

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH VÀ GIÁ TRỊ CỦA SIÊU ÂM, CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH VÀ CỘNG HƯỞNG TỪ TRONG CHẨN ĐOÁN U VÙNG ĐẦU TỤY

BÙI QUANG HUYNH, TRẦN CÔNG HOAN, NGUYỄN DUY HUẾ
Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu mô tả 111 bệnh nhân u vùng đầu tụy được siêu âm, CLVT và CHT tại bệnh viện Việt Đức từ 2/1/2009 đến 15/1/2010 nhằm xác định đặc điểm hình ảnh và giá trị chẩn đoán của các phương pháp.

Kết quả: tỷ lệ nam/nữ là 2,7/1, hay gặp nhất > 50 tuổi (66,6%). Các khối u vùng đầu tụy chủ yếu là giảm âm (64%), giảm hoặc đồng tỷ trọng trước tiêm (66,6%), ngấm thuốc không đều sau tiêm ở thì động mạch (85,8%). Siêu âm trong chẩn đoán khối u vùng đầu tụy có Sn 84,1%; Sp 75%; Acc 83,8%. CLVT có Sn 89,6%; Sp 66,7%; Acc 88,9%. CLVT có giá trị trong chẩn đoán hạch ổ bụng với Sn 52,4%, Sp 98,2%; xâm lấn mạch máu: Sn 82,9%, Sp 92,2%; xâm lấn tạng lân cận: Sn 75,8%, Sp 83,8%. CLVT xác định được 7,1% các trường hợp có di căn xa.

Từ khóa: u vùng đầu tụy, siêu âm.

SUMMARY

In order to study the imaging characteristics and evaluate the diagnostic roles of each imaging method in pancreatic tumors, we have 111 patients examined by ultrasound, CT Scanner and MRI from 2/1/2009 to 15/1/2010 in Vietduc hospital.

Results: M/F proportion is 2.7/1; 74/111 patients are over 50 years old (66.6%). The tumors are hypoechogenic (64%), hypo and isodense (66.6%), heterogenous enhancement in the arterial phase (85.8%). Ultrasound in tumor diagnosis: 84.1%; Sp 75%; Acc 83.8%. CT-Scanner is not only a valuable method in tumor detection with Sn 89.6%; Sp 66.7%; Acc 88.9% but also in the diagnosis of lymph nodes with: Sn 52.4%, Sp 98.2%; in vascular invasion: Sn 82.9%, Sp 92.2%; in regional invasion: Sn 75.8%, Sp 83.8%. Otherwise, 7.1% distant metastasis was detected by CT-Scanner.

Keywords: pancreatic tumors, CT Scanner.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tụy có tỷ lệ đứng thứ 13 trong các loại ung thư ở người. Tử vong đứng hàng thứ 8 trên toàn thế giới và đứng thứ 4 ở các nước đang phát triển. Ở châu Âu, số tử vong trung bình hàng năm vào khoảng 5-10 trên 100.000 dân. Bệnh có xu hướng gia tăng ở tất cả các nước từ năm 1950 đến cuối những năm 1980 đối với nam giới và những năm 1990 với nữ giới. Yếu tố nguy cơ hàng đầu là những người nghiện thuốc lá. Nhờ có những tiến bộ không ngừng về công nghệ nói chung và CEHA nói riêng, cho phép phát hiện sớm các khối u có kích thước nhỏ (<2cm) và có tiên lượng tốt hơn những khối u phát hiện muộn ở giai đoạn tiến triển. Tuy nhiên để có thể thay đổi được đường cong tử vong của bệnh, vẫn có nhiều khó khăn về mặt chẩn đoán và chiến lược điều trị. Một phần là do vấn đề về lâm sàng và dịch tễ học trong việc lựa chọn bệnh nhân cần theo dõi, mặt khác là về mặt hình ảnh chẩn đoán phân biệt giữa các

khối u tụy với các bất thường khác không phải khối u. Những bệnh nhân có yếu tố về di truyền hoặc đột biến gen chưa xác định chiếm khoảng 10% các bệnh nhân ung thư tụy cần phải được theo dõi thường xuyên. Ngược lại, tần suất mắc bệnh ở phần còn lại của dân số nói chung thấp, khó khăn trong chẩn đoán và theo dõi. Việc nghiên cứu các dấu hiệu lâm sàng có liên quan đến u tụy, các men tụy, cũng như kháng nguyên CA 19-9 không phải hoàn toàn đặc hiệu và vì vậy ít có giá trị để phòng ngừa. Tuy nhiên chúng rất có giá trị chẩn đoán đối với các bệnh nhân có triệu chứng và nghi ngờ. Vai trò thứ hai của chẩn đoán hình ảnh đó là thiết lập các tiêu chuẩn đặc trưng cho khả năng cắt bỏ được của khối u. Với mục đích này, cần phải có chiến lược chẩn đoán dựa vào khả năng tốt nhất của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh: siêu âm, CLVT, CHT và PET. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm mục đích nghiên cứu các đặc điểm hình ảnh và đánh giá vai trò của các phương pháp siêu âm, CLVT và cộng hưởng từ trong chẩn đoán u vùng đầu tụy.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Những bệnh nhân được lâm sàng chẩn đoán u vùng đầu tụy được siêu âm, CLVT, CHT và được phẫu thuật tại bệnh viện Việt Đức từ 2/1/2009 đến 15/1/2010. Tất cả 111 bệnh nhân đều được làm siêu âm bụng, trong đó 99 trường hợp được chụp CLVT, 19 trường hợp được chụp CHT.

Phương pháp nghiên cứu hồi cứu mô tả.

Số liệu thu được được xử lý theo phương pháp thống kê y học với phần mềm SPSS 13.0

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Nam giới chiếm 73%, nữ giới 27%, tỷ lệ nam/nữ = 2,7/1. Theo nhiều nghiên cứu, ung thư tụy hay gặp nhất ở độ tuổi 60-70. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi thấp nhất là 26, cao nhất là 89; trong đó chủ yếu ở lứa tuổi >30 (96,4%), độ tuổi > 50 chiếm 66,6%, > 60 tuổi chiếm 41,4%.

1. Đặc điểm lâm sàng

- Dấu hiệu đau bụng gặp trong 69,4% (77/111), vàng da 61,3% (68/111), gầy sút cân 24,3%(27/111).

2. Xét nghiệm

- Xét nghiệm CA 19-9 tăng trong 45 trường hợp chiếm 40,5%; tăng bilirubin máu chiếm 53,%; xét nghiệm men gan tăng trong 35,1%.

3. Vị trí và kích thước tổn thương

- Vị trí tổn thương: Khối khu trú ở đầu tụy gặp trong 76,6% các trường hợp; tổn thương cả đầu và thân tụy gặp 8,1%; tổn thương toàn bộ tụy gặp 13,5%.

- Kích thước tổn thương: có tới 96/111 bệnh nhân có khối u kích thước >3cm chiếm tỷ lệ 86,5%; 40/111 (36%) trường hợp có khối u > 5cm. Như vậy có thể

thấy, tổn thương khi được phát hiện thường là muộn và có kích thước lớn.

4. Đặc điểm hình ảnh của siêu âm

- 87/111 trường hợp có giãn ống mật chủ chiếm 78,4%, giãn ống tụy chiếm 52,3% (58/111).

- Cấu trúc âm: 71 trường hợp có cấu trúc giảm âm (64%), 2 cấu trúc đồng âm (1,8%), 4 cấu trúc tăng âm (3,6%), 14 cấu trúc hỗn hợp âm (12,6%), 2 trường hợp cấu trúc dạng nang (1,8%). 10 trường hợp có vôi hóa trên siêu âm (9%).

5. Đặc điểm hình ảnh của cắt lớp vi tính

- 85/99 trường hợp có giãn ống mật chủ chiếm 85,8%, giãn ống tụy chiếm 69,7% (69/99).

- Tỷ trọng trước tiêm: 32 trường hợp có tỷ trọng giảm (32,3%), 34 trường hợp đồng tỷ trọng (34,3%), 3 trường hợp có tỷ trọng tăng (3%), 24 trường hợp có tỷ trọng hỗn hợp (24,2%), 4 trường hợp cấu trúc dạng nang (4%). 9 trường hợp có vôi hóa trên CLVT (9,1%).

- Mức độ ngấm thuốc: 20,2% trường hợp không ngấm thuốc; 40,4 % ngấm thuốc ít; 26,3% ngấm thuốc mạnh.

- Hình thái ngấm thuốc: ngấm đều 36,4%; ngấm không đều 51,5%; ngấm dạng viên 3%. 85,8% các trường hợp ngấm thuốc ở thì động mạch.

6. Đặc điểm hình ảnh của cộng hưởng từ

- 18/19 trường hợp có giãn ống mật chủ chiếm 94,7%, giãn ống tụy chiếm 52,6% (10/19).

- Tín hiệu: 64,8% tổ chức đặc (13/19), 33,3% dạng nang (3/19); 5,3% hỗn hợp dịch-đặc (1/19).

7. Giá trị của siêu âm trong chẩn đoán u vùng đầu tụy đối chiếu với phẫu thuật

Phẫu thuật \ Siêu âm	Có u	Không có u	Tổng
Có u	90	1	91
Không có u	17	3	20
Tổng	107	4	111

Giá trị của siêu âm trong chẩn đoán khối u vùng đầu tụy: độ nhạy (Sn) 84,1%; độ đặc hiệu (Sp) 75%; giá trị dự báo dương tính (PPV) 98,9%; độ chính xác (Acc) 83,8%.

Trong số 17 trường hợp siêu âm không phát hiện được khối u chủ yếu là do bụng chướng hơi nên hạn chế thăm khám vùng tụy, một số trường hợp chỉ phát hiện được có giãn ống mật chủ.

8. Giá trị của CLVT trong chẩn đoán u vùng đầu tụy đối chiếu với phẫu thuật

Phẫu thuật \ CLVT	Có u	Không có u	Tổng
Có u	86	1	87
Không có u	10	2	12
Tổng	96	3	99

Giá trị của của CLVT trong chẩn đoán khối u vùng đầu tụy: độ nhạy (Sn) 89,6%; độ đặc hiệu (Sp) 66,7%; giá trị dự báo dương tính (PPV) 98,9%; độ chính xác (Acc) 88,9%.

Mặc dù có giá trị chẩn đoán cao hơn so với siêu âm tụy nhiên có 10 trường hợp không phát hiện được khối đầu tụy trên CLVT do hạn chế của độ dày lớp cắt nên

không phát hiện được các u kích thước nhỏ hoặc thể thâm nhiễm.

9. Siêu âm phát hiện hạch ổ bụng

Siêu âm phát hiện có hạch ổ bụng trong 10/111 trường hợp (9%).

Phẫu thuật \ Siêu âm	Có hạch	Không có hạch	Tổng
Có hạch	8	2	10
Không có hạch	33	68	101
Tổng	41	70	111

Giá trị của của siêu âm trong phát hiện hạch ổ bụng: độ nhạy (Sn) 19,5%; độ đặc hiệu (Sp) 97,1%; giá trị dự báo dương tính (PPV) 80%; độ chính xác (Acc) 68,5%.

10. Siêu âm phát hiện xâm lấn các tạng và mạch máu

Giá trị của siêu âm hạn chế trong chẩn đoán xâm lấn tạng lân cận. Siêu âm chỉ phát hiện được 8 trường hợp (7,2%) có xâm lấn mạch máu, 7 trường hợp có xâm lấn tá tràng (6,3%).

11. CLVT phát hiện hạch ổ bụng

Phẫu thuật \ CLVT	Có hạch	Không có hạch	Tổng
Có hạch	22	1	23
Không có hạch	20	56	76
Tổng	42	57	99

Giá trị của CLVT trong phát hiện hạch ổ bụng: độ nhạy (Sn) 52,4%; độ đặc hiệu (Sp) 98,2%; giá trị dự báo dương tính (PPV) 95,6%; giá trị dự báo âm tính (NPV) 73,7%; độ chính xác (Acc) 78,8%.

12. CLVT phát hiện xâm lấn mạch máu

Xâm lấn mạch trên CLVT gặp nhiều nhất là tĩnh mạch mạc treo tràng trên (12,1%), hội lưu lách-cửa (7,1%) và tĩnh mạch cửa (6,1%). Động mạch thân tạng và động mạch mạc treo tràng trên có tỷ lệ như nhau (4%).

Mạch máu	Số lượng	Tỷ lệ %
Tĩnh mạch cửa	6	6,1
Hội lưu lách-cửa	7	7,1
Tĩnh mạch lách	1	1
Tĩnh mạch MTTT	12	12,1
Động mạch MTTT	4	4
Động mạch thân tạng	4	4
Tổng số	34	34,3

Giá trị của CLVT trong phát hiện xâm lấn mạch máu: độ nhạy (Sn) là 82,9%; độ đặc hiệu (Sp) 92,2%; giá trị dự báo dương tính (PPV) 85,3%; giá trị dự báo âm tính (NPV) 90,8%; độ chính xác (Acc) 88,9%.

13. CLVT phát hiện xâm lấn các tạng lân cận

Tạng hay bị xâm lấn nhất bởi khối u vùng đầu tụy là tá tràng đặc biệt là đoạn D2, chiếm 30% các trường hợp chụp CLVT, xâm lấn mạc treo đứng hàng thứ 2 với 14,1%.

Tạng	Số lượng	Tỷ lệ %
Mạc treo	14	14,1
Tá tràng	30	30
OMC	1	1
Rốn gan	5	5
Dạ dày	3	3
Tổng số	53	53,1

Giá trị của CLVT trong phát hiện xâm lấn các tạng lân cận: độ nhạy (Sn) là 75,8%; độ đặc hiệu (Sp) 83,8%; giá trị dự báo dương tính (PPV) 88,7%; giá trị dự báo âm tính (NPV) 67,4%; độ chính xác (Acc) 78,8%.

14. CLVT phát hiện di căn xa

CLVT xác định được 7 trường hợp (7,1%) có di căn xa trong đó: 3 trường hợp di căn gan, 2 di căn phúc mạc, 1 trường hợp di căn lách và 1 di căn tuyến thượng thận.

KẾT LUẬN

Các tổn thương u vùng đầu tụy chủ yếu gặp ở nam giới, lứa tuổi hay gặp nhất > 50 tuổi. Các dấu hiệu chẩn đoán trên siêu âm, CLVT và CHT ngoài các dấu hiệu gián tiếp có giá trị như giãn ống mật chủ, giãn ống tụy thì chủ yếu là các khối giảm âm (64%), giảm hoặc đồng tỷ trọng trước tiêm (66,6%), ngấm thuốc không đều sau tiêm ở thì động mạch. Siêu âm và CLVT có giá trị cao trong chẩn đoán khối vùng đầu tụy tuy nhiên việc đánh giá xâm lấn các tạng đặc biệt là mạch máu thì chủ yếu là vai trò của CLVT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chung Ellen M., Travis Mark D., Conran Richard M. (2006), Pancreatic tumors in children, Radiologic-

Pathologic Correlation. *RadioGraphics* 2006; 26:1211-1238

2. Coleman K.M., Doherty M.C., Bigler S.A. (2003), Solid-pseudopapillary Tumor of the Pancreas. *RadioGraphics* 2003; 23:1644-1648.

3. Horton Karen M., Hruban Ralph H., Yeo C. (2006), Fishman Elliot K., Multi-detector row CT of pancreatic islet cell tumors. *RadioGraphics* 2006; 26:453-464.

4. Lawler Leo P., Horton Karen M., Fishman Elliot K. (2003), Peripancreatic masses that simulate pancreatic disease: Spectrum of disease and role of CT. *RadioGraphics* 2003; 23:1117-1131

5. Jae Hoon Lim, Gina Lee, Young Lyun Oh (2001), Radiologic Spectrum of intraductal papillary mucinous tumor of the pancreas. *RadioGraphics* 2001; 21:323-340

6. Hsu-Chong Yeh, Agata Stancato-Pasik, Shapiro Robert S. (2001), Microcystic features at US: A nonspecific sign for microcystic adenomas of the Pancreas. *RadioGraphics* 2001; 21:1455-1461

7. Sahani Dushyant V., Rajgopal Kadavigere, Anuradha Saokar, Carlos Fernandez-del Castillo, Brugge William R., Hahn Peter F. (2005), Cystic Pancreatic Lesions: A simple imaging-based classification system for guiding management. *RadioGraphics* 2005; 25:1471-1484

8. Nchimi A., Brisbois D., Materne R., Magotteaux P. (2006), Cancers du pancréas exocrine. Radiodiagnostic - Appareil digestif. *EMC A-10*: 33-653.