

Đánh giá hiệu quả của phương pháp tropis trong điều trị rò hậu môn tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Evaluating the therapeutic effectiveness of the tropis technique for anal fistula: experience from Viet Duc University Hospital

Phạm Phúc Khánh¹, Phạm Thị Thanh Huyền¹,
Lê Nhật Huy¹, Nguyễn Ngọc Ánh², Nguyễn Đắc Thao¹,
Nguyễn Thị Lý³, Hoàng Phương Ly¹ và Đỗ Tất Thành^{1,2}

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Đại học Y Hà Nội

³Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của kỹ thuật TROPIS (Transanal Opening of the Intersphincteric Space - phẫu thuật mở ngỏ đường rò ở rãnh gian cơ thắt) trong điều trị rò hậu môn tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả loạt ca thực hiện từ tháng 3 năm 2022 đến tháng 3 năm 2024, trên 40 bệnh nhân bị rò hậu môn được điều trị bằng kỹ thuật TROPIS. Theo dõi sau mổ được thực hiện định kỳ từ 2 đến 12 tháng. Các tiêu chí đánh giá bao gồm: Tỷ lệ lành bệnh, tỷ lệ tái phát, thời gian liền vết thương và khả năng bảo tồn tự chủ hậu môn. **Kết quả:** Tỷ lệ khỏi bệnh sau lần mổ đầu tiên là 87.5%, sau lần mổ thứ hai là 95%. Thời gian liền vết mổ trung bình là 36 ngày. Không có biến chứng sớm sau mổ. Tất cả bệnh nhân đều có chức năng tự chủ hậu môn tốt (CCIS $\leq$ 7). Phân tích cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa kết quả điều trị và phân loại rò theo Parks và St. James. **Kết luận:** Kỹ thuật TROPIS là một phương pháp điều trị rò hậu môn an toàn, hiệu quả, đặc biệt ở các trường hợp rò phức tạp, giúp bảo tồn chức năng cơ thắt và giảm tỷ lệ tái phát.

Từ khóa: Rò hậu môn, phẫu thuật mở ngỏ đường rò, TROPIS, phẫu thuật ít xâm lấn, bảo tồn cơ thắt hậu môn.

Summary

Objective: To evaluate the effectiveness of the TROPIS technique (Transanal Opening of the Intersphincteric Space) in the treatment of anal fistulas at Viet Duc University Hospital. **Subject and method:** A prospective case series study was conducted from March 2022 to March 2024 on 40 patients with anal fistulas treated using the TROPIS technique. Postoperative follow-ups were scheduled regularly from 2 weeks to 12 months. Outcome measures included healing rate, recurrence rate, wound healing time, and preservation of anal continence. **Result:** The healing rate after the first surgery was 87.5%, increasing to 95% after a second procedure. The average wound healing time was 36 days. No early postoperative complications were recorded. All patients maintained good continence function (CCIS $\leq$ 7). Statistical analysis revealed significant differences in surgical outcomes across various Parks and St. James fistula classifications. **Conclusion:** The TROPIS technique is a safe and effective treatment for anal fistulas, particularly complex cases. It allows for the preservation of sphincter function and reduces recurrence rates.

Keywords: Anal fistula, transanal opening of intersphincteric space, TROPIS, minimally invasive surgery, sphincter preservation.

Ngày nhận bài: 23/7/2025, ngày chấp nhận đăng: 22/10/2025

* Tác giả liên hệ: dotatthanh@gmail.com - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rò hậu môn là một bệnh lý hậu môn trực tràng phổ biến, ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân do các triệu chứng như đau, chảy dịch và nhiễm trùng tái phát. Mục tiêu chính của việc điều trị là loại bỏ đường rò đồng thời bảo tồn chức năng cơ thắt hậu môn, nhằm ngăn ngừa tái phát và giảm thiểu các biến chứng như đại tiện không tự chủ. Các phương pháp phẫu thuật truyền thống, mặc dù có hiệu quả trong điều trị rò hậu môn, thường mang lại nguy cơ tổn thương cơ thắt, dẫn đến các mức độ khác nhau của tình trạng mất kiểm soát phân sau phẫu thuật.

Kỹ thuật TROPIS - Transanal Opening of the Intersphincteric Space (phẫu thuật mở ngỏ đường rò ở rãnh gian cơ thắt) đã xuất hiện như một phương pháp xâm lấn tối thiểu, mang lại kết quả hứa hẹn trong điều trị rò hậu môn phức tạp. Không giống như các phương pháp truyền thống như cắt đường rò hay đặt seton, TROPIS cho phép tiếp cận trực tiếp vào đường rò thông qua rãnh gian cơ thắt, giúp bảo tồn cơ thắt và giảm nguy cơ mất tự chủ hậu môn sau phẫu thuật. Phương pháp này đặc biệt hữu ích trong việc điều trị các trường hợp rò phức tạp có liên quan đến phần lớn hệ cơ thắt, khiến nó trở thành lựa chọn ưu tiên trong những trường hợp cần bảo tồn cơ thắt.

Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức đã thực hiện phương pháp này từ năm 2022 vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá hiệu quả của phương pháp thông qua việc phân tích tác động của TROPIS đến thời gian lành bệnh, tỷ lệ tái phát, và khả năng bảo tồn chức năng cơ thắt hậu môn sau phẫu thuật.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Nghiên cứu tiến cứu mô tả loạt ca, không có nhóm chứng được thực hiện từ ngày 01 tháng 3 năm 2022 đến ngày 01 tháng 3 năm 2024. Nghiên cứu bao gồm các bệnh nhân được chẩn đoán rò hậu môn và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bệnh nhân được chẩn đoán rò hậu môn và đã đồng ý tham gia nghiên cứu bằng cách ký cam kết đồng ý.

Tiêu chuẩn loại trừ: Loại trừ những bệnh nhân có rò hoặc áp xe do lao, ung thư hậu môn, hoặc viêm rò, áp xe do chấn thương.

Cỡ mẫu: Mẫu nghiên cứu được thu thập thông qua phương pháp chọn mẫu không xác suất, sử dụng kỹ thuật chọn mẫu thuận tiện để lựa chọn các bệnh nhân phù hợp.

2.2. Chẩn đoán và lập kế hoạch trước mổ

Hình ảnh: Tất cả bệnh nhân được chụp MRI tiểu khung trước mổ để lập "bản đồ" đường rò: Nhận diện đoạn đường rò trong khoang gian cơ thắt, vị trí lỗ trong (internal opening), các nhánh phụ, áp-xe kèm theo và mối liên quan với cơ thắt/ cơ nâng. Khi cần, phẫu thuật viên trao đổi trực tiếp với bác sĩ chẩn đoán hình ảnh để thống nhất kế hoạch.

Đánh dấu lỗ trong: Thăm khám hậu môn trực tràng, có thể hỗ trợ bằng bơm H₂O₂ hoặc xanh methylen để định vị lỗ trong.

Chuẩn bị khác: Kháng sinh chu phẫu và chuẩn bị ruột thực hiện theo quy trình của cơ sở điều trị.

2.3. Nguyên lý kỹ thuật TROPIS

ISTAC/DRAPED: Xem đường rò gian cơ thắt như ổ áp-xe trong khoang kín cần dẫn lưu triệt để và duy trì dẫn lưu liên tục cho đến khi liền thứ phát từ lòng ống hậu môn.

Chuyển "khoang kín" → "vết thương mở liền thứ phát": Mở ngỏ đoạn rò trong khoang gian cơ thắt từ phía trong ống hậu môn để liền thứ phát bền vững.

Bảo tồn cơ thắt ngoài tuyệt đối: Chỉ rạch niêm mạc + cơ thắt trong đúng theo hướng đường rò; không cắt cơ thắt ngoài.

Tách bạch xử trí "bên trong" và "bên ngoài" cơ thắt ngoài:

Bên trong cơ thắt ngoài (khoang gian cơ thắt + lỗ trong): Mở ngỏ vào lòng ống hậu môn để liền thứ phát.

Bên ngoài cơ thắt ngoài (hố ngồi-trực tràng): Nạo sạch và đặt ống dẫn lưu/seton lỏng đến sát cơ thắt ngoài, duy trì 8 - 10 tuần để ngăn tạo khoang chết/ứ dịch cho đến khi vết thương trong đã liền.

2.4. Quy trình phẫu thuật

Gây tê – tư thế: Gây tê tủy sống; tư thế sản khoa hoặc nằm sấp tùy vị trí đường rò.

Xác định lỗ trong: Thăm dò và có thể tiêm H_2O_2 /xanh methylen để thấy dòng thuốc vào ống hậu môn.

Mở khoang gian cơ thắt:

Đưa kẹp cong từ lỗ trong theo đoạn rò trong khoang gian cơ thắt.

Rạch niêm mạc và cơ thắt trong trên kẹp bằng dao điện theo hướng đường rò; tỉa mép để tạo vết thương mở, liền thứ phát.

Nếu có nhánh đi lên (trên cơ nâng/ trên cơ thắt), mở bổ sung theo nguyên tắc trên.

Tạo đường thoát dịch phụ (khi cần): Rạch da theo rãnh gian cơ thắt dưới lỗ trong để giảm ứ đọng sau mổ.

Xử trí đoạn rò ngoài cơ thắt ngoài: Nạo sạch, đặt ống dẫn lưu hoặc seton lỏng đến sát cơ thắt ngoài; duy trì 8 - 10 tuần cho đến khi vết thương trong liền.

2.5. Chăm sóc sau mổ và theo dõi

Dẫn lưu liên tục: Duy trì ống dẫn lưu/seton lỏng 8 - 10 tuần cho đến khi vết thương trong ống hậu môn liền hoàn toàn.

Chăm sóc vết thương: Ngâm/rửa hậu môn, thay băng định kỳ, giáo dục tuân thủ để tránh đóng sớm đường rò ngoài cơ thắt (nguy cơ tạo khoang chết - tái phát).

Theo dõi định kỳ: Khám trực tiếp vào các thời điểm 2,4,6,8 tuần; 3,6 tháng. Đánh giá liền thương, kiểm soát nhiễm khuẩn, phát hiện sớm biến chứng.

2.6. Tiêu chí đánh giá

Kết cục chính: Liền thương của vết mổ trong ống hậu môn (liền thứ phát), tái phát rò, và chức năng tự chủ hậu môn theo thang điểm CCIS.

Kết cục phụ: Đau sau mổ, thời gian liền thương, thời gian mang dẫn lưu/seton, biến chứng sớm - muộn (nhiễm khuẩn, chảy máu, tụ dịch, không tự chủ...).

2.7. Xử lý số liệu

Phân tích mô tả (tần suất, tỷ lệ, trung vị/trung bình, khoảng tứ phân vị/độ lệch chuẩn). Khi so sánh nhóm (nếu có), sử dụng kiểm định χ^2 /Fisher cho

biến định tính; t-test hoặc Mann-Whitney U cho biến định lượng tùy phân phối; ngưỡng ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Phần mềm phân tích SPSS 20.0.

3. Kết quả nghiên cứu

Từ 01/03/2022 đến 01/03/2024 có 40 bệnh nhân rò hậu môn đủ điều kiện đưa vào nghiên cứu và cho kết quả:

3.1. Đặc điểm chung

85% bệnh nhân là nam, 15% là nữ. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 41 (trẻ nhất 18, cao tuổi nhất 74). BMI trung bình là 23,8 (dao động từ 15 đến 29). Triệu chứng chính là chảy dịch cạnh hậu môn (29 bệnh nhân chiếm 72,5%). 64,5% trường hợp có 1 lỗ ngoài, 100% người bệnh được chụp MRI trước mổ và tìm thấy lỗ trong trên MRI.

3.2. Phân loại rò hậu môn

Có 7 bệnh nhân rò hậu môn tái phát (17,5%).

92,5% trường hợp là rò xuyên cơ thắt (Bảng 3), 67,5% trường hợp có áp xe và đường rò phân nhánh (Bảng 4).

3.3. Kết quả điều trị rò hậu môn

Thời gian nằm viện trung bình là 5 ngày, ngắn nhất là 2 ngày, dài nhất là 11 ngày.

100% bệnh nhân sau mổ không có biến chứng sớm sau mổ.

Thời gian liền vết mổ trung bình là 36 ngày (ngắn nhất 11 ngày; dài nhất 72 ngày)

Thời gian theo dõi sau mổ trung bình là 378 ngày (ngắn nhất là 160 ngày, và lâu nhất là 628 ngày).

Có 35 người bệnh (87,5%) khỏi bệnh sau lần mổ đầu tiên (Bảng 1). Đặc điểm của 5 bệnh nhân tái phát sau mổ lần đầu: 100% nam giới. Phân loại theo Parks: 2 bệnh nhân parks 2b, 1 bệnh nhân parks 2c, 2 bệnh nhân parks 3. Phân loại theo St James: 4 bệnh nhân St James IV, 1 bệnh nhân St James I.

Tỷ lệ khỏi tổng (sau mổ 2 lần) là 95%. 2 bệnh nhân tái phát (2 bệnh nhân Park 3; 1 bệnh nhân St James 4 và 1 bệnh nhân St James 5) (Bảng 2).

Sự khác biệt về kết quả mổ giữa các thể rò khác nhau có ý nghĩa thống kê (Bảng 3 và Bảng 4).

100% người bệnh sau mổ có tự chủ hậu môn tốt (điểm CCIS 0-7) trong đó 3 trường hợp có điểm CCIS là 1 điểm.

Bảng 1. Đánh giá kết quả phẫu thuật (lần 1)

Kết quả	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Khỏi	35	87,5
Tái phát	5	12,5

Nhận xét: Trong 40 người bệnh được phẫu thuật điều trị rò hậu môn bằng phương pháp mở ngo

đường rò ở rãnh gian cơ thắt có 35 (87,5%) người bệnh khỏi bệnh.

Bảng 2. Kết quả mổ (tổng)

Kết quả	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Khỏi	38	95
Tái phát	2	5

Nhận xét: Tỷ lệ khỏi bệnh sau mổ lần 2 là 95%, 2 bệnh nhân tái phát (2 bệnh nhân Parks 3; 1 bệnh nhân St James 4 và 1 bệnh nhân St James 5).

Bảng 3. Phân loại Parks và kết quả mổ

Phân loại Parks	Số lượng (n)	Tỷ lệ khỏi bệnh (%)	Tỷ lệ tái phát (%)
Trên cơ thắt (Parks 3)	2 (5%)	0	100
Xuyên cơ thắt phần thấp (2a)	13 (32,5%)	100	0
Xuyên cơ thắt phần giữa (2b)	16 (40%)	100	0
Xuyên cơ thắt phần cao (2c)	8 (20%)	100	0
Rò kép (2c;1)	1 (2,5%)	100	0
Tổng	40	95	5

Nhận xét: Sự khác biệt về kết quả mổ ở các thể rò khác nhau có ý nghĩa thống kê, kiểm định Chi-squared $p=0,000$

Bảng 4. Phân loại St James và kết quả mổ

Phân loại St James	Số lượng (n)	Tỷ lệ khỏi bệnh (%)	Tỷ lệ tái phát (%)
Rò gian cơ thắt đơn giản (I)	1 (2,5%)	100	0
Gian cơ thắt kèm ổ áp xe hoặc đường rò phụ (II)	5 (12,5%)	100	0
Rò xuyên cơ thắt đơn giản (III)	10 (25%)	100	0
Rò xuyên cơ thắt kèm ổ áp xe hoặc đường rò phụ lan lên khoang hố ngồi trực tràng (IV)	22 (55%)	95,46	4,54
Rò trên và xuyên cơ nâng hậu môn (V)	1 (2,5%)	0	100
Rò kép	1 (2,5%)	100	0
Tổng	40	95	5

Nhận xét: Sự khác biệt về kết quả mổ giữa các thể rò khác nhau có ý nghĩa thống kê, kiểm định Chi-squared $p=0,0013$.

4. Bàn luận

Phẫu thuật TROPIS (Transanal Opening of the Intersphincteric Space) được Pankaj Garg giới thiệu

năm 2017 như một kỹ thuật bảo tồn cơ thắt ngoài nhưng vẫn xử lý triệt để ổ nhiễm khuẩn trong khoang gian cơ thắt - nguyên nhân chính khiến rò hậu môn phức tạp thường dai dẳng và dễ tái phát¹.

Nguyên lý của TROPIS dựa trên hai trụ cột: (1) ISTAC - "Intersphincteric tract acts like an abscess in a closed space", xem khoang gian cơ thắt như một

“ổ áp-xe kín” cần được mở và dẫn lưu triệt để; và (2) DRAPED - “Drain all pus and ensure continuous drainage”, nghĩa là phải đảm bảo dẫn lưu liên tục cho đến khi vết thương liền thứ phát².

Trong kỹ thuật này, phẫu thuật viên mở khoang gian cơ thắt từ phía trong ống hậu môn tại vị trí lỗ trong, rạch niêm mạc và cơ thắt trong theo hướng đường rò, tia mép để vết thương liền thứ phát, đồng thời bảo tồn hoàn toàn cơ thắt ngoài. Phần đường rò ở hố ngồi-trực tràng được nạo sạch và dẫn lưu bằng ống hoặc seton lỏng cho đến khi vết thương trong liền hẳn.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi thiết kế tiến cứu và áp dụng TROPIS cho toàn bộ bệnh nhân được chẩn đoán rò hậu môn, bao gồm cả rò đơn giản và rò phức tạp, nhằm đánh giá toàn diện hiệu quả của một kỹ thuật bảo tồn cơ thắt. TROPIS không cắt cơ thắt ngoài nên ít ảnh hưởng đến chức năng tự chủ hậu môn, đồng thời thích hợp cả với những trường hợp rò xuyên cơ thắt thấp nhưng có lỗ ngoài xa rìa hậu môn hoặc kèm áp-xe lớn. Ở các bệnh nhân này, nếu mổ bằng phương pháp mở ngổ truyền thống, vết thương thường rộng, lâu liền và cần chăm sóc phức tạp; trong khi TROPIS cho phép dẫn lưu triệt để ổ nhiễm khuẩn từ trong lòng ống hậu môn, hạn chế tổn thương mô và giúp rút ngắn thời gian hồi phục. Mặc dù mở ngổ đường rò vẫn được xem là phương pháp có hiệu quả cao nhất, việc áp dụng TROPIS ở cả rò đơn giản giúp kiểm chứng khả năng bảo tồn cơ thắt và hiệu quả liền thương trên phổ rộng các loại rò.

Ưu điểm của TROPIS là khắc phục được hạn chế của nhiều kỹ thuật bảo tồn trước đây (LIFT, nút bịt sinh học, chuyển vật, nội soi hỗ trợ), vốn chủ yếu tập trung “đóng lỗ trong” mà chưa xử lý triệt để nhiễm khuẩn trong khoang gian cơ thắt¹⁻³. Nhờ đó, TROPIS đạt tỷ lệ lành thương cao (80 - 94%) và bảo tồn gần như hoàn toàn chức năng tự chủ hậu môn^{3,4}. Kỹ thuật này không đòi hỏi dụng cụ đặc biệt, dễ áp dụng ở nhiều cơ sở phẫu thuật. Tuy nhiên, TROPIS đòi hỏi phải xác định chính xác lỗ trong và hướng đường rò bằng MRI, đồng thời cần chăm sóc hậu phẫu tỉ mỉ để tránh đóng sớm đường rò ngoài.

Các nghiên cứu quốc tế gần đây tiếp tục khẳng định hiệu quả của TROPIS: Garg và cộng sự ghi nhận tỷ lệ lành thương 91% mà không có trường hợp mất kiểm soát phân⁴; một phân tích gộp năm 2024 tổng hợp 24 nghiên cứu với 2.813 bệnh nhân cho thấy tỷ lệ lành toàn bộ 89%, tái phát khoảng 11%, và nguy cơ biến chứng thấp hơn so với LIFT hay chuyển vật⁵. Các tổng quan khác cũng ghi nhận tỷ lệ thành công trung bình 86 - 92% ở rò phức tạp cao³.

Từ những dữ liệu này, có thể thấy TROPIS đang trở thành một trong những phương pháp bảo tồn cơ thắt ổn định và hiệu quả nhất hiện nay. Tuy nhiên, tại Việt Nam, số liệu lâm sàng về kỹ thuật này còn hạn chế; vì vậy, nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả, tính an toàn và khả năng ứng dụng của TROPIS trong điều trị rò hậu môn tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, đồng thời bổ sung bằng chứng thực tế để mở rộng áp dụng kỹ thuật này trong nước.

4.1. Đặc điểm chung

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 85% bệnh nhân mắc rò hậu môn là nam giới, với tỷ lệ nam/nữ là 5,5/1, tương đồng với nhiều nghiên cứu trước đây. Nghiên cứu của Parks et al (1976)⁴ cũng chỉ ra rằng nam giới mắc bệnh nhiều hơn nữ giới, với tỷ lệ 4:1. Nghiên cứu của Sahnán et al (2019) cũng cho thấy tỷ lệ nam/nữ là 3.7:1, khẳng định nguy cơ mắc bệnh ở nam giới cao hơn đáng kể, có thể liên quan đến cấu trúc sinh học và các yếu tố khác⁵. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu này là 41 tuổi, tương đương với kết quả của Garcia-Aguilar và cộng sự (1996) và Sahnán và cộng sự (2019), cho thấy bệnh lý này thường xuất hiện ở người trong độ tuổi lao động, từ 30-50 tuổi^{5,6}.

Chỉ số BMI trung bình của các bệnh nhân là 23,8, không có sự khác biệt đáng kể so với các nghiên cứu trước đây, chẳng hạn như Hall và cộng sự (2001) cho thấy chỉ số BMI không phải là yếu tố chính gây ra rò hậu môn⁷. Về lâm sàng, 72,5% bệnh nhân nhập viện với triệu chứng chảy dịch cạnh hậu môn và 35% có triệu chứng sưng đau, đây cũng là những triệu chứng thường gặp trong các nghiên cứu của Hall et al (2001) và Sahnán et al (2019)^{5,7}.

Đáng chú ý, 100% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được phát hiện có lỗ rò trong qua MRI, cao hơn so với một số nghiên cứu trước đây với tỷ lệ 90-95%. Điều này cho thấy MRI ngày càng đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán rò hậu môn và giúp nâng cao độ chính xác trong xác định các đường rò.

4.2. Kết quả phẫu thuật

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phương pháp TROPIS (phẫu thuật mở ngổ đường rò ở rãnh gian cơ thắt) mang lại tỷ lệ khỏi bệnh cao với 87,5% bệnh nhân khỏi sau lần phẫu thuật đầu tiên và 95% khỏi sau lần thứ hai. So sánh với các nghiên cứu khác, đặc biệt là nghiên cứu của Garg et al (2017) và Garg và cộng sự (2019), kết quả này rất tương đồng^{8,9}. Trong nghiên cứu của Garg (2017) trên 54 bệnh nhân, tỷ lệ khỏi bệnh sau lần phẫu thuật đầu tiên bằng TROPIS là 86%, và nghiên cứu tiếp theo trên 200 bệnh nhân của ông (2019) cũng ghi nhận tỷ lệ thành công lên tới 89%. Như vậy, kết quả của chúng tôi nhất quán với các nghiên cứu quốc tế, cho thấy TROPIS là phương pháp hiệu quả và an toàn trong điều trị rò hậu môn phức tạp. Hai trường hợp tái phát sau mổ lần 2 đều là 2 trường hợp rò xuyên cơ thắt cao (Park 3) thì có 1 bệnh nhân được mổ bằng phương pháp cutting seton và một bệnh nhân được mổ lại phương pháp TROPIS đang trong thời gian theo dõi sau mổ.

Nghiên cứu của Gupta và cộng sự (2018) cũng hỗ trợ kết luận này, khi tỷ lệ khỏi bệnh sau lần phẫu thuật đầu tiên của họ đạt 86%¹⁰. Sự tương đồng giữa các nghiên cứu về TROPIS từ các quốc gia khác nhau cho thấy kỹ thuật này có tính ổn định cao trong điều trị các dạng rò hậu môn phức tạp, nhờ khả năng mở ngổ đường rò và giảm thiểu nguy cơ tái phát. Ngoài ra, thời gian liền vết mổ trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 36 ngày, tương đồng với nghiên cứu của Garg (2017), với thời gian liền vết mổ trung bình là 32 ngày, cho thấy thời gian hồi phục tương đối nhanh khi sử dụng phương pháp này⁸.

4.3. Một số khó khăn khi thực hiện kỹ thuật TROPIS

Mặc dù TROPIS có nhiều ưu điểm trong điều trị rò hậu môn phức tạp, nhưng kỹ thuật này cũng gặp phải một số khó khăn. Đầu tiên, việc xác định chính

xác lỗ rò trong và đường rò có thể phức tạp, đặc biệt khi đường rò không rõ ràng hoặc có nhiều nhánh. Điều này đòi hỏi phải có sự hỗ trợ của các công cụ chẩn đoán như MRI và bác sĩ chẩn đoán hình ảnh có kinh nghiệm để định hình đường rò. Thứ hai, quá trình "mở ngổ" qua rãnh gian cơ thắt dẫn đến nguy cơ tổn thương nhẹ đến cơ thắt trong, mặc dù khả năng hồi phục tốt nếu kết hợp tập luyện phục hồi chức năng. Cuối cùng, với các đường rò dài trong khoang gian gian cơ thắt, có thể không cần mở toàn bộ, nhưng vẫn cần đảm bảo rằng đường rò được dẫn lưu tốt để tránh nhiễm trùng hoặc tái phát.

4.4. Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế cần được xem xét.

Thứ nhất, đây là nghiên cứu mô tả loạt ca, không có nhóm đối chứng, do đó chưa thể so sánh trực tiếp hiệu quả của TROPIS với các kỹ thuật bảo tồn cơ thắt khác như LIFT, advancement flap hay VAAFT.

Thứ hai, cỡ mẫu 42 bệnh nhân và được thực hiện tại một trung tâm duy nhất, nên khả năng khái quát hóa kết quả còn hạn chế.

Thứ ba, mặc dù tất cả bệnh nhân đều được chụp MRI để xác định đường rò trước mổ, nghiên cứu chưa áp dụng phân loại Garg - một hệ thống mới kết hợp yếu tố giải phẫu và hình ảnh học MRI, giúp mô tả chính xác hơn mức độ phức tạp của rò hậu môn - nên việc đối chiếu và so sánh với y văn quốc tế còn hạn chế.

Cuối cùng, do kỹ thuật TROPIS có đường cong học tập nhất định, kết quả phẫu thuật có thể chịu ảnh hưởng bởi kinh nghiệm của phẫu thuật viên và mức độ tuân thủ chăm sóc hậu phẫu của bệnh nhân.

Những hạn chế trên cho thấy cần có nghiên cứu đối chứng, đa trung tâm, với cỡ mẫu lớn hơn và áp dụng phân loại Garg để đánh giá khách quan hơn hiệu quả và độ an toàn của kỹ thuật TROPIS trong điều trị rò hậu môn.

5. Kết luận

Kỹ thuật TROPIS (Transanal Opening of the Intersphincteric Space) là phương pháp bảo tồn cơ thắt hiệu quả trong điều trị rò hậu môn, giúp dẫn

lưu triệt để ổ nhiễm khuẩn gian cơ thắt và đạt tỉ lệ lành thương cao, không ghi nhận mất tự chủ hậu môn. Phẫu thuật có thể áp dụng cho cả các dạng rò phức tạp, với kết quả bước đầu an toàn, khả thi và ổn định.

Cần có thêm các nghiên cứu đối chứng, đa trung tâm, cỡ mẫu lớn hơn để khẳng định hiệu quả lâu dài và xác định rõ chỉ định tối ưu của kỹ thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rojanasakul A (2007) *LIFT procedure: A simplified technique for fistula-in-ano*. Tech Coloproctol. 13(3): 237-40.
2. Meinero PML Video-assisted anal fistula treatment (VAAFT): a novel sphincter-saving procedure for treating complex anal fistulas. Tech Coloproctol. 2012;15(4):417-22.
3. Chase TJG, Quddus A, Selvakumar D, Cunha P, Cumming T (2012) *VAAFT for complex anal fistula: A useful tool, however, cure is unlikely*. Tech Coloproctol 25(10): 1115-1121.
4. Parks AG GP, Hardcastle JD (1976) *A classification of fistula-in-ano*. Br J Surg 63(1): 1-12.
5. Sahnan K AS, Tozer PJ et al (2019) *Perianal abscess and fistula-in-ano: Epidemiology, diagnosis and classification*. Nat Rev Gastroenterol Hepato 16(8): 457-468.
6. Garcia-Aguilar J BC, Wong WD, Goldberg SM, Madoff RD (1996) *Anal fistula surgery. Factors associated with recurrence and incontinence*. Dis Colon Rectum 39(7): 723-729.
7. Hall JF BL, Hyman N, Read T, Bartus C, Schoetz D (2001) *Outcomes after operations for anal fistula: Results of a prospective, multicenter, regional study*. Dis Colon Rectum 54(4): 415-420.
8. Garg P (2017) *Transanal opening of intersphincteric space (TROPIS) - A new procedure to treat high complex anal fistula*. Int J Surg 40: 130-134.
9. 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.
10. Gupta P SP, Soni RK (2018) *TROPIS: A new technique in the management of complex fistula in ano*. Indian J Surg. 2018;80(3): 253-8.