

HÌNH ẢNH CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH TRONG UNG THƯ THỰC QUẢN

Trần Phùng Dũng Tiến*, Võ Tấn Long*, Nguyễn Minh Hải*, Nguyễn Văn Thông*, Hoàng Đình Tuy*,
Nguyễn Thị Minh Huệ*, Võ Nguyên Trung*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chẩn đoán ung thư thực quản ở Việt Nam thường ở giai đoạn trễ, nhiều trường hợp chỉ phẫu thuật tam bọ giảm đau. Xác định giai đoạn ung thư là quan trọng để chọn lựa phương pháp điều trị.

Mục tiêu: Khảo sát hình ảnh chụp cắt lớp vi tính trong việc xác định độ xâm lấn của ung thư thực quản.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: hồi cứu, mô tả, cắt ngang. Chúng tôi hồi cứu 66 trường hợp ung thư thực quản có chụp cắt lớp điện toán trước mổ và được phẫu thuật tại khoa Ngoại tiêu hoá bệnh viện Chợ Rẫy, từ 01/2006-09/2009.

Kết quả: có 66 TH được chụp cắt lớp điện toán trước mổ. Trên phim chụp cắt lớp điện toán xác định u ở giai đoạn T2-T4, có di căn hạch hoặc không xác định được. Tất cả 66 BN đều được phẫu thuật và xác định giai đoạn sau phẫu thuật. Có 54 TH mổ cắt thực quản, 05 TH nội soi ngực đánh giá giai đoạn sau đó mổ hồng tràng nuôi ăn, 07 TH nội soi bụng đánh giá sau đó mổ hồng tràng nuôi ăn. Trong 54 TH mổ cắt thực quản có 01 TH u T4. 35 u T3, 18 u T2. Không có TH nào T1. Trong 05 TH nội soi ngực đánh giá và mổ hồng tràng nuôi ăn, u đều ở giai đoạn T4, nằm ở 1/3 giữa và xâm lấn vào phế quản và tĩnh mạch Azygos. Trong 07 TH nội soi bụng đánh giá và mổ hồng tràng nuôi ăn, u nằm ở 1/3 dưới thực quản, u T4, có nhiều hạch vùng thân tạng. 5 TH này trên phim chụp cắt lớp vi tính có nghi ngờ u to, dày thành dạ dày vùng tâm vị và di căn hạch thân tạng

Kết luận: chụp cắt lớp vi tính trong ung thư thực quản giúp đánh giá giai đoạn ung thư chính xác hơn, giúp tránh được phẫu thuật không cần thiết và nguy hiểm. Giúp việc chọn lựa phương pháp điều trị chính xác. Khi phối hợp với nội soi ngực, nội soi bụng đánh giá sẽ giúp việc xác định giai đoạn tốt hơn, tránh được tình trạng mổ ngực hay mổ bụng thám sát không cần thiết.

Từ khóa: chụp cắt lớp vi tính, ung thư thực quản.

ABSTRACT

COMPUTED- TOMOGRAPHY SCAN IMAGES IN THE ESOPHAGEAL CANCER

Tran Phung Dung Tien, Vo Tan Long, Nguyen Minh Hai, Nguyen Van Thong, Hoang Dinh Tuy, Nguyen Thi Minh Hue, Vo Nguyen Trung * Y Hoc Tp. Ho Chi Minh * Vol. 14 – Supplement of No 1 – 2010: 81 - 85

Background: In Vietnam, the esophageal cancer is usually diagnosed late. Many cases are only performed palliative procedure. Accuracy cancer staging is very important to choosing the method of treatment.

Aims: Evaluate CT scan images in staging of the esophageal cancer.

Methods: We studied 66 esophageal cancer cases that have preoperative CTscan images and are operated in Digestive department in Cho Ray hospital from January 2006 to September 2009.

Results: 66 cases are taken operative CT scan images. In these CT scan images, esophageal tumors are in T2-T4, have lymphatic node or not. All of them are operated and staged after operation. There are 54 cases with esophagectomy, 5 cases thoroscopic evaluation and then jejunostomy, 7 cases laparoscopic evaluation and jejunostomy. In 54 esophagectomy cases, there are 1 of T4, 35 of T3, 18 of T2. and no T1. And 05 thoroscopic evaluation and jejunostomy cases are T4 in which the tumor located on one the middle third of esophagus and

* Bệnh viện Chợ Rẫy

Địa chỉ liên hệ: BS. Trần Phùng Dũng Tiến

ĐT: 0907576099 Email: tranphung_dungtien@yahoo.com

invade bronchus and Azygos vein. In 07 laparoscopic evaluation and jejunostomy cases, the tumors of T4 in the lower third of esophagus that had many celiac lymphatic nodes. Besides, 5 of all these cases, CT scan images show us big tumors, gastric wall thicker in cardiac region and invade celiac lymphatic nodes.

Conclusions: *Computed- tomography scan helps us evaluate cancer stages more exactly, avoids unnecessary and dangerous operations and choose the method for treatment. When combined with thoracoscopy and laparoscopy will stage better and avoid unnecessary thoracotomy or laparotomy.*

Keywords: *CT scan, esophageal cancer.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thực quản 2/3 dưới gồm các ung thư thực quản từ tâm vị lên trên 16 cm. Phẫu thuật là phương pháp điều trị được ưu tiên chọn lựa, tỉ lệ sống 5 năm ở những bệnh nhân được phẫu thuật triệt để lên đến 30%⁽³⁾ rất khả quan khi so sánh với kết quả điều trị đơn hóa trị^(1,2). Tuy nhiên đa số bệnh nhân ở giai đoạn tiến triển khi phát hiện bệnh, phẫu thuật triệt để chỉ thực hiện được ở một số ít trường hợp. Việc tiên lượng bệnh và chọn lựa phương pháp điều trị phụ thuộc rất nhiều vào giai đoạn bệnh^(5,7). Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như siêu âm qua nội soi thực quản (EUS), CCLVT đóng vai trò quan trọng để đánh giá giai đoạn bệnh trước mổ. Không như EUS, CCLVT được triển khai rộng rãi ở các trung tâm y tế nước ta, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm xác định vai trò của CCLVT trong đánh giá giai đoạn ung thư thực quản trước mổ.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

Khảo sát hình ảnh chụp cắt lớp vi tính trong ung thư thực quản 2/3 dưới.

Xác định mức độ xâm lấn của u, di căn hạch, di căn xa trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính. Từ đó xác lập chỉ định phẫu thuật và phương pháp phẫu thuật.

ĐỐI TƯỢNG-PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Hồi cứu, mô tả, cắt ngang.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Những bệnh nhân ung thư thực quản 2/3 dưới có chụp vi tính cắt lớp trước mổ và được phẫu thuật.

Chúng tôi hồi cứu 66 TH ung thư thực quản 2/3 dưới được phẫu thuật tại khoa ngoại tiêu hoá bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/2006 đến 10/2009, tất cả các TH đều có chụp cắt lớp vi tính đánh giá trước mổ.

Kết quả

Trong giai đoạn từ 1/2006 đến 10/2009 có 66 TH ung thư thực quản 2/3 dưới được phẫu thuật và có chụp cắt lớp vi tính trước mổ.

Trên phim chụp cắt lớp điện toán xác định u ở giai đoạn T2-T4, có di căn hạch hoặc không xác định được. Tất cả 66 BN đều được phẫu thuật và xác định giai đoạn sau phẫu thuật. Có 54 TH mổ cắt thực quản, 05 TH nội soi ngực đánh giá giai đoạn sau đó mở hồng tràng nuôi ăn, 07 TH nội soi bụng đánh giá sau đó mở hồng tràng nuôi ăn.

Trong 54 TH mổ cắt thực quản có 01 TH u T4. 35 u T3, 18 u T2. Không có TH nào T1.

Trong 05 TH nội soi ngực đánh giá và mở hồng tràng nuôi ăn, u đều ở giai đoạn T4, nằm ở 1/3 giữa và xâm lấn vào phế quản và tĩnh mạch Azygos.

Trong 07 TH nội soi bụng đánh giá và mở hồng tràng nuôi ăn, u nằm ở 1/3 dưới thực quản, u T4, có nhiều hạch vùng thân tạng. 5 TH này trên phim chụp cắt lớp vi tính có nghi ngờ u to, dày thành dạ dày vùng tâm vị và di căn hạch thân tạng.

Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính (n=66)

Hình ảnh	Số bệnh nhân	
	CCLVT	PHẪU THUẬT
Dày thành thực quản	59	66
Hẹp lòng thực quản	3	5
Xâm lấn phế quản	3	5
Xâm lấn ống ngực	0	1
Dày thành dạ dày	12	18
Xâm lấn tụy	4	6
Hạch trung thất	4	38
Hạch thân tạng	22	28
Di căn phúc mạc	0	3

Một số đặc điểm bệnh nhân

Số ca mổ	66
Nam	56
Nữ	10
Tuổi trung bình	59,03
Tuổi nhỏ nhất	43
Tuổi lớn nhất	77

Đặc điểm bệnh:

K thực quản 1/3 giữa	27
K thực quản 1/3 dưới	39
T2	18
T3	35
T4	14
N0	21
N1	45

Phẫu thuật

Số TH cắt thực quản nội soi	54
Số TH nội soi ngực thám sát	05
Số TH nội soi bụng thám sát	07
Số Hạch cạnh dạ dày trung bình	7
Số Hạch trung thất trung bình	5
Lượng máu mất trung bình	20ml
Thời gian mổ trung bình (phút)	336,86

Tai biến - Biến chứng sớm sau mổ

Tổn thương ống ngực	02
Rách khí quản	02
Xi miệng nổi	4 (điều trị bảo tồn)
Nhiễm trùng vết mổ	0
Viêm phổi sau mổ	3
Tắc ruột sau mổ	0
Khản tiếng	03

Mô lại: Không có ca nào.

Tử vong: 01

BÀN LUẬN

Ung thư thực quản ở Việt nam thường được phát hiện trong giai đoạn trễ, khi khối u đã xâm lấn xung quanh hoặc đã di căn. Phẫu thuật thường mang tính tạm thời, giảm đau, trường hợp phẫu thuật triệt để không nhiều. Do đó ung thư thực quản có tiên lượng xấu.

Những phương tiện chẩn đoán giai đoạn ung thư thường dùng nhất là siêu âm qua nội soi (endoscopic ultrasonography) và chụp cắt lớp điện toán (CT). Kỹ thuật PET CT (Fluorodeoxyglucose-position emission tomography) là phương tiện chẩn đoán giai đoạn, theo dõi đáp ứng với hoá xạ trị trước mổ, theo dõi sau điều trị triệt để tốt nhất hiện nay, Tuy nhiên tại Việt Nam kỹ thuật này rất tốn kém và không phổ biến. Kỹ thuật này kết hợp với chụp cắt lớp điện toán sẽ tốt hơn nữa trong xác định chẩn đoán.

Siêu âm nội soi thực quản dạ dày giúp xác định độ xâm lấn tại chỗ của u. Khi phối hợp với sinh thiết bằng kim nhỏ sẽ giúp đánh giá hạch vùng. Giới hạn của siêu âm nội soi là không đánh giá chính xác di căn xa, và trong trường hợp u gay tắc thực quản, đầu đèn nội soi không thể đi qua được khối u, nên không đánh giá chính xác độ xâm lấn của u được. Hơn nữa, tại Việt Nam hiện rất khó thực hiện được siêu âm nội soi do rất ít nơi có phương tiện này.

Chụp cắt lớp vi tính ngoài việc đánh giá độ xâm lấn tại chỗ của u, còn giúp xác định hạch di căn và di căn xa(4,8).

Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính (n=66)

Hình ảnh	Số bệnh nhân	
	CCLVT	PHẪU THUẬT
Dày thành thực quản	59	66
Hẹp lòng thực quản	3	5
Xâm lấn phế quản	3	5
Xâm lấn ống ngực	0	1
Dày thành dạ dày	12	18
Xâm lấn tụy	4	6
Hạch trung thất	4	38
Hạch thân tạng	22	28
Di căn phúc mạc	0	3

Đánh giá độ xâm lấn tại chỗ của u: trong nghiên cứu có 66 TH phẫu thuật, trong đó

	T3	T4
CCLVT	38	08
Phẫu thuật	34	13

Trong 14 TH u T4, CCLVT trước mổ ghi nhận có 08 TH, trong 08 TH này có 02 TH u thực quản 1/3 giữa được nội soi ngực phải đánh giá thấy u xâm lấn phế quản và tĩnh mạch Azygos, và 06 TH u 1/3 dưới khi nội soi bụng thám sát thấy u xâm lấn dạ dày và mô xung quanh. Cả 08 TH này đều có nghĩ đến khả năng không phẫu thuật triệt để được qua hình ảnh chụp CLVT trước mổ, nên chỉ làm nội soi đánh giá lại sau đó mổ hồng tràng nuôi ăn. Điều này giúp tránh được một sự mổ ngực hay mổ bụng lớn không cần thiết.

01 TH u xâm lấn ống ngực nhưng không đánh giá qua CCLVT được, khi phẫu thuật có tổn thương ống ngực phải khâu ống ngực trong mổ (1/14).

02 TH u 1/3 giữa T4 không đánh giá được qua CCLVT, khi nội soi ngực phải thấy xâm lấn phế quản, nên chỉ mổ hồng tràng nuôi ăn (2/14).

02 TH u thực quản 1/3 dưới T4 nhưng trên CCLVT không đánh giá được, khi nội soi bụng thấy u xâm lấn dạ dày và tụy, cũng chỉ mổ hồng tràng nuôi ăn (2/14).

Theo tác giả Ampil FL⁽¹⁾, chụp cắt lớp vi tính là phương pháp bước đầu trong đánh giá giai đoạn ung thư thực quản. Nếu CCLVT không thấy hình ảnh di căn ngực và bụng, nên thực hiện siêu âm nội soi, sẽ giúp đánh giá độ sâu của xâm lấn tại chỗ và phát hiện di căn hạch vùng. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có hình ảnh về siêu âm nội soi do chưa thực hiện được.

Một số điểm trong nhóm phẫu thuật cắt thực quản nội soi:

- 54 bệnh nhân, nam 50, nữ 04
- Lượng máu mất trong mổ không đáng kể.
- Tai biến: 2 trường hợp tổn thương ống ngực, 02 trường hợp rách khí quản. Hai

TH tổn thương ống ngực được xử trí khâu qua nội soi, không có biến chứng rò bạch huyết. Hai TH rách khí quản, chúng tôi khâu lai khí quản qua nội soi ngực, một trường hợp ổn định, một trường hợp bị viêm phổi hít vào ngày hậu phẫu 10 và BN tử vong sau đó 01 ngày.

- Không có trường hợp nào tử vong trong mổ.
- Viêm phổi sau mổ: đây là biến chứng đáng ngại trong phẫu thuật cắt thực quản mổ mở. Tuy nhiên với phẫu thuật cắt thực quản nội soi ngực bụng, biến chứng này giảm đáng kể. Chúng tôi có 03 TH viêm phổi sau mổ, 02 TH ổn xuất viện sau 03 tuần, 01 TH viêm phổi hít vào ngày hậu phẫu 10 và BN tử vong sau đó 01 ngày.

KẾT LUẬN

Chụp cắt lớp vi tính trong ung thư thực quản giúp đánh giá giai đoạn ung thư chính xác hơn, giúp tránh được phẫu thuật không cần thiết và nguy hiểm. Giúp việc chọn lựa phương pháp điều trị chính xác. Khi phổi hợp với nội soi ngực, nội soi bụng đánh giá sẽ giúp việc xác định giai đoạn tốt hơn, tránh được tình trạng mổ ngực hay mổ bụng thám sát không cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ampil FL, Caldito G, Li BD, Pelsler R. Computed Tomographic Staging of Esophageal Cancer and Prognosis. *Radiat Med.* 2001 May-Jun;19(3):127-9.
2. Botet JF, Lightdale CJ, Zauber AG, Gerdes H, Urmacher C, Brennan MF. Preoperative staging of esophageal cancer: comparison of endoscopic US and dynamic CT. *Radiology.* 1991 Nov;181(2):419-25.
3. Ishikura S, Nihei K, Ohtsu A, et al (2003). Long-term toxicity after definitive chemoradiotherapy for squamous cell carcinoma of the thoracic esophagus. *J Clin Oncol*; 21:2697-2702
4. Kirk SJ, Moorehead RJ, McIlrath E, Gibbons JP, Spence RA. Does preoperative computed tomography scanning aid assessment of oesophageal carcinoma? *Postgrad Med J.* 1990 Mar;66(773):191-4.
5. Markland CG, Manhire A, Davies P, Beggs D, Morgan WE, Salama FD. The role of computed tomography in assessing the operability of oesophageal carcinoma. *Eur J Cardiothorac Surg.* 1989;3(1):33-6.

6. Ohtsu A, Boku N, Muro K, et al (1999). Definitive chemoradiotherapy for T4 and/or M1 lymph node squamous cell carcinoma of the esophagus. *J Clin Oncol*; 17:2915–2921
7. Siewert JR, Feith M, Werner M, et al (2000). Adenocarcinoma of the esophagogastric junction: results of surgical therapy based on anatomical/topographic classification in 1002 consecutive patients. *Ann Surg*; 232:353–361.
8. Takashima S, Takeuchi N, Shiozaki H, Kobayashi K, Morimoto S, Ikezoe J, Tomiyama N, Harada K, Shogen K, Kozuka T. Carcinoma of the esophagus: CT vs MR imaging in determining resectability. *AJR Am J Roentgenol*. 1991 Feb;156(2):297-302.
9. Van Vliet EP, Heijenbrok-Kal MH, Hunink MG, Kuipers EJ, Siersema PD. Staging investigations for oesophageal cancer: a meta-analysis. *Br J Cancer*. 2008 Feb 12;98(3):547-57. Epub 2008 Jan 22.

