

Nghiên cứu

DOI: 10.59715/pntjmp.4.1.17

Khảo sát đặc điểm hình ảnh viêm túi thừa đại tràng có biến chứng trên cắt lớp vi tính bụng

Phạm Thanh Tùng^{1,2}, Nguyễn Thị Tuyên Trân¹, Nghiêm Phương Thảo¹, Phạm Thy Thiên¹, Phan Thị Thu Hà³, Bùi Khắc Vũ³

¹Bộ môn Chẩn đoán hình ảnh, Khoa Y, Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

²Phòng khám đa khoa Nhơn Tâm

³Bệnh viện Nhân Dân Gia Định

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Bệnh túi thừa đại tràng là một bất thường phổ biến, gia tăng theo tuổi và được phát hiện nhiều hơn nhờ các phương tiện chẩn đoán hình ảnh. Ở phương Tây, bệnh chủ yếu xảy ra ở đại tràng trái; tại Mỹ, hàng trăm nghìn ca biến chứng phải nhập viện mỗi năm. Ở Việt Nam, các báo cáo về bệnh lý túi thừa ngày càng tăng và xuất hiện một số khác biệt so với các nước phương Tây. Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) hiện là phương pháp chính để chẩn đoán và phân giai đoạn viêm túi thừa, theo hệ thống phân loại của Hiệp hội Phẫu thuật Cấp cứu Thế giới (WSES) 2020.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính (CLVT) của viêm túi thừa đại tràng (VTTĐT) có biến chứng theo WSES 2020.

Đối tượng và phương pháp NC: Tất cả các bệnh nhân có kết quả phẫu thuật và hoặc giải phẫu bệnh VTTĐT được nghiên cứu hồi cứu so sánh với hình ảnh cắt lớp vi tính trong thời gian từ tháng 01/2022 đến hết tháng 08/2024.

Kết quả: Nghiên cứu có 104 bệnh nhân, trong đó VTTĐT bên phải là 45 và VTTĐT bên trái là 75. Tuổi trung bình của BN VTTĐT có biến chứng là 55,59 ± 15,7. Tỷ lệ nam/nữ là 1,85. Túi thừa viêm biến chứng thủng dễ quan sát hình ảnh trực tiếp ở bên phải hơn. Dày thành đại tràng, thâm nhiễm mỡ nhiều, sự diện của túi thừa, dịch và khí cạnh đại tràng áp xe, viêm phúc mạc lan tỏa là các dấu hiệu thường gặp, rò và tắc ruột chiếm tỷ lệ thấp nhưng cần được quan tâm. Dịch lan tỏa và khí xa đại tràng chỉ gặp ở VTTĐT bên trái. Các giai đoạn của VTTĐT có BC bên phải theo WSES 2020 bao gồm 1A, 1B, 2A, 2B, 3, 4 chiếm tỉ lệ lần lượt là 64,4%, 11,1%, 17,8%, 4,4%, 0%, 0% ; bên trái chiếm tỉ lệ lần lượt là 25,3%, 16%, 17,3%, 8%, 6,7%, 22,7%. VTTĐT bên trái có biến chứng nặng hơn so với bên phải, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,000 < 0,05$).

Kết luận: Các dấu hiệu hình ảnh thường gặp của VTTĐT có biến chứng theo WSES 2020 là dày thành đại tràng > 10mm; thâm nhiễm mỡ nhiều với đa túi thừa, sung huyết mạch máu mạc treo, khí và dịch cạnh đại tràng, áp xe. VTTĐT bên trái có tuổi lớn hơn, BMI cao hơn so với bên phải, biến chứng nặng hơn với khí tự do xa đại tràng và viêm phúc mạc lan tỏa. Do đó, việc kiểm soát cân nặng để phòng ngừa bệnh và theo dõi chặt chẽ trong quá trình điều trị nhằm phòng tránh diễn tiến tới biến chứng nặng là cần thiết đối với những bệnh nhân này.

Từ khóa: VTTĐT có biến chứng, phân loại WSES 2020.

Ngày nhận bài:

04/11/2024

Ngày phân biện:

19/11/2024

Ngày đăng bài:

20/01/2025

Tác giả liên hệ:

Phạm Thanh Tùng

Email: anlachanh2807

@gmail.com

ĐT: 0797873995

Abstract

Imaging Characteristics of Complicated Colonic Diverticulosis: A Retrospective Abdominal CT Analysis

Background: Colonic diverticular disease is a common age-related abnormality increasingly identified through advanced imaging modalities. In the United States, it predominantly affects on the left colon, resulted in admitted to hospital due to complications. In Vietnam, it is increasingly published as case series or reports, with difference result compared to Western countries. Multiple Detectors Computed tomography (MDCT) seems to primarily be option for diagnosis and staging diverticulosis, following the 2020 guidelines of the World Society of Emergency Surgery (WSES).

Objective: This study evaluates the CT imaging features of complicated colonic diverticulosis (CCD) using the WSES 2020 classification.

Methods: A retrospective analysis was conducted on 104 patients with confirmed surgical procedures and/or pathological results who underwent CT imaging between January 2022 and August 2024.

Results: Of the 104 patients (mean age 55.59 ± 15.7 years, male-to-female ratio 1.85), 45 presented with right-sided CCD and 75 with left-sided CCD. Right-sided perforated diverticulitis has been seen more than left on MDCT. Common imaging findings are included colonic wall thickening, extensive fat stranding, diverticula presence, peri-colonic fluid/gas, abscesses, and diffuse peritonitis. Fistulas and bowel obstruction, though less frequent, warranted clinical attention. Diffuse fluid collections and extra-colonic gas were exclusive to left-sided CCD. The distribution of WSES 2020 stages for right-sided CCD was: Stage 1A (64.4%), 1B (11.1%), 2A (17.8%), 2B (4.4%), with no Stage 3 or 4 cases. Left-sided CCD distribution was: Stage 1A (25.3%), 1B (16.0%), 2A (17.3%), 2B (8.0%), 3 (6.7%), and 4 (22.7%). Left-sided CCD presented significantly more severe complications ($p < 0.05$).

Conclusion: Characteristic CT findings of CCD, as per the WSES 2020 classification, include colonic wall thickening exceeding 10mm, extensive fat stranding, multiple diverticula, mesenteric vascular congestion, peri-colonic gas and fluid, and abscess formation. Left-sided CCD patients tended to be older, have a higher BMI, and experience more severe complications, including distant free gas and diffuse peritonitis. Weight management is crucial for disease prevention, and rigorous monitoring is essential to mitigate complications, particularly in left-sided CCD.

Keywords: Complicated colonic diverticulitis, WSES 2020 classification.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Túi thừa đại tràng (TTĐT) là một bất thường phổ biến của đại tràng. Tỷ lệ mắc bệnh túi thừa gia tăng theo tuổi [1]. Những năm gần đây cùng với sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, bệnh lý này được chẩn đoán ngày càng nhiều. Ở phương Tây, bệnh lý túi thừa đại tràng xảy ra chủ yếu ở đại tràng trái. Tại Mỹ, có khoảng 300.000 bệnh nhân viêm túi thừa đại tràng cấp có biến chứng phải nhập viện và 1,5 triệu bệnh nhân điều trị ngoại trú, điều này tiêu tốn khoảng 2 tỷ đô la mỗi năm [1]. Ở các nước Châu Á, cũng như Việt Nam bệnh lý túi thừa

ngày càng tăng và có các đặc điểm khác so với các nước phương Tây, đó là phân bố ưu thế ở đại tràng phải (55 - 76%), tuổi trung bình thấp hơn, số lượng túi thừa ít hơn [2, 3].

Ngày nay, CLVT được xem là phương tiện hình ảnh được chọn lựa đầu tiên để chẩn đoán và phân giai đoạn bệnh viêm túi thừa đại tràng. Hiệp hội Phẫu Thuật cấp cứu thế giới (WSES) năm 2020 đã đưa ra bảng phân độ dựa trên CLVT cho viêm túi thừa đại tràng và các biến chứng. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Khảo sát đặc điểm hình ảnh viêm túi thừa đại tràng có biến chứng trên CLVT bụng”,

với các mục tiêu là mô tả đặc điểm hình ảnh của viêm túi thừa đại tràng có biến chứng dựa theo WSES 2020.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả, hồi cứu.

Tiêu chí chọn mẫu: Tất cả các bệnh nhân có kết quả phẫu thuật và hoặc giải phẫu bệnh VTTĐT được nghiên cứu hồi cứu với hình ảnh cắt lớp vi tính.

Tiêu chí loại trừ: Bệnh nhân không có hình ảnh CLVT lưu trữ. Bệnh nhân có ung thư đại tràng kèm theo hoặc đã phẫu thuật cắt đại tràng trước đó.

Cỡ mẫu: Lấy tất cả các trường hợp thoả tiêu chí chọn mẫu trong khoảng thời gian từ tháng 1/2022 đến hết tháng 8/2024.

Các nội dung nghiên cứu: Mô tả các đặc điểm hình ảnh của viêm túi thừa đại tràng có biến chứng theo WSES 2020.

Phương tiện nghiên cứu: máy chụp CLVT 128 lát cắt của Hãng Siemens, thu nhận và xử

lý ảnh bằng phần mềm Syngo.via, lưu trữ tại hệ thống PACs tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định TP. Hồ Chí Minh.

Các bước tiến hành: Lập danh sách bệnh nhân được chẩn đoán VTTĐT có biến chứng trên phẫu thuật và/ hoặc giải phẫu bệnh và có được chụp CLVT. Hai bác sĩ chẩn đoán hình ảnh kinh nghiệm trên 5 năm tiến hành xem lại hình ảnh CLVT đã lưu trên hệ thống PACs và ghi nhận các thông tin vào phiếu thu thập. Dữ liệu được nhập, xử lý bằng Microsoft Excel và phân tích thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0.2.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung

Nghiên cứu có 120 bệnh nhân VTTĐT có BC, trong đó bên phải là 45 và bên trái là 75. Tuổi trung bình 55 tuổi. VTTĐT có BC bên phải trẻ tuổi hơn bên trái (45 so với 62, $p < 0,000$). Trong mẫu nghiên cứu có 78 bệnh nhân nam, 42 bệnh nhân nữ. Tỷ lệ nam/nữ là 1,85. BMI trung bình là 23, bên trái có BMI cao hơn bên phải (23 so với 22, $p = 0,02$). (Bảng 1).

Bảng 1: Phân bố tuổi, giới và BMI của VTTĐT có BC

	VTTĐT có BC (N=120)	Bên phải (n=45)	Bên trái (n= 75)	Trị số p
Tuổi	55,59 ± 15,7 (22 - 87)	45,31 ± 14,1 (22 - 76)	62,29 ± 13,0 (27 - 87)	0,000
Giới (nam: nữ)	78/42	34/11	44/31	0,006
BMI trung bình	23,2 ± 3,1	22,8 ± 2,8	23,43 ± 3,2	0,02

2. Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính của VTTĐT có biến chứng

Số trường hợp VTTĐT có BC xảy ra ở manh tràng, đại tràng lên và góc gan, đại tràng ngang, đại tràng xuống và góc lách, đại tràng sigma chiếm tỷ lệ lần lượt là 28(23,7%), 17(14,4%), 2(1,7%), 14(11,9%) và 57(48,3%). Phần lớn là đa túi thừa đại tràng, túi thừa đơn độc chủ yếu gặp ở bên phải. Các dấu hiệu hình ảnh thường gặp là dày thành đại tràng (98,3%), thâm nhiễm mỡ nhiều (89,2%), sự hiện diện của túi thừa (98,2%), sung huyết mạch máu mạc treo (72,5%), dịch cạnh ĐT (76,7%), khí cạnh ĐT (72,5%), áp xe (41,7%) và viêm phúc mạc lan tỏa (26,7), rò và tắc ruột chiếm tỷ lệ thấp 4,2% và 1,7%. Túi thừa viêm biến chứng thủng quan sát được hình ảnh trực tiếp trên CLVT bên phải nhiều hơn bên trái. Dịch lan tỏa, khí tự do xa đại tràng, số lượng áp xe từ 2 - 5 ổ và viêm phúc mạc lan tỏa chỉ gặp ở bên trái. Các đặc điểm khác không có sự khác biệt thống kê giữa hai nhóm.

Bảng 2: Đặc điểm hình ảnh CLVT của VTTĐT có BC.

	VTTĐT có BC (N=120)	Bên phải (n=45)	Bên trái (n=75)	Trị số p
Dày thành ĐT	118(98,3)	45(100)	71(94,6)	
Mức độ dày(mm)	11 ± 3,2	12,6 ± 2,7	10,1 ± 3,2	0,000*

	VTTĐT có BC (N=120)	Bên phải (n=45)	Bên trái (n=75)	Trị số p
Chiều dài (trung vị) mm	105(72)	73(48)	130(68)	0,000**
Thâm nhiễm mỡ	117(97,5)	0(0)	3(4)	0,166***
Ít (< 10mm)	10(8,3)	3(6,7)	7(9,3)	
Nhiều (≥ 10mm)	107(89,2)	42(93,3)	65(86,7)	
Sự hiện diện của TT	116(96,7)	43(95,6)	72(97,3)	
Số lượng TT				0,001*
Đơn độc		10(22,2)	2(2,7)	
Đa		33(73,3)	71(97,3)	
Sung huyết MMMT	87(72,5)	41(91,1)	46(61,3)	0,000*
Túi thừa viêm thủng	42(35)	25(55,6)	17(22,7)	0,000*
Dịch gốc mạc treo	21(17,5)	7(15,7)	14(18,7)	0,66*
Dịch cạnh ĐT	92(76,7)	36(80)	56(74,7)	0,5*
Dịch xa chưa lan tỏa	22(18,3)	10(22,2)	12(16)	0,39*
Dịch lan tỏa	20(16,7)	0(0)	20(26,7)	0,000*
Khí cạnh ĐT	87(72,5)	29(64,6)	58(77,3)	0,126
Đốm khí (< 5mm)	51(42,5)	14(31,1)	37(49,3)	0,051
Túi khí (≥ 5mm)	62(51,7)	18(40)	44(58,7)	0,048*
Khí xa ĐT	26(21,7)	1(2,2)	25(33,3)	0,000*
Áp xe (n=50)	50(41,7)	16(32)	30(60)	0,000*
Số lượng áp xe				0,152*
1 ổ	45(90)	17(100)	28(84,8)	
2 - 5 ổ	5(10)	0(0)	5(15,2)	
Thành phần áp xe				0,042*
Dịch	17(34)	9(53)	8(24,2)	
Hỗn hợp	33(66)	8(47)	25(75,8)	
Viêm phúc mạc lan tỏa	20(16,7)	0(0)	20(26,7)	0,000*

*Kiểm định Chi bình phương, **Kiểm định Man - Whitney U, ***Kiểm định Fisher's Exact.

Việc phân giai đoạn bệnh nhân VTTĐT dựa trên hình ảnh học là cần thiết, giúp cho việc chẩn đoán được chi tiết hơn và định hướng điều trị hiệu quả hơn [1]. Hội phẫu thuật cấp cứu thế giới (WSSES) phân giai đoạn VTTĐT cấp dựa trên CLVT dựa trên mức độ lan rộng của nhiễm trùng nhằm hỗ trợ bác sĩ lâm sàng (Bảng 3).

Bảng 3: Phân loại viêm túi thừa và các biến chứng theo WSES 2020 [1]

	Mức độ	Hình ảnh CLVT
Viêm túi thừa không biến chứng	0	Túi thừa thành dày, tăng đậm độ mỡ xung quanh
Viêm túi thừa có biến chứng	1A	Có các bóng khí hoặc tụ dịch lượng ít quanh đại tràng trong phạm vi 5cm từ vị trí viêm
	1B	Ổ áp xe ≤ 4 cm
	2A	Ổ áp xe > 4 cm
	2B	Có khí ở xa ngoài 5cm tính từ vị trí viêm
	3	Dịch lan tỏa khắp ổ bụng không kèm theo khí tự do
	4	Dịch lan tỏa khắp ổ bụng kèm khí tự do.

Bảng phân loại này ra đời để áp dụng cho VTTĐT bên trái và hiện nay cũng chưa có phân loại thống nhất cho VTTĐT bên phải. NC của chúng tôi áp dụng bảng phân giai đoạn biến chứng của VTTĐT theo WSES 2020 từ giai đoạn 1A trở lên cho cả bên phải và bên trái như một số tác giả trong nước.

Bảng 4: Phân bố về tỉ lệ các giai đoạn của VTTĐT có BC theo WSES 2020

Tổng	WSES					
	1A	1B	2A	2B	3	4
VTTĐT có BC	40.00%	14.20%	17.50%	6.70%	4.20%	14.20%
Bên phải	64.40%	11.10%	17.80%	4.40%	0%	0%
Bên trái	25.30%	16%	17.30%	8%	6.70%	22.70%

4. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của BN VTTĐT có BC là 55,59, VTTĐT bên trái xảy ra ở nhóm tuổi lớn hơn đáng kể so với bên phải do tình trạng suy yếu của thành đại tràng, chế độ ăn ít chất xơ, tình trạng cơ cơ phân đoạn của thành đại tràng, sự suy giảm và thoái hóa các tế bào thần kinh theo tuổi [4, 5]. VTTĐT bên phải xảy ra ở lứa tuổi trẻ hơn, khả năng là bẩm sinh. VTTĐT xảy ra ở BN nam nhiều hơn BN nữ. Tỉ lệ nam/nữ là 1,85/1. Kết quả này cũng tương đồng với NC của các tác giả trong nước cũng như các tác giả nước ngoài [6 - 8]. Dựa trên phân loại BMI theo Châu Á - Thái Bình Dương để đánh giá mối quan hệ giữa chỉ số BMI và tình trạng VTTĐT có BC ở người Châu Á. Hầu hết các đối tượng thừa cân đều có nguy cơ cao đối với VTTĐT có BC, tương tự như các bệnh lý về tim mạch và rối loạn chuyển hóa. Nhóm VTTĐT có BC bên phải có BMI trung bình trong khoảng 22 - 23 (tương đương BMI bình thường 18,5 - 22,9) cho thấy bệnh lý VTTĐT

bên phải không liên quan đến tình trạng thừa cân, có thể có các yếu tố khác đóng vai trò như di truyền, lối sống hoặc cấu trúc đại tràng. Ngược lại VTTĐT có BC bên trái phổ biến ở nhóm có BMI cao (> 23) cho thấy thừa cân có thể là yếu tố nguy cơ. Do đó, quản lý cân nặng ở mức bình thường có thể giúp giảm nguy cơ mắc VTTĐT có BC bên trái trong cộng đồng Châu Á - Thái Bình Dương.

Vị trí dày thành đại tràng là nơi xuất hiện tình trạng túi thừa viêm có biến chứng. Trong 120 trường hợp VTTĐT có BC thì có 118 trường hợp (98,3%) có dày thành đại tràng trong đó VTTĐT bên phải chiếm tỷ lệ 39,8%, VTTĐT bên trái chiếm tỷ lệ 60,2%. NC của chúng tôi có kết quả gần tương đồng với các tác giả Châu Á khác [4, 7]. Tỷ lệ VTTĐT có BC có sự chênh lệch so với tác giả phương Tây: Schneider L.V [6] với tỷ lệ VTTĐT bên trái có BC cao hơn NC của chúng tôi, trong khi bên phải thì thấp hơn NC của chúng tôi. Lý giải về sự khác biệt là do đặc điểm dân số của mẫu NC.

Dấu hiệu dày thành đại tràng là 1 trong 3 tiêu chuẩn để chẩn đoán VTTĐT trên CLVT [1]. Dấu hiệu này có độ nhạy khoảng 70 - 100% theo các nghiên cứu trong và ngoài nước [8, 9]. Mức độ dày thành là yếu tố giúp tiên đoán tái phát trong tương lai và có thể lựa chọn bệnh nhân cần phải cắt đại tràng [10]. Khi VTTĐT kèm phì đại lớp cơ thành có thể dày đến 2-3cm do đó có thể nhầm với ung thư đại tràng. Độ dày trung bình của thành đại tràng trong VTTĐT có BC nói chung, bên phải và bên trái lần lượt là $11 \pm 3,2\text{mm}$, $12,6 \pm 2,7\text{mm}$, $10,1 \pm 3,2\text{mm}$. Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu có dày thành đại tràng mức độ nhiều. VTTĐT có BC bên phải có thành dày hơn so với bên trái và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Trên hình ảnh CLVT, chúng tôi tiến hành đo chiều dài của đoạn đại tràng bị ảnh hưởng bằng cách cộng tổng các đoạn thẳng, phương pháp này cho kết quả chính xác hơn so với việc xác định phần trăm so với toàn bộ đại tràng. Cả VTTĐT và u đều liên quan đến đoạn đại tràng ngắn, nhưng khi chiều dài vượt quá 10cm thì khá đặc hiệu cho VTTĐT. Trung vị của chiều dài đại tràng dày thành nhóm VTTĐT bên trái cao hơn rõ rệt so với nhóm bên phải. Khi phân thành 2 nhóm: một nhóm có chiều dài dưới 10cm và nhóm có chiều dài từ 10cm trở lên, thì VTTĐT bên trái có chiều dài từ 10cm trở lên chiếm ưu thế. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p = 0,000 < 0,005$). Điều này cho thấy rằng VTTĐT bên trái có BC có xu hướng ảnh hưởng đến đoạn đại tràng dài hơn so với bên phải. Có thể khi đại tràng dài hơn, nó phải chịu áp lực lớn hơn dẫn đến tăng độ dày thành đại tràng để thích ứng, cũng góp phần giải thích tại sao túi thừa lại xuất hiện ở đại tràng trái với mật độ nhiều hơn so với bên phải.

Dấu hiệu thâm nhiễm mỡ quanh ĐT hay còn gọi là “mỡ dơ”. Độ nhạy của dấu hiệu này trong VTTĐT thay đổi, 100% theo Kristen và Lý Minh Tùng, Hulnich là 98%, Kircher [9] là 95%, Đặng Ngọc Thạch là 95,7%. Dấu hiệu này của chúng tôi xuất hiện trong nghiên cứu với tỷ lệ là 97,5%, chiếm tỷ lệ khá cao, tương đồng

với các tác giả trên. Đa phần gặp tình trạng thâm nhiễm mỡ nhiều cho cả VTTĐT bên phải và bên trái trong nghiên cứu chúng tôi

Túi thừa (TT) có thể là 1 TT đơn độc hoặc nhiều túi thừa phân bố ở một đoạn đại tràng đến toàn bộ khung đại tràng. Số lượng túi thừa ảnh hưởng tới việc lựa chọn phương pháp điều trị. Phẫu thuật cắt TT được coi là triệt để cho các trường hợp TT đơn độc nhưng nếu bệnh nhân có nhiều TT việc chỉ cắt một TT viêm vẫn có nguy cơ tái phát viêm từ các TT khác. Trong nghiên cứu chúng tôi, TT đơn độc chủ yếu gặp ở đại tràng bên phải, tình trạng đa TT thường chiếm ưu thế ở VTTĐT có BC bên phải và bên trái. Hình ảnh TT viêm biến chứng thủng trên CLVT biểu hiện bằng túi thừa có thành mất liên tục, có khí cạnh túi thừa trong vùng thâm nhiễm mỡ. Túi thừa viêm biến chứng thủng dễ quan sát hơn ở bên phải so với bên trái. Có thể là do các TT bên phải thường có thành phần sợi phân nhiều hơn, mật độ ít hơn, khí cạnh đại tràng thường ít và thâm nhiễm mỡ khu trú hơn [6, 8]. Ngoài ra, đại tràng sigma gấp khúc, tiếp xúc với mạc treo của ruột non và các cơ quan vùng chậu, khi có các biến chứng làm mất ranh giới khó phân biệt với các cấu trúc hơn. Quan sát được hình ảnh túi thừa viêm biến chứng thủng trên CLVT có ý nghĩa quan trọng trong việc giúp cho bác sĩ chẩn đoán hình ảnh có chẩn đoán chắc chắn hơn khi cần phân biệt với viêm ruột thừa trong trường hợp dày thành manh tràng và thâm nhiễm mỡ xung quanh, ruột thừa to và thành dày do viêm thứ phát.

VTTĐT là quá trình viêm chủ yếu quanh đại tràng, làm viêm các mạch máu mạc treo gây ra tình trạng ứ trệ và lớn (sung huyết) các mạch máu mạc treo, được nhận thấy trên hình ảnh CLVT là dấu hiệu “con rết”. Tác giả Palidar sử dụng dấu hiệu sung huyết mạch máu vùng viêm để phân biệt với ung thư đại tràng. VTTĐT có dấu hiệu này với độ nhạy là 29% và độ đặc hiệu là 100%, ung thư đại tràng không có trường hợp nào có dấu hiệu này. Trong nghiên cứu chúng tôi thì tình trạng sung huyết mạch máu mạc treo chiếm tỷ lệ khá cao hiện diện ở 72,5%, VTTĐT bên phải và bên trái lần lượt là 91,1% và 61,3%.

Tỷ lệ bệnh nhân có dịch cạnh đại tràng trong nghiên cứu của chúng tôi là 76,7% cao hơn so với nghiên cứu của Phạm Đăng Tú (51,9%) do mẫu nghiên cứu toàn bộ các trường hợp đều là VTTĐT có BC, không có VTTĐT đơn giản. Dịch lan tỏa (dịch hiện diện ở ít nhất hai góc phần tư của ổ bụng) chỉ gặp ở VTTĐT bên trái, cho thấy đây là biến chứng nặng hơn, phổ biến ở nhóm này. Điều này gợi ý rằng VTTĐT bên trái cần được theo dõi chặt chẽ hơn để ngăn ngừa biến chứng.

Khí tự do là sự hiện diện của khí ngoài lòng ruột. Tùy vào mức độ nặng của biến chứng mà khí có thể khu trú cạnh đại tràng (dưới 5 cm tính từ thành ngoài ĐT bị ảnh hưởng) hoặc lan ra xa đại tràng (từ 5cm trở lên hoặc sau phúc mạc). Phần lớn BN VTTĐT có BC (72,5%) có khí cạnh ĐT, VTTĐT bên trái có BC có tỷ lệ khí xa đại tràng (33,3%) cao hơn nhiều so với nhóm bên phải (2,2%). Kết quả này tương tự như của tác giả Schneider với tỷ lệ khí tự do rải rác trong ổ bụng bên trái chiếm tỷ lệ cao hơn (18,6%) so với bên phải (3,3%).

Trên CLVT, áp xe được xác định là ổ tụ dịch có hoặc không chứa khí và có thành bất quang viền. Trong nghiên cứu này, vị trí phổ biến nhất của áp xe là cạnh đại tràng sigma, tiếp theo là manh tràng. Điều này cho thấy đại tràng sigma có nguy cơ cao bị biến chứng áp xe so với các vị trí khác. Áp xe túi thừa thường được điều trị bằng kháng sinh tĩnh mạch và/ hoặc dẫn lưu qua tùy thuộc vào kích thước. Áp xe ≤ 4 cm đáp ứng tốt với kháng sinh tĩnh mạch, trong khi áp xe > 4 cm yêu cầu kết hợp dẫn lưu qua da tránh được phẫu thuật khẩn cấp [1]. Vị trí của áp xe cũng được cân nhắc để xem xét khả năng dẫn lưu dưới hướng dẫn hình ảnh. Trong nghiên cứu, kích thước áp xe trong VTTĐT có BC là 42,5mm, bên phải là 43mm và bên trái là 42mm, không có sự khác biệt đáng kể về kích thước giữa các nhóm ($p = 0,95$). Phần lớn các trường hợp chỉ có 1 ổ áp xe, trường hợp có từ 2 đến 5 ổ chiếm tỷ lệ nhỏ (15%), chỉ gặp ở bệnh nhân VTTĐT bên trái. Thành phần áp xe

được chia thành 2 nhóm: dịch và hỗn hợp, với VTTĐT bên phải có tỷ lệ áp xe có thành phần dịch cao hơn, còn VTTĐT bên trái có tỷ lệ áp xe có thành phần hỗn hợp nhiều hơn. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,042$).

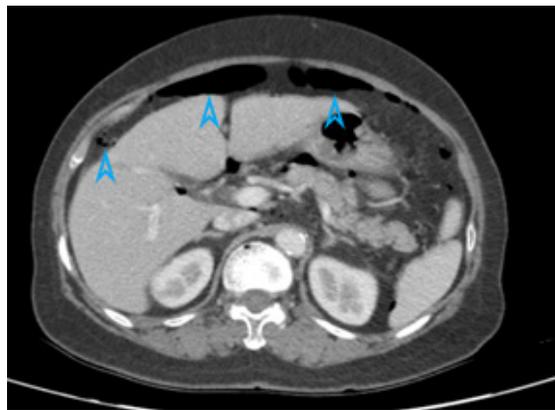
Biến chứng viêm phúc mạc lan tỏa thông qua hình ảnh dịch ổ bụng lan tỏa có hoặc không kèm theo khí tự do rải rác trong ổ bụng là một biến chứng nặng, thường gặp ở bên trái theo như các nghiên cứu trong và ngoài nước. Biến chứng viêm phúc mạc lan tỏa trong NC chúng tôi chiếm tỉ lệ 16,7% trong tổng số bệnh nhân. Tất cả trường hợp này đều gặp ở BN VTTĐT trái chiếm tỷ lệ 26,7% (20/75BN), không có trường hợp nào thuộc VTTĐT bên phải.

Ngoài ra trong NC chúng tôi ghi nhận tình trạng rò và tắc ruột. Tỷ lệ biến chứng rò trong NC chúng tôi tuy không cao nhưng khá đa dạng về vị trí, trong đó phổ biến nhất vẫn là rò vào bàng quang 02 TH (40%). Điều đáng lưu ý là các trường hợp rò đều xảy ra ở VTTĐT bên trái, không có trường hợp nào xảy ra ở bên phải. Tỷ lệ tắc ruột tuy thấp và xảy ra ở đại tràng trái trong các NC của chúng tôi nhưng vẫn đáng quan tâm. Đồng thời, biến chứng tắc ruột cũng cho thấy sự phức tạp của VTTĐT, đòi hỏi sự chú ý đặc biệt trong quá trình chẩn đoán và điều trị.

Theo phân loại WSES 2020, VTTĐT bên phải ở giai đoạn 1A chiếm 64,4% cao hơn đáng kể so với 25,3% ở đại tràng trái. Ngược lại, các giai đoạn từ 1B đến 4 chủ yếu gặp ở đại tràng trái, cho thấy VTTĐT trái thường nghiêm trọng hơn. Khi đối chiếu giai đoạn WSES với tỷ lệ phẫu thuật, VTTĐT bên trái giai đoạn 1A đến 2A thì điều trị bảo tồn tương đương với phẫu thuật, từ giai đoạn 2B đến 4 hầu hết đều cần can thiệp phẫu thuật, trong khi VTTĐT bên phải chủ yếu là điều trị bảo tồn, tỉ lệ phẫu thuật tăng dần từ giai đoạn 1A đến 2B (13,8% \rightarrow 50%). Điều này cho thấy khuyến cáo của WSES phù hợp cho cả VTTĐT bên trái lẫn bên phải, mặc dù phân loại này ra đời để áp dụng cho VTTĐT bên trái. Tuy nhiên, đối với VTTĐT bên phải cần phải được NC thêm.



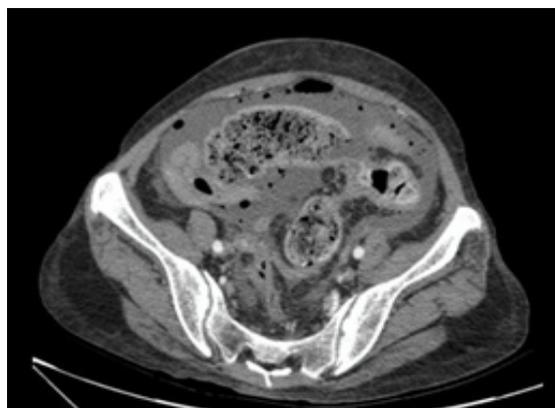
(A)



(B)

Hình minh họa: (A): Hình ảnh CLVT của túi khí (vòng tròn) và đốm khí (mũi tên) cạnh đại tràng sigma, (B): Khí tự do rải rác trong ổ bụng (đầu mũi tên)

“Nguồn: BN Đặng Thị B, Số HS: 23.056408”



Hình minh họa: Hình ảnh CLVT của VPM lan tỏa với tình trạng dịch, khí lan tỏa trong khoang ổ bụng kèm thâm nhiễm mỡ mạc treo do VTTĐT sigma biến chứng thủng.

“Nguồn: BN Nguyễn Thị K, Số H.S: 23.034197”

5. KẾT LUẬN

Các dấu hiệu hình ảnh thường gặp của VTTĐT có biến chứng theo WSES 2020 là dày thành đại tràng > 10mm; thâm nhiễm mỡ nhiều với đa túi thừa, khí và dịch cạnh đại tràng, áp xe. VTTĐT bên trái có tuổi lớn hơn, BMI cao hơn so với bên phải, biến chứng nặng hơn với khí tự do xa đại tràng và viêm phúc mạc lan tỏa. Do đó, việc kiểm soát cân nặng để phòng ngừa bệnh và theo dõi chặt chẽ trong quá trình điều trị nhằm phòng tránh diễn tiến tới biến chứng nặng là cần thiết đối với những bệnh nhân này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Massimo, S., Weber, D.G., Yoram, K., Luca, A., Coccolini, F., Fikri, A.-Z., Goran, A., Offir, B.-I., Biffl, W.L., and Konstantinos, B.: ‘2020 update of the WSES guidelines

for the management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting’, *WORLD JOURNAL OF EMERGENCY SURGERY*, 2020, 15, (1)

2. Matsushima, K.: ‘Management of right-sided diverticulitis: a retrospective review from a hospital in Japan’, *Surgery today*, 2010, 40, pp. 321-325
3. Tan, K.-K., Liu, J.Z., Shen, S.F., and Sim, R.: ‘Emergency surgery in colonic diverticulitis in an Asian population’, *International journal of colorectal disease*, 2011, 26, pp. 1045-1050
4. Manabe, N., Haruma, K., Nakajima, A., Yamada, M., Maruyama, Y., Gushimiyagi, M., and Yamamoto, T.: ‘Characteristics of colonic diverticulitis and factors associated with complications: a Japanese multicenter,

- retrospective, cross - sectional study', *Diseases of the Colon & Rectum*, 2015, 58, (12), pp. 1174-1181
5. Stollman, N., and Raskin, J.B.: 'Diverticular disease of the colon', *Lancet*, 2004, 363, (9409), pp. 631-639
 6. Schneider, L.V., Millet, I., Boulay-Coletta, I., Taourel, P., Loriau, J., and Zins, M.: 'Right colonic diverticulitis in Caucasians: presentation and outcomes versus left-sided disease', *Abdominal Radiology*, 2017, 42, pp. 810-817
 7. Chung, B.H., Ha, G.W., Lee, M.R., and Kim, J.H.: 'Management of colonic diverticulitis tailored to location and severity: comparison of the right and the left colon', *Annals of coloproctology*, 2016, 32, (6), pp. 228
 8. Tú, P.Đ., và Đức, V.T.: "ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH X QUANG CẮT LỚP VI TÍNH CỦA VIÊM TÚI THỪA ĐẠI TRÀNG", *Tạp chí Điện quang & Y học hạt nhân Việt Nam*, 2019, (33), pp. 25-30
 9. Kircher, M.F., Rhea, J.T., Kihiczak, D., and Novelline, R.A.: 'Frequency, sensitivity, and specificity of individual signs of diverticulitis on thin-section helical CT with colonic contrast material: experience with 312 cases', *American Journal of Roentgenology*, 2002, 178, (6), pp. 1313-1318
 10. Dickerson, E.C., Chong, S.T., Ellis, J.H., Watcharotone, K., Nan, B., Davenport, M.S., Al-Hawary, M., Mazza, M.B., Rizk, R., and Morris, A.M.: 'Recurrence of colonic diverticulitis: identifying predictive CT findings-retrospective cohort study', *Radiology*, 2017, 285, (3), pp. 850-858.