

GIÁ TRỊ CỦA CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DẪY TRONG CHẨN ĐOÁN U MẠC TREO

The value of MSCT in diagnosing of mesenteric tumors

*Nghiêm Xuân Hải**; *Nguyễn Duy Huệ***

SUMMARY

Objectives: Evaluating the value of MSCT in diagnosing of mesenteric tumors.

Subjects and Methods: including 55 patients from October 2010 to June 2014 with MSCT and with the surgery result and pathology of mesenteric tumor, Gist (Gastrointestinal stroma tumor), retroperitoneal tumor.

Result: Determining diagnostic: Se: 86.5%, Sp: 92.9%, PPV: 64%. Local fat invasion: Se: 86.6%, Sp: 86.3%, ACC: 86.4%. Evaluating vascular invasion: Se: 66.6%, Sp: 92.8%, ACC: 86.4%. Evaluating gastrotestinal invasion: Se: 69.2%, Sp: 91.6%, ACC: 83.7%. Evaluating exact location of tumor: 35.1%. Evaluating peritoneal invasion: Se:71.4%, Sp: 90%, ACC: 86.4%.

Conclusion: MSCT has high Se and Sp in determining diagnosis, evaluating the invasion level of mesenteric tumor. MSCT has average PPV and low value in evaluating exact location of mesenteric tumor.

Key words: MSCT, Gist, mesenteric tumor , retroperitoneal tumor.

* Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp

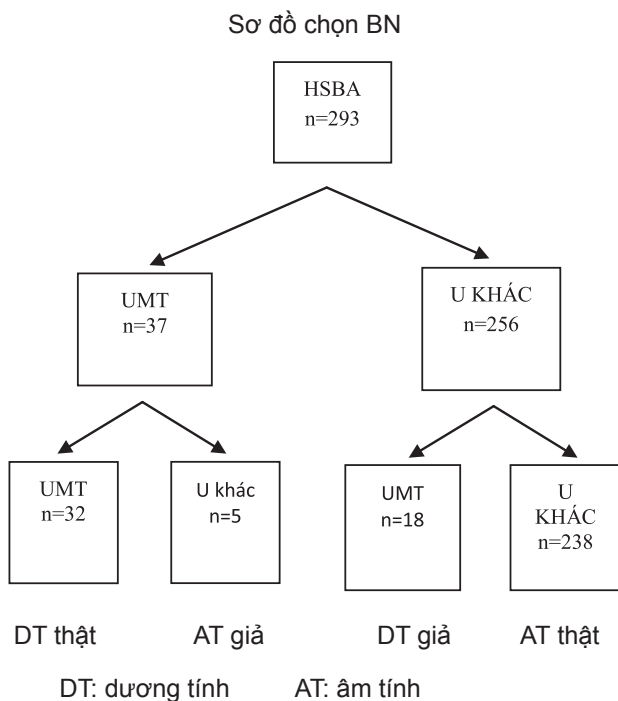
**Bệnh viện Việt Đức

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U mạc treo là một bệnh hiếm gặp (tỉ lệ 1/200.000 đến 1/300.000 dân), tổn thương giải phẫu bệnh lý phong phú (gần 20 loại), triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu, bệnh khó chẩn đoán, thường chẩn đoán muộn dẫn đến các biến chứng nặng [1]. Chẩn đoán u mạc treo trước đây thường dựa vào lâm sàng kết hợp soi ổ bụng hoặc mổ thăm dò. Hiện nay chẩn đoán dựa vào lâm sàng phối hợp chẩn đoán hình ảnh, trong đó cắt lớp vi tính đặc biệt là cắt lớp vi tính đa dãy tỏ ra có nhiều ưu điểm trong chẩn đoán bệnh lý này. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Giá trị của chụp cắt lớp vi tính đa dãy trong chẩn đoán u mạc treo” nhằm mục đích thấy được giá trị của cắt lớp vi tính đa dãy trong chẩn đoán xác định, mức độ xâm lấn của các u mạc treo.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng BN: chúng tôi thu thập phân tích 55 BN từ 293 hồ sơ bệnh án. Các BN này có kết quả GPB là u mạc treo, u Gist, u sau phúc mạc (u khác) và đều được chụp CLVT đa dãy trước mổ tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 10/2010 đến tháng 6/2014.



Phương tiện nghiên cứu: máy chụp CLVT Light Speed 64 dãy của hãng GE (Mỹ), máy bơm tiêm tự động, thuốc cản quang Ultravist 350.

Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê y học SPSS 16.0. Đối chiếu kết quả trên CLVT với kết quả PT-GPB từ đó tính toán các giá trị: độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác, giá trị dự báo dương tính, giá trị dự báo âm tính.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Giá trị của CLVT trong chẩn đoán u mạc treo

Bảng 1. Giá trị chẩn đoán UMT trên CLVT đối chiếu với PT-GPB

PT-GPB \ CLVT	UMT	Không phải UMT	Tổng số
UMT	32	18	50
Không phải UMT	5	238	243
Tổng số	37	256	293

Độ nhạy 86,5%, độ đặc hiệu 92,9%, độ chính xác 92,2%, giá trị dự báo dương tính 64%.

2. Giá trị chẩn đoán xâm lấn lớp mỡ lân cận của UMT trên CLVT đối chiếu với PT-GPB

Bảng 2. Giá trị chẩn đoán sự xâm lấn lớp mỡ lân cận của UMT trên CLVT đối chiếu với PT-GPB

PT-GPB \ CLVT	Có xâm lấn	Không xâm lấn	Tổng số
Có xâm lấn	13	3	16
Không xâm lấn	2	19	21
Tổng số	15	22	37

Độ nhạy 86,6%, độ đặc hiệu 86,3%, độ chính xác 86,4%, giá trị dự báo dương tính 81,2%, tỉ lệ âm tính giả 13,3%.

3. Giá trị chẩn đoán xâm lấn mạch máu của UMT trên CLVT đối chiếu với PT-GPB

Bảng 3. Giá trị chẩn đoán sự xâm lấn mạch máu của UMT trên CLVT đối chiếu với PT-GPB

PT-GPB \ CLVT	Có xâm lấn	Không xâm lấn	Tổng số
Có xâm lấn	6	2	8
Không xâm lấn	3	26	29
Tổng số	9	28	37

Độ nhạy 66,6%, độ đặc hiệu 92,8%, độ chính xác 86,4%, giá trị dự báo dương tính 75%, tỉ lệ dương tính giả 25%.

4. Giá trị chẩn đoán xâm lấn ống tiêu hóa của UMT trên CLVT đối chiếu với PT-GPB

Bảng 4. Giá trị chẩn đoán sự xâm lấn ống tiêu hóa của UMT trên CLVT đối chiếu với PT-GPB

PT-GPB \ CLVT	Có di căn	Không di căn	Tổng số
Có di căn	9	2	11
Không di căn	4	22	26
Tổng số	13	24	37

Độ nhạy 69,2%, độ đặc hiệu 91,6%, độ chính xác 83,7%, giá trị dự báo dương tính 81,8%, tỉ lệ âm tính giả 30,7%.

5. Giá trị chẩn đoán di căn phúc mạc của UMT trên CLVT đối chiếu với PT-GPB

Bảng 5. Giá trị chẩn đoán di căn của UMT trên CLVT đối chiếu với PT-GPB

PT-GPB \ CLVT	Có di căn	Không di căn	Tổng số
Có di căn	5	3	8
Không di căn	2	27	29
Tổng số	7	30	37

Độ nhạy 71,4%, độ đặc hiệu 90%, độ chính xác 86,4%, giá trị dự báo dương tính 62,5%, tỉ lệ âm tính giả 28,5%.

IV. BÀN LUẬN

1. Giá trị của CLVT trong chẩn đoán u mạc treo đối chiếu với PT-GPB

CLVT đa dãy có giá trị cao trong chẩn đoán UMT. Tuy vậy số trường hợp dương tính giả của CLVT trong chẩn đoán UMT còn nhiều (18 trường hợp), do vậy giá trị dự báo dương tính chưa cao (đạt 64%).

Vấn đề chẩn đoán sai trong bệnh lý UMT thường xảy ra trong các trường hợp cần phân biệt với các khối

u của dạ dày ruột. Trong số 18 trường hợp dương tính giả thì có tới 9 trường hợp được chẩn đoán sau PT là các u của dạ dày, ruột (chiếm 50% số trường hợp), tiếp đến là các u của mạc nối có 6 trường hợp (chiếm 33,3%). Về tương quan vị trí giải phẫu mạc treo và ống tiêu hóa là 2 cấu trúc gần nhau nhau có liên quan mật thiết với nhau: mạc treo là các nếp phúc mạc treo ống tiêu hóa vào thành bụng sau, chứa các mạch máu nuôi dưỡng ống tiêu hóa và có hệ thống hạch bạch huyết rất phong phú[2]. Trên CLVT mạc treo và ống tiêu hóa (khi không được làm căng) nằm xen kẽ, chồng chéo lên nhau, đôi khi không rõ ranh giới, thường chỉ quan sát thấy các mạch máu của mạc treo khi có phối hợp tiêm thuốc cản quang và một vài hạch bình thường.

Để chẩn đoán phân biệt giữa các khối u của mạc treo và u của đường tiêu hóa thì trước hết kỹ thuật chụp CLVT phải đúng. Trong tất cả các trường hợp dương tính giả chúng tôi nhận thấy bệnh nhân đều không được làm căng ống tiêu hóa (bằng đối quang âm tính hoặc đối quang dương tính) trước khi chụp. Việc cho bệnh nhân uống thuốc cản quang sẽ làm hiện hình ống tiêu hóa (đối quang dương tính) hoặc làm căng ống tiêu hóa bằng việc cho bệnh nhân uống nước (đối quang âm tính) sẽ giúp phân biệt thành ruột một cách rõ ràng. Từ đó việc chẩn đoán phân biệt giữa hai loại u trở lên dễ dàng hơn. Các u biểu mô dạ dày ruột (Gist) là các khối tăng sinh mạch phát triển từ thành ống tiêu hóa, có thể phát triển vào trong hoặc ra phía ngoài thành ống, ngấm thuốc mạnh sau tiêm và thường gây triệu chứng tắc ruột. Tuy nhiên những khối u lớn có tỉ trọng không đồng nhất và ngấm thuốc không đều do hoại tử trong khối rất khó phân biệt với UMT[3].

2. Giá trị chẩn đoán xâm lấn lớp mỡ lân cận

Do thành phần của mạc treo ruột chủ yếu là tổ chức mỡ nên sự lan rộng của các khối nằm trong mạc treo thường đầu tiên là thâm nhiễm tổ chức mỡ lân cận.

Trong 12 trường hợp có thâm nhiễm tổ chức mỡ xung quanh u thì có tới 8 trường hợp GPB là tế bào ác tính, còn lại là u xơ và viêm hạch. Như vậy hình ảnh thâm nhiễm mỡ quanh u có liên quan tới bản chất của u. Những khối u ác tính thường có thâm nhiễm lớp mỡ quanh khối. CLVT phát hiện tình trạng xâm lấn lớp mỡ quanh u khá dễ dàng do đo được tỉ trọng mỡ, đo được

độ dày lớp mỡ, tình trạng ngấm thuốc của tổ chức mỡ. Tình trạng thâm nhiễm mỡ trên CLVT biểu hiện bằng hình ảnh lớp quanh u dày, tăng tỷ trọng và ngấm thuốc.

3. Giá trị chẩn đoán xâm lấn mạch máu

Cho tới nay, phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị cơ bản đối với các UMT. Ngoài việc xác định kích thước, vị trí, mức độ xâm lấn ra xung quanh thì xác định mức độ xâm lấn của u vào mạch máu có vai trò rất quan trọng quyết định thái độ điều trị. Khi khối u đã xâm lấn vào bó mạch mạc treo tràng trên hoặc có di căn xa như di căn hạch xa, di căn gan, di căn phúc mạc thì khả năng phẫu thuật rất hạn chế hoặc không còn chỉ định phẫu thuật.

CLVT đa dây cắt lớp mỏng có tái tạo dựng hình 3D là một phương pháp đánh giá xâm lấn mạch máu rất có hiệu quả để dự báo khả năng phẫu thuật cắt bỏ tổn thương, tránh các trường hợp mổ bụng không cần thiết.

Các mạch máu bị xâm lấn được xác nhận trên phẫu thuật gặp trong nghiên cứu của chúng tôi gồm: bốn trường hợp xâm lấn vào bó mạch mạc treo tràng trên, một trường hợp u xâm lấn vào bó mạch mạc treo tràng dưới. Có một trường hợp u xâm lấn dính chặt và ôm quanh bó mạch mạc treo tràng trên nên không thể phẫu tích bóc tách u. Năm trường hợp còn lại u mới thâm nhiễm lớp mỡ, đè đẩy các bó mạch mạc treo tràng trên và bó mạch mạc treo tràng dưới nên có chỉ định phẫu thuật bóc tách cắt u, giải phóng bó mạch.

4. Giá trị chẩn đoán xâm lấn ống tiêu hóa

Kết quả phẫu thuật cho thấy có 8 trường hợp u xâm lấn vào ruột non, 4 trường hợp u xâm lấn vào đại tràng và 1 trường hợp u xâm lấn vào dạ dày. Mạc treo có quan hệ mật thiết với ống tiêu hóa về vị trí giải phẫu, là nơi chứa các mạch máu nuôi dưỡng hệ tiêu hóa và có hệ thống hạch bạch huyết rất phong phú do đó khả năng di căn của các UMT vào ống tiêu hóa rất cao và ngược lại các ung thư từ dạ dày ruột cũng dễ dàng xâm lấn vào mạc treo theo hệ thống bạch huyết [4]. Trên CLVT hình ảnh UMT xâm lấn vào ống tiêu hóa là mất ranh giới giữa u và thành ống tiêu hóa, nặng hơn nữa u phá hủy các lớp của thành ống.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các trường hợp phát hiện u di căn vào đường tiêu hóa, bệnh nhân đều được chụp trên máy CLVT 64 dãy cắt lớp mỏng có tái tạo hình ảnh, quan sát rõ cấu trúc các lớp của ống tiêu hóa bị xâm lấn và phá hủy, đánh giá được giới hạn của tổn thương theo cả 3 chiều. Điều này rất có lợi cho các bác sĩ phẫu thuật trong việc lập kế hoạch phẫu thuật. Hình ảnh này hầu như không quan sát thấy trên các máy cắt lớp đơn dãy cắt các lớp cắt dày.

5. Giá trị chẩn đoán di căn phúc mạc

Có 7 trường hợp di căn vào phúc mạc được mô tả trên các biên bản phẫu thuật thì CLVT chẩn đoán đúng 5 trường hợp. Tỷ lệ chẩn đoán đúng UMT di căn phúc mạc của CLVT là 71,4%. Trên CLVT hình ảnh di căn phúc mạc là lớp mỡ của phúc mạc dày lên, thâm nhiễm, tăng tỷ trọng và ngấm thuốc sau tiêm kèm theo xuất tiết dịch ổ bụng. Cũng như các ung thư khác trong ổ phúc mạc: gan, lách, dạ dày-ruột... các ung thư của mạc treo rất dễ di căn vào phúc mạc theo con đường bạch huyết [5]. Phúc mạc là bộ phận dễ bị di căn do lá phúc mạc làm nhiệm vụ bảo vệ, che phủ các cơ quan trong ổ phúc mạc. Hiện nay CLVT đa dây vẫn là phương tiện tối ưu nhất trong việc tìm kiếm các nhân di căn trong phúc mạc. CLVT đa dây đánh giá thâm nhiễm mỡ rất tốt do việc đo được tỷ trọng một cách chính xác. CLVT cũng có nhiều ưu việt trong việc tìm kiếm các nhân ung thư vào phúc mạc khi kích thước còn nhỏ do cắt được các lớp mỏng và nhờ việc tiêm thuốc cản quang. Siêu âm rất hạn chế đánh giá phúc mạc do hơi trong ống tiêu hóa, nhất là những bệnh nhân béo. Cộng hưởng từ có chi phí đắt, thời gian cho một lần chụp kéo dài, hơn nữa độ phân giải tổ chức của cộng hưởng từ trong chụp ổ bụng không bằng CLVT do hơi trong ống tiêu hóa.

V. KẾT LUẬN

CLVT đa dây có độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác cao trong chẩn đoán xác định u mạc treo. CLVT đa dây góp phần quan trọng trong đánh giá mức độ xâm lấn và di căn của u mạc treo từ đó giúp cho các nhà ngoại khoa lựa chọn phương pháp phẫu thuật và điều trị thích hợp. Tuy nhiên giá trị dự báo dương tính chưa cao và giá trị chẩn đoán chính xác vị trí u còn thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quang Nghĩa (2002), Chẩn đoán và điều trị phẫu thuật các khối u mạc treo ở người lớn, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú các bệnh viện, Hà Nội, trang 1.

2. Đỗ Xuân Hợp (1968), Giải phẫu người, NXB Y học và thể dục thể thao.

3. Xie Hong, MD, PhD, Haesun Choi, MD, et al (2006). Gastrointestinal Stromal Tumor: Role of CT in Diagnosis and in Response Evaluation and Surveillance

after Treatment. RadioGraphics 2006; 26:481–495.

4. Sheila Sheth, MD. Karen M.Horton, MD . Melissa R.Garland, MS. Elliot K.Fishman, MD (2003), Mesenteric Neoplasms: CT Apperances of primary and secondary tumors and differential Diagnostic, RadioGraphics 2003; 23:457–473.

5. AngelaLevyMD(2009),peritoneumandmesentery-part II-pathology,<http://www.radiologyassistant.nl/en/p4a6c7bba1ef26/peritoneum-and-mesentery-part-ii-pathology.html>, truy cập ngày 9/11/2014.

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá giá trị của chụp cắt lớp vi tính đa dãy trong chẩn đoán UMT (u mạc treo).

Đối tượng và phương pháp: gồm 55 bệnh nhân từ tháng 10/2010 đến tháng 6/2014 tại BV Việt Đức được chụp CLVT đa dãy, có kết quả phẫu thuật và giải phẫu bệnh là UMT, u Gist (u biểu mô dạ dày-ruột), u sau phúc mạc.

Kết quả: chẩn đoán xác định có UMT: độ nhạy 86,5%, độ đặc hiệu 92,9%, giá trị dự báo dương tính: 64%. Phát hiện xâm lấn tổ chức mỡ: độ nhạy 86,6%, độ đặc hiệu 86,3%, độ chính xác 86,4%. Phát hiện xâm lấn mạch máu: độ nhạy 66,6%, độ đặc hiệu 92,8%, độ chính xác 86,4%. Đánh giá xâm lấn vào ống tiêu hóa: độ nhạy 69,2%, độ đặc hiệu 91,6%, độ chính xác 83,7%. Định vị chính xác vị trí u có giá trị 35,1%. Chẩn đoán xâm lấn phúc mạc: độ nhạy 71,4%, độ đặc hiệu 90%, độ chính xác 86,4%.

Kết luận: cắt lớp vi tính có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán xác định, đánh giá mức độ xâm lấn các UMT. Giá trị dự báo dương tính chưa cao, định vị chính xác vị trí UMT có giá trị thấp.

Từ khóa: cắt lớp vi tính đa dãy, u biểu mô dạ dày-ruột, u mạc treo, u sau phúc mạc.

Người liên hệ: Nghiêm Xuân Hải

- Ngày nhận bài: 18/2/2015

- Ngày chấp nhận đăng: tháng 03/2015

NGƯỜI THẨM ĐỊNH: PGS.TS. Phạm Ngọc Hoa