

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CỦA CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH TRONG CHẨN ĐOÁN U VÙNG BÓNG VATER

TRẦN CÔNG HOAN - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

TÓM TẮT

Từ 1/2009 đến tháng 6/2010 tại BV Hữu nghị Việt Đức 38BN chẩn đoán lâm sàng là u vùng bóng Vater được chụp CLVT và có kết quả GPB. Kết quả thu được:

- Nam chiếm 55 %, nữ chiếm 45%. Tỷ lệ: Nam/Nữ = 1,2.
- Tuổi trung bình 63,8, tuổi cao nhất là 94 tuổi, tuổi thấp nhất 38 tuổi
- U Vater 88,2%, u đoạn thấp OMC 5,9%, u tá tràng 5,9%.
- Kích thước u: <3cm: 82,4%, 3-5cm: 17,6%.
- Border khối u: không rõ: 73,5%, rõ: 26,5%.
- Cấu trúc u trước tiêm thuốc: đồng tỷ trọng: 85,3%, giảm tỷ trọng 11,8%, tăng tỷ trọng 2,9%. Mức độ ngấm thuốc cản quang sau khi tiêm thuốc: ngấm ít: 2,9%, ngấm vừa 47,1%, ngấm nhiều: 50%.
- Thời điểm ngấm thuốc sau tiêm thuốc: thì ĐM: 23,5%, thì TMC: 76,5%
- Đặc điểm ngấm thuốc của khối u: đều 91,2%, không đều 2,9%, dạng vòng 5,9%.
- Đặc điểm đường mật và ống tụy chính: giãn đường mật trong gan 97,4%, giãn OMC 100%, giãn túi mật 58,8%, giãn ống tụy chính 84,2%.
- Đặc điểm lan rộng của u: tá tràng 76,5%, đầu tụy 73,5%, di căn gan 8,8%, di căn hạch 8,8%.

Từ khóa: u Vater, CLVT.

RÉSUMÉ

Caractéristiques d'imagerie par TDM des tumeurs de l'ampoule de Vater

Au centre d'imagerie médicale de l'hôpital Viet Duc- Ha Noi, de 2009 à 2010, l'examen TDM a été pratiqué sur 38 cas des tumeurs de l'ampoule de Vater.

Résultats:

- Âge du malade de 38-94, âge moyen: 63,8
 - Sexe masculin 55%, féminin 45%
 - Forme d'une grosse ampoule bombant dans la lumière duodénale: 34,3%
 - Dilatation des voies biliaire intra hépatique: 97,4%, dilatation du choleédoque: 100%, dilatation du canal de Wirsung: 84,2%, grosse vésicule: 58,8%.
 - Tumeur de Vater: 88,2%, tumeur de bas cholédoque: 5,9%, tumeur de duodénale: 5,9%.
 - Dimension de tumeur: <3cm: 82,4%, 3-5cm: 17,6%.
 - Le contour de tumeur: irrégulière: 73,5%, régulière: 26,5%.
 - Structure de tumeur avant l'injection de produit de contraste: isodense: 85,3%, hypodense: 11,8%, hyperdense: 2,9%. Le prise de contraste: homogène: 91,2%, hétérogène: 2,9%, aspect d'anneaux: 5,9%.
 - Envahissement des duodénales: 76,5%, tête du pancréas: 73,5%, métastases à distance: hépatique: 8,8%, ganglions 8,8%
- Mots - clés:** Tumeur de Vater, TDM.

ĐẶT VẤN ĐỀ

U vùng bóng Vater thường xuất phát từ biểu mô của bóng Vater, đoạn thấp ống mật chủ, ống tụy đoạn ngã ba đường mật và biểu mô tá tràng quanh bóng Vater, có đến 98% là u ác tính, 2% là u nhũ và u lành tính [1]

Trong vài thập niên gần đây có nhiều phương tiện chẩn đoán u vùng bóng Vater như: các chất đánh dấu chỉ điểm khối u, các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như chụp X quang quy ước, siêu âm, chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ, chụp mạch máu, nội soi dạ dày tá tràng, chụp mật tụy ngược dòng qua nội soi, siêu âm nội soi... đã góp phần phát hiện sớm u vùng bóng Vater. Chụp cắt lớp vi tính với máy cắt lớp xoắn ốc, đa dãy đầu dò đã khắc phục một số nhược điểm của các phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác, có khả năng chẩn đoán các khối u nhỏ, kích thước dưới 2 cm, ngoài khả năng chẩn đoán vị trí, kích thước khối u còn đánh giá tình trạng xâm lấn hạch, mạch máu, di căn gan, đầu tụy, phúc mạc, phân loại giai đoạn bệnh, dự kiến phương pháp điều trị [5]. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: *Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính của u bóng Vater.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG TIỆN NGHIÊN CỨU

- Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2009 đến tháng 6/2010.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: 38 bệnh nhân không phân biệt tuổi, giới, nghề nghiệp, nơi cư trú..., chẩn đoán lâm sàng là u vùng bóng Vater được chụp CLVT trước và sau tiêm thuốc cản quang, có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tuyến.

- Phương tiện nghiên cứu: Máy chụp cắt lớp vi tính Somatom Emotion 2 dãy đầu dò của hãng Siemens, được đặt tại khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

- Phương pháp nghiên cứu là mô tả cắt ngang có so sánh. Nhập số liệu bằng phần mềm Epi-Info 6.04 của Tổ chức y tế thế giới. Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS16.0

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

- *Giới tính:* có 21 bệnh nhân nam chiếm 55% và 17 bệnh nhân nữ chiếm 45%. Tỷ lệ: Nam/Nữ = 1,2, nghiên cứu này phù hợp với Nguyễn Văn Toàn có tỷ lệ nam/nữ là 1,16 [2], Dorandeu thấy tỷ lệ nam/nữ là 1,25 [5].

- *Tuổi:*

Tuổi	n	%
<50	4	10,5
50-70	22	57,9
>70	12	31,6

Tuổi trung bình 63,8±12,29, tuổi cao nhất là 94 tuổi, tuổi thấp nhất 38 tuổi, lứa tuổi mắc cao nhất từ 50 đến 70 tuổi chiếm 57,9 %.

- *Vị trí u:*

Loại u	CLVT	
	n	%
U bóng Vater	30	88,2
U đoạn thấp OMC	2	5,9
U tá tràng	2	5,9
Tổng	34	100

U bóng Vater chiếm 88,2%, u đoạn thấp OMC chiếm 5,9 %, u tá tràng quanh bóng Vater chiếm 5,9 %. Có sự phù hợp vừa trong chẩn đoán vị trí của u trên CLVT và kết quả phẫu thuật với chỉ số Kappa =0,6. Tuy nhiên trong điều trị triệt căn thì vị trí u vùng bóng

Vater ít ý nghĩa vì phẫu thuật đều là cắt khối tá tụy. CLVT có độ nhạy và độ chính xác là 89,5% trong chẩn đoán u vùng bóng Vater.

- *Kích thước khối u*

Kích thước (cm)	n	%
< 3	28	82,4
3 - 5	6	17,6
> 5	0	0
Tổng	34	100

Kích thước u < 3 cm chiếm chủ yếu (82,4%), nghiên cứu của theo Chen C.H kích thước u < 3 cm chiếm 76,9% [4]. Tuy nhiên theo chúng tôi và một số tác giả thì phương pháp điều trị không phụ thuộc kích thước khối u lớn hay nhỏ mà phụ thuộc vào mức độ xâm lấn các tạng xung quanh.

- *Hình ảnh bờ khối u*

Bờ khối u	n	%
Không rõ	25	73,5
Rõ	9	26,5
Lan tỏa	0	0
Tổng	34	100

- *Cấu trúc của khối u trước tiêm thuốc cản quang*

Loại u	U bóng Vater		U đoạn thấp OMC		U tá tràng		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Đồng tỷ trọng	26	76,5	1	2,9	2	5,9	29	85,3
Giảm tỷ trọng	3	8,8	1	2,9	0	0	4	11,8
Tăng tỷ trọng	1	2,9	0	0	0	0	1	2,9
Tổng	30	88,2	2	5,9	2	5,9	34	100,0

- *Mức độ ngấm thuốc cản quang sau khi tiêm thuốc:*

Loại u	U bóng Vater		U đoạn thấp OMC		U tá tràng		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Không ngấm thuốc	0	0	0	0	0	0	0	0
Ngấm thuốc ít	1	2,9	0	0	0	0	1	2,9
Ngấm thuốc vừa	14	41,2	0	0	2	5,9	16	47,1
Ngấm thuốc nhiều	15	44,1	2	5,9	0	0	17	50
Tổng	30	88,2	2	5,9	2	5,9	34	100

Các tổn thương u vùng bóng Vater chủ yếu là đồng tỷ trọng với nhu mô tụy (85,3 %). Trên CLVT không tiêm cản quang dấu hiệu trực tiếp của u bóng Vater là hình ảnh khối u giảm tỷ trọng nằm sau hợp lưu của ống mật chủ và ống tụy chính, khối tiếp xúc với bờ trong đoạn D11 tá tràng, có thể thấy khối tròn như hình oméga ấn lõm vào trong lòng tá tràng, giới hạn rõ, bao quanh bởi niêm mạc tá tràng giảm tỷ trọng khi khối u chưa xâm lấn, khối ngấm thuốc sau tiêm thuốc cản quang, khối lớn có thể gây hẹp lòng tá tràng. Bờ khối không rõ chiếm 73,5%. Các khối u ngấm thuốc đồng đều (91,2%), ngấm thuốc ở thì tĩnh mạch cửa (76,5%)

- *Thời điểm ngấm thuốc sau tiêm thuốc:*

Loại u	U bóng Vater		U đoạn thấp OMC		U tá tràng		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Thời điểm								
Thì động mạch	8	23,5	0	0	0	0	8	23,5
Thì tĩnh mạch cửa	22	64,7	2	5,9	2	5,9	26	76,5
Tổng	30	88,2	2	5,9	2	5,9	34	100

- Dạng ngấm thuốc của khối u:

Dạng ngấm thuốc	Loại u		U bóng Vater		U đoạn thấp OMC		U tá tràng		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Đều	28	82,4	2	5,9	1	2,9	31	91,2		
Không đều	1	2,9	0	0	0	0	1	2,9		
Dang vòng	1	2,9	0	0	1	2,9	2	5,9		
Tổng	30	88,2	2	5,9	2	5,9	34	100		

Các khối u vùng bóng Vater ngấm thuốc tương đối đồng đều (91,2%) và ngấm ở thì tĩnh mạch cửa (76,5%). Dạng ngấm thuốc của u vùng bóng Vater phụ thuộc vào kích thước khối u, khối có kích thước nhỏ thường ngấm thuốc đồng đều, khối có kích thước lớn, hoại tử trong khối ngấm thuốc không đồng nhất, có các ổ tỷ trọng dịch ở trung tâm, có thể thấy hình ảnh vôi hóa trong khối, mức độ ngấm thuốc còn phụ thuộc sự tưới máu của khối u, các khối u được nuôi chủ yếu bằng hệ thống mao mạch nên ngấm thuốc chủ yếu thì tĩnh mạch cửa; nhận xét này cũng phù hợp với nghiên cứu của Gao [3].

- Đặc điểm đường mật và ống tụy chính của u vùng bóng Vater:

Đặc điểm	CLVT		Siêu âm	
	n	%	n	%
Giãn đường mật trong gan	37	97,4	37	100
Giãn ống mật chủ	38	100	37	100
Giãn túi mật	20	58,8	24	70,6
Giãn ống tụy chính	32	84,2	23	62,2

Hình ảnh đường mật: có 97,4 % bệnh nhân có giãn đường mật trong gan rõ hoặc kín đáo, không thấy sỏi tăng tỷ trọng trong đường mật trong gan. ống mật chủ giãn trên 8 mm chiếm 100 %. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Toàn, có kết quả giãn đường mật trong gan, ống mật chủ giãn lượt là 98,4 % và 100 % [2]. Có 58,8 % bệnh nhân có túi mật căng to. 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 của đường mật, u đầu tụy thì phải nghi ngờ có tổn thương vùng bóng Vater, nên làm các xét nghiệm bổ xung để chẩn đoán.

Hình ảnh ống tụy chính: có 84,2 %, giãn ống tụy chính, theo chúng tôi có thể khối u không thâm nhiễm vào ống tụy hoặc do biến đổi giải phẫu trong 25 % ống tụy không đổ vào bóng Vater mà đổ trực tiếp vào tá tràng hoặc ống tụy chính và ống tụy phụ nối với nhau nên không thấy hình ảnh giãn ống tụy. Theo Trần Công Hoan có 22,9% bệnh nhân không có giãn ống tụy chính [1].

- Đặc điểm lan rộng của u vùng bóng Vater:

Phương pháp	CLVT		Siêu âm	
	n	%	n	%
Vị trí				
Tá tràng	26	76,5	0	0
Đầu tụy	25	73,5	0	0
Gan	3	8,8	1	2,7
Hạch	3	8,8	1	2,7
Dịch ổ bụng	1	2,9	0	0

Xác định mức độ xâm lấn đầu tụy và tá tràng trong nghiên cứu đặc điểm hình ảnh CLVT giúp xếp loại T

theo phân loại TMN, góp phần tiên lượng điều trị, khối u có kích thước lớn, ranh giới khối không rõ thì khả năng xâm lấn đầu tụy cao, tuy nhiên khó xác định phân loại giai đoạn T2 và T3 khi xác định xâm lấn nhu mô tụy lớn hơn hay nhỏ hơn 2 cm. Xác định xâm lấn lớp mỡ quanh mạch máu, xâm lấn mạch máu góp phần tiên lượng khả năng bóc bỏ khối u hay không.

Xâm lấn đầu tụy trên CLVT: do giữa bóng Vater và nhu mô đầu tụy không có vỏ xơ bao bọc nên u bóng Vater dễ dàng xâm lấn nhu mô đầu tụy, 73,5 % khối u vùng bóng Vater thâm nhiễm đầu tụy, CLVT có độ nhạy 77,8%, độ đặc hiệu 30%, giá trị dự báo dương tính 33,3%, giá trị dự báo âm tính 75%, độ chính xác 44,8% trong chẩn đoán xâm lấn đầu tụy, không có sự khác biệt trong chẩn đoán thâm nhiễm đầu tụy có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

- Xâm lấn tá tràng: 76,5 % có xâm lấn tá tràng, CLVT có độ nhạy 75%, độ đặc hiệu 23%, giá trị dự báo dương tính 54,5%, giá trị dự báo âm tính 42,8 %, độ chính xác 51,7 % trong chẩn đoán xâm lấn tá tràng. Theo Jonathan 85% u có ranh giới không rõ [6]. Theo Nguyễn Văn Toàn có tỷ lệ là 45,3 % [2].

KẾT LUẬN

Qua phân tích hình ảnh cắt lớp vi tính của 38 bệnh nhân u vùng bóng Vater có thể rút ra một số đặc điểm:

- Các khối u có kích thước chủ yếu dưới 3 cm (82,4%), đồng tỷ trọng với nhu mô tụy 85,3 %, tăng tỷ trọng 2,9%, giảm tỷ trọng 11,8 %, trong đó 73,5 % các khối u có bờ không rõ. 100% các khối u ngấm thuốc cản quang sau tiêm và ngấm chủ yếu ở thì tĩnh mạch cửa 76,5%.

- Có 73,5 % khối u vùng bóng Vater thâm nhiễm đầu tụy, 76,5 % có xâm lấn tá tràng.

- Dấu hiệu gián tiếp là giãn đường mật trong gan (97,4%), giãn ống mật chủ (100%), giãn ống tụy chính (84,2%), giãn túi mật (58,8 %).

- Trong hoàn cảnh Việt Nam hiện nay hy vọng chụp cắt lớp vi tính 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 vùng bóng Vater.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Công Hoan, Bùi Văn Lệnh (2009), "Hình ảnh cộng hưởng từ của ung thư bóng Vater", *Y học thực hành* (675) 922- 26.
2. Nguyễn Văn Toàn (2005), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật ung thư bóng Vater*, Luận văn thạc sĩ y học, trường đại học Y Hà Nội
3. Buck, J. L., Elsayed, A. M. (1993), "Ampullary tumors: radiologic-pathologic correlation", *Radiographics*, 13(1), 193-212.
4. Chen, C. H., et al. (2009), "Reappraisal of endosonography of ampullary tumors: Correlation with transabdominal sonography, CT, and MRI", *Journal of Clinical Ultrasound*, 37(1), 18-25.
5. Dorandeu, A., et al. (1997), "Carcinoma of the ampulla of Vater: prognostic factors after curative surgery: a series of 45 cases", *Gut*, 40(3), 350-355.
6. Jonathan, T. Carter, et al. (2008), "Tumors of the Ampulla of Vater: Histopathologic Classification and Predictors of Survival", *Journal of the American College of Surgeons*, 207(2), 210-218.