trong khoảng 50% các trường hợp.

- Có thể thấy hình khối u tròn ấn lõm vào trong lòng tá tràng giới hạn rõ khi chưa có xâm lấn, có thể thấy hình oméga, tổn thương có bắt thuốc sau khi tiêm thuốc cản quang

- Ngoài tác dụng chẩn đoán vị trí khối u còn đánh giá tình trạng xâm lấn hạch và di căn gan, đầu tụy, phúc mạc.

- Nhưng cũng rất khó khăn chẩn đoán trong thể thâm nhiễm không thấy được dấu hiệu trực tiếp chỉ thấy hình ảnh giãn đường mật trong và ngoài gan.

Chụp lưu thông dạ dày- ruột: Cũng có thể phát hiện được tổn thương ở ngoài tá tràng xâm lấn vào trong tá tràng, thấy hình ép hai mặt lõm (hình chữ cái Hylap- epsilon) hoặc hình số 3 lộn ngược ở bờ trong của DII tá tràng, có thể thấy hình khối dạng polype nhô ra trong lòng tá tràng [3].

Chụp cộng hưởng từ:

- Với những chuỗi xung cơ bản bên cạnh các kỹ thuật khác, để làm bilan xâm lấn của u đường mật vào rốn gan, và trong gan [2].

- Cộng hưởng từ: Ưu thế của cộng hưởng từ là thăm khám không độc hại, có thể chụp được nhiều

mặt phẳng khác nhau, nghiên cứu toàn bộ hình ảnh cây đường mật, cho phép đánh giá vị trí tổn thương [3]. Nhưng thời gian thăm khám lâu, bệnh nhân phải không có dị vật bằng kim loại, nên rất khó thực hiện trong hoàn cảnh cấp cứu. Hơn thế nữa hiện nay trong hoàn cảnh Việt Nam chụp cộng hưởng từ chưa phổ cập rộng rãi và giá thành còn rất cao. Vì vậy trong hoàn cảnh có dấu hiệu tắc mật được phát hiện sơ bộ bằng siêu âm thì có thể chụp ngay cộng hưởng từ để xác định tổn thương không cần thiết phải chụp cắt lớp vi tính.

5. Những khó khăn trong chẩn đoán

- Đối với u > 3cm có thể nhầm tổn thương của nhú tá tràng với tổn thương của đầu tụy, tổn thương nguyên phát của ống mật hoặc tổn thương nguyên phát của tá tràng (adénocarcinome, sarcome), cũng có thể là một nhóm hạch trong bệnh cảnh lymphome.

- Đối với tổn thương nhỏ 10-15mm, đơn độc, có thể nhầm lẫn với tổn thương viêm nhú tá tràng, trong những trường hợp này tắc nghẽn đường mật thường rất kín đáo.

- Tổn thương nhú tá tràng, cũng khá quan trọng bởi sự xâm lấn có thể rất khó xác định hoặc bởi vì nhất là nó phát triển trong lòng tá tràng, hoặc bởi vì thâm nhiễm rộng trên thành tá tràng. Trong trường hợp này rất khó phân biệt giữa tổn thương tá tràng nguyên phát và xâm lấn của tổn thương bóng Vater.

- Cuối cùng sỏi nhỏ kẹt trong bóng Vater viêm nhiễm và phì đại bóng Vater (hypertrophié) rất khó phân biệt với u nguyên phát bóng Vater.

- Với máy cộng hưởng từ có từ trường thấp thì rất khó khăn phát hiện những tổn thương hạch di căn, trong nghiên cứu này chúng tôi chưa phát hiện được trường hợp nào nhưng đối chiếu với kết quả phẫu thuật đã có 6 bệnh nhân đã có tổn thương hạch vùng đầu tụy và quanh hệ thống mạch mạc treo.

6. Chẩn đoán phân biệt: Tương ứng với những u khác ở vị trí này như [2]:

- U phần thấp ống mật chủ.

- U đầu tụy.

- U đoạn II tá tràng.

- U bạch huyết.

- U sau phúc mạc, u sau tụy tá tràng.

KẾT LUẬN

Qua 35 trường hợp u bóng Vater được phát hiện bằng chụp cộng hưởng từ, chúng tôi muốn sơ bộ mô tả một số dấu hiệu trực tiếp và gián tiếp của tổn thương, và lưu ý một số điểm về kỹ thuật trong chiến lược thăm khám cộng hưởng từ trước một bệnh nhân có bệnh cảnh tắc mật. Trong hoàn cảnh Việt Nam hiện nay hy vọng rằng chụp cộng hưởng từ sẽ đóng vai trò quan trọng góp phần chẩn đoán chính xác vị trí tổn thương cũng như chẩn đoán khả năng phẫu thuật của u bóng Vater.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Barkin J.S., O'Phenlan C.A.(1994): "Ampulla: Motility and Stricture"- Advanced therapeutic endoscopy, Raven Press- New York, 343-350.

2. Cannard. L, Leclerc. J.-C, et col (2001), Exploration de la pathologie de l'ampoule de Vater en cholangio- IRM, Feuilles de Radiologie, Masson Ed Paris n 3, 215-222.
3. Kardache M., Soyer P., et col (1999), Imagerie du carrefour biliopancréatique, Encycl Med Chir, Paris, Radiodiagnostics- Appareil digestif, 33-501-S-10.
4. Schmutz G.R., Valette P.J.(1999), "Tumeurs ampullaires"- échographie et endosonographie du tube digestif et de la cavité abdominale, Vigot Ed, p 97-102.
5. Stewart E.T., Vennes J.A., Geenen J.E.(1997): "Endoscopic papilotomy"- Atlas of endoscopic retrograde cholangiopancreatography, Mosby, 334-341.
6. Taboury J., Tubiana J.M (1989): "Voie biliaire principale et ampoule de Vater pathologiques"- échographie abdominale. Masson Ed Paris, p 179-184.
7. Trần Bảo Long, Trần Gia Khánh và CS (2005), Một số nhận xét về chẩn đoán và điều trị phẫu thuật ung thư bóng Vater qua 60 trường hợp tại bệnh viện Việt Đức, giai đoạn 2001-2005, *Y học Việt Nam*, tập 310, tr 148-158.
8. Vullierme MP., Vigrain V., Menu Y. (1999), Imagerie des syndromes tumoraux du duodénum chez l'adulte, Encycl Med Chir, Paris, Radiodiagnostics- Appareil digestif, 33-155-A-10.