

ĐÁNH GIÁ VAI TRÒ CỦA CHỤP CLVT TRONG THEO DÕI UNG THƯ ĐẠI TRÀNG ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ HÓA CHẤT SAU PHẪU THUẬT

Evaluating the role of ct scanner in track of colon carcinomawith chemical treatment after surgery

Văn Thị Thơ^{*}, Bùi Văn Lệnh^{**}

SUMMARY

Objectives: 1) Describe the CT scanner imaginary feature of some common metastases of colon carcinoma; 2) Evaluate the role of CT scanner in tracking colon carcinoma during chemical treatment after surgery.

Materials and methods: Study of comparative description 40 patients getting the diagnosis determined colon carcinoma after tumor cutting surgery, get treated by Oxaliplatin and supplement, CT scanner periodic checks at Hanoi Medical University Hospital.

Results: Common metastatic colon carcinoma are Node metastase and Distant metastase. Node metastasis occurred with the rate of 17.5%, mainly distributed in ganglion location, no nodes were found in edge of the colon. The nodes are short-axis diameter ≥ 10 mm. Distant metastases occurred in the liver organ (20%), often circular, with many cecidiums of diverse diameter: 8 patients having liver metastases with 28 cecidiums, most popular with 4 patients having 5 liver metastases cecidiums and all > 10 mm. There are 24 cecidiums > 10 mm is characterized by reducing the density after infiltration injection of drugs around; Peritoneal metastasis occur 15%. Besides there are Ovaries metastase and bone metastases. The number of metastatic is almost descending through checks with CT scanner from 24 patients (60%) before treatment to 20 patients (50%) after 3 chemical cycles and 3 patients (7.5%) after 6 chemical cycles. Only 1 cecidium in ganglion position exist with size ≥ 15 mm. In addition, the size of metastatic lesions as well as the amount of fluid in peritoneal also reduced after the treatment, the largest decline after 6 chemical cycles. The density and drug absorbability also change the morphology upon the response of chemical treatment; treating liver metastases helps shrink the size < 10 mm, especially with a diameter < 5 mm, the cecidium metastasis before injection reduces the density and absorb drug steadily and late. Some peritoneal metastatic cecidiums also become when meeting the treatment and unchanged through checks.

Conclusion: CT scanner is able to allocate some types of metastases of colon carcinoma on location, size, amount, intensity and drug infusibility of metastases over treatment periodic checks.

Keywords: Liver metastases. Lymph nodes (Lymphadenopathy), Peritonium metastases. Ovaries metastases. Bone metastase.

*Viện Sốt Rét - Ký sinh Trùng - Côn Trùng TW

**Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại tràng (UTĐT) là bệnh lý ác tính thường phát triển từ lớp niêm mạc của đại tràng, hay gặp nhất là ung thư biểu mô tuyến. Một thực tế lo ngại là hầu hết BN UTĐT đều đến với giai đoạn muộn.

Phẫu thuật thường là lựa chọn đầu tiên và hiệu quả nhất để điều trị khởi UTĐT. Mặc dù đã điều trị triệt căn nhưng vẫn có khoảng 50% trường hợp sẽ bị tái phát và di căn vi thể âm thầm đã xảy ra trước hoặc ngay trong và sau khi PT. Hóa trị bổ trợ UTĐT nhằm mục đích diệt tận gốc những di căn xa vi thể này và nâng cao chất lượng sống cũng như và thời gian sống thêm cho bệnh nhân. Oxaliplatin và bổ trợ là hóa chất đã được sử dụng và chứng minh có hiệu quả tốt trong việc chăm sóc giảm nhẹ, giảm tỷ lệ tái phát và kéo dài thời gian sống thêm sau 5 năm cho bệnh nhân.

Hiện nay CLVT là một trong những phương pháp được lựa chọn để theo dõi các di căn UTĐT. CLVT cho hình ảnh nhanh, rõ nét, cho biết được các di căn hạch, di căn xa với từng đặc điểm về số lượng, kích thước, tỷ trọng và tính chất ngấm thuốc qua các lần kiểm tra một cách chính xác hơn.

Ở Việt Nam, với sự phát triển của khoa học kỹ thuật trong y học, việc dùng CLVT để chẩn đoán và theo dõi UTĐT được điều trị hóa chất sau phẫu thuật đã được áp dụng. Chưa có đề tài nghiên cứu nào đi sâu và tìm hiểu về vấn đề này. Chính vì những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu:

1) *Mô tả đặc điểm hình ảnh CLVT một số di căn thường gặp của ung thư đại tràng.*

2) *Đánh giá vai trò của CLVT trong theo dõi UTĐT được điều trị hóa chất sau phẫu thuật.*

II. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu tại Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Khoa Ung bướu và chăm sóc giảm nhẹ Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 12/2013 đến tháng 03/2015.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

40 BN UTĐT được phẫu thuật và điều trị hóa chất, được chụp CLVT ổ bụng theo dõi trong quá trình điều trị.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn cho bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định UTĐT, được phẫu thuật cắt u nguyên phát, nạo vét hạch tối đa, có thể lấy các tổn thương di căn ở tạng khác, sau 2 tuần được điều trị hóa chất bổ trợ.

- Các bệnh phẩm lấy được trong mô tả CTPT được làm GPB.

- Đối chiếu các tổn thương trên phim CLVT trước PT với các tổn thương mô lấy được trong PT, xác định các tổn thương còn lại của UTĐT.

- BN được chụp CLVTOB kiểm tra sau điều trị mỗi 3 chu kỳ hóa chất.

- Có đầy đủ phim chụp CLVTOB và hồ sơ bệnh án.

- Có kết quả xét nghiệm CEA sau mổ và sau điều trị hóa chất.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- BN không chụp CLVT.

- BN không được hóa chất bổ trợ.

2.3. Thiết kế và cỡ mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả so sánh. Cỡ mẫu nghiên cứu: 40 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu.

2.4. Kỹ thuật thu thập thông tin:

- Máy chụp CLVT 6 dãy đầu dò “Somatom Emotion” của hãng Siemens.

- Máy bơm tiêm điện Medrad Vistron CT.

- Thuốc cản quang iod tiêm tĩnh mạch: Xenetix 350mg/ml, Ultravist 370mg/ml.

- Dụng cụ, thuốc chống sock và dị ứng: Adrenalin, Dépersolon 30mg.

- Bệnh nhân được chụp CLVT ổ bụng theo quy trình kỹ thuật của nghiên cứu.

- Hồ sơ, bệnh án nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm bệnh nhân

- 40 BN ung thư đại tràng trong nghiên cứu đều sử dụng hóa chất Oxaliplatin và bổ trợ. Có 31 BN (77,5%)

có giải phẫu bệnh thuộc giai đoạn III, IV còn lại là bệnh nhân giai đoạn II.

- Tuổi trung bình của nam là cao hơn nữ, nhóm tuổi >40 ở nam chiếm 94,1%, ở nữ chiếm 95,7%; tuổi nhỏ nhất của nam và nữ là 37, cao nhất của nam 74, của nữ 78.

Chỉ số [CEA] > 50ng/ml ở trước điều trị HC có 28 BN (70%) chiếm tỷ lệ lớn nhất. Số BN có [CEA] > 50 ng/ml giảm dần qua các lần kiểm tra sau HC.

2. Đặc điểm hình ảnh một số di căn UTĐT thường gặp

Đối với UTĐT đã có di căn xa thường gặp với tỷ lệ

34% ở di căn phúc mạc, 25% di căn gan, ngoài ra còn có thể gặp ở một số cơ quan khác như xương, buồng trứng với tỷ lệ 8% trong đó di căn buồng trứng tại thời điểm chẩn đoán là gặp với tỷ lệ 1,1%. Nghiên cứu chúng tôi cho kết quả: trước điều trị hóa chất lần lượt gặp di căn UTĐT là di căn gan gặp nhiều nhất với tỷ lệ 20%, di căn hạch 17,5%, di căn phúc mạc 15%, di căn buồng trứng 5%, di căn xương 2,5%. Sau 3 chu kỳ hóa chất các có sự đáp ứng hóa chất thể hiện di căn gan và hạch di căn phúc mạc còn 15%, di căn buồng trứng và di căn xương có tỷ lệ 2,5%. Sau 6 chu kỳ hóa chất di căn gan và di căn hạch còn 2,5% và không còn quan sát thấy các di căn khác.

2.1. Di căn gan

Bảng 2.1. Số lượng các nốt di căn gan

Số lượng nốt Kích thước	1	2	3	4	5	Tổng
<5mm	1 (1 nốt)	0	0	0	0	1BN (1 nốt)
5-10mm	1 (1 nốt)	1 (2 nốt)	0	0	0	2BN (3 nốt)
>10mm	0	0	0	1BN (4 nốt)	4 BN (20 nốt)	5BN(24 nốt)
Tổng	2BN (2 nốt)	1BN (2 nốt)	0	1BN (4 nốt)	4 BN (20 nốt)	8BN(28 nốt)

Nhận xét: Có 8 BN (20%) có tổng 28 nốt di căn gan, gặp nhiều nhất 4 BN với mỗi BN có 5 nốt di căn gan.

Bảng 2.2. Kích thước các nốt di căn gan

Tỷ trọng nốt di căn và tính chất ngấm thuốc	Kích thước (mm)			
	<5	5-10mm	>10mm	Tổng
Có vôi, sau tiêm ngấm dạng viền	0	0	1	1(3.6%)
Nốt giảm tỷ trọng, sau tiêm ngấm dạng viền	0	1	24 nốt (85.7%)	25 (89.3%)
Nốt giảm tỷ trọng, sau tiêm ngấm đều	1	1(3.6%)	0	2 (7.2%)
Tổng	1	2	24	28 nốt (100%)

Nhận xét: Trong 28 nốt di căn, gặp nhiều nhất 24 nốt có tỷ trọng giảm trước tiêm, sau tiêm ngấm thuốc dạng viền.

Bảng 2.3. Di căn hạch

Số lượng Kích thước	1 hạch	2 hạch	3 hạch	Tổng
< 10mm	1	0	0	1
10-15mm	1BN (1 hạch)	1BN (2 hạch)	2BN (6 hạch)	4BN (9 hạch-64.3%)
>15mm	1BN (1 hạch)	0	1BN (3 hạch)	2BN (4 hạch28.6%)
Tổng	3	1	3	7BN (14 hạch)

Nhận xét: Có 7BN (17,5%) với 14 hạch di căn.

Vị trí với 9 hạch di căn vị trí hạch trung tâm, 5 hạch di căn vị trí hạch trung gian.

Bảng 2.4. Số nốt di căn phúc mạc

Kích thước	BN	Nốt $\geq 10\text{mm}$ (BN)
1 nốt	1	1
2 nốt	4	8
3 nốt	1	3
Dạng mảng	0	0

Bảng 2.5. Nốt và dịch khoang PM

Nốt PM và dịch PM	Số BN
2 nốt PM, Dịch 1 khoang PM	4
3 nốt Dịch nhiều khoang PM	1
Tổng	5 BN

Nhân xét: Có 5 BN có di căn dịch khoang PM, gặp nhiều nhất là dịch ở 1 khoang trên BN có 2 nốt di căn PM.

2.2. Đối chiếu di căn UTĐT với giai đoạn UTĐT được chẩn đoán trước phẫu thuật

Bảng 2.6. Trước điều trị HC (còn lại tổn thương chưa xử lý được)

	Giai đoạn III, IV	Giai đoạn II	Tổng	
	Số BN (%)	Số BN (%)	Số BN (%)	
Di căn	22 (55%)	2 (5%)	24 (60%)	0,001
Không di căn	3 (12,5%)	13 (32,5)	16 (40%)	
Tổng	25 (62,5)	15 (37,5)	40 (100%)	

Nhân xét: Trước điều trị có 24 BN (%) có di căn của UTĐT chưa xử lý được, trong đó có 22 BN có chẩn đoán là giai đoạn III, IV; với $<0,05$.

Bảng 2.7. Sau 3 CKHC

	Giai đoạn III, IV	Giai đoạn II	Tổng	
	Số BN (%)	Số BN (%)	Số BN (%)	
Di căn	19 (47,5%)	1 (2,5%)	20 (50%)	0,001
Không di căn	6 (15%)	13 (35%)	20 (50%)	
Tổng	25 (62,5)	15 (37,5)	40 (100%)	

Nhân xét: Sau 3 CKHC có 20 BN (50%) có di căn phát hiện được trên CLVTOB, $p < 0,05$, (giảm 10% so với trước điều trị, theo RECIST 1.1 điều trị có đáp ứng 1 phần).

Bảng 2.8. Sau 6 CKHC

	Giai đoạn III, IV	Giai đoạn II	Tổng	
	Số BN (%)	Số BN (%)	Số BN (%)	
Di căn	3 (7,5%)	0 (%)	3 (7,5%)	0,001
Không di căn	22(55%)	15 (37,5%)	37 (92,5%)	
Tổng	25 (62,5)	15 (37,5%)	40 (100%)	

Nhân xét: Sau 6 CKHC chỉ còn 3BN phát hiện được di căn trên CLVTOB (giảm 42.5%) so với kiểm tra sau 3 CKHC, theo RECIST 1.1 là có đáp ứng hoàn toàn) $p < 0,05$.

2.3. Vai trò CLVT trong TD UTĐT sau PT được điều trị HC

Bảng 2.9. Số bệnh nhân di căn

Di căn \ Số BN (%)	Trước HC	Sau 3 CKHC	sau 6 CKHC
Gan	8 (20%)	6 (15%)	1 (2.5%)
Hạch	7 (17.5%)	6 (15%)	1 (2.5%)
Phúc mạc	6 (15%)	6 (15%)	1
Buồng trứng	2	1	1
Xương	1	1	1

Nhân xét:

- Số BN di căn gan: trước HC 8 BN, sau 3 CKHC 6, sau 6 CKHC còn 1 BN.
- Số lượng nốt di căn gan: sau 3 CKHC giảm 9 nốt (>30%), theo RECIST có đáp ứng. Giảm 14 nốt sau 6 CKHC (~74%) có đáp ứng tốt.
- Kích thước di căn gan giảm rõ nhất ở nhóm có đk >10mm.

Bảng 2.10. Số lượng nốt qua các lần kiểm tra định kỳ CLVTOB

	Trước HC	3 CKHC	6 CKHC
<5mm	1 nốt	2 nốt	1 nốt
5-10mm	3 nốt	4 nốt	2 nốt
>10mm	24 nốt	13 nốt	2 nốt
Tổng	28 nốt	19 nốt	5 nốt

Nhân xét: Số nốt di căn gan giảm dần qua các lần kiểm tra định kỳ. Lần lượt trước HC là 28 nốt, sau 3 CKHC còn 19 nốt. sau 6 CKHC còn 5 nốt. Giảm rõ rệt nhất ở nhóm >10mm.

Bảng 2.11. Số lượng và vị trí hạch di căn qua các lần kiểm tra định kỳ CLVTOB

	Trước HC	3 CKHC	6 CKHC
<10mm	1 hạch	1	3
10-15mm	9 hạch	5	1
>15mm	4 hạch	4	0
Tổng	14 hạch	10 hạch	4 hạch

	Trước HC	3 CKHC	6 CKHC
Hạch cạnh ĐT	0	0	0
Hạch trung gian	5	3	1
Hạch trung tâm	9	7	3
Tổng	17 hạch	10 hạch	4 hạch

Nhân xét: Số hạch di căn giảm dần qua các lần kiểm tra, lần lượt trước HC là 14 hạch, sau 3CKHC còn 10 hạch, sau 6 CKHC còn 4 hạch. Giảm rõ nhất ở nhóm hạch >10mm.

Giảm rõ rệt nhất vị trí di căn hạch trung gian qua các lần kiểm tra định kỳ.

Bảng 2.12. Di căn phúc mạc qua các lần kiểm tra định kỳ

	Trước HC	Sau 3 CKHC	Sau 6 CKHC
1 nốt	1 BN có 1 nốt di căn	2 BN còn 1 nốt di căn	1 BN còn 1 nốt di căn
2 nốt	4 BN có tổng 8 nốt di căn	1 BN còn 2 nốt	0
3 nốt	1 BN có 3 nốt di căn	0	0
Tổng	6 BN với 12 nốt di căn	3 BN với 4 nốt di căn	1 BN với 1 nốt di căn

Bảng 2.13. Nốt di căn phúc mạc và dịch phúc mạc qua các lần kiểm tra định kỳ

	Trước HC	Sau 3CKHC	Sau 6 CKHC
Nốt >10mm	12	3	1
Nốt ≤10mm	0	1	0
2 nốt ,dịch 1 khoang PM	4	1	1
3 nốt và dịch nhiều khoang PM	1	0	0
0 nốt, Dịch PM	0	0	1

Nhận xét: Giảm số lượng nốt di căn phúc mạc và dịch phúc mạc qua các lần kiểm tra định kỳ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Boonsirikamchai. P, Asran. M. A, et al, (2011). *CT findings of response and recurrence, independent of change in tumor size, in colorectal liver metastasis treated with bevacizumab.* AJR Am J Roentgenol. **197**(6),p. W1060-6.
- Rosen N (1997). Molecular biology of gastrointestinal cancer, cancer of the gastrotestinal tract. *Cancer:principles and practice of oncology, 5th Edition, Lippincott- Raven*, p. 917- 980.
- Morrin MM, Farrell RJ, Raptopoulos V, McGee JB, Bleday R, Raptopoulos (2000). Role of virtual CT colonography in patients with colorectal cancers and obstructing colorectal lesions. *Dis Colon Rectum*, **43**, p.303-311.
- Freeny PC, Marks WM, Ryan JA, Bolen JW (1986). Colorectal carcinoma evaluation with CT: preoperative staging and detection of postoperative recurrence. *Radiology*, **158**, p.347-353.
- Willem P.J (1994). *Le cancer rectocolique héréditaire.* Chapitre XIV, Almanch, p.67-70.
- Dukes CE (1932). The classification of cancer of the rectum. *J Pathol Bacteriol.* **35**, p.323-332.
- Giessen-Jung. C, et al (2015). Preoperative serum markers for individual patient prognosis in stage I-III colon cancer. *Tumour Biol.*
- Vukobrat-Bijedic. Z, et al (2013). Cancer Antigens (CEA and CA 19-9) as Markers of Advanced Stage of Colorectal Carcinoma. *Med Arch.* **67**(6), p. 397-401.
- Nguyễn Quang Thái (2003). *Nghiên cứu giá trị một số phương pháp chẩn đoán và kết quả sống 5 năm sau điều trị phẫu thuật ung thư đại tràng.* Luận án tiến sĩ.
- Nagano. I, et al (2014). A case of advanced sigmoid colon cancer with metastases in the liver and the paraaortic lymph nodes successfully treated with 5-FU/LV and FOLFOX4 followed by S-1 leading to long-term complete response. *Gan To Kagaku Ryoho.* **41**(1), p. 113-6.

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1) Mô tả đặc điểm hình ảnh CLVT một số di căn thường gặp của ung thư đại tràng, 2) Đánh giá vai trò của CLVT trong theo dõi UTĐT được điều trị hóa chất sau phẫu thuật.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả so sánh 40 BN UTĐT được phẫu thuật và điều trị hóa chất, được chụp CLVTOB định kỳ trong quá trình điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Kết quả: Di căn thường gặp của UTĐT là di căn hạch và di căn xa. Di căn hạch gặp 17,5%, phân bố vị trí chủ yếu vị trí hạch trung tâm, các hạch đều có đường kính trục ngắn ≥ 10mm. Di căn xa gặp ở các tạng gan (20%), thường gặp hình tròn, nhiều nốt với đường kính đa dạng: với 8 BN có di căn gan với 28 nốt, trong đó gặp nhiều nhất 4 BN có 5 nốt di căn gan và đều >10mm. Có 24 nốt ĐK >10mm có đặc điểm là nốt giảm tỷ trọng, sau tiêm ngấm

thuốc dạng viên; Di căn phúc mạc gặp 15%, ngoài ra còn gặp di căn buồng trứng và di căn xương. Số lượng di căn hầu hết giảm dần qua các lần kiểm tra chụp CLVTOB từ 24 BN (60%) trước điều trị, còn 20 BN (50%) sau 3CKHC và 3 BN (7,5%) sau 6CKHC; Về kích thước chỉ có 1 hạch vị trí hạch trung tâm còn tồn tại kích thước $\geq 15\text{mm}$, còn lại các kích thước của các tổn thương di căn cũng như lượng dịch ở các khoang PM cũng giảm sau các lần điều trị, giảm nhiều nhất sau 6CKHC. Tỷ trọng và tính chất ngấm thuốc: cũng có sự thay đổi hình thái khi có sự đáp ứng điều trị của hóa chất; di căn gan khi điều trị thu nhỏ kích thước $< 10\text{mm}$, đặc biệt là có đường kính $< 5\text{mm}$ thì nốt di căn trước tiêm có tỷ trọng giảm, sau tiêm ngấm thuốc đều và ngấm muộn. Nốt di căn phúc mạc cũng có 1 vài nốt khi đáp ứng điều trị tạo thành nốt có tỷ trọng vôi và không thay đổi qua các lần kiểm tra.

Kết luận: CLVT có khả năng xác định được một số di căn của UTĐT về vị trí, số lượng, kích thước, tỷ trọng và tính chất ngấm thuốc của từng loại di căn qua các lần kiểm tra định kỳ điều trị.

Từ khóa: Di căn gan, Di căn hạch, Di căn phúc mạc, Di căn buồng trứng, Di căn xương.

Người liên hệ: Văn Thị Thơ; Email: drvanthitho@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.3.2016

Ngày chấp nhận đăng: 30.4.2016