

TỦ SÁCH HÌNH ẢNH HỌC Y KHOA

**BÀI GIẢNG X QUANG
BỘ MÁY TIÊU HÓA**

2002

**X QUANG CHẨN ĐOÁN
BỆNH LÝ ỚNG TIÊU HÓA**

Hình ảnh được lấy từ :

- Khoa X quang, Bệnh viện Đa Khoa Tây Ninh, tỉnh Tây Ninh
- Khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Nhân Dân Gia Định, TP Hồ Chí Minh
- Phòng Siêu Âm Bệnh viện Đại Học Y Dược TP Hồ Chí Minh
- Khoa Chẩn Đoán Hình Ảnh Bệnh viện Brabois Adultes, Viện Trường Nancy – Pháp . GS D. REGENT
- Khoa Chẩn Đoán Hình ảnh Viện Trường Caen, Côte de Nacre – Pháp . GS G. SCHMUTZ
- và từ các tài liệu tham khảo tổng hợp đã nêu

TRIỆU CHỨNG HỌC X QUANG

BỘ MÁY TIÊU HÓA VÀ CÁC TUYẾN PHỤ

1. HÌNH BỤNG KHÔNG SỬA SOẠN (HBKSS).

1.1. Mục đích

HBKSS chỉ phân biệt được 4 mật độ (khí/mỡ/nước/vôi). Nó giúp phát hiện các cấu trúc vôi hóa, xác định tính phân bố của khí trong ống tiêu hóa, nhận định bất thường về đường bờ của các cấu trúc "mật độ dịch" (cơ thắt lưng, gan, thận).

Vị trí của khảo sát này ngày càng giảm dần do khả năng phân tích trực tiếp các tạng đặc nhờ siêu âm và XQCLĐT. Tuy nhiên, HBKSS vẫn còn vị trí trong bước khởi đầu của bệnh cảnh tắc ruột.

1.2. Kỹ thuật: đã phân tích

1.3. Kết quả bình thường : đã trình bày

2. TRÁM CẢN QUANG ỐNG TIÊU HÓA

Tính tương phản do baryt hoặc một chất tương tự có tính hấp thu tia X mang lại giúp ta có thể phân tích đồng thời chức năng lẫn hình thái. Phương pháp chẩn đoán này đang dần mất ưu thế trước vị trí của nội soi. Phương pháp sau này cho ta thấy trực tiếp niêm mạc của phần lớn ống tiêu hóa một cách hoàn hảo (trừ hồng tràng và hồi tràng). Nó giúp xác định tính chất mô học của tổn thương nhờ sinh thiết khi nội soi. Tuy nhiên, một số tổn thương có thể bị nội soi bỏ sót như bất thường về chức năng, tổn thương dưới niêm mạc hoặc từ ngoài. Chính vì thế, chụp cản quang ống tiêu hóa chỉ còn chức năng bổ sung cho nội soi hoặc để định vị tổn thương chính xác hơn hoặc cung cấp cho phẫu thuật viên một cái nhìn toàn cảnh ống tiêu hóa (nhất là khung đại tràng).

2.1. Quang thực quản

2.1.1. Mục đích

Các chỉ định còn lại là :

- * phân tích chức năng, đặc biệt là tìm trào ngược dạ dày - thực quản
- * trong một số trường hợp, định vị lại tổn thương đã thấy sau nội soi
- * kiểm tra hậu phẫu, loại trừ bực miệng nổi gây dò tiêu hóa

2.1.2. Kỹ thuật

Thực hiện dưới chiếu X quang, nên dùng kỹ thuật chiếu hiện đại với số hóa và chiếu xung. Bệnh nhân nuốt từng ngậm chất cản quang và được chụp từng đoạn một dưới nhiều chiều thế.

2.1.3. Kết quả bình thường

Thực quản có dạng ống và co thắt được. Sự chuyển dịch của các co bóp này giúp đẩy thức ăn xuống. Chính các nhu động này là thay đổi hình thái thực quản theo từng thời điểm và chiếu X quang giúp phân tích chức năng trên một cách đầy đủ.

Niêm mạc thực quản có dạng nếp dọc, nhận thấy rõ trên các hình chụp lớp mỏng và lòng thực quản không căng nhiều.

Lộ trình thực quản tương đối thẳng và gồm ba đoạn : cổ, ngực, bụng. Đoạn cổ khó phân tích do chất cản quang đi ngang qua khá nhanh. Đoạn ngực có ba nơi ngấn sinh lý ngang quai động mạch chủ, phế quản gốc bên trái và nhĩ trái (đẩy thực quản ra sau và sang phải). Đoạn bụng ngấn bắt đầu từ nơi vượt qua vòm hoành (làm hẹp lại).

2.1.4. Dấu hiệu bệnh lý cơ bản

Các bất thường về khẩu kính và độ dài: quan trọng nhất là vùng hẹp, cần xác định vị trí và các tính chất như độ dài, khẩu kính còn lại, trung tâm hay lệch tâm, tương quan tới vùng thực quản bình thường trên và dưới, hình thái niêm mạc tại đây. Căn nguyên có thể là ung thư, do viêm loét hoặc do các chất ăn mòn.

Các bất thường về hình thái : to thực quản

Các hình ảnh phụ thêm : túi thừa, loét trên nền viêm hoặc ung thư

Các hình ảnh co kéo tạo nên hình khuyết tương ứng u lành hoặc ác

Các bất thường chức năng : như trào ngược dạ dày-thực quản, tự nhiên hoặc do tư thế. Chỉ có thể tìm được dưới chiếu X quang.

2.2. Quang vị

2.2.1. Mục đích

Các chỉ định hiện tại gồm :

- * nội soi thất bại (hiếm): thực quản hẹp nên đầu nội soi không đi qua được, bệnh nhân quá yếu
- * phẫu thuật viên cần hình ảnh toàn diện với vị trí của tổn thương đã được nội soi phát hiện
- * kiểm tra hậu phẫu
- * phân tích chức năng

2.2.2. Kỹ thuật

Chụp nhiều hình ở nhiều chiều thế khác nhau với mức độ trám thuốc cản quang thay đổi. Chụp đối quang kép với sử dụng các thuốc sinh hơi và giảm trương lực dạ dày tá tràng

2.2.3. Kết quả bình thường

Dạ dày căng giãn khi chứa nhiều chất trong lòng. Góc His giữa thực quản và phình vị lớn tạo nên cơ chế ngăn cản hiện tượng trào ngược. Giống như thực quản, dạ dày co bóp tạo nhu động từ đáy lan xuống hang vị và môn vị giúp đẩy dần các chất chứa trong lòng dạ dày sang tá tràng.

Niêm mạc dạ dày là những nếp đều đặc, dày nhất tại phình vị lớn trở nên mảnh dần khi hướng về môn vị. Tá tràng có niêm mạc ngoằn ngoèo hơn và khít nhau hơn (dạng lá dương xỉ).

Người ta phân biệt các vùng giải phẫu khác nhau: dạ dày có phần đứng và phần ngang, tá tràng có bốn đoạn bọc quanh đầu tụy.

2.2.4. Dấu hiệu bệnh lý cơ bản

Các bất thường về khẩu kính và kích thước :chít hẹp thường có nguyên nhân bệnh lý tiến triển. Đặc biệt xuất hiện ở môn vị hoặc tá tràng do tổn thương trong thành hoặc do chèn ép từ ngoài. Các bệnh lý này sẽ làm căng giãn dạ dày.

Các bất thường về hình thể và trạng thái : ở dạ dày là tình trạng gập góc, sa hoặc xoắn. Cũng có thể kể đến thoát vị trượt kèm trào ngược, thoát vị xoay... Đối với tá tràng thường là những biến dạng do chèn ép từ ngoài, đáng lưu ý là u tụy.

Các bất thường về niêm mạc : phì đại, xóa mờ. Thường gặp trong viêm dạ dày toàn thể. Những biến đổi khu trú như co kéo, phì đại thường liên quan tới các tổn thương loét hoặc chồi sùi.

Các hình ảnh phụ thêm : túi thừa, loét.

Các bất thường chức năng : lan tỏa hoặc cứng khu trú. Thường khó khẳng định hoàn toàn.

2.3. Quang di tràng

2.3.1. Mục đích

Đây là khảo sát không bị cạnh tranh bởi nội soi như với các đoạn khác của ống tiêu hóa. Chỉ định chính khi nghi ngờ các tổn thương viêm hoặc u và nhất là xác định độ dài của thương tổn.

2.3.2. Kỹ thuật

Được khảo sát bằng phương pháp uống thông thường hoặc dạng đối quang kép bằng thụt baryt qua ống thông mũi dạ dày và đặt tới góc Treitz.

Chụp nhiều đoạn khác nhau theo thời gian và nhất là "ép" nhằm tách các quai ruột xa nhau ra và không chồng lên nhau. Nằm sấp là tư thế không thể thiếu ("ép" tự nhiên).

2.3.3. Kết quả bình thường

Phương pháp thụt baryt giúp thời gian khám nghiệm thu ngắn hơn. Về mặt sinh lý, khi uống , nhu động bình thường đưa baryt đến manh tràng sau 1 - 3 giờ tính từ khi bắt đầu. Một số thuốc có thể giúp baryt lưu thông nhanh hơn nhất là khi đã đến hồi tràng.

Nếp niêm mạc thay đổi dần từ hồng tràng xuống hồi tràng.

Các quai hồng tràng xếp dọc còn hồi tràng xếp hướng ngang và phân bố hài hòa trong ổ bụng.

2.3.4. Dấu hiệu bệnh lý cơ bản

Các bất thường về khẩu kính và kích thước : chít hẹp (xác định vị trí, hình thái, độ dài, trung tâm hay lệch tâm, phần nối tiếp với đoạn lành, biến đổi niêm mạc), căng giãn do tắc nghẽn (vị trí ...) Tìm nguyên nhân viêm, mạch máu, u.

Các bất thường về hình thể và trạng thái : lan tỏa như mạc treo chung với các quai ruột nằm về bên phải hoặc khu trú như lồng ruột, xoắn ruột...

Các bất thường về niêm mạc : dày, khoảng cách giữa các nếp, biến mất, tăng hơn và khít nhau...

Các hình ảnh phụ thêm : túi thừa Meckel, loét với các bóng dạng gai...

Các hình ảnh khiếm khuyết hoặc là những u lành hoặc ác hoặc dưới niêm mạc do viêm

Khoảng cách giữa các quai ruột gia tăng chứng tỏ hoặc thành ruột dày lên hoặc do hiện diện dịch trong khoang phúc mạc.

Các rối loạn vận động : giảm trương lực hoặc tăng nhu động

2.4. Quang đại tràng

2.4.1. Mục đích

Hiện nay, nội soi thay thế dần nhờ quan sát trực tiếp lòng và niêm mạc đại tràng. Chỉ định thực baryt ngược dòng qua hậu môn vẫn còn khi :

- * không nội soi được trọn vẹn : bệnh nhân yếu, không phân tích đầy đủ nhất là đại tràng phải
- * nghi ngờ tổn thương từ ngoài chèn ép
- * hội chứng tắc ruột

2.4.2. Kỹ thuật

Trám cản quang qua thao tác thực baryt qua ống thông hậu môn. Chụp hình từng đoạn một theo từng chiều thế thích hợp. Trám cản quang đoạn cuối hồi tràng tùy thuộc vào độ kín của van hồi manh.

2.4.3. Kết quả bình thường

Baryt đi vào ngược dòng không mấy khó khăn nếu bệnh nhân đã được chuẩn bị đúng quy cách. Tuy nhiên, đôi khi do hiện diện nhiều hơi trong đại tràng, các góc gan và lách tạo thành những nút, baryt đi vào chậm, đòi hỏi phải biết cách thay đổi tư thế bệnh nhân và tăng dần áp lực thuốc thực vào. Tất cả được thực hiện dưới chiếu X quang. Hồi tràng bị trám nhiều quá sẽ cản trở việc phân tích trở lại các đoạn sigma... do chồng ảnh lên nhau.

2.4.4. Dấu hiệu bệnh lý cơ bản

Các bất thường về khẩu kính và kích thước : căng giãn chức năng hoặc do tắc, hẹp khu trú (xác định vị trí, hình thái, độ dài, trung tâm hay lệch tâm, phần nối tiếp với đoạn lành, biến đổi niêm mạc)

Tim nguyên nhân viêm, mạch máu, u.

Các bất thường về hình thể và trạng thái : lan tỏa như mạc treo chung với đại tràng nằm hoàn toàn về bên trái hoặc khu trú như xoắn đại tràng sigma...

Các bất thường về niêm mạc : xoá mất các nếp gấp thanh mạc tạo nên đại tràng dạng ống

Các hình ảnh phụ thêm : túi thừa nhất là vùng sigma, loét...

Đối với các bóng khuyết, phải phân biệt với chất cản bã. Chúng có thể là u lành như polyp hoặc ác tính (thường lớn hơn). Nội soi giúp sinh thiết và cắt bỏ những tổn thương nhỏ.

Các bất thường chức năng : lan tỏa (giảm trương lực hoặc đại tràng co thắt) hoặc thâm nhiễm cứng khu trú

3. TRÁM CẢN QUANG ĐƯỜNG MẬT

3.1. Mục đích

Siêu âm giúp khảo sát gần như toàn bộ cây đường mật một cách toàn hảo. Vị trí của trám cản quang chỉ còn hạn chế như kiểm tra hậu phẫu qua ống Kehr, qua nội soi ngược dòng hoặc xuyên gan qua da kết hợp với một thao tác điều trị như dẫn lưu, đặt stent.

3.2. Kỹ thuật

Bàn sau

3.3. Dấu hiệu bệnh lý cơ bản

Các hình khuyết thường tương ứng với các sỏi thấu quang. Khi trám cản quang qua ống dẫn lưu, cần tránh đưa khívào đường mật do sai sót kỹ thuật.

Khi hiện diện hẹp, phải xác định vị trí, hình thái...

4. SIÊU ÂM

4.1. Mục đích

Siêu âm cho phép khảo sát toàn bộ các tạng đặc trong ổ bụng và các cấu trúc dạng ống (đường mật, mạch máu).

Siêu âm độ phân giải cao cũng giúp phân tích cấu trúc ống tiêu hóa, nhu động, đánh giá chuyển động trong lòng ruột, bổ sung trong một số trường hợp tắc ruột giai đoạn trễ.

4.2. Kỹ thuật

Là một trong những kỹ thuật hình ảnh học cắt lớp, siêu âm giúp khảo sát tổn thương trong mọi hướng của không gian. Ngoài kết quả hình thái, nhờ siêu âm Doppler, người ta còn có thể phân tích định lượng mạch máu, tốc độ dòng chảy và lưu lượng. Điều cần bản không thể thiếu để đạt được một kết quả có chất lượng là trình độ của người làm siêu âm, tính khắt khe nghiêm túc khi thao tác vì không thể phân tích dựa trên hình ảnh lưu trữ.

4.3. Kết quả bình thường

Hình ảnh siêu âm là kết quả của sóng siêu âm tác động lên các giao diện có nhiều hoặc ít hoặc không có bên trong cấu trúc mô mà sóng đi qua.

4.4. Dấu hiệu bệnh lý cơ bản

Nhiều tổn thương hiện lên dưới dạng khác nhau :

- * bất thường lan tỏa về cấu trúc (gan nhiễm mỡ, xơ gan) hoặc về hình thái (gan to, dịch báng ...)

- * bất thường khu trú

- sỏi đường mật với ba tính chất : phản âm dày, có bóng lưng sau và di động (nếu trong túi mật)

- u dạng nang (nang gan, nang thận) là cấu trúc phản âm trống kèm tăng âm phía sau, khác với u đặc do có phản âm thay đổi, đồng nhất hoặc không

- các mạch máu : bình thường hoặc phình, có đóng vôi thành không, có huyết khối do di căn không ...

BỆNH LÝ CỦA THỰC QUẢN

1. KHẢO SÁT THỰC QUẢN

1.1. Hình thể

Thực quản gồm 3 đoạn :

- cổ
- ngực
- bụng

1.1.1. Thực quản cổ

Thực quản cổ ngắn

Miệng trên của thực quản (miệng Killian) chiếu ngang C6. Cơ vòng trên của thực quản chính là cơ hầu-nhãn. Cơ vòng này đóng khi nghỉ và mở ra khi nuốt. Có thể thấy dấu nhấn của nó ở mặt sau của thực quản.

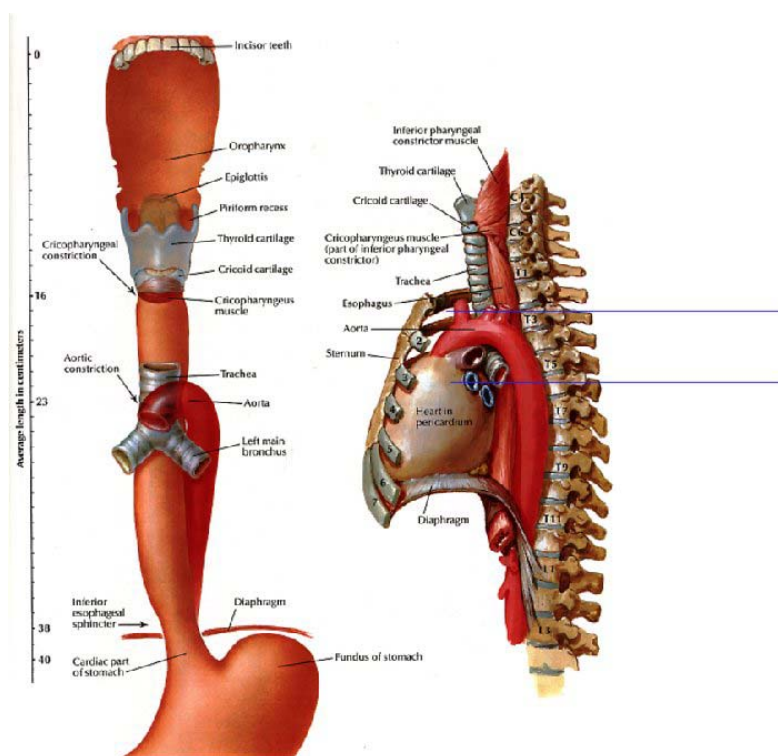
1.1.2. Thực quản ngực

Nằm trong trung thất sau.

1/3 trên : nằm giữa miệng trên và quai động mạch chủ. Kéo dài khoảng 10 cm và phần dưới cách cung răng trên khoảng 25 cm và chiếu ngang D4.

1/3 giữa : nằm trong khoảng 25 và 28 cm cách cung răng, trải từ quai động mạch chủ đến trục chia khí quản.

1/3 dưới : tính từ phần dưới của trục chia khí quản và trải dài đến các tĩnh mạch phổi dưới. Ở vị trí 28 đến 35 cm cách cung răng, chiếu ngang D8.



1.1.3. Thực quản bụng và vùng thực quản-dạ dày

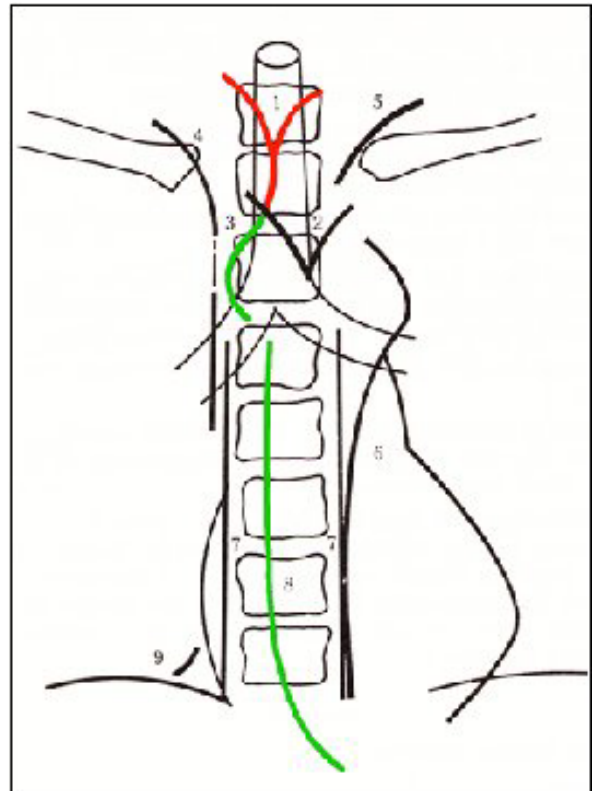
Hiện diện một đoạn hẹp gồm phần vượt qua khe hoành và phần ngắn dưới hoành cho đến tâm vị. Nằm ở vị trí 35 đến 40 cm cách cung răng.

1.2. Khảo sát X quang

1.2.1. X quang ngực thẳng và nghiêng

Trên phim thể nghiêng : lưu ý phần mềm trước cột sống cổ, rộng khoảng 15 mm trước C4, tìm các dị vật cản quang, gia tăng khoảng trước cột sống cổ gợi ý tụ dịch hoặc áp xe, sự di lệch của khí quản, khí thũng trong khoảng trước sống gợi ý thủng.

Trên phim thể thẳng : lưu ý các đường trung thất (đã học trong X quang ngực) : đường cận thực quản tạo nên đường trung thất sau khi nằm trên trạc chia khí quản và trở thành đường cận thực quản dưới phải chạy chéo từ dưới trạc chia khí quản sang bên trái. Bệnh lý thực quản như u, thực quản to, có thể làm di lệch đường này. Sự hiện diện của khí hoặc một thủy khí giữa một bóng mờ trung thất có thể gợi ý một bệnh lý thực quản : hẹp, túi thừa, thoát vị qua khe thực quản



1.2.2. Khảo sát với baryt

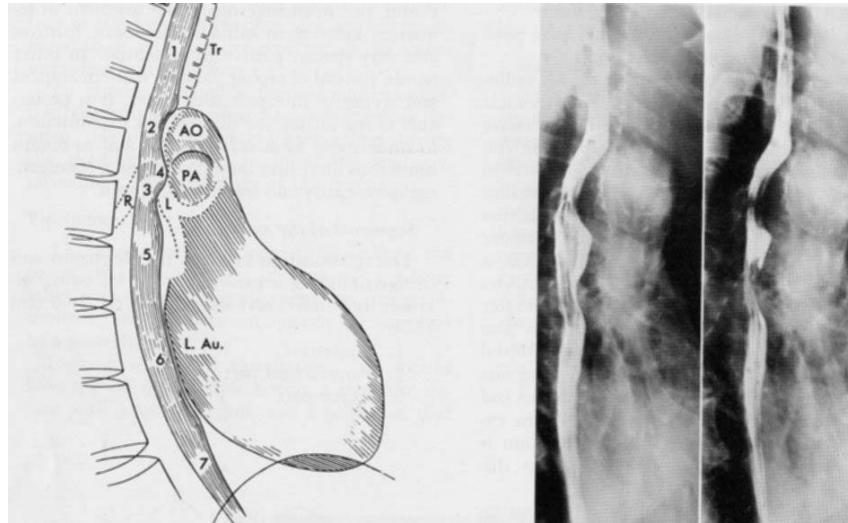
Chất cản quang sử dụng có thể là :

- baryt lỏng khi khảo sát bình thường
- baryt tỷ trọng cao cho phép khảo sát đối quang kép và phân tích kỹ nếp niêm mạc

1.2.3. Chất cản quang tan trong nước

Được sử dụng khi cần tìm thủng hoặc dò trung thất nhất là hậu phẫu. Chống chỉ định khi nghi ngờ lạc đường hoặc dò thực quản-phế quản. Trong trường hợp này, phải dùng hoặc baryt hoặc tốt nhất chất cản quang tan trong nước không ion với độ thẩm thấu thấp (Hytrast trước kia nay không còn được sản xuất).

Tóm lại, để chẩn đoán bình thường, dùng baryt lỏng, khi nghi ngờ thủng, dùng chất cản quang tan trong nước, khi nghi ngờ dò khí đạo-ống tiêu hóa, dùng chất cản quang không ion hoặc baryt.



1.2.4. Kỹ thuật trám cản quang

Thực hiện liên tục và lặp lại với yêu cầu bệnh nhân uống liên tục hoặc từng ngụm.

Chụp đối quang kép cần làm giảm trương lực với Visceralgine và sử dụng baryt tỷ trọng cao sau khi cho uống bột sinh hơi. Các biến chứng rất ngoại lệ nếu đã tuân thủ các chống chỉ định như lạc đường hoặc thủng.

Để khảo sát chức năng, chỉ cần chụp trám đơn giản và lưu ý miệng trên, vùng tâm vị-phình vị lớn.

Để khảo sát niêm mạc, cần chụp đối quang kép

Các chiều thế cần thiết bao gồm : thẳng, nghiêng, chéch trước phải và chéch trước trái.

Vùng tâm vị được bổ sung với thế Schatzki, nằm giữa chéch sau phải, đầu đèn hướng lên nhẹ. Tim thoát vị qua khe thực quản hoặc trào ngược dạ dày-thực quản với tư thế Trendelenburg, nằm giữa hoặc sấp.

Tất cả đều cần máy chiếu chụp và ghi được dưới dạng động (tốt nhất là kỹ thuật số).

1.2.5. Kết quả : hình thái chức năng

Viên thức ăn đến sẽ làm mở cơ vòng hầu-nhãn và diễn ra hiện tượng nuốt trong thực quản. Một sóng sơ cấp hình thành đẩy viên thức ăn xuống tới cơ vòng dưới. Nhu động sơ cấp này được bổ sung bởi các sóng thứ cấp, độc lập với động tác nuốt, và là hiện tượng giãn cục bộ.

Trong một số trường hợp, co thắt tam cấp, không đều có thể xuất hiện. Chúng phải biến mất khi gặp sóng sơ cấp lan truyền.

1.2.6. Hình thể

Triệu chứng khá đơn giản :

- *thâm nhiễm cứng thành ống* : một đoạn thực quản mất vẻ mềm mại, cứng, cố định và thứ phát sau hẹp do viêm loét, do chất bào mòn nhưng cũng có thể do ung thư.
- *thành kém co giãn* : tương tự như trên, có thể là khởi đầu của ung thư thâm nhiễm dưới niêm mạc.

Các hình khuyết : có thể là những polyp nhỏ, lành tính hoặc những khuyết lớn không đều làm biến dạng lòng ống thực quản gợi ý ung thư thể chồi

Các hình phụ thêm : túi thừa thực quản là hình

túi nối liền với thực quản qua một cổ với kích thước thay đổi, không ảnh hưởng trên niêm mạc thực quản. Vị trí có thể hầu – thực quản, cận phế quản, trên hoành.

Các đường dò : có thể chột vào trong trung thất, có thể thông thương với phế quản.

Các ổ loét : : lành tính hoặc ác tính

Các ổ loét lành thường liên quan tới bệnh lý trào ngược dạ dày-thực quản và hiện diện ở 1/3 dưới. Đôi khi trong khung cảnh dị nguyên niêm mạc dạ dày : thực quản Barrett. Những ổ loét này có khuynh hướng tiến tới hẹp.

Một số khuyết khác liên quan tới các cấu trúc ngoài thực quản : hạch phì đại, mạch máu đè vào, u trung thất. Chúng làm hẹp lòng thực quản và đẩy lệch thực quản hoặc không.

Một số tiêu chuẩn giúp xác định bản chất bên ngoài thực quản : đường bờ đều, rõ nét, nối thoai thoải với bờ thực quản hai bên, không biến đổi niêm mạc, Lưu ý u lành tính dưới niêm mạc như u cơ trơn cũng cho hình ảnh như cấu trúc chèn ép từ ngoài vào.

Các biến đổi niêm mạc :

- vết loét hoặc viêm trợt nông : hiện diện những đốm nhỏ dạng chấm do baryt bám dính vào
- dạng nốt : có thể là ung thư nông



- phì đại niêm mạc cần phân biệt với giãn tĩnh mạch thực quản tập trung ở 1/3 dưới. Thành thực quản vẫn mềm mại

1.2.7. Các nguyên nhân chèn ép từ ngoài

Thực quản cổ : hạch, áp xe sau hầu, gai xương

Thực quản ngực và bụng : cung động mạch chủ, ung thư phế quản, u trung thất sau, viêm trung thất xơ hóa hoặc di căn

1.2.8. Tổn thương chít hẹp

Đối với tổn thương ác tính, hẹp thường không đều, lệch tâm, ngăn cách đột ngột với phần thực quản lành trên và dưới

Đối với hẹp do tổn thương lành, đường bờ đều và thoai thoải với phần thực quản trên và dưới



1.3. Các rối loạn chức năng

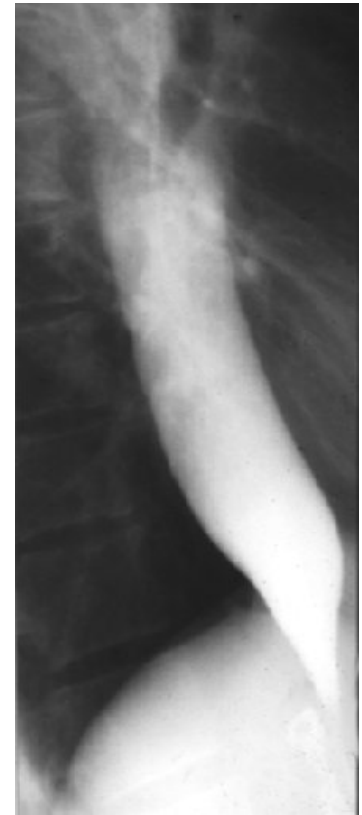
Sóng thứ cấp phát sinh từ phần dưới thực quản và lan truyền lên trên đối nghịch với nhu động sinh lý.

Trong một số trường hợp, sóng tam cấp tạo nên nhiều chỗ co thắt

1.3.1. Nguyên nhân

Có thể đi kèm triệu chứng hoặc không, đặc biệt là triệu chứng khó nuốt. Co thắt tâm vị tức thực quản to không rõ căn nguyên với đặc tính cơ vòng dưới không giãn ra. Giai đoạn đầu biểu hiện gia tăng hoạt động co bóp và trong giai đoạn trễ là tình trạng thực quản giãn to, mất trương lực.

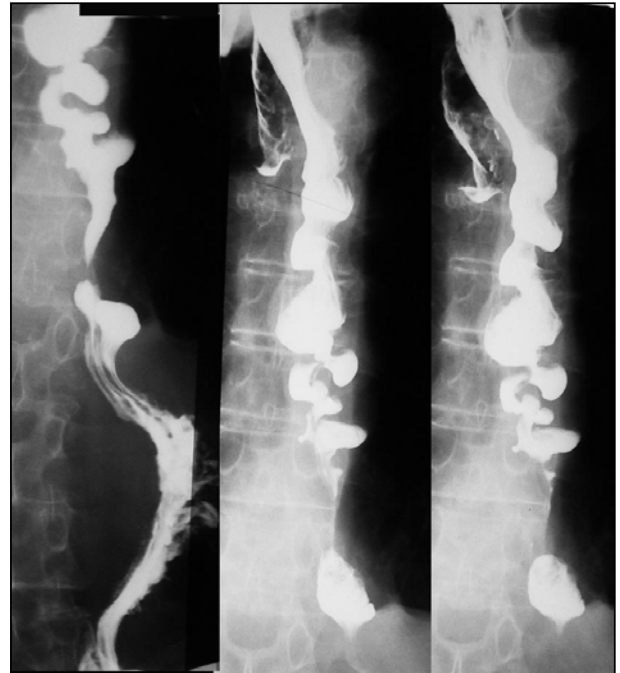
Quang thực quản cho thấy thuốc cản quang qua khỏi tâm vị khó khăn, đoạn cuối thực quản thon dài, đều. Trễ hơn, thực quản giãn lớn tạo nên hình ảnh trung thất nở rộng hoặc đôi khi kèm mực thủy khí lớn chiếu ở phần thấp của ngực. Vấn đề là phải phát hiện các biến chứng như nhiễm Candida hoặc ung thư dạng biểu bì.



1.3.2. Bệnh lý co thắt nhiều chỗ

Trước kia gọi là hội chứng Barsony và Teschendorff, nuốt đau, khó nuốt. Sóng thứ cấp không lan truyền, biên độ lớn, kéo dài. Cơ vòng dưới bình thường.

Trong những thể điển hình, hiện diện những co thắt tam cấp, lập đi lập lại.

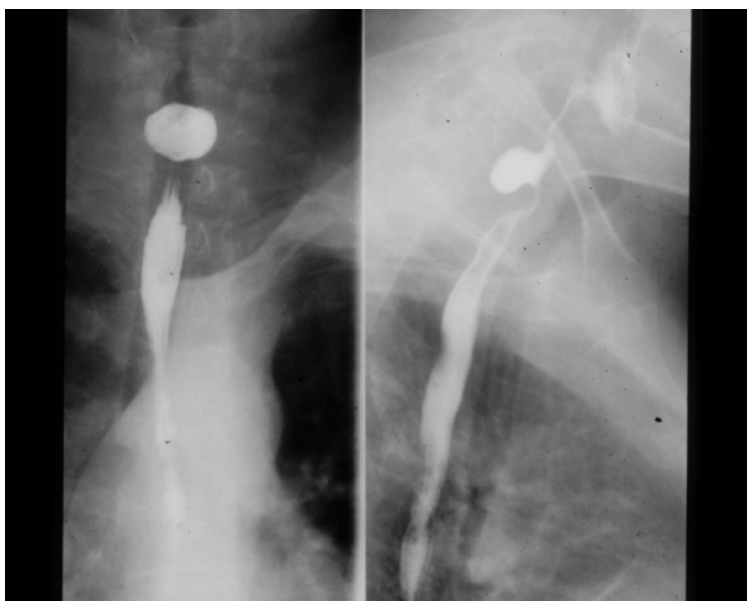


1.4. Túi thừa thực quản

Túi thừa Zencker : nằm giữa cơ co thắt dưới của thanh quản và cơ hầu nhân. Xảy ra do thoát vị ra sau qua niêm mạc và dưới niêm mạc vào lớp cơ.

Túi thừa đoạn giữa thực quản : có thể túi thừa do đẩy ở bờ trái của thực quản thuộc đoạn giữa phế-chủ. Cũng có thể là túi thừa kéo ở đoạn liên phế quản, thứ phát sau lao hạch.

Túi thừa trên hoành : có thể lớn và phát triển ở bờ phải của thực quản trên hoành



2. TỔN THƯƠNG VIÊM

2.1. Viêm thực quản do trào ngược

Trào ngược dạ dày-thực quản là nguyên nhân của các biểu hiện lâm sàng như ợ nóng, đau ngực, khó nuốt.

Trào ngược dạ dày-thực quản có thể xảy ra đi kèm với thoát vị qua khe thực quản hoặc không (xơ cứng bì).

Không thể thiếu nội soi để đánh giá mức độ trầm trọng của nhiễm trùng cũng như để phát hiện viêm loét.

Các dấu hiệu X quang bao gồm : hiện diện tổn thương niêm mạc : dạng nốt, nếp niêm mạc dày, các vết loét nông. Từ đó, hình thành các biến đổi xơ hóa quanh chu vi tạo nên hẹp vòng quanh, giữa tâm, đối xứng với độ dài thay đổi, hoặc tại chỗ hoặc lan về phía dưới : thực quản ngắn nội tại, thực quản Barrett : hình ảnh dạng nang nhỏ thường tìm thấy ở dạ dày xuất hiện trên niêm mạc phần thấp của thực quản.



2.2. Nguyên nhân hẹp thực quản

Ung thư thực quản

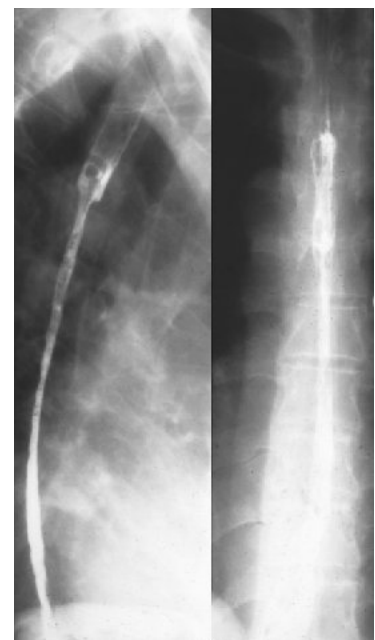
Diễn tiến ác tính từ ngoài : ung thư phế quản, hạch di căn

U lành tính trong thành thực quản : u cơ trơn

Viêm thực quản : loét, do chất bào mòn, nhiễm trùng

Nhân tạo : sau đặt nội khí quản, sau tia xạ, sau chích xơ, sau thủ thuật nong giãn chữa chứng co thắt tâm vị

Viêm thực quản do chất ăn mòn.



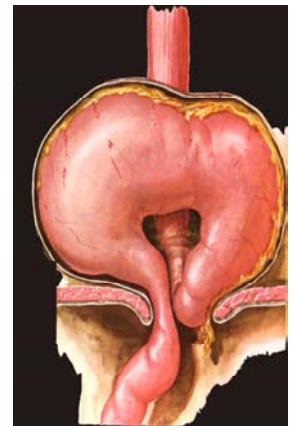
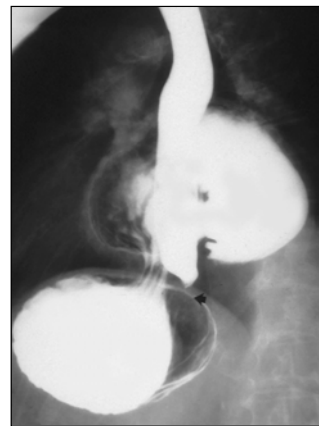
2.3. Thoát vị qua khe thực quản

Tức một phần của dạ dày trượt thường xuyên hoặc ngắt quãng qua khe thực quản lên trên hoành.

Thường gặp nhất là thoát vị trượt. Nơi nối thực quản-dạ dày nằm trên vòm hoành, trong ngực Dễ đi kèm trào ngược dạ dày-thực quản.

Thoát vị cận thực quản do xoay : hiếm hơn. Tâm vị vẫn nằm dưới hoành. Không kèm trào ngược dạ dày-thực quản nhưng có những biến chứng riêng như nhồi máu, xoắn.

Thoát vị hỗn hợp : xoay + trượt : hiện diện túi thoát vị lớn do trượt nhưng nhiều biến chứng.



Thoát vị trượt

Thoát vị xoay

3. VIÊM THỰC QUẢN NHIỄM TRÙNG

3.1. Lâm sàng và khảo sát

Viêm thực quản nhiễm trùng khởi phát nhanh với những biểu hiện lâm sàng ở thực quản : nuốt đau, nuốt khó hoặc những dấu hiệu vùng ngực : đau sau ức, cảm giác nóng bỏng

Khảo sát ngay thực quản : nội soi trước tiên cho thấy những tổn thương niêm mạc, có thể sinh thiết nhiều nơi để khảo sát tế bào học, mô học, virus học và vi trùng học.

Nếu chưa kết luận được, cần thực hiện khám nghiệm X quang.

Tổn thương trung thất đòi hỏi X quang ngực, XQCLĐT.

Một khi có chỉ định X quang, phải thực hiện khám nghiệm đối quang kép với thuốc giảm trương lực và baryt tỷ trọng cao.

3.2. Chẩn đoán căn nguyên

95% viêm thực quản có nguồn gốc nhiễm trùng đều liên quan tới *Candida albicans*, Cytomegalovirus, Herpes và vi trùng Koch.

3.2.1. Viêm do Candida

Là tổn thương nhiễm trùng thường gặp nhất ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch (AIDS). Còn gặp ở bệnh nhân đang hóa trị, dùng thuốc ức chế miễn dịch, điều trị với corticoid hoặc kháng sinh.

Rất thường đi kèm với bệnh Candida miệng. Nội soi cho thấy niêm mạc viêm đỏ sung huyết bao phủ bởi những mảng trắng.

Hiện diện loét gợi ý nhiễm virus kèm theo : Herpes hoặc CMV.

Khảo sát đối quang kép cho thấy tổn thương dạng nốt lan tỏa, đều đặn trong mặt phẳng dọc và theo chiều của nếp niêm mạc. Các nốt có kích thước 1 – 5 mm, nằm kề nhau tạo nên hình thái răng cưa ở đường bờ thực quản.

Thương tổn thường khu trú ở phần xa nhưng cũng có thể lan tỏa, đều xung quanh và đồng nhất.

Nếp niêm mạc dày lên do phù nề dưới niêm mạc tạo hình ảnh như giãn tĩnh mạch. Những mảng Candida có thể tạo nên hình ảnh tổn thương nốt khu trú giả u.



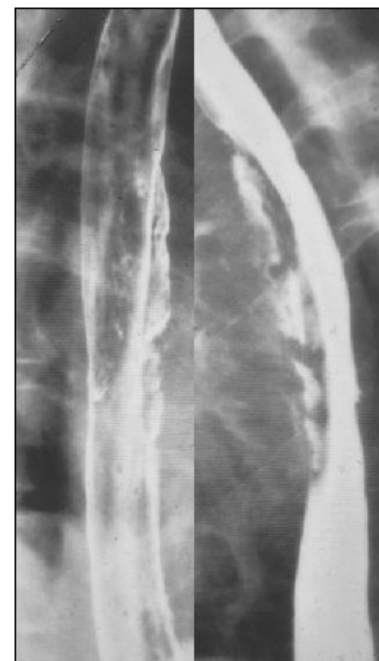
3.2.2. Viêm do Cytomégalovirus (CMV)

Cũng là một loại nhiễm trùng cơ hội gặp ở bệnh nhân AIDS hoặc đang sử dụng thuốc ức chế miễn dịch. Tổn thương gây đau. Hiện tượng thiếu máu đưa tới biến chứng thủng hoặc dò thực quản. Nội soi cho thấy niêm mạc phù với những vết loét dạng vòng khóa, rộng, viền hơi nổi lên.

Về mặt X quang, viêm biểu hiện dưới dạng những ổ loét nông rải rác khắp niêm mạc, chiếm chủ yếu 1/3 dưới, không đặc hiệu. Về sau, các vết loét điển hình hơn; tăng số lượng, sâu hơn, rộng hơn và có đường viền nổi gờ lên.

Loét sâu dần gây thủng.

Cơ chế thiếu máu có thể đưa tới tình trạng hẹp thực quản.



3.2.3. Viêm thực quản Hecpet

Cũng liên quan tới các bệnh nhân suy giảm miễn dịch. Tổn thương luôn luôn gây đau nhiều với cảm giác nóng bỏng sau ức và nuốt đau. Thường đi kèm tổn thương hầu-hầu. Điều trị kháng virut sẽ làm thuyên giảm dần và khả quan.

Khảo sát đối quang kép phát hiện được những tổn thương nang nhỏ. Chụp lớp mỏng niêm mạc cho thấy những tổn thương ở giai đoạn loét nông : loét dạng chấm, nhiều, rải rác, đôi khi bao quanh bởi một vành sáng. Các vết loét này có thể thẳng hoặc dạng sao, chiếm chủ yếu ở 1/3 giữa thực quản. Đến giai đoạn trễ, xuất hiện giả mạc cho hình ảnh tổn thương nốt. Sau điều trị sẽ thuyên giảm hoàn toàn.

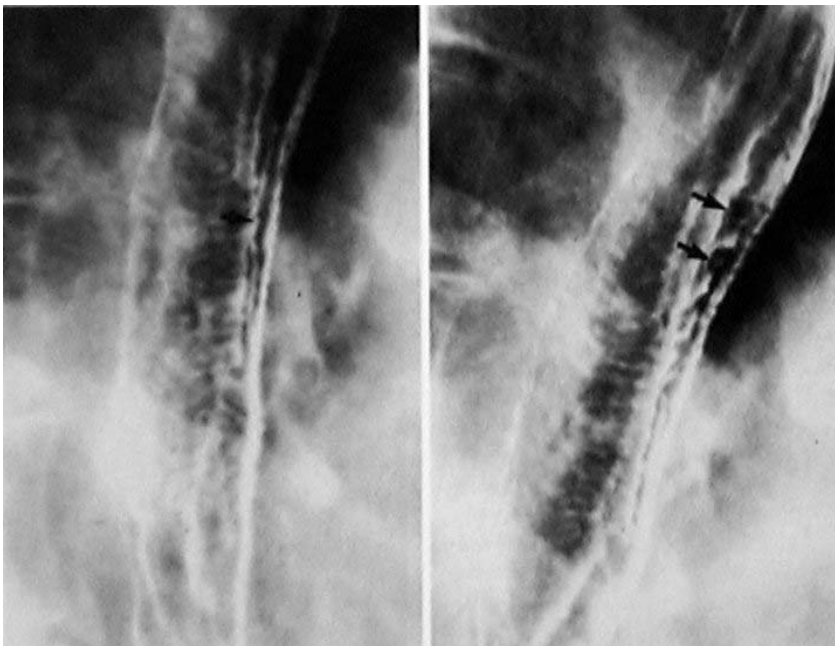
3.2.4. Lao thực quản

Là tổn thương hiếm, gặp ở người da đen hoặc suy giảm miễn nhiễm.

Tổn thương thực quản thường thứ phát sau ổ nhiễm lao hoặc hạch trung thất. Dấu hiệu chính là nuốt khó. Nội soi phát hiện nhiều ổ loét, đôi khi tạo dò thực quản-phế quản hoặc thực quản-hạch.

Trám cản quang thực quản đôi khi chỉ cho thấy bị chèn ép từ ngoài ngang trạc chia khí quản. Đôi khi biểu hiện loét dạng chấm thậm chí viên thực quản trợt.

XQCLĐT giữ vai trò quan trọng cho thấy các tổn thương hạch trung thất. Thực hiện đồng thời tổng kê lao : hạch trung thất, ổ nhiễm lao trong phổi.



Viêm thực quản Herpes. Chụp niêm mạc cho thấy hình ảnh dạng hạt kèm nếp ngang và một vài vết loét dọc (mũi tên)



Lao thực quản. Nhiều vết loét nhỏ rải rác kèm dò sang hạch

3.2.5. Viêm thực quản do dược phẩm

Do nuốt một số dược phẩm ở tư thế nằm, chính yếu là tetracycline hoặc doxycycline dạng viên nén, tạo nên loét nông, nằm ngang quai động mạch chủ. Một số thuốc khác cũng có khả năng như acit ascorbic, aspirin.

3.2.6. Viêm thực quản do chất bào mòn

Trên 90% các trường hợp là do nuốt chất sút tiến triển nhanh tới phản ứng sẹo xơ lan rộng. Ở giai đoạn hoại tử cấp tính, nội soi giúp đánh giá mức lan rộng theo bề mặt và độ sâu. Chụp quang thực quản với chất cản quang tan trong nước thực hiện trễ sau tuần lễ thứ ba nhằm xác định mức độ xơ hóa, hẹp lòng, co kéo tâm vị.

3.2.7. Viêm thực quản do tia xạ

Xuất hiện khoảng 6 tháng sau tia xạ. Biểu hiện chít hẹp khu trú đôi khi loét, nằm trong trường tia xạ.

XQCLĐT cần thiết để phát hiện tái phát.

4. VỠ VÀ THŨNG THỰC QUẢN

Xuất độ tổn thương này tăng dần do người ta thực hiện ngày càng nhiều các thủ thuật can thiệp nội soi như nong giãn, chích xơ, điều trị bằng tia laser.

Vỡ thực quản hiếm khi xảy ra tự nhiên trên một thực quản lành.

Thủng thực quản thường do một chấn thương trực tiếp tạo nên một vết thương trên nền một thực quản thường là bệnh lý. Vỡ thực quản do ngoại vật kết hợp cả hai cơ chế trên. Vai trò của hình ảnh học là thấy được thủng và hậu quả.

4.1. Lâm sàng

Bệnh cảnh thể hiện qua vỡ thực quản tự nhiên : hội chứng Boerhaave. Các tình huống lâm sàng : gắng sức để ói mửa sau một bữa ăn nhiều mỡ. Đau dữ dội. Nuốt làm tăng chứng đau : nuốt đau.

4.1.1. Khám lâm sàng

Có thể hiện diện khí thũng dưới da, dấu hiệu ở ngực và bụng. Thường có tràn dịch màng phổi. Dấu hiệu tổng quát gồm trụy mạch, ngất, hội chứng nhiễm trùng trầm trọng.

4.1.2. Điều trị

Thủng hoặc vỡ thực quản là một cấp cứu ngoại khoa

Tử vong lên tới 65% trong vòng 24 giờ đầu.

4.2. Hình ảnh học

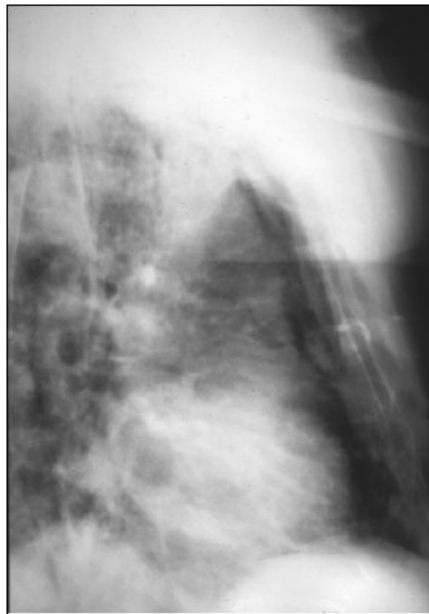
4.2.1. X quang ngực

Ban đầu các hình chụp gần như bình thường. Chụp thì thở ra có thể phát hiện tràn khí trung thất.

Vỡ thực quản có thể lan về màng ngoài tim hoặc màng phổi : tràn khí màng ngoài tim, tràn khí màng phổi. Từ giờ thứ 6, 50% các trường hợp xuất hiện tràn khí dưới da dọc thành ngực lan dần lên hố thượng đòn, đáy cổ và hai bên cổ.

X quang ngực cũng có thể cho thấy dị vật cản quang, nguyên nhân gây thủng.

Trễ hơn là biến chứng viêm trung thất với trung thất nở rộng, đường bờ không còn rõ nét và không đều.



4.2.2. Hình bụng không sửa soạn

Được thực hiện thường quy quan sát vòm hoành để tìm khí tự do trong khoang phúc mạc.

4.2.3. Quang thực quản

Phải kiểm tra huyết động của bệnh nhân và đôi khi thực hiện khảo sát không dễ dàng.

Sử dụng chất cản quang tan trong nước (có thể dùng loại độ thẩm thấu cao như Telebrix^R), thể tích tương đối mới có thể phát hiện được nơi dò thuốc vào trung thất và vết rách thực quản. Dịch thoát ra có thể lan trong trung thất, sát ngay với bờ thực quản hoặc vào khoang màng ngoài tim hoặc khoang màng phổi.

Quang thực quản nhiều khi cũng âm tính : hoặc do sai sót kỹ thuật hoặc do vết rách quá nhỏ. Khi ấy, có chỉ định thực hiện XQCLĐT.

4.2.4. XQCLĐT

XQCLĐT ngược giúp khảo sát thực quản. Thực hiện trước rồi sau tiêm chất cản quang tĩnh mạch. Khi nghi ngờ thủng, có thể cho uống thuốc cản quang tan trong nước.

Trước tiên, tìm ngay dấu hiệu tràn khí trung thất : bóng sáng quanh các mạch máu, cây phế quản, thực quản và bóng tim. Các dấu hiệu viêm trung thất có thể gặp là : hình thái không đồng nhất và tăng mật độ của vùng mỡ trung thất, rải rác là những bóng mật độ dịch.

Các dấu hiệu khác gồm : tràn dịch màng phổi, tràn khí dịch màng phổi, tràn khí màng ngoài tim, tổn thương nhu mô phổi.

5. U THỰC QUẢN

5.1. Khảo sát hình ảnh

Nội soi là phương pháp được chọn để khảo sát các u thực quản.

Nó cho phép phân biệt niêm mạc thực quản và niêm mạc dạ dày. Nội soi chỉ bị hạn chế trong trường hợp không thể vượt qua được một chỗ hẹp khít, và khi hiện diện một u ngoài lòng thực quản chèn ép hoặc u trong thành thực quản.

Siêu âm nội soi là một kỹ thuật bổ sung cho nội soi giúp đánh giá được các tổn thương trong thành thực quản, độ lan rộng vào trong thành của những u thực quản, hiện diện hạch cận thực quản, xâm lấn ngoài thành của những u thực quản.

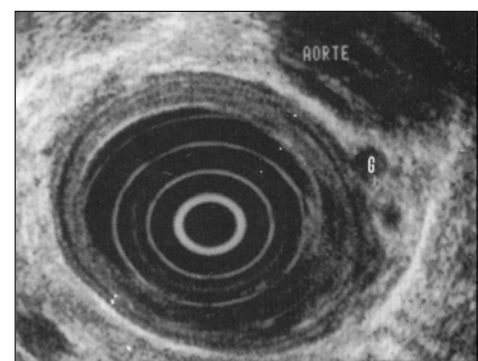
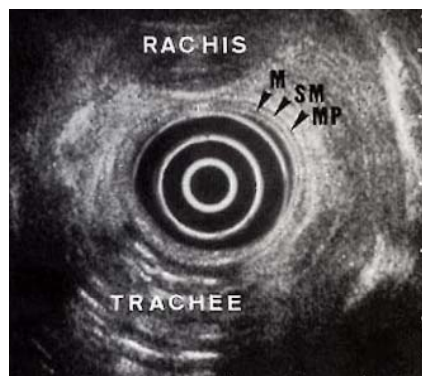
Rachis : cột sống

Trachee : khí quản

M:niêm mạc, *SM*: dưới niêm mạc

Aorte : động mạch chủ

G : hạch



XQCLĐT rất quan trọng trong việc thực hiện tổng kê xâm lấn. Nó cho phép phát hiện di căn tại chỗ trong trung thất, độ xâm lấn quanh các gốc mạch máu, và luôn luôn không quên thực hiện qua khối tăng trên mạc treo đại tràng ngang nhằm phát hiện di căn hạch thân tạng.

CHT ít có chỉ định hơn : máu tụ trong thành thực quản, chèn ép từ ngoài nhất là khi liên quan tới các cấu trúc dịch, hạch, mạch máu.

5.2. U thực quản

Ung thư dạng biểu bì chiếm đa số các thể ung thư thực quản. Tiềm lượng xấu, tỷ lệ sống 5 năm dưới 10%. Chẩn đoán trễ vì nuốt khó chỉ xuất hiện khi u đã xâm lấn vào trung thất. Nghiện rượu, thuốc là là một yếu tố nguy cơ quan trọng. Những yếu tố thuận lợi khác bao gồm thực quản to, hẹp do chất ăn mòn, nuốt khó do thiếu sắt, xạ trị, xơ cứng bì.

Tổn thương thường nằm ở thực quản đoạn giữa : 60% các trường hợp

Ung thư tế bào tuyến : phát triển trên nền dị sản niêm mạc dạ dày, thứ phát sau viêm thực quản do trào ngược : thực quản Barrett.

Các ung thư nông : giới hạn ở niêm mạc hoặc dưới niêm mạc. Phát hiện nhờ nội soi tầm soát ở nhóm dân số có nguy cơ cao.

* *X quang quy ước* . Đó là thể thâm nhiễm là hẹp không đều lòng thực quản kèm những nốt thể loét. Đường bờ rõ nét so với đoạn lân lân cận, giãn nở thực quản đoạn trên.

Các thể như polyp hoặc chồi sùi là những khối lớn đa thùy lồi hẳn vào trong lòng thực quản.

Các thể loét với ổ loét rộng và đường bờ gờ lên.

Các thể dạng giãn tĩnh mạch: tăng sinh dưới niêm mạc kèm với niêm mạc lớn dạng nốt giống như hình ảnh tĩnh mạch trưởng.

Đối với những thể nông, các kỹ thuật hình ảnh khác nhau nhằm mục đích :

- X quang quy ước : xác định vị trí, độ lan rộng, tình trạng dạ dày
- siêu âm nội soi và *XQCLĐT* : xác định mức xâm lấn vào trung thất

* *Các dấu hiệu XQCLĐT* : thuộc một phần của tổng kê tiền phẫu

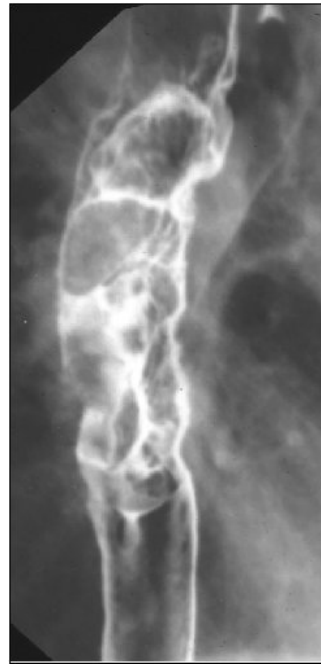
5.3. Tổng kê tiền phẫu

Yếu tố đầu tiên là tổng trạng của bệnh nhân (tuổi, tình trạng ăn uống), tình trạng hô hấp (các nghiệm pháp chức năng hô hấp, khí trong máu), đã có di căn tại chỗ hoặc xa hay chưa.

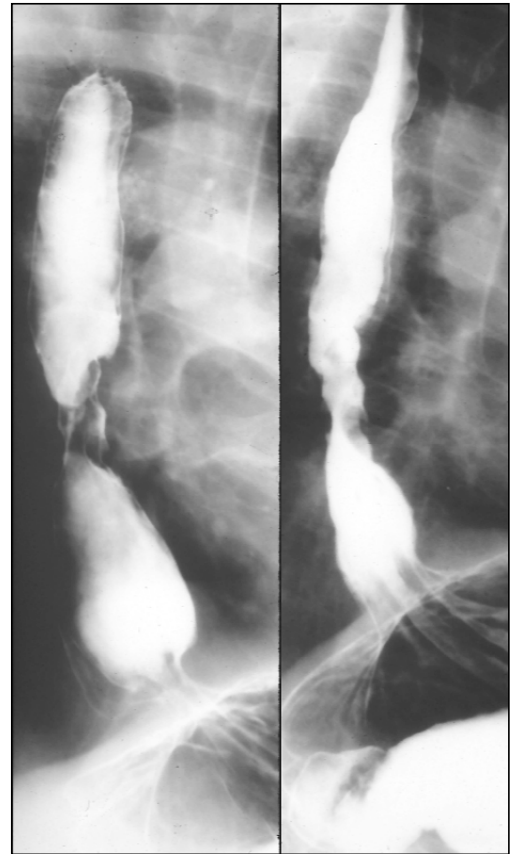
Vấn đề quan trọng nhất thường liên quan tới ung thư 1/3 giữa thực quản, rất nhiều khả năng có xâm lấn các hạch sau khí quản và ngã ba khí quản



Ung thư dạng biểu bì.



Ung thư tế bào tuyến trên thực quản Barrett



5.4. Tóm lại

Ung thư thực quản có dự hậu rất xấu.

Ngoại khoa là phương pháp điều trị duy nhất dù chỉ tam thời. Độ tử vong trong lúc mổ hoặc sau mổ khá cao do kỹ thuật mổ phức tạp.

Tổng kê xâm lấn tiền phẫu đòi hỏi siêu âm nội soi và XQCLĐT.

6. CHẨN ĐOÁN TÁI PHÁT HẬU PHẪU

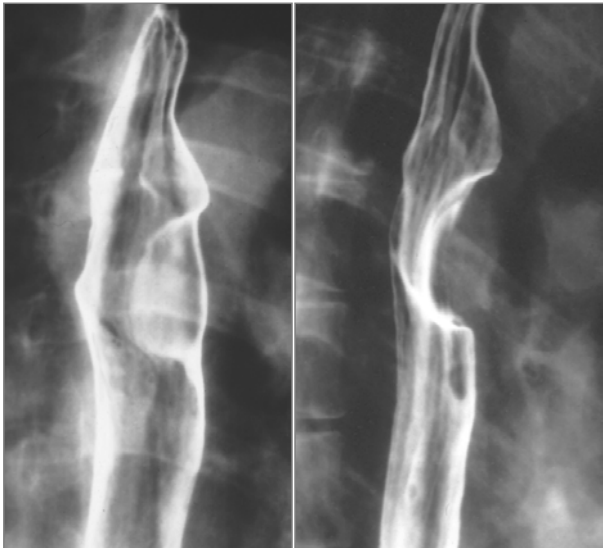
Tận dụng rộng rãi nội soi đối với các tổn thương trong lòng thực quản và siêu âm-nội soi đối với tổn thương quanh nơi nối và xâm lấn hạch. XQCLĐT vẫn luôn là kỹ thuật thích hợp cho chẩn đoán xâm lấn khí-phế quản, di căn phổi và di căn xa.

Các u lành tính có bề mặt láng, giải phẫu bệnh mới xác định được bản chất : u nhú, u tuyến

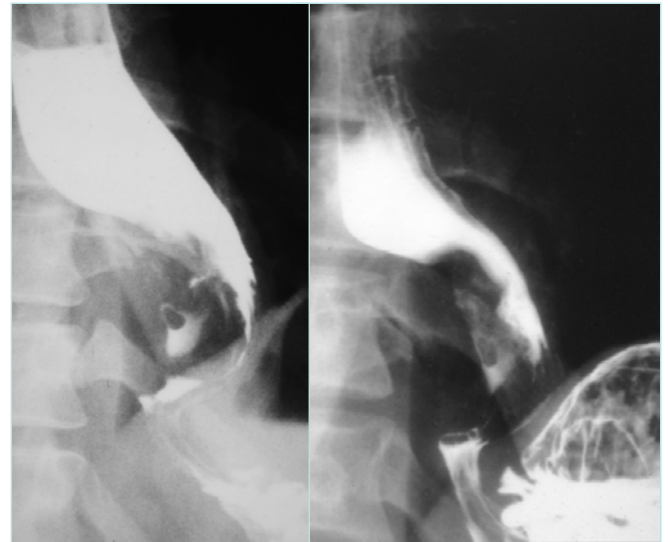
Các u liên kết thường gặp nhất là u cơ trơn, nằm ở thực quản 1/3 dưới, tròn, đa thùy. Hiện lên dưới quang thực quang thực quản đối quang kép như những tổn thương thành ống ngoài niêm mạc, đường bờ dạng cung rõ nét tạo góc tù với bờ thực quản lành. Nội soi chỉ cho thấy niêm mạc lành bị đội lên, còn siêu âm nội soi nhìn thấy được trực tiếp.

Các thể u cơ ác tính, u hắc tố ác tính, lymphom ác tính hiện lên như những chồi sùi lớn, có thể loét giống như ung thư dạng biểu bì.

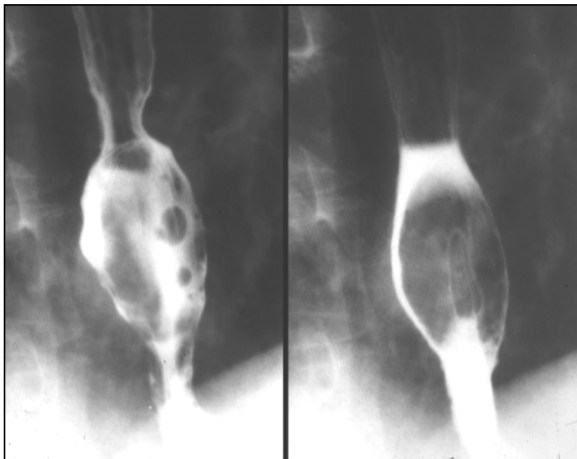
Sacrom Kaposi biến chứng của AIDS có thể ảnh hưởng ống tiêu hóa và thực quản dưới dạng những nốt u dưới niêm mạc.



U cơ trơn



Sacrom cơ trơn



U Abrikosoff



Sacrom hắc tố

Phân loại TNM các u ác tính của thực quản (classification)

T ₀	in situ
T ₁	xâm lấn dưới niêm mạc
T ₂	xâm lấn cơ
T ₃	xâm lấn mỡ trung thất
T ₄	xâm lấn các cấu trúc trong trung thất
N ₀	không có hạch
N ₁	hạch trung thất hoặc quanh thực quản
M ₀	không di căn
M ₁	di căn hoặc hạch thân tạng

Phân giai đoạn TNM (stadification)

Độ 0	T _{is}	N ₀	M ₀
Độ I	T ₁	N ₀	M ₀
Độ IIA	T ₂ , T ₃	N ₀	M ₀
Độ IIB	T ₁ , T ₂	N ₁	M ₀
Độ III	T ₃ , T ₄	N ₀ /N ₁	
Độ IV	T ₁ , T ₂ , T ₃ , T ₄	N ₀ /N ₁	M ₁

Căn nguyên hẹp thực quản

- ung thư dạng biểu bì và ung thư tế bào tuyến
- tổn thương ác tính từ ngoài (ung thư phế quản, ung thư vú, hạch trung thất
- u lành tính trong thành thực quản (u cơ trơn)
- viêm thực quản
 - o do trào ngược, chất ăn mòn
 - o nhiễm trùng
- nhân tạo
 - o sau đặt nội khí quản
 - o hậu phẫu (thoát vị qua khe thực quản và trào ngược dd-tq)
 - o sai tia xạ
 - o sau chích xơ
- co thắt tâm vị
- giả túi thừa trong thành thực quản

BỆNH LÝ DẠ DÀY – TÁ TRÀNG

TRÌNH TỰ KHẢO SÁT

1. Mối tương quan giữa trám cản quang và nội soi

Nội soi là khảo sát ưu tiên cho ống tiêu hóa trên, cho phép khảo sát niêm mạc một cách toàn diện, cả về phương diện đại thể nhờ quan sát trực tiếp, cả về phương diện vi thể nhờ sinh thiết được các tổn thương nghi ngờ.

Tuy nhiên, phải luôn luôn biết về hạn chế của nội soi trong việc xác định độ lan rộng của tổn thương biểu mô ác tính xuống dưới niêm mạc, trong chẩn đoán các u trong thành cũng như các bệnh lý từ ngoài.

Việc trám cản quang dạ dày-tá tràng nhất là khi đạt chất lượng cao, đặc biệt với kỹ thuật “đối quang kép” vẫn còn giữ được vị trí, tuy không phải hàng đầu nhưng chủ yếu trong khung cảnh trước phẫu thuật. Nó rất hữu ích nếu không muốn nói là không thể thiếu được (đối với không ít phẫu thuật viên) nhằm :

- xác định vị trí và độ lan rộng chính xác của tổn thương biểu mô ác tính trước khi phẫu thuật cắt bỏ
- cho một khái niệm về thể tích khối thoát vị qua khe thực quản cùng các tổn thương phối hợp trước khi điều trị ngoại khoa
- phân tích nơi hẹp đặc biệt nếu tổn thương xuất phát từ dưới niêm mạc

2. Siêu âm nội soi

Siêu âm nội soi rất hiệu quả khi khảo sát dạ dày cũng như hai đoạn đầu của tá tràng. Với đầu dò tần số cao, 7,5 – 12 MHz, độ phân giải tuyệt hảo và chất lượng không chệch về hình ảnh giúp cho kỹ thuật này chiếm vị trí ưu tiên trong khảo sát độ lan rộng của u ác tính theo độ sâu trong thành, bản chất ác tổn thương trong thành, dưới niêm mạc, kể cả nguồn gốc bên ngoài (xâm lấn tá tràng từ ung thư đầu tụy).

3. Siêu âm bụng

Siêu âm tầng trên mạc treo đại tràng ngang bằng đầu dò xuyên thành bụng cũng giúp phát hiện được hình ảnh dày thành ống tiêu hóa, Việc tầm soát độ xâm lấn rất hạn chế.

4. X quang cắt lớp điện toán

Trước tiên phải làm căng lòng ống tiêu hóa, với nước uống vào tốt hơn là dùng chất cản quang baryt loãng hoặc loại tan trong nước. Cắt lát 5mm sát nhau, cắt sau tiêm tĩnh mạch chất cản quang, bắt được

hình ảnh tăng quang tối ưu của thành ống tiêu hóa (tùy lượng thuốc, lưu lượng tiêm, thời gian cắt ...) là những yếu tố tạo nên chất lượng cao cho hình ảnh thu thập được. XQCLĐT cung cấp thông tin về độ lan rộng tại chỗ, hạch phì đại hoặc các nguyên nhân chèn ép khác (nang giả tụy...). XQCLĐT đặc biệt hiệu quả trong chẩn đoán sớm một số hội chứng bụng cấp ngoại khoa có nguồn gốc từ dạ dày – tá tràng.

U DẠ DÀY-TÁ TRÀNG

1. U biểu mô dạ dày-tá tràng

1.1. Ung thư tế bào tuyến

1.1.1. Tính chất tổng quát :

a) Ung thư tế bào tuyến dạ dày có xuất độ cao hơn nhiều so với ở tá tràng và dưới nhiều hình thái khác nhau. Tử vong đang có chiều hướng giảm có khả năng nhờ phát hiện sớm một số thể. Tuy nhiên, ung thư dạ dày vẫn thường chỉ phát hiện được khi tiến triển nhiều.

b) Một số tình trạng bệnh lý được coi là tiền ung thư và cần được theo dõi định kỳ bằng nội soi : loét dạ dày kháng điều trị (3% loét thoái hóa ác tính), viêm dạ dày thể teo nhất là nếu giải phẫu bệnh phát hiện được những ổ loạn sản biểu bì, đa polyp tuyến, bệnh dạ dày phì đại Menetrier,

c) Ung thư tá tràng được coi là hiếm. Các yếu tố nguy cơ gồm u tuyến có nhung mao, hội chứng Gardner (đa polyp tuyến đại-trực tràng di truyền gia đình, u xương thể liên kết và u mạc treo...). Bệnh polyp hamactom Peutz-Jeghers (chủ yếu ở ruột non), bệnh Crohn...

1.1.2. Hình ảnh học

a) *Ung thư dạ dày tiến triển hoặc xâm lấn* thể hiện đại thể dưới 4 loại :

- thể loét thường gặp nhất và gây nhiều khó khăn nhất trong chẩn đoán (X quang cũng như nội soi). Chính tính chất nhiễm cứng của đáy ổ loét và của gờ quanh ổ loét, tương phản với tính chất mềm mại của phần còn lại của thành dạ dày giúp phân biệt tính chất ác và lành của một ổ loét. Hình thái thâm nhiễm, đều đặn của nếp niêm mạc quanh ổ loét cũng là yếu tố phân biệt lành ác.

Một hình thái đặc trưng của loét ác tính là ổ loét “thấu kính” Carman dưới dạng một bóng thuốc baryt phụ thêm hình bán nguyệt bao quanh bởi một vành thấu quang nhiễm cứng.

Thế loét nằm trên một mặt của thân dạ dày được “nhìn thẳng” và biểu hiện tính chất ác tính một cách phức tạp hơn.

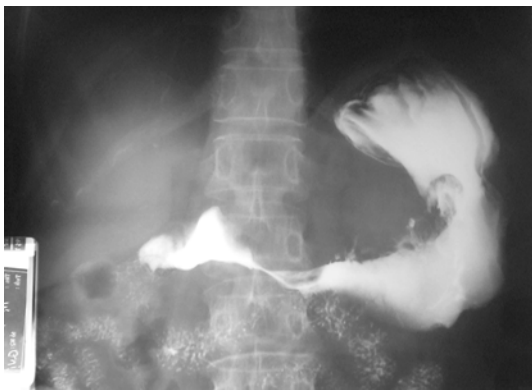
- thể thâm nhiễm khu trú : cần xác định hình ảnh không đồng nhất của lớp mỏng niêm mạc phân cách với phần niêm mạc lành bằng một viền baryt.
- thể thâm nhiễm lan rộng là dạng linitis plastica. Thành dạ dày không giãn ra được, ống môn vị nở rộng và thuốc cản quang xuống tá tràng rất nhanh.
- thể chồi sùi tạo bởi một khối đa thùy, thường nằm ở thân dạ dày hoặc quanh tâm vị.



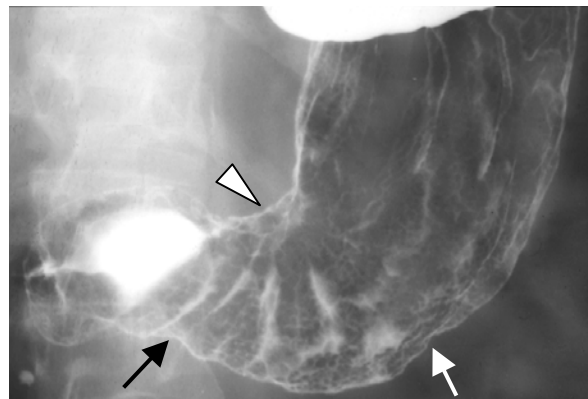
Hang vị chít hẹp với đường bờ không đều, giới hạn dạng “vai” với phần thấp của thân dạ dày.



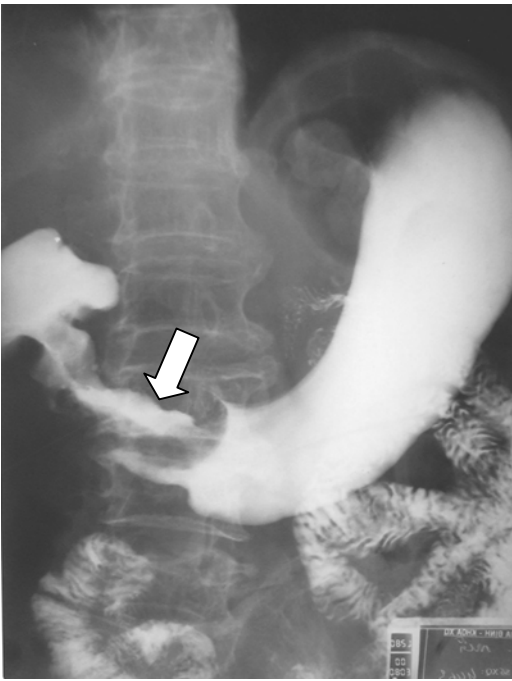
Khối choán chỗ dạng “táo gặm” ở hang vị, viền không đều quanh hang vị. Ổ đọng thuốc lớn giữa khối choán chỗ trên do loét bề mặt u



Ung thư tế bào tuyến chiếm toàn bộ hang vị lên góc bờ cong nhỏ dạ dày.



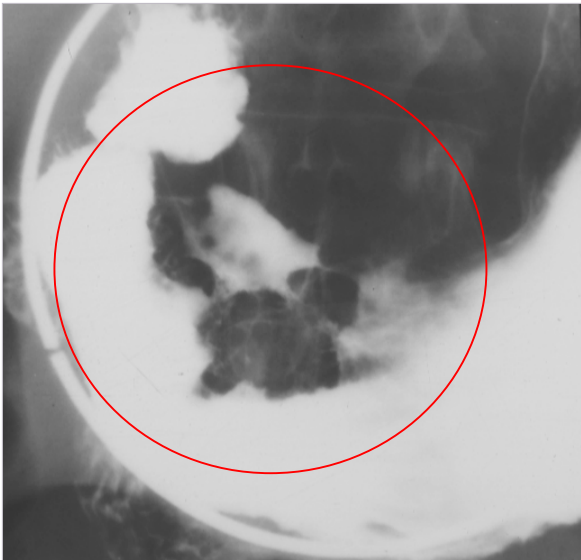
Ổ loét nằm tại góc bờ cong nhỏ dạ dày. Thâm nhiễm dưới niêm mạc trải rộng và xa làm các nếp niêm mạc bị mất tổ chức đến tận bờ cong lớn với hình ảnh nhiều đoạn cung nhỏ.



Khối choán chỗ ở hang vị kèm ổ đọng thuốc ở trung tâm



Ổ đọng thuốc dạng bầu dục nằm lọt trong phần ngang bờ cong nhỏ dạ dày. Ung thư thể loét.



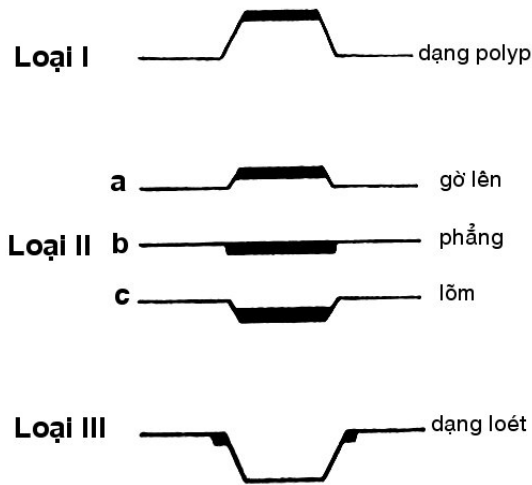
Ổ loét thấu kính, dấu Carman. Ổ đọng thuốc với viền thấu quang ở đáy, bờ không đều gợi ý ổ loét ác tính.



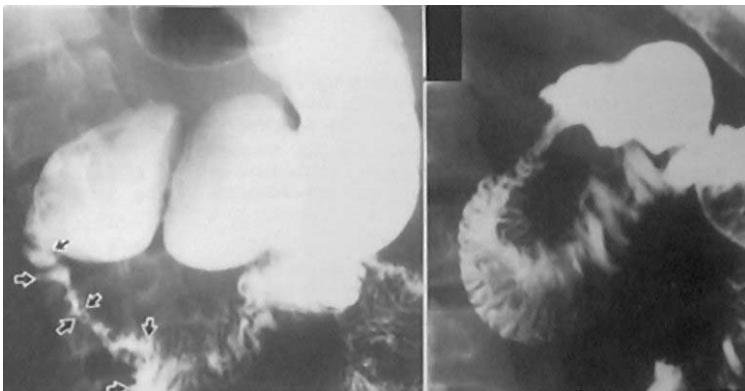
Ung thư thể nhiễm cứng lan tỏa : linitis plastica

b) *Ung thư dạ dày thể nông* (early gastric cancer). Theo định nghĩa, u giới hạn ở niêm mạc và dưới niêm mạc, chỉ có thể thấy được trên hình chụp lớp mỏng chất lượng cao với dạ dày căng giãn đúng mức.

Hiệp Hội Nghiên cứu về Ung thư dạ dày của Nhật bản chia ung thư thể nông làm ba loại chính : Loại I là những tổn thương gờ lên khoảng 5 mm vào lòng dạ dày. Về mặt X quang, đó là những hình khuyết nhỏ. Những polyp tuyến có kích thước > 10 mm dù là đáy rộng hay có cuống đều phải nghi ngờ khả năng thoái hoá ung thư. Loại II là những tổn thương nông, có gờ gờ lên (IIa), phẳng (Iib) hoặc lõm (IIc). Trên X quang, chúng là những hình lõm dạng “cao nguyên, những nốt nhỏ trên niêm mạc hoặc những ổ loét nông. Loại IIa và IIb thường gặp ở hang vị, còn IIc thường ở góc bờ cong nhỏ dạ dày. Loại III là những tổn thương ăn sâu giống như những ổ loét thực thụ với đường bờ không đều, không nối liền với các nếp niêm mạc.



c) *Ung thư tá tràng* biểu hiện đại thể đa dạng tùy theo vị trí u. Nhìn chung, thường dạng chồi sùi đa thùy kèm loét, nằm lọt trong lòng khi xuất hiện gần bóng Vater hoặc làm chít hẹp vòng quanh không đối xứng khi xuất hiện các đoạn khác. Hiện diện dấu hiệu giãn nở ống tụy chính giúp chẩn đoán dễ dàng hơn.



Hình ảnh chít hẹp tá tràng D2 do ung thư tế bào tuyến thâm nhiễm

U bóng Vater lớn làm chít hẹp tá tràng quanh nhú lớn.



d) *Siêu âm nội soi* không phải là kỹ thuật tầm soát hoặc giúp phát hiện sớm ung thư dạ dày. Nó không giúp phân biệt ung thư thể loét với loét lành tính.

e) *Siêu âm và nhất là XQCLĐT* giúp xác định xâm lấn trực tiếp của ung thư sang các cấu trúc lân cận cũng như di căn hạch xa để tránh một cuộc phẫu thuật rộng không cần thiết.

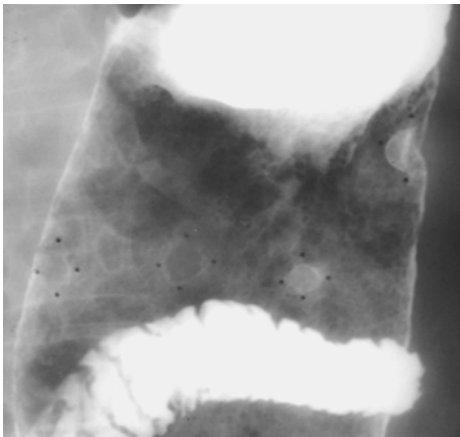
Các lát cắt mỏng của XQCLĐT cho thấy rõ xâm lấn u tới thanh mạc và hạch lân cận

1.2. U biểu mô lành tính

a) Ở *dạ dày*, các polyp tăng sản là thường gặp nhất. Số lượng nhiều, kích thước nhỏ < 1 cm, hình tròn đều, được coi là sự tái tạo sau viêm dạ dày mãn, Chính vì vậy, nó tiềm ẩn nguy cơ thoái hóa ung thư. Polyp tuyến hiếm hơn có nguy cơ thoái hóa ác tính, kích thước lớn hơn > 2 cm, thường có đáy rộng và đường bờ đa cung. Số lượng thường duy nhất nằm tại hang vị. Xuất độ cả hai loại polyp đều tăng trong hội chứng Gardner.

U tuyến nhung mao của dạ dày hiếm cũng nhiều nguy cơ thoái hóa như khi thuộc đại tràng. Hình thái X quang gợi ý gồm bề mặt nhiều gai nhỏ.

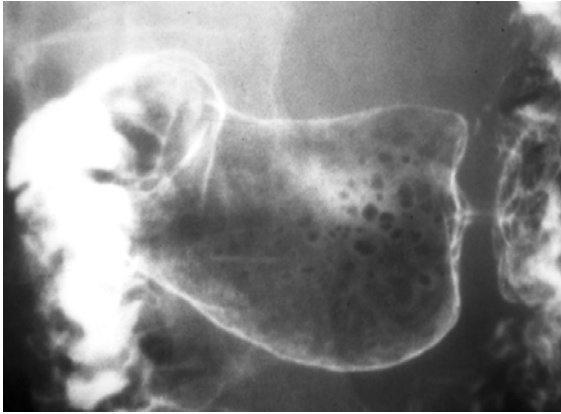
Đa polyp hamactom trong hội chứng Peutz-Jeghers.



Polyp tăng sản với số lượng nhiều và kích thước nhỏ.



b) Ở *tá tràng*, có thể gặp hai loại : * dị nguyên dạ dày xuất hiện ở đáy hành tá tràng, rất gần với môn vị
* u tuyến Brunner là một nốt nhỏ < 1 cm nhiều khả năng là hamactom hơn là u thực sự.



Dị nguyên niêm mạc dạ dày. Hình ảnh điển hình với tổn thương dạng nốt kích thước nhỏ, đường bờ đa giác, tập trung chủ yếu ở đáy hành tá tràng.

2. U liên kết dạ dày-tá tràng

2.1. U lành tính

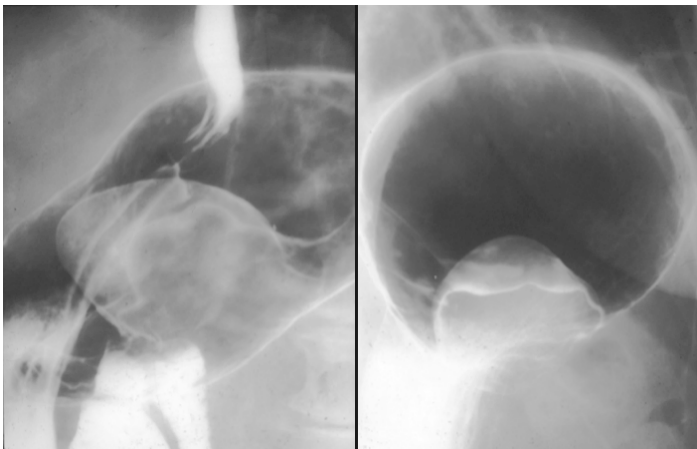
Các u với tế bào dạng thoi biểu hiện chính là u cơ trơn với kích thước thay đổi, tùy theo phát sinh từ lớp cơ nào, thể hiện dưới nhiều hình thái : nốt bầm trong lòng hoặc có cuống, tổn thương trong thành lan rộng. Nó có thể phát triển ra ngoài nhiều khi hoàn toàn tạo cảm tưởng như u ngoài ống tiêu hóa. Bề mặt bị loét cũng thường thấy giải thích tính chất chảy máu của u. Hiện diện vôi hóa trong 5% các trường hợp.

Các kỹ thuật hình ảnh bổ sung nhau.

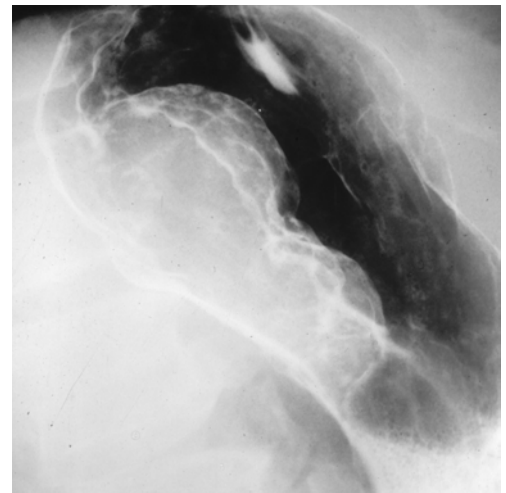
U nguyên bào cơ trơn thường lớn hơn và rất hay nang hóa hoặc hoại tử.

U bao Schwann và *u sợi thần kinh* rất hiếm với hình thái y hệt như u cơ trơn.

U mỡ dạ dày rất dễ nhận ra trên các lát cắt XQCLĐT mỏng cho thấy thành tổ mỡ đặc trưng. U mỡ tá tràng cũng không ngoại lệ.



Hình ảnh u cơ trơn

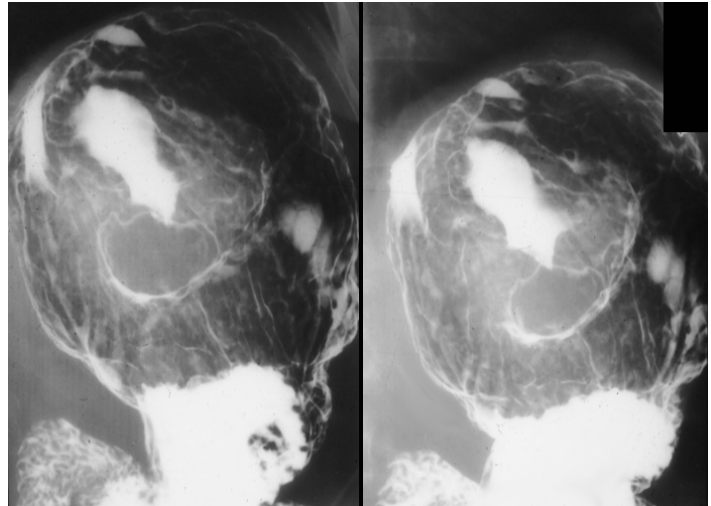


Hình ảnh u bao Schwann

2.2. U ác tính

Sacrom cơ trơn khó phân biệt với u cơ trơn lành tính. Nghi ngờ khi tổn thương lớn trên 3 cm, loét rộng và sâu, trên XQCLĐT sau tiêm u bắt chất cản quang không đồng nhất.

Sacrom cơ trơn bị nghi ngờ khi kích thước lớn và có biến chứng loét sâu rộng.



Lymphom dạ dày-tá tràng (3% ung thư dạ dày). Chiếm hơn 50% tổn thương tiêu hóa của lymphom, thường dưới dạng lymphom B tiến triển chậm kéo dài.

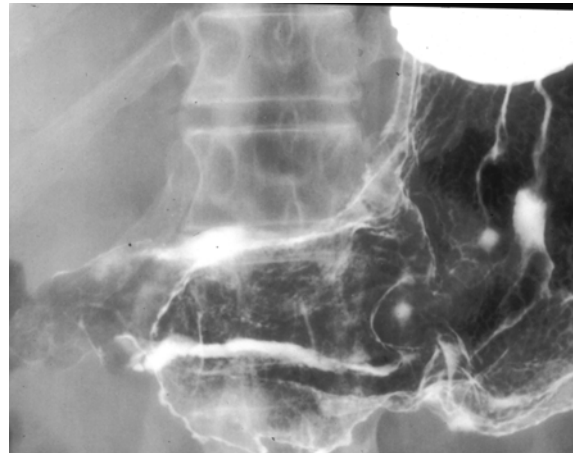
Hình thái X quang đa dạng và rất gợi ý :

- thâm nhiễm lan rộng (trung bình 13 cm) với niêm mạc dày. Siêu âm cho thấy thành dày, không tăng quang nhiều trên XQCLĐT có tiêm.
- phì đại niêm mạc với những nốt u từ 10 – 40 mm, loét trung tâm cho hình ảnh mắt bò hoặc bia.
- ổ loét mặt, rộng

Sacrom Kaposi thể hiện dưới dạng những nốt dưới niêm mạc với hình rốn rất gợi ý.



Lymphom dạ dày thể lan rộng



Hình ảnh nốt kèm rốn trung tâm, Sacrom Kaposi

3. U cacxinoit dạ dày-tá tràng

Tạo bởi những tế bào nội tiết-thần kinh bài tiết phát triển trong những tuyến Lieberkuhn, thể hiện ở dạ dày dưới hai hình thái : hoặc tổn thương nốt trong thành, loét hoặc dạng rốn kích thước thay đổi (3 - 5cm) giới hạn rõ, tựa như u tế bào thoi, hoặc nhiều tổn thương dạng polyp rải rác. 15-35% di căn đến gan.

4. Di căn dạ dày

Di căn theo đường máu đến thành dạ dày không phải ngoại lệ. Hình thái đặc trưng nhất là nốt dưới niêm mạc, loét hoặc dạng rốn với kích thước thay đổi (1-3 cm). Hình ảnh mắt bò thường gặp với u hạch tổ ác tính. Di căn ung thư vú thường tạo tổn thương xơ hóa dưới niêm mạc và gây hẹp, tạo hình ảnh như linitis plastica.

Thành dạ dày cũng bị di căn từ u các cấu trúc lân cận nhất là thân tụy, đại tràng góc lách, đại tràng ngang hoặc từ di căn mạc nối lớn mà nguồn gốc từ buồng trứng hoặc tiêu hóa. Các khối hạch di căn thân tạng (u dạng biểu bì của thực quản) có thể dính dọc bờ cong nhỏ dạ dày, loét tạo hình ảnh như saccum cơ trơn phát triển ngoài lòng.

VIÊM DẠ DÀY VÀ BỆNH DẠ DÀY MÃN TÍNH

1. Viêm loét dạ dày cấp tính

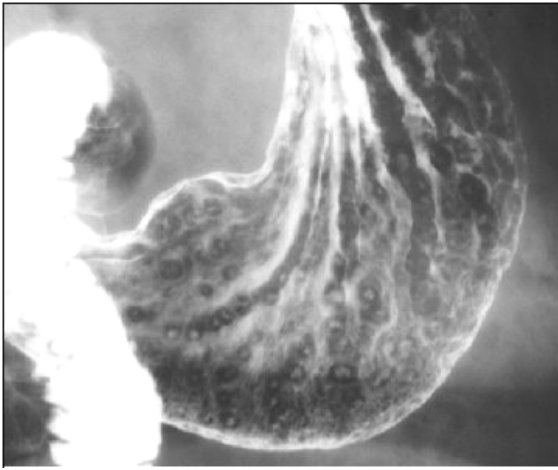
Là nguyên nhân gây đau thượng vị cấp tính và xuất huyết, thường gặp ở bệnh nhân đang trong thời kỳ hồi sức (hậu phẫu, chấn thương, phỏng, stress) hoặc sau khi uống một số thuốc kháng viêm hoặc rượu. Chẩn đoán X quang đòi hỏi chụp lớp mỏng. Cho thấy tổn thương thường ở hang vị, nông, kèm những halo phù nề. Viêm loét nông cũng gặp trong bệnh Crohn, viêm dạ dày nhiễm trùng Herpes, CMV, Candida.

2. Viêm dạ dày mãn

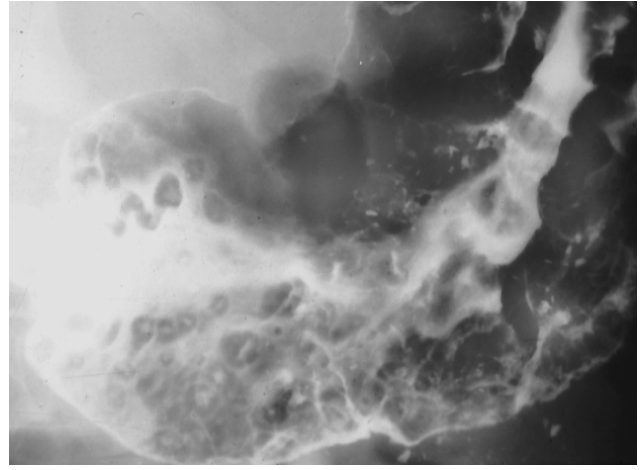
Gồm hai loại :

- loại A (20%) nằm ở đáy dạ dày và có nguồn gốc miễn dịch. Kèm không có HCl và tăng gastrin máu.
- loại B thường gặp nhất (80%). Nằm ở hang vị, không ảnh hưởng nhiều trên bài tiết acid và gastrin máu bình thường. Thường thứ phát sau rượu, thuốc lá, aspirin, trào ngược mật tá tràng-dạ dày hoặc nhiễm trùng *Campylobacter pylori*.

Trên phương diện X quang, dấu hiệu chính là dày niêm mạc hoặc ngược lại mất niêm mạc. Cần nội soi và sinh thiết. Viêm dạ dày mãn tăng tỷ lệ ung thư gấp 4 vì thế phát hiện mô học loạn sản nặng được coi như ung thư in situ cần phẫu thuật sớm.



Hình ảnh viêm dạ dày mãn loại B.



Viêm loét dạ dày với những điểm loét nhỏ và halo bao quanh

3. Viêm dạ dày nhiễm trùng

Viêm dạ dày do CMV là loại viêm loét dạ dày nặng gặp ở người suy giảm miễn dịch. Thâm nhiễm thành lan tỏa kèm phì đại nếp niêm mạc giúp phân biệt với saccum Kaposi.

Viêm dạ dày với tế bào ưa eosin ảnh hưởng 1/2 xa của dạ dày.

Tổn thương dạng hạt như trong bệnh Crohn, lao, giang mai cho hình ảnh thâm nhiễm niêm mạc to vùng hang vị.

Viêm dạ dày khí thũng với hiện diện khí trong thành dạ dày thấy rõ trên X quang quy ước và nhất là trên XQCLĐT. Hoặc do vit rùng, hoặc do hoại tử, thủng loét, thiếu máu hoặc hậu phẫu sớm.

4. Bệnh dạ dày niêm mạc lớn và bệnh Menetrier

Bệnh dạ dày niêm mạc to ảnh hưởng chủ yếu ở thân và đáy dạ dày với những bóng xoang lớn đa giác hiện rất rõ trên bề mặt. Baryt bám kém do tăng tiết và do hiện diện thường xuyên một lượng dịch ứ đọng. Bệnh đi kèm bệnh loét tá tràng hoặc bệnh Zollinger-Ellison

Bệnh Menetrier (viêm phì đại niêm mạc dạ dày) tương ứng với tình trạng tăng sản các tuyến mucin dạ dày dẫn tới niêm mạc dày đáng kể, vùng thân và đáy.

Siêu âm và nhất là siêu âm nội soi phát hiện những hình ảnh bệnh lý gồm tổn thương dạng nang trong thành tương ứng với tích tụ mucin.



Bệnh dạ dày với niêm mạc lớn.

5. Viêm tá tràng cấp và xuất huyết

Tương tự như ở dạ dày, thường do thuốc, rượu, stress.

Chụp lớp mỏng cho thấy những nốt nhỏ bao quanh bởi halo phù nề và baryt bám kém

6. Viêm tá tràng mãn không đặc hiệu

Thường đi kèm loét hành tá tràng. Chỉ có thể chẩn đoán dựa trên nội soi và giải phẫu bệnh. Cho hình ảnh dày dạng nốt nếp niêm mạc không đặc hiệu

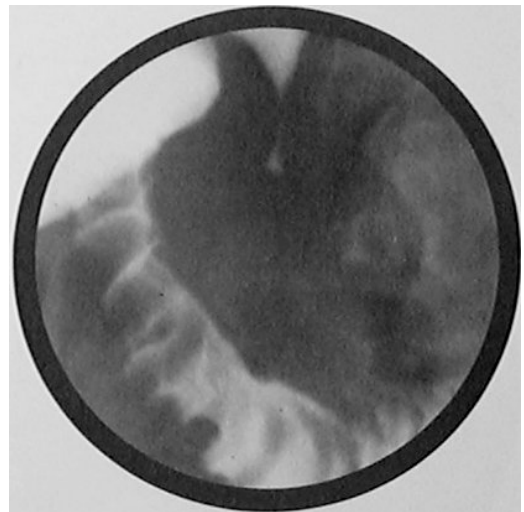
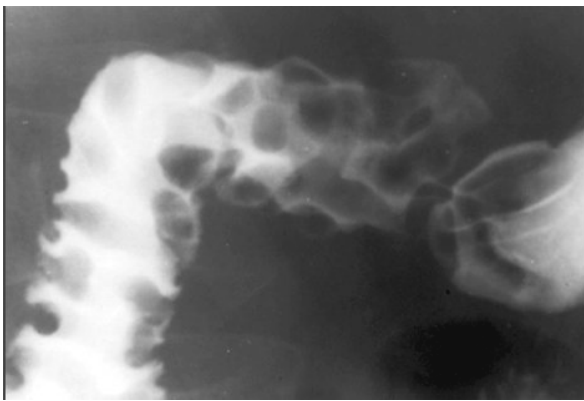
7. Viêm tá tràng mãn “đặc hiệu”

Được kể tới trong nhiễm ký sinh trùng, bệnh dạng hạt như Crohn, lao, bệnh sprue.

8. Tăng sản tuyến Brunner

Được coi là phản ứng trước tình trạng tăng gastrin máu, thể hiện dưới ba dạng ;

- thể nốt lan tỏa
- thể nốt vòng quanh giới hạn ở tá tràng trên bóng Vater thậm chí cả ở hành tá tràng
- thể giả u tuyến



Tăng sản tuyến tuyến Brunner

Dày niêm mạc tá tràng không đặc hiệu

BỆNH LOÉT DẠ DÀY

1. Đặc tính chung

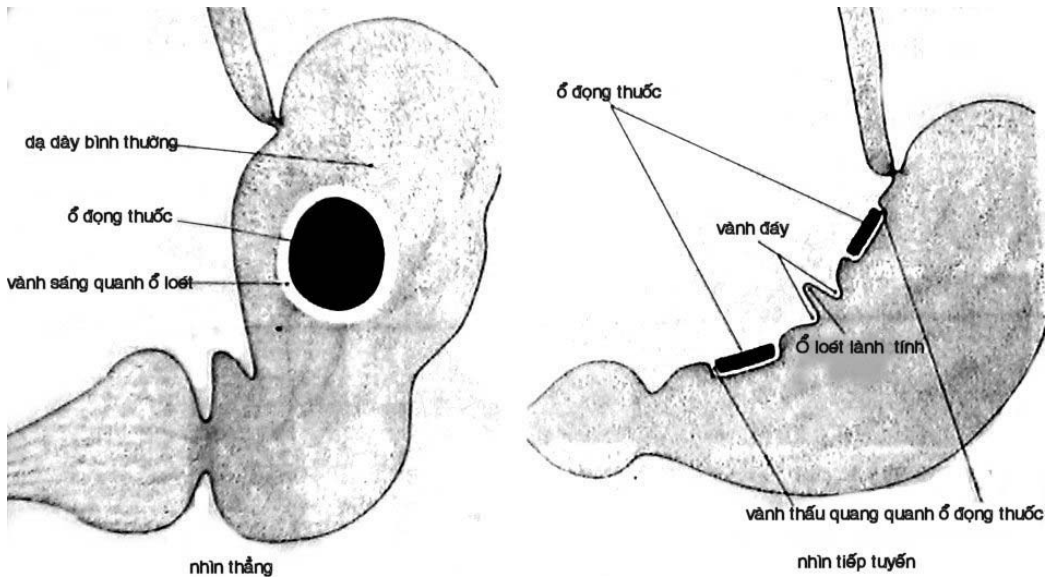
Là bệnh của người lớn và người già, loét dạ dày ít hơn loét hành tá tràng từ 3 – 4 lần.

Loét xơ chai mãn tính thường nằm ở vùng dạ dày không acit. Phản ứng xơ viêm làm các nếp niêm mạc dày hội tụ về phía ổ loét. Biến chứng thủng hoặc xuất huyết tùy độ tuổi của phản ứng xơ.

2. Hình ảnh học

a) Loét lành tính :

- 95% loét dạ dày là lành tính
- liên quan tới nhiễm trùng *Helicobacter pylori* trong 75 - 85% các trường hợp.
- dấu hiệu X quang bao gồm :
 - + lồi ra ngoài đường bờ dạ dày (tường tượng)
 - + có Hampton line, cổ ổ loét đều, rõ
 - + các nếp niêm mạc đều, hội tụ đến chân ổ loét
 - + dấu nhấn bống tay từ phía bờ cong lớn dạ dày đối diện.
 - + thường kèm loét hành tá tràng (50 - 60%)
- kích thước, độ sâu, vị trí (trừ vùng tâm vị) không mang giá trị chẩn đoán phân biệt loét lành và loét ác tính
- đa số nhỏ lại và lành sau điều trị nội khoa (6 - 8 tuần).
- chỉ thực sự lành mới chứng tỏ ổ loét lành tính



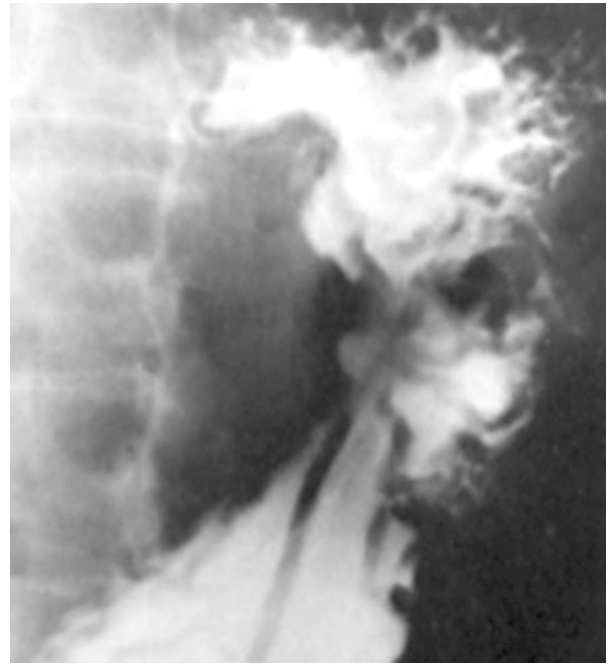
Sơ đồ minh họa hình ảnh ổ loét lành và loét trên bề mặt u, nhìn thể thẳng và thể tiếp tuyến

b) Loét ác tính

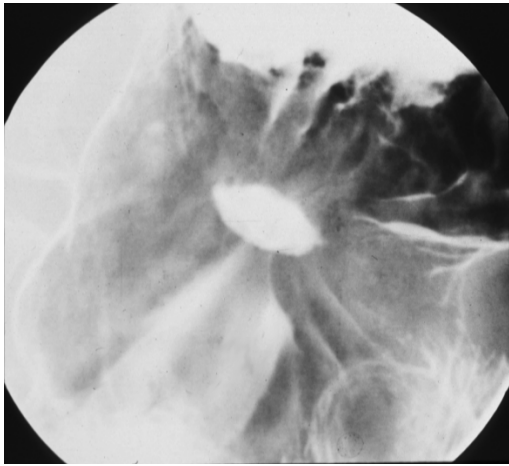
- 5% loét dạ dày là ác tính
- những ổ loét vùng đáy dạ dày ngang tâm vị hoặc loét bờ cong lớn thường là ác tính.
- các dấu hiệu X quang gồm :
 - + ổ loét lọt trong lòng dạ dày (không lồi ra ngoài đường bờ dạ dày (tường tượng)
 - + vờ quanh ổ loét không đều, không có Hampton line.
 - + các nếp niêm mạc dày không đều, cách xa chân ổ loét
 - + dạng đặc biệt : thấu kính Carman
- các ổ loét chỉ lành một phần hoặc không lành sau điều trị nội khoa (cần nội soi định kỳ).



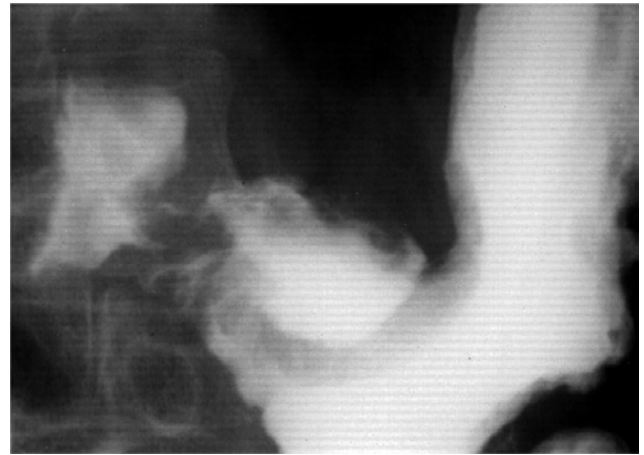
Ổ loét lành tính với Hampton line.



Ổ loét lành tính với các nếp niêm mạc hội tụ tới chân ổ loét.



Loét lành tính nhìn hướng mặt.
Ổ đọng thuốc có đường bờ đều, không có vành thấu quang ngăn cách chung quanh. Các nếp niêm mạc dày đều và hội tụ tới chân ổ loét.



Ổ loét ác tính dạng thấu kính
Dấu Carman.

BỆNH LOÉT TÁ TRÀNG

1. Đặc tính chung

Chẩn đoán X quang nhường chỗ nhiều cho nội soi, còn chỉ định khi tổn thương hẹp, thủng. Trên 95% xảy ra ở hành tá tràng và có liên quan tới *Helicobacter pylori*. Kiểm tra nội soi cho thấy tái phát 20-30% không triệu chứng.

2. Hình ảnh học

Ở giai đoạn cấp tính, hành tá tràng không thay đổi hình thể, dễ dàng chẩn đoán dựa vào ổ đọng thuốc nếu có kích thước lớn vừa đủ.

Ổ đọng thuốc có thể tròn hay bầu dục, bờ đều hoặc không tùy theo đã sẹo hóa một phần hay chưa, sớm có thể thấy các nếp niêm mạc hội tụ tạo thành hình sao hoặc “cắm xe đạp”. Dự hậu tốt, 80% lành sau 4 tuần lễ. Một dạng khó nhận diện là dạng thẳng, chỉ có thể phát hiện với chụp giảm trương lực, đối quang kép.

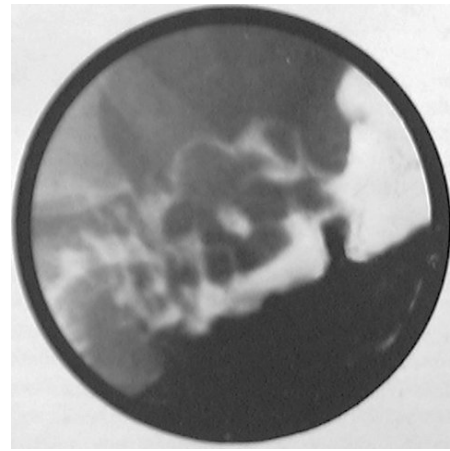
Một số ổ loét khổng lồ, chiếm toàn bộ hành tá tràng tạo nên hình tròn, bờ không đều tiềm ẩn, khiến ta dễ nhầm với hình ảnh X quang “bình thường” của hành tá tràng.

Các dấu hiệu gián tiếp tìm thấy ở dạ dày và khung tá tràng với niêm mạc dày lên, chất cản quang baryt bám kém.

Loét “sau hành tá tràng” thường nằm ở bờ trong của tá tràng D2, tá tràng co kéo và phù nề, có thể tạo thành hình “chuỗi ngọc”. Vì có hiện tượng hẹp nhẹ nên nội soi thường không hiệu quả.



Loét hành tá tràng mới



Ở giai đoạn mãn tính, hành tá tràng biến dạng với nhiều hình dạng như cánh chuồn, nón Mễ tậ cơ, túi thừa giả...

Khi ấy, khó phát hiện ổ loét tái phát nếu có.



Biến chứng thủng dễ dàng phát hiện bằng XQCLĐT (đã trình bày).

CÁC TỔN THƯƠNG KHÁC

Giãn tĩnh mạch vùng đáy dạ dày

Xuất hiện trong tăng áp tĩnh mạch cửa, đôi khi cho hình ảnh giả u ở mặt sau của phình vị lớn.

Túi thừa dạ dày

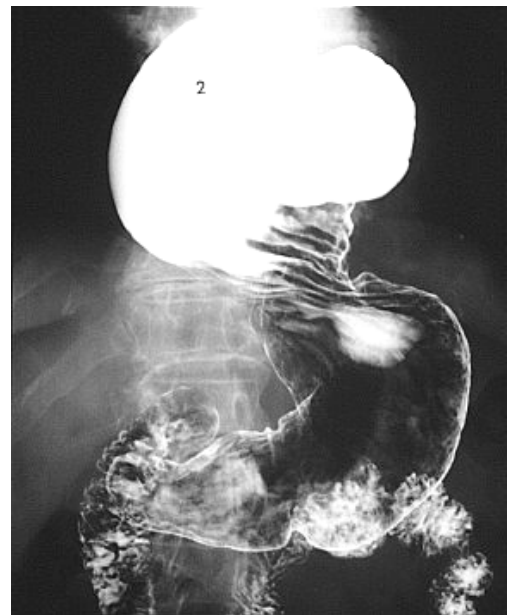
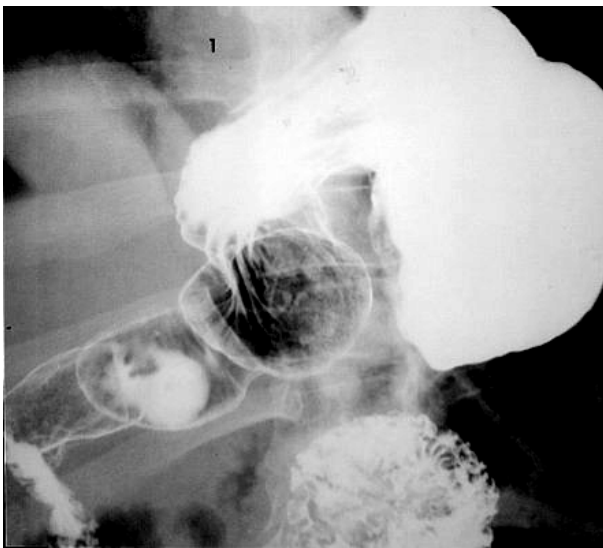
Đa số nằm ở phía trong và mặt sau phình vị lớn. Có thể nhầm với ổ loét.

Thoát vị dạ dày qua khe thực quản : trượt hoặc xoay (đã trình bày).

Xoắn dạ dày

Biểu hiện dưới hai loại rất khác nhau :

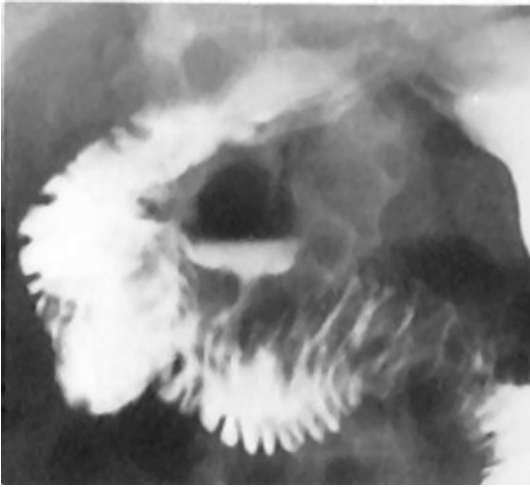
- theo trục tạng : chỉ là loại gấp theo trục dọc của dạ dày làm đảo ngược hai bờ cong. Thường gặp ở trẻ em khi trương khí tiêu hóa quá độ. Nằm sấp có thể làm giải xoắn tự nhiên.
- theo trục mạc treo : Theo hướng thẳng góc với hai bờ cong. Có thể gặp ở người lớn, xuất hiện đột ngột gây đau thượng vị và không thể ăn uống. Có thể có biến chứng hoại tử, thủng đòi hỏi chỉ định ngoại khoa. Những yếu tố thuận lợi là gan trái giảm sản, vỡ cơ hoành.



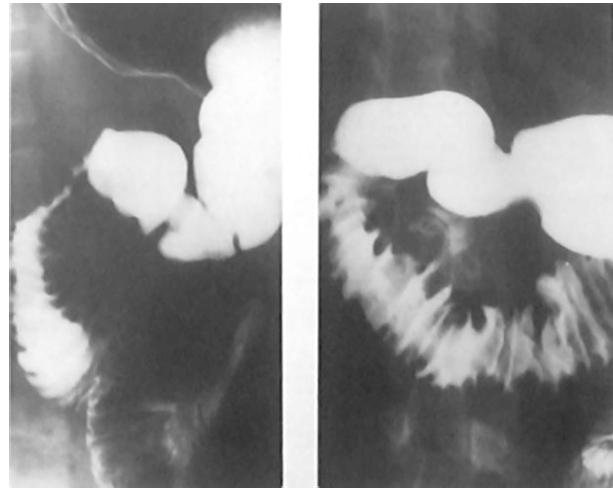
Hai thể xoắn dạ dày : theo trục tạng (trên) và theo trục mạc treo →

Túi thừa tá tràng

75 % nằm ở tá tràng D2, thường nằm ở bờ trong của khung tá tràng. Số lượng, kích thước và hình thể rất thay đổi.



Tú thừa tá tràng D2.



Hẹp tá tràng D2 do máu tụ thành mạch

Tụy vòng

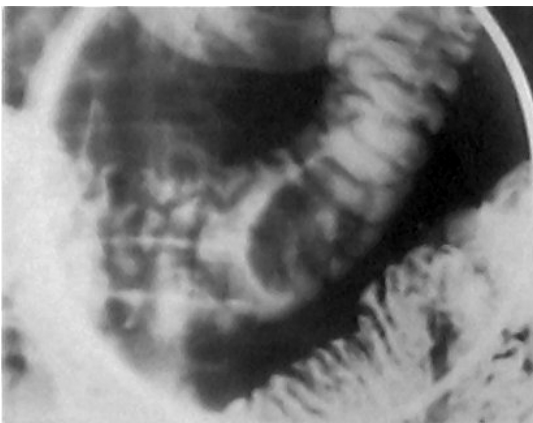
Do thiếu hụt di chuyển của một phần mầm trước của tụy.

Hình ảnh gợi ý là chít hẹp không đặc hiệu bờ ngoài của D2 và giãn nhẹ phần trên.

Máu tụ tá tràng

Nguồn gốc chấn thương, hậu quả của một hội chứng xuất huyết (tai biến sử dụng chất kháng đông, bệnh ban giảm tiểu cầu) hoặc do nguyên nhân tại chỗ (đợt cấp của viêm tụy mãn). Các nếp niêm mạc dày đều vòng quanh, tại hình ảnh “đèn xếp” hoặc “lò xo” kèm hẹp lòng tá tràng.

XQCLĐT chiếm ưu thế trong chẩn đoán.



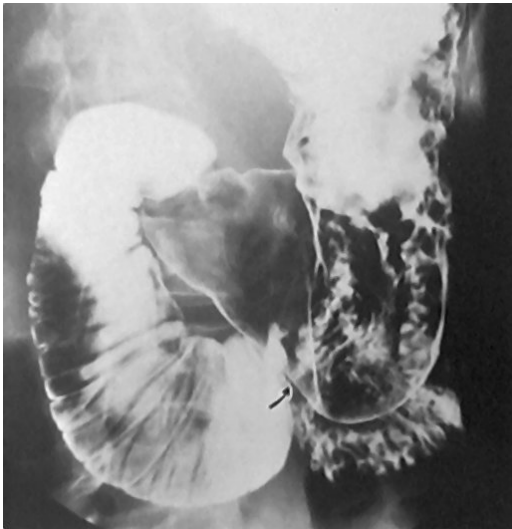
Polyp hamatom trong bệnh Peutz-Jeghers thấy ở tá tràng D3

Dấu số 3 ngược (Frosberg's sign)
có thể gặp trong ung thư đầu tụy

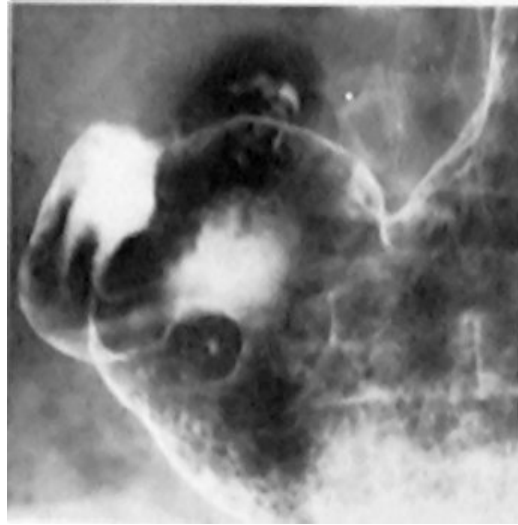


Hội chứng kẹp mạch treo

Ở người gầy hoặc trẻ em, gốc mạc treo và thân động mạch mạc treo tràng trên chéo nhau đè dọc vào D3 trên tư thế nằm ngửa làm giãn nở tá tràng phía trên.



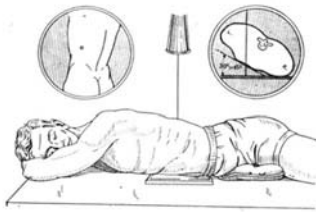
Tá tràng D3 trở lên giãn có một phần nguyên do là chèn ép của động mạch mạc treo trên vào nơi nối D2-D3 ở tư thế nằm ngửa.



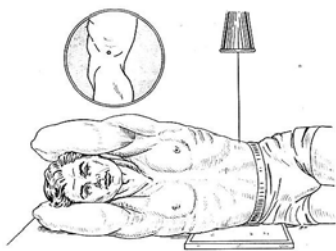
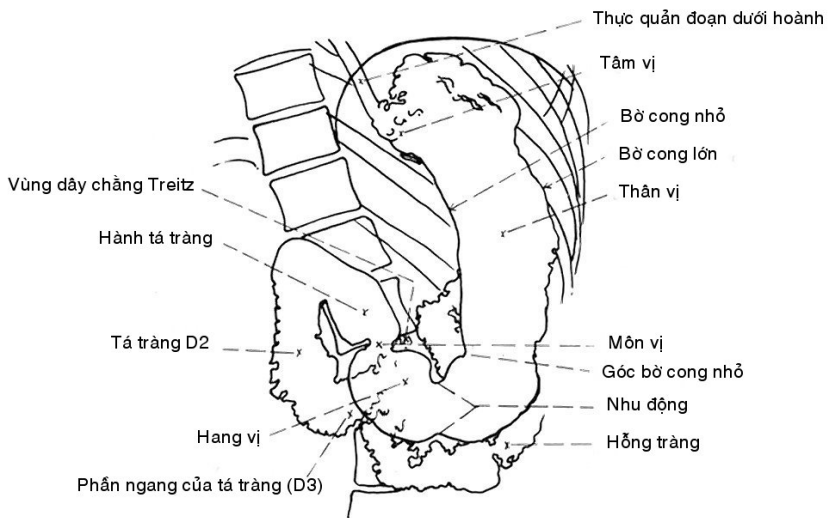
Hình ảnh tụy lạc chỗ ở hàng vị.

PHỤ LỤC

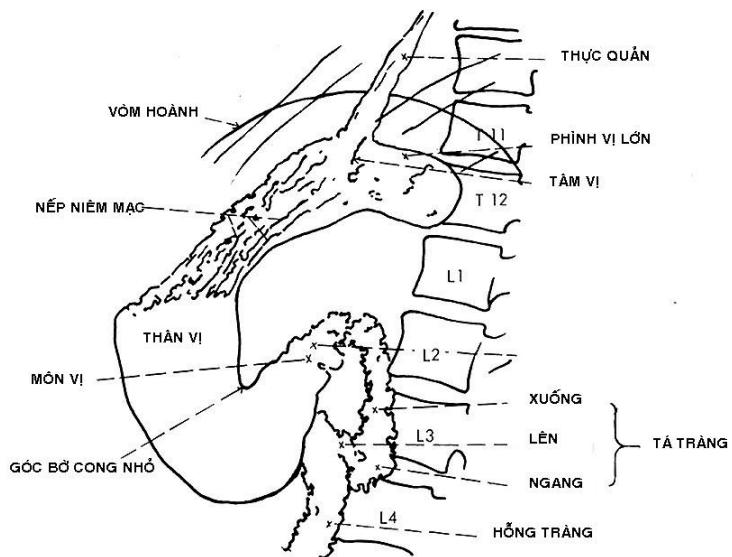
Các tư thế chụp dạ dày đơn giản : thẳng, nằm ngửa hoặc sấp, nằm sấp chếch trước phải, nằm nghiêng phải, đứng nghiêng trái, khu trú hành tá tràng

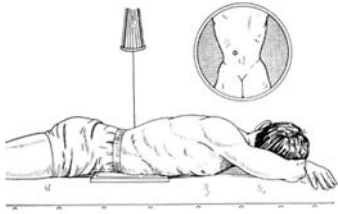


Nằm sấp, chếch trước phải

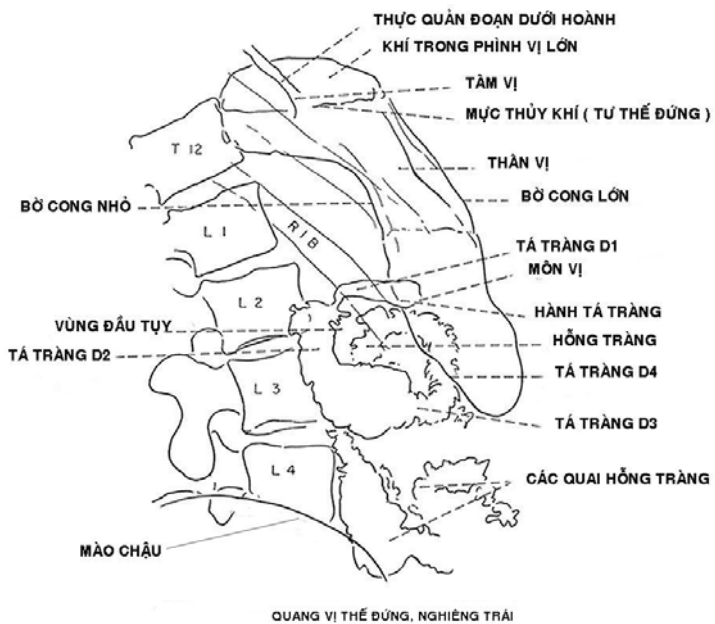
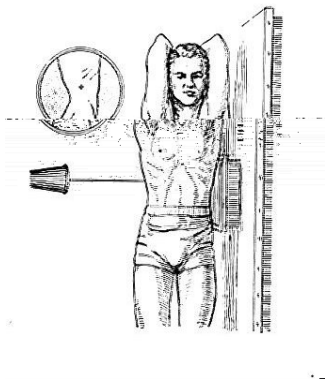
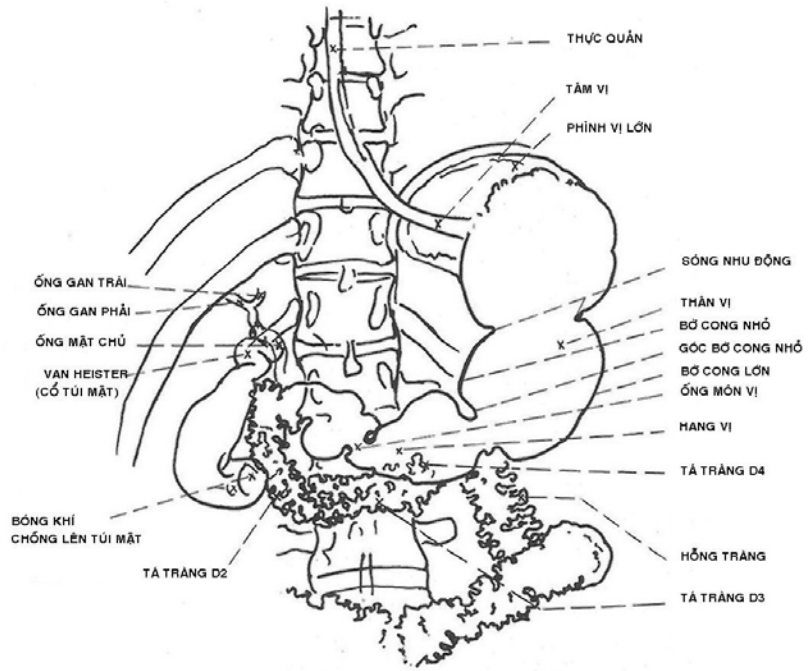


Nằm nghiêng phải

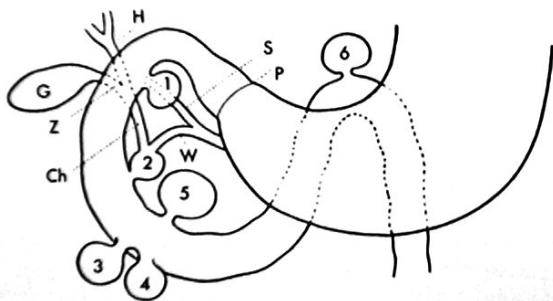




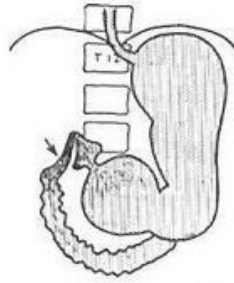
Nằm sấp thẳng



QUANG VỊ THỂ ĐỨNG, NGHIÊNG TRÁI

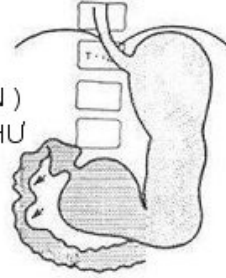


Sơ đồ minh họa vị trí của túi thừa tá tràng :
 75% ở tá tràng D2
 22% ở tá tràng D3
 đa số nằm ở bờ trong khung tá tràng

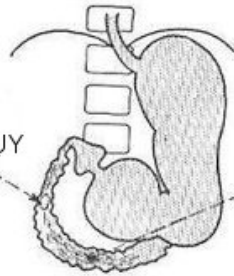


"DẤU NHẤN TÁ TRÀNG D1
DO ỔNG MẬT CHỦ GIÃN NỖ

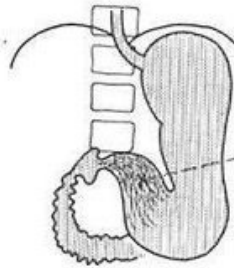
SỐ 3 NGƯỢC
(FROSTBERG'S SIGN)
GẶP TRONG UNG THƯ
ĐẦU TỤY



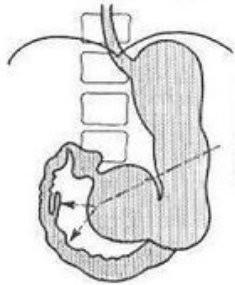
PHÙ NẾ BÓNG VATER
HOẶC TÁ TRÀNG
CÓ THỂ GẶP TRONG VIÊM TỤY



NIÊM MẠC TÁ TRÀNG DẪY
KHÔNG ĐỀU CŨNG LÀ DẤU
HIỆU CỦA VIÊM TỤY

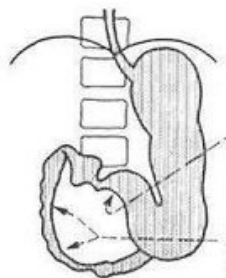


DẤU ĐÈ ÉP TỪ NGOÀI VÀO
HANG VỊ PHÍA BỜ CONG LỚN
(PAD SIGN) DO PHÌ ĐẠI THÂN TỤY



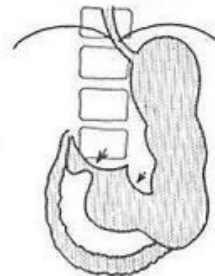
TÁ TRÀNG ĐẨY THUỐC
NẾU HIỆN DIỆN TỬ THỪA
BỊ ĐẨY NGƯỢC LÊN TRÊN
CHỨNG TỎ TỤY PHÌ ĐẠI

U ĐẦU TỤY ĐÈ VÀO

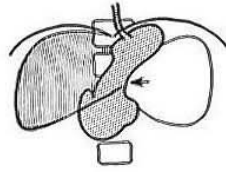


HANG VỊ BỊ ĐÈ TỪ NGOÀI
DO PHÌ ĐẠI THÂN TỤY

UNG THƯ ĐẦU TỤY LÀM
BUNG RỘNG TÁ TRÀNG
THÀNH HÌNH C

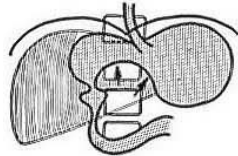


CHÈN ÉP TÁ TRÀNG TỪ BÊN NGOÀI

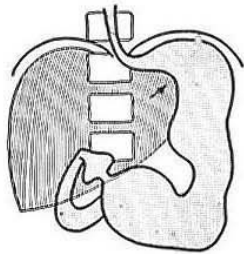


DA DÀY BỊ ĐẨY SANG PHẢI
NHƯ HÌNH BÊN CÓ THỂ DO :

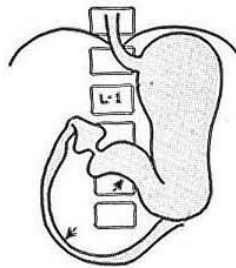
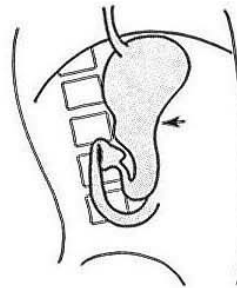
1. U SAU PHỤC MẠC
2. LÁCH TO
3. U TUYẾN THƯỢNG THẬN
4. U THẬN TRÁI



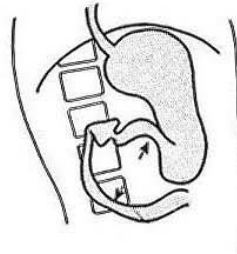
DA DÀY BỊ ĐẨY DO
NANG MẠC NỔI LỚN



DA DÀY BỊ ĐẨY
SANG TRÁI VÀ RA SAU
DO GAN TO HOẶC
DO U GAN

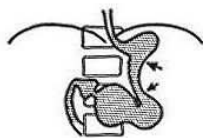


HANG VỊ BỊ ĐÈ ÉP
DO U THẬN TỤY
ĐẦU TỤY LỚN LÀM
BUNG RỘNG TÁ TRÀNG
(THÀNH DẠNG CHỮ C)



THÂN DA DÀY BỊ ĐẨY QUA TRÁI
VÀ RA TRƯỚC XA CỘT SỐNG CÓ THỂ DO :

1. PHÌNH ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG
2. U SAU DA DÀY (THẬN TỤY, SACCOM SAU PHỤC MẠC, U THẬN HOẶC U TUYẾN THƯỢNG THẬN)



BỜ CONG LỚN VÀ THÀNH SAU DA DÀY
BỊ ĐẨY BỞI U HOẶC NANG GIẢ ĐUÔI TỤY



**BẤT THƯỜNG VỀ VỊ TRÍ VÀ HÌNH THỂ DA DÀY
DO CHÈN ÉP TỪ BÊN NGOÀI**

HÌNH ẢNH HỌC U ĐẠI TRÀNG-TRỰC TRÀNG

B. PADOVANI, J.N. BRUNETON

Bệnh viện Pasteur - Nice

Chủ yếu là các polyp và ung thư. Hiện nay, tất cả đều công nhận khả năng ung thư hóa của polyp. Chính vì thế, tầm soát ung thư chính là phát hiện sớm các polyp.

1. KỸ THUẬT HÌNH ẢNH

1.1 Quang đại tràng với baryt

Thực hiện đơn giản hoặc đối quang kép.

Kỹ thuật đối quang kép là kỹ thuật được chọn để khảo sát polyp vì nhạy cảm giúp phát hiện được những polyp có kích thước dưới 1 cm. Việc chuẩn bị bệnh nhân phải thật chu đáo để có được một khung đại tràng thật sạch bằng cách ăn đúng chế độ, thụt tháo sạch. Trong lúc tiến hành khám nghiệm, phải khéo léo trám đều thuốc cản quang đến tận manh tràng và toàn bộ khung đại tràng được căng chướng hơi. Dấu hiện X quang đối quang kép không hoàn toàn giống như trong kỹ thuật chụp đơn giản.

Kỹ thuật chụp đơn giản chỉ được áp dụng trong một số tình huống nhất là khi u đã biết trước và đã được nội soi chẩn đoán. Chụp khung đại tràng cản quang chỉ nhằm định vị u chính xác, đánh giá mức độ chít hẹp lòng đại tràng và nhất là có cái nhìn hình thái tổng quát của khung đại tràng.



Hình ảnh khung đại tràng trám đầy thuốc cản quang baryt : kỹ thuật chụp đơn giản

1.2 Siêu âm nội soi

Trực tràng được khảo sát cho tới nơi nối trực tràng-đại tràng bằng nội soi siêu âm cho phép thấy được các lớp khác nhau của thành ống tiêu hóa. Bề dày bình thường của thành là 2 – 3 mm với 5 lớp khác nhau : lớp thứ nhất có phản âm dày là mặt ngăn cách giữa đầu dò và niêm mạc, lớp thứ hai có phản âm kém tương ứng niêm mạc và dưới niêm mạc, lớp thứ ba phản âm dày là giao diện giữa dưới niêm với lớp cơ, lớp thứ tư phản âm kém là lớp cơ, lớp thứ năm ngoài cùng có phản âm dày là giao diện giữa lớp cơ với lớp mỡ quanh trực tràng.

1.3 Siêu âm bụng-chậu

Không giúp ích nhiều trong khảo sát u trực tràng. Trái lại, siêu âm gan phải được tiến hành một cách hệ thống đối với mọi ung thư đại tràng. Ngoài ra, khảo sát thận tằm soát thận trường nước nghi ngờ khả năng xâm lấn các niệu quản.

T	T _{is} Ung thư tiềm ẩn, tại chỗ T1 Ảnh hưởng dưới niêm mạc T2 Ảnh hưởng cơ T3 Xâm lấn xuyên qua cơ T4 Xâm lấn qua thanh mạc, vào ổ bụng hoặc các tạng lân cận
N	N0 Không có hạch di căn N1 Có 1 – 3 hạch di căn N2 Có trên 4 hạch di căn
M	M0 Không có di căn M1 Có di căn xa

Phân loại TNM (1987)

1.4 Siêu âm gan trong lúc mổ

Cần sử dụng đầu dò đặc biệt có gắn số cao, đặt trực tiếp trên bề mặt mô gan. Với độ nhạy tuyệt hảo, nó giúp phát hiện những tổn thương nhỏ (< 10 mm) đồng thời sinh thiết ngay trong khi can thiệp.

1.4 XQCLĐT

Phải thực hiện cả bụng lẫn chậu. Kết quả phụ thuộc vào cách thức thực hiện kỹ thuật Người ta khuyến nên trám cản quang đường ruột qua đường uống và qua ngã thực tháo. Riêng đối với trực tràng, nên bơm căng khí và khảo sát ở tư thế nằm sấp.

1.6 CHT

Đặc biệt đối với trực tràng, bơm căng khí, nước hoặc chần tương phản và cắt các lát cắt đứng dọc giúp khảo sát xâm lấn nếu có sang các cấu trúc lân cận.

2. HÌNH ẢNH HỌC U LÀNH TÍNH : POLYP VÀ BỆNH ĐA POLYP

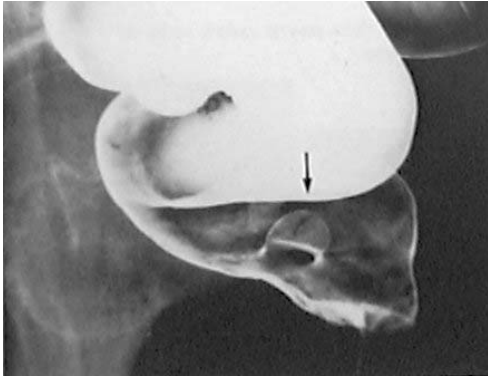
2.1 Polyp

Còn được gọi là u tuyến hoặc polyp tuyến, đó là một u biểu mô lành tính rất thường thấy ở 10 – 20% người sau 50 tuổi. Đây là thương tổn dễ đưa tới ung thư đại tràng. Dĩ nhiên nội soi là phương pháp toàn vẹn để phát hiện, khảo sát và phân tích mô học. Tuy nhiên khoảng 10% nội soi không thể khảo sát hết toàn bộ khung đại tràng cho đến manh tràng. Vì thế, chụp đại tràng đối quang kép vẫn còn vị trí trong nhiều chỉ định.

Đa số được xếp vào u tuyến, ngoài ra còn có polyp tăng sản, polyp hamactom và polyp viêm. Đối với polyp tân sinh, phân tích tế bào học cho thấy sự hiện diện của một tình trạng dị sản nặng tương ứng với ba thông số sau :

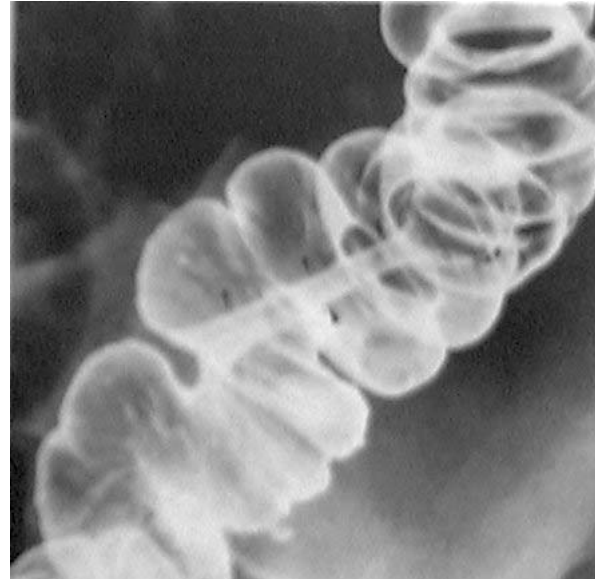
- vị trí tổn thương : ở đại tràng sigma có nguy cơ thoái hóa cao hơn so với vị trí đại tràng phải.
- loại mô học : di sản nặng thường gặp ở polyp nhung mao hơn là đa u tuyến.
- kích thước : không có dị sản nặng ở các polyp dưới 5 mm trong khi chiếm 17% đối với polyp lớn trên 2 cm.

Hình thái X quang tùy thuộc vào chiều thế chụp (nghiêng, thẳng , 3/4) và tùy loại tổn thương, hoặc có chân bám rộng, hoặc có cuống hoặc trung gian. Khi polyp nằm giữa một mảng baryt, nó hiện lên dưới dạng một khuyết sáng bờ rõ. Trên hình chụp đối quang kép, polyp rất đa dạng. Polyp bám đáy rộng cho hình ảnh thế thẳng là một hình vòng tròn có mật độ bằng hoặc thấp hơn mật độ thành lân cận, thế 3/4 cho hình ảnh “mũ” cổ điển, đáy tròn hoặc bầu dục, nằm trên nền hình liềm mật độ cao hơn, thế nghiêng cho hình mật độ cao với đỉnh hướng về lòng đại tràng. Polyp trung gian hoặc có cuống thế thẳng và 3/4 cho hình ảnh dạng bia, thế nghiêng cho hình ảnh cuống rất rõ chạy dọc theo lòng nổi thành đại tràng với đầu polyp.



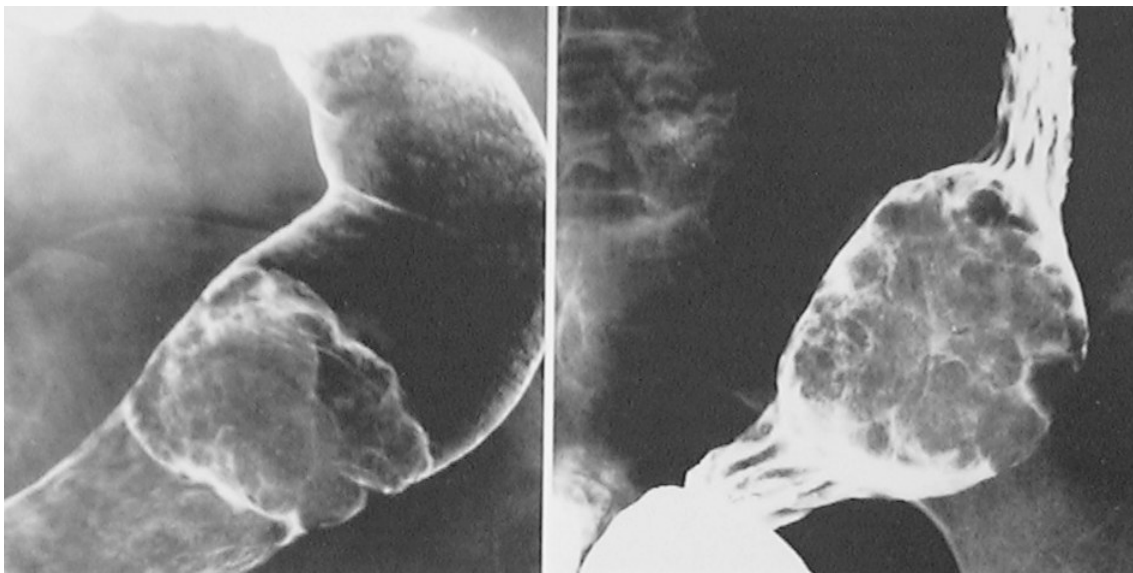
Hình ảnh dạng “mũ” cổ điển của một polyp ở trực tràng.

Polyp có cuống lành tính của đại tràng đoạn chậu. Cuống dài (mũi tên) thấy rõ.



Cần biết một số thể đặc biệt : polyp phẳng chỉ là một hình tròn thậm chí một hình khuyết trên thành. Một số polyp lớn làm co kéo thành đại tràng ngang đáy polyp. Ở những bệnh nhân thường xuyên bị ứ đọng chất cặn bã, khó khăn đặt ra với những bóng sáng tròn. Vì thế, đối quang kép đòi hỏi chuẩn bị bệnh nhân thật kỹ. Ngoài ra, một số túi thừa nghẹt có thể cho hình ảnh nhầm lẫn polyp. Trong những trường hợp khó, thao tác đè ép giúp xác định vị trí thực sự trong hay ngoài lòng ống tiêu hóa.

Các polyp nhung mao hoặc u nhung mao của đại tràng-trực tràng có thể biểu hiện như những polyp cổ điển hoặc dưới dạng rất gợi ý bao gồm : đáy bám rộng, u lớn dạng chồi, đường bờ lua tua, những đám baryt tụ gần u, hình ảnh đọng thuốc như tổ ong do baryt len lỏi giữa các bó nhung mao. Đáy lõm là một dấu hiệu thoái hóa ác tính. Hiện diện loét trên u cũng gợi ý ung thư khởi phát.



U nhung mao lành tính của đại tràng sigma. Lưu ý tính mềm mại của thành đại tràng lân cận.

2.2 Bệnh đa polyp

Người ta nói tới bệnh đa polyp khi số lượng polyp rất nhiều. Bệnh đa polyp tuyến gia đình mà 100% thoái hóa ác tính là bệnh lan truyền theo autosom trội khởi phát trong khoảng tuổi 20 – 30. Bệnh cảnh thường phối hợp giữa những polyp nhỏ rải rác với những polyp lớn hơn đáy rộng hoặc có cuống. Vị trí của chúng thường ở đoạn sigma-trực tràng. Số lượng tổn thương nhiều đến nỗi không thể đếm được.

3. HÌNH ẢNH HỌC U ÁC TÍNH : UNG THƯ ĐẠI-TRỰC TRÀNG

3.1 Hình thái X quang :

Ung thư khởi phát : đa số các trường hợp là polyp thoái hóa ung thư. Một số tiêu chuẩn gợi ý tính ác : kích thước là một tiêu chuẩn quan trọng (càng lớn càng có nhiều nguy cơ ung thư hóa). Dưới 1cm, nguy cơ ung thư rất thấp. Một số dấu hiệu khác là đường viền không đều, đáy co kéo, dạng phẳng của polyp bám rộng (đáy bám lớn hơn bề cao polyp). Dĩ nhiên không phải tất cả đều chính xác ngoại trừ bằng chứng giải phẫu bệnh.

Ung thư tiến triển : hình thái X quang rất đa dạng. Thể dạng polyp hoặc chồi dễ dàng hiện lên trên hình quang đại tràng đơn giản dưới dạng một hình khuyết thành, đôi khi có loét. Đối với thể chít hẹp vòng quanh, hình ảnh chít hẹp thường lệch tâm, không đều và tiếp nối với phần lành một cách đột ngột. Độ dài của đoạn chít hẹp ác tính thường không quá 5 cm.

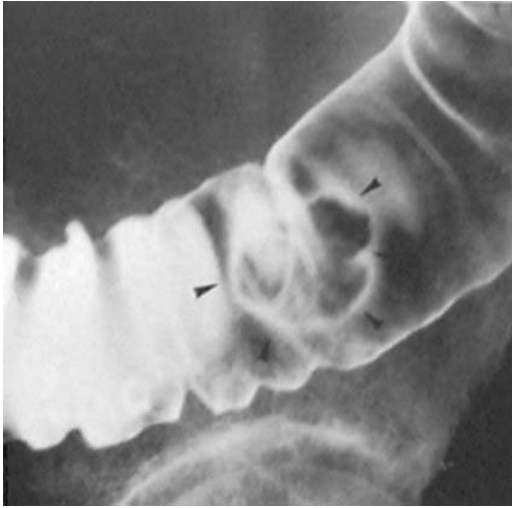
Hình quang đại tràng mang hai lợi ích chính :

- tìm các polyp kết hợp trên phần còn lại của khung đại tràng và một vị trí ung thư thứ hai (5%).
- đối với u trực tràng, giúp xác định chính xác khoảng cách từ u đến rìa hậu môn. Đây là điều quan trọng mà các phẫu thuật viên cần biết cho phương pháp can thiệp.

Sai sót chẩn đoán thường do kỹ thuật thực hiện không nghiêm túc. Bác sĩ phải theo dõi để quyết định những chiều thế cần thiết bổ sung.

Chẩn đoán phân biệt chủ yếu với các u khác của đại tràng-trực tràng, đặc biệt các đoạn hẹp do viêm trong đó niêm mạc thường không bị ảnh hưởng. Trong các trường hợp khó, chính sinh thiết khi nội soi mới cho phép xác định chẩn đoán.

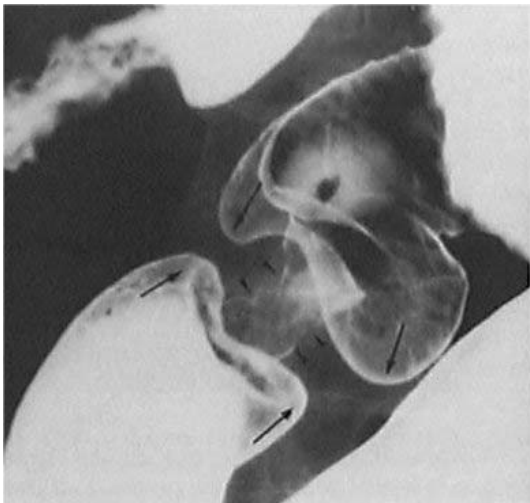
Ngoài ra, cần phân biệt với những co thắt sinh lý (7 chỗ) và những hình ảnh chít hẹp do chèn ép từ ngoài bởi các tạng phì đại. Nguyên nhân của những co thắt này hoặc do các yếu tố tâm thần, hoặc phản xạ hoặc yếu tố nhiễm độc, viêm khu trú và “không rõ căn nguyên”.



Polyp 2 cm có cuống thuộc đại tràng sigma. Ung thư ở đầu polyp xâm lấn cơ và nửa cuống polyp.



Hình rốn trung tâm với tích tụ baryt của một polyp lớn 8 mm (ung thư khởi phát).



Thể chít hẹp vòng quanh của một u dạng chồi. Hình ảnh táo gặm. Hai đầu tiếp nối đột ngột.



Thể thâm nhiễm.

3.2 Tổng kê xâm lấn và phân độ

3.2.1 Tổng kê xâm lấn tại chỗ

Nhằm xác định độ lan rộng qua thành đại tràng và trực tràng, thâm nhiễm mỡ quanh trực tràng hoặc quanh đại tràng cũng như tìm hạch phì đại quanh u. Ba khảo sát cần thiết là siêu âm trong trực tràng, XQCLĐT và CHT.

Siêu âm nội soi hoặc siêu âm trực tràng giúp xác định xem u lan đến lớp nào của thành đại-trực tràng, độ xâm lấn vào mỡ quanh trực tràng, tìm cách hạch quanh u và xâm lấn đến các cơ quan lân cận (cơ nâng hậu môn, âm đạo, bàng quang).

Độ nhạy cảm thay đổi từ 67 – 96% đối với trực tràng và 50 – 60% đối với đại tràng trong việc phát hiện các hạch phì đại quanh u. Người ta nói đến tính chất hạch di căn với đường bờ rõ nét, phản âm kém trái ngược với hạch viêm có phản âm dày và đường bờ không rõ.

XQCLĐT có độ nhạy cảm thay đổi từ 50 – 80% trong việc phát hiện một tổn thương dày bất thường của thành đại tràng. Hạn chế của *XQCLĐT* là xác định độ lan rộng theo độ sâu của thành ruột. Tuy nhiên khi u lớn, *XQCLĐT* cho thấy rất rõ tình trạng thâm nhiễm mỡ quanh u cũng như các khối tụ áp xe hóa quanh u.

Độ I	Khối u trong lòng, không dày thành
Độ II	Dày thành > 6 mm hoặc u vùng chậu, không lan sang thành chậu
Độ IIIa	Dày thành hoặc u vùng chậu kèm xâm lấn các cơ quan lân cận không xâm lấn thành chậu hoặc thành bụng
Độ IIIb	Dày thành hoặc u vùng chậu kèm xâm lấn thành chậu hoặc thành bụng
Độ IV	Di căn xa

Phân loại theo *XQCLĐT* (Balthazar AJR 1988).

Độ nhạy cảm của *XQCLĐT* là 20 – 70% trong việc phát hiện hạch di căn. Độ chuyên biệt cũng không cao vì chỉ dựa vào kích thước (> 10 mm).

CHT không có ưu thế rõ rệt ngoại trừ khảo sát trực tràng với anten trong trực tràng

3.2.2 Tổng kê xâm lấn di căn

Bao gồm việc tầm soát hạch di căn ở xa khối u và nhất là tìm di căn gan và thượng thận.

Siêu âm gan vẫn là một khám nghiệm căn bản để tìm di căn; độ nhạy cảm thay đổi từ 57 – 92% trong việc tìm di căn gan từ ung thư đại tràng và độ chuyên biệt là 81 – 96%. Nhắc lại rằng di căn gan từ ung thư đại tràng thường có phản âm dày với viền phản âm kém. Di căn phản âm kém thường ít gặp đối với ung thư đại tràng hơn các ung thư khác.

XQCLĐT có lợi điểm là khảo sát được đồng thời u đại tràng-trực tràng, các vùng hạch sau phúc mạc, gan và tuyến thượng thận. Độ nhạy cảm trong việc phát hiện di căn gan là từ 76 – 94%; trước tiêm thường có mật độ kém. Trong một số trường hợp có chứa những điểm vôi hóa nhỏ. Sau tiêm, chúng vẫn giữ mật độ thấp, một số khác trở nên ngang mật độ với nhu mô gan.

CHT có giá trị tương đương XQCLĐT trong việc phát hiện di căn gan.

3.2.3 Tổng kê tiền phẫu và phân độ

Chưa có một hội nghị hiệp thương nào nhằm thống nhất những gì phải khảo sát hình ảnh học tiền phẫu ở một bệnh nhân bị ung thư đại tràng-trực tràng. Chính tổng kê này sẽ điều chỉnh phương pháp điều trị (phẫu thuật, hóa trị, xạ trị). Ngoài phân loại Dukes là một kiểu phân loại giải phẫu bệnh mà lợi điểm là giúp đánh giá dự hậu, các kiểu phân loại khác có thể kể là phân loại TNM biến đổi 1987 và phân loại theo XQCLĐT của Balthazar 1988.

A	U giới hạn ở niêm mạc
B	U vượt qua lớp cơ. Chưa có hạch
C	Lan tới thành bụng. Có hạch ổ bụng

Phân loại theo Dukes

Siêu âm trong trực tràng giúp đánh giá mức độ lan rộng theo bề sâu trong thành ruột (T) và xâm lấn hạch tại chỗ (N). Khi u quá lớn và chít hẹp nhiều, khảo sát không cung cấp nhiều thông tin. Trong những trường hợp này, XQCLĐT và CHT hữu hiệu hơn. Về di căn (M), siêu âm, XQCLĐT và CHT sẽ được lần lượt chỉ định. Tìm di căn phổi cũng là khảo sát thường quy bằng hình chụp X quang ngực quy ước cùng với XQCLĐT ngực.

3.3 Theo dõi và tái phát

Theo dõi hình ảnh học chính là nhằm phát hiện các trường hợp tái phát sớm. Ung thư sigma-trực tràng thường tái phát tại chỗ đòi hỏi thực hiện XQCLĐT và CHT. 30-50% các tái phát sớm cần bổ sung ngay xạ trị hoặc phẫu thuật. Dĩ nhiên, bên cạnh đó là tìm di căn gan.

Đối với những bệnh nhân cắt đoạn đại tràng và nối, nội soi và siêu âm nội soi là khảo sát được chọn để tìm tái phát tại miệng nối.

Điều khó khăn đối với XQCLĐT là làm sao phân biệt giữa một khối hậu phẫu bình thường với khối tái phát u. Nó là hình ảnh mật độ thấp nằm trước xương cùng và có thể xâm lấn các cơ vùng chậu, xương cùng hoặc bàng quang. Chính vì thế, thực hiện XQCLĐT 2- 3 tháng sau mổ là cần thiết để có được một khảo sát tham khảo. Khối “bình thường” hậu phẫu có thể là khối máu tụ, mô sẹo. Trong phần lớn các trường hợp, khối này sẽ giảm dần kích thước trong vòng 6 tháng sau mổ. Tuy nhiên, 40% vẫn giữ kích thước ban đầu. Một số tiêu chuẩn giúp nhận định u tái phát gồm : khối không đều, không đồng nhất, lớn trên 5 cm, nhất là nếu có tăng dần thể tích kèm hạch lân cận, xâm lấn xương

4. HÌNH ẢNH HỌC U ĐẠI TRÀNG-TRỰC TRÀNG HIẾM

4.1 U lành tính

4.1.1 U mỡ

Là u thường gặp nhất sau u tuyến thường xuất hiện ở đại tràng phải. Là một u dưới niêm mạc, không triệu chứng nếu nhỏ, lớn có thể gây tiêu ra máu. Đôi khi chỉ phát hiện được do lồng ruột.

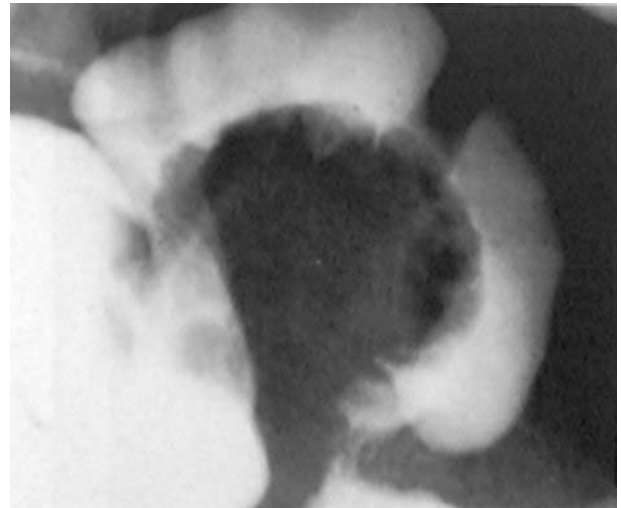
Trên hình quang đại tràng, hình thái điển hình là một khuyết bờ đều, dễ dàng biến dạng. U mỡ có thể bám rộng hoặc có cuống. Nếu u lớn, XQCLĐT thấy được u và đo được mật độ âm của mỡ (-90 đến -120 HU).

4.1.2 U cơ trơn

Hiếm (1,5 – 3% các u cơ trơn ống tiêu hóa). Trên hình X quang, nó có dạng như polyp, đáy bám rộng, bờ đa cung và đôi khi có hình ảnh loét. U giàu mạch nuôi nhiều khi chỉ phát hiện khi thực hiện chụp quang động mạch nhân trường hợp xuất huyết tiêu hóa.



U mỡ ở góc đại tràng phải.



U lạc nội mạc tử cung. Lớp niêm mạc bao phủ có dạng gai do co kéo về phía u.

4.1.3 U sợi thần kinh

Tương đối hiếm ngay cả trong khung cảnh bệnh Recklinghausen. Hình thái X quang không đặc hiệu

4.1.4 U mạch máu

U mạch : hiếm và thường nằm ở trực tràng và sigma. 75% được phát hiện trước tuổi 30 với bệnh cảnh xuất huyết tái đi tái lại. U mạch mà một u bẩm sinh cần phân biệt với dị sản mạch gặp ở người già. Về phương diện X quang, những đốm vôi hóa tương ứng với đá tĩnh mạch gặp trong trên 50% các trường hợp. Những đá tĩnh mạch này càng gợi ý chẩn đoán nếu phát hiện ở người trẻ tuổi, nằm vùng giữa bụng trên phim thẳng và trước xương cùng trên phim nghiêng. Trên hình quang đại tràng, thành trực tràng có dạng ngoằn ngoèo do hiện diện nhiều tổn thương. XQCLĐT có thể cho thấy một khối u chứa các đá tĩnh mạch, bắt chất cản quang không đồng nhất.

U bạch mạch : càng hiếm hơn nữa và thường chỉ thấy ở đại tràng ngang.

4.1.5 Lạc nội mạc tử cung

Là một u lành tính liên quan tới sự hiện diện dị nguyên của mô tử cung trong thành trực tràng hoặc thành đại tràng và phát triển trong các lớp dưới niêm mạc và lớp cơ, không ảnh hưởng tới niêm mạc. Vị trí thường gặp là trực tràng-sigma và đa số các trường hợp đều không có triệu chứng. Người ta đã mô tả 3 hình thái có thể gặp : hình ảnh dạng polyp ở thành, thể vòng quanh làm hẹp lòng, thể phúc mạc lan tỏa tạo nên những dấu nhấn trên thành đại tràng, cho hình ảnh tương tự như di căn phúc mạc.

4.2 U ác tính

4.2.1 U cacxinoit

Chiếm 1,5% các u ống tiêu hóa và độ ác rất thay đổi. 35-47% nằm ở ruột thừa, 12-17% ở trực tràng, 2-7% ở đại tràng. Những vị trí khác là ruột non và dạ dày. Đó là những nốt nhỏ dưới 15 mm, vị trí dưới niêm mạc. Dự hậu tùy thuộc kích thước u, loại mô học và vị trí. Vị trí đại tràng có dự hậu xấu với 50% sống 5 năm.

Ở trực tràng, chúng hiện lên dưới dạng u trong lòng dạng polyp bám rộng hoặc có cuống.

Ở đại tràng, đặc biệt ở manh tràng (chiếm trên 50%), u lớn như ung thư cổ điển. Trong 3-10% có kèm tổn thương khác ở trực tràng.

Ở ruột thừa, chỉ chẩn đoán được khi mổ và với giải phẫu bệnh.

4.2.2 Lymphom

Lymphom ác tính không Hodgkin : vị trí nguyên phát ở đại tràng hoặc trực tràng là ngoại lệ. Thường gặp nhất ở manh tràng (52%) kế là trực tràng (21%). Vị trí manh tràng thường kết hợp với tổn thương đoạn cuối hồi tràng (38%). Trên hình quang đại tràng, đó là những khối u trong thành hoặc trong lòng, có kích thước lớn 5 – 10 cm gây nghẹt hoặc dưới dạng nhiều nốt nhỏ và thâm nhiễm tạo

hình ảnh bất thường trên các nếp thanh mạc, tương tự như bệnh đa polyp. Hiếm thấy thể loét ở đại tràng (3,5%).

Bệnh Hodgkin : tổn thương ở đại tràng là ngoại lệ và gặp chủ yếu ở manh tràng.

4.2.3 Saccum cơ trơn

Cũng ngoại lệ và gặp chủ yếu ở trực tràng (60% các trường hợp). Phát hiện được khi có biến chứng (loét, thủng, áp xe hóa). Trên hình quang đại tràng, u thường lớn với hoại tử trung tâm ngấm đầy baryt. Không có hình ảnh đặc hiệu trên XQCLĐT hoặc CHT

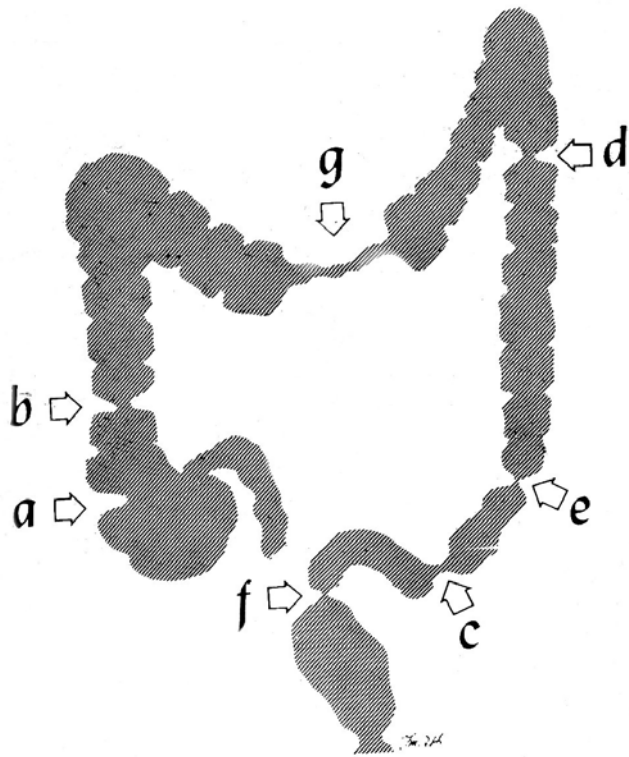
4.2.4 Di căn đại tràng-trực tràng

U nguyên phát di căn tới đại-trực tràng thường là ung thư buồng trứng, tuyến tiền liệt, dạ dày và vú. Tổn thương thường đi từ ngoài vào trong, từ di căn phúc mạc hoặc trực tiếp từ u nguyên phát. Hình thái X quang là hình khuyết trên thành kèm co kéo.

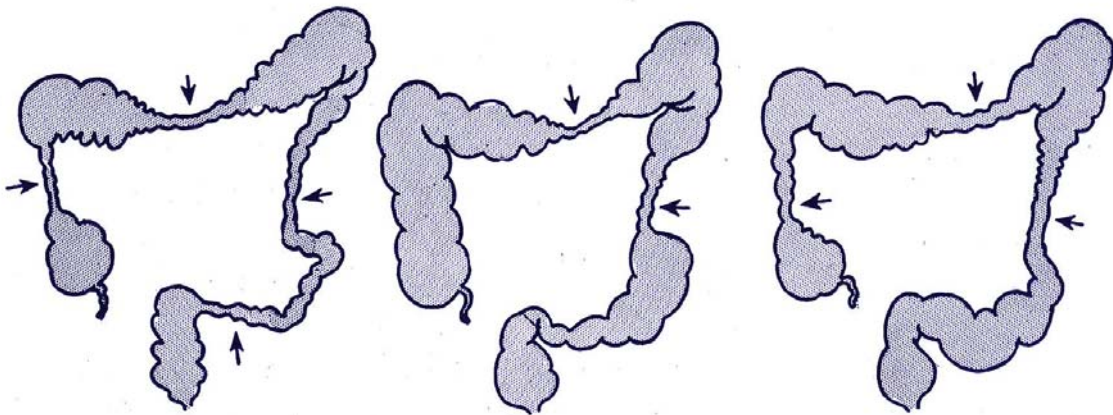
Ngoại lệ có thể gặp di căn theo đường máu từ u hắc tố, ung thư vú, ung thư phế quản.

4.2.5 U hắc tố nguyên phát

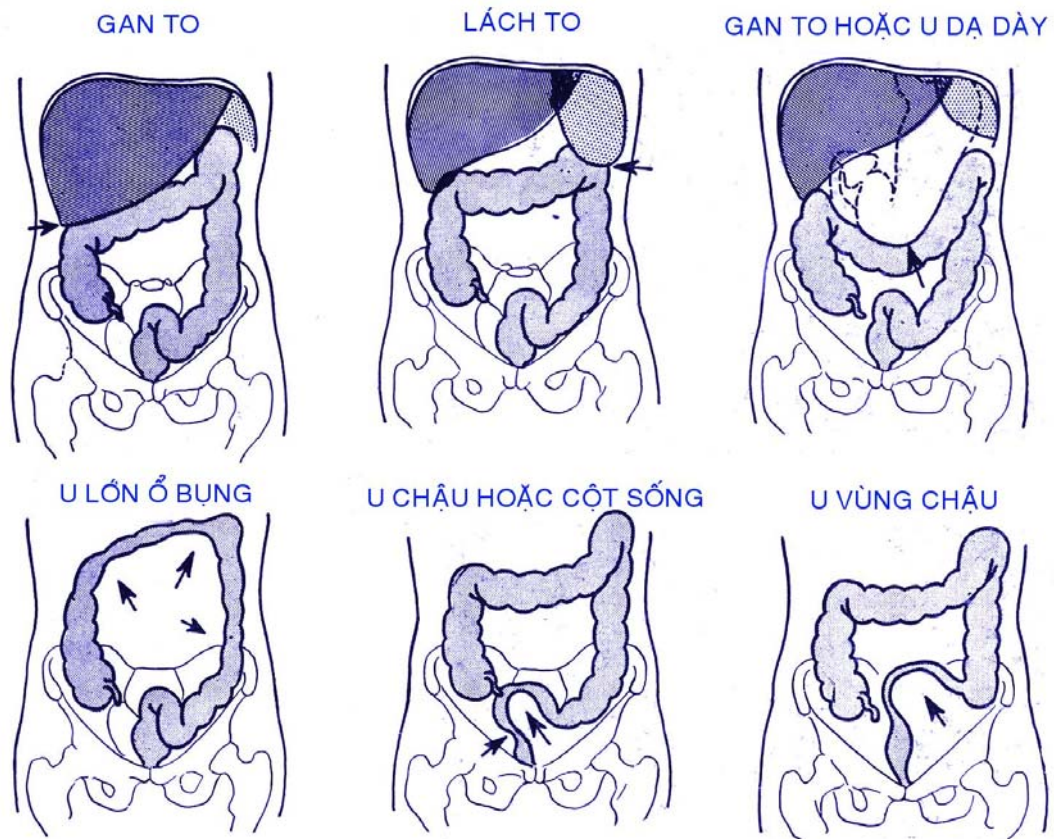
Tổn thương chủ yếu ở hậu môn, đôi khi trực tràng. Là một tổn thương dạng nốt, bờ rõ, kích thước từ vài mm đến vài cm, thường có đáy bám rộng ở dưới niêm mạc và có khuynh hướng nhanh chóng xâm lấn vào toàn bộ thành trực tràng.



Sơ đồ quang đại tràng baryt cho thấy những nơi có thể co thắt khu trú gây nhầm lẫn với bệnh lý.
 Tên gọi theo tác giả mô tả.
 a, Busi; b , Hirsch ; c, Moultier; d, Payr-Strauss; e, Balli; f, Rossi; g. vòng Cannon;



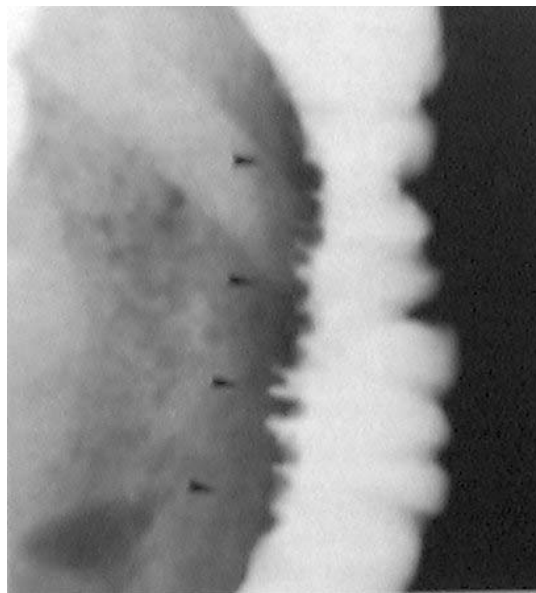
CO THẮT ĐẠI TRÀNG HAY ĐẠI TRÀNG KÍCH THÍCH



Các nguyên nhân khác nhau và hình thái di lệch đại tràng



Giả đa polyp sau viêm trong bệnh lý viêm loét đại-trực tràng xuất huyết



Tổn thương từ bên ngoài tác động lên đại tràng xuống do dịch viêm của viêm tụy cấp