

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ CỦA U KLATSKIN THỂ KHỐI NHÂN 4 TRƯỜNG HỢP

HUYỀN QUANG HUY, PHẠM MINH THÔNG
Khoa CĐHA Bệnh viện Bạch Mai- Hà Nội

ĐẶT VẤN ĐỀ

U Klatskin là bệnh ác tính phát triển từ tế bào biểu mô đường mật vùng rốn gan được Klatskin mô tả vào năm 1965. Hầu hết bệnh nhân u Klatskin vào viện trong giai đoạn muộn do giai đoạn đầu thường không có triệu chứng lâm sàng. Việc chẩn đoán xác định và đánh giá sự xâm lấn của u rất quan trọng để có kế hoạch điều trị thích hợp. Siêu âm và chụp cắt lớp vi tính được sử dụng phổ biến nhưng khó đánh giá được toàn bộ hệ thống đường mật. Chụp mật qua da và qua nội soi mật tụy ngược dòng cho kết quả rất tốt nhưng lại là một phương pháp xâm lấn và có thể để lại biến chứng. Cộng hưởng từ với nhiều chuỗi xung khác nhau, khảo sát được trên nhiều mặt phẳng, kết hợp tiêm thuốc đối quang từ cho phép khám phá được những khối u rất nhỏ khó phát hiện trên cắt lớp vi tính [3], đặc biệt với chuỗi xung MRCP cho phép khảo sát toàn bộ cây đường mật, từ đó đánh giá chính xác hơn vị trí tổn thương.

Nhân bốn trường hợp lâm sàng chúng tôi phân tích các đặc điểm hình ảnh và vai trò của CHT trong chẩn đoán u klatskin.

TỔNG QUAN

1. Các đường dẫn mật trong gan.

Mật tiết ra bởi các tế bào gan ở mạng lưới các mao quản mật quanh các tế bào gan. Từ đó chảy qua các tiểu quản mật trong tiểu thùy và đổ vào các tiểu quản mật gian tiểu thùy. Các tiểu quản mật gian tiểu thùy tập trung lại thành các ống mật lớn dần về cuối cùng tạo thành các ống gan phải và trái, thoát ra ở cửa gan và hợp lại thành ống gan chung. Ống gan phải: được tạo thành bởi ống phân thùy trước và ống phân thùy sau, ngoài ra còn nhận thêm một ống nhỏ từ phần phải dưới của thùy đuôi. Ống phân thùy trước: được hợp thành bởi 2 ống hạ phân thùy V và VIII. Ống phân thùy sau: được hợp thành bởi 2 ống hạ phân thùy VI và VII. Ống gan phải được tạo thành có đường đi rất ngắn (trung bình 6-8mm), hướng hơi chếch ra trước và vào trong, ở trên ngành phải TMC rồi hợp với ống gan trái ở điểm nằm trước trên và hơi lệch sang phải chỗ chia đôi TMC một chút. Trên đoạn đường ngắn đó nó có thể nhận thêm một ống nhỏ từ phần phải dưới thùy đuôi. Ống gan trái: tập hợp các ống phân thùy bên (được tạo thành bởi hai ống HPT II và III) và ống phân thùy giữa (HPT IV), ngoài ra còn nhận thêm 1-2 ống gan nhỏ của phần lớn phân thùy lưng hay thùy đuôi (HPT I)[1].

2. Giải phẫu đường mật vùng rốn gan.

Ống mật phân thùy trong gan tập hợp thành các ống gan phải và trái rồi ra ngoài nhu mô gan tại rốn gan. Sau đó ống gan phải và trái hợp với nhau thành ống gan chung. Ngã ba đường mật ở vị trí bên phải rốn gan, phía trước ngã ba TMC và treo lên trên nơi bắt đầu nhánh TMC phải. Phần ngoài gan của ống gan phải thì ngắn nhưng của ống gan trái thì dài. Ngã ba

đường mật tách biệt với bộ phận phía sau của thùy vuông (HPT IV) của gan bởi màng rốn gan-đây là tổ chức liên kết bao quanh đường mật và các mạch máu cùng bao Glisson [2].

3. Phân loại u Klatskin theo Bismuth- Corlette [4]

Type	Đặc điểm
Type I	U dưới vị trí hợp lưu
Type II	U tiếp giáp với hợp lưu
Type IIIa	U phát triển vào ống gan phải
Type IIIb	U phát triển vào ống gan trái
Type IV	U phát triển vào cả hai ống gan phải và trái

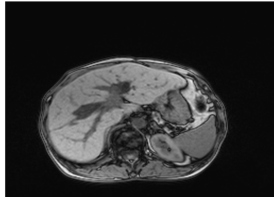
4. Cộng hưởng từ mật tụy.

Kỹ thuật chụp đường mật tụy bằng cộng hưởng từ (Magnetic Resonance Cholangiopancreatography - MRCP) được Walner và cộng sự mô tả năm 1991 [9]. MRCP được xác nhận là rất có ích đối với bệnh nhân chướng chỉ định hoặc không thực hiện được chụp đường mật - tụy qua nội soi, kỹ thuật này nếu phối hợp với các chương trình khám CHT vùng bụng có thể đánh giá được toàn cảnh vùng bụng mà nội soi không thể cung cấp được. Hầu hết các kỹ thuật MRCP đều sử dụng các chuỗi xung thiên T2 nhằm khai thác tình trạng tăng tín hiệu của dịch trong ống mật - ống tụy và xóa đi tín hiệu nền của các cấu trúc khác do thời gian thư giãn T2 của chúng ngắn hơn dịch. Nếu kết hợp với kỹ thuật xóa mỡ càng xóa nền tốt hơn và dễ nhận biết các cấu trúc dịch hơn. MRCP có thể thực hiện bằng một lớp cắt đơn FSE dày 4-8cm hoặc một chuỗi lớp cắt mỏng 2-4mm rồi tái tạo ảnh MIP. Kỹ thuật một lớp cắt dày đôi hồi cắt nhiều hướng, còn kỹ thuật cắt nhiều lớp mỏng cho phép tái tạo 3D MPR. Hiện các hệ thống CHT mới đều cho phép cắt nhanh dưới 30 giây nên có thể áp dụng cả hai kỹ thuật trên để bổ sung lẫn nhau. Như vậy trên chuỗi xung này chỉ ra những dịch không chuyển động (dịch mật) sẽ có tín hiệu cao, ngược lại: bề mặt gan và các dịch chuyển động sẽ có tín hiệu thấp và như vậy CHT mật tụy sẽ cho hình ảnh về độ tương phản giữa dịch mật tăng tín hiệu và các tổ chức làm nền giảm tín hiệu. Mặc dù hình ảnh tái tạo 3D trên cơ sở các hình ảnh lớp cắt dày gần giống với hình ảnh đường mật quy ước nhưng độ phân giải không gian sẽ giảm đi do hiệu ứng thể tích trung bình [7],[8].

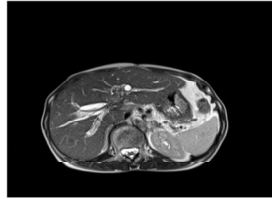
Các trường hợp lâm sàng

* Trường hợp lâm sàng 1: BN nữ 72 tuổi. Vào viện vì lí do vàng mắt, vàng da, tiểu vàng đậm, thỉnh thoảng đau bụng vùng hạ sườn phải.

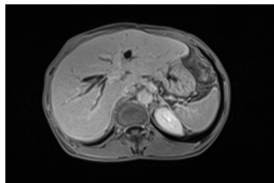
Kết quả chụp CHT: tổn thương dạng khối giảm tín hiệu trên T1W, tăng nhẹ tín hiệu trên T2W, sau tiêm thuốc đối quang từ muộn. Trên chuỗi xung MRCP tổn thương tiếp giáp với vị trí hợp lưu chưa phát triển vào ống gan phải và trái, giãn đường mật trong ống gan phải và trái. Chẩn đoán: U Klatskin type II.



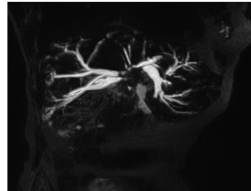
Hình 1: Chụp CHT chuỗi xung T1W



Hình 2: Chụp CHT chuỗi xung T2W



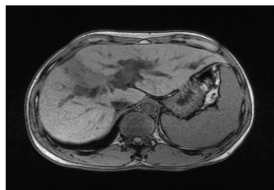
Hình 3: Chụp CHT chuỗi xung T1W sau tiêm thuốc đối quang từ



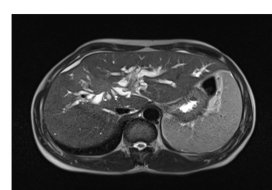
Hình 4: Chụp CHT chuỗi xung MRCP

* Trường hợp lâm sàng 2: BN nam 48 tuổi. Vào viện vì lí do vàng mắt, vàng da, tiểu vàng đậm. Đau bụng nhẹ vùng thượng vị và hạ sườn phải.

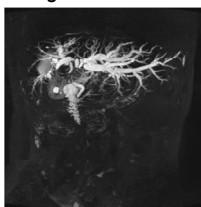
Kết quả chụp CHT: tổn thương dạng khối giảm tín hiệu trên T1W, tăng tín hiệu trên T2W, sau tiêm ngấm thuốc đối quang từ muộn. Trên chuỗi xung MRCP tổn thương dưới vị trí hợp lưu phát triển vào ống gan phải và trái, giãn đường mật trong gan phải và trái. Chẩn đoán: U Klatskin type IV.



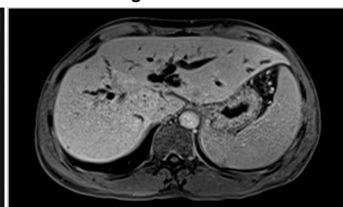
Hình 5: Chụp CHT chuỗi xung T1W



Hình 6: Chụp CHT chuỗi xung T2W



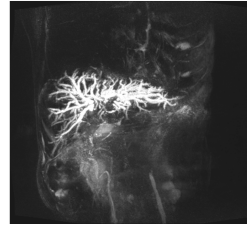
Hình 7: Chụp CHT chuỗi xung T1W sau tiêm thuốc đối quang từ



Hình 8: Chụp CHT chuỗi xung MRCP

* Trường hợp lâm sàng 3: BN nam 71 tuổi. Vào viện vì lí do vàng mắt, vàng da, tiểu vàng đậm.

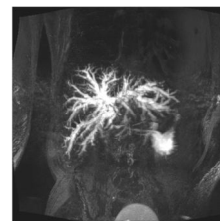
Kết quả chụp CHT: tổn thương dạng khối giảm tín hiệu trên T1W, tăng tín hiệu trên T2W, sau tiêm ngấm thuốc đối quang từ muộn. Trên chuỗi xung MRCP tổn thương dưới vị trí hợp lưu phát triển vào ống gan phải và trái, giãn đường mật trong gan phải và trái. Chẩn đoán: U Klatskin type IV.



Hình 9: Chụp CHT chuỗi xung MRCP

* Trường hợp lâm sàng 4: BN nam 61 tuổi. Vào viện vì lí do vàng mắt, vàng da, tiểu vàng đậm.

Kết quả chụp CHT: tổn thương dạng khối giảm tín hiệu trên T1W, tăng tín hiệu trên T2W, sau tiêm ngấm thuốc đối quang từ muộn. Trên chuỗi xung MRCP tổn thương dưới vị trí hợp lưu phát triển vào ống gan phải và trái, giãn đường mật trong gan phải và trái. Chẩn đoán: U Klatskin type IV.



Hình 10: Chụp CHT chuỗi xung MRCP

BÀN LUẬN

Ung thư đường mật rốn gan thể khối còn gọi là u Klatskin thể khối là loại ung thư phát triển từ tế bào biểu mô đường mật vùng rốn gan bao gồm: ống gan phải, ống gan trái ở vị trí ngoài gan hợp lưu hai ống gan và ống gan chung. Đây là vị trí hay gặp u nhất trong các vị trí đường mật. Siêu âm và cắt lớp vi tính còn nhiều hạn chế nhất định. Trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính trước tiêm thuốc cản quang u đồng tỷ trọng với nhu mô gan các u thường ít mạch máu nhưng nhiều mô xơ trung tâm, do đó khi tiêm thuốc cản quang ở thì sớm u ít ngấm thuốc, ở thì muộn có tăng tỷ trọng thành phần xơ này nhưng không đặc hiệu. Mặt khác vùng rốn gan khó phát hiện u, tuy nhiên dấu hiệu gợi ý là giãn lớn bất thường các ống gan phải và trái không thấy chỗ hợp lưu trên cắt lớp vi tính.

Trong những năm gần đây CHT được xem là một phương pháp chẩn đoán hình ảnh rất hữu dụng trong khảo sát u đường mật do có khả năng tạo ảnh đa bình diện, phân loại tổ chức tốt.

Cộng hưởng từ khảo sát rất tốt u Klatskin vì các khối u này thường có kích thước nhỏ khoảng 1-2cm [5]. Các khối này thường giảm tín hiệu trên chuỗi xung T1W, tăng tín hiệu trên chuỗi xung T2W. Sau tiêm thuốc đối quang từ, khối ngấm thuốc ít và muộn (so với nhu mô gan), ngấm tăng dần theo thời gian [3], [5], [6].

Trên chuỗi xung MRCP cho phép hiện ảnh giải phẫu đường mật. Các ung thư đường mật thường gây tắc mật nhưng tắc mật còn có thể do các khối u ngoài đường mật. Trên chuỗi xung MRCP cho phép đánh giá chi tiết về vị trí và độ lan rộng của tổn thương từ đó phân loại u Klatskin một cách chính xác để có hướng điều trị bằng phương pháp phẫu thuật cắt bỏ u hay dẫn lưu đường

mật. Ngoài ra một đặc điểm khác của u Klatskin là đều có giãn đường mật và giãn ra tận ngoại vi [5].

Các trường hợp lâm sàng đều có đặc điểm chung trên hình ảnh CHT là khối giảm tín hiệu trên T1W, tăng tín hiệu trên T2W, sau tiêm ngấm thuốc đối quang từ muộn phù hợp với nghiên cứu của các tác giả trên

KẾT LUẬN

Siêu âm và đặc biệt chụp cắt lớp vi tính rất có giá trị để khảo sát các bệnh lý đường mật. Tuy nhiên với ung thư đường mật vùng rốn gan, nhất là trường hợp những khối u nhỏ cộng hưởng từ mới là phương pháp chẩn đoán hình ảnh tốt hơn, có khả năng phát hiện được tổn thương cũng như chẩn đoán phân loại một cách chính xác.

SUMMARY

Bile duct cancer of the upper part of the bile duct is also called Klatskin's tumor. Klatskin's tumors involve the upper part of the bile duct as divides to enter the right and the left parts of the liver. The bile ducts in the liver are called right and left hepatic ducts. The tumor may involve one or both right and left sides of the hepatic ducts as they enter the liver. The hepatic ducts are closely associated with the blood vessels that supply blood to the liver. Klatskin's tumors are closely associated with liver and as they grow invasion into the blood vessels that supply blood to the liver is often found.

Our four cases go to the Bach Mai Hospital with jaundice, dark urine, abdominal pain. MRI diagnosis klatskin tumors afterward diagnosed and classified by pathological examination.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trịnh Văn Minh (2005) "Giải phẫu người", Nhà xuất bản Y học, tập 2, trang 367-373.
2. Trịnh Hồng Sơn (2004) " Những biến đổi giải phẫu đường mật, ứng dụng phẫu thuật", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, trang 14-88.
3. Federle MP, Jeffrey RB (2008), "Cholangiocarcinoma", Diagnostic imaging abdomen, page 128-129.
4. Hines KF (2010), "Portal vein encasement complicates resection of Klatskin tumor", J.A.A.P.A, 23(1), page 32.
5. J. Ashley Guthrie, Janice Ward (1996) " Hilar Cholangiocarcinoma: T2- weighted Spin –echo and Gadolinium –enhanced FLASH MR Imaging", RSNA, Radiology 1996;201, page 347-351.
6. Jorge AS, MD, Oscar Alvarez, MD, Jorge EL, MD(2000) "Biliary Obstruction: Findings at MR Cholangiography and Cross-sectional MR Imaging", RSNA, Radiographics 2000;20, page 353-366.
7. Joseph Romagnuolo, MD, FRCPC; Marc Bardou, MD, PhD (2003) "Magnetic Resonance Cholangiopancreatography", Annals of Internal Medicine, volume 139 Issue 7, page 547-557.
8. Kenneth MV, MD, Mary TK, MD, Charles ES, MD and Rendon CN, MD (2000) " MR Cholangiopancreatography of Bile and Pancreatic Duct Abnormalities with Emphasis on the Single- Shot Fast Spin-Echo Technique" RSNA, Radiographics 2000;20, page 939-957.
9. Matthew AB, M.D., E. Kent Yucel, M.D., Joseph TF, M.D (1999) "Magnetic Resonance Cholangiopancreatography", The New England Journal of Medicine, volume 341, page 258-264.