

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CỦA CÁC THỂ MÔ HỌC HIẾM GẶP TRONG UNG THƯ TRỰC TRÀNG: TỔNG QUAN Y VĂN

Vương Thị Hà Ngân¹, Nguyễn Chí Tuệ¹, Trần Công Trình¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư trực tràng chủ yếu là adenocarcinoma, tuy nhiên một số thể mô học hiếm gặp như mucinous adenocarcinoma, signet-ring cell carcinoma, squamous cell carcinoma, adenosquamous carcinoma và u thần kinh nội tiết có đặc điểm sinh học ác tính hơn, tiến triển nhanh và tiên lượng xấu. Các thể này thường có biểu hiện hình ảnh phức tạp, dễ bị bỏ sót hoặc chẩn đoán muộn nếu không được nhận diện đúng.

Mục tiêu: Mô tả và phân tích đặc điểm hình ảnh của các thể mô học hiếm gặp trong ung thư trực tràng, đồng thời đối chiếu với mô bệnh học nhằm hỗ trợ chẩn đoán và định hướng điều trị.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, tổng hợp các trường hợp ung thư trực tràng thể hiếm gặp được ghi nhận tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP.HCM. Phân tích đặc điểm hình ảnh trên CT và MRI, so sánh với kết quả giải phẫu bệnh.

Kết quả: Các thể mô học hiếm có những đặc điểm hình ảnh tương đối đặc trưng: u tuyến nhầy có tín hiệu T2 cao và ít hạn chế khuếch tán; ung thư tế bào nhẵn biểu hiện dày thành dạng lan tỏa kiểu “target sign”; ung thư tế bào vảy và tuyến-vảy thường không đồng nhất; u thần kinh nội tiết thường là tổn thương nhỏ dưới niêm, tăng sinh mạch rõ. MRI có giá trị cao trong nhận diện và phân biệt các thể này.

Kết luận: Việc nhận biết đặc điểm hình ảnh của các thể mô học hiếm gặp trong ung thư trực tràng có vai trò quan trọng trong chẩn đoán sớm, định hướng sinh thiết và lựa chọn chiến lược điều trị phù hợp, góp phần cải thiện tiên lượng bệnh nhân.

Từ khóa: Ung thư trực tràng, thể mô học hiếm, MRI, CT, mucinous adenocarcinoma, signet-ring cell carcinoma, neuroendocrine tumor.

SUMMARY

IMAGING CHARACTERISTICS OF RARE HISTOLOGICAL SUBTYPES IN RECTAL CANCER: A LITERATURE REVIEW

Background: Rectal cancer is predominantly adenocarcinoma; however, rare histological subtypes such as mucinous adenocarcinoma, signet-ring cell carcinoma, squamous cell carcinoma, adenosquamous carcinoma, and neuroendocrine tumors exhibit more aggressive behavior, rapid progression, and poorer prognosis. These entities often present with complex imaging features and may be underdiagnosed.

Objectives: To describe and analyze the imaging characteristics of rare histological subtypes of rectal cancer and correlate them with histopathological findings to support diagnosis and treatment planning.

Methods: A retrospective descriptive study of rare rectal cancer cases collected at Tam Anh General Hospital, Ho Chi Minh City. Imaging features on CT and MRI were analyzed and compared with histopathological results.

Results: Each subtype demonstrated characteristic imaging findings: mucinous adenocarcinoma showed high T2 signal and low diffusion restriction; signet-ring cell carcinoma presented with diffuse concentric wall thickening (“target sign”); squamous and adenosquamous carcinomas showed heterogeneous features; neuroendocrine tumors appeared as small submucosal hypervascular lesions. MRI demonstrated high diagnostic value in differentiating these subtypes.

Conclusions: Recognizing imaging features of rare histological subtypes in rectal cancer is crucial for early diagnosis, biopsy guidance, and appropriate treatment planning, ultimately improving patient outcomes.

Keywords: Rectal cancer, rare histology, MRI, CT, mucinous adenocarcinoma, signet-ring cell carcinoma, neuroendocrine tumor.

¹Trung tâm Chẩn Đoán Hình Ảnh
Bệnh viện đa khoa Tâm Anh Hồ Chí Minh
Tác giả liên hệ: Vương Thị Hà Ngân
Email: 39vuonghanghan@gmail.com
Ngày nhận bài: 7/6/2026
Ngày phản biện khoa học: 25/7/2026
Ngày duyệt bài: 13/8/2026

I. GIỚI THIỆU:

Ung thư trực tràng là một trong những ung thư đường tiêu hóa thường gặp nhất, trong đó adenocarcinoma chiếm khoảng 90% trường hợp. MRI đóng vai trò trung tâm trong đánh giá giai đoạn trước điều trị. Tuy nhiên, một số thể mô học hiếm gặp như mucinous adenocarcinoma, signet-ring cell carcinoma, squamous cell carcinoma, adenosquamous carcinoma và u thần kinh nội tiết có đặc điểm sinh học, tiên lượng và đáp ứng điều trị khác biệt. Việc nhận biết các dấu hiệu hình ảnh đặc trưng có thể giúp định hướng chẩn đoán, sinh thiết và lập kế hoạch điều trị. Bài viết này tổng quan các đặc điểm hình ảnh của những thể mô học hiếm gặp trong ung thư trực tràng dựa trên y văn và các trường hợp ghi nhận tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP.HCM.

1. Thể mô học hiếm gặp trong ung thư trực tràng:

Mucinous adenocarcinoma:

- Theo WHO, mucinous adenocarcinoma được định nghĩa khi thành phần mucin ngoại bào chiếm trên 50% thể tích khối u.

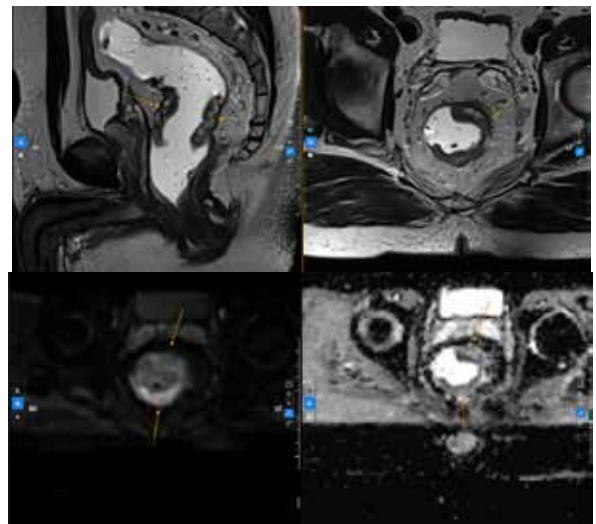
- Tỷ lệ ung thư biểu mô tuyến nhầy chiếm khoảng 10–20% các trường hợp ung thư đại trực tràng, với xu hướng thấp hơn ở các nước châu Á và cao hơn ở các nước phương Tây [1]. Ung thư biểu mô tuyến nhầy thường được chẩn đoán ở giai đoạn muộn và có đáp ứng kém hơn với hóa trị so với các thể không nhầy [1].

- Do thành phần giàu mucin, các khối u nhầy thường có đậm độ thấp trên CT. Trên hình ảnh sau tiêm thuốc cản quang, khối u thường tăng quang không đồng nhất, với phần mô đặc bắt thuốc kém hơn so với ung thư biểu mô tuyến không nhầy. Ngoài ra, tình trạng dày

thành ruột thường không đối xứng và có thể lan rộng hơn.

- Sự hiện diện của mucin cũng liên quan đến hiện tượng vôi hóa trong khối u nguyên phát cũng như trong các tổn thương di căn, đây là một dấu hiệu gợi ý quan trọng của thể nhầy.

- Do mật độ tế bào thấp, các khối u thể nhầy thường có mức độ tăng quang và hạn chế khuếch tán thấp hơn so với ung thư biểu mô tuyến không nhầy (Hình 1). Trên hình ảnh sau tiêm thuốc cản quang, phần tăng quang chủ yếu tương ứng với các vùng giàu tế bào, với kiểu tăng quang không đồng nhất và thường phân bố ngoại vi. Do đó, nếu quá phụ thuộc vào dấu hiệu hạn chế khuếch tán để phát hiện và đánh giá mức độ lan rộng của tổn thương, việc thiếu hạn chế khuếch tán trong các trường hợp không điển hình có thể trở thành một bẫy chẩn đoán quan trọng[2].

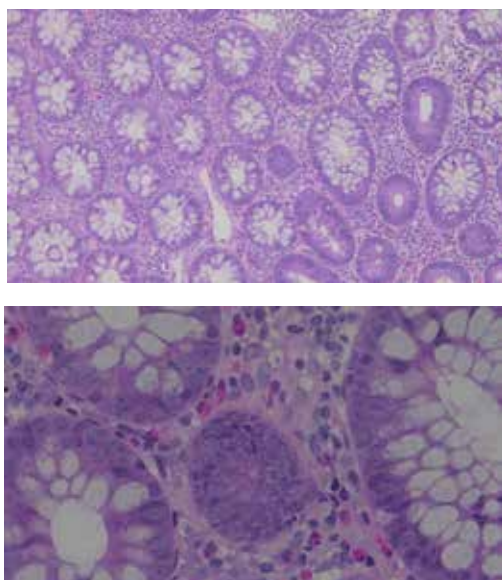


Hình 1: Hình ảnh MRI của ung thư biểu mô tuyến nhầy trực tràng. (Nguồn: Bệnh viện đa khoa Tâm Anh HCM)

- Trên chuỗi T2-weighted (mặt phẳng đứng dọc và ngang), tổn thương dày thành trực tràng có tín hiệu cao rõ rệt, phù hợp với thành phần chất nhầy ngoại bào.
- Trên DWI, tổn thương không biểu hiện hạn chế khuếch tán rõ.
- Trên bản đồ ADC, không thấy giảm tín hiệu tương ứng, phản ánh mật độ tế bào thấp của u thể nhầy (mũi tên).

- Theo AJCC, mucinous adenocarcinoma được phân giai đoạn TNM tương tự adenocarcinoma thông thường, mặc dù có thể có khác biệt về đặc điểm sinh học và tiên lượng.

- Sự hiện diện của mucin trong bào tương và lòng tuyến phản ánh biệt hóa tuyến của khối u và cần được phân biệt với ung thư biểu mô tuyến nhầy thực sự, trong đó mucin ngoại bào chiếm ưu thế (Hình 2).



Hình 2: Hình ảnh mô bệnh học cho thấy các tuyến giãn chứa nhiều chất nhầy và các tế bào u nằm trong nền mucin ngoại bào, phù hợp với ung thư biểu mô tuyến nhầy (H&E, $\times 10$ và $\times 40$). (Nguồn: Bệnh viện đa khoa Tâm Anh HCM)

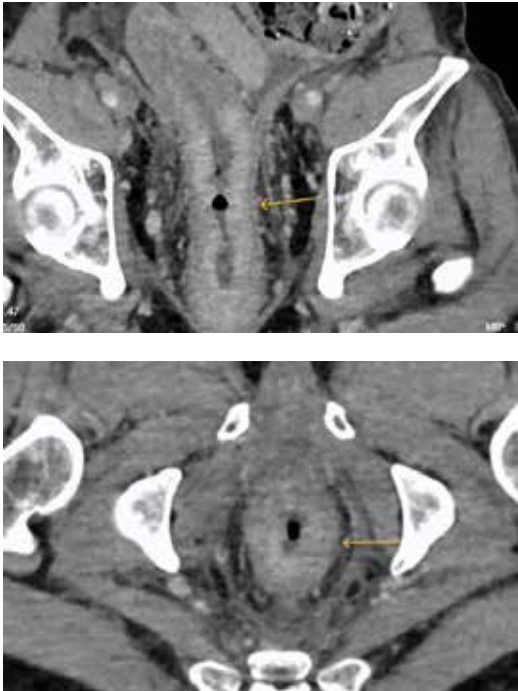
2. Signet-ring cell carcinoma:

- Ung thư biểu mô tế bào nhẫn (signet-ring cell carcinoma – SRCC) là một phân nhóm của adenocarcinoma, có tiên lượng xấu hơn so với ung thư biểu mô tuyến thông thường và cả ung thư biểu mô tuyến nhầy (mucinous adenocarcinoma – MAC). Theo phân loại của WHO, SRCC được định nghĩa là adenocarcinoma trong đó hơn 50% tế bào u chứa chất nhầy nội bào rõ rệt [3].

- Đây là một thể bệnh hiếm gặp, với tỷ lệ mắc dưới 1% trong ung thư đại trực tràng. Về đại thể, khối u thường biểu hiện dưới dạng thâm nhiễm lan tỏa, xơ cứng thành ruột, gọi hình ảnh linitis plastica. Về vi thể, SRCC đặc trưng bởi các tế bào chứa không bào nhầy lớn chiếm gần toàn bộ bào tương, đẩy nhân lệch ra ngoại vi, tạo hình dạng “tế bào nhẫn” điển hình [3].

- Trên CT, SRCC thường biểu hiện dày thành trực tràng dạng đồng tâm, tạo nên dấu hiệu “malignant target sign”, với mức độ tăng quang tương đối đồng nhất (Hình 3). Ngoài ra, thường ghi nhận tình trạng xâm lấn quanh trực tràng rõ rệt. Tương tự trên MRI, chẩn đoán nên được gợi ý khi thấy dày thành đoạn dài kèm hình ảnh dạng “target”. Trong một nghiên cứu, chiều dài tổn thương trung bình khoảng 6 cm và độ dày trung bình khoảng 2 cm [4].

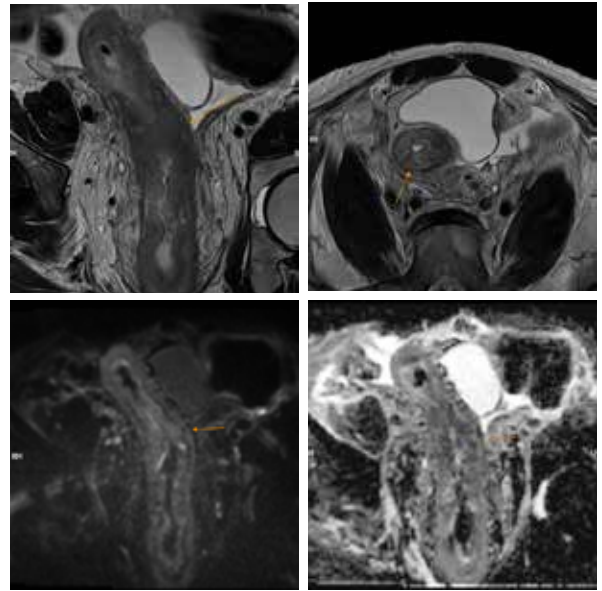
- Hình ảnh dạng linitis plastica có thể gây nhầm lẫn với các bệnh lý lành tính như viêm hoặc thiếu máu cục bộ. Do đó, cần duy trì mức độ nghi ngờ cao khi gặp hình ảnh dày thành đồng tâm trên một đoạn dài, đặc biệt ở bệnh nhân trẻ tuổi – nhóm đối tượng mà ung thư thường ít được nghĩ đến [4].



Hình 3: Hình ảnh CT của ung thư biểu mô tế bào nhẵn ở bệnh nhân 52 tuổi. (Nguồn: Bệnh viện đa khoa Tâm Anh HCM)

- Mặt cắt ngang cho thấy dày thành trực tràng dạng đồng tâm trên đoạn dài, lan lên đại tràng sigma (mũi tên).
- Tổn thương có đậm độ không đồng nhất kèm thâm nhiễm mỡ quanh trực tràng rõ.
- Kiểu phát triển thâm nhiễm lan tỏa, không tạo khối rõ gợi ý hình ảnh linitis plastica, đặc trưng của ung thư tế bào nhẵn.

- Trên cộng hưởng từ, linitis plastica biểu hiện bằng dày thành trực tràng trên một đoạn dài, thường có hình ảnh “target sign” trên mặt cắt ngang của chuỗi T2-weighted (hình 4). Kiểu phát triển thâm nhiễm lan tỏa dưới niêm mạc này dẫn đến hẹp lòng kéo dài mà không có dấu hiệu “shouldering” (gờ vai) rõ rệt, vốn thường gặp trong ung thư biểu mô tuyến điển hình [5].



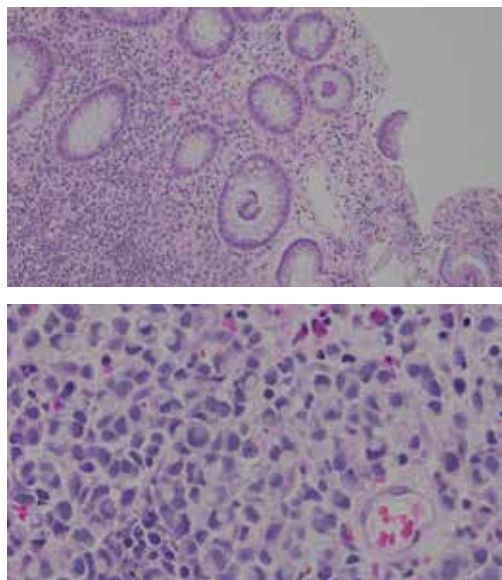
Hình 4: Hình ảnh MRI của ung thư biểu mô tế bào nhẵn trực tràng. (Nguồn: Bệnh viện đa khoa Tâm Anh HCM)

- Trên chuỗi T2-weighted (mặt phẳng đứng dọc và ngang), ghi nhận dày thành trực tràng trên đoạn dài, tín hiệu trung gian-không đồng nhất, với kiểu thâm nhiễm lan tỏa dưới niêm (mũi tên), không thấy khối u khu trú rõ.
- Trên DWI, tổn thương chỉ hạn chế khuếch tán nhẹ.
- Trên bản đồ ADC, không thấy giảm tín hiệu rõ, phù hợp với mật độ tế bào không cao.
- Các đặc điểm này gợi ý kiểu phát triển thâm nhiễm lan tỏa điển hình của ung thư tế bào nhẵn.

- Theo hệ thống phân giai đoạn TNM của AJCC, ung thư biểu mô tế bào nhẵn (signet-ring cell carcinoma) được phân loại tương tự như ung thư biểu mô tuyến thông thường của trực tràng.

- Ung thư biểu mô tế bào nhẵn (signet ring

cell carcinoma) là một thể đặc biệt của ung thư biểu mô tuyến, đặc trưng bởi sự hiện diện của các tế bào u chứa nhiều chất nhầy nội bào làm đẩy nhân lệch về một phía, tạo hình ảnh giống “nhân” (Hình 5).



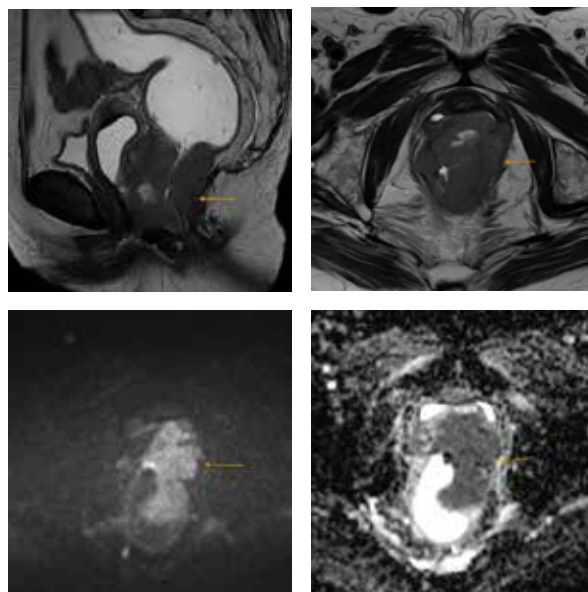
Hình 5: Hình ảnh mô bệnh học cho thấy các tế bào u dạng nhân với chất nhầy nội bào đẩy nhân lệch, phân bố lan tỏa trong mô đệm, phù hợp với ung thư biểu mô tế bào nhân (H&E, $\times 10$ và $\times 40$). (Nguồn: Bệnh viện đa khoa Tâm Anh HCM)

3. Squamous cell carcinoma:

- Ung thư biểu mô tế bào vảy (squamous cell carcinoma – SCC) vùng trực tràng là một thực thể rất hiếm trong ung thư đại trực tràng, với tỷ lệ mắc được báo cáo chỉ khoảng 0,10–0,25 trên 1000 trường hợp [6].

- Trong đường tiêu hóa, SCC thường gặp nhất ở thực quản và ống hậu môn. Tuy nhiên, cần đặc biệt lưu ý loại trừ khả năng di căn tế bào vảy từ các cơ quan khác như phổi, cổ tử cung hoặc vùng đầu cổ trước khi xác định chẩn đoán SCC nguyên phát của trực tràng[6]

- Theo hệ thống của AJCC, việc phân biệt tổn thương thuộc trực tràng hay ống hậu môn có ý nghĩa quan trọng trong phân giai đoạn TNM và lựa chọn điều trị. Các tổn thương nằm dưới đường lược thường được phân loại như ung thư ống hậu môn (thường là SCC), trong khi các tổn thương nằm phía trên được xếp vào ung thư trực tràng (thường là adenocarcinoma)[7] (Hình 6).



Hình 6: Hình ảnh MRI của ung thư biểu mô tế bào vảy vùng trực tràng thấp, lan vào ống hậu môn. (Nguồn: Bệnh viện đa khoa Tâm Anh HCM)

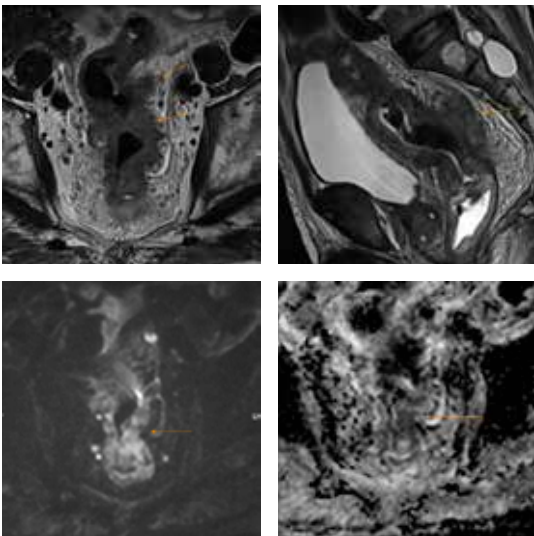
- Trên chuỗi T2-weighted (mặt phẳng đứng dọc và ngang), ghi nhận khối u vùng trực tràng thấp lan xuống ống hậu môn, tín hiệu trung gian, bờ không đều (mũi tên).
- Trên DWI, tổn thương hạn chế khuếch tán rõ.
- Trên bản đồ ADC, ghi nhận giảm tín hiệu tương ứng, phù hợp với mật độ tế bào cao của khối u.

- Ung thư biểu mô tế bào vảy (squamous cell carcinoma) với biểu mô ác tính phát sinh từ các tế bào biểu mô vảy, đặc trưng bởi hiện tượng biệt hóa vảy với sừng hóa và sự hình thành cầu nối gian bào. Các tế bào này sắp xếp thành các đám hoặc bè xâm nhập mô đệm, đôi khi tạo thành các cấu trúc đồng tâm với hiện tượng sừng hóa trung tâm, gọi là “ngọc sừng” (keratin pearls).

4. Adenosquamous carcinoma:

- Ung thư biểu mô tuyến-vảy (adenosquamous carcinoma – ASC) của đại trực tràng là một thể ung thư hiếm gặp, với tỷ lệ mắc ước tính khoảng 0,06–0,18% trong các trường hợp ung thư đại trực tràng. [8].

- Theo hệ thống phân giai đoạn TNM của AJCC, ung thư biểu mô tế bào tuyến-vảy (signet-ring cell carcinoma) được phân loại tương tự như ung thư biểu mô tuyến thông thường của trực tràng (Hình 7).



Hình 7: Hình ảnh MRI của ung thư biểu mô tuyến-vảy (adenosquamous carcinoma) trực tràng đoạn giữa-cao. (Nguồn: Bệnh viện đa khoa Tâm Anh HCM)

- Trên chuỗi T2-weighted (mặt phẳng ngang và đứng dọc), ghi nhận khối u trực tràng bờ không đều, tín hiệu trung gian–không đồng nhất, kèm xâm lấn mô mỡ quanh trực tràng (mũi tên).
- Trên DWI, tổn thương hạn chế khuếch tán rõ.
- Trên bản đồ ADC, ghi nhận giảm tín hiệu tương ứng.
- Hình ảnh không đồng nhất phản ánh bản chất mô học hỗn hợp giữa thành phần tuyến và tế bào vảy của khối u.

5. Neuroendocrine tumors:

- Các u thần kinh nội tiết (neuroendocrine tumors – NETs) của đường tiêu hóa là nhóm u tương đối hiếm gặp, các vị trí thường gặp nhất của NET đường tiêu hóa bao gồm ruột non và trực tràng [9].

- Bệnh nhân mắc NET trực tràng thường ở thập niên thứ sáu của cuộc đời (khoảng 50–60 tuổi) và không có khác biệt rõ rệt về giới. Phần lớn các trường hợp được phát hiện tình cờ trong quá trình nội soi tầm soát do u thường không có triệu chứng[9].

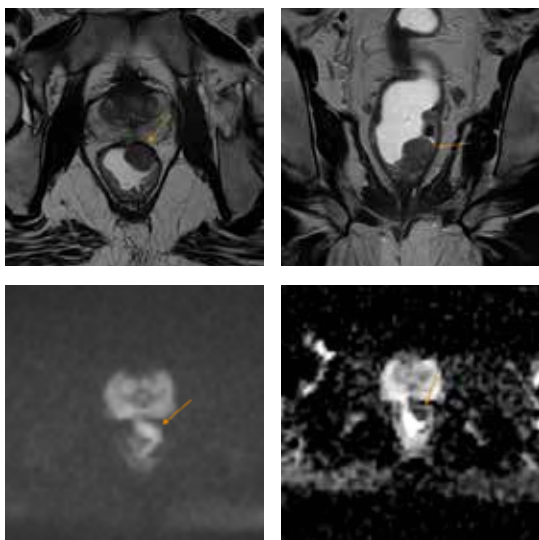
- Trên cộng hưởng từ, NET trực tràng thường biểu hiện dưới dạng một nốt nhỏ, đơn độc, nằm dưới niêm mạc (hình 8). Đa số tổn thương có kích thước ≤ 1 cm, trong khi chỉ một tỷ lệ nhỏ ($\sim 5\%$) có kích thước > 2 cm. Hình ảnh điển hình là một khối tăng sinh mạch đồng nhất, vị trí nông, với tín hiệu trung gian trên T1-weighted và tăng nhẹ tín hiệu trên T2-weighted[9].

- Do NET trực tràng thường có độ ác tính thấp, di căn hạch không phổ biến ($<10\%$), và di căn xa lại càng hiếm. Kích thước khối u nguyên phát là yếu tố quan trọng trong tiên lượng; các u < 1 cm hầu như không di căn,

trong khi $u > 2$ cm hoặc xâm lấn qua thành trực tràng có nguy cơ di căn cao hơn.

- NET được phân loại theo độ mô học (grade) dựa trên hệ thống của WHO 2019 thành các nhóm G1, G2 và G3, dựa vào số lượng phân bào và chỉ số Ki-67. Ngoài ra, u thần kinh nội tiết được chia thành u biệt hoá tốt (NET) và ung thư biểu mô thần kinh nội tiết biệt hoá kém (neuroendocrine carcinoma – NEC), trong đó NEC thường có tiên lượng xấu hơn [7].

- Phân giai đoạn bệnh được thực hiện theo hệ thống TNM của AJCC (9th edition). Trong đó, các u thần kinh nội tiết biệt hoá kém (NEC), bao gồm small cell và large cell carcinoma, được phân giai đoạn tương tự adenocarcinoma trực tràng, trong khi các NET biệt hoá tốt (G1–G2) có hệ thống phân giai đoạn riêng [7].



Hình 8: Hình ảnh MRI của u thần kinh nội tiết (NET) trực tràng, độ G1–G2. (Nguồn: Bệnh viện đa khoa Tâm Anh HCM)

- Trên chuỗi T2-weighted (mặt phẳng ngang và đứng dọc), ghi nhận một tổn thương nhỏ, ranh giới rõ, nằm dưới niêm mạc trực tràng, tín hiệu tăng nhẹ (mũi tên).
- Trên DWI, tổn thương hạn chế khuếch tán.
- Trên bản đồ ADC, ghi nhận giảm tín hiệu tương ứng.
- Vị trí dưới niêm và đặc điểm hình ảnh phù hợp với u thần kinh nội tiết trực tràng.

II. ĐIỂM CẦN LƯU Ý:

- Không phải tất cả các khối u trực tràng đều là adenocarcinoma; cần cân nhắc các thể mô học hiếm gặp, đặc biệt những loại có tiến triển nhanh và tiên lượng xấu, nhằm tránh chẩn đoán sai.

- Không phải tất cả các u trực tràng đều được phân giai đoạn theo cùng một hệ thống TNM như adenocarcinoma. Do đó, cần nắm rõ nguyên tắc phân loại theo AJCC cho từng loại mô học để tránh xếp giai đoạn không chính xác.

- Việc xác định đúng thể mô học và vị trí giải phẫu của khối u (trên hay dưới đường lược) có vai trò quan trọng trong phân giai đoạn và lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp.

- Một số thể u hiếm có thể có kích thước nhỏ nhưng độ ác tính cao, như ung thư biểu mô tế bào nhẵn hoặc u thần kinh nội tiết. Đặc biệt, các trường hợp dày thành trực tràng dạng đồng tâm trên đoạn dài, nhất là ở bệnh nhân trẻ tuổi, cần được nghi ngờ và đánh giá kỹ để loại trừ ung thư tế bào nhẵn.

Bảng so sánh hình ảnh các thể hiếm:

Loại	T2W	DWI	Bắt thuốc	Key sign
Mucinous	Cao	Thấp	Kém	Chất nhầy ngoại bào
Signet-ring cell carcinoma	Trung gian	Thay đổi	Đồng nhất	Dấu hiệu target
Squamous cell carcinoma	Giống adenocarcinoma	Hạn chế	Trung bình	Dựa vào vị trí
Adenosquamous carcinoma	Không đặc hiệu	Thay đổi	Không đều	Hỗn hợp hai thành phần
Neuroendocrine tumors	Tăng nhẹ	Hạn chế	Mạnh	Phát triển từ lớp dưới niêm

Hạn chế nghiên cứu:

- Số lượng trường hợp của từng thể mô học hiếm gặp còn hạn chế do tỷ lệ mắc thấp, vì vậy chưa thể phản ánh đầy đủ biểu hiện hình ảnh của từng thể bệnh.

- Đây là một nghiên cứu tổng quan y văn kết hợp minh họa ca lâm sàng tại một trung tâm, nên có thể tồn tại sai lệch trong lựa chọn ca bệnh và hạn chế về tính khái quát của kết quả.

- Sự khác biệt về quy trình chụp MRI, CT và tiêu chuẩn đánh giá giữa các nghiên cứu cũng có thể ảnh hưởng đến sự đồng nhất của các kết luận.

- Cần có các nghiên cứu đa trung tâm với cỡ mẫu lớn hơn và thiết kế tiến cứu nhằm đánh giá giá trị của các đặc điểm hình ảnh trong chẩn đoán, phân tầng nguy cơ và tiên lượng đối với các thể mô học hiếm gặp của ung thư trực tràng.

III. KẾT LUẬN:

- Các thể mô học hiếm gặp của ung thư trực tràng có những đặc điểm hình ảnh đa dạng và có thể khác biệt đáng kể so với ung thư biểu mô tuyến thông thường. MRI đóng vai trò quan trọng trong việc nhận diện và hỗ trợ xếp giai đoạn trước điều trị.

- Ung thư biểu mô tuyến nhầy thường

biểu hiện tín hiệu T2 cao, hạn chế khuếch tán không rõ và tăng quang kém, không đồng nhất; sự hiện diện của chất nhầy ngoại bào và vôi hóa có thể là những dấu hiệu gợi ý quan trọng. Ung thư biểu mô tế bào nhầy thường có kiểu thâm nhiễm lan tỏa, dày thành trực tràng trên đoạn dài, hình ảnh “target sign” và có thể biểu hiện dạng linitis plastica. Ung thư biểu mô tế bào vảy và ung thư biểu mô tuyến-vảy thường có hình ảnh không đặc hiệu trên MRI, cần kết hợp với vị trí giải phẫu và mô bệnh học. Trong khi đó, u thần kinh nội tiết thường biểu hiện dưới dạng tổn thương nhỏ, khu trú dưới niêm mạc, tăng quang mạnh và hạn chế khuếch tán.

- Do đặc điểm sinh học, tiên lượng và xếp giai đoạn có thể khác nhau giữa các thể mô học, bác sĩ chẩn đoán hình ảnh cần hiểu rõ về các thể hiếm, việc nhận diện các dấu hiệu hình ảnh gợi ý, xác định chính xác vị trí giải phẫu và kết hợp chặt chẽ với mô bệnh học có ý nghĩa quan trọng trong chẩn đoán, phân giai đoạn và lựa chọn chiến lược điều trị phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Luo C, Cen S, Ding G, Wu W. Mucinous colorectal adenocarcinoma: clinical pathology and treatment options. Cancer Commun (Lond). 2019;39(1):13.

2. **El Khababi N, Beets-Tan RG, Curvo-Semedo L, Tissier R, Nederend J, Lahaye MJ, et al.** Pearls and pitfalls of structured staging and reporting of rectal cancer on MRI: an international multireader study. *Br J Radiol.* 2023;96(1150).
3. **Chen W, Cai H, Chen K, Liu X, Jiang W, Li S, et al.** The prognostic significance of different proportion of signet-ring cells of colorectal carcinoma. *Bosn J Basic Med Sci.* 2022;22(1):124-30.
4. **Tootla FS, Stein H, Bernacki E, Kiechle FL.** Primary linitis plastica of the colon and rectum. *Am J Proctol.* 1977;28(5):29-34.
5. **Wetzel A, Viswanath S, Gorgun E, Ozgur I, Allende D, Liska D, et al.** Staging and Restaging of Rectal Cancer with MRI: A Pictorial Review. *Semin Ultrasound CT MR.* 2022;43(6):441-54.
6. **Guerra GR, Kong CH, Warriar SK, Lynch AC, Heriot AG, Ngan SY.** Primary squamous cell carcinoma of the rectum: An update and implications for treatment. *World J Gastrointest Surg.* 2016;8(3):252-65.
7. **Amin MB, Greene FL, Edge SB, Compton CC, Gershenwald JE, Brookland RK, et al.** The Eighth Edition AJCC Cancer Staging Manual: Continuing to build a bridge from a population-based to a more “personalized” approach to cancer staging. *CA Cancer J Clin.* 2017;67(2):93-9.
8. **Petrelli NJ, Valle AA, Weber TK, Rodriguez-Bigas M.** Adenosquamous carcinoma of the colon and rectum. *Dis Colon Rectum.* 1996;39(11):1265-8.
9. **Rodrigues Â, Castro-Poças F, Pedroto I.** Neuroendocrine Rectal Tumors: Main Features and Management. *GE Port J Gastroenterol.* 2015;22(5):213-20.