

GIÁ TRỊ CẮT LỚP VI TÍNH TRONG CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT CÁC U NGUYÊN PHÁT THƯỜNG GẶP Ở RUỘT NON

Lê Duy Mai Huyền*, Võ Tấn Đức**

SUMMARY

Objectives: The purpose of this study was to analyze imaging roles to assess the diagnostic capacity for differentiating the common primary small bowel tumors.

Methods: We performed a retrospective study from the medical database from January 2015 to May 2018 at University medical center and Cho Ray hospital. The inclusion criteria were as follows: pathologically proven primary small bowel neoplasms and patients were performed MDCT with intravenous contrast media. Radiologists were blinded to the pathological information, reviewed the image findings according to the data collection paper. Radiologists collect the characteristics of neoplasm such as anatomical distribution, growth, enhancement, wall thickening patterns, size, hyperplasia vascular on tumor surfaces and lymph node characteristics. Then, comparing each findings to pathology report to assess specificity, sensitivity and positive predictive value (PPV) of them.

Results: A total of 98 patients met the criteria for analysis in the present retrospective study, 31 adenocarcinomas, 22 lymphomas, 30 GISTs and 15 others. The extramural growth pattern is a reliable prediction of GIST, with PPV of 82.3%. All of GISTs show moderate to avid enhancement. Tumor density of greater than or equal to 110 HU is likely to be GIST, with PPV of 84.9%. Proliferation of blood vessels on tumor surfaces can help discriminate GIST from the others, with PPV of 92%. Bowel wall thickening is the common pattern of adenocarcinoma and lymphoma. Apple-core-like, shoulder defect and focal involvement are probably findings of adenocarcinoma, with PPV of 81.8%, 71.4% and 76.9%, respectively. Aneurysmal dilatation of the lumen and marked thickening wall bowel equal or greater than 25mm can strongly suggest lymphoma, with PPV of 87.5% and 72.7%, respectively. Enlarged lymph node with shorter axis greater than 20mm or multiple lymph nodes fused together forming a bulky mass are likely to be lymphoma, with specificity of 100%.

Conclusion: MDCT findings could potentially be useful to differentiate the common primary small bowel neoplasms based on analyzing specific imaging characteristics of each tumor after classifying by growth pattern lesion.

Keywords: Small bowel neoplasm, differentiate

* Bộ môn Chẩn đoán Hình ảnh, Đại học Y Dược, TP.HCM,

** Bộ môn Chẩn đoán Hình ảnh, ĐHYD TP.HCM

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nguyên phát của ruột non rất hiếm gặp, tỷ lệ mắc là 1/100.000, chỉ chiếm khoảng 3% đến 5% trong tổng số các trường hợp u ống tiêu hóa (OTH)[2],[25],[26]. Bệnh học lại bao gồm nhiều nhóm nhỏ, nên có rất ít các nghiên cứu về URN.

Phần lớn trường hợp URN đều phát hiện ở giai đoạn trễ của bệnh do biểu hiện lâm sàng mơ hồ hoặc thậm chí không triệu chứng gì. Cho đến nay, ruột non vẫn là phần OTH khó tiếp cận. 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.

Các nghiên cứu hình ảnh URN chưa được thực hiện nhiều như các phần khác của OTH. Hơn nữa, các nghiên cứu này chỉ mô tả đặc điểm hình ảnh riêng lẻ của từng loại URN mà không so sánh giữa các nhóm u. Một vài nghiên cứu ngoài nước đã trình bày một số tính chất hình ảnh học giúp gợi ý mô bệnh học của URN, ghi nhận trên hình cắt lớp vi tính (CLVT) và cộng hưởng từ (CHT). Trong nước, tôi chỉ tìm thấy một vài nghiên cứu mô tả hình ảnh của u mô đệm đường tiêu hóa (GIST) trên cả chiều dài của OTH hoặc ở dạ dày.

Đề tài này nhằm tổng kết lại các dấu hiệu hình ảnh và phân tích giá trị của hình ảnh trong chẩn đoán phân biệt các loại URN thường gặp tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Đây là nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang. Tiêu chuẩn chọn bệnh là những bệnh nhân (BN) được chẩn đoán ra viện là URN tại BV Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh và BV Chợ Rẫy từ 01/2015 đến 5/2018, có chụp CLVT với thuốc tương phản tĩnh mạch. Tiêu chuẩn loại trừ là BN không có kết quả giải phẫu bệnh xác định và BN URN do di căn.

Phương pháp tiến hành

Tìm những BN được chẩn đoán ra viện là URN

nguyên phát, trong khoảng thời gian 01/2015 đến 5/2018. Tìm kết quả giải phẫu bệnh và hình CLVT của những BN này. Loại trừ những trường hợp thuộc tiêu chuẩn loại trừ.

Bác sĩ hình ảnh sẽ lần lượt đọc mù các dấu hiệu hình ảnh được liệt kê trong phiếu thu thập số liệu mà không biết kết quả giải phẫu bệnh. Bác sĩ hình ảnh không cần phải đưa ra chẩn đoán loại URN mà chỉ nhận diện các dấu hiệu hình ảnh. Sau đó, các trường hợp trong mẫu sẽ được đối chiếu với kết quả phẫu thuật và mô bệnh học để đưa ra các giá trị chẩn đoán loại URN của từng dấu hiệu.

Những đặc điểm mô tả bao gồm: tuổi, giới, vị trí u, kiểu tổn thương, kích thước tổn thương, mức độ và tính chất bắt thuốc của tổn thương, hình ảnh khâu vai, mạch máu giãn lớn trên bề mặt, hạch vùng.

Phân tích thống kê

Nhập liệu bằng Excel, phân tích bằng STATA13.

Các biến định tính được mô tả bằng tần số, tỷ lệ phần trăm. Các giá trị thống kê mô tả như độ nhạy, độ chuyên, giá trị tiên đoán dương.

Các phép kiểm được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Kết quả

Trong 98 trường hợp URN thỏa điều kiện chọn mẫu, thường gặp nhất là 3 loại: Adenocarcinoma, Lymphoma và GIST; chiếm gần 85%. Các u khác chiếm 15% còn lại, gồm có: 4 polyp sợi viêm, 3 Lipoma, 2 u cơ trơn, 2 polyp ống tuyến, 1 Schwannoma, 1 Sarcoma cơ trơn, 1 u thần kinh nội tiết và 1 u lành mạch máu dạng hang.

Trong đó, có 5 trường hợp có nhiều u ở thời điểm khảo sát, đều là Lymphoma, có 3 trường hợp u cùng ở ruột non, 1 trường hợp u ở ruột non và tá tràng, 1 trường hợp u ở ruột non, đại tràng và trực tràng.

Bảng 1. Bảng tổng hợp các tính chất hình ảnh theo giải phẫu bệnh

	U ruột non	Adeno-carcinoma	Lym-phoma	GIST	U khác
Số lượng	98	31	22	30	15
Tuổi	56,4 ± 15,1	58,3 ± 13,8	56,2 ± 13,8	55,8 ± 14,4	
Giới nam	63	19	17	20	7
Vị trí (*)					
Tá tràng	33	22	1	8	2
Hỗng tràng	19	2	3	11	3
Hồi tràng	44	7	19	11	7
Hình thái tổn thương (**)					
Polyp	13	2	4	2	5
Phát triển ngoài thành	34	1(***)	0	28	5
Dày thành ruột	36	17	18	0	1
Kiểu dày thành ruột					
Lõi táo	11	9	2	0	0
Giả phình	16	2	14	0	0
Kích thước trung bình(mm)					
Tổn thương dạng khối		51,7	33,3		
Tổn thương dày thành/ trên đoạn dài		17,9/ 49,4mm	24,3/ 80,5mm	66,3	
Mức độ bắt thuốc					
Đậm độ trung bình (HU)		90,4 ± 16,5	85,4 ± 30,1	111,9 ± 43,9	
Mạnh, trung bình	65	16	14	30	5
Kém	18	4	8	0	6
Bắt thuốc đồng nhất		12	20	10	
MMPTTBMU (+)	25	0	0	23	2
MMPTTBMU (-)	58	20	22	7	9
Hạch phì đại	32	12	20	0	0
Trục ngắn >20mm	7	0	7	0	0
Hạch kết thành chùm	10	0	10	0	0

(*) Có 1 trường hợp Lymphoma cùng lúc ở 2 vị trí khác nhau là tá tràng và hỗng tràng. Bỏ 3 trường hợp lipoma do tính chất đậm độ mỡ đồng nhất của Lipoma là một tính chất đặc hiệu giúp chẩn đoán xác định u bất chấp các tính chất hình ảnh khác, với mục tiêu phân biệt các nhóm URN, tôi loại 3 Lipoma ra khỏi mẫu phân tích các dấu hiệu hình ảnh khác

(**) Để tránh nguy cơ nhiễu do tất cả các tổn thương có dạng polyp tại nhú tá lớn đều là Adenoma hoặc Adenocarcinoma, tôi loại 12 trường hợp này (gồm 11 adenocarcinoma và 1 adenoma) khỏi mẫu nghiên cứu. Như vậy, từ đây, mẫu nghiên cứu của tôi gồm 83 trường hợp

(***) Một trường hợp Adenocarcinoma được đọc là có kiểu hình phát triển ra ngoài ưu thế do lý giải hình sai, tổn thương dày thành ruột tại cổ một túi thừa gây tắc ruột và tắc túi thừa. Túi thừa bị lý giải nhầm là phần hoại tử không bắt thuốc của một tổn thương phát triển ưu thế ra ngoài thành ruột

MMPTTBMU: Mạch máu phát triển trên bề mặt u

Bảng 2. Bảng tóm tắt các dấu hiệu giúp phân biệt loại u ruột no

	Adenocarcinoma	Lymphoma	GIST
Phát triển ra ngoài thành	(*)	Loại; Se 100% ($p < 0,001$)	Se 93,3% PPV 82,3% ($p < 0,0001$)
Hạch vùng phì đại	(Xem bên dưới)		Loại; Se 100% ($p < 0,001$)
Bất thuốc trung bình đến mạnh	(Không phân biệt được)		Sp 34% PPV 46,2% ($p < 0,001$)
Bất thuốc kém	(Không phân biệt được)		Loại; Se 100% ($p < 0,001$)
Dày thành ruột	(Xem bên dưới)		Loại; Se 100% ($p < 0,001$)
Mạch máu trên bề mặt tổn thương	Loại; Se 100% ($p < 0,001$)		Se 76,7% PPV 92% ($p < 0,001$)
Dày thành ruột	(không phân biệt được)		Loại; Sp 100% ($p < 0,001$)
Lõi táo	Sp 89,5% PPV 81,8% ($p < 0,05$)		
Giả phình		Sp 88,9% PPV 87,5% ($p < 0,001$)	
Dấu hiệu khấu vai	Sp 73,7% PPV 71,4% ($p < 0,05$)		
Hạch phì đại > 20mm		Sp 100% PPV 100% ($p < 0,01$)	
Hạch kết thành chùm		Sp 100% PPV 100% ($p < 0,01$)	
Dày \geq 25mm		PPV 72,7% ($p < 0,05$)	
Dài < 50mm	PPV 76,9% ($p < 0,05$)		

III. BÀN LUẬN

Mẫu nghiên cứu

Phương pháp chọn mẫu của nghiên cứu này là chọn trên các BN được điều trị tại bệnh viện. Những u nhỏ, không gây triệu chứng lâm sàng, sẽ khó nằm trong mẫu nghiên cứu. Vì vậy, tỷ lệ các loại u ruột non trong mẫu nghiên cứu của tôi không đại diện cho tỷ lệ các loại URN thật sự trong dân số.

Số liệu trong nghiên cứu này khá tương đồng với nghiên cứu hồi cứu của Farhat và cộng sự trong 20 năm[5] ghi nhận có 33 trường hợp ung thư ruột non, trong đó có 12 ca lymphoma, 11 ca adenocarcinoma, 5 ca leiomyosarcoma, 4 ca GIST và chỉ có 1 ca NET. Có lẽ do cách chọn mẫu khá giống nhau là chọn những trường hợp URN được điều trị, nghĩa là hầu hết các u này phải gây ra triệu chứng làm cho bệnh nhân phải tới viện.

Các trường hợp được chẩn đoán là GIST bắt buộc dương tính với CD117, do một số u trung mô như Leiomyoma, Sarcoma hoặc Schwannoma có hình thái vi thể dạng tế bào hình thoi giống GIST. Có 2% các trường hợp GIST thật sự nhưng âm tính với CD117 sẽ dương tính với thụ thể PDGFRA hoặc được chẩn đoán bằng giải mã gen. Xét nghiệm hóa mô miễn dịch tìm CD117 lần đầu tiên được áp dụng ở Việt Nam vào năm 2004 và đến nay chúng ta chỉ dừng lại với thụ thể CD117 trong xác định GIST. Do đó, các trường hợp âm tính với CD117 bị loại khỏi nhóm GIST trong nghiên cứu của tôi có khả năng mắc một tỷ lệ sai lầm nhỏ.

Tổng số các u ít gặp trong nghiên cứu này có 15 trường hợp gồm 8 loại khác nhau, số lượng mỗi loại ít, nên tôi gom các loại u này vào một nhóm chung và không phân biệt nhóm này với 3 nhóm thường gặp, mà chỉ đưa vào để tìm giá trị của các dấu hiệu hình ảnh có thể trùng lặp giữa các u ít gặp này và các u thường gặp.

Trong đó nghiên cứu của tôi có 5 trường hợp có nhiều u ở thời điểm khảo sát, tất cả đều là lymphoma tế bào B, chiếm tỷ lệ 22,3% trong số lymphoma. Lymphoma nguyên phát tế bào B có thể đa ổ ở thời điểm khảo sát, chiếm 10-25% trường hợp, tỷ lệ đa ổ ở tế bào T còn cao hơn, chiếm từ 21-72% tùy nghiên cứu [3], [10]. Do tính chất đa ổ cũng là một tính chất của Lymphoma và hình ảnh của các tổn thương trên cùng

một bệnh nhân cũng giống nhau nên tôi xem mỗi bệnh nhân là một trường hợp, kích thước lấy theo kích thước của tổn thương lớn nhất và ở ruột non. Một trường hợp vừa ở tá tràng vừa ở hồi tràng (Hình 1), các tính chất khác đều lấy là một trường hợp theo tổn thương lớn hơn ở hồi tràng trừ đặc điểm về vị trí ghi thành 2 vị trí.



Hình 1. Lymphoma ở đoạn D2 tá tràng và hồi tràng
Tổn thương dày không đều thành tá tràng đoạn D2 (mũi tên trắng), có liên quan đến Vater, gây giãn đường mật trong gan (mũi tên đen) và tổn thương khác ở đoạn đầu hồi tràng (mũi tên trắng) thành ruột dày nhưng lòng ruột giãn chứ không hẹp lòng (Nguyễn Kim H, SHS A09-0218935)

Kỹ thuật chụp

Do đây là nghiên cứu hồi cứu, chẩn đoán trước chụp khá đa dạng, thời gian thu thập số liệu cũng khá dài, nên kỹ thuật chụp ở các trường hợp trong mẫu không giống nhau. Đa phần các trường hợp không có hình chụp ở thì trước tiêm tương phản và thì động mạch qua tổn thương. Không có trường hợp nào được chụp với kỹ thuật chụp CLVT ruột non. Tôi nghĩ rằng, do triệu chứng bệnh nhân thường mơ hồ và tần suất hiếm gặp của URN làm cho bác sĩ ít nghĩ đến nó. Thêm vào đó, phần lớn bệnh nhân đều đến viện ở giai đoạn trễ, nên hình chụp CLVT với thuốc tương phản tĩnh mạch đủ để đưa ra chẩn đoán. Đây là mặt hạn chế của nghiên

cứu này vì đã không thể đồng nhất kỹ thuật chụp của các trường hợp trong mẫu, cũng như tối ưu hóa kỹ thuật như chụp đủ thì động học và làm căng lòng ruột. Việc chụp không đủ thì chủ yếu ảnh hưởng đến việc phân tích tính chất bắt thuốc của URN sẽ được bàn ở phần sau. Lòng ruột không căng làm cho việc đánh giá hình thái, vị trí và kích thước tổn thương không chính xác. Tuy nhiên, nếu nhìn theo hướng thực hành lâm sàng, đây có lẽ lại là điểm mạnh của nghiên cứu vì đặt các kết quả nghiên cứu trong tình huống gần với thực hành hằng ngày nhất, vì các bác sĩ hình ảnh thường phải giải quyết các trường hợp URN chụp không đủ thì và lòng ruột không căng.

Vị trí u ruột non

Trong nghiên cứu của tôi có 67,7% trường hợp u tá tràng là adenocarcinoma; 57,9% u hồi tràng là GIST, 43,2% u hồi tràng là Lymphoma – tương đồng với nghiên cứu của Farhat và cộng sự [5] cũng cho thấy 70% u tá tràng là adenocarcinoma; 50% u hồi tràng là Lymphoma.

Mặc dù có sự khác biệt về tỷ lệ các loại u theo vị trí giải phẫu nhưng mỗi u đều có thể nằm ở bất cứ vị trí nào của ruột non, không có vị trí nào giúp loại trừ nhóm u nào. Vì vậy, về mặt thực hành, với một u cụ thể, vị trí u ít có giá trị trong chẩn đoán phân biệt các loại u.

Vater và u ruột non

Trong nghiên cứu của tôi, có 12 trường hợp tổn thương dạng polyp tại nhú tá lớn gồm 11 trường hợp adenocarcinoma và 1 adenoma, được xem là tổn thương tiền thân của adenocarcinoma. Thực tế lâm sàng, khi thấy tổn thương khu trú, đậm độ mô, dạng polyp ở Vater, bác sĩ hình ảnh sẽ nghĩ đến một số khả năng như adenoma, adenocarcinoma hoặc tăng sản nhú. Bác sĩ hình ảnh ít khi xét đến các tính chất hình ảnh khác khi gặp trường hợp này do tần suất cao của các loại tổn thương trên tại Vater và hầu hết tổn thương có kích thước nhỏ, dưới 1 cm ở thời điểm phát hiện, do tổn thương làm tắc mật làm bệnh nhân đến viện sớm, khó đánh giá các đặc tính khác. Ngoài ra, việc dễ dàng tiếp cận và sinh thiết để có bằng chứng

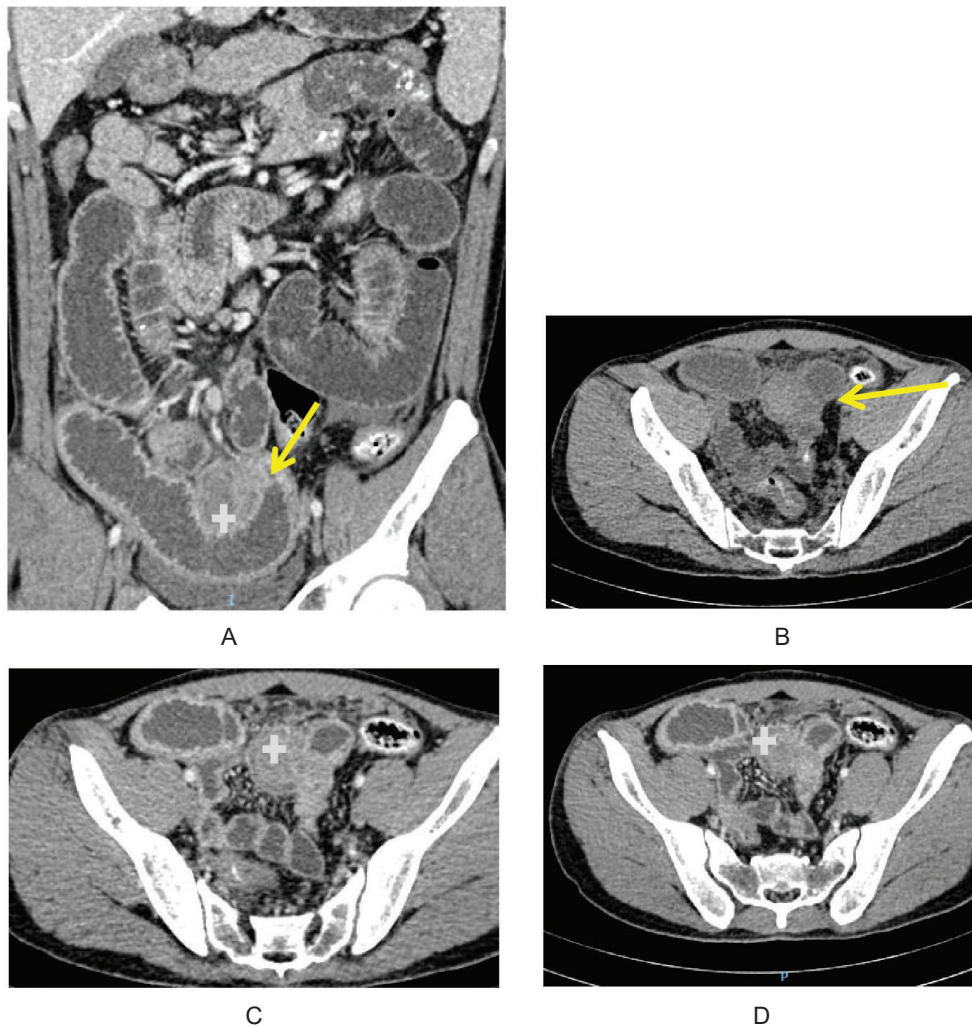
giải phẫu bệnh các tổn thương ở Vater cũng không đặt ra vấn đề phải chẩn đoán phân biệt các loại u Vater dựa vào các phương pháp chẩn đoán hình ảnh. Do đó, để tránh làm thay đổi giá trị chẩn đoán của những tính chất hình ảnh khác, với mục đích tiêu hướng đến xây dựng lưu đồ tiếp cận một URN cụ thể, giúp gợi ý bản chất u, tôi cố gắng xử lý số liệu theo như cách thu hẹp dần chẩn đoán phân biệt mà các bác sĩ hình ảnh sử dụng trong thực hành hằng ngày, vì vậy tôi loại 12 trường hợp này ra khỏi mẫu so sánh các tính chất hình ảnh khác. Cách làm này cũng tương tự tác giả Farhat [5].

Hình thái tổn thương

Các dạng hình thái của các loại u trong nghiên cứu của tôi tương đồng với các mô tả của y văn. Adenocarcinoma và Lymphoma thường biểu hiện kiểu hình dày thành ruột, một số ít Adenocarcinoma và Lymphoma có dạng polyp. Trong khi GIST thường biểu hiện kiểu phát triển ra ngoài ưu thế, một số ít có dạng polyp, một trường hợp biểu hiện kiểu hỗn hợp gồm phát triển ra ngoài và polyp, không có trường hợp nào GIST biểu hiện kiểu hình dày thành ruột. Đây là một nhận định quan trọng giúp phân biệt các loại URN.

Trong nghiên cứu của tôi có 6 trường hợp u phát triển ra ngoài nhưng không phải là GIST gồm 5 trường hợp u ít gặp, đều là các u có nguồn gốc trung mô, và 1 trường hợp là adenocarcinoma. Theo y văn và các báo cáo tôi tìm thấy, không có tài liệu nào ghi nhận adenocarcinoma có kiểu hình thái này. Quay lại với trường hợp adenocarcinoma có kiểu hình “ki lạ” trong nghiên cứu của tôi, thì đây là do nhận định sai của bác sĩ hình ảnh (Hình 2). Thật sự, giống với y văn, adenocarcinoma không có kiểu hình phát triển ra ngoài. Vì vậy, tính chất phát triển ra ngoài có tính phân loại adenocarcinoma và lymphoma thành một nhóm, nhóm thứ 2 gồm GIST và các u hiếm gặp khác. Phát triển ra ngoài có giá trị tiên đoán dương với GIST là 82,3% và giúp loại trừ adenocarcinoma và lymphoma.

Tổn thương có dạng polyp không giúp khu trú chẩn đoán phân biệt vì kiểu hình này không ưu thế cho loại u nào. Ngược lại, cả 3 u thường gặp đều có thể biểu hiện dưới hình thái này.



Hình 2. Adenocarcinoma và kiểu hình phát triển ra ngoài

Bệnh nhân đến viện trong bệnh cảnh tắc ruột, vị trí chuyển tiếp có hình ảnh tổn thương dạng phát triển ra ngoài (dấu cộng, hình A) và dày thành ruột (mũi tên hình A), trong đó ưu thế phát triển ra ngoài hơn. Phần phát triển ra ngoài có đậm độ cao (dấu cộng, hình C), không bắt thuốc và phần dày thành ruột bắt thuốc mức độ trung bình (hình D). Hình ảnh được đọc trước mổ ở ca này là nghi ngờ GIST, với phần phát triển ra ngoài hoại tử xuất huyết. Tuy nhiên, điểm không phù hợp mà bác sĩ hình ảnh lúc này chưa giải thích được là GIST rất hiếm khi gây tắc ruột và di căn phúc mạc biểu hiện bằng các nốt bắt thuốc viền (mũi tên, hình B). Tổn thương sau đó được chứng minh bằng phẫu thuật và giải phẫu bệnh là adenocarcinoma vùng cổ túi thừa gây tắc túi thừa và tắc ruột non.

(Bệnh nhân Lê Quang T., Số hồ sơ N17-0335368)

Nếu tổn thương biểu hiện dưới dạng dày thành ruột sẽ giúp loại trừ GIST với độ chuyên và tiên đoán dương đều là 100%. Tuy nhiên, lúc này, không thể phân biệt được 2 nhóm u thường gặp còn lại là adenocarcinoma và lymphoma, cần tiếp tục phân tích các kiểu dày thành ruột như ở phần sau.

Tôi không tìm được nghiên cứu nào, cả trong và ngoài nước, về cách đánh giá và so sánh hình thái các loại u ruột non. Chỉ có một bài Masselli đăng trên Tạp chí Hình ảnh học Anh năm 2012 [20] viết theo dạng tổng hợp y văn nói về cách phân biệt các loại u ruột non trên hình CHT. Độ phân giải mô tuyệt vời của CHT giúp xác

định tổn thương thuộc lớp niêm mạc, dưới niêm hay làm thay đổi lớp thanh mạc, để khu trú nguồn gốc phát triển của u, giúp liệt kê một số u dựa trên bảng phân loại nguồn gốc các loại URN.

Các kiểu dày thành ruột

Mặc dù adenocarcinoma và lymphoma đều có hình thái thường gặp là dày thành ruột. May mắn là có các hình thái dày đặc trưng giúp gợi ý chẩn đoán. Dày thành gây hẹp lòng ruột, cho hình ảnh giống lõi táo giúp gợi ý adenocarcinoma, giá trị tiên đoán dương là 81,8%, độ chuyên là 89,5%. Trong khi, dày thành nhưng kèm giãn lớn lòng ruột cho hình ảnh giả phình thường gặp ở lymphoma hơn, giá trị tiên đoán dương là 81,8%, độ chuyên là 88,9%. Lymphoma cũng có thể có hình ảnh hẹp lòng ruột và ngược lại adenocarcinoma cũng có thể cho hình ảnh giãn lòng ruột, nhưng với tỷ lệ ít hơn nhiều (Hình 3,4).

GIST lớn có thể loét trên bề mặt niêm mạc hoặc có vùng hoại tử bên trong, thông với lòng ruột, cho hình ảnh giả lymphoma. Tuy nhiên, phân tích tỉ mỉ các thành của tổn thương dạng túi phình giúp phân biệt lymphoma và GIST. Lymphoma thâm nhiễm, lan theo chu vi thành ruột, phá hủy thần kinh, làm đoạn ruột tổn thương giãn lớn do mất trương lực ở tất cả các thành. Do đó, 2 đầu

của đoạn ruột giãn này sẽ thông với 2 đoạn ruột bình thường. Ngược lại, tổn thương giả phình do GIST hoại tử và tạo hang thông với lòng ruột chỉ phát triển từ một thành của ruột nên đoạn ruột giãn này chỉ thông với lòng ruột ở một đầu (Hình 5)

Dấu hiệu khẩu vai

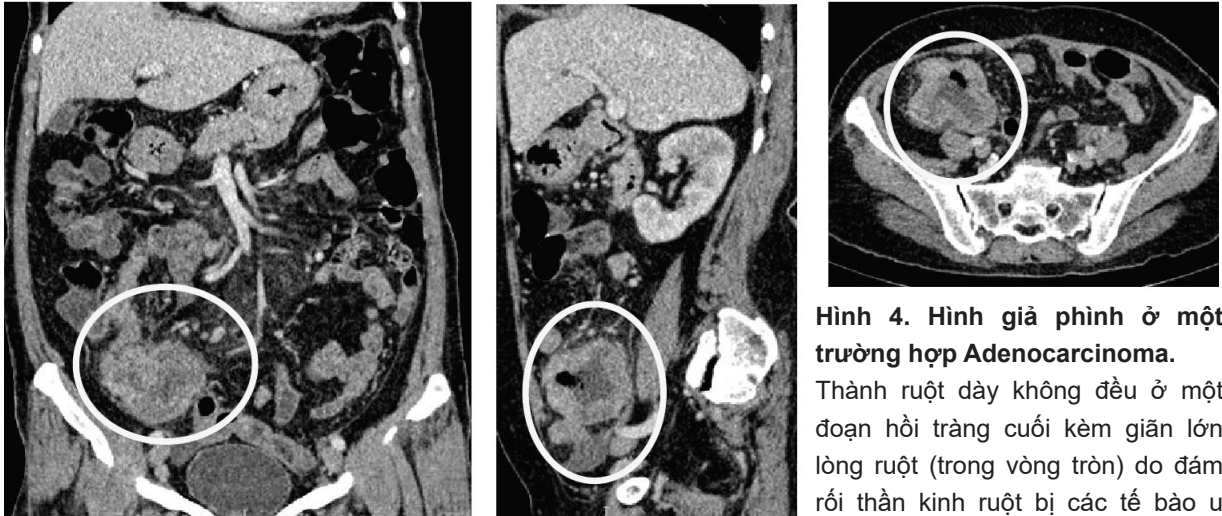
Được xem là dấu hiệu đặc hiệu để chẩn đoán adenocarcinoma [6]. Tuy nhiên, trong các tài liệu đọc được, tôi không tìm được giá trị chẩn đoán của dấu hiệu này. Dấu hiệu này được tạo ra do mô u có dạng chỏ, tạo vùng chuyển tiếp hẹp với mô bình thường lân cận, giới hạn mô u rõ trên hình sau tiêm tương phản, cho hình ảnh lõi dạng khẩu vai vào lòng ruột, góc tạo bởi bờ tổn thương và thành ruột lân cận là góc nhọn. Ngược lại, tổn thương dày thành ruột trong Lymphoma là dạng thâm nhiễm, do đó vùng chuyển tiếp rộng, giới hạn giữa mô u và mô bình thường lân cận không rõ, góc tạo bởi bờ tổn thương và thành ruột lân cận là góc tù (hình 6)

Trong nghiên cứu của tôi, dấu hiệu này có độ nhạy thấp, khoảng 50%, nhưng độ chuyên khá cao, khoảng 73,7%. Một số trường hợp lymphoma trong nghiên cứu của tôi vẫn có dấu hiệu này, chiếm tỷ lệ khoảng 20%.

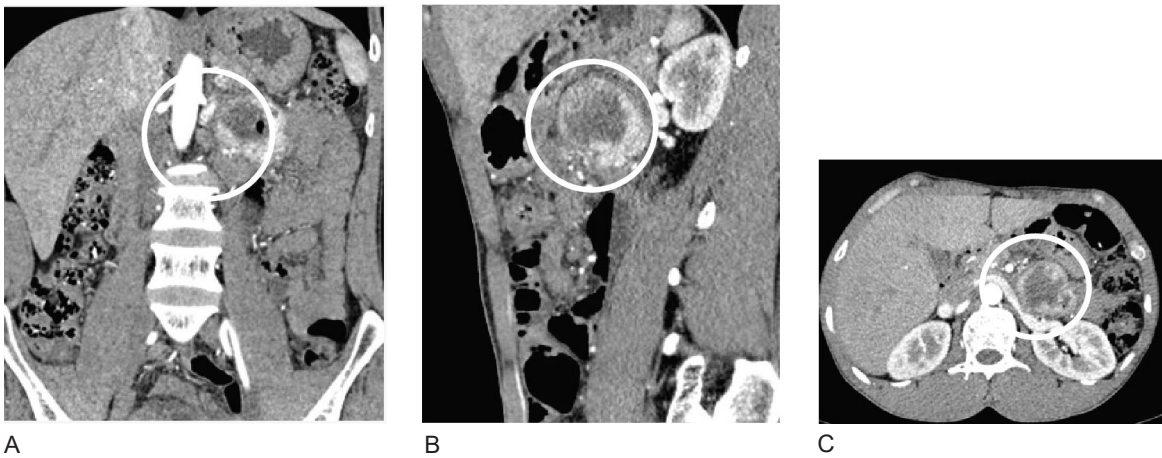


Hình 3. Hình ảnh lõi táo ở Adenocarcinoma

Hình ảnh dày không đều thành hồng tràng, làm lòng ruột hẹp không đều có hình dạng lõi táo (trong vòng tròn) (Lý D. –Số hồ sơ N17-0291217)

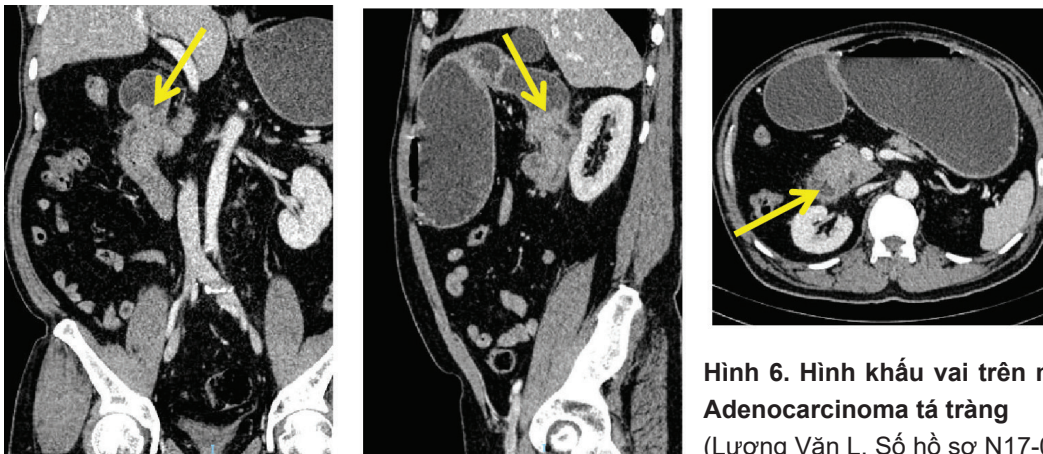


Hình 4. Hình giả phình ở một trường hợp Adenocarcinoma.
 Thành ruột dày không đều ở một đoạn hồi tràng cuối kèm giãn lớn lòng ruột (trong vòng tròn) do đám rối thần kinh ruột bị các tế bào u xâm lấn (Nguyễn Phục H. – Số hồ sơ N17-0004419)



Hình 5. Hình ảnh giả giả phình ở một trường hợp GIST

Hình ảnh GIST hoại tử, thông với lòng ruột cho hình ảnh giống giả phình ở Lymphoma (trong vòng tròn ở hình A, B). Nhìn trên hình ở mặt cắt đứng dọc (C), tổn thương phát triển từ một thành của tá tràng (mũi tên) (Nguyễn Văn N. – số hồ sơ N16-0361117)



Hình 6. Hình khẩu vai trên một trường hợp Adenocarcinoma tá tràng
 (Lương Văn L. Số hồ sơ N17-0004749)

Kích thước tổn thương

Kích thước tổn thương dạng khối

Nghiên cứu của tôi cho thấy GIST có kích thước lớn hơn adenocarcinoma và lymphoma. Kết quả của tôi cũng tương tự nghiên cứu của Patrick D McLaughlin và Michael M Maher [22]. Bài viết này đưa ra nhận xét kích thước u tại thời điểm phát hiện cũng là một yếu tố gợi ý bản chất u, GIST có kích thước lớn nhất, trung bình khoảng 7,5 cm [22]

Tuy nhiên do tổn thương dạng khối là hình thái ít gặp của adenocarcinoma và lymphoma so với dạng dày thành. Trong nghiên cứu của tôi chỉ có 3 trường hợp adenocarcinoma và 4 trường hợp lymphoma biểu hiện ở dạng này. Mẫu nhỏ nên tôi không thể đưa ra nhận định nào về kích thước tổn thương giúp phân biệt các loại u. Hơn nữa do khoảng biến thiên trong kích thước của GIST quá lớn, nhỏ nhất 16mm và lớn nhất 180mm. Khoảng biến thiên rộng này thời điểm phát hiện khác nhau. GIST có thể được phát hiện tình cờ hoặc do có biến chứng, thường gặp nhất là do xuất huyết tiêu hóa. Thời điểm xuất hiện biến chứng cũng phụ thuộc vào độ ác tính của GIST, mà GIST là u có tiềm năng ác tính rất thay đổi. Độ biến thiên trong kích thước của GIST tại thời điểm phát hiện cũng rộng trong các nghiên cứu của Levy [16] và Vasconcelos [32]. Tóm lại, mặc dù kích thước của các nhóm u khác nhau có ý nghĩa và GIST là tổn thương có kích thước lớn nhất nhưng theo tôi kích thước của tổn thương dạng khối tại thời điểm phát hiện không giúp phân biệt các loại u ruột non.

Kích thước tổn thương dày thành ruột

Một tổn thương dày thành ruột sẽ có 2 kích thước cần đánh giá là độ dày thành ruột và độ dài của đoạn ruột tổn thương.

Tất cả các trường hợp u ruột non đều dày thành trên 8mm. Mẫu của tôi không nghiên cứu các nguyên nhân khác làm dày thành ruột nhưng có thể thấy không có trường hợp nào u ruột mà thành ruột dày ít hơn 8mm. Nhận định này cũng tương tự của tác giả Macari [19] "thành ruột dày trên 10mm thường gặp trong các trường hợp u ruột non. Hầu hết các trường hợp thành ruột dày trên 20mm đều là u ruột non". Như vậy, khi gặp một trường hợp thành ruột dày dưới 8mm nên cân nhắc chẩn đoán nếu nghi ngờ u.

Kết quả trong nghiên cứu của tôi cho thấy thành ruột dày trong các trường hợp lymphoma dày hơn trong adenocarcinoma tại thời điểm phát hiện. Điều này hoàn toàn hợp lý, lymphoma thường không làm hẹp lòng ruột, bệnh nhân chỉ có đau bụng mơ hồ và mệt mỏi, do đó thường được phát hiện muộn hơn. Ngược lại, adenocarcinoma thường làm hẹp lòng ruột, gây tắc ruột, nên bệnh nhân thường đến viện sớm hơn. Với ngưỡng dày thành ruột lớn hơn hoặc bằng 25mm giúp gợi ý lymphoma, mặc dù độ nhạy thấp, chỉ khoảng 40%, nhưng PPV là 72,7% và độ chuyên biệt khá cao, 83,3%. Vì chúng ta còn một số dấu hiệu khác giúp gợi ý mô bệnh học của u ruột non, với mục tiêu thu hẹp dần chẩn đoán phân biệt, nên tôi chọn các ngưỡng có độ đặc hiệu cao dù độ nhạy có thể thấp.

Về độ dài của tổn thương, tổn thương do lymphoma dài hơn do adenocarcinoma. Điều này hoàn toàn phù hợp với bài viết của tác giả Fernandes[7] là hầu hết u ruột non thường biểu hiện dày khu trú, ≤ 5 cm, trừ lymphoma điển hình, tổn thương có thể kéo dài trên một đoạn ruột dài trên 5cm. Với ngưỡng ≤ 5 cm, giá trị tiên đoán dương với adenocarcinoma là 76,9%; độ chuyên biệt là 84,2%.

Mức độ bắt thuốc của u

Thực tế khi đọc hình, đôi khi khó xác định u bắt thuốc mạnh hay trung bình. Hơn nữa, với mục tiêu chẩn đoán phân biệt các loại URN, việc chia mức độ bắt thuốc thành 3 mức độ: mạnh (tương đương mạch máu lân cận), trung bình (khoảng giữa mạnh và kém) và kém (tương đương cơ) không giúp tôi phân biệt các nhóm u. Do đó, tôi gom trung bình đến mạnh thành một nhóm gọi chung là không bắt thuốc kém. Việc phân biệt giữa kém và không kém lại khá dễ dàng.

Các bài viết trước đây chỉ ghi nhận lymphoma và adenocarcinoma là u nghèo mạch máu, GIST và NET là u giàu mạch. Nhận định khái quát này giúp dự đoán tính chất bắt thuốc của tổn thương thứ phát nếu có ở gan, nhưng có vẻ không phù hợp với kết quả nghiên cứu của tôi. Theo kết quả nghiên cứu của tôi, bắt thuốc từ trung bình đến mạnh gặp ở 100% GIST; 80% adenocarcinoma và 63,6% lymphoma; số còn lại 20% adenocarcinoma và 36,7% lymphoma bắt thuốc kém.

Gần đây, nghiên cứu của Shinya và cộng sự [29]

cho thấy phân tích kiểu động học bắt thuốc khác nhau của các loại URN giúp phân biệt các loại u. Nghiên cứu này cho thấy khả năng chẩn đoán chính xác loại URN đạt 78-95% nếu chỉ dựa vào kiểu bắt thuốc ở thì động mạch và 75-92% dựa vào động học bắt thuốc. Độ chính xác thay đổi tùy theo từng loại u. Khái niệm phân tích động học bắt thuốc của mô URN khá mới mẻ và hầu như chưa được sử dụng trong thực hành tại Việt Nam.

Các trường hợp trong nghiên cứu của tôi thường được chụp một thì, khoảng 60-70 giây sau tiêm tương phản, như vậy nó nằm đâu đó ở khoảng giữa của thì ruột và thì tĩnh mạch theo nghiên cứu của Shinya. Như vậy, nếu chỉ dựa vào tính chất bắt thuốc ở một thời điểm như nghiên cứu của tôi, chúng ta chỉ có thể phân biệt được nhóm GIST ra khỏi 2 nhóm còn lại là adenocarcinoma và lymphoma, tương tự nghiên cứu của Shinya.

Do huyết động học ở mỗi cá thể hoàn toàn khác nhau, nên hạn chế rõ ràng của các kỹ thuật ghi hình tại từng thời điểm như CLVT là luôn có nguy cơ không bắt trúng thời điểm bắt thuốc điển hình của tổn thương. Tôi nghĩ rằng, đây là lý do làm cho tính chất bắt thuốc của các u trong nghiên cứu của tôi khác với kết quả dự đoán theo đặc tính giàu hay nghèo mạch máu của các loại u.

Như vậy, theo nghiên cứu của tôi chúng ta có thể rút ra được các kết luận:

✓ Khi gặp một u bắt thuốc kém, chúng ta có thể không nghĩ đến GIST. Độ chuyên và giá trị tiên đoán âm của bắt thuốc kém với GIST là 100%.

✓ Một u bắt thuốc từ trung bình đến mạnh chỉ có 46% khả năng là GIST, do có một số u khác ngoài GIST cũng bắt thuốc từ trung bình đến mạnh. Nhưng nếu đậm độ mô u ở thì tĩnh mạch bằng hoặc lớn hơn 110HU thì khả năng là GIST tăng lên, PPV là 84,9%. Mặc dù, thời điểm chụp không giống, nhưng nếu dựa trên biểu đồ bắt thuốc các loại u từ nghiên cứu của

Shinya, kết quả nghiên cứu của tôi cũng tương đồng với nghiên cứu này.

✓ Mức độ bắt thuốc mô u không giúp phân biệt adenocarcinoma và lymphoma.

Tính chất bắt thuốc của u

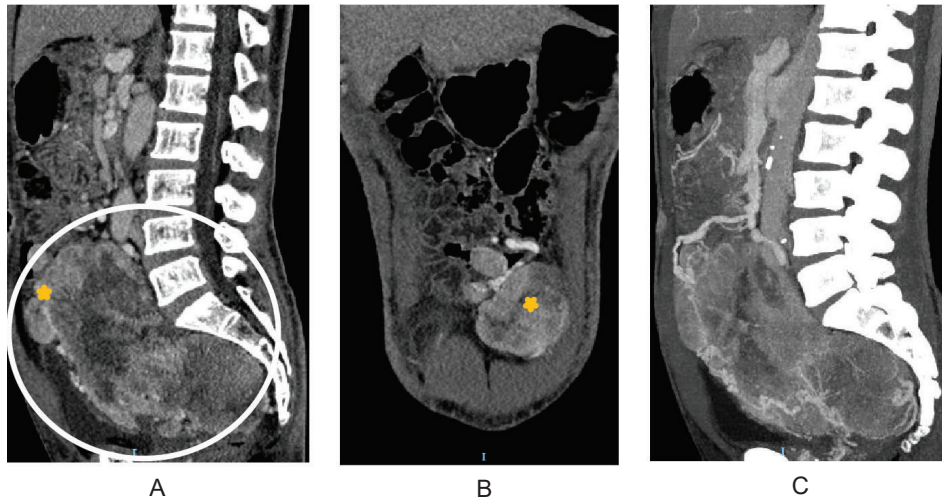
Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn lymphoma bắt thuốc đồng nhất, trong khi GIST và adenocarcinoma bắt thuốc không đồng nhất.

Nếu phân tích tỉ mỉ thì kiểu bắt thuốc không đồng nhất ở adenocarcinoma khác với GIST cả về cơ chế và hình ảnh. Adenocarcinoma thường được phát hiện ở giai đoạn u có kích thước nhỏ do khuynh hướng phát triển theo chu vi làm hẹp lòng ruột và gây triệu chứng. Là u nghèo mạch nên adenocarcinoma bắt thuốc không đồng nhất do độ biệt hóa không đồng đều trong u chứ không phải do u thiếu máu hoại tử. Trong khi GIST lớn bắt thuốc không đồng nhất do u giàu mạch, khi phát triển lớn vượt khỏi khả năng cấp máu sẽ tạo ra các vùng hoại tử. Do đó, mặc dù nhìn chung, GIST lớn bắt thuốc không đồng nhất, do có vùng hoại tử, tạo hang và xuất huyết nhưng phần mô của GIST vẫn bắt thuốc mạnh và đồng nhất.

Tính chất bắt thuốc đồng nhất hay không của GIST rất phụ thuộc vào kích thước cũng như mức độ ác tính của GIST. Độ ác tính của GIST chắc chắn không thể dự đoán trên hình ảnh trừ khi đã có hình ảnh di căn tại thời điểm khảo sát. Kích thước GIST, như phân tích ở phần trên, có độ biến thiên rất rộng tại thời điểm khảo sát. Do đó, theo tôi, không thể dựa vào tính chất về độ đồng nhất của u sau tiêm để phân biệt các loại URN.

Mạch máu trên bề mặt tổn thương

Mạch máu phát triển ngoằn ngoèo trên bề mặt tổn thương (hình 7) là một dấu hiệu khá đặc hiệu trong chẩn đoán GIST. Mặc dù độ nhạy không cao, khoảng 76,7%, nhưng độ đặc hiệu của dấu hiệu này khá cao, 96,2%.



Hình 7. Mạch máu phát triển ngoằn ngoèo trên bề mặt u

Một trường hợp GIST biểu hiện dạng hỗn hợp vừa tạo polyp trong lòng (ngôi sao ở hình A,B) vừa tạo khối phát triển rất lớn ra ngoài thành (trong vòng tròn hình A). Dạng hình MIP (C) cho thấy rõ hơn dấu hiệu mạch máu phát triển ngoằn ngoèo trên bề mặt u

(Phan Văn C. – số hồ sơ N15-0056652)

Hạch

Hạch phì đại không phải là tính chất thường gặp của GIST dù là GIST ác tính[27]. Các trường hợp có hạch phì đại đều thuộc nhóm adenocarcinoma và lymphoma. Các u lành tính khác như leiomyoma, lipoma hoặc adenoma không có hạch kèm theo.

Hạch phì đại trong adenocarcinoma thường rời rạc và có kích thước nhỏ. Hạch trong lymphoma thường lớn và kết thành chùm. Cũng như các dấu hiệu khác, với mục tiêu thu hẹp dần chẩn đoán phân biệt, tôi chọn ngưỡng hạch phì đại kích thước trực tràng lớn hơn 20mm trong chẩn đoán lymphoma để có độ chuyên biệt đạt 100% mặc dù độ nhạy thấp. Tương tự, hạch kết chùm có tính gợi ý lymphoma đạt độ chuyên biệt 100%, mặc dù độ nhạy thấp, 50%.

IV. KẾT LUẬN

Giống các báo cáo trước đây, lipoma có thể chẩn đoán xác định bằng hình ảnh học. Các tổn thương u dạng polyp tại nhú tá lớn hầu hết là adenoma hoặc adenocarcinoma. Do vị trí có thể tiếp cận dễ dàng bằng nội soi tiêu hóa trên và sinh thiết, mục đích gợi ý bản chất tổn thương của các tổn thương ở vị trí này không phải là vai trò của chẩn đoán hình ảnh. Đối với

các URN còn lại, CLVT với thuốc tương phản tĩnh mạch có thể giúp chẩn đoán phân biệt các loại URN thường gặp.

Trong các tính chất hình ảnh, đặc điểm về hình thái phát triển của tổn thương là dấu hiệu quan trọng, giúp tiếp cận và phân biệt các URN. Hầu hết các tổn thương phát triển ưu thế ra ngoài thành ruột là GIST. Một số u hiếm gặp khác cũng có thể biểu hiện hình thái này. Tuy nhiên, nhờ tần suất cao hơn và các dấu hiệu hình ảnh có độ đặc hiệu cao của GIST như tổn thương bất thuốc từ trung bình đến mạnh, trên 110HU ở thì tĩnh mạch, hoặc có mạch máu phát triển ngoằn ngoèo trên bề mặt u giúp xác định chẩn đoán.

Adenocarcinoma và lymphoma không biểu hiện hình thái phát triển ra ngoài thành. Cả hai đều có kiểu hình thường gặp là dày thành ruột. Kích thước lớn và tính chất kết thành chùm của hạch là dấu hiệu đặc hiệu của lymphoma. Trong trường hợp không có hạch hoặc hạch không có các tính chất trên, có thể phân biệt 2 loại URN này bằng các dấu hiệu hình ảnh đặc trưng cho từng loại u. Dấu hiệu lõi táo, khẩu vai và tổn thương khu trú (ngắn hơn 50mm) giúp gợi ý adenocarcinoma hơn. Các dấu hiệu giả phình và tổn thương dày hơn 25mm giúp gợi ý lymphoma.

Tổn thương dạng polyp vẫn là một thách thức với chẩn đoán hình ảnh. Khi gặp tổn thương dạng này, có thể tiếp tục tìm các dấu hiệu như tăng sinh mạch máu của tổn thương, mức độ bắt thuốc và các dấu hiệu kèm theo ở hạch, mạc treo và phúc mạc giúp gợi ý bản chất tổn thương.

KIẾN NGHỊ

Về protocol chụp, nếu nghi ngờ u ruột non, để giảm liều tia, có thể không cần chụp thì không tiêm tương phản do nó không cung cấp thêm thông tin gì về chẩn đoán; sau tiêm, nên chụp hai thì động mạch muện và tĩnh mạch, giúp có thêm thông tin về động học bắt thuốc của mô u. Xuất huyết tiêu hóa là triệu chứng thường gặp của u ruột non. Hiện nay, thì động mạch đối với chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa thường được chụp ở thì động mạch sớm. Vai trò của thì động mạch trong chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa là tìm dị dạng mạch máu và tìm chảy máu hoạt động. Do đó, có thể lồng ghép cả hai mục đích này vào nhau, thì động mạch có thể chụp muộn hơn một chút. Mặt hạn chế của cách làm này là mô u bắt thuốc mạnh có thể che lấp hoặc bị chẩn đoán nhầm là tổn thương mạch máu. Tuy nhiên, dựa vào

hình thái và sự thay đổi ở thì tĩnh mạch, tôi nghĩ rằng các bác sĩ hình ảnh vẫn có thể phân biệt được mô u và tổn thương mạch máu.

Dựa vào các kết quả thu được, tôi nhận thấy cách tiếp cận đơn giản nhất để gợi ý loại URN là phân tích dựa trên hình thái phát triển của u. Từ các nhánh phân loại theo hình thái u, tiếp tục phân tích các đặc tính khác để thu hẹp dần chẩn đoán phân biệt. Tôi xin bước đầu đề nghị một lưu đồ chẩn đoán phân biệt các loại URN dựa vào các tính chất hình ảnh trên CLVT (Số đồ 1). Do mẫu nghiên cứu của tôi còn khá nhỏ, 3 nhóm u thường gặp trong nghiên cứu của tôi không có NET, có thể dẫn đến một số giới hạn do chỉ có nhóm GIST là u giàu mạch. Ngoài ra, tôi chưa tìm được cách giải quyết đối với các tổn thương dạng polyp do tổn thương nhỏ và chỉ có 13 trường hợp biểu hiện hình thái này trong nghiên cứu của tôi. Vì vậy, cần thiết có nghiên cứu với số lượng nhiều hơn và trong thời gian dài hơn nữa. Tuy nhiên, do tôi không chủ đích chọn loại u nào từ khi chọn mẫu nghiên cứu mà chọn tất cả các trường hợp URN vào viện. Vì vậy, tôi nghĩ rằng, lưu đồ này vẫn có thể giải quyết được phần lớn các trường hợp URN gặp trên thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Anzidei M., Napoli A., et al. (2011), "Malignant tumours of the small intestine: a review of histopathology, multidetector CT and MRI aspects". *Br J Radiol*, 84 (1004), pp. 677-690.
2. Buckley JA, Fishman EK (1998), "CT evaluation of small bowel neoplasms: spectrum of disease". *RadioGraphics*, 18 (2), pp. 379-392.
3. 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.
4. Chang S. T., Menias C. O. (2013), "Imaging of primary gastrointestinal lymphoma". *Semin Ultrasound CT MR*, 34 (6), pp. 558-65.
5. Farhat M. H., Shamseddine A. I., et al. (2008), "Small bowel tumors: clinical presentation, prognosis, and outcome in 33 patients in a tertiary care center". *J Oncol*, 2008, pp. 212067.
6. 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.
7. Fernandes T., Oliveira M. I., et al. (2014), "Bowel wall thickening at CT: simplifying the diagnosis". *Insights Imaging*, 5 (2), pp. 195-208.
8. Ganeshan Dhakshina, Bhosale Priya, et al. (2013), "Imaging Features of Carcinoid Tumors of the Gastrointestinal Tract". *American Journal of Roentgenology*, 201 (4), pp. 773-786.

9. Ghai Sangeet, Pattison John, et al. (2007), "Primary Gastrointestinal Lymphoma: Spectrum of Imaging Findings with Pathologic Correlation". *RadioGraphics*, 27 (5), pp. 1371-1388.
10. Gollub Marc J. (2008), "Imaging of Gastrointestinal Lymphoma". *Radiologic Clinics*, 46 (2), pp. 287-312.
11. Gore Richard M., Mehta Uday K., et al. (2006), "Diagnosis and staging of small bowel tumours". *Cancer Imaging*, 6 (1), pp. 209-212.
12. Horwitz Benjamin M., Zamora G. Elizabeth, et al. (2011), "Best Cases from the AFIP: Gastrointestinal Stromal Tumor of the Small Bowel". *RadioGraphics*, 31 (2), pp. 429-434.
13. Hou Y. Y., Tan Y. S., et al. (2004), "C-kit gene mutation in human gastrointestinal stromal tumors". *World J Gastroenterol*, 10 (9), pp. 1310-1314.
14. James S., Balfe D. M., et al. (1987), "Small-bowel disease: categorization by CT examination". *American Journal of Roentgenology*, 148 (5), pp. 863-868.
15. Lê Văn Cường (2011), "*Giải phẫu sau đại học*",
16. 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.
17. Levy A. D., Sobin L. H. (2007), "From the archives of the AFIP: Gastrointestinal carcinoids: imaging features with clinicopathologic comparison". *Radiographics*, 27 (1), pp. 237-57.
18. Lo Re Giuseppe, Federica Vernuccio, et al. (2015), "Radiological features of gastrointestinal lymphoma". *Gastroenterology research and practice*, 2016.
19. Macari Michael, Megibow Alec J., et al. (2007), "A Pattern Approach to the Abnormal Small Bowel: Observations at MDCT and CT Enterography". *American Journal of Roentgenology*, 188 (5), pp. 1344-1355.
20. 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.
21. Masselli Gabriele (2013), "Small Bowel Imaging: Clinical Applications of the Different Imaging Modalities—A Comprehensive Review". *ISRN Pathology*, 2013, pp. 1-13.
22. McLaughlin Patrick D., Maher Michael M. (2013), "Primary Malignant Diseases of the Small Intestine". *American Journal of Roentgenology*, 201 (1), pp. W9-W14.
23. Neugut A. I., Jacobson J. S., et al. (1998), "The epidemiology of cancer of the small bowel". *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 7 (3), pp. 243-251.
24. Nguyễn Quang Quyền (2011), "*Bài giảng Giải phẫu học*", pp. tr. .
25. Pan Sai Yi, Morrison Howard (2011), "Epidemiology of cancer of the small intestine". *World Journal of Gastrointestinal Oncology*, 3 (3), pp. 33-42.
26. Sailer Johannes, Zacherl Johannes, et al. (2007), "MDCT of small bowel tumours". *Cancer Imaging*, 7 (1), pp. 224-233.
27. Sandrasegaran Kumaresan, Rajesh Arumugam, et al. (2005), "Gastrointestinal Stromal Tumors: Clinical, Radiologic, and Pathologic Features". *American Journal of Roentgenology*, 184 (3), pp. 803-811.
28. Scarsbrook Andrew F., Ganeshan Arul, et al. (2007), "Anatomic and Functional Imaging of Metastatic Carcinoid Tumors". *RadioGraphics*, 27 (2), pp. 455-477.

29. Shinya T., Inai R., et al. (2017), "Small bowel neoplasms: enhancement patterns and differentiation using post-contrast multiphase multidetector CT". *Abdom Radiol (NY)*, 42 (3), pp. 794-801.
 30. Shirsat H. S., Vaiphei K. (2014), "Primary gastrointestinal lymphomas - A study of 81 Cases from a Tertiary Healthcare Centre". *Indian J Cancer*, 51 (3), pp. 290-292.
 31. Tzen C. Y., Mau B. L. (2005), "Analysis of CD117-negative gastrointestinal stromal tumors". *World J Gastroenterol*, 11 (7), pp. 1052-1055.
 32. 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.
-

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích giá trị của các dấu hiệu hình ảnh trong chẩn đoán phân biệt các loại u ruột non (URN) thường gặp tại Việt Nam.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang, chọn tất cả những bệnh nhân (BN) được chẩn đoán ra viện là URN tại BV Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh và BV Chợ Rẫy từ 01/2015 đến 5/2018, có chụp CLVT với thuốc tương phản tĩnh mạch, có kết quả giải phẫu bệnh xác định là u nguyên phát ruột non. Bác sĩ hình ảnh sẽ lần lượt đọc mù các dấu hiệu hình ảnh được liệt kê trong phiếu thu thập số liệu mà không biết kết quả giải phẫu bệnh. Bác sĩ hình ảnh không cần phải đưa ra chẩn đoán loại URN mà chỉ nhận diện các dấu hiệu hình ảnh là vị trí u, hình thái u, mức độ và tính chất bắt thuốc của u, các kiểu dày thành ruột của u, kích thước u, dấu hiệu mạch máu trên bề mặt u và tính chất hạch. Sau đó, các trường hợp trong mẫu sẽ được đối chiếu với kết quả phẫu thuật và mô bệnh học để đưa ra các giá trị chẩn đoán loại URN của từng dấu hiệu.

Kết quả: Hồi cứu lại 98 trường hợp chẩn đoán u nguyên phát ruột non, có 31 adenocarcinoma, 22 lymphoma, 30 GIST và 15 u khác. Hình thái phát triển ra ngoài giúp gợi ý GIST, PPV 82,3%. Tất cả GIST đều bắt thuốc từ trung bình đến mạnh; mô u bắt thuốc trên 110HU có độ đặc hiệu là 84,9%; mạch máu phát triển trên bề mặt tổn thương có PPV là 92% trong gợi ý GIST. Hình thái thường gặp của Adenocarcinoma và Lymphoma là dày thành ruột. Các dấu hiệu lõi táo, khâu vai, tổn thương khu trú trên đoạn ngắn gợi ý Adenocarcinoma có PPV lần lượt là 81,8%, 71,4%, 76,9%. Các dấu hiệu giả phình và tổn thương dày thành rõ lớn hơn hoặc bằng 25mm gợi ý Lymphoma có PPV lần lượt là 87,5%, 72,7%. Hạch phì đại có trục ngắn trên 20mm và kết thành chùm gợi ý Lymphoma có độ đặc hiệu là 100%.

Kết luận: CLVT với thuốc tương phản tĩnh mạch có thể giúp chẩn đoán phân biệt các loại URN thường gặp bằng cách phân tích các dấu hiệu hình ảnh đặc hiệu cho các loại u sau khi đã phân nhóm các loại URN dựa vào hình thái phát triển của u.

Ngày nhận bài: 2/8/2018. Ngày chấp nhận đăng: 20/10/2018

Người liên hệ: Lê Duy Mai Huyền, Bộ môn Chẩn đoán Hình ảnh, Đại học Y Dược, TP.HCM;
email: msmaiuyen@gmail.com