

HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ CHÙM CA BỆNH U NHÚ NỘI ỐNG ĐƯỜNG MẬT

Magnetic Resonance Imaging Features of a Case Series of Intraductal Papillary Neoplasms of the Bile Duct

Lê Văn Kháng*, Bùi Thị Mỹ Linh**, Trịnh Hà Châu*,
Nguyễn Thị Khoi*, Nguyễn Thị Thu Thảo*, Đỗ Đăng Tân*,
Lê Doãn Trí*, Phạm Văn Tuyền**, Vũ Đăng Lưu*

SUMMARY

Intraductal Papillary Neoplasm of the Bile Duct (IPNB)

Background: Intraductal papillary neoplasm of the bile duct (IPNB) consists of papillary or villous proliferations of neoplastic epithelium within the bile duct lumen, supported by a thin fibrovascular stalk.

Case Presentation: We report five cases of IPNB that underwent magnetic resonance imaging (MRI) at Bach Mai Hospital. Clinical data, liver enzyme test results, detailed hepatobiliary MRI findings, and histopathological outcomes (from either biopsy or surgery) are presented for each case.

Conclusion: This case series further supports the notion that IPNB is a disease that can be diagnosed by MRI, featuring characteristic imaging patterns and morphological classifications that aid in deeper diagnostic orientation. The integration of imaging-based assessment and interventional planning plays a crucial role in the diagnosis, treatment, and prognosis of patients with IPNB.

Keywords: Intraductal Papillary Neoplasm of the Bile Duct, IPNB, Hepatobiliary MRI.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nhú nội ống đường mật (intraductal papillary neoplasm of the bile duct - IPNB) là thuật ngữ được Tổ chức Y tế thế giới (WHO) thông qua trong bảng Phân loại khối u của hệ thống tiêu hóa vào năm 2010 [1]. Trong phân loại mới nhất năm 2019, WHO định nghĩa u nhú nội ống đường mật (IPNB) là các cấu trúc nhú hoặc nhung mao được phủ lớp biểu mô tân sinh trong lòng ống mật và được xếp vào nhóm tổn thương tiền xâm lấn của đường mật [2]. Nhiều tác giả đã so sánh u nhú nội ống đường mật (IPNB) với u nhầy nhú nội ống tuyến tụy (IPMN). Tuy nhiên tỉ lệ chuyển dạng ác tính của IPNB cao hơn IPMN [3] nhưng tiên lượng của IPNB khá tốt so với ung thư đường mật thông thường. IPNB không xâm lấn có thể được chữa khỏi bằng phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn, đặc biệt là IPNB cấp độ thấp [4, 5].

Yếu tố nguy cơ được cho là liên quan tới u nhú nội ống đường mật bao gồm sỏi mật, nhiễm sán lá gan nhỏ, viêm đường mật xơ hóa nguyên phát, dị tật đường mật bao gồm nang ống mật chủ và bệnh đa polyp tuyến gia đình hay hội chứng Gardner [6].

Phân độ mô học gồm IPNB loạn sản độ thấp, IPNB loạn sản độ cao và IPNB có ung thư xâm lấn. IPNB loạn sản mức độ cao có thể tiến triển thành ung thư xâm lấn. Vì vậy, IPNB được coi là tổn thương tiền xâm lấn của ung thư đường mật [7].

Về mặt đại thể, u nhú nội ống đường mật biểu hiện dưới dạng tổn thương nhú đơn độc hoặc nhiều tổn thương nhú trong lòng ống mật giãn [8]. Về mặt kính hiển vi, khối u cho thấy sự tăng sinh nhú của biểu mô đường mật với các lõi mạch máu mỏng manh [9].

* Trung tâm Điện quang, Bệnh viện Bạch Mai

** Trung tâm Giải phẫu bệnh, Bệnh viện Bạch Mai

Năm 2018, các nhà bệnh học Nhật Bản - Hàn Quốc đã thảo luận và đề xuất IPNB thành hai loại phụ là IPNB loại 1 và IPNB loại 2, trong đó IPNB loại 1 thường gặp ở trong gan, ít khi gặp ung thư xâm nhập và tiên lượng tốt hơn. Còn IPNB loại 2 thường gặp ở đường mật ngoài gan, hay có ung thư xâm lấn đi kèm và tiên lượng kém. Phân loại này đã được WHO cập nhật vào Phân loại khối u của Hệ tiêu hóa năm 2019 [2].

IPNB có bốn phân nhóm mô học là tụy mật, đường ruột, tế bào ung thư và dạ dày. IPNB gặp phổ biến nhất là thể mật tụy, nên tỉ lệ IPNB sản xuất chất nhầy chỉ khoảng 30% [10].

Về đặc điểm hình ảnh của bệnh u nhú nội ống đường mật; một khối u nhú giống như súp lơ trong ống mật kèm giãn đường mật trước và sau khối u được coi là hình ảnh kinh điển. Khối u nhú trong ống mật thường biểu hiện dưới dạng giãn đường mật, khu trú hoặc lan tỏa, tùy thuộc vào vị trí của khối u. Sự tắc nghẽn nói chung có thể là thứ phát do chất nhầy hoặc do hiệu ứng tế bào của khối u, tùy thuộc vào thành phần nào chiếm ưu thế: tăng sinh nhú hoặc sản xuất chất nhầy.

Trên cộng hưởng từ, IPNB biểu hiện một tổn thương đồng hoặc giảm tín hiệu trên xung T1, tăng nhẹ tín hiệu trên xung T2. Chuỗi xung mật tụy ngược dòng (MRCP) cho phép quan sát trực tiếp các tổn thương nhú hoặc lòng không đều. Chất nhầy khó được khẳng định do tín hiệu tương tự dịch mật, tuy nhiên nó có thể biểu hiện là những đường khuyết tín hiệu dạng đường thẳng hoặc cong trong lòng đường mật giãn. Đó gọi là dấu hiệu "thread sign". Chuỗi xung Diffusion/ADC là chuỗi xung rất tốt để đánh giá sự hạn chế khuếch tán trong thành phần nhú, từ đó dự đoán tình trạng xâm lấn của khối u. Trên chuỗi xung T1 có tiêm thuốc đối quang từ, khối u nhú thường ngấm thuốc nhẹ thì động mạch và không tăng cường ở thì tĩnh mạch cửa và thì muộn.

Hiện tại có nhiều hệ thống phân loại hình thái của IPNB nhưng chưa có cách phân loại nào được thống nhất giữa các nhà lâm sàng, bệnh học và các nhà chẩn đoán hình ảnh. Năm 2018, Park và cộng sự đã đưa ra 4 loại hình thái khác nhau của IPNB trên chẩn đoán hình ảnh, tùy thuộc vào kích thước và hình thái của khối trong ống, mức độ tiết chất nhầy và vị trí khối u [12].

- Loại 1: có khối trong ống và chỉ giãn các ống mật thượng lưu.

- Loại 2: giãn các ống mật không cân xứng và không nhìn thấy khối

- Loại 3: khối trong ống, giãn cả ống mật trước và sau khối.

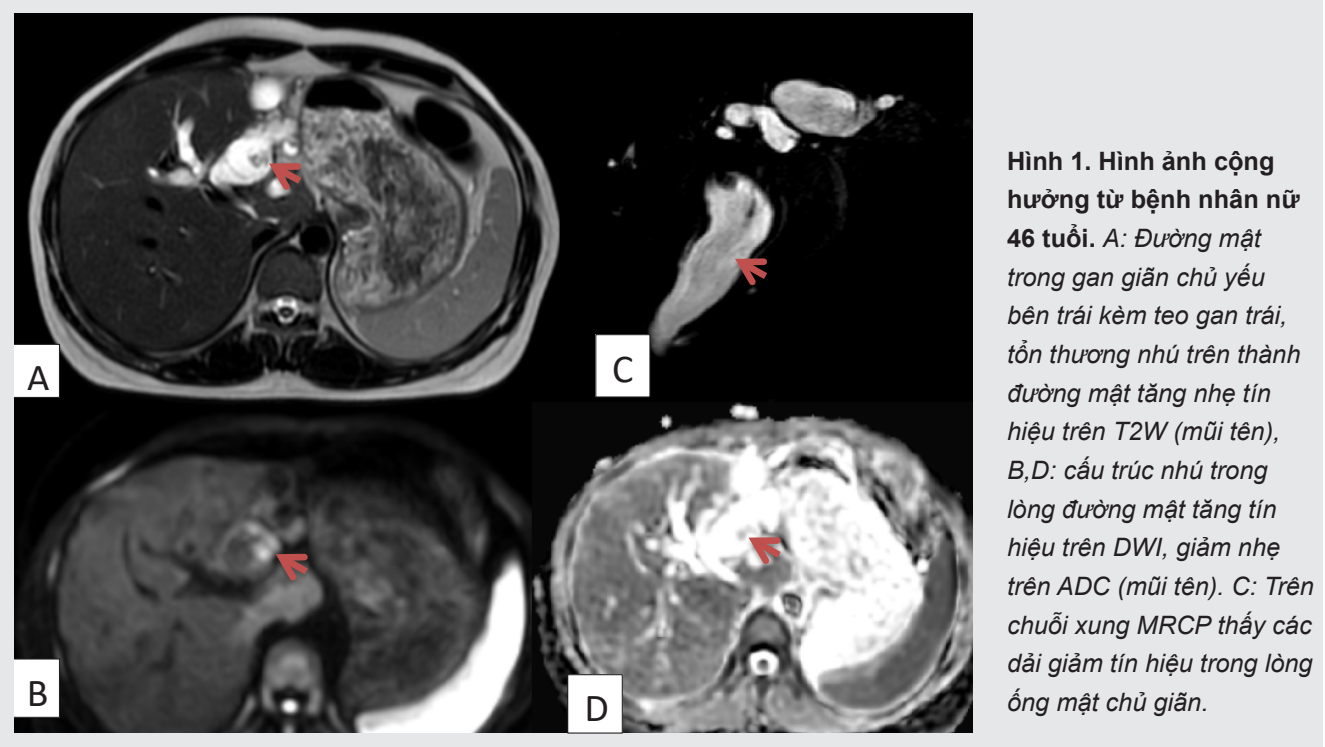
- Loại 4: khối dạng nang.

Ngoài ra còn có thể kể đến một số phân loại của các nhóm tác giả khác như phân loại theo giải phẫu sửa đổi của Jae Ri Kim và cộng sự năm 2019, phân loại của Daisuke Nouguchi và cộng sự năm 2025 ... trong đó phân loại của Daisuke Nouguchi và cộng sự [13] chứng minh được sự liên quan với phân độ về mặt bệnh lý (IPNB loại 1 và loại 2).

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Ca số 1: Bệnh nhân nữ 46 tuổi được chuyển từ tuyến dưới lên bệnh viện Bạch Mai với chẩn đoán: Sỏi đường mật/ Viêm gan B. Xét nghiệm có tăng nhẹ Bilirubin trực tiếp (7,0 U/L), tăng men gan với GOT (39 U/L) và GPT (35 U/mL), GGT tăng cao (1145 U/L). Trên hình ảnh cộng hưởng từ gan mật thấy teo gan trái, giãn đường mật trong gan, chủ yếu gan trái. Đường mật ngoài gan giãn tới tận đoạn đổ vào tá tràng. Trên thành đường mật đoạn ống gan chung và ống mật chủ có các cấu trúc đồng tín hiệu trên T1, tăng nhẹ trên T2, sau tiêm có ngấm thuốc nhẹ, hạn chế khuếch tán trên DWI/ADC. Trên chuỗi xung mật tụy MRCP thấy giãn đường mật trong và ngoài gan, dịch mật không đồng nhất, có các dải giảm tín hiệu trong ống mật chủ (Hình 1). Chẩn đoán được đưa ra là Giãn đường mật trong và ngoài gan do u đường mật kèm teo gan trái/Viêm gan B. Bệnh nhân đã được phẫu thuật. Mô tả trong phẫu thuật như sau: Gan trái xơ teo, ống mật chủ giãn 20 mm. Mở đường mật thấy trong lòng có nhiều tổ chức nhầy, các cấu trúc lõi sùi chủ yếu nằm ở ống gan trái và ống gan chung. Bệnh nhân được cắt gan trái và đường mật ngoài gan, nạo hạch và nối gan phải – ruột. Kết quả mô bệnh học sau mổ là: U nhú nội ống đường mật loạn sản độ cao.

Ca số 2: Bệnh nhân nữ 76 tuổi đau hạ sườn phải âm ỉ nhiều tháng nay, không vàng da, không sốt. Xét



nghiệm men gan tăng GOT 56U/L, GPT 87 U/ml. Bệnh nhân từng có tiền sử mổ sỏi mật. Trên hình ảnh cộng hưởng từ gan mật thấy giãn đường mật trong gan, chủ yếu gan trái kèm teo gan trái. Giãn ống mật chủ, không thấy sỏi hay khối choán chỗ bất thường trong lòng đường mật (hình 2). Trên MRCP có vài dải giảm tín hiệu trong lòng ống gan chung. Bệnh nhân được chỉ định cắt gan

trái. Trong mổ thấy ổ bụng dính, xơ teo thùy trái, ống mật chủ giãn nhẹ, không có sỏi, không thấy u cục bất thường, đường mật gan trái xơ hẹp nghi do viêm. Giải phẫu bệnh kết luận là u nhú nội ống đường mật loạn sản độ thấp kèm viêm xơ đường mật mạn tính.

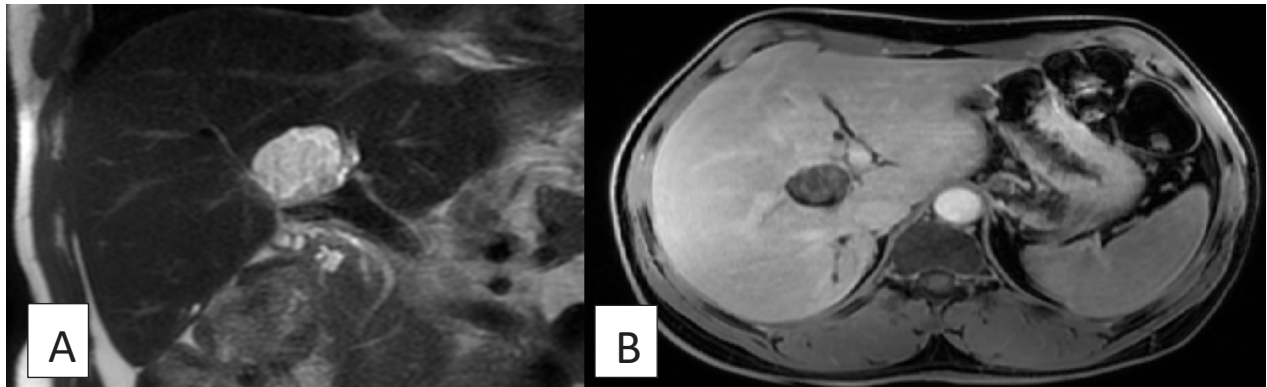
Ca số 3: Bệnh nhân nam, 54 tuổi. Bệnh nhân đi khám sức khỏe phát hiện có khối u ở gan nên được nhập



Hình 2. Hình ảnh cộng hưởng từ bệnh nhân nữ 76 tuổi. A: hình ảnh T2W axial thấy giãn đường mật trong gan trái và teo một phần gan trái; B: T2W coronal thấy giãn ống mật chủ, dịch mật không đồng nhất với các đường dải giảm tín hiệu; C: trên chuỗi xung MRCP thấy các dải giảm tín hiệu trong lòng đường mật giãn.

bệnh viện Bạch Mai để điều trị. Xét nghiệm thấy men gan và Bilirubin đều tăng. Trên phim chụp cộng hưởng từ, đường mật trong gan phải và trái giãn nhẹ, vị trí rốn gan có tổn thương kích thước 30x25mm, bờ tròn đều, ranh giới rõ, tổn thương tăng tín hiệu trên T2W, DWI, giảm tín hiệu trên T1W, không hạn chế khuếch tán trên DWI/ADC và ngấm thuốc kém sau tiêm (Hình 3). Đường mật ngoài gan: không giãn, không thấy dày thành, không

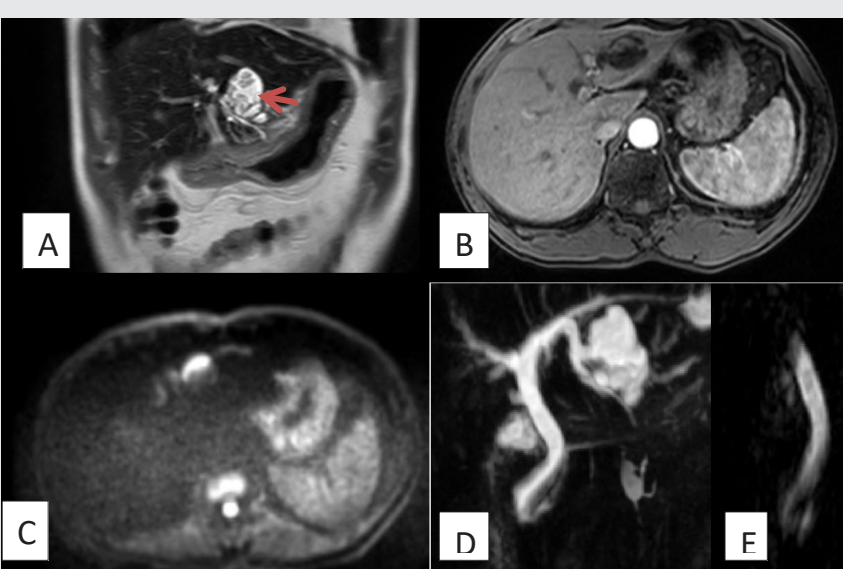
thấy sỏi hay cấu trúc choán chỗ. Trên MRCP thấy giãn nhẹ đường mật trong gan hai bên. Kết luận: Hình ảnh giãn đường mật trong gan do khối rốn gan – theo dõi u Klatskin. Bệnh nhân được sinh thiết đường mật, trên vi thể thấy có vài cấu trúc tăng sinh tuyến, ống dạng nhú với tế bào nhân khá nhỏ, đều, có trục xơ mạch ở giữa. Chẩn đoán mô bệnh học: hình ảnh gợi ý u nhú nội ống của đường mật, loạn sản độ thấp.



Hình 3. Hình ảnh MRI bệnh nhân nam 54 tuổi. A: khối trong đường mật vùng rốn gan tăng nhẹ tín hiệu trên T2W; B: sau tiêm khối ngấm thuốc kém.

Ca số 4: Bệnh nhân nam, 55 tuổi vào viện vì khám Tiền sử không có bệnh lý đặc biệt. Xét nghiệm men gan cao. Hình ảnh cộng hưởng từ gan mật thấy khối gan trái kích thước 23x34 mm, trong có phần đặc tăng nhẹ tín hiệu trên T2 và phần dịch tăng tín hiệu mạnh trên T2, sau

sức khỏe thấy khối dạng dịch gan trái đẩy lùi bờ gan. tiêm ngấm thuốc phần đặc, trên DWI thấy tăng tín hiệu phần đặc (hình 4,5). Trên chuỗi xung mật – tụy (MRCP) thấy giãn đường mật trong gan hai bên, khối thông với đường mật gan trái, giãn ống gan chung và ống mật chủ

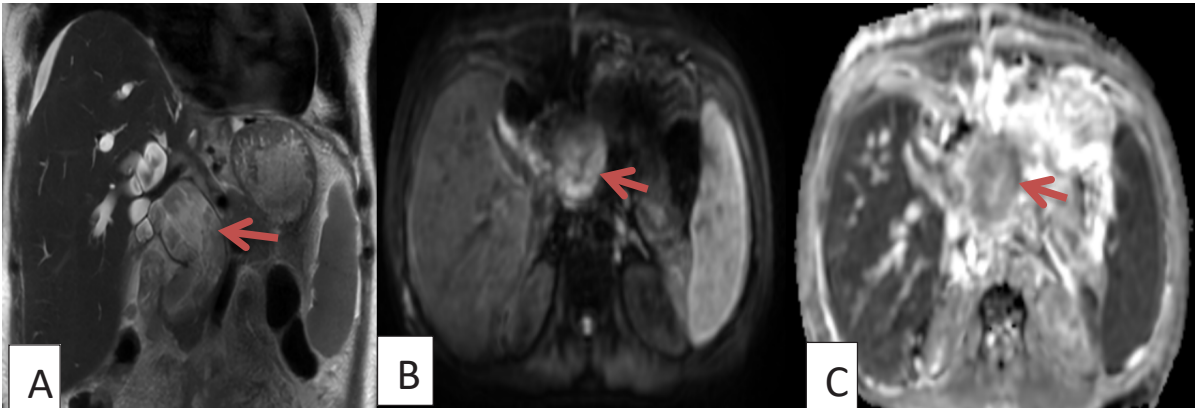


Hình 4. Hình ảnh cộng hưởng từ bệnh nhân nam 55 tuổi. A: khối gan trái (đầu mũi tên) trong có tổ chức đặc và phần dịch; B: phần đặc trong khối ngấm thuốc sau tiêm; C: phần đặc có hạn chế khuếch tán trên DWI/ADC; D: trên MRCP thấy khối thông với đường mật gan trái; E: dải giảm tín hiệu trong lòng ống mật chủ trên MRCP.

D=12 mm kèm vài dải giảm tín hiệu trong lòng đường mật. Bệnh nhân được mổ cắt gan trái. Mô bệnh học đại thể thấy gan trái, cắt qua cách diện cắt gần nhất 1cm có vùng đường mật giãn rộng, có u dạng sùi trắng hồng hơi nhầy phát triển vào trong lòng ống, một số vùng tạo thành vách nang chứa dịch nhầy trong. Vi thể thấy cấu trúc u bao gồm các tuyến nhú với tế bào nhân lớn, không đều, hạt nhân rõ, một phần mất cực tính. Không thấy hình ảnh xâm nhập mô đệm. Kết luận: u nhú nội ống đường mật có loạn sản độ cao.

Ca số 5: Bệnh nhân nữ 60 tuổi từng có tiền sử mổ cắt gan trái năm 2016 bệnh viện Việt Đức do u nhú nội ống đường mật gan trái. Đợt này thấy mệt mỏi vàng da tăng dần nên đã nhập viện Bạch Mai. Xét nghiệm thấy tăng cả Bilirubin toàn phần và trực tiếp, tăng nhẹ GOT,

GPT bình thường. Trên hình ảnh cộng hưởng từ không quan sát thấy gan trái và túi mật (đã cắt). Đường mật trong gan giãn, ống mật chủ giãn đường kính 32mm, trong lòng đường mật trong gan và ống mật chủ chứa các cấu trúc tăng nhẹ tín hiệu trên T2 (hình 6), đồng tín hiệu trên T1, sau tiêm ngấm thuốc, tập trung gây dày thành ống mật chủ kèm hạn chế khuếch tán trên DWI/ADC. Rốn gan và cạnh động mạch chủ có nhiều hạch lớn nhất kích thước 21x11mm Bệnh nhân được chỉ định cắt khối tá tụy. Trong mổ thấy gan phải ứ mật nhẹ, ống mật chủ giãn và thành dày trong có nhiều tổ chức nhầy. Ngoài ra quan sát thấy nhiều hạch to, u chưa thâm nhiễm vào tĩnh mạch mạc treo tràng trên. Giải phẫu bệnh thấy u nhú nội ống đường mật loạn sản độ cao kèm ung thư xâm nhập.



Hình 5. Hình ảnh cộng hưởng từ bệnh nhân nữ 60 tuổi. A: Trên chuỗi xung T2W thấy giãn đường mật trong và ngoài gan, ống mật chủ bị lấp đầy bởi các cấu trúc tăng nhẹ tín hiệu (đầu mũi tên); B,C: tổ chức trong lòng ống mật chủ hạn chế khuếch tán trên DWI/ADC.

III. BÀN LUẬN

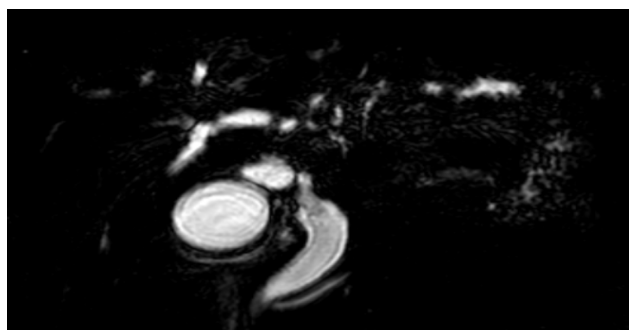
Những ca bệnh nêu trên đều là những ca đại diện cho các hình thái khác nhau của bệnh u nhú nội ống đường mật.

Ở ca bệnh đầu tiên, trên hình ảnh thấy đường mật giãn lan tỏa, trong có cấu trúc đồng tín hiệu trên T1, tăng nhẹ trên T2, sau tiêm có ngấm thuốc nhẹ, hạn chế khuếch tán trên DWI/ADC. Đây chính là hình thái hay gặp của IPNB, bản chất do khối u tiết chất nhầy đặc quánh làm tắc nghẽn lưu thông dịch mật, tắc nhú Vater gây giãn

đường mật cả trước và sau khối u. Đây cũng chính là đặc điểm thú vị và đặc biệt của IPNB so với các bệnh lý khác. Các nhú trong lòng đường mật thường quan sát tốt trên hình ảnh T2W. Sau tiêm các u nhú thường thấy ngấm thuốc ở thì động mạch do bản chất của nhú là nhung mao bao phủ các cuống mạch máu. Điều này phân biệt với ung thư biểu mô đường mật thường ngấm thuốc kém và tăng dần ở thì muộn. Hạn chế khuếch tán và ngấm thuốc cũng là những đặc điểm cần phân tích để phân biệt

giữa u nhú nhỏ với sỏi đường mật, đặc biệt trên nền bệnh nhân có tiền sử sỏi mật thì điều này đôi khi là thử thách.

Ở ca bệnh thứ hai, bệnh nhân có tiền sử mổ sỏi mật, nay thấy đường mật giãn lan tỏa mà không rõ khối nốt bất thường, không thấy sỏi. Các nhà khoa học gọi đây là IPNB lan rộng nông. Khi IPNB lan rộng bề mặt, đôi khi dấu hiệu duy nhất có thể phát hiện trên chẩn đoán hình ảnh là giãn đường mật. Trên cộng hưởng từ, chất nhầy và dịch mật có cường độ tín hiệu như nhau, tuy nhiên trên chuỗi xung mật tụy MRCP, chày nhầy có thể biểu hiện dưới dạng các đường giảm tín hiệu trong lòng đường mật giãn, gọi là dấu hiệu Thread sign. Tuy nhiên cũng cần phân biệt các dải giảm tín hiệu này với các ảnh giả do hiện tượng mất tín hiệu của dòng chảy hoặc do chuyển động của hô hấp. Cần phải sử dụng thêm các chuỗi xung khác như T2 axial, coronal hay DWI để đánh giá thêm. Một số tác giả cũng đề xuất tiêm gadobenate dimeglumine (Gd-BOPTA) sau đó quan sát trên MRCP, do thuốc bài xuất vào ống mật nên sẽ phát hiện các dải khuyết thuốc của chất nhầy với độ tin cậy cao hơn. Ngoài ra có thể phát hiện chất nhầy qua một số kỹ thuật khác như nội soi đường mật ngược dòng. Trong sinh thiết đường mật, đoạn chuyển tiếp giữa đoạn hẹp nhất và đoạn giãn được khuyến cáo là vị trí nên lấy bệnh phẩm nhất¹². Các chẩn đoán phân biệt của loại phụ này bao gồm nang ống mật chủ và viêm đường mật sinh mủ tái phát.



Hình 6. Hình ảnh MRCP ở một bệnh nhân nữ 67 tuổi được xác định mắc u nhú nội ống đường mật ở bệnh viện Bạch Mai, Trên MRCP thấy các dải giảm tín hiệu trong lòng ống mật chủ tạo dấu hiệu "Thread sign".

Ca bệnh thứ ba, bệnh nhân có khối u ở vị trí ngã ba đường mật, giãn nhẹ đường mật trong gan hai bên. Ban đầu bệnh nhân được theo dõi u Klatskin, tuy nhiên kết

quả sau sinh thiết lại là u nhú nội ống đường mật. Vậy tại sao khối u lại chỉ gây giãn đường mật phía trước mà không giãn đường mật phía sau khối u? Lý do là khối u này không tiết chất nhầy như hai trường hợp phía trên. Chúng ta biết IPNB có bốn phân nhóm mô học: tụy mật, đường ruột, tế bào ung thư và dạ dày. Phân nhóm tụy mật không chế nhầy, khác với phân nhóm đường ruột chế nhầy nhiều [10]. Việc chẩn đoán phân biệt giữa u Klatskin với IPNB ở bệnh nhân là hết sức cần thiết vì tiên lượng của IPNB tốt hơn nhiều so với u Klatskin. IPNB tiến triển chậm và IPNB không xâm lấn có thể được chữa khỏi bằng phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn, đặc biệt là IPNB cấp độ thấp [4, 5]. Ngoài ra loại hình thái này còn cần phải phân biệt với sỏi mật, tuy nhiên sỏi mật không ngấm thuốc sau tiêm và không hạn chế khuếch tán.

Ca bệnh thứ tư, bệnh nhân có tổn thương dạng nang bên trong có cấu trúc đặc kèm giãn đường mật trong và ngoài gan. Chúng ta biết rằng tổn thương dạng nang có thể gặp ở nhiều bệnh lý khác ở gan như u nang nhầy, bệnh caroli hay nang đơn thuần, nhưng tổn thương dạng nang thông thương với đường mật giãn, chính là chìa khóa để nghĩ tới bệnh u nhú nội ống đường mật. Ví dụ như u nang nhầy có thể đi kèm với vách ngăn bên trong hoặc các nốt nhỏ, nhưng nó hiếm khi cho thấy sự thông thương với ống mật. Vì vậy khi có giãn ống mật liên kề, IPNB sẽ được ưu tiên nghĩ tới hơn. Bệnh Caroli cục bộ có thể biểu hiện dưới dạng giãn các ống mật, xen kẽ với sự thông nối với ống mật nhưng Caroli không phát hiện được các nốt hoặc vách ngăn ở thành. Các nang gan đơn thuần thường xuất hiện ở gan và không biểu hiện các nốt đặc ở thành hoặc sự giãn nở của ống gan ở trên hoặc dưới nang [15].

Ca bệnh thứ năm là một trường hợp IPNB tái phát. Bệnh nhân đã từng phẫu thuật năm 2016 và được xác định là u nhú nội ống đường mật. Năm 2020 bệnh nhân được phát hiện có tổn thương tái phát và năm 2024 mới nhập viện mổ lại. Điều này thể hiện hai đặc điểm của IPNB, đó là phát triển chậm và có thể tái phát. Tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật của IPNB là khá cao (29,3%) ngay cả sau khi đã phẫu thuật một khoảng thời gian dài. Vì vậy, duy trì theo dõi tái phát là điều rất cần thiết.

Ở ca số 1 và ca số 2 ta còn thấy có hiện tượng teo gan trái. Tổn thương u nhú nội ống đường mật thường gặp ở gan trái mà chưa rõ lý do chính xác [16]. Giãn đường mật có thể đi kèm với teo gan khu trú vùng thượng lưu ở bệnh nhân IPNB. Chính vì vậy giãn đường mật gan trái kèm teo gan trái càng gợi ý đến bệnh cảnh này.

Ngoài những đặc điểm về mặt hình ảnh, chúng ta có thể thấy một số điểm đáng chú ý khác ở 5 ca bệnh nói trên. Thứ nhất, cả năm ca, bệnh nhân đều ở độ tuổi trung niên, điều này phù hợp với nhận định rằng IPNB tiến triển chậm và thường biểu hiện muộn. Trong 5 ca bệnh trên, có 3 ca có tiền sử bệnh lý liên quan gan mật, còn hai ca phát hiện trên nền bệnh nhân khỏe mạnh không có tiền sử gì đặc biệt. Bệnh lý gan mật từ trước là yếu tố nguy cơ cho loạn sản nhú đường mật, tuy nhiên IPNB cũng có thể gặp ở những bệnh nhân khỏe mạnh bình thường. Thứ ba, xét nghiệm sinh hóa máu của 5 bệnh nhân đều có sự biến động các chỉ số như men gan, bilirubin; thể

hiện bệnh u nhú nội ống đường mật gây ảnh hưởng tới chức năng gan từ nhẹ tới nặng. Tuy nhiên rối loạn các chỉ số sinh hóa có thể gặp ở nhiều bệnh lý khác nhau, tính chất không đặc hiệu. Vì vậy chỉ định chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt là cộng hưởng từ gan mật với các chuỗi xung như T2W, Diffusion, MRCP, chuỗi xung tiêm thuốc là rất cần thiết đối với các bệnh nhân có tình trạng giãn đường mật mà không rõ nguyên nhân.

IV: KẾT LUẬN

Tổng kết lại, chàm ca bệnh này cũng cố thêm nhận định u nhú nội ống là một bệnh lý có thể chẩn đoán qua MRI, với những đặc trưng hình ảnh điển hình và phân loại hình thái giúp định hướng chẩn đoán sâu hơn. Việc kết hợp định hướng hình ảnh học với định hướng can thiệp có vai trò thiết yếu trong chẩn đoán, điều trị và tiên lượng cho bệnh nhân IPNB.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bosman FT, Carneiro F, Hruban RH, Theise ND, eds. *WHO Classification of Tumours of the Digestive System*. Lyon, France: IARC; 2010.
2. Nakanuma Y, Basturk O, Esposito I, Klimstra D, SKomuta M, Zen Y. Khối u nhú trong ống mật. *WHO Classification of Tumours of the Digestive System*. Lyon, France: IARC; 2019: 279–282.
3. Minagawa N, Sato N, Mori Y, Tamura T, Higure A, Yamaguchi K. A comparison between intraductal papillary neoplasms of the biliary tract (BT-IPMNs) and intraductal papillary mucinous neoplasms of the pancreas (P-IPMNs) reveals distinct clinical manifestations and outcomes. *Eur J Surg Oncol J Eur Soc Surg Oncol Br Assoc Surg Oncol*. 2013;39(6):554-558. doi:10.1016/j.ejso.2013.02.016
4. Jung G, Park KM, Lee SS, Yu E, Hong SM, Kim J. Long-term clinical outcome of the surgically resected intraductal papillary neoplasm of the bile duct. *J Hepatol*. 2012;57(4):787-793. doi:10.1016/j.jhep.2012.05.008
5. Nakanuma Y, Kakuda Y, Uesaka K. Characterization of Intraductal Papillary Neoplasm of the Bile Duct with Respect to the Histopathologic Similarities to Pancreatic Intraductal Papillary Mucinous Neoplasm. *Gut Liver*. 2019;13(6):617-627. doi:10.5009/gnl18476
6. Lee SS, Kim MH, Lee SK, et al. Clinicopathologic review of 58 patients with biliary papillomatosis. *Cancer*. 2004;100(4):783-793. doi:10.1002/cncr.20031
7. Nakanuma Y, Uesaka K, Kakuda Y, et al. Intraductal Papillary Neoplasm of Bile Duct: Updated Clinicopathological Characteristics and Molecular and Genetic Alterations. *J Clin Med*. 2020 Dec 9;9(12):3991. doi: 10.3390/jcm9123991

8. Klöppel G, Adsay V, Konukiewicz B, Kleeff J, Schlitter AM, Esposito I. Precancerous lesions of the biliary tree. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2013;27(2):285-297. doi:10.1016/j.bpg.2013.04.002
9. Wan XS, Xu YY, Qian JY, et al. Intraductal papillary neoplasm of the bile duct. *World J Gastroenterol*. 2013;19(46):8595-8604. doi:10.3748/wjg.v19.i46.8595
10. Ohtsuka M, Kimura F, Shimizu H, et al. Similarities and Differences Between Intraductal Papillary Tumors of the Bile Duct With and Without Macroscopically Visible Mucin Secretion. *Am JSurg Pathol*. 2011;35(4):512. doi:10.1097/PAS.0b013e3182103f36
11. Chatterjee A, Lopes Vendrami C, Nikolaidis P, et al. Uncommon intraluminal tumors of the gallbladder and biliary tract: Spectrum of imaging appearances. *X Quang*. Published online March 1, 2019:412.
12. Park HJ, Kim SY, Kim HJ, et al. Intraductal Papillary Neoplasm of the Bile Duct: Clinical, Imaging, and Pathologic Features. *Am J Roentgenol*. 2018;211(1):67-75. doi:10.2214/AJR.17.19261
13. Noguchi D, Kuriyama N, Kozuka Y, et al. A recent update on the morphological classification of intraductal papillary neoplasm of the bile duct: Correlation with postoperative prognosis and pathological features. *PLoS One*. 2025 May 28;20(5):e0325081. doi: 10.1371/journal.pone.0325081
14. Park MS, Yu JS, Lee DK, Yoon DS, Cha SW, Kim KW (2007) Gadobenate dimeglumine-enhanced MRI of intraductal papillary mucinous tumor of the bile ducts. *J Magn Reson Imaging* 25: 625–627
15. CT Differentiation of Mucin-Producing Cystic Neoplasms of the Liver From Solitary Bile Duct Cysts | *AJR*. Accessed June 6, 2024. <https://www.ajronline.org/doi/10.2214/AJR.12.9170>
16. Onoe S, Shimoyama Y, Ebata T, et al. Prognostic delineation of papillary cholangiocarcinoma based on the invasive proportion: a single-institution study with 184 patients. *Surgery*. 2014;155(2):280-291. doi:10.1016/j.surg.2013.08.011

TÓM TẮT

U nhú nội ống đường mật (IPNB)

Đặt vấn đề: U nhú nội ống đường mật (IPNB) là u nhú hay các nhung mao được phủ lớp biểu mô tân sinh trong lòng đường mật với lõi là cuống mạch máu xơ mỏng.

Mô tả ca bệnh: Chúng tôi xin báo cáo 05 trường hợp u nhú nội ống đường mật được chụp cộng hưởng từ tại Bệnh viện Bạch Mai. Các ca bệnh được trình bày thông tin về lâm sàng, xét nghiệm men gan, đặc điểm chi tiết về hình ảnh cộng hưởng từ gan mật và kết quả mô bệnh học sau sinh thiết hoặc sau mổ.

Kết Luận: Chùm ca bệnh này củng cố thêm nhận định u nhú nội ống đường mật là một bệnh lý có thể chẩn đoán qua MRI, với những đặc trưng hình ảnh điển hình và phân loại hình thái giúp định hướng chẩn đoán sâu hơn. Việc kết hợp định hướng hình ảnh học với định hướng can thiệp có vai trò thiết yếu trong chẩn đoán, điều trị và tiên lượng cho bệnh nhân IPNB.

Từ khóa: U nhú nội ống đường mật, IPNB, MRI gan mật.

Người liên hệ: Bùi Mỹ Linh. Email: Buimylinh59@gmail.com

Ngày nhận bài: 29/07/2025. Ngày nhận phản biện: 01/08/2025. Ngày chấp nhận đăng: 15/10/2025