

MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH DI CĂN GAN Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG TRÊN CLVTV

Imaging characteristics of colorectal liver metastases on dynamic computed tomography

Lê Quang Khang*, Đỗ Hải Thanh Anh*, Lý Vân Anh**

SUMMARY

Background: Colorectal cancer is a common cancer that has a high morbidity and mortality rate, and the liver is the most frequent metastatic organ. Dynamic computed tomography (CT) can be used to diagnose colorectal liver metastases based on their imaging characteristics and enhancing patterns which are different from other liver lesions.

Objective: To describe the imaging characteristics of colorectal liver metastases on dynamic CT.

Methods: A cross-sectional study was conducted on 39 colorectal cancer patients with pathologically proven liver metastases. All patients underwent triphasic CT. Other lesions sharing similar imaging characteristics were considered metastases. Patient demographic and CT findings were documented

Results: 39 patients and 92 lesions were included in the analysis. Liver metastases can be solitary (48.7%) or multiple (51.3%). Most of them are located in the right lobe (62%) more than the left lobe. Lesions less than 5 cm have the highest rate (80.5%). Liver metastases are often well-defined (54.4%) with non-lobulated borders (58.7%). Calcification is rare (5.4%). Compared to the surrounding liver parenchyma, colorectal liver metastases have a lower density in the pre-contrast phase (89.3%), and are also less enhanced in arterial and venous phases (93.5% and 98.9% gradually). Contrast-enhanced lesions are usually heterogeneously (91.3%). Rim enhancement at the peripheral area is often observed (78.2%). Of 51 lesions, it appears on both arterial and venous phases (55.4%). Central necrosis is about 41.3% of the total lesions and dominantly appears in lesions larger than 3 cm.

Conclusions: Imaging characteristics of the colorectal liver metastases mostly observed are the thin rim enhancement at the peripheral area, low density in the pre-contrast phase, less enhancement than the normal surrounding liver parenchyma on both arterial and venous phases, central necrosis in the large lesions, and heterogeneously enhanced pattern.

Keywords: colorectal liver metastases, dynamic CT, imaging characteristics.

* Bộ môn Chẩn đoán hình ảnh, Đại học Y dược TP.HCM

** Học viên cao học bộ môn CDHA Đại học Y dược TP.HCM

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là một loại ung thư phổ biến và có xu hướng gia tăng ở các nước phát triển và độ tuổi mắc bệnh ngày càng trẻ hóa[1]. Theo Globocan năm 2020, ung thư đại trực tràng đứng thứ ba về số ca mắc mới và số ca tử vong đứng thứ hai trong các loại ung thư. Gan là cơ quan di căn thường gặp nhất trong ung thư đại trực tràng do có hệ tuần hoàn cửa nhận máu từ đường tiêu hóa. Tỷ lệ sống 5 năm của bệnh nhân ung thư đại trực tràng dao động từ 90% ở giai đoạn ung thư tại chỗ đến 14% trong giai đoạn di căn xa[2]. Vì vậy, việc phát hiện sớm di căn gan rất quan trọng trong tiên lượng và điều trị.

Trong các phương tiện hình ảnh học thông dụng để khảo sát di căn gan, chụp cắt lớp vi tính phổ biến nhất, với độ nhạy là 87% và độ đặc hiệu là 95%[3]. Cắt lớp vi tính động học giúp chẩn đoán dựa vào đặc điểm hình ảnh và tính chất bắt thuốc của tổn thương di căn gan. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để mô tả đặc điểm hình ảnh chụp cắt lớp vi tính động học của di căn gan ở bệnh nhân ung thư đại trực tràng.

II. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu trên 39 bệnh nhân ung thư đại trực tràng có kết quả giải phẫu bệnh chẩn đoán di căn gan tại bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh và bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2016 đến tháng 11/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân đồng thời thỏa mãn ba điều kiện:

- Được chẩn đoán xác định ung thư đại trực tràng có kết quả giải phẫu bệnh qua sinh thiết hoặc phẫu thuật.
- Có tổn thương gan được xác định là di căn từ ung thư đại trực tràng qua kết quả giải phẫu bệnh từ phẫu thuật hoặc sinh thiết gan.
- Có hình chụp cắt lớp vi tính theo đúng kỹ thuật chụp khảo sát

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân đã được hóa trị và/hoặc điều trị tổn thương di căn gan trước khi chụp cắt lớp vi tính (hủy u bằng sóng cao tần, tiêm cồn qua da, nút mạch hóa chất).

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1 Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành theo thiết kế mô tả loạt ca.

2.2. Kỹ thuật chụp cắt lớp vi tính

- Hệ thống máy MDCT 64 và 128 dãy đầu dò (Somatoma Definition – Siemens).
- Thuốc tương phản được sử dụng là thuốc cản quang dẫn xuất từ Iodine không ion hóa với nồng độ tương đương 300 mg Iod/ml, tốc độ tiêm 3 ml/giây, liều 1,5 ml/kg, hệ thống bơm tự động 20G.
- Quy trình chụp động học:
 - o Thì không thuốc được khảo sát từ vòm hoành đến bờ dưới gan, trước tiêm thuốc cản quang đường tĩnh mạch.
 - o Thì động mạch được khảo sát từ vòm hoành đến bờ dưới gan, bắt đầu chụp sau khi bắt đầu bơm thuốc cản quang tĩnh mạch khoảng 35 – 40 giây.
 - o Thì tĩnh mạch được khảo sát từ vòm hoành đến đáy chậu, bắt đầu chụp sau khi bắt đầu bơm thuốc cản quang tĩnh mạch khoảng 60 – 70 giây.

3. Biến số nghiên cứu

Về đặc điểm chung của bệnh nhân, chúng tôi thu thập tuổi và giới của bệnh nhân.

Về đặc điểm hình ảnh, chúng tôi khảo sát các đặc điểm như số lượng, vị trí (gan trái, gan phải, cả 2 bên), kích thước (đường kính ngang lớn nhất trên mặt phẳng cắt ngang), giới hạn tổn thương (rõ hay không rõ), đường bờ (đều hay không đều), đậm độ tổn thương trên phim không thuốc so với nhu mô gan kề cận, mức độ bắt thuốc của tổn thương ở thì động mạch và tĩnh mạch so với nhu mô gan xung quanh, tính chất bắt thuốc (đều hay không đều), vôi hóa, hoại tử trung tâm, gan nhiễm mỡ.

4. Phương pháp thống kê

Phân tích mối liên quan giữa các đặc điểm hình ảnh bằng phép kiểm Chi bình phương hoặc phép kiểm chính xác Fisher. Khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê nếu $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu thu được 39 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 59,5 ± 10,8 tuổi, thấp nhất là 26 tuổi và cao nhất là 80 tuổi. Tỷ lệ mắc ung thư đại trực tràng di căn gan ở nam cao hơn nữ, nghiên cứu chúng tôi có 27 nam và 12 nữ, tỉ lệ nam/nữ khoảng 2,3/1.

Số lượng tổn thương là 92. Di căn gan có thể đơn độc hay nhiều ổ. Số tổn thương trên bệnh nhân đa ổ từ 2 đến 17 tổn thương. Phần lớn các tổn thương di căn gan ở gan phải nhiều hơn gan trái (p = 0,001, phép kiểm Fisher). (Bảng 1)

Bảng 1. Vị trí theo số lượng di căn gan trên từng bệnh nhân

	Di căn đơn ổ N = 19 n (%)	Di căn đa ổ N = 20 n (%)	p
Gan phải	13 (68,4)	6 (30)	0,001
Gan trái	6 (31,6)	4 (20)	
Cả hai bên	0 (0)	10 (50)	

Ở các bệnh nhân có đa tổn thương 50% u di căn nằm cả hai bên gan. Tổn thương có đường kính trung vị là 3 (1,9 – 4,6), nhỏ nhất là 0,8 cm và lớn nhất là 17,7 cm. Tổn thương nhỏ hơn 5 cm tỉ lệ cao nhất (80,5%). Giới hạn tổn thương thường không rõ (54,4%), đường bờ không đều (48,9%). Ít quan sát thấy đóng vôi bên trong tổn thương (5,4%).

So với nhu mô gan xung quanh, đậm độ của tổn thương trên phim không thuốc thường thấp (77,2%), bắt thuốc kém hơn ở cả thì động mạch và thì tĩnh mạch (lần lượt là 93,5% và 98,9%). Tổn thương thường bắt thuốc không đồng nhất (91,3%). Đặc điểm viền bắt thuốc mạnh ở ngoại vi u thường gặp (80,4%).

Đặc điểm hoại tử trung tâm có xu hướng xuất hiện nhiều ở các tổn thương lớn > 3 cm. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa kích thước tổn thương và đặc điểm hoại tử trung tâm với p < 0,001 (phép kiểm Fisher). (Bảng 2)

Bảng 2. Phân bố đặc điểm hoại tử trung tâm theo kích thước khối u

Kích thước	Có hoại tử N = 38 n (%)	Không hoại tử N = 54 n (%)	N (%)	p
≤ 1 cm	0 (0)	3 (100)	3	< 0,001
1 – 3 cm	8 (17,8)	37 (82,2)	45	
3 – 5 cm	13 (50)	13 (50)	26	
> 5 cm	17 (94,4)	1 (5,6)	18	
Tổng	38 (41,3)	54 (58,7)	92	

Trong nghiên cứu, chúng tôi khảo sát được có 3 tổn thương trên nền gan nhiễm mỡ. Trên phim không thuốc, các tổn thương này có đậm độ bằng hoặc cao hơn so với nhu mô gan xung quanh. Sau khi tiêm thuốc cản quang, 2 tổn thương bắt thuốc bằng với nhu mô gan thì động mạch và kém ở thì tĩnh mạch, 1 tổn thương bắt thuốc mạnh ở cả hai thì động mạch và tĩnh mạch.

IV. BÀN LUẬN

Mẫu nghiên cứu của chúng tôi bao gồm 39 bệnh nhân với tuổi trung bình là 59,5, đặc biệt, trường hợp nhỏ tuổi nhất chỉ 26 tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số trường hợp từ 41 đến 60 tuổi và trên 60 tuổi gần bằng nhau, với tỉ lệ lần lượt là 46,2% và 48,7%, cho thấy có sự trẻ hóa trong độ tuổi bị ung thư đại trực tràng di căn gan. Tỷ lệ nam/nữ là 2,3/1 tương đồng so với nghiên cứu của Nagakura S[4] và Chang HH[6].

Vị trí di căn gan thường gặp ở gan phải hơn gan trái, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Kadiyoran C[7]. Tuy nhiên, ở trên bệnh nhân có di căn gan đa ổ, tổn thương có xu hướng nằm ở cả hai bên gan.

Kích thước tổn thương có độ biến thiên lớn trong nghiên cứu của chúng tôi, từ 0,8 cm đến 17,7 cm, và nhóm u kích thước dưới 5 cm chiếm đa số, trong đó u kích thước từ 1 – 3cm chiếm nhiều nhất. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Bùi Đức Hải[8], Nguyễn Phước Bảo Quân[9], Nagakura[4] cho thấy nhóm u có kích thước nhỏ thường xu hướng trội hơn so với u có kích thước to.

Về giới hạn của tổn thương, chúng tôi chọn đánh giá đặc điểm giới hạn tổn thương di căn gan trên hình của thì quan sát được tổn thương rõ nhất. Kết quả của nghiên cứu chúng tôi cho thấy u có giới hạn không rõ nhiều hơn. Giả thuyết được nêu ra rằng có sự liên quan giữa kiểu hình phát triển trên giải phẫu bệnh học và tính chất giới hạn của tổn thương di căn gan[10]. Ba kiểu hình phát triển bao gồm loại thâm nhiễm (infiltrative), loại đẩy (pushing) và loại tạo mô sợi (desmoplastic). Tuy nhiên, hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi là không thể thu thập được thông tin trong kết quả giải phẫu bệnh nói đến tính chất, thành phần mô ở vùng ranh giới giữa u và nhu mô gan bình thường nên không thể khảo sát được sự liên quan giữa mô học và hình ảnh học của giới hạn tổn thương.

Các tổn thương di căn có đường bờ không đều nhiều hơn. Còn trong nghiên cứu của Nagakura S[4], u bờ đa cung chiếm 57,6%. Sự khác biệt giữa hai nghiên cứu có thể do tác giả Nagakura S chỉ đưa những tổn thương lớn nhất trên từng bệnh nhân vào mẫu nghiên cứu. U bờ đa cung thường có kích thước lớn hơn và nhiều tổn thương vệ tinh hơn. Hình ảnh đường bờ đa cung có thể được tạo ra do những tổn thương vệ tinh xung quanh to lên và sát nhập vào khối u chính, hoặc có thể do bản thân khối u phát triển không đều[4]

Những tổn thương di căn trong nghiên cứu của chúng tôi hầu hết đậm độ thấp so với nhu mô gan xung quanh trên phim không thuốc (77,2%). Nghiên cứu của tác giả Bùi Đức Hải cũng cho thấy tổn thương đậm độ thấp chiếm tỉ lệ cao nhất (66,1%). Tuy nhiên, có sự khác biệt về tỉ lệ phần trăm, nguyên nhân có thể do các tổn thương di căn gan trong nghiên cứu của tác giả Bùi Đức Hải bản chất đa dạng do từ nhiều nguồn u nguyên phát khác nhau. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ bao gồm u di căn gan từ ung thư đại trực tràng.

Viền bắt thuốc được định nghĩa là viền ở ngoại vi tổn thương, bắt thuốc mạnh so với mô u bên trong và nhu mô gan xung quanh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, viền bắt thuốc xuất hiện với tỉ lệ cao (78,3%). Kết quả tương tự với tác giả Nino–Murcia[11], Nguyễn Phước Bảo Quân[9]. Tuy nhiên đặc điểm thay đổi động học của viền bắt thuốc, có sự khác nhau giữa các nghiên cứu. Chúng tôi quan sát thấy 47/92 tổn thương có viền

bắt thuốc mạnh kéo dài đến thì tĩnh mạch. Kết quả này phù hợp với nhận xét của tác giả Bùi Đức Hải[8], nhưng không tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Phước Bảo Quân[9]. Chúng tôi chưa tìm thấy nghiên cứu liên quan đến vấn đề này. Giả thuyết được đặt ra có thể do sự khác biệt về thành phần mô ở ngoại vi khối u, ngoài những vi mạch nằm ở vùng rìa, có thể có những mô xơ ở quanh u bắt thuốc chậm tạo hình ảnh viền tăng đậm độ ở thì tĩnh mạch.

Mức độ bắt thuốc của mô u đa số thường kém ở cả hai thì động mạch và tĩnh mạch. Đặc điểm bắt thuốc kém ở động mạch cho thấy mô u nhận được ít chất cản quang hơn nhu mô gan xung quanh, vì vậy đây là những tổn thương di căn gan nghèo mạch máu nuôi hơn nhu mô gan. Đến thì tĩnh mạch, nhu mô gan bắt thuốc mạnh nhất, làm tăng độ tương phản với mô u, giúp khảo sát khối di căn dễ dàng hơn. Nhận xét này thể hiện qua việc có 5 tổn thương khó quan sát thấy trên thì động mạch do bắt thuốc tương đương, đồng đậm độ với nhu mô gan xung quanh, nhưng dễ dàng quan sát được ở thì tĩnh mạch, tổn thương dễ nhận diện hơn do bắt thuốc kém hơn nhu mô gan.

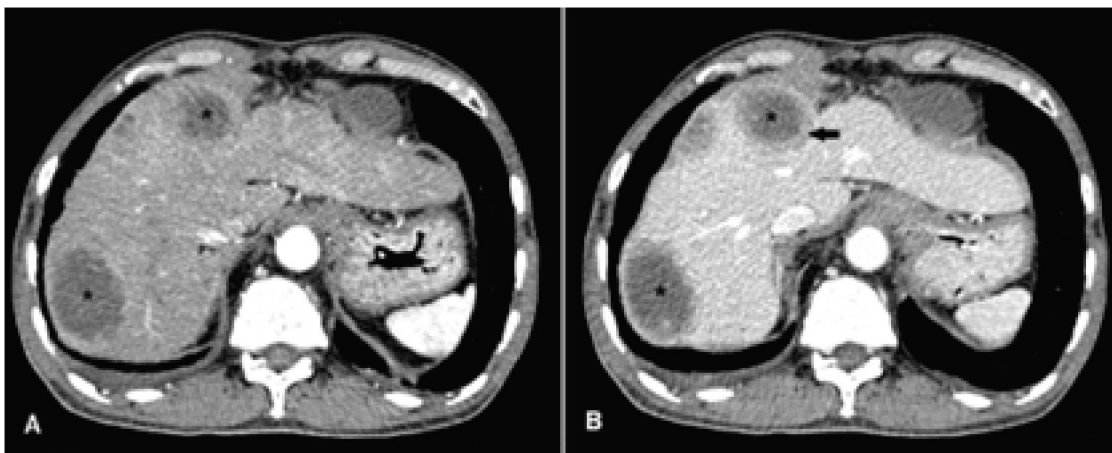
Tính chất bắt thuốc đều hay không đều bị ảnh hưởng bởi nhiều đặc điểm hình ảnh khác. Tổn thương được xem là bắt thuốc đồng nhất khi mọi vị trí của u đều có đậm độ ngang bằng nhau. Vì vậy những khối u có hoại tử, vôi hóa, bắt thuốc viền đều thuộc nhóm tổn thương bắt thuốc không đồng nhất. Chúng tôi ghi nhận chỉ có 8 trên 92 tổn thương (8,7%) bắt thuốc đồng nhất, kích thước tổn thương từ 0,8 đến 2,9 cm. Kết quả tương tự với nghiên cứu của tác giả Bùi Đức Hải.

Theo y văn và các nghiên cứu trước đây, hoại tử là biểu hiện thường gặp ở u di căn từ đại trực tràng, đặc biệt những u có kích thước lớn. Tuy nhiên, tỉ lệ phần trăm tổn thương có hình ảnh này ở các nghiên cứu chênh lệch khá nhiều. Số lượng tổn thương hoại tử trung tâm trong nghiên cứu của chúng tôi là 38, chiếm 41,3%. Tỉ lệ này khá thấp so với tỉ lệ trong nghiên cứu của Wong NA[12] là 82%. Ngược lại, trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Phước Bảo Quân[9], đặc điểm này chỉ hiện diện ở 3,77% tổng số trường hợp ung thư gan thứ phát. Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối liên quan giữa kích thước và hoại tử bên trong u, ở các nhóm u kích thước càng lớn, tần suất xuất hiện của đặc điểm

này càng nhiều. Kết quả của chúng tôi phù hợp với các y văn và nghiên cứu trước, hoại tử thường xảy ra ở các tổn thương có kích thước lớn do phần trung tâm không đủ máu nuôi. Ngược lại, tổn thương nhỏ, thường sẽ bắt thuốc đồng nhất do không có hoại tử trung tâm.

Hiện tượng đóng vôi thường ít gặp trong các tổn thương di căn gan trước điều trị. Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận 3 bệnh nhân (7,7%) có 5 tổn thương

có vôi hóa, kích thước tổn thương từ 1,3 cm đến 9,4 cm. Nghiên cứu của tác giả Hale HL[13] trên 265 bệnh nhân cho thấy tỉ lệ bệnh nhân có tổn thương vôi hóa là 11%, có kích thước từ 2 đến 11 cm. Sự khác biệt về tỉ lệ có thể do số mẫu bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi ít hơn nhiều so với tác giả Hale HL[13] (39 so với 265). Nhưng cả hai nghiên cứu đều cho thấy hiện tượng vôi hóa không phụ thuộc vào kích thước tổn thương.



Hình 1. Đặc điểm hoại tử trung tâm (dấu sao)

Phần hoại tử trung tâm (dấu sao) không bắt thuốc trên hai thì động mạch (hình A) và tĩnh mạch (hình B). Ở thì tĩnh mạch (hình B), vùng mô u còn sống bắt thuốc kém (mũi tên) có thể quan sát rõ hơn do mô gan bình thường bắt thuốc nhiều hơn làm tăng độ tương phản

Chúng tôi khảo sát được 3 tổn thương trên nền gan nhiễm mỡ. Các tổn thương này có đậm độ bằng hoặc cao hơn so với nhu mô gan xung quanh và bắt thuốc tương đương hoặc nhiều hơn ở cả thì động mạch và tĩnh mạch. Nghiên cứu của tác giả Nakai H[14] so sánh đặc điểm hình ảnh di căn gan giữa hai nhóm được chẩn đoán và bị bỏ sót cho thấy gan nhiễm mỡ là một trong các đặc điểm gây bỏ sót chẩn đoán. Nguyên nhân làm khó nhận diện tổn thương di căn gan là do không đủ độ

tương phản giữa tổn thương và nhu mô gan xung quanh. Tuy nhiên do ít tổn thương trên nền gan nhiễm mỡ trong mẫu nghiên cứu, nên kết quả của chúng tôi không thể đại diện cho nhóm này được.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm hình ảnh thường gặp của di căn gan từ ung thư đại trực tràng là viền bắt thuốc mạnh ở ngoại vi tổn thương hầu hết hiện diện ở cả hai thì động mạch và tĩnh mạch, đậm độ kém trên phim không thuốc, bắt thuốc kém so với nhu mô gan ở thì động mạch và tĩnh mạch, thường có đặc điểm hoại tử trung tâm ở tổn thương kích thước từ 5 cm trở lên, bắt thuốc không đồng nhất và hiếm gặp đặc điểm đóng vôi ở các tổn thương này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, *et al* (2021). Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: a cancer journal for clinicians*. 71(3):209-249
2. Siegel RL, Miller KD, Goding Sauer A, Fedewa SA, *et al* (2020). Colorectal cancer statistics, 2020. *CA: a cancer journal for clinicians*. 70(3):145-164
3. Tsili AC, Alexiou G, Naka C, Argyropoulou MI (2021). Imaging of colorectal cancer liver metastases using contrast-enhanced US, multidetector CT, MRI, and FDG PET/CT: a meta-analysis. *Acta radiologica (Stockholm, Sweden : 1987)*. 62(3):302-312
4. Nagakura S, Shirai Y, Hatakeyama K (2001). Computed tomographic features of colorectal carcinoma liver metastases predict posthepatectomy patient survival. *Diseases of the colon and rectum*. 44(8):1148-1154
5. Wigmore SJ, Madhavan K, Redhead DN, Currie EJ, *et al* (2000). Distribution of colorectal liver metastases in patients referred for hepatic resection. *Cancer*. 89(2):285-287
6. Chang HH, Leeper WR, Chan G, Quan D, *et al* (2012). Infarct-like necrosis: a distinct form of necrosis seen in colorectal carcinoma liver metastases treated with perioperative chemotherapy. *The American journal of surgical pathology*. 36(4):570-576
7. Kadiyoran C, Cizmecioglu HA, Cure E, Yildirim MA, *et al* (2019). Liver metastasis in colorectal cancer: evaluation of segmental distribution. *Przegląd gastroenterologiczny*. 14(3):188-192
8. Bùi Đức Hải (2013). Nghiên cứu hình ảnh chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán ung thư gan thứ phát. *Y học thực hành*. 161-162
9. Nguyễn Phước Bảo Quân (2010). *Nghiên cứu* đặc điểm hình ảnh và giá trị của cắt lớp vi tính vòng xoắn 3 thì trong chẩn đoán một số ung thư gan thường gặp. Đại học Y Hà Nội.
10. Paulatto L, Dioguardi Burgio M, Sartoris R, Beaufrère A, *et al* (2020). Colorectal liver metastases: radiopathological correlation. *Insights into imaging*. 11(1):99
11. Nino-Murcia M, Olcott EW, Jeffrey RB, Jr., Lamm RL, *et al* (2000). Focal liver lesions: pattern-based classification scheme for enhancement at arterial phase CT. *Radiology*. 215(3):746-751
12. Wong NA, Neville LP (2007). Specificity of intra-acinar necrosis as a marker of colorectal liver metastasis. *Histopathology*. 51(5):725-727
13. Hale HL, Husband JE, Gossios K, Norman AR, *et al* (1998). CT of calcified liver metastases in colorectal carcinoma. *Clinical radiology*. 53(10):735-741
14. Nakai H, Arizono S, Isoda H, Togashi K (2019). Imaging Characteristics of Liver Metastases Overlooked at Contrast-Enhanced CT. *AJR American journal of roentgenology*. 212(4):782-787

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư đại trực tràng là một loại ung thư phổ biến, có tỉ lệ mắc và tử vong cao và gan là cơ quan di căn thường gặp nhất. Cắt lớp vi tính động học giúp chẩn đoán dựa vào đặc điểm hình ảnh và tính chất bắt thuốc của tổn thương di căn.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh chụp cắt lớp vi tính động học của di căn gan ở bệnh nhân ung thư đại trực tràng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 39 bệnh nhân ung thư đại trực tràng di căn gan được chụp cắt lớp vi tính đủ 3 thì và có kết quả giải phẫu bệnh di căn gan. Từ kết quả giải phẫu bệnh xác định các tổn thương di căn gan và các tổn thương có đặc điểm hình ảnh học tương tự để đưa vào mẫu, Mô tả các đặc điểm hình ảnh quan sát được trên cắt lớp vi tính động học của các tổn thương trên.

Kết quả: 39 bệnh nhân có tổng cộng 92 tổn thương. Di căn gan có thể đơn độc (48,7%) hay nhiều ổ (51,3%). Phần lớn các tổn thương di căn gan ở gan phải nhiều hơn gan trái (62%). Tổn thương nhỏ hơn 5 cm tỉ lệ cao nhất (80,5%). Giới hạn tổn thương thường rõ (54,4%), đường bờ đều (58,7%). Ít quan sát thấy đóng vôi bên trong tổn thương (5,4%). So với nhu mô gan xung quanh, đậm độ của tổn thương trên phim không thuốc thường thấp (89,3%), bắt thuốc kém hơn ở cả thì động mạch và thì tĩnh mạch (lần lượt là 93,5% và 98,9%). Tổn thương thường bắt thuốc không đồng nhất (91,3%). Đặc điểm viền bắt thuốc mạnh ở ngoại vi u thường gặp (78,2%), viền bắt thuốc kéo dài đến thì tĩnh mạch ở 51 tổn thương (55,4%). Đặc điểm hoại tử trung tâm gặp khoảng 41,3% số u, có xu hướng xuất hiện nhiều ở các tổn thương lớn hơn 3 cm.

Kết luận: Đặc điểm hình ảnh thường gặp của di căn gan từ ung thư đại trực tràng là viền mỏng bắt thuốc mạnh ở ngoại vi tổn thương, đậm độ kém trên phim không thuốc, bắt thuốc kém so với nhu mô gan ở thì động mạch và tĩnh mạch, có hoại tử trung tâm ở tổn thương kích thước lớn, bắt thuốc không đồng nhất.

Từ khóa: ung thư đại trực tràng di căn gan, cắt lớp vi tính động học, đặc điểm hình ảnh.

Người liên hệ: Lê Quang Khang. Email: khanglequang@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 17/04/2023. Ngày nhận phản biện: 20/04/2023. Ngày chấp nhận đăng: 03/08/2023