

Nhân một trường hợp áp xe trên cơ nâng hậu môn do thủng túi thừa đại tràng sigma

Suprlevator abscess by perforated sigmoid colon diverticulitis: A case report

Nguyễn Đắc Thao, Nguyễn Xuân Hùng

Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Tóm tắt

Áp xe trên cơ nâng hậu môn hiếm gặp, và thường bắt nguồn từ áp xe hậu môn. Áp xe trên cơ nâng hậu môn do nguyên nhân khác như thủng túi thừa đại tràng rất hiếm gặp và có nguyên tắc điều trị khác. Chúng tôi thông báo lâm sàng 1 trường hợp thủng túi thừa đại tràng sigma biểu hiện bởi áp xe trên cơ nâng hậu môn đã vỡ vào lòng trực tràng đồng thời điểm lại y văn về bệnh lý này.

Từ khóa: Áp xe cạnh hậu môn, áp xe trên cơ nâng hậu môn, viêm túi thừa đại tràng.

Summary

Suprlevator abscess is rare, and often due to primary anal disease. Suprlevator that is originating in other causes like: Perforated diverticulitis is extremely rare and has different principles of treatment. We report a case of perforated sigmoid colon diverticulitis presented by a suprlevator abscess with spontaneous drainage into rectum, and review in the literature about this disease.

Keywords: Anal abscess, suprlevator abscess, colon diverticulitis.

1. Đặt vấn đề

Áp xe trên cơ nâng nằm ở khoang trên cơ nâng hậu môn (hay còn gọi là khoang trực tràng - chậu hông). Khoang này được giới hạn phía trên là phúc mạc, phía dưới là cơ nâng hậu môn, 2 bên là thành trực tràng và thành chậu hông [1], [2]. Đây là thể bệnh hiếm gặp và phức tạp hơn các thể khác, theo các báo cáo tỷ lệ áp xe trên cơ nâng là 3 - 4% trong bệnh lý rò hậu môn [2]. Những nguyên nhân hiếm gặp gây ra áp xe trên cơ nâng có thể là nhiễm khuẩn trong tiểu khung hay trong ổ bụng như: Áp xe ruột thừa, áp xe túi thừa đại tràng, áp xe buồng trứng... [1]. Bệnh túi thừa đại tràng phổ biến hơn ở các nước phương Tây và thường

gặp ở người lớn tuổi (10% ở tuổi trên 45, 80% ở trên 85 tuổi) [3]. Biến chứng thường gặp nhất là viêm túi thừa, có thể dẫn đến thủng túi thừa, biểu hiện bởi: Áp xe trong ổ bụng, viêm phúc mạc, rò đại tràng vào các cơ quan khác như: Ruột non, đại tràng, bàng quang, âm đạo, ra da... [3], [4].

Chúng tôi thông báo lâm sàng 1 trường hợp thủng túi thừa đại tràng sigma biểu hiện bởi áp xe trên cơ nâng hậu môn đã vỡ vào lòng trực tràng và có đường rò trong khoang liên cơ thắt - phân loại 1f theo Park [5], đồng thời điểm lại y văn về bệnh lý này.

2. Ca lâm sàng

Bệnh nhân Nguyễn Văn S, nam, 86 tuổi, nghề nghiệp y sĩ về hưu, địa chỉ: Gia Lâm, Hà Nội, mã lưu trữ 21479/2018, ngày mổ: 17/05/2018. Tiền sử: Sa niêm mạc trực tràng 70 năm. Bệnh sử: Đau hậu môn 4 tháng, đã đại tiện ra mủ 1 lần cách đây 3 tháng,

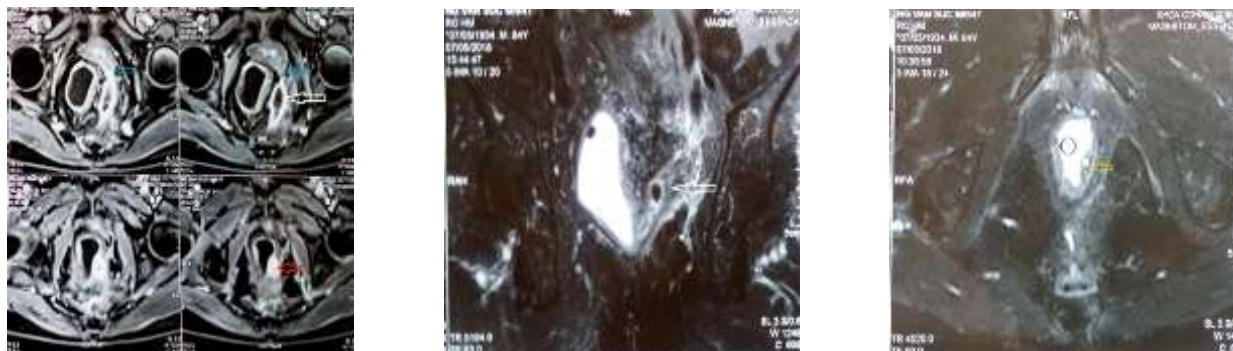
Ngày nhận bài: 12/9/2018, *ngày chấp nhận đăng:* 25/9/2018

Người phản hồi: Nguyễn Đắc Thao

Email: drthao.hmu@gmail.com - Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

không rối loạn tiêu hóa, không sút cân. Khám bệnh: Thể trạng trung bình, không sốt, cao 1m63, nặng 52kg. Bụng mềm, thăm trực tràng đau thành trái trực tràng, có dải xơ cứng từ đường lược vị trí 4 giờ chạy lên phía trên cách rìa hậu môn 6cm, khối sa

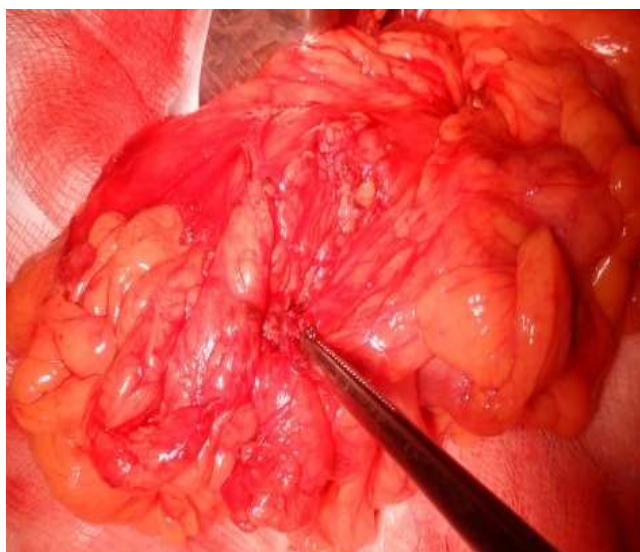
trực tràng đến rìa hậu môn. Soi đại tràng: Bình thường, trĩ độ 1. Chụp cộng hưởng từ: Áp xe trên cơ nâng hậu môn - ổ ngối trực tràng trái 2×4 cm, lỗ rò nơi chuyển tiếp hậu môn - trực tràng vị trí 4 giờ.



Hình 1. Hình ảnh chụp cộng hưởng từ: Áp xe trên cơ nâng (mũi tên trắng), vị trí nghi vỡ vào lòng trực tràng (mũi tên đỏ), đường rò trong khoang liên cơ thắt (mũi tên vàng), vị trí nghi ngờ thông với đại tràng sigma - chẩn đoán hồi cứu (mũi tên xanh). (Nguồn: Hình ảnh trong trường hợp bệnh của chúng tôi)

Xét nghiệm công thức máu, chức năng gan, thận trong giới hạn bình thường. Chẩn đoán trước mổ: Áp xe trên cơ nâng - theo dõi do rò hậu môn. Mô tả trong mổ: Niêm mạc hậu môn mềm mại, đường xơ chắc từ trực tràng kéo dài xuống rìa hậu môn vị trí 3 - 4 giờ, mở khoang liên cơ thắt phẫu tích theo dải xơ, lên ổ áp xe

trên cơ nâng lấy tổ chức hoại tử làm giải phẫu bệnh tức thì: Tổ chức viêm áp xe không đặc hiệu. Mở bụng đường trắng giữa dưới rốn, ổ bụng sạch, đại tràng sigma dính chặt xuống phúc mạc tiểu khung viêm chắc do thủng túi thừa đại tràng sigma. Tiến hành cắt đoạn đại tràng sigma, đưa 2 đầu ra làm hậu môn nhân tạo.



Hình 2. Túi thừa đại tràng sigma viêm - thủng
(Nguồn: Hình ảnh trong trường hợp bệnh của chúng tôi)

Giải phẫu bệnh sau mổ: Hình ảnh thủng túi thừa đại tràng sigma áp xe hóa. Sau mổ, bệnh nhân ổn định, triệu chứng đau quanh hậu môn - trực tràng hết, ra viện ngày thứ 10 sau mổ, dự kiến đóng hậu môn nhân tạo sau 3 tháng.

3. Bàn luận

3.1. Dịch tễ

Áp xe trên cơ nâng thường là một thể của rò hậu môn, mũ từ nhiễm khuẩn các hốc hậu môn gây áp xe liên cơ thắt và theo khoang liên cơ thắt vào khoang trên cơ nâng, hoặc mũ xuyên cơ thắt gây áp xe hố ngồi, rồi qua cơ nâng hậu môn gây áp xe trên cơ nâng hậu môn [5]. Khoang trên cơ nâng hậu môn (khoang trực tràng - chậu hông) được giới hạn phía

trên là phúc mạc, phía dưới là cơ nâng hậu môn, 2 bên là thành trực tràng và thành chậu hông. Theo các báo cáo, tỷ lệ áp xe trên cơ nâng là 0 - 9%, trong đó nguồn gốc áp xe hay gặp nhất là từ nhiễm khuẩn ở hốc hậu môn trong bệnh lí rò hậu môn, hiếm gặp hơn là những nguyên nhân khác trong tiểu khung hay trong ổ bụng [1]. Áp xe trên cơ nâng hậu môn do các nguyên nhân khác như viêm túi thừa đại tràng, bệnh Crohn, áp xe ruột thừa, nhiễm khuẩn vật liệu nhân tạo trong mổ thoát vị đùi cũng đã được Park mô tả trong nghiên cứu, phân loại rò hậu môn của mình - thể 1f [5]. Trong y văn cũng đã có những thông báo, nghiên cứu về áp xe trên cơ nâng do bệnh Crohn [6], viêm túi thừa đại tràng [2], lạc nội mạc tử cung [1].

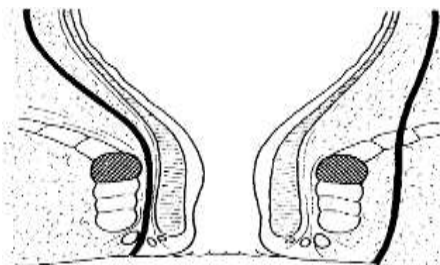


Fig. 14. An illustration of the manner in which infection from the rectosigmoid can track downwards and arrive at the anal margin. In one case it pursues an intersphincteric course, and in the other it is extrasphincteric. This type is not a pure anal fistula at all, as its origin is completely outside the area.

Hình 3. Phân loại 1f theo Park [5]

(Parks (1976), the British Journal of Surgery)

Bệnh túi thừa có tỷ lệ mắc từ 20 - 60%, và tỷ lệ này tăng theo tuổi. Viêm túi thừa là biến chứng thường gặp nhất chiếm khoảng 60% các trường hợp và có thể dẫn đến thủng đại tràng hoặc tắc ruột [7]. Thủng đại tràng có thể gây ra viêm phúc mạc, áp xe tại chỗ, hoặc rò đại tràng vào tạng khác [7]. Thủng túi thừa đại tràng sigma hay gây rò vào bàng quang và âm đạo nhất, rò đại tràng ra da chiếm 6% và thường là ra thành bụng [3], [7], hiếm gặp hơn là rò ra hông, đùi [3], hiếm gặp hơn nữa là ra cạnh hậu môn [4]...

3.2. Triệu chứng và chẩn đoán

Những dấu hiệu và triệu chứng của áp xe hậu môn - trực tràng thường hay gặp nhất là đau mông, tăng sinh môn, sốt, tăng bạch cầu, và vỡ mũ [2]. Ngoài ra, do đám rối thần kinh trong khoang trên cơ nâng rất phong phú nên áp xe vùng này ngoài gây

ra đau hậu môn, sốt còn có thể gây ra những triệu chứng về thần kinh như: Bí đái, đau sâu trong tiểu khung hoặc xương cụt, hiếm hơn là đau thần kinh ngồi [1], [2]. Nếu ổ áp xe vỡ vào lòng trực tràng bệnh nhân đại tiện ra máu, mũ [5]. Bệnh nhân có thể chỉ biểu hiện đau bụng hoặc tiểu khung mà không có triệu chứng khác [1].

Chẩn đoán hình ảnh bao gồm cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ nên được chỉ định để xác định chẩn đoán và qua đó có thể dẫn lưu áp xe [2]. Chụp cộng hưởng từ đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán áp xe trên cơ nâng hậu môn, thậm chí có thể là phương pháp đánh giá tốt nhất đối với áp xe và rò trên cơ nâng hậu môn. Chụp cộng hưởng từ còn là biện pháp tốt để đánh giá tiến triển của bệnh trước và sau điều trị [8].

Nếu nghi ngờ nguyên nhân áp xe trên cơ nâng do thủng túi thừa đại tràng hoặc khi thăm khám và

trên chẩn đoán hình ảnh không nghĩ đến bệnh lí rò hậu môn nên soi đại tràng toàn bộ để xác định bệnh lí viêm túi thừa đại tràng và tiên lượng trước mổ. Chẩn đoán xác định bệnh thường bị chậm trễ do những triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu và chẩn đoán chủ yếu dựa trên chẩn đoán hình ảnh. Trường hợp bệnh nhân của chúng tôi có triệu chứng đau quanh hậu môn và ổ áp xe vỡ vào lòng trực tràng biểu hiện bằng đại tiện ra mủ. Bệnh nhân đã được soi đại tràng nhưng không phát hiện ra bệnh, chỉ chẩn đoán áp xe trên cơ nâng sau khi chụp cộng hưởng từ.

3.3. Điều trị

Điều trị áp xe trên cơ nâng hậu môn do nguyên nhân áp xe hậu môn là dẫn lưu ổ áp xe vào lòng trực tràng [5], điều trị kháng sinh đơn thuần và dẫn lưu chậm trễ hoặc thất bại có thể gây biến chứng nặng [1]. Nếu áp xe trên cơ nâng hậu môn do nguyên nhân khác, điều trị khỏi nguyên nhân gây bệnh đường rò sẽ tự liền mà có thể không cần thiết phải điều trị tại chỗ, do đó mở cơ thắt ở bất cứ mức độ nào đều là không cần thiết và nguy hiểm [5]. Tuy nhiên, trong trường hợp chẩn đoán chưa rõ ràng hoặc tình trạng áp xe cấp tính, dẫn lưu ổ áp xe có thể được thực hiện trước để xác định chẩn đoán và tìm nguyên nhân [1]. Hiệu quả điều trị được dựa trên sự nắm rõ giải phẫu vùng, và xác định được nguồn gốc của bệnh. Áp xe trên cơ nâng hậu môn nguồn gốc từ nhiễm khuẩn tiểu khung hay trong ổ bụng có thể được dẫn lưu qua đường bụng hay đường trực tràng, nhưng không được qua hố ngồi trực tràng (vì sẽ gây ra tổn thương cơ nâng hậu môn dẫn đến rò ngoài cơ thắt) [1], [5], [9]. Điều trị thực thụ có thể bao gồm cắt đoạn ruột, cắt buồng trứng và dẫn lưu. Hậu môn nhân tạo có thể là một phần của điều trị thực thụ hoặc là một phần trong quá trình điều trị [1].

Trường hợp bệnh nhân của chúng tôi chẩn đoán trước mổ là áp xe trên cơ nâng theo dõi do rò hậu môn, nhưng tổn thương trong mổ nghi ngờ từ nguyên nhân tiểu khung hoặc trong ổ bụng, nên chúng tôi quyết định mở thăm dò. Khi phát hiện tổn thương là thủng túi thừa đại tràng sigma, quyết định cắt đoạn đại tràng sigma làm hậu môn nhân tạo do tổn thương áp xe trên cơ nâng lan xuống khoang liên cơ thắt, và đã mở khoang liên cơ thắt thăm dò lên khoang trên cơ nâng trước đó.

4. Kết luận

Áp xe trên cơ nâng hậu môn hiếm gặp và thường bắt nguồn từ áp xe hậu môn. Áp xe trên cơ nâng hậu môn do nguyên nhân khác như thủng túi thừa đại tràng rất hiếm gặp và có nguyên tắc điều trị khác. Cần chẩn đoán chính xác nguyên nhân, để tránh tái phát và biến chứng do phẫu thuật.

Tài liệu tham khảo

1. Anderson BB, Tuckson WB (1988) *Pelvic endometriosis presenting as a supralelevator abscess*. Journal of the national medical association 80(8): 931-933.
2. Gary MA, Wu J, Bradway M (2013) *The space between: A supralelevator abscess caused by perforated diverticulitis*. Journal of surgical case reports 6: 1-3.
3. Murphy PB, Belliveau P (2012) *Left-sided sigmoid diverticulitis presenting as right-sided thigh abscess*. International Surgery 97(4): 285-287.
4. Amor I B, Kassir R, Bachir E et al (2015) *Perforated diverticulitis of the sigmoid colon revealed by a perianal fistula*. International Journal of Surgery Case Reports 8: 73-75.
5. Parks AG, Gordon PH, Hardcastle JD (1976) *A classification of fistula-in-ano*. The British Journal of Surgery 63(1): 1-12.
6. Pellino G, Selvaggi F (2014) *Surgical treatment of perianal fistulizing crohn's disease: From lay-open to cell-based therapy an overview*. The Scientific World Journal: 1-8.
7. Vasileios R, Anna G, Christos L et al (2013) *Abdominal wall abscess due to acute perforated sigmoid diverticulitis: A case report with MDCT and US findings*. Case Reports in Radiology: 1-5.
8. Garg P (2016) *PERFACT procedure to treat supralelevator fistula-in-ano: A novel single stage sphincter sparing procedure*. World Journal of Gastrointestinal Surgery 8(4): 326-334.
9. Sanyal S, Khan F, Ramachandra (2012) *Successful management of a recurrent supralelevator abscess: A case report*. Case Reports in Surgery: 1-3.