

U MÔ ĐỆM DẠ DÀY RUỘT (GIST): TỪ SIÊU ÂM ĐẾN CỘNG HƯỞNG TỪ

Gastrointestinal Stromal Tumor: from ultrasound to MRI

Vũ Hải Thanh*

SUMMARY

Gastrointestinal Stromal Tumor: From ultrasound to MRI. Former GIST was considered as leiomyoma, schwannoma, epithelioma. Histoimmunology determined with Protein KIT CD117 and the presence of interstitial cell Cajal. GIST is not rare but not be early diagnosed. Conventional X Ray, USG, CT scanner, MRI and PET can find. Though almost discovered hazardly during screening examination, we use USG for detection then CT Scanner detail study.

Comment and Results: 6 cases was noted, 4 hazardly, operation and histology affirmed. Sex M/F 2/6, 4 cases under 3 cm as dimension, unique cas 30x40 cm. Metastase not yet found. All are healthy after 3 years.

Conclusion: The affection is hazardly found. All imaging modalities can detected. 5 year survival depend on tumor dimension. Metastasis often to liver, mesentery but late. USG and CT is used also to follow up after interventional and target therapy. Early diagnosis rely on screening control and community care.

Key words: Gastrointestinal stromal tumor, GIST, Ultrasound, CT scanner, MRI.

* Khoa CDHA Bệnh viện
Việt - Đức Hà Nội

I. TỔNG QUAN

Bệnh GIST (Gastrointestinal Stromal Tumor) đã được đề cập nhiều trong y văn thế giới từ chẩn đoán đến điều trị với những tiến bộ mới. Hội Ung thư Hoa kỳ (American Cancer Society ACS) thấy hàng năm phát hiện 4000-5000 người, trong đó 60% ở dạ dày, 30% ở ruột non. Ở Việt nam Bệnh viện Việt -Đức có nêu 95 ca GIST (1), Bệnh viện K (2008-2010) 73 ca, Bệnh viện Bạch Mai trong một báo cáo khoa học có nêu 7 ca GIST được phát hiện với máy CLVT 64 dãy (2).

Tỷ lệ sống sau 5 năm loại ác tính được 76%, nếu không di căn tới 91%. Nếu di căn ngay khi phát hiện tỷ lệ chỉ còn 46% (3). Bệnh được xác định là u dị sản dưới thượng bì đường tiêu hoá nhất là ở dạ dày chiếm tới 60-70%. GIST trước kia được cho là u cơ trơn lành tính hay sarcoma cơ. Hoá mô miễn dịch với KIT CD117 đã xác định và phân định hẳn với các loại u khác. Cấu trúc u về mô bệnh học gồm tế bào hình thoi giống tế bào thượng bì, bản chất từ tế bào kế Cajal có nhiệm vụ như một bộ phận tạo nhịp cho sự co bóp ống tiêu hoá. U phát triển ngoài ống tiêu hoá nhưng có thể vào trong lòng tạo nên hình quả chuông. 79% u phát triển ra ngoài. U nhỏ thường cấu trúc đồng nhất trên hình ảnh về độ âm, tỷ trọng, tín hiệu. U to bờ không đều, nhiều múi, có loét niêm mạc, hoại tử trung tâm, chảy máu, tạo hang hốc, rò ống tiêu hoá, có hình mức khí - dịch, nên bắt thuốc cản quang hay đối quang không đều. Triệu chứng lâm sàng không có hay không rõ, khi muộn mới xuất hiện bụng khó chịu, đau, nôn, tắc ruột, ỉa máu do vậy bệnh thường không được phát hiện sớm cho đến khi tiến triển muộn mới thấy (4).

Thời gian sống của GIST dạ dày tốt hơn ruột. Di căn vào gan, phúc mạc gợi ý độ cao của GIST, ít thấy di căn hạch hay di căn xa (5). Phân định giai đoạn TNM không được đề cập nhiều chỉ chú trọng kích thước u, đếm số tế bào phân chia, tìm vị trí xuất phát của u.

Các mẫu hình chẩn đoán hình ảnh (CĐHA):

1. Chụp X quang quy ước dạ dày ruột cản quang, phương pháp này đã được thay thế bằng chụp cắt lớp vi tính
2. Siêu âm phát hiện dễ dàng, có thể dùng siêu âm 2D, 3D, Doppler triplex để phát hiện sớm có tính sàng lọc trong cộng đồng vì tiện dụng và giá thành.
3. Chụp CLVT là mẫu hình chính để chẩn đoán xác

định cũng như phân biệt và tìm di căn cũng như theo dõi sau điều trị, hình chuẩn nhất khi dùng máy đa dãy. Nhược điểm là trang bị, giá thành và nhiễm xạ.

4. Chụp cộng hưởng từ cho chẩn đoán tốt không kém gì CLVT. Được chỉ định khi dị ứng với thuốc cản quang iốt của CLVT nhưng nhược điểm về trang bị và giá thành.

PET và PET/CT có ưu điểm tìm di căn nhỏ và xa như di căn phúc mạc, mạc treo...(6)

Phương tiện chẩn đoán: 6 bệnh nhân được phát hiện bằng siêu âm sau đó chụp CLVT hay CHT. Hoá mô miễn dịch, phẫu thuật và giải phẫu bệnh xác minh. Mục đích bài viết muốn đề cập đến khả năng của các phương tiện chủ yếu về CĐHA ở Việt nam hiện nay đang được sử dụng.

II. KẾT QUẢ

Số BN phát hiện: 6.

Tuổi từ 28 đến 75. Giới : Nam/ nữ 2/6. 4/6 không có triệu chứng lâm sàng, phát hiện tình cờ khi kiểm tra sức khoẻ.

6/6 khám ban đầu bằng siêu âm sau đó là CLVT hay CHT

Mẫu hình CĐHA

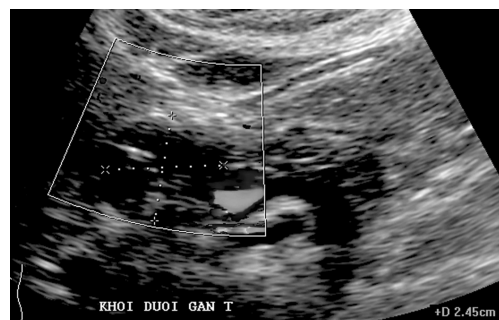
Siêu âm giảm âm đồng nhất 4/6.

CLVT tỷ trọng hỗn hợp, trung bình 30-40HU, bắt cản quang sau tiêm. CHT giảm tín hiệu trên T1, tăng trên T2, cấu trúc không đồng nhất, bắt đối quang từ 2/6.

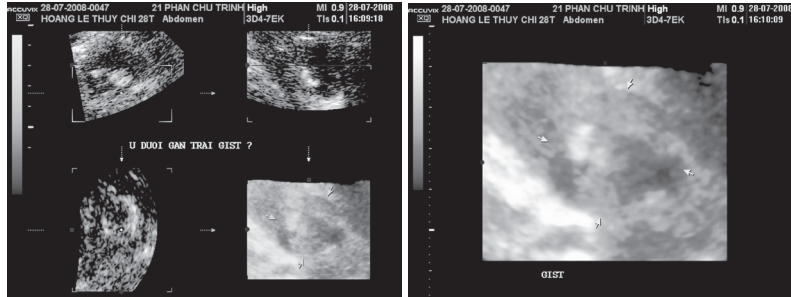
Kích thước khối u từ 2 cm đến 40 cm.

Trường hợp minh họa:

1. Hoàng Lê Ch 28t, nữ. Sau đẻ 1 tháng, siêu âm bụng phát hiện tình cờ khối thượng vị, đường kính 2 cm, bờ đều. Điều trị phẫu thuật, sau 5 năm bình thường

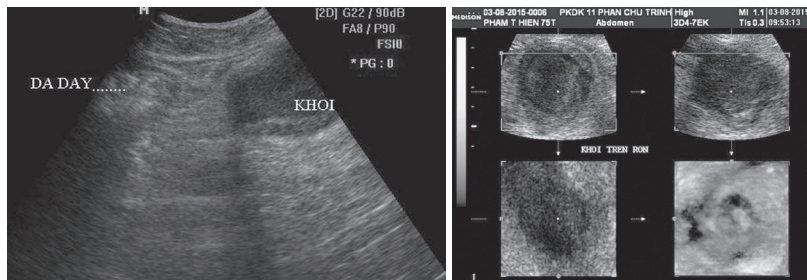


Hình u trên siêu âm 2 D, u giảm âm đồng nhất



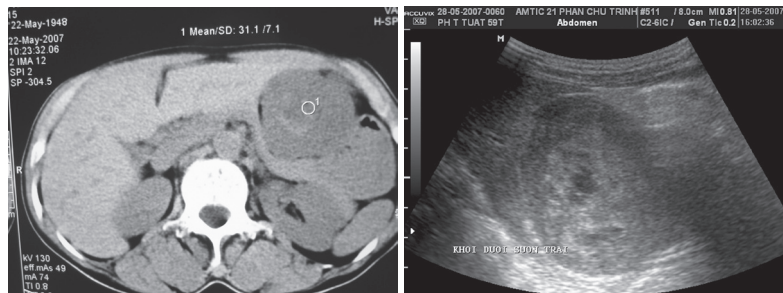
Hình 3 D, trong dịch có mô đặc. Hình mô đặc (nốt trắng) trong u

2. Phạm T. H. 75t. Nữ. Kiểm tra sức khỏe vô tình thấy khối tròn đường kính 2,8 cm., không đau, trong khối có ổ dịch. Điều trị phẫu thuật.



Hình siêu âm 2D chủ yếu là dịch. 3D có hình giảm âm của mô đặc

3. Phạm T T. 59t. Nữ. Đau dưới sườn trái, sáng nôn khan, nghi đau dạ dày Nội soi tiêu hoá bình thường. Siêu âm phát hiện khối hỗn hợp âm. Chụp CLVT khối có tỷ trọng hỗn hợp trung bình 30 HU. Điều trị phẫu thuật.



CLVT u tròn bờ đều tỷ trọng 31HU. Siêu âm u đặc có ổ hoại tử

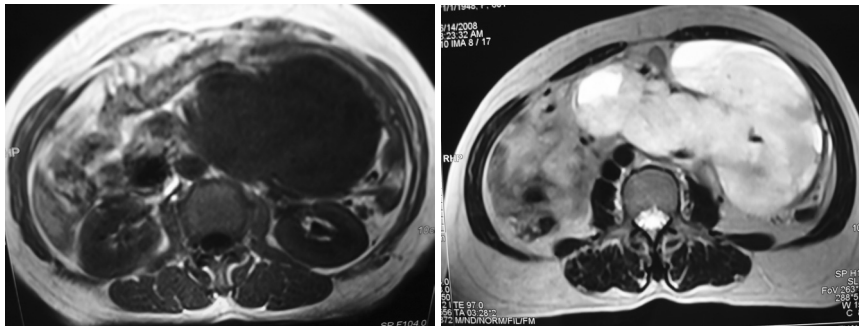
4. NG. V. X. 52t. Nam. Kiểm tra sức khỏe định kỳ, siêu âm phát hiện khối thượng vị gần tròn bờ đều, đường kính 3,6 cm. Chụp CLVT u có cấu trúc hỗn hợp, tỷ trọng trung bình 45 HU. Điều trị phẫu thuật xác minh GIST trên giải phẫu bệnh.



Khối thượng vị bờ đều giảm âm đồng nhất

5. Đoàn v M. 47t. Phát hiện u tình cờ khi kiểm tra sức khỏe. Không đau, kích thước khối 2,5 x 2,6 cm. Mổ lấy u dễ dàng. Sau 5 năm không phát hiện bất thường.

6. Mai T V. 60t, nữ. Đau mạn sườn 2 bên mức độ bình thường nên cho là đau cơ. Chỉ đi khám khi gần đây có sốt. Siêu âm bụng phát hiện khối u 30 cm dưới sườn trái. Chụp CHT thấy u 30x40 cm giảm tín hiệu trên T1, tăng trên T2, bất đối quang tử mạnh. Mổ u nhiều máu dính vào tiểu tràng, bóc tách u, cắt đoạn ruột dính. Tổn thương lớn chứng tỏ một thời gian dài không có triệu chứng lâm sàng rầm rộ. Sau 5 Năm không di căn.



Hình cộng hưởng từ T1 trước và sau tiêm đối quang. Trên T2 khối có hốc kéo dài sang phải



Khối trong mổ và trên đại thể nhiều cấu tạo hốc

Nhận xét và kết luận

1. Đa số u phát hiện tình cờ như y văn, với chúng ta hiện nay siêu âm là phương tiện phát hiện ban đầu, sau đó là CLVT, 2 phương tiện này đủ khả năng trong chẩn đoán bệnh.

2. Khối dưới 3 cm ít có biểu hiện, ngay cả khối lớn đến 40-50 cm triệu chứng đau chỉ mức độ nhẹ khiến bệnh nhân không đi khám vì cho là bệnh khác như đau cơ, đau dạ dày...

Khối đa số phát triển ra ngoài không vào trong ống tiêu hoá.

3. Các phương tiện CĐHA đều phát hiện dễ dàng khối u từ siêu âm, CLVT đến CHT.

4. Cấu trúc khối trên CĐHA đều không đồng nhất có phần đặc, xen lẫn phần dịch, có ổ hoại tử.

5. Chẩn đoán phân biệt với các loại u khác như u hạch, u ruột tụy khó khăn, nhưng qua tham khảo triệu chứng lâm sàng và vị khối u có thể hướng tới GIST.

6. Có khả năng sống được trên 5 năm khi ở thời điểm phát hiện chưa có di căn (gan, mạc treo).

7. Sau phẫu thuật và với điều trị đích như Imatinib, u và di căn có thể theo dõi bằng siêu âm và CLVT. Những bệnh nhân trên chưa sử dụng Regorafenib (từ 2003 được dùng cho thể muộn) hay Sunitinib (tác động đến mạch của u, dùng khi u vẫn tái phát sau khi điều trị với Imatinib (2)).

8. Có thể nói dễ phát hiện sớm không hoàn toàn do phương tiện CĐHA hay phương tiện y học khác, chủ yếu do quản lý sức khoẻ định kỳ và giới thiệu cho cộng đồng chú ý đến những biểu hiện bất thường dù nhỏ nhất vì triệu chứng lâm sàng nghèo nàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trịnh hồng Sơn(2), Phạm gia Anh.(2006) Nghiên cứu và chẩn đoán u mô đệm ruột non. Y học thực hành, tập 12, tr 12-35.
2. Đào danh Vĩnh (2008)Nghiên cứu áp dụng kỹ thuật chụp cắt lớp vi tính đa dãy trong phát hiện một số bệnh lý ruột non. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú các bệnh viện. Đại học Y Hà Nội.
3. American Cancer Society. Website (2016).
4. Xie Hong, Haesun Choi, Evelyne M.Loyer, Robert S.Benjamin,Jonathan C.Trent, ChusGaslip Chamsangavey. (2006) Gastrointestinal Stromal Tumor: Role of CT in Diagnosis and in Response Evaluation and Surveillance after treatment with Imatinib. RSNA Radiographics, March-April 2006, Vol 26, issue 2.
5. Jingshan Gong, Wenyan Kann, Jin Zhu and Jianmin Xu.(2012) CT and MR Imaging of gastrointestinal stromal tumor of stomach, a pictorial view. Quantitative Imaging in Medicine and Surgery 2012 Dec 2 (4) 274-279.
6. Gastrointestinal stromal tumor. GIST- Diagnosis (2015), Cancer Net, ASCO. Conquer Cancer Foundation 12/2015.

TÓM TẮT

U mô đệm dạ dày ruột: Từ siêu âm đến cộng hưởng từ. Mở đầu. Trước kia được xem là u cơ trơn, mô thần kinh, thượng bì ống tiêu hoá, nay hoá mô miễn dịch xác định với protein KIT CD 117 từ tế bào kẽ Cajal. Bệnh không hiếm gặp nhưng ít được phát hiện sớm. Từ X quang thường quy, siêu âm, chụp cắt lớp vi tính (CLVT), chụp cộng hưởng từ, chụp đồng vị PET đều có thể thấy được. Tuy nhiên đa số phát hiện tình cờ khi kiểm tra sức khoẻ, siêu âm phát hiện được sau đó CLVT khẳng định tìm các chi tiết về hình ảnh.

Kết quả: 6 bệnh nhân được phát hiện, 4 tình cờ và can thiệp phẫu thuật có xác minh của giải phẫu bệnh. Giới nam/nữ 2/6. Kích thước dưới 3 cm 4/6, 1 u lớn nhất 30x40 cm. Chưa phát hiện di căn 6/6. 6 ca đều khỏe sau 3 năm.

Nhận xét và kết luận. Đa số GIST phát hiện tình cờ, các mẫu hình CDHA đều phát hiện được. Thời gian sống sau 5 năm phụ thuộc kích thước u. Thường di căn gan, mạc treo nhưng muộn. Siêu âm và CLVT được sử dụng để theo dõi sau điều trị can thiệp và điều trị đích. Phát hiện sớm phụ thuộc vào khám sàng lọc và quan tâm cộng đồng đến khám phát hiện bệnh.

Từ khóa: U mô đệm dạ dày ruột, GIST, Siêu âm, Cắt lớp vi tính, Cộng hưởng từ.

Người liên hệ: Vũ Hải Thanh. Email: haithanhcdha@gmail.com

Ngày nhận bài 12.11.2016. Ngày chấp nhận đăng: 30.11.2016