

# PHẪU THUẬT NÂNG RÃNH LIÊN MÔNG KHÂU VẾT MỔ LỆCH ĐƯỜNG GIỮA ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ NANG LÔNG CÙNG CỤT: LOẠT CA LÂM SÀNG VÀ ĐIỂM LẠI Y VẤN

Trần Quế Sơn<sup>1,2,✉</sup>, Trần Hiếu Học<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Bệnh nang lông cùng cụt hiện nay chưa có sự đồng thuận về phương pháp phẫu thuật tối ưu. Do đó, nhiều bệnh nhân phải đối mặt với tình trạng tái phát. Nghiên cứu ghi nhận kết quả áp dụng kỹ thuật mổ nâng rãnh liên mông, khâu thì đầu của Bascom và điểm lại y vấn về kết quả điều trị bệnh lý trên. Chúng tôi mô tả hồi cứu các ca bệnh được mổ từ 12/2022 đến 8/2023 tại Khoa ngoại tổng hợp, Bệnh viện Bạch Mai. Đánh giá kết quả sớm 30 ngày sau mổ bằng lâm sàng, siêu âm sau mổ. Kết quả có tổng số 4 bệnh nhân gồm 3 nam và 1 nữ, tuổi 16 – 67 tuổi. Tất cả người bệnh được mổ lần đầu, 100% loại III (phân loại Tezel). Thời gian mổ 32 – 40 phút, nằm viện 4 – 7 ngày, rút dẫn lưu vùng mổ 4 – 15 ngày. Thời gian lành vết thương lần lượt là 15, 22, 17 và 25 ngày. Một trường hợp chảy máu sau mổ nhưng không phải mổ lại. Chưa ghi nhận tình trạng tái phát. Kết luận: phẫu thuật nâng rãnh liên mông khâu kín vết mổ, lệch đường giữa là khả thi, dễ thực hiện với thời gian mổ ngắn, thời gian liền vết thương khoảng 3 tuần. Kỹ thuật này cũng có biến chứng nhiễm trùng, hở vết thương, tái phát nên cần tái khám để có phương pháp xử trí phù hợp.

**Từ khóa:** Nang lông, Cùng cụt, Không đối xứng, Bascom, Limberg, Lành vết thương.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nâng rãnh liên mông khâu vết mổ thì đầu ngoài đường giữa để điều trị bệnh lý viêm nang lông vùng cùng cụt được biết đến rộng rãi trên thế giới bởi hai tác giả là George Karydakis năm 1973 và Bascom vào năm 2002.<sup>1,2</sup> Với kết quả liền vết thương tương đối tốt tới 90% sau một lần mổ ngay cả với tổn thương viêm rò và tái phát. Nguyên lý của phẫu thuật này được ứng dụng rộng rãi trên thế giới để điều trị các tổn thương cần cắt bỏ phần mềm cạnh rãnh liên mông, như bệnh viêm rò nang lông hoặc u phần mềm.<sup>2-6</sup> Bệnh nang lông cùng cụt (*Pilonidal Sinus Disease*) thường gặp ở nam thanh niên với tần suất từ

26 đến 94 trên 100.000 dân.<sup>7</sup> Ngoài yếu tố giới tính, tình trạng béo phì, tiền sử gia đình, rậm lông, lối sống ít vận động và chấn thương tại chỗ là những yếu tố nguy cơ.<sup>8</sup> Bệnh có thể không biểu hiện triệu chứng hay biểu hiện của áp xe cấp tính ở khe mông hoặc mãn tính với các xoang tiết dịch không liên tục.<sup>4,8,9</sup> Lựa chọn điều trị bệnh lý nang lông cùng cụt bằng một trong những kỹ thuật như cắt bỏ và để hở vết thương; đóng vết thương thì đầu với đường khâu nằm chính giữa hoặc lệch sang một bên; sử dụng vạt da cơ có cuống mạch để che phủ khuyết phần mềm. Ngoài ra, phẫu thuật nội soi cũng đã được áp dụng trên thế giới nhưng thực tế ít được áp dụng tại Việt Nam.<sup>10,11</sup> Tuy nhiên, không có sự đồng thuận về điều trị tối ưu trong y văn. Một số kỹ thuật khâu bất đối xứng đã được giới thiệu như tạo vạt da của Karydakis (*Karadakis-flap*), nâng rãnh liên mông của Bascom, hoặc kỹ thuật

Tác giả liên hệ: Trần Quế Sơn

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: tranqueson@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 08/09/2023

Ngày được chấp nhận: 04/10/2023

tạo hình (vật hình thoi, vy-plasty và z-plasty) như của Limberg (*Limberg-flap*), có tỷ lệ nhiễm trùng vết thương thấp, tái phát thấp và liền vết thương nhanh hơn so với vết thương được khâu nằm ngay ở đường giữa.<sup>2,6,12</sup> Mặc dù vậy, các nghiên cứu cho thấy kết quả lâu dài khác nhau tùy thuộc vào sự lựa chọn của kỹ thuật.<sup>3,5,13-15</sup>

Cùng là kỹ thuật khâu bất đối xứng nhưng Karydakis khâu cố định vật da với cân cùng cụt trước khi đóng da có tỷ lệ tái phát dưới 1%. Trong khi đó, Bascom di động vật da trước khi khâu, tỷ lệ hồi phục 100% với tổn thương nhỏ hoặc tỷ lệ can thiệp lần hai từ 9 – 10%.<sup>14</sup> Mặc dù cả hai kỹ thuật đều cho kết quả tốt nhưng do số lượng người bệnh còn ít và tính đơn giản của kỹ thuật mổ, chúng tôi thông báo kết quả bước đầu áp dụng kỹ thuật nâng rãnh liên mông của Bascom (2002) điều trị cho tất cả các trường hợp nang lông và u mỡ vùng cùng cụt.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

Bao gồm các bệnh nhân được phẫu thuật cắt bỏ u nang lông vùng cùng cụt hoặc u mỡ vùng cùng cụt cạnh rãnh liên mông tại Khoa ngoại tổng hợp, Bệnh viện Bạch Mai từ 12/2022 đến 8/2023.

### Tiêu chuẩn lựa chọn

U phần mềm hoặc u nang lông cùng cụt được mổ bằng kỹ thuật Bascom bởi một phẫu thuật viên tiêu hóa trên 13 năm kinh nghiệm.

## 2. Phương pháp

### Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng. Lấy mẫu toàn bộ: căn cứ vào tiêu chuẩn chọn bệnh, lấy toàn bộ bệnh nhân đầu tiên đến bệnh nhân cuối cùng theo thời gian nghiên cứu.

### Quy trình và chỉ tiêu nghiên cứu

Mỗi bệnh nhân khi vào viện được thăm khám, làm các xét nghiệm máu (tế bào máu ngoại vi, đông máu cơ bản, chức năng gan – thận, đường máu; nhóm máu; viêm gan, HIV, tổng phân tích nước tiểu); chẩn đoán hình ảnh tổn thương (siêu âm phần mềm hoặc chụp MRI); chụp X-quang ngực thẳng, siêu âm tim và điện tâm đồ. Ghi nhận các triệu chứng theo một mẫu bệnh án thống nhất. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu theo những đặc điểm sau: Tuổi, giới, thời gian mắc bệnh (được tính từ lúc phát hiện bệnh đến khi được phẫu thuật); tổn thương giải phẫu bệnh; thời gian nằm viện; thời gian lành vết thương.

Phân loại viêm rò nang lông cùng cụt theo Tezel thành 5 mức độ<sup>16</sup>:

**Bảng 1. Phân loại Tezel cho bệnh lý viêm rò nang lông vùng cùng cụt**

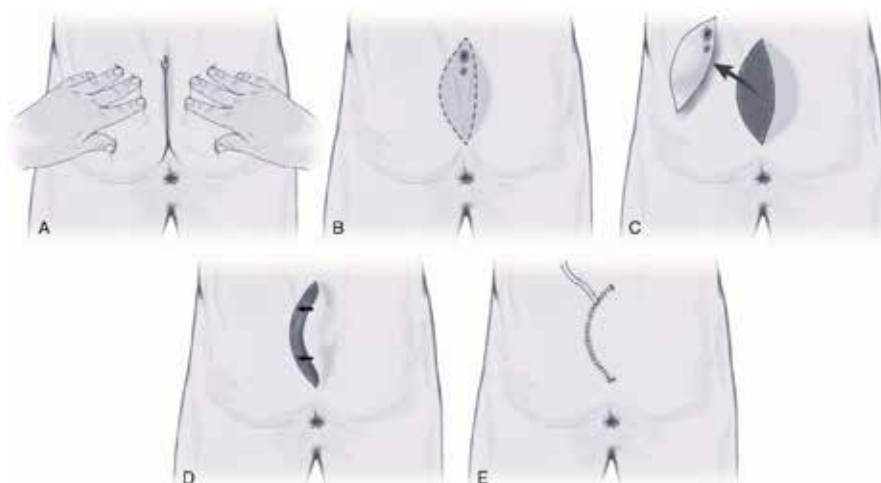
Loại Tezel	Định nghĩa	Phương pháp điều trị
I	Bệnh không có triệu chứng	Không chỉ định mổ. Tẩy lông tại chỗ và vệ sinh cá nhân
II	Áp xe cấp tính	Dẫn lưu ổ áp xe Phẫu thuật cắt bỏ nang lông khi hết giai đoạn cấp
III	Bệnh có triệu chứng giới hạn ở vùng cùng cụt	Phẫu thuật

Loại Tezel	Định nghĩa	Phương pháp điều trị
IV	Bệnh lan rộng, có một hoặc nhiều xoang lông Tiền sử hình thành nhiều ổ áp xe và được dẫn lưu mà chưa phẫu thuật cắt bỏ	Phẫu thuật
V	Viêm xoang lông tái phát sau phẫu thuật	Phẫu thuật

### Quy trình phẫu thuật:

Phương pháp vô cảm được sử dụng là gây mê nội khí quản hoặc gây tê tủy sống. Người bệnh nằm sấp, phẫu thuật viên cắt toàn bộ nang lông hoặc khối u theo hai đường rạch da dạng hình trám (Ảnh 1B, C). Da một bên rãnh liên mông được cắt bỏ, còn da bên rãnh liên mông phía đối diện được phẫu tích khỏi

mô mỡ bên dưới và di động sang bờ rãnh liên mông bên đối diện. Mô mỡ sâu phía bên dưới được áp sát và khâu lại để che lấp và tạo lại đường rãnh liên mông. Một dẫn lưu áp hút áp lực âm được đặt vào vùng mỡ và rút sau 7 – 10 ngày khi dịch vùng mỡ không còn chảy dịch. Vạt da được khâu kín phía ngoài rãnh gian mông.



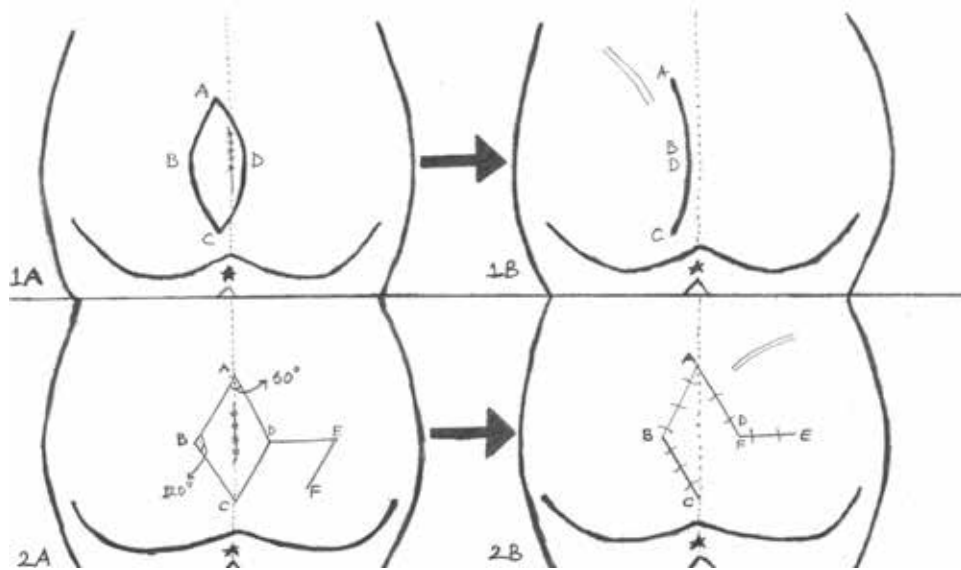
Hình 1. Kỹ thuật mỡ của Bascom (2002)<sup>17</sup>

- A) Hai mông được áp vào nhau để đánh dấu sự tiếp xúc của da bên ngoài.
- B) Cắt bỏ phần mềm đường giữa hình elip bao quanh mô bệnh.
- C) Vạt da được di động ở một bên (vùng bóng mờ), bao gồm da và tổ chức dưới da nhưng phải đảm bảo nuôi dưỡng được vạt da, thường lựa chọn bên bị mất ít da hơn.
- D) Các mô sâu hơn được khâu lại với nhau để làm phẳng khe hở và vạt được kéo sang phía đối diện.
- E) Vết thương được đóng ngoài đường giữa, đặt ống dẫn lưu hút áp lực âm để ngăn ngừa tụ dịch, máu vùng mỡ.

Sau mổ, người bệnh được truyền kháng sinh cephalosporin + metronidazol 3 – 5 ngày nằm viện. Vết mổ được nặn dịch và thay băng hàng ngày vào đầu giờ sáng, 1 – 2 lần/ngày tùy vào mức độ dịch vết mổ thấm ra gạc. Khi ra viện được dùng kháng sinh đường uống, giảm

nề và giảm đau.

Thời gian lành vết thương được xác định khi vết thương lành hoàn toàn, cắt được chỉ. Các biến chứng liên quan đến vết mổ như nhiễm trùng, tụ dịch, hở vết mổ được ghi nhận trong quá trình theo dõi.



**Hình 2. Kỹ thuật khâu vết mổ thì đầu nằm ngoài đường giữa của Karydakis (1A,1B) và Limberg (2A, 2B)<sup>1</sup>**

1A) Cắt bỏ da và mô bệnh hình elip không đối xứng. 1B) Đóng da và tổ chức dưới da bằng vạt Karydakis.

2A) Cắt bỏ hình thoi da và tổ chức nang lông. 2B) Vạt Limberg và vết mổ sau khi được khâu kín

### **Xử lý số liệu**

Sử dụng phần mềm quản lý bệnh nhân FPT. eHospital được cài đặt trên máy tính, của Bệnh viện Bạch Mai để tra cứu ngày vào viện, ngày ra viện.

### **3. Đạo đức nghiên cứu**

Các thông tin của bệnh nhân được mã hóa, giữ kín. Quy trình kỹ thuật mổ điều trị nang lông vùng cùng cụt được thông qua bởi Ban lãnh

đạo Khoa Ngoại, Phòng Kế hoạch tổng hợp Bệnh viện Bạch Mai. Nghiên cứu này được sự đồng thuận của bệnh nhân trong việc cung cấp thông tin cho bài nghiên cứu.

### **III. KẾT QUẢ**

Trong khoảng 9 tháng từ 12/2022 đến 8/2023, 4 bệnh nhân được phẫu thuật Bascom điều trị nang lông vùng cùng cụt.

Bảng 2. Đặc điểm của nhóm người bệnh

Bệnh nhân	Ngày mổ	Tuổi (năm)	Giới	BMI (kg/m <sup>2</sup> )	Phân loại Tezel	Thời gian mổ (phút)	Biến chứng	Nằm viện (ngày)	Thời gian liền vết mổ (ngày)	Thời gian rút dẫn lưu (ngày)	Tái phát
Le Duy Q	23/12/2022	16	Nam	23,5	III	32	Không	7	15	6	Không
Nguyễn Đức M	1/3/2023	20	Nam	21,9	III	35	Không	6	22	5	Không
Nguyễn Doãn D	4/7/2023	26	Nam	22,9	III	43	Không	4	17	4	Không
Ngô Thị H	3/8/2023	67	Nữ	24,9	III	40	Chảy máu	5	22	15	-

¼ tổng số người bệnh là nam giới, được chỉ định mổ lần đầu do nang lông cùng cut, 100% độ III (theo phân loại của Tezel). Thời gian nằm viện trong vòng 1 tuần; thời gian lành vết thương giao động từ 15 – 22 ngày.

Bảng 3. Kết quả nghiên cứu áp dụng phẫu thuật Bascom

Tác giả	Năm	n	Giới nam (%)	Tuổi (năm)	Thời gian lành vết mổ	Biến chứng	Một thi, n (%)	Thời gian theo dõi (tháng)	Tái phát (%)	Kết luận
Bascom <sup>2</sup>	2002	31	-	-	1 tuần	-	27 (85)	20 (1 tháng – 15 năm)	0	Giảm độ sâu khe hở. Nhanh lành vết thương
Rushfeldt	2008	33	76	27 (13 – 56)	-	Tụ máu: 3,4% Nhiễm trùng vết mổ: 3,4% Hở vết mổ: 20,7%	24 (83)	17 (10 – 27)	13	Phẫu thuật tiêu chuẩn điều trị bệnh nang lông cùng cut mãn tính, có triệu chứng.
Guner <sup>4</sup>	2013	141	71,6	24,6 (15 – 53)	20 (14 – 55)	Nhiễm trùng vết mổ: 4,3% Tụ dịch: 6,4%	124 (88)	14 (6 – 22)	0	Khả thi, hiệu quả.

Tác giả	Năm	n	Giới nam (%)	Tuổi (năm)	Thời gian lành vết mổ	Biến chứng	Một thì, n (%)	Thời gian theo dõi (tháng)	Tái phát (%)	Kết luận
Ortega <sup>13</sup>	2014	74	88	27,5 (16 – 76)	15,3 (10 – 45)	Tụ dịch:	54 (73 %)	51,5 (15 – 88)	4	Tiêu chuẩn vàng.
						- Tuần đầu 12 (15%)				
Umesh <sup>14</sup>	2017	22	18 (81,8)	16 (11 – 18)	31 (9 – 301)	- Tuần 2: 10 (13%).	86	44	-	Hiệu quả nhưng có tỷ lệ thất bại trong năm đầu.
						Hở vết mổ một phần: 8 (11%).				
						Toác vết mổ: 1 (1%)				
						Chảy máu: 1 (1%)				
						Nhiễm trùng vết mổ: 1 (1%)				
Svarre <sup>15</sup>	2023	200	159 (79,5)	25 (20 – 34)	29 (16 – 47)	-	97,5%	8,5 (1,0 – 10,7) năm	11,3	Thành công 86%. Là một lựa chọn khả thi.

Bệnh lý hay gặp ở nam giới (71,6 – 88%) với độ tuổi trung vị giao động từ 16 – 27 tuổi. Tỷ lệ khỏi trong một lần mổ dao động từ 73 – 97,5%, thời gian lành vết thương thường trong khoảng thời gian từ 1 tuần đến 31 ngày. Các kết luận đều cho rằng phẫu thuật Bascom mang lại hiệu quả trong điều trị, dễ áp dụng nhưng vẫn có tỷ lệ người người bệnh phải phẫu thuật nhiều lần, chậm liền vết thương tới 301 ngày với tỷ lệ tái phát 4 – 11,3%.

#### IV. BÀN LUẬN

Bệnh nang lông vùng cùng cụt là tình trạng viêm khu trú ở phần mềm giữa hai mông, phía sau xương cùng cụt. Tỷ lệ mắc bệnh là 26 trên 100.000 dân, nam giới nhiều hơn nữ từ 2 đến 4 lần. Những khác biệt về mặt giải phẫu của lông trên cơ thể và độ sâu rãnh liên mông khiến tỷ lệ mắc bệnh chênh lệch giữa nam và nữ. Bệnh biểu hiện từ u nang nhỏ đến hình thành xoang lan rộng với hình thái lâm sàng là không triệu chứng hoặc có triệu chứng như áp xe hoặc nang viêm mạn tính.<sup>17</sup> Thời gian mắc bệnh trung bình từ 6 năm trở lên trước khi phẫu thuật cho thấy bệnh tái phát thường xuyên và thiếu phương pháp điều trị dứt điểm. Phần mềm ở rãnh liên mông có đặc điểm là hẹp, sâu, ẩm ướt và nhiều vi khuẩn do gần hậu môn. Hơn nữa, vùng cùng cụt là nơi tỳ đè, cơ mông hai bên co kéo càng làm cho quá trình lành vết mổ càng khó khăn.

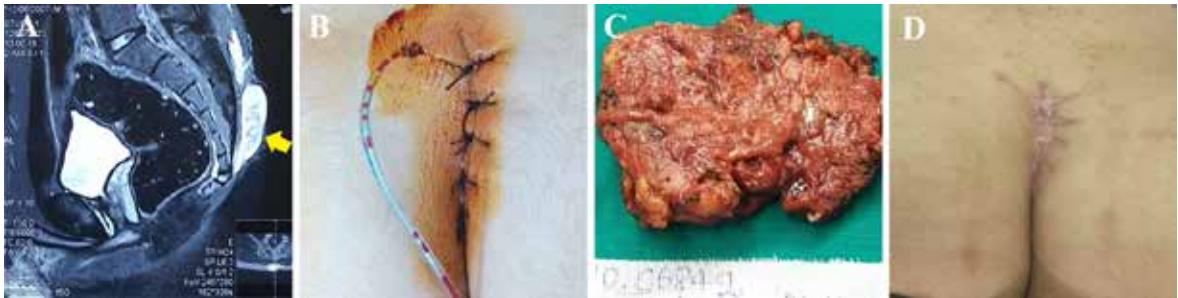
Nhiều người coi phẫu thuật điều trị bệnh viêm rò nang lông là một phẫu thuật đơn giản, không khó về mặt giải phẫu nên nhóm bệnh này ít được quan tâm.<sup>9</sup> Hiện tại, chỉ có Ý, Đức và Hoa Kỳ xây dựng hướng dẫn về chẩn đoán và điều trị bệnh lý viêm rò nang lông vùng cùng cụt. Đến nay, nhiều kỹ thuật mổ khác nhau đã được áp dụng, nhưng tỷ lệ tái phát sau mổ rất khác nhau, dao động từ 0% đến 46% cho thấy chưa có phương pháp nào thực sự hiệu quả.<sup>13</sup> Phương pháp mổ là thường được chia thành

hai loại: (i) cắt bỏ nang lông và khâu đóng vết mổ một thì (nâng rãnh liên mông và kỹ thuật chuyển vạt) hoặc (ii) cắt bỏ nang lông, để hở và khâu đóng vết mổ thì hai.<sup>8</sup> Mỗi phương pháp đều có những ưu và nhược điểm phụ thuộc vào giai đoạn bệnh, kích thước, vị trí và số lần mổ trước đó. Mục tiêu của điều trị là chữa lành vết thương nhanh, tỷ lệ tái phát thấp, thời gian hồi phục ngắn, ít đau sau phẫu thuật và chăm sóc vết thương dễ dàng.<sup>4</sup> Vết thương để hở thường ít biến chứng và tái phát nhưng thời gian lành vết thương kéo dài (khoảng 41 – 91 ngày so với 10 – 27 ngày khi khâu kín).<sup>8</sup> Cắt bỏ u nang và để hở vết thương thường ảnh hưởng chất lượng cuộc sống kém do phải thay băng thường xuyên, cần vật liệu tiêu hao mới (bao gồm hydrocolloid, canxi alginate và hydrofibre) để kích thích biểu mô hóa trong quá trình lành vết thương.<sup>8</sup> Nhiều nghiên cứu kết luận rằng “*vết mổ nằm ngoài đường giữa nên là phương pháp điều trị tiêu chuẩn*”.<sup>18</sup> Kỹ thuật khâu kín vết mổ thì đầu nằm ngoài đường giữa của Karydakis (1992), Bascom (2002), Limberg và một số cải tiến khác là một trong những phương pháp điều trị như vậy.<sup>2,4,19,20</sup> Trong kỹ thuật của Karydakis, mô mỡ lành xung quanh nang lông bị cắt bỏ nhiều. Ngược lại, kỹ thuật cải tiến của Guner (2013) hạn chế cắt bỏ rộng phần mô mỡ lành xung quanh nang nên giảm thiểu khuyết tổ chức.<sup>4</sup> Mặc dù vạt Karydakis hoặc vạt Limberg cho kết quả tốt với tỷ lệ tái phát 1% nhưng chỉ 2 – 3% số phẫu thuật viên ưa thích tại Vương quốc Anh và Ailen.<sup>13</sup> Hầu hết các bác sĩ ưa thích và xu hướng lựa chọn kỹ thuật mổ dễ thực hiện, hiệu quả cao, thời gian mổ ngắn. Tại Na Uy, các phẫu thuật viên thường sử dụng kỹ thuật Bascom (93,2%) hoặc xâm lấn tối thiểu (55,4%) để điều trị bệnh lý này. Nhưng có khoảng 19,7% đến 22,4% phẫu thuật viên vẫn ưa thích sử dụng kỹ thuật khâu vết thương nằm chính giữa rãnh liên mông. Các nghiên cứu thử nghiệm ngẫu nhiên có đối



chứng của Nordon (2009) đã chứng minh rằng phẫu thuật nâng rãnh liên mông của Bascom (2002) có tỷ lệ lành vết thương cao, tái phát thấp hơn so với kỹ thuật Bascom đơn thuần chỉ khoét lỗ rò, nạo hút ổ viêm qua đường rạch ở bên cạnh đường giữa.<sup>21</sup> Một thử nghiệm ngẫu

nhiên khác được thực hiện bởi Guner (2013) trên tổng số 122 bệnh nhân, giai đoạn chưa áp xe, kết luận kỹ thuật của Bascom không những mang lại chất lượng cuộc sống tốt hơn sau 1 tuần, 4 tuần mà thời gian mổ cũng ngắn hơn so với sử dụng vật Limberg.<sup>20</sup>



**Hình 3. Nang lông vùng cùng cụt được cắt bỏ, khâu lệch đường giữa theo kỹ thuật Bascom. Người bệnh Nguyễn Doãn D (26T). Mã số Bệnh án: 23-20-06849.**

A) Nang lông vùng cùng cụt (mũi tên vàng), B) Đặt dẫn lưu và dẫn lưu, C) Nang lông được cắt bỏ, D) Vết thương sau mổ 2 tháng

Mặc dù có nhiều cải tiến trong kỹ thuật mổ, tỷ lệ nhiễm trùng và hở vết mổ dao động từ 7,1 – 13,2% và 11,4 – 14,5%.<sup>4</sup> Khi theo dõi xa, tỷ lệ tái phát đối của phẫu thuật để hở vết thương, khâu đóng vết mổ ngay đường giữa và khâu vết mổ lệch đường giữa lần lượt là 17,9%, 16,8% và 10%. Nguy cơ tái phát sau 10 năm là 11,3% (95% CI: 6,2% – 16,4%), tỷ lệ điều trị thành công là 86,1% (95%CI: 80,6% – 91,5%).<sup>15</sup> Tái phát sau mổ là một tiêu chí để đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị. Theo Guner (2013), tái phát mổ cắt nang cùng cụt có thể xảy ra từ thời điểm phẫu thuật đến 20 năm và lâu hơn. Tuy nhiên, 60% trường hợp tái phát thường xảy ra trong vòng 5 năm đầu.<sup>4</sup> Khi so sánh, phương pháp khâu vết mổ nằm ngoài đường giữa có tỷ lệ tái phát thấp hơn đáng kể với các phương pháp đóng vết mổ nằm ở đường giữa (1,7% so với 10,5%).<sup>8</sup> Nhìn chung, hầu hết các kết quả phẫu thuật đều cho thấy sự khác biệt nghiêng về việc đóng vết mổ ngoài đường giữa.<sup>8</sup> Chúng tôi lựa chọn phương pháp mổ của Bascom cho

nhóm bệnh nhân nghiên cứu vì nó đơn giản về mặt kỹ thuật nhưng vẫn đáp ứng được yêu cầu khâu đóng vết mổ ngoài đường giữa. Kết quả cho thấy ba trên tổng số bốn bệnh nhân liền vết mổ trong thời gian từ 15 – 22 ngày, cũng tương tự với nhiều nghiên cứu khác như của Ortega (2014) là 15,3 ngày, của Umesh là 27 ngày.<sup>13,14</sup>

Mặc dù kết quả nghiên cứu cho kết quả gần rất tốt, nhưng kết quả nghiên cứu này còn có một số hạn chế nhất định. Thứ nhất, cỡ mẫu ít chỉ với bốn ca bệnh được mổ bởi một phẫu thuật viên vì vậy trong tương lai cần cỡ mẫu lớn hơn mới khẳng định được hiệu quả thực sự của kỹ thuật mổ. Thứ hai, thời gian theo dõi ngắn nên nghiên cứu dừng ở mức đánh giá kết quả sớm, chưa đánh giá được tỷ lệ tái phát, chất lượng cuộc sống sau mổ. Theo y văn, cần theo dõi tình trạng tái phát trong 5 năm, thậm chí 10 năm.<sup>15</sup>

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nâng rãnh liên mông khâu kín



vết mổ thì đầu lệch đường giữa là khả thi, để thực hiện với thời gian mổ ngắn (dưới 45 phút), thời gian liền vết thương khoảng 3 tuần. Tuy nhiên, kỹ thuật này cũng có biến chứng nhiễm trùng, hở vết thương, tái phát khi theo dõi xa nên cần tái khám phát hiện các bất thường để có phương pháp xử trí phù hợp.

## LỜI CẢM ƠN

Nhóm tác giả chân thành cảm ơn các Bác sĩ, nhân viên điều dưỡng Khoa Ngoại tổng hợp, Trung tâm gây mê hồi sức Bệnh viện Bạch Mai đã tham gia phẫu thuật, chăm sóc và theo dõi sau mổ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bali I, Aziret M, Sozen S, et al. Effectiveness of Limberg and Karydakias flap in recurrent pilonidal sinus disease. *Clinics (Sao Paulo)*. 2015; 70(5): 350-355.
2. Bascom J, Bascom T. Failed pilonidal surgery: new paradigm and new operation leading to cures. *Arch Surg*. 2002; 137(10): 1146-1150; discussion 1151.
3. Rushfeldt C, Bernstein A, Norderval S, Revhaug A. Introducing an asymmetric cleft lift technique as a uniform procedure for pilonidal sinus surgery. *Scand J Surg*. 2008; 97(1): 77-81.
4. Guner A, Ozkan OF, Kece C, Kesici S, Kucuktulu U. Modification of the Bascom cleft lift procedure for chronic pilonidal sinus: results in 141 patients. *Colorectal Dis*. 2013; 15(7): e402-406.
5. Favuzza J, Brand M, Francescatti A, Orkin B. Cleft lift procedure for pilonidal disease: technique and perioperative management. *Tech Coloproctol*. 2015; 19(8): 477-482.
6. Alvandipour M, Zamani MS, Ghorbani M, Charati JY, Karami MY. Comparison of Limberg Flap and Karydakias Flap Surgery for the Treatment of Patients With Pilonidal Sinus Disease: A Single-Blinded Parallel Randomized Study. *Ann Coloproctol*. 2019; 35(6): 313-318.
7. Wickramasekera N, Strong E, Shackley P, et al. Patient preferences for pilonidal sinus treatments: a discrete choice experiment survey. *Colorectal Dis*. 2023.
8. Segre D, Pozzo M, Perinotti R, Roche B, Italian Society of Colorectal S. The treatment of pilonidal disease: guidelines of the Italian Society of Colorectal Surgery (SICCR). *Tech Coloproctol*. 2015; 19(10): 607-613.
9. Odlo M, Horn J, Xanthoulis A. Surgery for pilonidal sinus disease in Norway: training, attitudes and preferences-a survey among Norwegian surgeons. *BMC Surg*. 2022; 22(1): 442.
10. Amorim M, Esteveao-Costa J, Santos C, Fernandes S, Fragoso AC. Minimally invasive surgery for pilonidal disease: Outcomes of the Gips technique-A systematic review and meta-analysis. *Surgery*. 2023; 174(3): 480-486.
11. Phạm Phúc Khánh, Phạm Thị Thanh Huyền, Nguyễn Đắc Thao và cộng sự. Phẫu thuật nội soi điều trị bệnh viêm rò xoang lông vùng cùng cụt. *Tap chí Y dược lâm sàng 108*. 2020; 15(2): 95 - 99.
12. Alkurt EG, Vardar YM, Tuzun IS. Comparison of Limberg Flap and Karydakias Flap Repair in Pilonidal Sinus Surgery: A Prospective Case-Control Study. *Cureus*. 2022; 14(9):e28933.
13. Ortega PM, Baixauli J, Arredondo J, et al. Is the cleft lift procedure for non-acute sacrococcygeal pilonidal disease a definitive treatment? Long-term outcomes in 74 patients. *Surg Today*. 2014; 44(12): 2318-2323.
14. Umesh V, Sussman RH, Smith J, Whyte C. Long term outcome of the Bascom cleft lift procedure for adolescent pilonidal sinus. *J Pediatr Surg*. 2018; 53(2): 295-297.

15. Svarre KJ, Serup CM, Kanstrup CTB, Kleif J, Bertelsen CA. Long-term outcome after Bascom's cleft-lift procedure under tumescent local analgesia for pilonidal sinus disease: a cohort study. *Colorectal Dis.* 2023; 25(4): 707-716.
16. Tezel E. A new classification according to navicular area concept for sacrococcygeal pilonidal disease. *Colorectal Dis.* 2007; 9(6): 575-576.
17. Vartanian E, Gould DJ, Lee SW, Patel KM. Pilonidal Disease: Classic and Contemporary Concepts for Surgical Management. *Ann Plast Surg.* 2018; 81(6): e12-e19.
18. Tezel E, Bostanci H, Anadol AZ, Kurukahvecioglu O. Cleft lift procedure for sacrococcygeal pilonidal disease. *Dis Colon Rectum.* 2009; 52(1): 135-139.
19. Karydakos GE. Easy and successful treatment of pilonidal sinus after explanation of its causative process. *Aust N Z J Surg.* 1992; 62(5): 385-389.
20. Guner A, Boz A, Ozkan OF, Ileli O, Kece C, Reis E. Limberg flap versus Bascom cleft lift techniques for sacrococcygeal pilonidal sinus: prospective, randomized trial. *World J Surg.* 2013; 37(9): 2074-2080.
21. Nordon IM, Senapati A, Cripps NP. A prospective randomized controlled trial of simple Bascom's technique versus Bascom's cleft closure for the treatment of chronic pilonidal disease. *Am J Surg.* 2009; 197(2): 189-192.

## Summary

### PILONIDAL SINUS SURGERY BY MEANS OF ASYMMETRIC CLEFT LIFT TECHNIQUE: A CASE SERIES AND LITERATURE REVIEW

To date, there is no consensus on the optimal surgical method for pilonidal sinus disease (PSD), and up to half of patients struggle with recurrence. The purpose of this retrospective study was to evaluate the results after introducing the Bascom asymmetric cleft lift procedure in our hospital and review the current literature on techniques of pilonidal sinus surgery. We retrospectively described the cases being operated from Jan 2021 to Aug 2023 at the Department of General Surgery, Bach Mai Hospital. We evaluated short-term results within 30 days after surgery by clinical examination and ultrasound. As a result, there were a total of 4 patients, including three males and one female, aged from 16 to 67 years old. All patients had surgery for the first time with 100% type III (Tezel classification). Operation time, hospital stay and drainage of the surgical area was range from 32 to 40 minutes; from 4 to 7 days, from 4 to 15 days. Wound healing times were 15, 22, 17, and 25 days, respectively. One case of bleeding after surgery did not require re-operation. No recurrence has been reported. Conclusion: asymmetric cleft lift procedure is feasible, easy to perform with short surgery time; wound healing time is about 3 weeks. This technique also has complications of deep infection, partial dehiscence, and recurrence. Therefore, re-examination plan is needed to have appropriate treatment methods.

**Keywords:** Pilonidal sinus disease, Sacrococcygeal, Asymmetric, Bascom technique, Limberg technique, Wound healing.