

THÔNG BÁO LÂM SÀNG TRƯỜNG HỢP KHỐI U CƠ TRƠN Ở TRỰC TRÀNG KÍCH THƯỚC LỚN

TRINH HỒNG SƠN, QUÁCH VĂN KIÊN,
BÙI TRUNG NGHĨA, NGUYỄN THÀNH KHIÊM

ĐẶT VẤN ĐỀ

triển ở thành của ruột già, từ manh tràng tới ranh giới đường lược giữa trực tràng với ống hậu môn. Dựa vào đặc điểm mô bệnh học, UTĐTT được chia ra 3 loại: lành tính, nguy cơ ác tính, ác tính. Còn nếu dựa vào nguồn gốc biểu mô hay không biểu mô, UTĐTT được chia ra 3 nhóm lớn: U thuộc biểu mô; U không thuộc biểu mô; U thứ phát ở đại trực tràng.

U không thuộc biểu mô cũng được chia ra 3 loại: lành tính (lypomas, lypoma polyposis); nguy cơ ác tính (Carcinoid hoặc u thần kinh nội tiết; GIST; tăng sản hạch) và ác tính (Lymphomalin, leiomyosarcom...)[5].

Chính vì nhiều loại u trực tràng như vậy mà đặc điểm lâm sàng rất phong phú, ví dụ chảy máu, thủng u, chèn ép tạng lân cận, di căn xa....Điều quan trọng hơn là phải nắm bắt bản chất của u để điều trị thích hợp, mang lại cuộc sống cho người bệnh.

Chúng tôi thông báo một trường hợp dưới đây u cơ trơn trực tràng kích thước lớn chiếm toàn bộ tiểu khung gây khó khăn cho chẩn đoán trước mổ và ngay cả trong mổ. Điều trị phẫu thuật gặp khó khăn do u rất giàu mạch máu, dính chặt các mạch máu vùng tiểu khung.

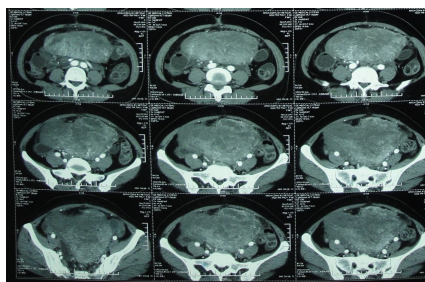
THÔNG BÁO LÂM SÀNG

Bệnh nhân (BN) Ngô Thị T., 44 tuổi, tiền sử khoẻ mạnh, xuất hiện đau tức vùng dưới rốn và cảm giác thấy bụng to lên hơn 1 tháng, kèm theo đi ngoài khó, không ỉa máu, không rối loạn kinh nguyệt.

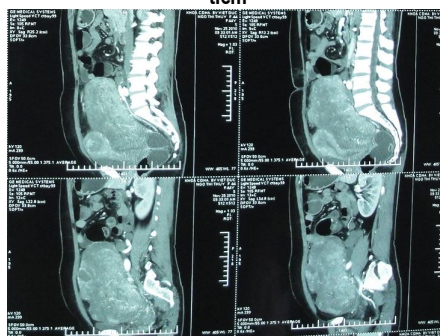
BN tới khám và được phẫu thuật ngày 10/11/2010 tại bệnh viện Phụ Sản trung ương với chẩn đoán trước mổ là u xơ tử cung. Mở bụng đường trắng giữa dưới rốn thấy khối u lớn trước xương cùng cụt và có nhiều mạch máu tới u, các bác sỹ bệnh viện phụ sản trung ương đã mời bác sỹ trực bệnh viện Việt Đức sang trợ giúp. Do u quá lớn và nhiều mạch máu, các bác sỹ quyết định chỉ sinh thiết khối u, đóng bụng. Kết quả sinh thiết là u tế bào hình thoi.

Sau mổ ổn định, bệnh nhân tới khám lại tại bệnh viện Việt Đức trong tình trạng: tỉnh táo, gầy (cân nặng 38 kg), da niêm mạc không vàng, hạch trên đòn không sờ thấy, tuyến giáp không to, mạch huyết áp bình thường. Khám bụng khối chắc dưới rốn, di động ít. Thăm trực tràng thấy u chắc đè đẩy vào lòng trực tràng, niêm mạc trực tràng không sùi. Các xét nghiệm sinh hóa máu, chất chỉ điểm khối u (CEA, CA 19-9, aFP) trong giới hạn bình thường. Soi dạ dày đại tràng không thấy loét, không thấy u trong lòng dạ dày, đại trực tràng (máy soi đại trực tràng khó khăn do u đè đẩy từ ngoài vào).

Chụp cắt lớp vi tính 64 dãy cho thấy: khối lớn bất thường ở tiểu khung, đẩy đại tràng sigma sang phải, giới hạn không rõ với thành tử cung, kích thước khoảng 15 x 18cm, tỷ trọng tổ chức đặc, u ngấm thuốc rất mạnh và không đều sau tiêm. Khối u nằm trước xương cùng cụt đẩy tử cung và trực tràng xuống dưới, ranh giới không rõ với xương cùng cụt, trực tràng và tử cung.



Hình 1: Khối u chiếm chỗ tiểu khung bắt thuốc rất mạnh sau tiêm



Hình 2: Khối u nằm trước xương cùng cụt đẩy tử cung và trực tràng xuống dưới, ranh giới không rõ với xương cùng cụt, trực tràng và tử cung.

Chẩn đoán trước mổ: U tiểu khung (không xác định được u ở cơ quan nào)

Trước mổ có giải thích rất kỹ cho gia đình và bệnh nhân nguy cơ mổ có thể không lấy được u hoặc chảy máu không cầm được. Bệnh nhân và gia đình thiết tha xin mổ và chấp nhận mọi nguy cơ.

Phẫu thuật ngày 10/12 /2010. Mở lại bụng đường trắng giữa dưới rốn kéo dài trên rốn, vào ổ bụng: ổ bụng khô, mạc nối lớn tới dính chặt vào cực trên u, gan, túi mật, cuống gan, lách, dạ dày, tụy, ruột non không có gì đặc biệt. Một khối u lớn chiếm hết tiểu khung kích thước 15x20cm, đẩy tử cung ra trước, đẩy đại tràng, trực tràng sang phải. Rất nhiều mạch máu bò đến nuôi u từ mạc nối lớn, bó mạch trực tràng trên, nhiều tĩnh mạch giãn to bằng ngón tay. U dính chắc 1 phần vào trực tràng 1/3 trên, 1 phần u trước xương cùng cụt nhưng không phải xuất phát từ xương cùng cụt. Bàng trứng phải bình thường, bàng trứng trái hơi to dính vào u thành một khối.

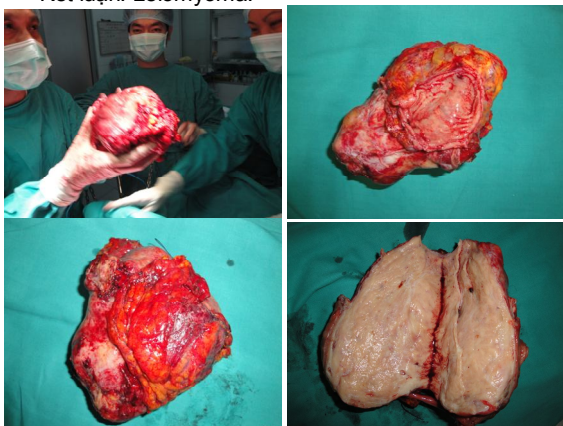
Chẩn đoán trong mổ: GIST trực tràng 1/3 trên xâm lấn bàng trứng phần phụ trái. Phẫu tích tỷ mỉ cắt phần mạc nối lớn để lại phần dính u tránh chảy máu, bộc lộ 2 động mạch, tĩnh mạch chậu gốc và động mạch chậu trong sát chỗ phân chia (khó khăn do u quá to choán chỗ), bộc lộ niệu quản 2 bên chỗ trên động mạch chậu làm mốc tránh cắt phải khi có chảy máu...

Cuối cùng cũng cắt được đoạn trực tràng và khối u, cắt bàng trứng và vòi trứng trái thành 1 khối. Đóng đầu dưới trực tràng, đưa đại tràng trái ra ngoài ổ bụng làm hậu môn

nhân tạo (phẫu thuật Hartmann). Phải truyền 500ml cùng nhóm trong mổ.

Hậu phẫu tiến triển tốt, BN ổn định, cảm thấy rất thoải mái về tinh thần, hậu môn nhân tạo thông, ăn uống bình thường, vết mổ khô không nhiễm trùng. Kết quả giải phẫu bệnh khối u là u tế bào hình thoi. Nhuộm hóa mô miễn dịch CD117 (-), CD34 (-), SMA (+), S100 (-) loại trừ GIST.

Kết luận: Leiomyoma.



Hình 3: Khối u lấy ra khỏi ổ bụng và được cắt ngang u

Bệnh nhân được ra viện ngày 19/12 / 2010 trong tình trạng tỉnh táo, không sốt, vết mổ khô, bụng mềm, hậu môn nhân tạo thông, tinh thần phấn khởi.

BÀN LUẬN

1. Khối u trực tràng có kích thước lớn.

Đối với ung thư biểu mô trực tràng, rất ít nghiên cứu đo kích thước u. Chủ yếu các nghiên cứu đề cập tới kích thước u so với lòng trực tràng. Ví dụ nghiên cứu của Nguyễn Trọng Hòe ở 46 bệnh nhân ung thư trực tràng cho biết 34,8% u có kích thước chiếm hơn ¼ chu vi trực tràng [6]. Các khối u lớn thường gây tắc ruột, bán tắc ruột. Nhưng đối với ung thư không thuộc biểu mô nếu u phát triển ra phía ngoài khó có biểu hiện tắc ruột.

Bệnh nhân của chúng tôi u kích thước 15x20 cm là rất hiếm gặp, chưa tìm thấy trong y văn.

2. Chẩn đoán u cơ trơn trực tràng và GIST

Ở bệnh nhân của chúng tôi, u kích thước lớn chiếm toàn bộ tiểu khung gây khó khăn cho chẩn đoán trước mổ và ngay cả trong mổ.

Ngày nay có rất nhiều phương tiện chẩn đoán hình ảnh hữu hiệu giúp cho người thầy thuốc có thể chẩn đoán phân biệt các khối u đại trực tràng. Nội soi đại trực tràng ống mềm- sinh thiết giúp chẩn đoán phân biệt giữa u thuộc biểu mô và u không thuộc biểu mô. 3 hình ảnh đại thể của u thuộc biểu mô là thể sùi, thể loét và thể thâm nhiễm cứng. Trong khi đó hình ảnh đại thể của u không thuộc biểu mô là khối đề đẩy thành ruột từ ngoài vào có thể gây hẹp lòng ruột nhưng niêm mạc tại đó vẫn còn mềm mại.

Sinh thiết u giúp chẩn đoán rõ mô bệnh học. U thuộc biểu mô gồm: ung thư biểu mô tuyến, tăng sản hoặc loạn sản cấu trúc tuyến ống ở niêm mạc của ống tiêu hoá. Còn u không thuộc biểu mô gồm những tế bào hình thoi. Ngoài nội soi, chụp cắt lớp vi tính (hoặc CT 64 lớp cắt, cộng hưởng từ: MRI) cũng giúp cho chẩn đoán xác định vị trí u, kích thước u, tính chất của u ngấm thuốc mạnh hay không...

Trên phim chụp cắt lớp vi tính, u dưới niêm mạc thường có hình ảnh có tỷ trọng tổ chức trước tiêm thuốc (30-40 HU) bắt thuốc rất mạnh không đều sau tiêm (50-60 HU), u có ranh giới rõ và có độ cản quang đồng nhất [2].

Triệu chứng và dấu hiệu nghi ngờ của u cơ trơn cũng giống như GIST thường không đặc hiệu, tùy thuộc vào vị trí, kích thước, và hình thái phát triển. Hầu hết bệnh nhân với khối u đường tiêu hoá thấp có biểu hiện của táo bón. U có thể phát triển đến một kích thước tương đối lớn, xu hướng chia thành nhiều múi và dính vào tạng lân cận. Những khối u phát triển vào lòng ống tiêu hoá có biểu hiện của chảy máu đường tiêu hoá. Ngược lại những khối u ở mạc treo ruột hay ở mạc nối sẽ phát triển tới một kích thước lớn mà không có biểu hiện triệu chứng. Như bệnh nhân của chúng tôi đi khám bệnh vì đại tiện khó và chướng bụng.

Về chẩn đoán trước mổ trên BN này, kết quả giải phẫu bệnh là u tế bào hình thoi chưa thể kết luận là GIST, đồng thời về chẩn đoán hình ảnh cũng chưa chẩn đoán được rõ nguồn gốc khối u từ đâu, từ đại tràng hay từ tử cung phần phụ, chỉ biết rằng khối u bắt thuốc rất mạnh sau tiêm và ranh giới không rõ với các thành phần trên. Chính vì vậy chẩn đoán trước mổ là u xơ tử cung và BN đã được phẫu thuật tại bệnh viện phụ sản. BN chỉ được chẩn đoán trong mổ là GIST trực tràng khi đánh giá thấy khối u nằm tách biệt với tử cung, dính với trực tràng 1/3 trên ở bờ mạc treo. Đặc biệt khi phẫu tích thấy khối u không dính với xương cùng cụt, chứng tỏ rằng u không phát triển từ đó. Chẩn đoán sau mổ: GIST trực tràng 1/3 trên. Như vậy, GIST vẫn luôn là chẩn đoán được đặt lên hàng đầu vì tính chất hay gặp nhất của nó.

Hình ảnh đại thể của khối u: nằm ở bờ mạc treo của đoạn trực tràng, niêm mạc trực tràng nhẵn, kích thước 15 x 20cm, nhiều mạch máu bò tới nuôi u, nhiều máu. Bỏ ra là một khối u đặc màu trắng ngà rất đặc trưng của GIST. Hình ảnh vi thể: u được cấu tạo từ những tế bào hình thoi nhân nhỏ. Kết luận u tế bào hình thoi, và HMMD trả lời Leiomyoma.

Ở những BN được chẩn đoán là GIST, về mặt ung thư học, đó là do sự đột biến thành gen gây ung thư của C-kit, một gen được tìm thấy ở tất cả các tế bào của cơ thể. Loại protein được tổng hợp từ C-kit, KIT, chỉ được kích hoạt với sự có mặt của tế bào khe của Cajal (nói tắt là tế bào Cajal: Interstitial cells of Cajal), một thành phần của hệ thống thần kinh tự động của ống tiêu hoá có chức năng điều chỉnh nhu động ruột. GIST được xác định bởi sự biểu hiện dương tính với kháng nguyên CD117 (TK.tyrosine kinase), một phần của thụ thể KIT. CD117 (+) là đặc điểm có trong khoảng 90% khối u GIST [5], [3]. Leiomyoma hay u cơ trơn nếu dương tính với CD117 thì cũng được xếp vào 1 loại của GIST, nhưng nếu âm tính thì được coi là Leiomyoma. Ngoài CD117, một số kháng nguyên hay được sử dụng trong HMMD là CD34, SMA, S100. BN của chúng tôi chỉ có SMA (+) nên nghĩ nhiều tới Leiomyoma. Trong nghiên cứu của Lin S.C. có một BN được chẩn đoán Leiomyosarcoma CD 117(-), CD34(-), SMA (+) và S100 (-)[3].

GIST (Gastro-Intestinal Stromal Tumors) là những khối u ác tính hiếm gặp, nhưng là ung thư ác tính hay gặp nhất của mô liên kết ở đường tiêu hoá. Trước khi có định nghĩa trên, những khối u này đều được cho là có nguồn gốc cơ trơn, và được chấp nhận là u cơ trơn (Leiomyoma) hoặc sacom cơ trơn (Leiomyosarcomas). GIST lần đầu tiên được định nghĩa năm 1983 bởi Mazur và Clark với mô tả là những khối u không có nguồn gốc biểu mô trong đường tiêu hoá, thiếu các đặc điểm về cấu trúc của tế bào cơ trơn cũng như các đặc điểm hoá miễn dịch của tế bào Schwann. Và từ khi có các nghiên cứu hoá mô miễn dịch, hầu hết u dưới niêm mạc đều được chẩn đoán là GIST, chỉ có một phần nhỏ được chẩn đoán là u cơ trơn, u tế bào schwann [4]. GIST nguyên phát có thể mọc ở mọi vị trí của đường tiêu hoá, nhưng hay gặp nhất ở dạ dày (40-70%), tiếp theo là ruột non (20-40%) và đại trực tràng (5-

15%), hiếm khi ở thực quản (5%).

Như vậy, khối u chúng tôi thông báo không phải GIST, tuy nhiên vấn đề này chúng tôi sẽ quay lại sau ở bài viết khác vì ngay cả CD 34 (-), CD 117(-) chưa loại trừ GIST với tiến bộ sinh học phân tử và phân tích gen.

KẾT LUẬN

U cơ trơn trực tràng có kích thước 15x20 hiếm gặp, khó khăn chẩn đoán trước mổ, trong mổ. Hoá mô miễn dịch có vai trò chẩn đoán phân biệt giữa GIST, u cơ trơn, u thần kinh trực tràng với các kháng nguyên như CD117 và CD34.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gassi N., Cipola C., et al. Gastrointestinal stromal tumour of the rectum: Report of a case and review of literature. *World J Gastroenterol* 2008 February 28; 14(8): 1302-1304
2. Lee C.M., Chen H.C. et al. Gastrointestinal stromal

tumor: Computed tomography features. *World J Gastroenterol* 2004; 10(16):2417-2418

3. Lin S.C., Wang T.I.. Clinical manifestations and prognostic factors in patients with gastrointestinal stromal tumors. *World J Gastroenterol* 2003;9(12):2809-2812

4. Nakayama T., Hirose H. et al. Gastrointestinal stromal tumor of the rectal mesentery. *J Gastroenterol* 2003; 38:186–189

5. Reid R., O'dywer P. et al. Guidelines for the Management of Gastrointestinal Stromal Tumours (GIST) In Scotland

6. Nguyễn Trọng Hòe. Nghiên cứu chỉ định, kỹ thuật và kết quả của phẫu thuật bảo tồn cơ thắt hạ đại tràng qua ống hậu môn trong điều trị ung thư phân giữa trực tràng

Luận án tiến sĩ y học, học viện quân Y, 2009