

BUỚC ĐẦU KHẢO SÁT GIÁ TRỊ HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ CỦA RÒ HẬU MÔN

Lê Thị Diễm*, Võ Tấn Đức*, Nguyễn Văn Hậu**, Phạm Ngọc Hoa***

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định mức độ phù hợp giữa hình ảnh Cộng hưởng từ (MRI) và kết quả phẫu thuật trong đánh giá đường rò hậu môn.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang từ tháng 05/2007 đến tháng 07/2009 tại BV ĐHYD TPHCM. Tiêu chuẩn chọn mẫu là tất cả bệnh nhân rò hậu môn có chụp MRI đường rò trước phẫu thuật. MRI được thực hiện trên máy Magnetom Avanto 1,5T của hãng Siemens với cuộn thu đa dây liên hợp dùng cho vùng chậu.

Kết quả: Có 37 bệnh nhân (39 lượt chụp MRI) với 36 nam và 1 nữ. MRI có tỉ lệ phù hợp với phẫu thuật trong phân loại đường rò chính là 90%, trong đó chủ yếu là rò xuyên cơ thắt. Tỉ lệ phù hợp trong xác định vị trí lỗ trong là 87% và tỉ lệ phù hợp trong xác định tổn thương lan rộng là 90%.

Kết luận: MRI có thể trở thành phương pháp đánh giá rò hậu môn trước phẫu thuật (phân loại đường rò chính, xác định vị trí lỗ trong và các tổn thương lan rộng) với độ chính xác cao.

Từ khóa: Rò hậu môn, cộng hưởng từ, phân loại đường rò.

ABSTRACT

INITIAL INVESTIGATION OF THE VALUE OF MAGNETIC RESONANCE IMAGING (MRI) IN ANAL FISTULA

Le Thi Diem, Vo Tan Duc, Nguyen Van Hau, Pham Ngoc hoa

* Y Hoc TP. Ho Chi Minh * Vol. 14 - Supplement of No 1 - 2010: 51 – 56

Objectives: The aims of this study was to determine the concordance in evaluation of fistula in ano between MRI image and operative result.

Materials and methods: Descriptive research was performed from May 2007 to July 2009 at University Medical Center of Ho Chi Minh city. 37 patients with clinically suspected fistula-in-ano underwent preoperative magnetic resonance imaging before surgical exploration. MRI scanning was performed on the Siemens Magnetom Avanto 1.5T with pelvis phased-array coil.

Results: There were 37 patients including 36 males and 1 female with 39 times of MRI. In the classification of primary tracts, the concordance rate between MRI image and operative result was 90%, most of which were transphincteric fistulas. The concordance rate in identification of the internal opening and the extensive lesions were 87% and 90% respectively.

Conclusions: MRI image could become a good preoperative evaluation imaging modality with high accuracy in anal fistulas (classification of primary tracts, detection internal opening and assessment extensions).

Keywords: anal fistula, MRI, classification of fistulas

* Bộ môn CDHA – ĐHYD
Địa chỉ liên hệ: BS. Lê Thị Diễm

** Bệnh viện Đại học Y Dược Tp.HCM
ĐT: 0989 324 559

*** Bệnh viện Chợ Rẫy
Email: lidiem82@yahoo.com

ĐẶT VẤN ĐỀ

Rò hậu môn là bệnh khá phổ biến trong các bệnh lý hậu môn-trực tràng, đứng hàng thứ hai sau trĩ. Cách điều trị duy nhất là phẫu thuật lấy mô xơ đường rò⁽¹⁾. Bệnh có đặc điểm là dễ tái phát với tỉ lệ khoảng 25%⁽⁵⁾, ở Việt Nam, tỉ lệ này thay đổi từ 2,2-35%⁽⁷⁾. Nguyên nhân thường do bỏ sót tổn thương trong lúc phẫu thuật, nhất là trong những trường hợp rò phức tạp với nhiều phân nhánh lan rộng ra ngoài cơ thắt hậu môn. Do đó, rò hậu môn cần được đánh giá đúng và đầy đủ trước khi phẫu thuật.

Hiện nay, MRI được xem là kỹ thuật hình ảnh có giá trị cao trong việc đánh giá này nhờ cho ra hình ảnh có độ phân giải cao và trường khảo sát rộng, giúp phân loại đường rò chính cũng như xác định vị trí lỗ trong và các tổn thương lan rộng với độ chính xác cao, nhất là những tổn thương nằm trên cơ nâng hậu môn. Từ đó giúp phẫu thuật viên lên kế hoạch điều trị triệt để đường rò cũng như các phân nhánh hoặc ổ viêm lan rộng xung quanh^(1,2,3,8,8,10).

ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**Phương pháp nghiên cứu**

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang bao gồm hồi cứu và tiến cứu từ tháng 05/2007 đến tháng 07/2009 tại Bệnh viện ĐHYD.

Đối tượng nghiên cứu

Tất cả những bệnh nhân được chẩn đoán rò hậu môn trên lâm sàng và có chụp MRI đường rò, sau đó được phẫu thuật điều trị đường rò.

Tiêu chuẩn loại trừ là rò do K hậu môn-trực tràng hoặc bệnh nhân được điều trị bằng cách rạch áp-xe.

Phương pháp tiến hành

Dữ liệu thu thập bằng hai cách: hồi cứu kết quả MRI và tường trình phẫu thuật trong hồ sơ bệnh án và đĩa CD các trường hợp chụp MRI trước 01/12/2008 (21 trường hợp). Thực

hiện nghiên cứu theo hướng tiến cứu đối với các trường hợp khảo sát từ ngày 01/12/2008 đến 27/07/2009 (18 trường hợp) bao gồm chụp MRI, đọc kết quả và đối chiếu với kết quả phẫu thuật.

Bệnh nhân được thực tháo trực tràng sau đó thăm khám đánh giá vị trí các lỗ ngoài, lỗ trong, phân loại đường rò trước khi chụp MRI. Một ống thông định vị được đặt vào lòng hậu môn trước khi chụp. Có 33 trường hợp sử dụng chất TPT gadolinium qua đường tĩnh mạch (liều 0,2ml/kg), 03 trường hợp bơm vào đường rò từ lỗ ngoài (nồng độ 0,4 mmol/ml) và 03 trường hợp không sử dụng gadolinium. Toàn bộ quá trình chụp MRI khoảng 15-30 phút.

Tất cả bệnh nhân được ghi hình bằng máy Siemens Magnetom Avanto 1,5T với cuộn thu đa dây liên hợp dùng cho vùng chậu. Các chuỗi xung không sử dụng chất TPT bao gồm sagittal T2W TSE, coronal T2W TSE FS và axial T2W TSE, T1W TSE, T1W TSE FS.

Sau khi tiêm chất TPT qua đường tĩnh mạch hoặc bơm vào đường rò, chụp thêm các chuỗi xung T1W TSE/VIBE FS trên các mặt phẳng sagittal, axial và coronal.

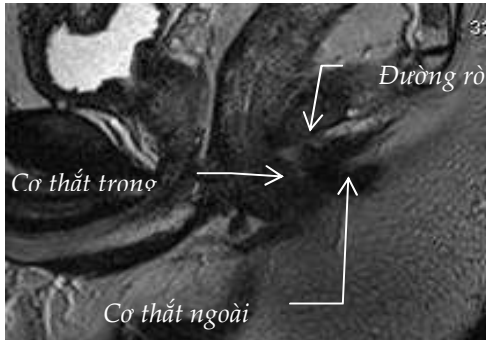
Trong lúc phẫu thuật, đường rò, lỗ trong và tổn thương lan rộng được xác định bằng cách bơm xanh methylen/hydrogen peroxide vào đường rò hoặc dùng que thăm luồn vào lỗ ngoài.

Các dấu hiệu được lưu ý trên hình MRI và trong phẫu thuật bao gồm một số đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu (tuổi, giới, tiền căn mổ rò/áp-xe quanh HM, số lượng và vị trí lỗ ngoài) và các dấu hiệu trên MRI bao gồm: *phân loại đường rò chính* dựa theo tác giả Parks⁽⁶⁾ với các loại rò dưới da-niêm mạc, rò xuyên cơ thắt, rò gian cơ thắt, rò trên cơ thắt, rò ngoài cơ thắt; *xác định vị trí lỗ trong* và *các tổn thương lan rộng* (có hay không có tổn thương lan rộng, tổn thương này có xuyên cơ nâng hậu môn hay thuộc dạng móng ngựa).

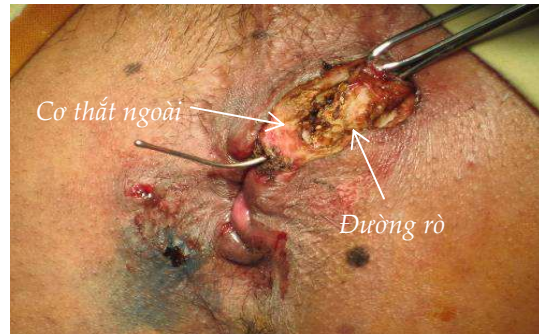
KẾT QUẢ

Chúng tôi có 37 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu với 39 lượt chụp MRI (có 02 bệnh nhân chụp MRI và phẫu thuật

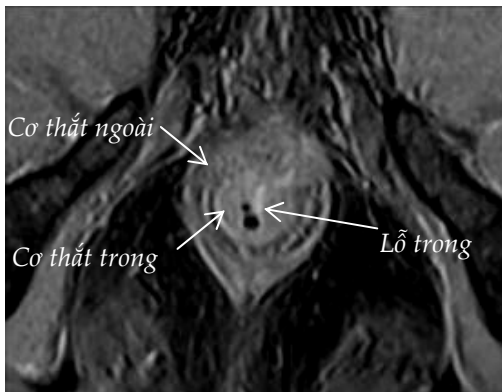
hai lần trong cùng ngày). Trong đó có 36 nam và 01 nữ ở độ tuổi từ 18 đến 69, trung bình là 38 ± 11 tuổi.



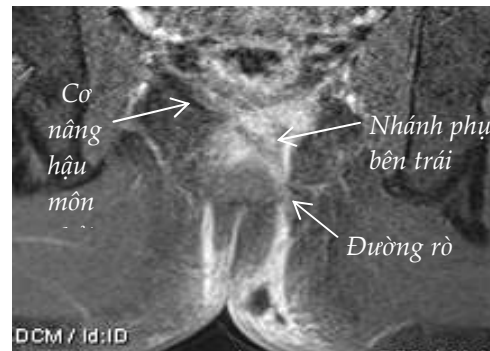
Sagittal T2W TSE không sử dụng TPT
H1: Đường rò xuyên cơ thắt



H2: đường rò xuyên cơ thắt được xác định trong phẫu thuật



Axial T1W TSE FS sau tiêm TPT đường tĩnh mạch
H3: Lỗ trong tại vị trí 1 giờ nằm trên đường lược



Axial T1W TSE FS sau tiêm TPT đường tĩnh mạch
H4: nhánh phụ lan vào cơ nâng hậu môn bên trái

Rò tái phát ở 25 trường hợp (64%), 07 trường hợp (18%) có tiền căn áp-xe quanh hậu môn trước đó, 07 trường hợp không có hoặc không rõ tiền căn áp-xe quanh hậu môn/mổ rò hậu môn trước đó.

Lỗ ngoài được tìm thấy trong 30 trường hợp (77%), đa số có 1 lỗ ngoài (28 trường hợp), nhiều nhất là 4 lỗ (1 trường hợp). Khoảng cách từ lỗ ngoài đến bờ hậu môn dao động từ 0 (ngay trên bờ hậu môn) đến 10cm, trung bình khoảng 3 ± 2 cm.

Bảng 1. Đối chiếu giữa kết quả MRI và PT trong đánh giá rò hậu môn.

RÒ HẬU MÔN	MRI (trường hợp)	Phẫu thuật (trường hợp)
Lỗ trong	39	37
Đường rò chính		
Dưới da-niêm mạc	1	1
Xuyên cơ thắt	33	37
Giãn cơ thắt	1	0
Trên cơ thắt	3	0
Đường rò riêng biệt	1	1
Tổn thương lan rộng		
- Không có	23	27
- Dưới cơ nâng (rò móng ngựa)	12 (5)	8 (5)
- Trên cơ nâng (rò móng ngựa)	4 (4)	4 (4)

Bảng 1 cho thấy mức độ phù hợp giữa kết quả MRI và phẫu thuật trong phân loại đường rò chính, xác định vị trí lỗ trong và tổn thương lan rộng.

Kết quả phân loại đường rò chính trên MRI trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là loại rò xuyên cơ thắt (33 trường hợp, chiếm 84%), 03 trường hợp rò trên cơ thắt, 01 trường hợp rò gian cơ thắt, 01 trường hợp rò đối da-niêm mạc và 01 trường hợp có hai đường rò riêng biệt. Kết quả phân loại phù hợp với phẫu thuật trong 35/39 trường hợp (90%), trong đó rò xuyên cơ thắt có tỉ lệ phù hợp là 33/37 trường hợp (89%). 01 trường hợp rò đối da-niêm mạc và 01 trường hợp có hai đường rò riêng biệt đều phù hợp với kết quả phẫu thuật, 01 trường hợp rò gian cơ thắt được xác định là rò xuyên cơ thắt thấp và 03 trường hợp rò trên cơ thắt đều thuộc phân loại rò xuyên cơ thắt cao trong phẫu thuật.

MRI xác định có lỗ trong trong 39 trường hợp (100%), có tỉ lệ phù hợp với phẫu thuật là 34/39 trường hợp (87%). Trong 05 trường hợp không phù hợp có 02 trường hợp không tìm thấy lỗ trong trong lúc phẫu thuật và 03 trường hợp MRI xác định lỗ nằm trên đường lọc trong phẫu thuật xác định lỗ này nằm ngay đường lọc.

Kết quả MRI có 23 trường hợp (59%) rò đơn giản, không có tổn thương lan rộng, 12 trường hợp tổn thương lan rộng nằm bên đối cơ nâng và 04 trường hợp tổn thương lan rộng lan lên trên cơ nâng. Có 09 trường hợp tổn thương lan rộng dạng móng ngựa (trong đó có 04 trường hợp nằm trên và 04 trường hợp nằm đối cơ nâng hậu môn).

Mức độ phù hợp chung của MRI so với phẫu thuật trong xác định có hay không tổn thương lan rộng là 35/39 trường hợp (90%), trong đó 09 trường hợp rò móng ngựa đều phù hợp với phẫu thuật. Còn lại 04 trường hợp MRI ghi nhận có tổn thương lan rộng đối cơ nâng hậu môn nhưng không tìm thấy trong phẫu thuật.

BÀN LUẬN

MRI được xem như là phương tiện hàng đầu trong chẩn đoán rò hậu môn, nhờ hình ảnh có độ phân giải cao và trường khảo sát rộng, cung cấp chi tiết cấu trúc giải phẫu lẫn các thông tin đầy đủ về đường rò hậu môn, giúp phẫu thuật triệt để hơn và giảm tỉ lệ tái phát sau mổ đến 75% trường hợp rò hậu môn phức tạp⁽⁵⁾.

Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi, MRI phân loại đúng đường rò chính trong 90% trường hợp, tương đồng với các tác giả Buchanan (91%) khi nghiên cứu 108 trường hợp⁽⁴⁾, tác giả Barker (86%) trong nhóm nghiên cứu gồm 35 trường hợp⁽²⁾ và Beets-Tan với tỉ lệ 86% trong mẫu nghiên cứu 56 trường hợp⁽³⁾. Tỉ lệ phù hợp trong xác định loại rò xuyên cơ thắt trong nghiên cứu của chúng tôi có giá trị cao (89%) cũng tương đồng các tác giả Buchanan (94%)⁽⁴⁾ và Beets-Tan (95%)⁽³⁾.

Đối với 01 trường hợp rò gian cơ thắt trên MRI trong nghiên cứu của chúng tôi được phân loại rò xuyên cơ thắt thấp trong phẫu thuật có thể giải thích do cả hai phân loại đều xuyên cơ thắt, chỉ khác nhau là rò gian cơ thắt xuyên cơ thắt trong còn rò xuyên cơ thắt qua cơ thắt ngoài, trong lúc phẫu thuật nếu không lưu ý có thể phân loại nhầm, tuy nhiên phương pháp phẫu thuật đều giống nhau là cắt bỏ mô xơ đường rò. 03 trường hợp rò trên cơ thắt được xác định là rò xuyên cơ thắt cao trong phẫu thuật.

Phân biệt hai loại rò này dựa vào vị trí lỗ trong trên đường lọc, nhưng vì không thấy trực tiếp hình ảnh đường lọc trên MRI mà chỉ ước lượng là nằm giữa chiế cao ống hậu môn, còn trong phẫu thuật có thể nhìn thấy trực tiếp lỗ trong đổ vào đường lọc sau khi bơm xanh methylen/hydrogen peroxide vào đường rò từ lỗ ngoài.

Đánh giá chính xác vị trí lỗ trong là cần thiết trước mổ. Trên MRI, lỗ trong được xác định là chỗ tận nhất của đường rò đi vào lòng hậu môn, ít khi thấy được lỗ này xuyên qua

lớp niêm mạc hậu môn. Nhiều tác giả công nhận lỗ trong là vị trí đường rò kết thúc trong khoang liên cơ thắt⁽⁵⁾. Theo các tiêu chuẩn này có thể nhận diện được lỗ trong trong tất cả 39 trường hợp, phù hợp với phẫu thuật trong 87% trường hợp. Tỷ lệ này thấp hơn so với tác giả Buchanan (97%)⁽⁴⁾ và Beets-Tan (90%)⁽³⁾ nhưng giá trị vẫn cao.

Đánh giá đúng và đầy đủ tổn thương lan rộng có ảnh hưởng quan trọng đến kết quả điều trị vì nguyên nhân chủ yếu dẫn đến rò hậu môn tái phát là bỏ sót tổn thương trong lúc phẫu thuật⁽⁵⁾, nhất là các tổn thương lan lên khoang trên cơ nâng hậu môn. MRI được cho là kỹ thuật có giá trị trong những trường hợp này nhờ hình ảnh có độ phân giải cao và trường khảo sát rộng, nhất là khi sử dụng cuộn thu đa dãy liên hợp và các thế hệ máy từ trường cao từ 1,5T.

Do đó, trong nghiên cứu này chú trọng đặc điểm có tổn thương lan rộng hay không. Nếu có thì tổn thương lan rộng đó giới hạn ở trên hay dưới cơ nâng hậu môn và đến loại tổn thương lan rộng đặc biệt nhưng cũng hay gặp là rò móng ngựa.

Kết quả nghiên cứu cho thấy MRI có kết quả phù hợp với phẫu thuật trong việc xác định có hay không có tổn thương lan rộng trong 90% (35/39 trường hợp). Tổn thương lan rộng dưới cơ nâng trong gặp trong 08 trường hợp (trong đó có 05 trường hợp tổn thương dạng móng ngựa), tất cả đều phù hợp với kết quả phẫu thuật; 04 trường hợp MRI xác định tổn thương lan rộng hình móng ngựa trên cơ nâng cũng được xác nhận trong phẫu thuật. Còn lại 04 trường hợp “dương tính giả” trên MRI, tổn thương lan rộng được ghi nhận là những đường rò nhỏ dưới niêm mạc hoặc những nhánh phụ ngắn # 1,5cm, nên có thể phẫu thuật viên đã cắt bỏ cùng đường rò chính hoặc những nhánh phụ gian cơ thắt không nhận định được trong lúc phẫu thuật.

Kết quả của chúng tôi tương đương với tác giả Buchanan⁽⁴⁾ với tỷ lệ xác định chính xác tổn

thương lan rộng là 88%. Và cả hai cùng thấp hơn kết quả của tác giả Beets-Tan⁽³⁾ với độ chính xác chung trên 97%, và tổn thương trên cơ nâng chính xác 100%.

Hạn chế của chúng tôi là kết quả MRI chỉ được so sánh với các đánh giá trong lúc phẫu thuật. Các kết quả này chưa thể xem là tiêu chuẩn vàng vì tùy thuộc kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Hơn nữa, mẫu nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn cũng như chủ yếu là hồi cứu nên chưa thể khẳng định chắc chắn các kết quả thu được.

KẾT LUẬN

MRI có thể trở thành phương pháp đánh giá rò hậu môn trước phẫu thuật với độ chính xác cao. Tỷ lệ phù hợp so với phẫu thuật trong phân loại đường rò chính (90% trường hợp), trong đó loại rò xuyên cơ thắt chiếm đa số (84%) và có tỷ lệ phù hợp 89%. Tỷ lệ phù hợp trong xác định vị trí lỗ trong (87% trường hợp). MRI có khả năng xác định đúng tổn thương lan rộng (90% trường hợp), đặc biệt là dạng rò móng ngựa (09/09 trường hợp).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Al-Khawari HA, Gupta R, et al (2005). Role of Magnetic Resonance Imaging in the Assessment of Perianal Fistulas. *Med Princ Pract* 14: 46-52.
2. Barker PG, Lunniss PJ, et al (1994). Magnetic resonance imaging of fistula-in-ano: technique interpretation and accuracy. *Clin Radiol* 49(1): 7-13.
3. Beets-Tan RG, Beets GL, et al (2001). Preoperative MR imaging of anal fistulas: does it really help the surgeon?. *Radiology* 218: 75-84.
4. Buchanan GN, Halligan S, et al (2004). Clinical examination, endosonography, and MR imaging in preoperative assessment of fistula in ano: comparison with outcome-based reference standard. *Radiology* 233(3): 674-681.
5. Halligan S (2006). Imaging of Fistula in ano. *Radiology* 239 (1): 18-33.
6. Jones J, William T (2005). Evaluation of Perianal Fistulas in Patients With Crohn's Disease: Perianal Anatomy and Classification of Fistulas. *MedGenMed* 7(2): 16.
7. Lương Vĩnh Linh, Nguyễn Xuân Hùng (2000). Kết quả điều trị rò hậu môn tại Bệnh viện Giao Thông 1. *Y học thực hành* 12: 47-50.
8. Mendoza LHR, Borobia AR, et al (2004). Mr Imaging in Anal Fistulae. *Rev. Argent. Radiol.* 68: 237-244.
9. Morris J, Spencer JA, et al (2000). MR Imaging Classification of Perianal Fistulas and Its Implications for Patient

Management. RadioGraphics 20: 623-635.

10. Myhr GE, Myrvold HE, Nilsen G, et al (1994). Perianal fistulas: use of MR imaging for diagnosis. Radiology 191: 545-554.
11. Nguyễn Đình Hối (2002). Hậu môn trực tràng học. Nhà xuất bản Y học, TP. Hồ Chí Minh.

