

Mở ngỏ đường rò ở rãnh gian cơ thắt điều trị rò hậu môn

Transanal opening of intersphincteric space - TROPIS in treatment of anal fistula

Phạm Phúc Khánh, Đỗ Tất Thành, Nguyễn Đắc Thao,
Phạm Thị Thanh Huyền, Nguyễn Ngọc Ánh,
Nguyễn Thị Hiếu, Nguyễn Thị Lý, Hoàng Phương Ly

Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu điều trị áp xe, rò hậu môn bằng phương pháp mở ngỏ đường rò ở rãnh gian cơ thắt (TROPIS). **Đối tượng và phương pháp:** Các bệnh nhân được chẩn đoán áp xe, rò hậu môn xuyên cơ thắt (phân loại theo Parks: Loại II, III, IV) từ tháng 6 năm 2022 đến tháng 6 năm 2023 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Kết quả:** 09/09 (100%) bệnh nhân khỏi bệnh, thời gian liền thương trung bình là 45 ngày, không có mất tự chủ sau mổ. **Kết luận:** TROPIS là phương pháp điều trị rò hậu môn hiệu quả, ít ảnh hưởng đến chức năng tự chủ hậu môn. Nghiên cứu đang tiếp tục thực hiện với số lượng lớn hơn, thời gian theo dõi xa hơn.

Từ khoá: Rò hậu môn, TROPIS, tự chủ hậu môn.

Summary

Objective: To evaluate the initial results of TROPIS-Transanal Opening of Intersphincteric Space procedure for anal fistula treatment. **Subject and method:** The patients were diagnosed with high transphincteric fistula (Parks classification: Type II, III, IV) from June 2022 to June 2023 at Viet Duc University Hospital. **Result:** 09/09 patients (100%) completely healed, the average healing time was 45 days, no postoperative incontinence. **Conclusion:** TROPIS is an effective treatment for anal fistula, preserves anal sphincter and anal function. Research is ongoing with larger numbers, longer follow-up periods.

Keywords: Anal fistula, TROPIS, anal continence.

1. Đặt vấn đề

Rò hậu môn là một trong những bệnh thường gặp ở vùng hậu môn. Phương pháp điều trị là ngoại khoa. Mỗi kỹ thuật có ưu nhược điểm, tỉ lệ thành công khác nhau và chưa có sự đồng thuận về kết quả xa. Với những trường hợp rò hậu môn từ độ 2 trở lên (theo phân loại Parks) tỉ lệ tái phát cao hơn rõ rệt.

Căn nguyên của bệnh áp xe, rò hậu môn được cho rằng có nguồn gốc từ viêm nhiễm tuyến hậu môn đã được các tác giả Hermann và Desfosses mô tả từ năm 1880 [1], sau đó đã có hàng loạt các nghiên cứu tiếp tục khẳng định thêm giả thuyết này như các nghiên cứu của Tucker và Hellwing năm 1933 [2], Eisenhammer năm 1936 [3] và Parks năm 1961 [4].

Đến gần đây vai trò của khoang gian cơ thắt trong sinh bệnh học rò hậu môn dần được nhận biết rõ ràng hơn qua các nghiên cứu của Garg và Garcia. Garg cho rằng nhiễm khuẩn ở trong khoang gian cơ thắt bị đóng kín và đường rò chỉ liền tốt khi nó được

Ngày nhận bài: 31/5/2023, ngày chấp nhận đăng: 5/7/2023

Người phản hồi: Đỗ Tất Thành,

email: dotathanh@gmail.com - Bệnh viện HN Việt Đức

mở ngõ và dẫn lưu tốt. Qua đó, tác giả đưa ra phương pháp phẫu thuật TROPIS - Transanal Opening of Interspicteric Space điều trị rò hậu môn phức tạp với tỉ lệ liền thương lên đến 90% [5]. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài điều trị áp xe, rò hậu môn bằng phương pháp TROPIS nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả ban đầu của phương pháp TROPIS.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Nghiên cứu tiến cứu bao gồm 9 bệnh nhân, được chẩn đoán rò hậu môn bằng khám lâm sàng và trên phim chụp MRI trước mổ. Bệnh nhân được phẫu thuật bằng phương pháp TROPIS từ tháng 6 năm 2022 đến tháng 6 năm 2023. Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng Y đức Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân được chẩn đoán áp xe, rò hậu môn độ 2 trở lên (theo phân loại Parks) bao gồm cả những trường hợp: Rò xuyên cơ thắt, rò móng ngựa, rò trên cơ nâng, rò trên cơ thắt.

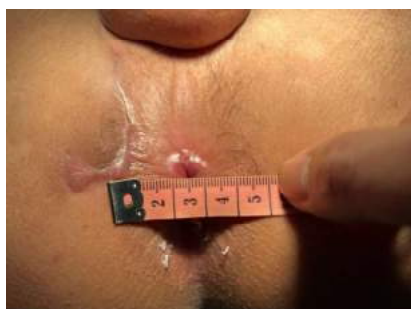
2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân áp xe rò hậu môn gian cơ thắt đơn thuần; rò do ung thư, lao, bệnh Crohn, sau chấn thương tăng sinh môn.

2.2. Phương pháp phẫu thuật

Xác định vị trí và phân loại đường rò dựa trên hình ảnh MRI. Kết quả được thống nhất qua hội chẩn giữa bác sĩ chẩn đoán hình ảnh và phẫu thuật viên.

Phương pháp TROPIS được thực hiện theo kỹ thuật của Garg (Hình 1).



Trước mổ



Bước 1: Tìm lỗ trong



Bước 2: Mở ngõ đường rò từ rãnh gian cơ thắt vào lòng hậu môn



Bước 3: Đánh cọ đường rò bằng bàn chải chuyên biệt



Sau mổ



Liền hoàn toàn sau 23 ngày

Hình 1. Kỹ thuật TROPIS kèm đánh rửa đường rò

Người bệnh được chuẩn bị đại trực tràng bằng thuốc thụt hậu môn Fleet enema 01 tuýp tối trước mổ. Kháng sinh metronidazol 500mg được sử dụng sau mổ. Người bệnh nằm tư thế sản khoa, dạng hai

chân và tê tuỷ sống. Xác định rãnh gian cơ thắt ở vị trí tương ứng với lỗ trong hoặc vị trí xuyên qua cơ thắt ngoài (đối với trường hợp lỗ trong không thông với ống hậu môn). Đường cắt 1-2cm ở rãnh gian cơ thắt, đường rò nằm trong rãnh gian cơ thắt được mở

ngỏ dẫn lưu tốt vào lòng hậu môn bằng việc mở ngỏ cơ thắt trong, niêm mạc hậu môn.

Sau đó, phần đường rò còn lại nằm giữa lỗ ngoài và và rãnh gian cơ thắt được đánh rửa sạch bằng bàn chải chuyên dụng (đối với trường hợp có đường rò mạn tính và không có áp xe kèm theo). Lỗ ngoài được để hở giúp dẫn lưu hiệu quả. Trường hợp đường rò kèm theo ổ áp xe thì ổ áp xe, đường rò sẽ được đánh cạo, bơm rửa sạch và đặt dẫn lưu (Hình 2). Tổ chức đường rò được gửi làm xét nghiệm giải phẫu bệnh. Sử dụng phân loại đường rò hậu môn theo Parks, trong đó đối với đường rò xuyên cơ thắt (loại II) được chia là 3 loại: IIa - xuyên cơ thắt 1/3 dưới, IIb - xuyên cơ thắt 1/3 giữa, IIc - xuyên cơ thắt 1/3 trên và theo phân loại St James nếu có áp xe đi kèm. Đánh giá tự chủ hậu môn sau mổ tại thời điểm vết thương liền hoàn toàn bằng thang điểm CCIS - Cleveland Clinic Incontinence Score.

2.4. Chăm sóc sau mổ

Người bệnh được cho ăn lại chế độ bình thường ngay ngày hôm sau, sinh hoạt theo chế độ thường ngày, được hướng dẫn ngâm rửa bằng nước muối sinh lý 0,9% và thay băng vết mổ 2 lần/ngày. Vết thương được vệ sinh bằng povidine-iodine và giữ cho vết thương hở để dẫn lưu tốt hơn. Trường hợp có dẫn lưu thì được bơm rửa bằng nước muối sinh lý 2 lần/ngày. Người nhà bệnh nhân được hướng dẫn để có thể tự chăm sóc vết mổ, bơm rửa dẫn lưu cho bệnh nhân. Bệnh nhân được khám lại sau mổ 2 tuần/lần cho đến khi đường rò liền hoàn toàn. Bệnh nhân được mời khám lại hoặc gọi điện thoại phòng vấn sau mổ 3 tháng và 6 tháng.

Đánh giá chức năng tự chủ hậu môn sau mổ của bệnh nhân tại thời điểm vết mổ đã liền hoàn toàn bằng bảng điểm đánh giá mất tự chủ hậu môn của Cleveland Clinic (CCIS - Cleveland Clinic Incontinence Score).

Bảng điểm đánh giá mất tự chủ của Cleveland Clinic

Triệu chứng	Không tự chủ với hơi (điểm)	Không tự chủ với cả phân lỏng (điểm)	Không tự chủ với cả phân chặt (điểm)	Phải mang bím
Thỉnh thoảng	1	4	7	1
> 1 lần/1tuần	2	5	8	2
Mỗi ngày	3	6	9	3

3. Kết quả

Trong thời gian nghiên cứu, kỹ thuật TROPIS được thực hiện trên 9 bệnh nhân áp xe, rò hậu môn. Không có biến chứng sau mổ, tỉ lệ nam/nữ là 8/1, tuổi trung bình là 36,9 tuổi (nhỏ nhất 19 tuổi, lớn nhất 58 tuổi), BMI trung bình là 25,05kg/m². Thời gian mắc bệnh trung bình là 35,95 tháng (lâu nhất là 192 tháng) (Bảng 1). Thời gian nằm viện trung bình là 4 ngày. Thời gian theo dõi sau mổ trung bình là 240 ngày (172-358 ngày). Không có bệnh nhân nào mất liên lạc.

Bảng 1. Đặc điểm chung

	Nam	Nữ	Tuổi trung bình	BMI trung bình (kg/m ²)	Thời gian mắc bệnh trung bình (ngày)
Số lượng	8 (88,9%)	1 (11,1%)	36,9	25,05	35,95

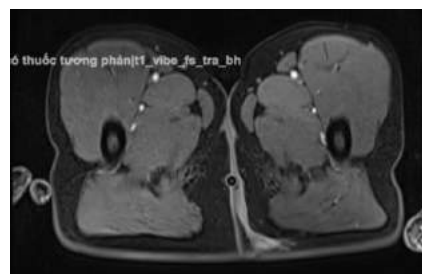
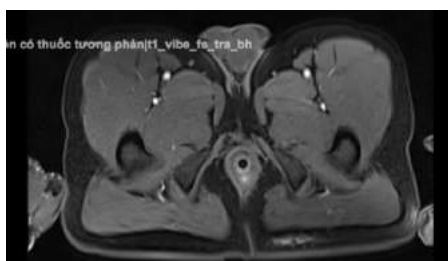
Nhận xét: Tỉ lệ nam cao hơn nữ và chiếm 88,9%, tuổi trung bình là 36 tuổi, BMI trung bình là 25,05kg/m², thời gian mắc bệnh trung bình là 35,95 ngày.

Trong tổng số 9 bệnh nhân có 3 bệnh nhân có tiền sử mổ rò hậu môn (tái phát), 2 bệnh nhân tiền sử trích áp xe cạnh hậu môn. Cả 9 bệnh nhân đều được chẩn đoán rò xuyên cơ thắt, phân loại theo Parks: Có 2 bệnh nhân xuyên cơ thắt thấp (IIa) (22,2%), 5 bệnh nhân xuyên cơ thắt trung gian (IIb) (55,6%), 2 bệnh nhân xuyên cơ thắt cao (IIc) (chiếm 22,2%); 4 bệnh nhân có ổ áp xe kèm theo (44,4%) (Bảng 2).

Bảng 2. Phân loại rò hậu môn theo Parks

Phân loại	IIa	IIb	IIc	III	IV	Kèm áp xe
Số lượng	2	5	2	0	0	4
Tỉ lệ %	22,2	55,6	22,2	0	0	44,4

Nhận xét: Rò xuyên cơ thắt trung gian chiếm tỉ lệ cao nhất (55,6%) và có 44,4% trường hợp có áp xe kèm theo. Không có bệnh nhân nào thấy vi khuẩn lao (*Mycobacterium tuberculosis*) trên bệnh phẩm. Tỉ lệ liền thương tại thời điểm nghiên cứu là 100% (9 bệnh nhân). Thời gian liền thương trung bình là 45 ngày (23-72 ngày). Không có biến chứng sau mổ và tất cả các bệnh nhân đều không có triệu chứng mất tự chủ hậu môn với điểm CCIS trung bình là 0 điểm (Bảng 4).



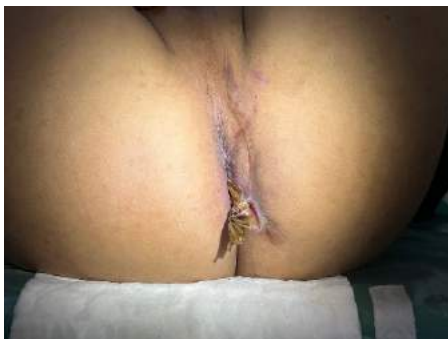
MRI trước mổ



Bước 1. Xác định lỗ trong



Bước 2. Mở ngỏ rãnh gian cơ thắt và đánh rửa



Bước 3. Đặt dẫn lưu áp xe



Liền hoàn toàn sau 71 ngày

Hình 2. Đánh rửa kết hợp đặt dẫn lưu khi có ổ áp xe kèm theo

Bảng 3. Kết quả điều trị

Thời gian nằm viện trung bình (ngày)	Thời gian theo dõi sau mổ trung bình (ngày)	Thời gian liền thương trung bình (ngày)	Biến chứng sau mổ
4	240	45	0

Nhận xét: Thời gian liền thương trung bình là 45 ngày, không có biến chứng và không mất tự chủ hậu môn sau mổ.

Bảng 4. Đánh giá mất tự chủ hậu môn (HM) sau mổ theo thang điểm CCIS

	Tự chủ HM hoàn hảo (0 điểm)	Tự chủ HM tốt (1-7 điểm)	Mất tự chủ HM vừa phải (8-14 điểm)	Mất tự chủ HM nặng (15-21 điểm)	Mất tự chủ HM hoàn toàn (> 21 điểm)
Số lượng (n = 9)	9	0	0	0	0

Nhận xét: Sau mổ không có bệnh nhân nào mất tự chủ hậu môn.

4. Bàn luận

Năm 1880, Hermann và Desfosses đã mô tả rằng những tuyến hậu môn đổ vào trong lòng những hốc hậu môn, các nhánh của tuyến nằm bên trong cơ thắt trong và kết thúc ở khoang giữa cơ thắt trong và cơ thắt ngoài. Họ cũng cho rằng việc nhiễm khuẩn những tuyến này sẽ lan qua khoang gian cơ thắt và đi ra ngoài da cạnh hậu môn [1]. Năm 1933, Tucker và Hellwing báo cáo giải phẫu bệnh học của tuyến ống hậu môn, và chứng minh rằng nguồn gốc của nhiễm khuẩn ở hậu môn nằm ở các ống tuyến và kéo dài từ ống hậu môn đến thành của ống hậu môn [2]. Năm 1956, Eisenhammer chỉ ra rằng tất cả đường rò hậu môn đều có nguồn gốc từ việc nhiễm khuẩn của tuyến nằm ở khoang gian cơ thắt [3]. Năm 1961, Parks chứng minh cấu trúc và vị trí của tuyến hậu môn xuất hiện ở tất cả các bệnh phẩm, thường có từ 6-10 tuyến trên mỗi bệnh phẩm, những ống tuyến phân nhánh theo hướng bất kỳ và thường cụt, một số tuyến kết thúc bằng một nang nhỏ lớn nhất là 0,5cm đường kính [4]. Những ống nhánh thường chạy kéo dài khoảng 1cm. Đây là những tuyến tiết dịch nhầy. Những ống tuyến này có thể xuyên qua vào cơ thắt trong, một số xuyên qua cơ thắt trong và đi vào khoang gian cơ thắt, không có ống tuyến nào xuyên vào cơ thắt ngoài. Tác giả cho rằng việc nhiễm trùng do phân

ở lỗ mở vào lòng hậu môn của tuyến ống hậu môn và vi khuẩn có thể lan theo các ống tuyến vào sâu phía trong cơ thắt và khoang gian cơ thắt sau đó bị tắc lại và không thể thông lại vào trong lòng hậu môn. Các vi khuẩn có thể tạo các ổ nhiễm khuẩn và lan theo các hướng khác nhau tạo các thể áp xe và rò khác nhau.

Năm 2017, Garg và cộng sự đã đưa ra phương pháp mở ngỏ ở rãnh gian cơ thắt qua đường hậu môn TROPIS - Transanal Opening of Intersphincteric Space điều trị rò hậu môn phức tạp với tỉ lệ liền thương lên đến hơn 90%, phương pháp tập trung vào việc mở ngỏ đường rò một phần từ rãnh gian cơ thắt qua cơ thắt trong, niêm mạc vào hậu môn, để hở đường rò giúp vết thương liền thứ phát, không tổn thương cơ thắt ngoài nên bảo tồn tối đa chức năng tự chủ của hậu môn [5-7].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy TROPIS là phẫu thuật điều trị áp xe, rò hậu môn hiệu quả với tỉ lệ khỏi là 100% (9/9 bệnh nhân) liền thương hoàn toàn sau ít nhất 6 tháng theo dõi và không có bệnh nhân nào mất tự chủ hậu môn sau mổ.

Có 3 nguyên tắc quan trọng trong điều trị rò hậu môn. Một là, ổ nhiễm khuẩn cần được xử lý bằng cách mở dẫn lưu và miệng ổ nhiễm khuẩn phải để hở. Nhiễm khuẩn ở trong rãnh gian cơ thắt cũng giống như một ổ áp xe kín. Vì vậy, nó cần được dẫn lưu sạch sẽ và để hở việc này tạo điều kiện cho

đường rò liên. Thứ hai, việc mở đường rò nên được mở rộng nhất có thể nhưng phải giảm thiểu tối đa làm tổn thương cơ thắt. Sự thất bại thường xảy ra khi đường rò bị xơ hoá, và không được làm sạch. Thứ ba, vết thương sau phẫu thuật nên được làm sạch và dẫn lưu tốt để tạo môi trường liền thương lý tưởng. Phẫu thuật mở ngỏ đường rò được cho là có thể đáp ứng được 3 khía cạnh trên và có tỉ lệ thành công cao nhưng chỉ áp dụng cho những đường rò xuyên cơ thắt thấp và gian cơ thắt do phải cắt cơ thắt ngoài nên ảnh hưởng đến sự tự chủ của hậu môn. Tuy nhiên, TROPIS đã đáp ứng được 3 khía cạnh trên bằng việc mở ngỏ khoang gian cơ thắt từ phía hậu môn và loại bỏ đường rò. Kỹ thuật này giải quyết được vấn đề quan trọng trong điều trị rò hậu môn đó là xử lý được ổ nhiễm khuẩn nguyên phát và để hở đường rò giúp liền thương tốt.

Tiếp cận đường rò ở khoang gian cơ thắt là phẫu thuật ít xâm lấn và bảo tồn cơ thắt. Phẫu thuật LIFT [8], [9] được thực hiện là phương pháp bảo tồn cơ thắt được sử dụng rộng rãi nhất do nó ít tổn thương cơ thắt. Phương pháp này đảm bảo được nguyên tắc thứ nhất nhưng không đảm bảo được nguyên tắc thứ 2, thứ 3 và không thực hiện được ở những trường hợp có áp xe kèm theo các đường rò cao trên cơ thắt cơ nâng hậu môn. Có rất nhiều sự khác biệt quan trọng giữa phương pháp TROPIS và LIFT. Mặc dù, cả 2 phương pháp đều cắt đường rò ở rãnh gian cơ thắt, LIFT chủ yếu tập trung vào thắt cắt đường rò trong khi đó TROPIS tập trung vào việc mở ngỏ rãnh gian cơ thắt để dẫn lưu. Kết quả của phương pháp TROPIS trong điều trị rò hậu môn phức tạp được báo cáo bởi Garg cho thấy tỉ lệ liền thương là 90,4% và không có mất tự chủ hậu môn [6], [7]. Gần đây, có một số nghiên cứu sử dụng phương pháp TROPIS cải tiến giúp mang lại hiệu quả cao hơn. Nghiên cứu của Baolei Huang và cộng sự trên 48 bệnh nhân kết hợp sử dụng siêu âm nội soi trong mổ để xác định đường đi của đường rò và ổ áp xe cho tỉ lệ khỏi là 93,7%. Một nghiên cứu khác của Li Y sử dụng phương pháp TROPIS kết hợp với việc lấy bỏ phần đường rò nằm ở phía ngoài cơ thắt ở 41 bệnh nhân cho kết quả khỏi là 85,5% [10], [11].

Trong phẫu thuật TROPIS tác giả sử dụng dẫn lưu dạng ống để dẫn lưu phần đường rò phía ngoài cơ thắt tạo điều kiện cho đường rò liền tốt, tuy nhiên việc sử dụng ống dẫn lưu, như vậy có thể gây khó chịu cho người bệnh trong sinh hoạt thường ngày. Do đó, chúng tôi sử dụng dụng cụ chuyên biệt để đánh cọ làm sạch đường rò, áp xe và thay bằng dẫn lưu dây cao su. Vết thương (ổ áp xe, đường rò) được bơm rửa làm sạch hàng ngày, tránh lắng đọng dị vật nhờ đó tăng khả năng liền thương nhanh hơn và giảm khả năng tái phát (Hình 2).

5. Kết luận

Phẫu thuật TROPIS cùng với sự cải tiến trong việc đánh rửa, đặt dẫn lưu đường rò, ổ áp xe và chăm sóc sau mổ tích cực là một phương pháp hiệu quả điều trị áp xe, rò hậu môn phức tạp, có tỉ lệ khỏi cao. Sự cải tiến về kỹ thuật cũng như chăm sóc sau mổ có thể giúp liền thương nhanh hơn, tỉ lệ khỏi cao hơn và giảm thiểu tổn thương phần mềm xung quanh hậu môn. Phẫu thuật ít xâm lấn không làm tổn thương cơ thắt ngoài nên khả năng tự chủ hậu môn được bảo tồn tối đa. Tuy nhiên, nghiên cứu với số lượng bệnh nhân còn ít, thời gian đánh giá ngắn, thực hiện tại một trung tâm phẫu thuật, vì vậy để khẳng định được hiệu quả của kỹ thuật, nghiên cứu vẫn đang tiếp tục được thực hiện với số lượng lớn hơn trong thời gian dài hơn.

Tài liệu tham khảo

1. Hermann GDL (1880) *Sur la muqueuse de la region cloacale de rectum*. Compts Rend Acad Sci. 90(III): 1301-1302.
2. Tucker CC, Hellwing CA (1933) *Histopathology of anal glands*. Surg Gynecol Obstet 58: 145-149.
3. Eisenhammer S (1956) *The internal anal sphincter and the anorectal abscess*. Surg Gynecol Obstet. 103(4): 501-506.
4. PARKS AG (1961) *Pathogenesis and treatment of fistula-in-ano*. Br Med J 1(5224): 463-469.
5. Garg P (2017) *Transanal opening of intersphincteric space (TROPIS) - A new procedure to treat high complex anal fistula*. Int J Surg 40: 130-134.

6. Garg P, Sachdeva M, Yagnik VD (2022) *TROPIS (Transanal Opening of Intersphincteric Space) Procedure for the Treatment of Horseshoe Anal Fistulas*. J Gastrointest Surg 26(8): 1814-1815.
7. Garg P, Yagnik VD (2021) *Modified parks' is principally similar to tropis procedure for the treatment of high complex anal fistulas*. J Gastrointest Surg 25(4):1080-1081.
8. Rojanasakul A (2010) *Comments to the invited comment "LIFT procedure: A simplified technique for fistula in ano" by P. J. Lunniss*. Tech Coloproctol 14(1): 53-54.
9. Rojanasakul A (2009) *LIFT procedure: A simplified technique for fistula-in-ano*. Tech Coloproctol 13(3): 237-240.
10. Huang B, Wang X, Zhou D et al (2021) *Treating highly complex anal fistula with a new method of combined intraoperative endoanal ultrasonography (IOEAUS) and transanal opening of intersphincteric space (TROPIS)*. Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne 16(4): 697-703.
11. Li Y CJ, Wang M et al (2022) *Transanal Opening of Intersphincteric Space for Fistula-in-Ano*. The American SurgeonTM 88(6): 1131-1136.