

# NGHIÊN CỨU CHẨN ĐOÁN VÀ ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG U MÁU LỚN Ở GAN

ĐOÀN NGỌC GIAO, LÊ TRUNG HẢI

## TÓM TẮT

Nghiên cứu 66 trường hợp u máu gan lớn (có đường kính trên 4 cm) cho thấy: triệu chứng lâm sàng chủ yếu là đau vùng gan (100%). Biến chứng (3%) gồm vỡ u và u hoại tử nhiễm trùng. Siêu âm có tỷ lệ chẩn đoán đúng u máu gan là 69,2% với hình ảnh khối tăng âm và ranh giới rõ. Chụp cắt lớp vi tính có tỷ lệ chẩn đoán đúng là 90,8%. Vị trí u máu chủ yếu gặp ở gan phải (62,1%), gan trái 31,8%. Kích thước khối u trung bình đo được trong mổ là 9,1 cm. Hầu hết u máu gan là thể hang.

Từ khóa: u máu gan, siêu âm, chụp cắt lớp vi tính

## SUMMARY

Study on 66 cases of large hepatic hemangioma (with size > 4 cm) showed that: the common clinical symptom was pain on hepatic area. The complication of this disease were rupture and infectious necrosis. Sonography had the accuracy diagnosis rate of 69.2% with hyperechogenic mass and clear border, while those of computer tomography was 90.8%. The hepatic hemangioma located in right liver was 62.1%, in left liver 31.8%. The mean size of hemangioma was 9.1 cm. The most common of hepatic hemangiomas were cavernous.

Keywords: hepatic hemangioma, ultrasound, computer tomography

## ĐẶT VẤN ĐỀ

U máu gan là dị dạng mạch máu bẩm sinh và là khối u lành tính của gan. U máu gan có 2 loại: u máu nhỏ (hay gặp hơn) và u máu lớn. U máu gan có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi và không có nguy cơ ung thư hóa.

Khi khối u máu kích thước nhỏ (đường kính  $\leq 4$  cm) sẽ không có triệu chứng và thường chỉ được phát hiện tình cờ khi thăm khám ổ bụng bằng các phương tiện chẩn đoán hình ảnh. Khối có thể gặp ở thùy phải hoặc thùy trái của gan. Các khối u máu có đường kính > 4cm được coi là có kích thước lớn, u thường đơn độc và hay có các triệu chứng lâm sàng. U máu được tạo nên bởi các mạch máu giãn, thành mỏng, lót bởi một lớp tế

bào nội mô dẹt, trưởng thành bình thường và được ngăn cách bởi các vách xơ mỏng, không có sự hiện diện của các bè tế bào gan trong u. Hiện nay, những tiến bộ về kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh đã cho phép cải thiện đáng kể việc phát hiện các bệnh lý gan mật, trong đó có các tổn thương dạng u của gan. U máu gan thường tiến triển rất chậm, do đó việc chẩn đoán chính xác u máu gan là rất cần thiết với mục đích: phân biệt với các khối u ác tính của gan để tránh cho bệnh nhân phải mổ hay hóa trị liệu không cần thiết và quyết định điều trị một cách thích hợp. ở Việt Nam, còn chưa có nhiều công trình nghiên cứu về u máu gan.

Bài viết nêu lên một số vấn đề về chẩn đoán và đặc điểm tổn thương u máu lớn ở gan.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu.

Gồm 66 trường hợp u máu gan lớn (đường kính của u trên 4 cm) được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Việt – Đức từ 3/2001 đến 7/2008.

### 2. Phương pháp nghiên cứu.

- **Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng:** tuổi, giới, một số yếu tố liên quan tới sự phát triển u máu gan, các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng - **Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh:** siêu âm, chụp cắt lớp vi tính (CT) có tiêm thuốc cản quang, chụp cộng hưởng từ, chụp động mạch gan.

- **Nghiên cứu các đặc điểm tổn thương:** vị trí u máu, kích thước, ranh giới, số lượng, màu sắc, mật độ; tình trạng gan, ổ bụng; tổn thương giải phẫu bệnh.

- **Xử lý số liệu** theo chương trình SPSS 15.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng.

66 bệnh nhân u máu gan lớn gồm 7 nam (10,6%) và 59 nữ (89,4%), tuổi trung bình:  $48,1 \pm 8,2$  tuổi (từ 32-73 tuổi), gặp nhiều nhất là từ 40-49 tuổi (47,1%). Thời gian từ khi phát hiện u máu gan đến khi phẫu thuật trung bình: 9,8 tháng (3 – 84 tháng).

- Trong số 59 bệnh nhân (BN) nữ có 31 bệnh nhân (52%) đẻ từ 2 con trở lên.

- Các triệu chứng lâm sàng hay gặp là đau vùng gan (100%), gầy sút (22,7%), đầy bụng khó tiêu (19,7%), khám thấy gan to, sờ thấy u (24,2%). Có 1 BN có biến chứng vỡ khối u máu gan và 1 BN u hoại tử nhiễm trùng.

- Các xét nghiệm máu, sinh hóa, chức năng gan, xét nghiệm chỉ điểm ung thư (AFP, CEA, CA 19-9) nhìn chung trong giới hạn bình thường.

### 2. Chẩn đoán hình ảnh u máu gan.

- **Siêu âm:** có tỷ lệ chẩn đoán đúng là 43/66 (69,2%) BN. Đặc điểm hình ảnh siêu âm u máu gan: gặp nhiều nhất là hình tăng âm 48,5% và hỗn hợp âm 37,9%.

- **Chụp cắt lớp vi tính (CT):** có tỷ lệ chẩn đoán đúng là 59/65 (90,8%) BN với một số đặc điểm hình ảnh u máu gan trên CT:

+ Trước tiêm thuốc cản quang: chủ yếu là hình ảnh giảm tỷ trọng đồng nhất (56,9%) và giảm tỷ trọng không đồng nhất (40%) với vùng tỷ trọng thấp hơn trong u.

+ Sau tiêm thuốc cản quang: Thị động mạch: u ngấm thuốc cản quang chủ yếu dạng nốt ngoại vi (90,8%). Thị tĩnh mạch cửa: 93,9% các trường hợp đều tiếp tục ngấm thuốc hướng tâm u. Thị mụn: có 52,3% các khối u ngấm thuốc hoàn toàn và 46,2% không ngấm hoàn toàn.

- **Chụp cộng hưởng từ** cho 2 BN có u ở gan phải và gan trái.

+ Trên T1-WI: giảm tín hiệu không đều so với nhu mô gan, ranh giới rõ.

+ Trên T2-WI: tăng tín hiệu mạnh không đều so với nhu mô gan lành.

- **Chụp động mạch gan:** cho 3 BN (u gan phải 2 BN, gan trái 1 BN) cho hình ảnh ổ động thuốc rải rác từ ngoại vi vào trung tâm khối ở thị động mạch và giữ thuốc lâu đến thì tĩnh mạch cửa.

### 3. Đặc điểm tổn thương u máu gan trong mổ.

- **Kích thước u máu gan:** Đường kính u trung bình:  $9,1 \pm 6,2$  cm (5-45 cm).

- **Hình ảnh đại thể:** màu đỏ thẫm, xốp, chứa dịch máu. Các khối u đều có ranh giới tương đối rõ với nhu mô gan lành. Đa số trên lát cắt có những hang hốc và xơ hóa từng phần.

- **Hình ảnh vi thể:** các khoảng mạch giãn không đều, lớp tế bào nội mô lót hình thoi dẹt, thưa. Các xoang mạch chứa hồng cầu được ngăn cách bởi các vách liên kết xơ và không có hiện diện của các tế bào gan. Những biến đổi có thể gặp về mặt vi thể là huyết khối (3), chảy máu (2), xơ hóa (11) và thoái hóa kính (4).

- **Vị trí u máu gan:** chủ yếu ở gan phải 41/66 (62,1%) BN, ở gan trái 21/66 (31,8%) BN, 3 trường hợp ở 2 bên gan và 1 ở thùy đuôi.

- **Phương pháp phẫu thuật:** cắt gan 62/66 (93,9%) BN và phẫu thuật bóc u 4/66 (6,1%) BN.

## BÀN LUẬN

U máu gan là tăng sinh mạch máu lạnh tính hay gặp nhất (80%). Đau bụng vùng gan là biểu hiện lâm sàng hay gặp nhất và thường là lý do khiến bệnh nhân đến khám và phát hiện bệnh. Hầu hết các bệnh nhân của chúng tôi đều khởi phát bằng triệu chứng này. P. Herman (2005) cho rằng các BN u máu lớn hơn 14 cm đường kính khó có thể điều trị hết đau được. Các triệu chứng khác có thể gặp như gầy sút, cảm giác đầy bụng khó tiêu, nôn hay buồn nôn, sờ thấy u/gan to hay bụng to dần. Hai triệu chứng ít gặp là vàng da tắc mật do u chèn ép đường mật và sốt đã được S.M. Lerner và CS - 2004, J.E. Losanoff và CS - 2008 đề cập. Chúng tôi gặp hai trường hợp (1,8%) có sốt đều là trên BN u máu gan có biến chứng (hoại tử nhiễm trùng hoặc vỡ chảy máu). L. Gandolfi và CS (1991) và một số tác giả khác gặp tỷ lệ biến chứng từ 4,5-19,7% và thường là nguyên nhân cơ học.

Trong các phương pháp chẩn đoán hình ảnh, siêu âm và chụp cắt lớp vi tính thường hay được sử dụng để chẩn đoán u máu gan. Hình ảnh siêu âm điển hình của u máu gan là khối tăng âm đồng nhất, ranh giới rõ. Herman (2005) thấy có 67,4% trường hợp siêu âm cho hình ảnh điển hình. Số liệu của chúng tôi cho thấy siêu âm có tỷ lệ chẩn đoán đúng là 69,2%, hình ảnh siêu âm tương đối đồng nhất gặp ở 48,5% và hỗn hợp âm ở 37,9%. Theo Nguyễn Phước Bảo Quân (2002), M.M. Machado và CS (2006): sự tăng âm của u máu gan là do có nhiều mặt phân cách giữa các khoảng mạch và chứa máu trong lòng. Trong 23 trường hợp siêu âm không chẩn đoán được là u máu gan của chúng tôi, chủ yếu (78,3%) là những trường hợp u có kích thước rất lớn (>10cm). Trong đó 1 trường hợp u có đường kính 30cm hoại tử, thoái hóa dạng nang dịch, chẩn đoán nhầm là u tuyến nang. Các trường hợp còn lại chẩn đoán là ung thư tế bào gan với các hình ảnh không đặc hiệu, chủ yếu là hỗn hợp âm hay giảm âm so với nhu mô gan.

Chụp cắt lớp vi tính thường được chỉ định tiếp sau khi siêu âm phát hiện có khối u gan, nhất là trong những trường hợp u máu gan lớn không cho hình ảnh siêu âm điển hình. Phương pháp được tiến hành ở hai giai đoạn trước và sau tiêm thuốc cản quang tĩnh mạch. Đặc tính huyết động của thuốc cản quang chính là chìa khóa để chẩn đoán u máu gan và phân biệt với các tổn thương dạng u khác của gan. Trước tiêm thuốc cản quang: Hầu hết các trường hợp (96,9%) trong 65 bệnh nhân được chẩn đoán bằng cắt lớp vi tính trước mổ của chúng tôi đều cho hình ảnh khối tỷ trọng thấp hơn nhu mô gan lành. Sau tiêm thuốc cản quang: u máu gan là khối u duy nhất có hình ảnh tăng sáng đặc trưng sau tiêm thuốc cản quang trên chụp cắt lớp vi tính ba thì. Trong thị động mạch, chúng tôi ghi nhận hầu hết tất cả các trường hợp (90,8%) đều có hình ảnh ngấm thuốc mạnh dạng nốt không đều bắt đầu từ ngoại vi khối u, với tỷ trọng tương đương với động mạch chủ bụng. Trong thị tĩnh mạch cửa, hầu hết các

trường hợp (93,9%) đều thấy ngấm thuốc tiếp tục hướng tâm chậm. Tính chất ngấm thuốc đặc biệt này ở thì tĩnh mạch cửa và thì muộn cho phép phân biệt với ung thư tế bào gan hay các khối u ác tính giàu mạch máu khác của gan. C. Ashida (1987) đã đưa ra các tiêu chuẩn về hình ảnh CT của u máu gan: khối tỷ trọng thấp trước tiêm thuốc, ngấm thuốc sớm ngoại vi sau tiêm, ngấm thuốc dần hướng tâm, thì muộn ít nhất trên 3 phút trước khi ngấm hoàn toàn và ngấm đầy thuốc đồng tỷ trọng có hoặc không có vùng không ngấm thuốc trung tâm u. Chúng tôi có 90,8% số trường hợp được chẩn đoán bằng cắt lớp vi tính. Theo chúng tôi, đặc điểm ngấm thuốc dạng nốt ngoại vi nên được bổ xung trong tiêu chuẩn của Ashida, bởi vì đây là một hình ảnh tương đối đặc hiệu của u máu gan gặp trong 90,8% các trường hợp của chúng tôi.

Các phương pháp có giá trị khác được ứng dụng trong chẩn đoán u máu gan là chụp cộng hưởng từ và chụp động mạch gan. Chúng tôi chỉ sử dụng chụp cộng hưởng từ cho 2 trường hợp: 1BN khối u quá lớn khó xác định nguồn gốc và một trường hợp chẩn đoán không rõ. Cả hai trường hợp này đều có hình ảnh chụp động mạch gan của chúng tôi, tất cả đều cho hình ảnh khá điển hình. Thì động mạch, có hình ảnh nhiều ổ động thuốc rải rác từ ngoại vi vào trung tâm khối và giữ thuốc lâu đến thì tĩnh mạch. Chụp động mạch có thể cho phép phân biệt u máu gan với ung thư tế bào gan hay các di căn gan giàu mạch.

Hình ảnh tổn thương của u máu gan trong mổ cho thấy: Hầu hết các khối u đều nằm ở nông, lồi lên trên bề mặt gan dễ dàng nhận thấy trong mổ. Chỉ có 6 trường hợp u nằm sâu trong nhu mô gan. Nhìn chung vị trí u máu gan chủ yếu gặp ở gan phải (62,1%), gan trái chỉ thấy ở 31,8%. Các nghiên cứu khác cũng đều cho thấy rằng phần lớn gặp u ở gan phải mặc dù có thể gặp ở mọi vị trí trong gan. Kích thước khối u trung bình đo được trong mổ là 9,1 cm. Kích thước khối u càng lớn thì nguy cơ phẫu thuật càng cao (liên quan đến thời gian mổ, lượng máu mất và lượng máu truyền trong mổ). Tác giả K. Hanazaki (1999) cũng có những nhận xét như vậy. Trong mổ, u máu có màu đỏ tím, mật độ mềm, ranh giới rõ so với nhu mô gan xung quanh. Trên đại thể, u máu xốp, gần giống như nhu mô phổi, có nhiều hang hốc, chứa đầy dịch máu đen và có thể ép xẹp. Sau khi lấy bỏ hết phần máu trong u, thấy u có màu hồng nhạt, ranh giới rõ. Trên vi thể, tất cả các trường hợp đều là u máu thể hang được cấu tạo bởi các khoang mạch to nhỏ không đều, chứa hồng cầu. Các xoang mạch này được lót bởi một lớp tế bào nội mô dẹt, lành tính, được các vách liên kết xơ mỏng ngăn cách. T. Noda và CS (2005) cũng có nhận xét rằng hầu hết u máu gan là thể hang.

#### KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 66 trường hợp u máu gan lớn được điều trị phẫu thuật cắt bỏ, chúng tôi đi có một số kết luận sau:

Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là đau vùng gan (100%), các triệu chứng khác không đặc trưng như gầy sút, đầy bụng khó tiêu, mệt mỏi... Biểu chứng (3%) gồm vỡ u và u hoại tử nhiễm trùng. Siêu âm và chụp cắt lớp vi tính là hai phương pháp có giá trị trong chẩn đoán hình ảnh u máu gan. Trong đó, siêu âm cho chẩn đoán chính xác 69,2% với hình ảnh khối tăng âm, ranh giới rõ. Chụp cắt lớp vi tính xoắn ốc 3 thì là phương pháp chẩn đoán u máu gan có độ nhạy 90,8% với các tiêu chuẩn:

- Trước tiêm thuốc cản quang có khối giảm tỷ trọng, ranh giới rõ với nhu mô gan bình thường.

- Sau tiêm thuốc cản quang, ở thì động mạch: ngấm thuốc mạnh dạng nốt ngoại vi khối với tỷ trọng tương đương động mạch chủ.

- Thì tĩnh mạch cửa: khối tiếp tục ngấm thuốc hướng tâm.

- Thì muộn: trên 3 phút khối ngấm đầy thuốc hoàn toàn đồng tỷ trọng với nhu mô gan hoặc có vùng tỷ trọng thấp trong u không ngấm thuốc.

Các đặc điểm tổn thương chính là: vị trí u máu gan chủ yếu gặp ở gan phải (62,1%), gan trái chỉ thấy ở 31,8%. Kích thước khối u trung bình đo được trong mổ là 9,1 cm. Khối u máu thường có màu đỏ tím, mật độ mềm, ranh giới rõ so với nhu mô gan xung quanh. U thường có nhiều hang hốc, chứa đầy dịch máu đen và có thể ép xẹp, nhìn chung hầu hết u máu gan lớn là thể hang.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Phước Bảo Quân (2002), "Gan", *Siêu âm bụng tổng quát*, Nhà xuất bản y học, tr. 71–162.
2. Ashida C. et al (1987), "Computed tomography of hepatic cavernous hemangioma", *J Comput Assist Tomogr*, 11(3), pp. 455–460.
3. Gandolfi L., Leo P., Solmi L. et al (1991), "Natural history of hepatic hemangiomas: clinical and ultrasound study", *Gut*, 32, pp. 677–680.
4. Hanazaki K. et al (1999), "Giant cavernous hemangioma of the liver: is tumor size a risk factor for hepatectomy", *J Hepatobiliary Pancreat Surg*, 6, pp. 410–413.
5. Herman P. et al (2005), "Management of hepatic hemangiomas: a 14-year experience", *J Gastrointest Surg*, 9, pp. 853–859.
6. Lerner S.M. et al (2004), "Giant cavernous liver hemangiomas: effect of operative approach on outcome", *Arch Surg*, 139, pp. 818–823.
7. Losanoff J.E., Millis J.M. (2008), "Liver hemangioma complicated by obstructive jaundice", *Am J Surg*, 196(3), pp. e3–e4.
8. Machado M.M. et al (2006), "Liver hemangioma: ultrasound and clinical features", *Radiol Bras*, 39(6), pp. 441–446.
9. Noda T. et al (2005), "Adult capillary hemangioma of the liver: report of a case", *Surg Today*, 35, pp. 796–799.