

Chẩn đoán ung thư đường mật bằng hệ thống SpyGlass: Ca lâm sàng

Diagnosis of cholangiocarcinoma by using the SpyGlass™ Spyscope system: A case report

Nguyễn Văn Thái, Trần Thị Ánh Tuyết,
Trịnh Xuân Hùng, Trần Văn Thanh,
Nguyễn Thị Huyền Trang, Hà Minh Trang,
Nguyễn Xuân Quýnh, Đinh Trường Giang,
Nguyễn Thị Phương Liên, Quyền Đăng Tuyên,
Nguyễn Tiến Thịnh

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Ung thư đường mật chiếm gần 3% của ung thư đường tiêu hóa, trong đó, khoảng một phần tư các trường hợp là ung thư đường mật ngoài gan. Tiên lượng bệnh phụ thuộc vào việc phát hiện bệnh sớm và phẫu thuật triệt căn. Chúng tôi báo cáo 1 trường hợp ung thư ống mật chủ được chẩn đoán sớm bằng hệ thống nội soi đường mật SpyGlass. Bệnh nhân nam, 45 tuổi, đã cắt túi mật, đi khám bệnh với lý do sốt, rét run, bệnh nhân xét nghiệm có bilirubin toàn phần: 59 μ mol/l, men gan tăng nhẹ AST: 58U/l, ALT: 82U/l, GGT: 611U/l, dấu ấn ung thư: CA19-9: 7,9U/ml, CEA: 1ng/ml. Siêu âm, CT ổ bụng có hình ảnh giãn đường mật trong và ngoài gan, ống gan trái đường kính ngang 16,8mm, ống gan phải 17,5mm, ống mật chủ 15mm, thành dày không đều. Bệnh nhân được làm SpyGlass và sinh thiết đường mật lấy bệnh phẩm, kết quả là ung thư biểu mô tuyến đường mật.

Từ khóa: Ung thư đường mật, SpyGlass.

Summary

Cholangiocarcinoma accounts for almost 3% of all gastrointestinal cancers, and about one-fourth of cases with cholangiocarcinoma are extrahepatic cholangiocarcinomas [3]. Prognosis depends on early diagnosis and curative treatment. We report a case of the extrahepatic cholangiocarcinoma, which was diagnosed by using the SpyGlass™ Spyscope system. A 45 year old male patient with history of cholecystectomy who presented with fever and ague. Laboratory data: Bilirubin total: 59 μ mol/l, liver enzyme AST: 58U/l, ALT: 82U/l, GGT: 611U/l, tumor marker: CA19-9: 7.9U/ml, CEA: 1ng/ml. Abdominal ultrasound and CT scanner showed: Left hepatic duct was dilated 16.8mm, right hepatic duct 17.5mm, common bile duct 15mm with thickened wall. We performed SpyGlass-procedure and a 4 biopsy specimens were obtained using the SpyBite forceps. The cyto-pathology result was bile duct adenocarcinoma.

Keywords: Cholangiocarcinoma, SpyGlass.

Ngày nhận bài: 18/3/2019, ngày chấp nhận đăng: 30/3/2019

Người phản hồi: Nguyễn Văn Thái, Email: thaisalem0203@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

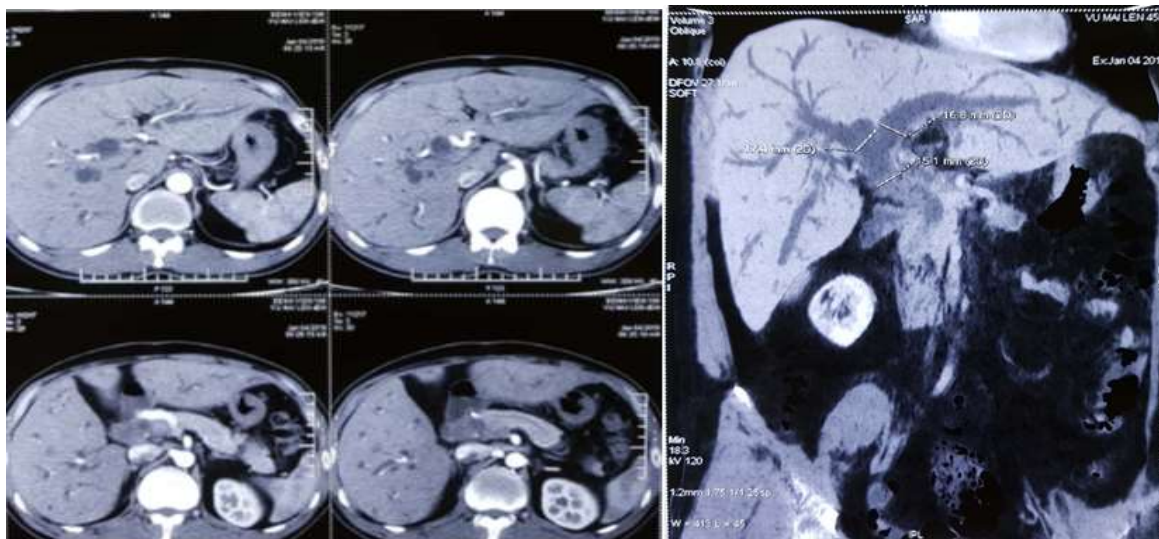
1. Đặt vấn đề

Ung thư đường mật phát sinh từ các ống mật trong hoặc ngoài gan, là một bệnh tương đối hiếm gặp; tuy nhiên, tỷ lệ mắc bệnh đang gia tăng trên toàn thế giới [4]. Ung thư đường mật ngoài gan được chia thành ung thư vùng rốn gan và ung thư đoạn thấp ống mật chủ [10]. Mặc dù phẫu thuật là phương pháp điều trị thường được thực hiện, tuy nhiên tiên lượng của ung thư đường mật ngoài gan vẫn còn xấu, với tỷ lệ sống sót sau 5 năm là 11 đến 50% [11]. Chẩn đoán ung thư đường mật đòi hỏi tiếp cận nhiều phương pháp, trong đó bao gồm lâm sàng nguy cơ cao kết hợp với các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như chụp cắt lớp vi tính (CLVT), chụp cộng hưởng từ (CHT) với nội soi đường mật và nội soi mật tụy ngược dòng (NSMTND) [1]. Trong đó, nội soi đường mật là một kỹ thuật đầy hứa hẹn để phát hiện ung thư đường mật ở giai đoạn đầu. Hiệu quả của nội soi đường mật đã được chứng minh là làm thay đổi kết quả lâm sàng đối với những bệnh nhân có biểu hiện hẹp đường mật không xác định. Chúng tôi báo cáo trường hợp một bệnh nhân bị ung thư biểu mô tuyến giai đoạn sớm của ống mật chủ được chẩn đoán bởi hệ thống nội soi đường mật SpyGlass.

2. Ca lâm sàng

Bệnh nhân nam, 45 tuổi, tiền sử mổ cắt túi mật cách đây 2 năm, biểu hiện bệnh 1 tháng trước vào viện, bệnh nhân thỉnh thoảng sốt, rét run, tự điều trị ở nhà, bệnh tái diễn nhiều lần. Trước khi nhập viện 2 ngày, bệnh nhân sốt thành cơn, rét run, kèm ăn uống kém, buồn nôn, nôn, đau thượng vị, tiểu vàng. Khám thấy da, củng mạc mắt vàng, không sốt, không phù, bụng mềm, không có khối khu trú. Các xét nghiệm: Bạch cầu: 17,6G/l (Neut: 73,7%), hồng cầu: 5T/l, huyết sắc tố: 151g/l, tiểu cầu: 535G/l, ure: 3,9mmol/l, creatinin: 70μmol/l, AST: 58U/l, ALT: 82U/l, GGT: 611U/l, bilirubin toàn phần: 59μmol/l, HBsAg âm tính, anti-HCV âm tính, CA19-9: 7,9U/ml, CEA: 1ng/ml.

Siêu âm ổ bụng và CLVT ổ bụng: Giãn đường mật trong và ngoài gan, kích thước ống gan phải 17,5mm, ống gan trái 16,8mm, ống mật chủ 15mm, thành dày không đều, đoạn thấp ống mật chủ cạnh đầu tụy có tổn thương tỷ trọng mô mềm, ranh giới không rõ, tỷ trọng trước tiêm 24HU, thì động mạch 45HU, thì tĩnh mạch 69HU.

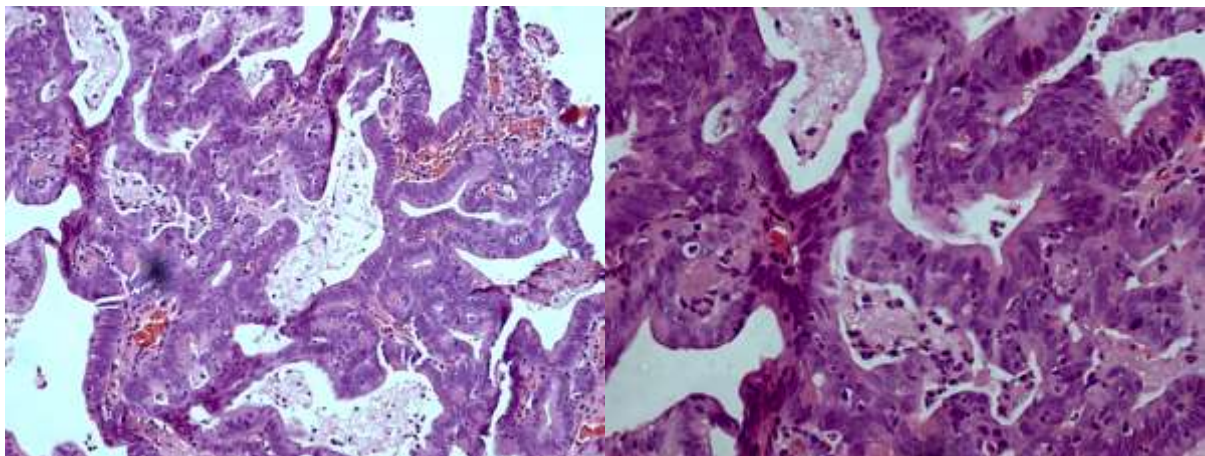


Bệnh nhân được tiến hành nội soi đường mật bằng hệ thống SpyGlass, thấy trong đường mật đoạn từ sát rốn gan đến 2/3 trên ống mật chủ, tổn thương dạng nhú, bề mặt sần sùi, tăng

sinh mạch máu, xuất huyết tự nhiên, tăng tiết nhiều dịch nhầy vào đường mật, tính chất di động còn mềm mại, đã tiến hành sinh thiết làm mô bệnh học.



Kết quả mô bệnh học là mô u gồm các cấu trúc tuyến nhú, có vùng cấu trúc dạng mắt sàng được tạo bởi các tế bào nhân lớn, kiểm tính sắp xếp lộn xộn; không thấy hình ảnh mô đệm và xâm nhập trên các mảnh sinh thiết. Kết quả phù hợp ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa.



Bệnh nhân được chuyển khoa ngoại để phẫu thuật.

3. Bàn luận

Ung thư đường mật là một bệnh có tiên lượng rất xấu, vì hầu hết bệnh nhân đến khám ở giai đoạn muộn, không còn khả năng điều trị triệt căn. Bên cạnh đó, khó khăn trong việc chẩn đoán tổn thương tại chỗ của các phương pháp chẩn đoán hình ảnh có thể làm trì hoãn quá trình chẩn đoán và điều trị. Chụp cắt lớp vi tính 3 thì chỉ có giá trị chẩn đoán trong ung thư biểu mô tế bào gan, khác biệt với ung thư đường mật có tổn thương hình ảnh không điển hình [7]. Tỷ lệ thời gian sống trên 5 năm đối với ung thư đường mật ngoài gan, ung thư trong gan và ung thư đoạn thấp ống mật chủ lần lượt là 10%, 40%, 23% [2]. Nhìn chung, ung thư đường mật ngoài gan có tiên lượng xấu nhất [7]. Mặc dù phẫu thuật có

viên cắt tổn thương âm tính với tế bào u có thể đạt 78%, nhưng tỷ lệ di căn hạch lympho lên tới 60%. Để cải thiện thời gian sống sót lâu dài của bệnh nhân ung thư đường mật ngoài gan, cần phải phát hiện và chẩn đoán sớm ở những bệnh nhân có biểu hiện vàng da tắc mật. Các triệu chứng chính của ung thư đường mật ngoài gan là vàng da, ngứa, đau bụng, gầy sút cân và sốt [7]. Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh dùng để chẩn đoán ung thư đường mật ngoài gan gồm siêu âm ổ bụng, chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ đường mật tụy, nội soi mật tụy ngược dòng [3]. Tuy nhiên, các phương pháp này bộc lộ những hạn chế: Cho hình ảnh gián tiếp, không đánh giá được trực tiếp tổn thương, sinh thiết mù dẫn đến bỏ sót tổn thương. Ở bệnh nhân của chúng tôi, có biểu hiện lâm sàng đầy đủ của ung thư

đường mật ngoài gan, nhưng các dấu ấn ung thư CA19-9 và CEA trong giới hạn bình thường, hình ảnh cắt lớp vi tính ổ bụng thấy hình ảnh giãn đường mật trong và ngoài gan, không thấy khối bất thường trong gan hay ngoài gan, thể hiện hạn chế của các phương pháp chẩn đoán lâm sàng cũng như chẩn đoán hình ảnh. Do đó nội soi đường mật quan sát trực tiếp tổn thương và tiến hành sinh thiết tổn thương nghi ngờ ác tính giúp chẩn đoán xác định sớm [7]. Nội soi đường mật đã chứng minh giá trị quan trọng trong chẩn đoán cho các bệnh lý hẹp đường mật không xác định. Các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật đánh giá chính xác tổn thương nằm trong khoảng từ 89 đến 100% [6]. Một số bài báo gần đây đã báo cáo độ nhạy 60% khi dùng kim sinh thiết SpyBite™ của hệ thống SpyGlass với độ đặc hiệu 98% [8]. Trong khi sinh thiết qua nội soi mật tụy ngược dòng không chẩn đoán được bệnh lý hẹp đường mật thì kỹ thuật SpyGlass™ đã chẩn đoán chính xác 77 - 82% là tổn thương ác tính [9]. Chúng tôi đã tiến hành nội soi đường mật bằng hệ thống SpyGlass ở bệnh nhân này, cho hình ảnh trực tiếp đường mật tổn thương nghi ngờ ác tính, khác hoàn toàn với hình ảnh siêu âm và cắt lớp vi tính ổ bụng. Kết quả sinh thiết là ung thư biểu mô tuyến đường mật ngoài gan giai đoạn sớm. Bệnh nhân đã được chuyển điều trị phẫu thuật.

4. Kết luận

Ung thư đường mật ngoài gan vẫn còn là thách thức đối với các nhà lâm sàng trong chẩn đoán, đặc biệt là giai đoạn sớm. Khi nghi ngờ ung thư đường mật trên lâm sàng, cắt lớp vi tính bụng hoặc chụp đường mật nhưng kết quả không khẳng định được, nội soi đường mật bằng hệ thống SpyGlass là một cách tiếp cận an toàn và hiệu quả để chẩn đoán chính xác và sớm hơn.

Tài liệu tham khảo

1. Anderson CD et al (2004) *Diagnosis and treatment of cholangiocarcinoma*. Oncologist 9: 43-57.
2. Al-Zahir, Journal et al (2017) *Extrahepatic cholangiocarcinoma with prolonged survival: A case report*. J Med Case Rep 11(1): 357.
3. De Groen PC et al (1999) *Biliary tract cancers*. N Engl J Med 341: 1368-1378.
4. Khan SA et al (2002) *Changing international trends in mortality rates for liver, biliary and pancreatic tumours*. J Hepatol 37: 806-813.
5. Kathryn J et al (2018) *Novel application of SpyGlass™ cholangioscopy in the diagnosis and treatment of extrahepatic biliary obstruction in infants*. Journal of Pediatric Surgery Case Reports 38: 19-22.
6. Laleman W et al (2016) *Usefulness of the single-operator cholangioscopy system SpyGlass™ in biliary disease: A single center prospective cohort study and aggregated review*. Surg Endosc.
7. Mendiratta-Lala M et al (2017) *Small intrahepatic peripheral cholangiocarcinomas as mimics of hepatocellular carcinoma in multiphasic CT*. Abdom Radiol (NY) 42(1): 171-178.
8. Navaneethan et al (2015) *Single-operator cholangioscopy and targeted biopsies in the diagnosis of indeterminate biliary strictures: A systematic review*. Gastrointest Endosc 82(4): 608-614.
9. Siddiqui AA et al (2012) *Identification of cholangiocarcinoma by using the SpyGlass™ Spyscope system for peroral cholangioscopy and biopsy collection*. Clin Gastroenterol Hepatol 10(5): 466-471. quiz e 448.
10. Sobin LH, Gospodarowicz M, Wittekind C (2009) *TNM classification of malignant tumors*. 7th edn. Wiley, Chichester.
11. Wakai T et al (2005) *Impact of ductal resection margin status on long-term survival in patients undergoing resection for extrahepatic cholangiocarcinoma*. Cancer 103: 1210-1216.