

HÌNH ẢNH X QUANG CẮT LỚP VI TÍNH CỦA U RUỘT NON

Lê Duy Mai Huyền* Võ Tấn Đức**

TÓM TẮT

Mặc dù chiếm khoảng 75% chiều dài và 90% bề mặt toàn bộ ống tiêu hóa nhưng u ruột non (URN) rất hiếm gặp, chỉ chiếm khoảng 3% đến 5% trong tổng số các trường hợp u ống tiêu hóa. Khác với u thực quản, dạ dày và đại trực tràng có thể phát hiện và sinh thiết qua ngả nội soi, cho phép xác định mô bệnh học của tổn thương trước mổ, phần lớn URN chỉ được chẩn đoán bằng các phương tiện hình ảnh do ruột non khó tiếp cận qua nội soi tiêu hóa, do đó, hầu hết không có bằng chứng về mô bệnh học trước khi điều trị. URN là một nhóm bệnh gồm nhiều nhóm giải phẫu bệnh khác nhau, có tiên lượng và chiến lược điều trị khác nhau. Hiện nay, với điều kiện y tế tại Việt Nam, X quang cắt lớp vi tính (XQCLVT) là phương tiện khảo sát hiệu quả nhất đối với URN, nhờ khả năng chẩn đoán, đánh giá giai đoạn, tìm biến chứng và tính sẵn có. Bài viết này nhằm mục tiêu tổng kết lại các tài liệu trong y văn về URN, nhằm mô tả các dấu hiệu XQCLVT của từng loại URN và giới thiệu cách tiếp cận hình ảnh giúp chẩn đoán phân biệt các loại URN.

ABSTRACT

Although the small bowel constitutes over 75% of the length and 90% of the mucosal surface of the alimentary tract, small bowel tumors are rare, accounting for 3-5% of all gastrointestinal tumors. In contrast to esophagus, stomach and colon tumors can be detected and taken a biopsy through endoscopy, most of small intestinal tumors are diagnosed just based on imaging examinations instead of preoperative histological evidence. The reason is small bowel remains a challenging anatomical site to access. Small intestinal tumors consist of many different histological subtypes, having different prognosis and treatment strategy. In the current medical conditions in Vietnam, multiple detector computed tomography (MDCT) has been the most useful modality because of the ability to identify lesions, evaluate complications, staging small bowel neoplasms and being available. This review is to summarize the imaging features of each small intestinal neoplasm and shows how an imaging approach can be used to narrow the differential diagnosis when a small intestinal neoplasm is detected on MDCT.

*Khoa Chẩn đoán Hình ảnh BVĐHYD TP.HCM. Email: huyen.lm@umc.edu.vn

**Bộ môn Chẩn đoán Hình ảnh BVĐHYD TP.Hồ Chí Minh. Email: duc.vt@umc.edu.vn

GIỚI THIỆU

U ruột non (URN) hiếm gặp, chiếm khoảng 3% đến 5% trong tổng số các trường hợp u ống tiêu hóa.¹² Ngoài ra, bệnh học lại bao gồm nhiều nhóm nhỏ, nên có rất ít công trình nghiên cứu về URN, kiến thức về nhóm bệnh này cũng hạn chế. Phần lớn URN đều phát hiện ở giai đoạn trễ của bệnh do biểu hiện lâm sàng mơ hồ hoặc không gây ra triệu chứng gì cho đến khi có biến chứng, dẫn đến kỹ thuật khảo sát không thích hợp, khó phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm. không hề thay đổi trong 10 năm gần đây.¹¹

Khác với u thực quản, dạ dày và đại trực, phần lớn các URN chỉ được chẩn đoán bằng các phương tiện khảo sát hình thái, do đó, hầu hết không có bằng chứng về mô bệnh học trước khi điều trị. Cho đến nay, X quang cắt lớp vi tính (XQCLVT) vẫn được xem là phương tiện chẩn đoán tốt nhất đối với các tổn thương ở thành ruột non, giúp chẩn đoán URN và gợi ý bản chất mô bệnh học của URN.

MÔ BỆNH HỌC U RUỘT NON

Có khoảng 40 loại mô bệnh học khác nhau của URN nguyên phát, thuộc 3 nhóm lớn, theo nguồn gốc của tế bào: U biểu mô, U trung mô và Lymphoma. Trong đó, thường gặp nhất là adenocarcinoma, NET, GIST và lymphoma.¹²

KỸ THUẬT X QUANG CẮT LỚP VI TÍNH CỦA U RUỘT NON

XQCLVT là lựa chọn đầu tay đối với các trường hợp có bệnh cảnh lâm sàng là tắc ruột, xuất huyết tiêu hóa mà nội soi tiêu hóa trên và dưới đều âm tính hoặc có triệu chứng không rõ ràng ở vùng bụng. XQCLVT có thể cho phép quan sát toàn bộ chiều dài của ruột non, các tổn thương niêm mạc, dưới niêm, tổn thương mạc treo và các tổn thương khác trong ổ bụng trong cùng một lần khảo sát. Khả năng tái tạo ba chiều còn giúp tối ưu hóa chẩn đoán và xếp giai đoạn URN.

Chẩn đoán URN ở giai đoạn muộn không phải là điều khó với chẩn đoán hình ảnh, thách

thức là chẩn đoán bệnh ở giai đoạn sớm, đòi hỏi kỹ thuật thích hợp như làm căng lòng ruột non với chất tương phản trung tính và dùng tương phản đường tĩnh mạch. XQCLVT ruột non (Enterography hoặc Enteroclysis) nên được thực hiện đối với các trường hợp nghi ngờ URN mà không thể phát hiện trên XQCLVT thường qui.⁹

Thời gian gần đây, một số báo cáo về kỹ thuật chụp đa thì giúp gợi ý chẩn đoán loại URN, nhờ phân tích kiểu bắt thuốc của u.^{15,16}

Thực tế, các bác sĩ hình ảnh thường phải đối diện với tình huống URN không được chụp đủ thì và ruột không đủ căng, do triệu chứng không đặc hiệu và tần suất hiếm của bệnh làm ít nghĩ đến URN trước khi chụp. Chụp không đủ thì ảnh hưởng đến việc phân tích kiểu bắt thuốc của URN, lòng ruột không đủ căng làm cho việc đánh giá hình thái, vị trí và kích thước tổn thương không chính xác, đôi khi khó phát hiện u nếu u nhỏ và nằm ở đoạn ruột xẹp. Với mục tiêu hướng tới thực hành lâm sàng, các trường hợp hình minh họa trong bài viết đều được chụp trong điều kiện lòng ruột không căng và chỉ chụp ở thì tĩnh mạch.

X quang cắt lớp vi tính ruột non

Enteroclysis là kỹ thuật dùng chất tương phản bơm qua ống thông mũi hồng tràng để làm căng lòng ruột, giúp tối ưu hóa việc đánh giá thành ruột non. Người ta bơm qua ống thông mũi hồng tràng 1500 ml dung dịch tương phản trung tính, với tốc độ 100-120ml/phút, giúp làm căng đều ruột non. Phối hợp thuốc chống co thắt để hạn chế ảnh hưởng do co thắt và nhu động ruột. Trong khi chụp, vẫn tiếp tục bơm thêm 500 ml dung dịch tương phản nữa với vận tốc 80ml/phút để duy trì độ căng của hồng tràng trong suốt quá trình chụp.⁹

Trong trường hợp không muốn đặt hoặc đặt ống thông mũi hồng tràng thất bại, có thể cho bệnh nhân tự uống dung dịch tương phản thay vì bơm qua ống – được gọi là kỹ thuật enterography. Mặc dù độ giãn của ruột non trong kỹ thuật này rất thay đổi và khó kiểm soát hơn enteroclysis nhưng do đặc tính ít xâm lấn nên hiện nay enterography là lựa chọn đầu tay khi nghi ngờ bệnh lý ruột non. Một vài thời điểm được chọn để chụp mà không thể kiểm soát tình trạng giãn của ruột.

Chất tương phản trung tính là chất có đậm độ tương đương nước (khoảng 10-30HU), tạo sự phân biệt rõ ràng giữa đậm độ thấp trong lòng ruột và thành ruột đậm độ cao do bắt thuốc tương phản, giúp đánh giá mức độ và kiểu bắt thuốc thành ruột. Một số chất tương phản trung tính được dùng hiện nay là nước hoặc các dung dịch gồm nước và một số chất như methylcellulose, polyethylene glycol solutions (PEG) hoặc Volumen®. Các dung dịch này làm giảm hấp thu nước qua thành ruột, giúp làm căng lòng ruột.

Đặc điểm hình ảnh X quang cắt lớp vi tính các URN thường gặp

Lipoma

- Là tổn thương do tăng sinh mô mỡ trưởng thành, phát triển từ lớp dưới niêm của thành ruột, thường gặp ở hồi tràng.

- Lipoma thường phát triển vào trong lòng ruột, đôi khi phát triển ra ngoài, phía mạc treo.

- Biểu hiện dưới dạng khối đậm độ mỡ đồng nhất, bờ giới hạn rõ, không cuống trong lòng ruột, không bắt thuốc sau tiêm tương phản.

Adenoma

- Adenoma là u lành tính thường gặp nhất ở ruột non.

- Đại thể biểu hiện dưới 3 dạng: dạng polyp có cuống, dạng không cuống chân rộng và dạng nốt thành trong lớp niêm mạc.

- Tổn thương thường bắt thuốc đồng nhất, giới hạn rõ với thành ruột. Giống ở đại tràng, Adenoma vẫn được xem là tổn thương tiền ung, dấu hiệu thâm nhiễm mỡ quanh chân polyp là dấu hiệu gợi ý thoái hóa ác tính của polyp.

Adenocarcinoma

- Là loại u ác tính thường gặp nhất ở ruột non, chiếm khoảng 30-50%, đỉnh tuổi là 60-70 tuổi.³ Nguy cơ mắc adenocarcinoma ruột non tăng trên người có adenocarcinoma đại tràng, hội chứng đa polyp gia đình. Tiền căn bệnh Crohn cũng làm tăng nguy cơ adenocarcinoma ruột non, thường ở hồi tràng cuối.^{3,11}

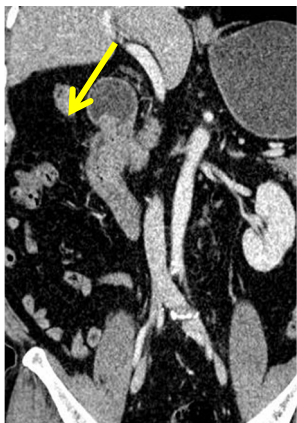
Bài tổng hợp y văn của Fernandes³ cho thấy sự phân bố của adenocarcinoma khác nhau theo vị trí giải phẫu ruột non. Hơn nửa số adenocarcinoma ruột non gặp ở tá tràng, mặc dù tá tràng chỉ chiếm khoảng 4% chiều dài ruột non, hầu hết quanh bóng Vater, có lẽ do ảnh hưởng từ nồng độ cao của mật và các chất chuyển hóa

từ mật, được xem là các chất sinh ung.¹¹

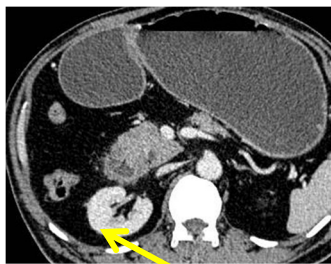
Biểu hiện hình ảnh thường gặp của adenocarcinoma là các đoạn ruột thành dày khu trú, đáy rộng tựa lên niêm mạc ruột, không đối xứng, gây hẹp lòng ruột. Ruột thường dày hơn hoặc bằng 1,5cm, liên quan đến một đoạn ruột ngắn, dưới 5cm. Vị trí chuyển tiếp đột ngột, bờ không đều, chia ra và nhô vào lòng ruột cho hình ảnh đặc trưng được gọi là dấu hiệu khuyết vai (Hình 1). Khi tổn thương lan hết chu vi cho hình ảnh lõi táo (Hình 2) giống adenocarcinoma ở đại tràng. Hình thái dạng polyp ít gặp hơn và thường ở tá tràng. Adenocarcinoma là u nghèo mạch, bắt thuốc trung bình và không đồng nhất do mức độ biệt hóa bên trong u không đều nhau.

Adenocarcinoma có khuynh hướng lan tràn, xâm lấn ra ngoài thanh mạc vào các cơ quan lân cận.

Di căn hạch cũng thường gặp, kích thước hạch nhỏ hơn trong lymphoma và thường bắt thuốc viền.



Hình 1. Hình khuyết vai ở một trường hợp adenocarcinoma. (Lương Văn L. N17-0004749)



Hình 2. Hình lõi táo ở adenocarcinoma. (Lý D. N17-0291217)

GIST (Gastrointestinal stromal tumor)

GIST là u trung mô ruột non thường gặp nhất, chiếm khoảng 90%. Trước khi có hóa mô miễn dịch, GIST được xếp vào loại leiomyosarcoma, schwannoma hoặc neurofibroma; một số u dạ dày và ruột non trước đây được chẩn đoán là sarcoma hoặc adenocarcinoma không biệt hóa, thật ra là GIST nhờ hóa mô miễn dịch. Dương tính với CD117 giúp chẩn đoán phân biệt GIST với các u trung mô khác, có đặc điểm hình thái vi thể tương tự GIST như leiomyoma, leiomyosarcoma, schwannoma, neurofibroma⁸ do CD117 không có ở bất cứ u trung mô nào khác.

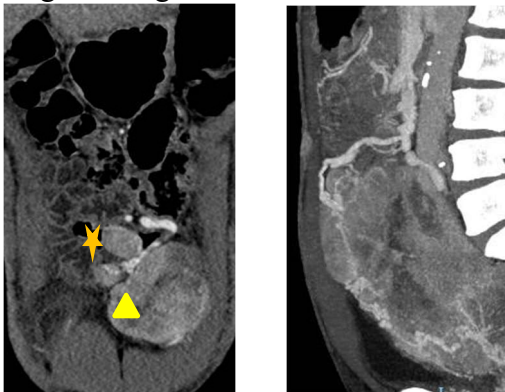
Dấu hiệu lâm sàng của GIST phụ thuộc vào kích thước và vị trí u. Hầu hết triệu chứng lâm sàng của GIST là xuất huyết tiêu hóa do loét bề mặt niêm mạc.^{7,8} GIST nhỏ, lành tính thường được phát hiện tình cờ bằng hình ảnh học hoặc phẫu thuật do nguyên nhân khác.

70% GIST xảy ra ở dạ dày, 20-30% ở ruột non, 7% ở đại tràng. Ngoài ra, còn có thể gặp ở mạc treo, mạc nối và khoang sau phúc mạc.

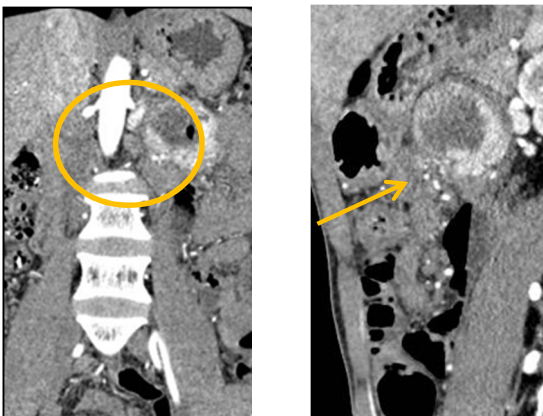
Kích thước u là yếu tố tiên lượng nguy cơ ác tính độc lập. Kích thước nhỏ hơn 2 cm thường là lành tính, trên 5cm thường là ác tính, từ 2 đến 5cm là không rõ.¹³ Vị trí giải phẫu của GIST cũng có tính chất gợi ý lành và ác.⁸ Khác với GIST dạ dày, phần lớn có độ ác thấp, phần lớn GIST ruột non, thực quản và đại trực tràng có độ ác cao.⁶ Số lượng phân bào trên 5 ở 50 quang trường lớn là tiêu chuẩn gợi ý độ ác tính trên mô bệnh học. Một số ít GIST tái phát và di căn mặc dù có các tính chất gợi ý lành tính. Do đó, GIST thường được xếp vào loại u có tiềm năng ác tính chưa rõ. Trừ khi có biểu hiện di căn các tạng ổ bụng ở thời điểm khảo sát, hình ảnh học đơn độc không thể xác định chính xác tiềm năng ác tính của một khối u ruột nghi ngờ GIST.

Biểu hiện trên hình ảnh của GIST là một khối, thường đơn độc, phát triển ưu thế ra ngoài, kích thước từ 2,2 đến 21cm, phần mô bắt thuốc mạnh, với mức độ hoại tử, xuất huyết, loét khác nhau.¹⁶ GIST là u giàu mạch máu, do đó thường có mạch máu phát triển, giãn lớn trên bề mặt u (Hình 3). Khi u lớn, vượt quá khả năng cấp máu sẽ gây ra hoại tử và xuất huyết trong u. Hang trong u có thể thông với lòng ruột do hoại tử hoặc loét niêm mạc phủ trên bề mặt tổn

thương cho hình ảnh giả giãn dạng phình, là hình ảnh đặc trưng của Lymphoma ruột non (Hình 4,5). Tuy nhiên, phân tích tỉ mỉ các thành của tổn thương giãn dạng phình giúp phân biệt GIST và Lymphoma. Lymphoma thâm nhiễm theo chu vi thành ruột, phá hủy thần kinh làm đoạn ruột tổn thương giãn lớn do mất trương lực. Do đó, 2 đầu của đoạn ruột giãn này sẽ thông với 2 đoạn ruột bình thường. Ngược lại, tổn thương giả giãn dạng phình do GIST phát triển từ một thành của ruột, hoại tử, tạo hang thông với lòng ruột, nên “đoạn ruột giãn” này chỉ thông với lòng ruột ở một đầu.



Hình 3. GIST hồi tràng. Dạng hỗn hợp, polyp trong lòng (hình sao) và khối phát triển lớn ra ngoài (hình tam giác). Hình MIP cho thấy mạch máu phát triển ngoằn ngoèo trên bề mặt u (Phan Văn C. N15-0056652)



Hình 4. Hình giả giãn dạng phình ở một trường hợp GIST. Hình ảnh GIST hoại tử, thông với lòng ruột, cho hình ảnh giống giãn dạng phình ở lymphoma (trong vòng tròn). Hình mặt cắt đứng dọc cho thấy tổn thương phát triển từ một thành của tá tràng (mũi tên). (Nguyễn Văn N. N16-0361117)

GIST cũng có thể biểu hiện như tổn thương trong thành hoặc dạng polyp trong lòng, nhưng ít gặp hơn dạng phát triển ra ngoài.

Khác với adenocarcinoma, GIST không gây tắc ruột, không xâm lấn mạch máu và các cấu

trúc xung quanh dù kích thước lớn. Khác với adenocarcinoma và lymphoma, GIST hiếm khi di căn hạch. Nếu có hạch vùng với các tính chất gợi ý hạch bệnh lý nên cân nhắc chẩn đoán loại URN khác thay vì GIST.⁸

Di căn phúc mạc và dịch bụng ít gặp ở GIST. Di căn gan từ GIST là tổn thương giàu mạch máu, di căn gan dạng nang có thể gặp ở GIST sau hóa trị trúng đích.¹³ GIST di căn phổi cực kì hiếm, dù đã di căn gan và phúc mạc. Điều này hoàn toàn khác với leiomyosarcoma, có đặc điểm vi thể tương tự GIST.

Lymphoma

Lymphoma ruột non có hai loại: nguyên phát và thứ phát. Lymphoma nguyên phát ống tiêu hóa chiếm khoảng 35-50% các loại URN và là loại lymphoma ngoài hạch thường gặp nhất.³ Đôi khi Lymphoma nguyên phát của đường tiêu hóa ở giai đoạn tiến triển có thể gieo rắc nhiều nơi. Trong tình huống này, cả hình ảnh học và bệnh học đều không thể phân biệt lymphoma tại ống tiêu hóa là nguyên phát hay thứ phát.

Lymphoma tiêu hóa là một nhóm u, phát triển từ nhiều loại tế bào có nguồn gốc khác nhau, gồm Lymphoma tế bào B và loại ít gặp hơn, chiếm 10-25%, Lymphoma tế bào T.⁵

Lymphoma tế bào B thường gặp ở hồi tràng cuối do số lượng mô lympho ở vùng này nhiều, thường là một khối đơn độc, nhưng có thể thấy đa ổ trong 10-25% trường hợp. Ngược lại, Lymphoma tế bào T lại thường gặp ở đoạn đầu ruột non, đa ổ trong 50-72% trường hợp.^{1,5} Tiên lượng của lymphoma tế bào T xấu hơn tế bào B nhiều lần.⁵ Nhìn chung, không có mối liên hệ giữa hình thái u và loại tế bào.

Cần phải phân biệt Lymphoma và các loại URN khác vì phương pháp điều trị và tiên lượng rất khác nhau. Nhìn chung, tiên lượng Lymphoma tốt hơn, tỷ lệ sống còn sau 5 năm là 62-90%.⁵ Lymphoma nhạy với hóa và xạ, đôi khi cần phẫu thuật khi có biến chứng như thủng.

Hình ảnh lymphoma rất đa dạng do gồm nhiều nhóm khác nhau, gồm 3 dạng:

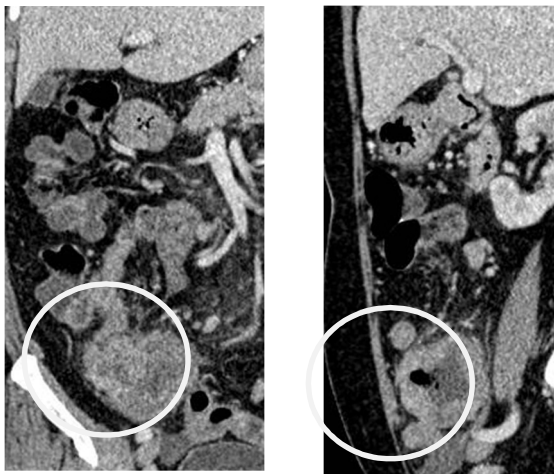
- **Dạng thâm nhiễm:** là dạng thường gặp nhất, cho hình ảnh dày thành ruột lan tỏa, không đối xứng, bờ không rõ, thường xâm lấn mạc treo và tạo thành khối trong mạc treo của đoạn ruột tổn thương. U thường kéo dài trên một đoạn ruột dài, có thể kèm theo loét và thủng vào mạc

treo tạo ổ áp-xe. Lòng ruột giãn lớn dạng phình do mô lymphoma bệnh lý thâm nhiễm, phá hủy các đám rối thần kinh cơ, gây mất trương lực cơ.² Tổn thương bất thuốc kém và đồng nhất, đậm độ bằng hoặc thấp hơn cơ (Hình 5). Dạng này có thể chẩn đoán phân biệt được với adenocarcinoma nhờ vào hình thái đặc trưng. Lưu ý, tổn thương có thể trở về bình thường sau hóa trị.^{3,5}

- **Dạng polyp:** có thể đơn độc hoặc nhiều polyp, không thể phân biệt được dạng này với tổn thương dạng polyp khác như adenoma, tăng sinh mô lympho dạng nốt, GIST, ... trên hình ảnh học.

- **Dạng dày thành ruột kèm loét,** tạo hang, có thể tạo đường rò và tạo áp-xe vô khuẩn. Dạng này ít gặp nhất.

Di căn phúc mạc từ lymphoma rất hiếm gặp. Nhưng nếu có, biểu hiện hình ảnh của phúc mạc và mạc nối tương tự và không thể phân biệt được với carcinomatosis và lao phúc mạc.



Hình 5. Hình giãn dạng phình ở một trường hợp lymphoma. Thành ruột dày không đều ở một đoạn hồi tràng cuối, kèm giãn lớn lòng ruột (trong vòng tròn) (Nguyễn Phục H. N17-00044)

NET (Neuroendocrine Tumor)

Ở ống tiêu hóa, NET gặp nhiều nhất ruột non. NET phát triển chậm, ngay cả khi đã di căn, với các chiến lược điều trị hiện nay, tỷ lệ sống trên 5 năm khoảng 70-80%, ở tất cả các giai đoạn và vị trí tạng bệnh.¹⁴

Tiềm năng ác tính của NET khác nhau tùy vị trí và loại tế bào. NET ruột non thường ác tính, khác với NET ở ruột thừa, 99% lành tính.⁶

NET thường không gây triệu chứng. Khi có biểu hiện lâm sàng là dấu hiệu cho thấy tổn

thương đã gây tác động tại chỗ, cho di căn hạch hoặc gan. Tổn thương có thể gây tắc ruột, nhồi máu ruột và xuất huyết tiêu hóa. Một số bệnh nhân có thể than phiền về tình trạng đau co thắt ở bụng, tiêu chảy, buồn nôn, nôn trong thời gian dài. Chỉ 10% bệnh nhân NET biểu hiện hội chứng carcinoid, khi các chất nội tiết được chế tiết từ các khối NET đi vào hệ thống tuần hoàn mà không bị chuyển hóa. Tình trạng này xảy ra khi NET đã di căn đến gan, khoang sau phúc mạc hoặc do các chất nội tiết từ u không đi qua đường ruột – gan mà đi qua các đường nối [4].

Về mặt hình ảnh, NET biểu hiện khác nhau tùy theo kích thước:

- Có thể biểu hiện dưới dạng nốt nhỏ trên thành ruột, dạng polyp ở niêm mạc hoặc dưới niêm mạc, bất thuốc rất mạnh ở thì động mạch. NET là một u phát triển rất chậm, hầu hết có kích thước nhỏ ở thời điểm phát hiện. Do đó, để tăng khả năng phát hiện NET, lòng ruột phải đủ căng để có thể nhìn thấy các nốt này.
- Đôi khi NET biểu hiện dưới dạng dày thành ruột khu trú thay vì dạng nốt như mô tả.

Dấu hiệu đặc hiệu nhất của NET là phản ứng xơ và biến dạng mạc treo, biểu hiện là một khối mô thâm nhiễm, giới hạn không rõ, bờ không đều, dạng tua gai giống tia nắng mặt trời, có đóng vôi trong 70% trường hợp. Đóng vôi mạc treo giúp phân biệt NET xâm lấn mạc treo với các những tình trạng xơ hóa mạc treo khác – hiếm khi có đóng vôi. Xơ hoá mạc treo thường do ảnh hưởng của các chất tiết từ tổn thương là serotonin và tryptophan hơn là sự xâm lấn thật sự của tổn thương ra ngoài thành ruột.

Mạch máu mạc treo bị ảnh hưởng có thể do khối u xâm lấn hoặc phản ứng xơ hóa mạc treo, có thể dẫn đến thiếu máu hoặc nhồi máu ruột. Các động tĩnh mạch mạc treo xung quanh có thể giãn ra hoặc co lại gây hẹp lòng mạch do tác động của các chất vận mạch như histamine và dopamine do u tiết ra. Đôi khi có thể có cùng lúc nhiều ổ NET ở ruột non. Do đó, cần phải tầm soát cẩn thận. Tỷ lệ NET đa ổ là 29-41%.¹⁴

Trong trường hợp không có tổn thương xơ hóa mạc treo, tổn thương dạng các nốt nhỏ bất thuốc mạnh trên thành ruột không thể phân biệt NET với các loại u khác bằng hình ảnh học.

X quang cắt lớp vi tính có thể gợi ý bản chất u ruột non không ?

Có một số đặc điểm hình ảnh giúp gợi ý bản chất mô của URN. Nhưng chúng tôi nhận thấy rằng, hình thái tổn thương là đặc tính quan trọng nhất giúp phân biệt các nhóm u. Do nguồn gốc các u phát triển từ các lớp khác nhau của thành ruột, do đó, thông qua phân tích hình thái ưu thế tổn thương, giúp gợi ý loại URN.

Hình thái tổn thương

Có 3 dạng hình thái cơ bản của tổn thương URN dựa vào tương quan của tổn thương với thành ruột: polyp phát triển vào lòng ruột, dày thành ruột và tổn thương phát triển ra bên ngoài thành.¹⁰

Trong đó, adenocarcinoma thường biểu hiện dưới hai dạng: dày thành ruột ưu thế (90%) và dạng polyp (10%), thường gặp quanh nhú Vater. GIST có thể gặp ở cả 3 dạng trên, trong đó, phát triển ra ngoài là hình thái thường gặp nhất, chiếm 93% Lymphoma thường gặp ở dạng dày thành ruột, chiếm 81%; số còn lại gặp ở dạng polyp. NET biểu hiện dưới dạng nốt trong thành hoặc lồi vào lòng ruột giống polyp. Như vậy, với một tổn thương phát triển ra ngoài thành ruột, nguyên nhân thường gặp nhất là GIST. Ngược lại, tổn thương dày thành ruột thường gặp ở adenocarcinoma và lymphoma. Với tổn thương dạng polyp, không giúp phân loại URN.

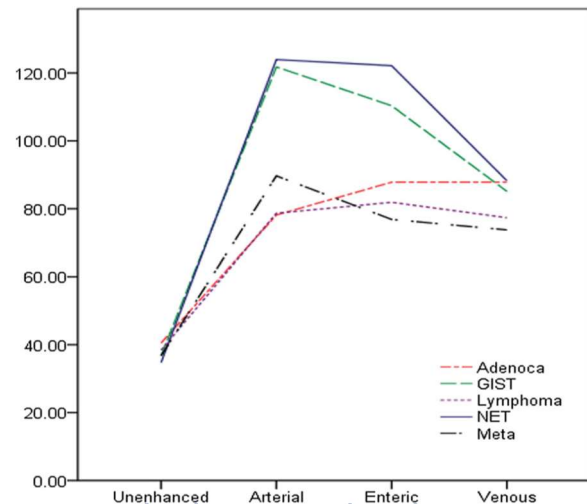
May mắn, có thể phân biệt dạng dày thành ruột ở lymphoma và adenocarcinoma nếu gặp biểu hiện đặc trưng của từng dạng. Adenocarcinoma thường biểu hiện dày thành ruột lan theo chu vi gây hẹp lòng ruột, cho hình ảnh lồi táo. Bờ tổn thương adenocarcinoma rõ, sùi vào lòng ruột, do tổn thương dạng choán chỗ, phát triển từ lớp niêm mạc, giới hạn giữa tổn thương và thành ruột bình thường lân cận rõ, tạo thành một góc nhọn hay hình giống khuyết vai thường gặp ở adenocarcinoma đại tràng trên hình đại tràng cân quang.

Ngược lại, Lymphoma mặc dù làm dày thành ruột, cũng lan theo chu vi nhưng không làm hẹp lòng ruột, không gây tắc ruột, mà tạo hình ảnh giãn dạng phình. Vì vậy, tại thời điểm phát hiện, tổn thương dày thành do lymphoma thường dày rõ, dày hơn 25mm. Tổn thương lymphoma thâm nhiễm ở lớp dưới niêm, do đó, bờ tổn thương

không cho hình ảnh khuyết vai; giới hạn giữa tổn thương và thành ruột lân cận không rõ và thường liên quan đến đoạn ruột dài hơn 5cm.

Một tổn thương dày thành kèm theo xơ hóa mạc treo lân cận là dấu hiệu đặc hiệu của NET. Trong trường hợp không có dấu hiệu xơ hóa mạc treo, chỉ có thể nghĩ tới NET khi tổn thương này phát triển chậm và tăng tưới máu.

Tính chất bắt thuốc u



Hình 6. Biểu đồ động học bắt thuốc của các loại URN15 Thì ruột khoảng 40-50 giây, thì tĩnh mạch khoảng 110 - 115 giây sau tiêm

Mỗi loại u sẽ có đường cong bắt thuốc khác nhau (Hình 6), do đó, thời điểm khảo sát rất quan trọng và làm “thay đổi” tính chất bắt thuốc của URN. Động học URN hiện tại chưa được sử dụng nhiều tại Việt Nam, nên chúng tôi chỉ phân tích tính chất bắt thuốc của URN ở thì tĩnh mạch, là thì luôn luôn có đối với các khảo sát bụng chậu.

Y vẫn hầu hết ghi nhận Lymphoma và Adenocarcinoma là u nghèo mạch máu, GIST và NET là u giàu mạch máu. Câu nhận định một cách khái quát này giúp dự đoán tính chất bắt thuốc của tổn thương thứ phát ở gan, nếu có, nhưng không phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, 100% GIST bắt thuốc từ trung bình đến mạnh; 80% adenocarcinoma và 63,6% lymphoma cũng bắt thuốc từ trung bình đến mạnh; số còn lại, 20% adenocarcinoma và 36,7% lymphoma bắt thuốc kém. Trong đó, bắt thuốc mạnh là bắt thuốc tương đương mạch máu lân cận tổn

thương, bắt thuốc kém là bắt thuốc tương đương cơ vân, giữa hai mức trên là bắt thuốc trung bình.

Điều này có nghĩa rằng:

- Không thể dựa vào tính chất bắt thuốc để phân biệt giữa NET và GIST, giữa adenocarcinoma và lymphoma mà phải dựa vào các đặc điểm về hình thái.
- U bắt thuốc kém, có thể không nghĩ đến GIST, NPV 100%
- U bắt thuốc từ trung bình đến mạnh chỉ có 46% khả năng là GIST. Khi đó, dấu hiệu mạch máu phát triển ngoằn ngoèo trên bề mặt u (Hình 3) là một dấu hiệu quan trọng - có độ đặc hiệu trong chẩn đoán GIST là 96,2%.

Dấu hiệu kèm theo

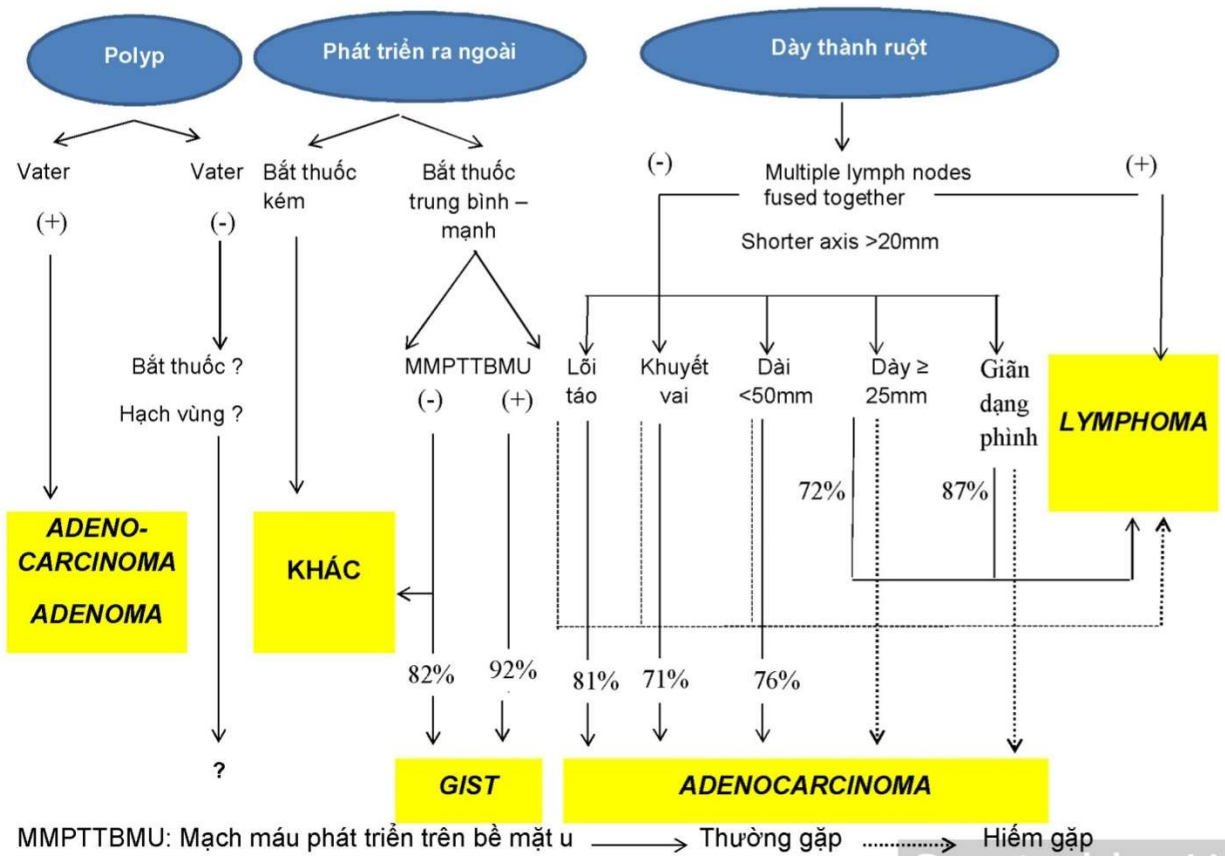
- Các dấu hiệu kèm theo tự bản thân nó không giúp đưa ra chẩn đoán, nhưng khi kết hợp với tổn thương chính, đôi khi giúp thu hẹp chẩn đoán phân biệt.

Dấu hiệu quan trọng nhất là sự hiện diện của hạch phì đại và tính chất hạch. Hạch phì đại

không phải là tính chất thường gặp của GIST, dù là GIST ác tính.¹³ Các URN lành tính như Adenoma hoặc Lipoma cũng không có hạch phì đại kèm theo. Ngược lại, 90,9% trường hợp Lymphoma và 60% trường hợp Adenocarcinoma có hạch phì đại tại thời điểm khảo sát. Hạch có trục ngắn lớn hơn 20mm và kết thành chùm, không phân biệt được rõ giới hạn từng hạch và phát triển liên tục từ tổn thương thành ruột phía bờ mạc treo, tạo thành khối đa thùy, bắt thuốc kém và đồng nhất là hình ảnh đặc trưng của Lymphoma. Ngược lại, hạch di căn từ adenocarcinoma thường bắt thuốc viên, không đồng nhất, phân biệt rõ từng hạch.

Hình thái di căn gan cũng giúp thu hẹp chẩn đoán. Trong đó, GIST và NET di căn gan giàu mạch. Adenocarcinoma và Lymphoma di căn gan dạng nghèo mạch. Di căn phúc mạc thường gặp ở adenocarcinoma hơn các u còn lại.

Để đơn giản hóa các bước tiếp cận một URN, chúng tôi xin giới thiệu sơ đồ giúp gợi ý bản chất mô bệnh học của URN (Hình 7).



Hình 7: Sơ đồ tiếp cận URN

Created by Ur

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Byun J.H., Ha H.K., et al. (2003), "CT findings in peripheral T-cell lymphoma involving the gastrointestinal tract". *Radiology*, 227 (1), pp. 59-67.
2. Chang S.T., Menias C.O. (2013), "Imaging of primary gastrointestinal lymphoma". *Semin Ultrasound CT MR*, 34 (6), pp. 558-65.
3. Fernandes D.D., Galwa R.P., et al. (2012), "Cross-sectional imaging of small bowel malignancies". *Can Assoc Radiol J*, 63 (3), pp. 215-21.
4. Ganeshan D., Bhosale P., et al. (2013), "Imaging Features of Carcinoid Tumors of the Gastrointestinal Tract". *American Journal of Roentgenology*, 201 (4), pp. 773-786.
5. Gollub M.J. (2008), "Imaging of Gastrointestinal Lymphoma". *Radiologic Clinics*, 46 (2), pp. 287-312.
6. Gore R.M., Mehta U.K., et al. (2006), "Diagnosis and staging of small bowel tumours". *Cancer Imaging*, 6 (1), pp. 209-212.
7. Horwitz B.M., Zamora G.E., et al. (2011), "Best Cases from the AFIP: Gastrointestinal Stromal Tumor of the Small Bowel". *RadioGraphics*, 31 (2), pp. 429-434.
8. Levy A.D., Remotti H.E., et al. (2003), "Gastrointestinal stromal tumors: radiologic features with pathologic correlation". *Radiographics*, 23 (2), pp. 283-304, 456; quiz 532.
9. Masselli G. (2013), "Small Bowel Imaging: Clinical Applications of the Different Imaging Modalities—A Comprehensive Review". *ISRN Pathology*, 2013, .
10. Masselli G., Colaiacomo M.C., et al. (2012), "MRI of the small-bowel: how to differentiate primary neoplasms and mimickers". *The British Journal of Radiology*, 85 (1014), pp. 824-837.
11. McLaughlin P.D., Maher M.M. (2013), "Primary Malignant Diseases of the Small Intestine". *American Journal of Roentgenology*, 201 (1), pp. W9-W14.
12. Pan S.Y., Morrison H. (2011), "Epidemiology of cancer of the small intestine". *World Journal of Gastrointestinal Oncology*, 3 (3), pp. 33-42.
13. Sandrasegaran K., Rajesh A., et al. (2005), "Gastrointestinal Stromal Tumors: Clinical, Radiologic, and Pathologic Features". *American Journal of Roentgenology*, 184 (3), pp. 803-811.
14. Scarsbrook A.F., Ganeshan Arul, et al. (2007), "Anatomic and Functional Imaging of Metastatic Carcinoid Tumors". *RadioGraphics*, 27 (2), pp. 455-477.
15. Shinya T., Inai R., et al. (2017), "Small bowel neoplasms: enhancement patterns and differentiation using post-contrast multiphasic multidetector CT". *Abdom Radiol (NY)*, 42 (3), pp. 794-801.
16. Vasconcelos R.N., Dolan S.G., et al. (2017), "Impact of CT enterography on the diagnosis of small bowel gastrointestinal stromal tumors". *Abdom Radiol (NY)*, 42 (5), pp. 1365-1373.