

Nghiên cứu vai trò của cộng hưởng từ trong chẩn đoán ung thư đường mật ngoài gan

Nguyễn Văn Thạch*; Lâm Khánh*

TÓM TẮT

Nghiên cứu hình ảnh cộng hưởng từ (CHT) của 54 bệnh nhân (BN) có chẩn đoán lâm sàng và CHT là ung thư đường mật (UTĐM) ngoài gan, đối chiếu với kết quả phẫu thuật, chúng tôi nhận thấy:

- UTĐM ngoài gan thường gặp ở lứa tuổi 51 - 70 (61%), tỷ lệ nam/nữ: 2,6. UTĐM vùng rốn gan chiếm 72,2%, ung thư ống mật chủ 27,8%. Đa số là u thể khối (55,5%) và có kích thước lớn (đường kính > 2 cm chiếm 79,6%). UTĐM vùng rốn gan chủ yếu ở giai đoạn III (48,6%), tức là có xâm lấn vào ống gan phải hoặc ống gan trái. U thể khối và polyp thường giảm tín hiệu trên ảnh T1W (77%) và tăng tín hiệu trên ảnh T2W (100%) do chứa tổ chức nhu mô. U thể thâm nhiễm giảm tín hiệu trên cả ảnh T1W (100%) và T2W (84,2%) do chứa nhiều xơ.

- Độ nhạy của CHT trong chẩn đoán UTĐM ngoài gan rất cao (100%). Giá trị dự báo dương tính 100%. CHT có khả năng đánh giá xâm lấn tổ chức lân cận với độ nhạy 83,7%, độ đặc hiệu 100%. Khả năng phát hiện di căn hạch có độ nhạy 49,9%, độ đặc hiệu 60%. Khả năng phân giai đoạn UTĐM vùng rốn gan chính xác 79,4%.

* Từ khóa: Ung thư đường mật ngoài gan; Cộng hưởng từ.

Studying the role of magnetic resonance imaging in diagnosis of extrahepatic cholangiocarcinoma

SUMMARY

Studying magnetic resonance images (MRI) of 54 patients clinically and by MRI diagnosed as extrahepatic cholangiocarcinoma (CCA) in comparison with surgical results, we found:

- Extrahepatic CCA was common in ages of 51 - 70 (61%), the proportion of male/female was 2.6. Hilar CCA accounted for 72.2% and common bile duct CCA-for 27.8%. The majority of tumors was solid (55.5%) and large (diameter of more than 2 cm accounted for 79.6%). Hilar CCA mainly occurred in the stage III (48.6%), i.e. already invaded the right or left hepatic duct. Solid tumors and tumors in type of polyp were hypointensive on T1W images (77%) and hyperintensive on T2W images (100%) due to containing tumor tissue. Infiltrated tumors were hypointensive on both T1W (100%) and T2W (84.2%) by the rich in fiber.

- The sensitivity of the MRI in the diagnosis of extrahepatic CCA was very high (100%). The positive predictive value was 100%. MRI had the ability to assess the invasion to adjacent tissues with the sensitivity of 83.7% and specificity of 100%. In detecting metastatic lymph nodes, the sensitivity was 49.9% and the specificity was 60%. In staging hilar CCA, the accuracy was 79.4%.

** Key words: Extrahepatic cholangiocarcinoma; Magnetic resonance imaging.*

* Bệnh viện TWQĐ 108

Phản biện khoa học: PGS. TS. Lê Trung Hải

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đường mật ngoài gan là bệnh lý u ác tính, xuất phát từ biểu mô đường mật đoạn từ rốn gan đến bóng Vater (không kể bóng Vater và túi mật), chiếm khoảng 75 - 85% bệnh lý u đường mật, trong đó UTĐM vùng rốn gan 50 - 60% và ung thư ống mật chủ 25% [1]. Chẩn đoán UTĐM ngoài gan gặp nhiều khó khăn do triệu chứng lâm sàng nghèo nàn, không đặc hiệu, tổn thương nằm ở sâu, khó thăm khám. Từ khi có siêu âm và chụp cắt lớp vi tính, chẩn đoán UTĐM đã được cải thiện, tuy nhiên vẫn còn một số hạn chế, chủ yếu do độ phân giải hình ảnh của 2 phương pháp này chưa cao.

Ngày nay, CHT được khẳng định là phương pháp khảo sát phần mềm tốt nhất, với độ phân giải không gian và độ tương phản tổ chức cao, đặc biệt đối với sọ não, cột sống và vùng gan mật. CHT góp phần quan trọng trong chẩn đoán xác định, chẩn đoán giai đoạn bệnh, từ đó giúp bác sỹ lâm sàng có thái độ xử trí phù hợp. Hiện tại, ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về hình ảnh CHT trong UTĐM ngoài gan. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục đích: *Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và xác định giá trị của CHT trong chẩn đoán UTĐM ngoài gan.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

54 BN có chẩn đoán lâm sàng, CHT và kết quả giải phẫu bệnh khẳng định là UTĐM ngoài gan. Tất cả được chụp CHT tại Khoa Chẩn đoán Hình ảnh và phẫu thuật tại Khoa Ngoại bụng và Khoa Ngoại tổng hợp, Bệnh viện TWQĐ 108.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Hồi cứu, tiền cứu, mô tả, cắt ngang.

Chụp CHT trên máy MRI Intera 1,5 Tesla của hãng Philips (Hà Lan). Các xung: T2W (TR = 1.600 ms, TE = 100 ms), T1W (TR = ngắn nhất, TE = 4,6 ms), T2 SPIR (xóa mỡ) (TR = 1.600 ms, TE = 70 ms), chụp và dựng hình cây đường mật - MRCP (TR = 8.000 ms, TE = 1.000 ms). Các mặt cắt: ngang (axial) và đứng ngang (coronal). Bề dày lát cắt 5 mm. Tiêm thuốc đối quang từ với xung T1W.

* Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh CHT: vị trí, thể của ung thư (thể khối, thể thâm nhiễm lan tỏa, thể polyp phát triển lồi vào trong lòng đường mật), kích thước, tín hiệu, đặc điểm ngấm thuốc đối quang từ.

- Nghiên cứu sự phù hợp giữa CHT với kết quả giải phẫu bệnh trong chẩn đoán xác định UTĐM, phát hiện xâm lấn, di căn hạch và đánh giá giai đoạn.

Riêng UTĐM vùng rốn gan được phân chia giai đoạn theo phân loại của Bismuth và Nakache (1992) [5] như sau:

- +Giai đoạn I: u ở vùng ống gan chung, chưa xâm nhiễm vào ngã ba đường mật.
- + Giai đoạn II: u ở vùng ngã ba đường mật, nhưng chưa xâm nhiễm vào ống gan phải và ống gan trái.
- + Giai đoạn IIIa: u ở vùng rốn gan, lan vào ống gan phải.
- + Giai đoạn IIIb: u ở vùng rốn gan, lan vào ống gan trái.

+ Giai đoạn IV: u lan lên cả ống gan phải và ống gan trái.

* *Xử lý số liệu:* theo phương pháp thống kê y học, trong đó có tính độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.

Trong số 54 BN được chẩn đoán xác định là UTĐM ngoài gan, nam chiếm 72,2% (39 BN), nữ 27,8% (15 BN), tỷ lệ nam/nữ: 2,6. Sự khác nhau về tỷ lệ nam và nữ trong nghiên cứu của chúng tôi có thể do Bệnh viện TWQĐ 108 là bệnh viện quân đội nên phần lớn BN là quân nhân và nam giới. Số liệu này không có ý nghĩa trong việc giải thích cơ cấu bệnh tật.

Tuổi trung bình của nhóm BN nghiên cứu: 63, thấp nhất: 39 tuổi, cao nhất: 86 tuổi, nhóm tuổi hay gặp: 51 - 70 tuổi (61%). Có thể nói, ở lứa tuổi này, tỷ lệ mắc bệnh ung thư nói chung cao hơn so với lứa tuổi trẻ, kể cả UTĐM ngoài gan.

2. Triệu chứng lâm sàng.

Trong tam chứng lâm sàng (đau, sốt, vàng da), vàng da là triệu chứng hay gặp nhất (48 BN = 88,8%), vàng da chỉ điểm là có tắc mật. Đau hạ sườn phải cũng gặp tỷ lệ khá cao (42 BN = 77,7%). Triệu chứng sốt chỉ xảy ra khi có nhiễm trùng đường mật. 18 BN (33,3%) có đầy đủ cả 3 triệu chứng. Như vậy, số BN có đầy đủ tam chứng kinh điển của UTĐM không nhiều, thông thường chỉ gặp ở những BN đã ở giai đoạn muộn, khi đã có tình trạng nhiễm trùng đường mật kèm theo. 19 BN (35,2%) có biểu hiện gày sút cân (trong bệnh cảnh của bệnh lý ung thư nói chung). Chỉ có 2 BN (3,7%) sờ thấy u. Thực tế, đường mật ngoài gan nằm khá sâu trong ổ bụng nên nếu sờ thấy u tức là bệnh đã ở giai đoạn rất muộn, có xâm lấn rộng ra các tổ chức lân cận.

3. Đặc điểm hình ảnh CHT.

* *Đặc điểm vị trí của UTĐM ngoài gan:*

UTĐM rốn gan: 39 BN (72,2%); ung thư ống mật chủ: 15 BN (27,8%).

Trong UTĐM ngoài gan, UTĐM vùng rốn gan chiếm tỷ lệ lớn (39 BN = 72,2%), 15 BN (27,8%) ung thư ống mật chủ. Tỷ lệ này phù hợp với nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước. Theo Lê Thanh Dũng và Nguyễn Duy Huệ (2005) [2], 68,6% UTĐM ngoài gan khu trú ở vùng rốn gan và 31,4% khu trú ở ống mật chủ. Theo Yucel Ustungdag và Yussuf Bayraktar (2008) [8], 60% UTĐM khu trú ở vùng rốn gan.

* *Các thể của UTĐM trên CHT:*

Trong các thể của UTĐM ngoài gan, thể khối gặp nhiều nhất (30 BN = 55,5%), thể thâm nhiễm: 19 BN (35,2%), thể polyp phát triển vào trong lòng đường mật: 5 BN (9,3%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Lê Thanh Dũng và Nguyễn Duy Huệ (2005) [2]. Theo Michael P. Federle (2008) [6], trong UTĐM vùng rốn gan, thể khối là chủ yếu (chiếm tới

61%), thể thâm nhiễm ít gặp hơn (39%). Trên thực tế, trong UTĐM nói chung, kể cả UTĐM ngoài gan, thể khối luôn chiếm tỷ lệ lớn nhất.

** Kích thước u đường mật:*

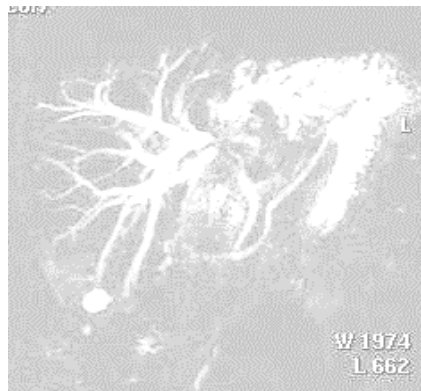
< 1 cm: 0 BN; 1 - 2 cm: 11 BN (20,4%); > 2 cm: 43 BN (79,6%).

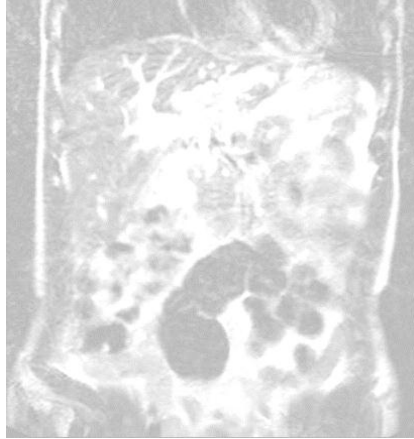
Bệnh lý UTĐM thường diễn ra âm thầm, triệu chứng lâm sàng kín đáo, vì vậy khó phát hiện được các khối u có kích thước nhỏ (< 1 cm), do BN không đi khám bệnh. Phần lớn khi BN đến viện, khối u đã có kích thước lớn và các triệu chứng lâm sàng đã quá rõ (43 BN = 79,6%). Theo Gabriele Masselli và Gianfranco Gualdi (2007) [4], có tới 60% UTĐM vùng rốn gan có kích thước quá lớn, không thể cắt bỏ do đã xâm lấn vào các thùy gan.

Bảng 1: Đặc điểm tín hiệu của u trước tiêm đối quang từ.

LOẠI		ẢNH T1W	ẢNH T2W
Thể khối và thể polyp (n = 35)	Cao	4	27
	Thấp	31	8
Thể thâm nhiễm (n = 19)	Cao	0	3
	Thấp	19	16

Phần lớn u thể khối và polyp có tín hiệu thấp trên ảnh T1W (31 BN = 88,3%) và tăng tín hiệu từ nhẹ đến trung bình trên T2W (27 BN = 76,9%). U thể thâm nhiễm hầu hết giảm tín hiệu so với nhu mô gan trên cả ảnh T1W (19 BN = 100%) và T2W (16 BN = 84,2%). Kết quả của chúng tôi phù hợp với Gabriele Masselli và Gianfranco Guadi (2007) [4], Trần Công Hoan và Vũ Thanh Hải (2006) [3]. Sở dĩ UTĐM có đặc điểm tín hiệu như trên là do u thể khối có mật độ tế bào cao, ít mô sợi, thường có dịch tiết xung quanh và có thể có hoại tử trong u, còn u thể thâm nhiễm có tỷ lệ tổ chức xơ cao, đặc biệt ở vùng trung tâm của u.





Hình 1: UTĐM vùng rốn gan thể khối, có tín hiệu cao trên ảnh T2W, lan lên ống gan trái (giai đoạn IIIb), giãn đường mật trong gan phải.

** Đặc điểm ngấm thuốc của u sau tiêm đối quang từ:*

Ngấm ít hoặc không thay đổi: 9 BN (16,6%); ngấm thuốc dạng nốt, đám: 31 BN (57,5%); ngấm dạng vòng, từ ngoại vi vào trung tâm: 14 BN (25,9%).

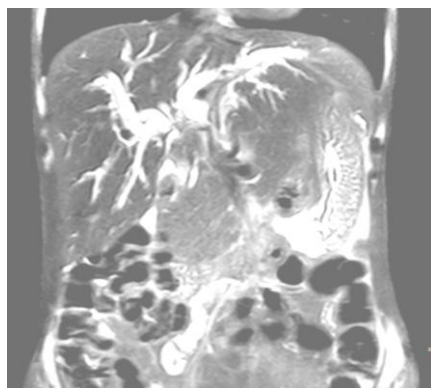
45 BN (74%) có u ngấm thuốc. Ngấm thuốc dạng nốt, đám thường gặp ở u thể khối, trong đó các mạch máu nuôi u phân bố không đều. Ngấm thuốc dạng vòng từ ngoại vi vào trung tâm gặp ở những khối u có nhiều xơ ở vùng trung tâm. Ngấm thuốc ít hay không ngấm thuốc là do trong khối u có nhiều xơ và ít mạch máu.

** Các dấu hiệu khác:*

Đường bờ rõ, không đều: 25 BN (46,2%); đường bờ mờ, không rõ: 29 BN (53,7%); giãn đường mật trong gan: 54 BN (100%); chít hẹp đường mật: 29 BN (53,7%); dày thành đường mật: 23 BN (42,6%); hội tụ đường mật: 34 BN (62,9%).

Các biến đổi ở đường mật như: giãn ngược dòng, dày thành, chít hẹp, hội tụ đường mật gặp khá nhiều, đặc biệt là giãn đường mật trong gan (100%). Dấu hiệu chít hẹp đường mật thể hiện UTĐM đã ở giai đoạn muộn, vì đặc điểm của UTĐM ngoài gan là phát triển lan tỏa trên bề mặt đường mật, sau đó xâm lấn xuống lớp dưới biểu mô, gây dày thành và hẹp lòng đường mật một cách từ từ. Vì vậy, thời gian từ khi bị bệnh đến khi được chẩn đoán thường kéo dài.





Hình 2: Khối u vùng rốn gan, bờ rõ, không đều, giãn đường mật vùng thượng lưu, xếp đường mật vùng hạ lưu.

4. Giá trị của CHT trong chẩn đoán UTĐM.

Tỷ lệ chẩn đoán đúng UTĐM của CHT rất cao (100%), nếu như trên CHT phát hiện được khối u đường mật thì chẩn đoán đó tương đối chắc chắn với độ nhạy 100%.

Bảng 2: Giá trị của CHT trong phát hiện xâm lấn tổ chức lân cận.

PHẪU THUẬT CHT	CÓ XÂM LẤN	KHÔNG XÂM LẤN	TỔNG
Có xâm lấn	41	0	41
Không xâm lấn	8	5	13
Tổng	49	5	54

Khả năng phát hiện xâm lấn trên CHT có độ nhạy 83,7% và độ đặc hiệu 100%. Đa số UTĐM ngoài gan khi phát hiện đã có dấu hiệu xâm lấn và choán chỗ (41 BN = 75,9%). Không xâm lấn gặp 13 BN (24,1%). UTĐM xâm lấn bằng cách phát triển vượt ra ngoài đường mật, xâm lấn vào khoảng cửa, mạch máu và các tạng xung quanh. Theo Gabriele Masselli và Gianfranco Gualdi (2007) [4], khi u xâm lấn vào mạch máu, trên ảnh CHT sẽ thấy các dấu hiệu: mất tín hiệu dòng chảy của mạch máu bình thường, hình khối u nằm trong vùng mạch hay teo một thùy gan tương ứng. Khi u xâm lấn khoảng cửa sẽ thấy một vùng tín hiệu bất thường quanh tĩnh mạch cửa.

Bảng 3: Giá trị của CHT trong đánh giá di căn hạch.

PHẪU THUẬT CHT	CÓ HẠCH	KHÔNG CÓ HẠCH	TỔNG
Có hạch	22	2	24
Không có hạch	27	3	30
Tổng	49	26	54

Khả năng phát hiện hạch của CHT ở mức độ trung bình, độ nhạy 49,9% và độ đặc hiệu 60%. Phần lớn UTĐM ngoài gan có di căn hạch (49 BN = 90,7%). Hạch xâm lấn thường ở vùng cuống gan, rốn gan, quanh động mạch chủ bụng, mạc treo, quanh tá tràng... Hạch di căn phát hiện tốt nhất trên ảnh sau tiêm đối quang từ, thường thấy rõ cả u và hạch di căn. Nếu thấy 3 hạch hoặc

hiều hơn, tập trung ở vùng khối u, có thể chẩn đoán chắc chắn là hạch di căn [4].

Bảng 4: Khả năng đánh giá giai đoạn của UTĐM vùng rốn gan trên CHT.

CHẨN ĐOÁN CHT	PHẪU THUẬT			TỔNG
	Giai đoạn II	Giai đoạn III	Giai đoạn IV	
Giai đoạn II	9	2	2	13
Giai đoạn III	0	15	4	19
Giai đoạn IV	0	0	7	7
Tổng	9	17	13	39

Kết quả phẫu thuật cho thấy, giai đoạn II: 13 BN, CHT chẩn đoán đúng 9 BN (69,2%). Giai đoạn III: 19 BN, CHT chẩn đoán đúng 15 BN (78,9%). Giai đoạn IV: 7 BN, CHT chẩn đoán đúng cả 7 BN. Theo phân loại của Bismith (1992) [5], tỷ lệ chẩn đoán đúng của CHT so với kết quả phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao (31/39 BN = 79,4%). Kết quả của Trần Công Hoan và Vũ Hải Thanh (2006) [3] cho thấy, khả năng chẩn đoán đúng giai đoạn của CHT là 74,2%, thấp hơn của chúng tôi không nhiều. Theo Thomas J. Vogl và CS (2006) [7], khả năng chẩn đoán giai đoạn của CHT là 87%, cao hơn kết quả của chúng tôi. Sự khác biệt về tỷ lệ này có thể do số lượng BN ở nghiên cứu này chưa đủ lớn.

KẾT LUẬN

UTĐM ngoài gan là bệnh lý ác tính, tuy nhiên khó có thể chẩn đoán sớm. CHT là phương pháp thăm khám hình ảnh rất có giá trị trong chẩn đoán xác định (độ nhạy 100%) và chẩn đoán giai đoạn UTĐM. CHT có khả năng đánh giá xâm lấn tổ chức lân cận với độ nhạy 83,7%, độ đặc hiệu 100%. Khả năng phát hiện di căn hạch của CHT có độ nhạy 49,9%, độ đặc hiệu 60%. Khả năng phân loại UTĐM rốn gan chính xác 79,4%. Nên chỉ định chụp CHT khi nghi ngờ có bệnh lý ở đường mật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đoàn Thanh Tùng, Đỗ Kim Sơn. UTĐM. Tạp chí Y học chuyên đề UTĐM. 2005, 8, tr.3-15.
2. Lê Thanh Dũng, Nguyễn Duy Huệ. Vai trò của chẩn đoán hình ảnh trong chẩn đoán UTĐM vùng rốn gan và u ống mật chủ. Tạp chí Y học chuyên đề UTĐM. 2005, 8, tr.69-80.
3. Trần Công Hoan, Vũ Thanh Hải. Đặc điểm hình ảnh CHT UTĐM rốn gan. Hội nghị khoa học Chẩn đoán Hình ảnh - Y học Hạt nhân Việt Nam. 2006, tr.60-63.
4. Gabriele Masselli, Gianfranco Gualdi. Hilar cholangiocarcinoma: MRI/MRCP in staging and treatment planning. Abdominal Imaging. 2007, pp.444-451.
5. Henri Bismith, Richard Nakache. Management strategies in resection for hilar cholangiocarcinoma. Ann Surg. 1992, 215, pp.31-38.
6. Michael P. Federle. Cholangiocarcinoma. Diagnostic Imaging Abdomen. 2008, part II (2), pp.50-51.
7. Thomas J. Vogl, Wolfram O. Schwarz, Matthias Heller, Christopher Herzog, Stephan Zangos, Rainer E. Hintze, Peter Neuhaus, Renate M. Hammerstingl. Staging of Klatskin tumours (hilar cholangiocarcinomas): comparison of MR cholangiography, MR imaging, and endoscopic retrograde cholangiography. European Radiology. 2006, 16, pp.2317-2325.

8. *Yucel Ustundag, Yusuf Bayraktar*: Cholangiocarcinoma: A compact review of the literature. World Journal of Gastroenterology. 2008, 14 (42), pp.6458-6466.