

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ RÒ TRỰC TRÀNG - TIỀN ĐÌNH Ở TRẺ NỮ CÓ LỖ HẬU MÔN BÌNH THƯỜNG BẰNG KỸ THUẬT TSUGAWA TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Bùi Văn Lâm, Phạm Duy Hiền, Trần Anh Quỳnh

Bệnh viện Nhi Trung ương

Rò trực tràng - tiền đình là bệnh lý hiếm gặp ở trẻ nữ trong các thể loại dị tật hậu môn trực tràng. Điều trị dị tật này có nhiều phương pháp, trong đó kỹ thuật Tsugawa là kỹ thuật được áp dụng tại nhiều trung tâm phẫu thuật nhi trên thế giới. Vì vậy, chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị rò trực tràng - tiền đình bằng kỹ thuật Tsugawa ở trẻ nữ có hậu môn bình thường tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 1/2013 đến tháng 12/2022. Tất cả các được chẩn đoán rò trực tràng - tiền đình và đã được phẫu thuật bằng phương pháp Tsugawa tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 1/2013 đến tháng 12/2022. Các chỉ tiêu nghiên cứu bao gồm tuổi mổ, thời gian mổ, ngày điều trị, tai biến, biến chứng sau mổ và kết quả theo dõi lâu dài sau phẫu thuật. Trong thời gian nghiên cứu, có 34 bệnh nhân đã được phẫu thuật bằng kỹ thuật Tsugawa. Độ tuổi phẫu thuật trung bình là 50 ± 30 tháng tuổi, thời gian mổ trung bình $40,9 \pm 14,5$ phút. Tổn thương ban đầu chủ yếu là loại II (58,8%). Có 4 bệnh nhân tái phát sau mổ lần 1 tại Bệnh viện Nhi Trung ương (11,8%), trong đó 1 bệnh nhân mổ lại đã khỏi bệnh (3,0%), 3 bệnh nhân chưa mổ lại (8,8%). Đánh giá kết quả tốt đạt 91,2%, xấu 8,8%. Phẫu thuật Tsugawa điều trị bệnh lý rò trực tràng - tiền đình là an toàn, hiệu quả kể cả những trường hợp rò tái phát.

Từ khóa: Rò trực tràng - tiền đình, kỹ thuật Tsugawa, trẻ gái.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rò trực tràng - tiền đình hay ống tăng sinh môn là dị dạng có đường rò từ ống hậu môn đổ ra tiền đình hoặc tăng sinh môn ở trẻ gái có lỗ hậu môn.¹⁻² Bệnh lý này hiếm gặp và chủ yếu xuất hiện ở các nước phương Đông với tỉ lệ khoảng 14% tổng số bệnh nhân dị tật hậu môn trực tràng ở nữ.²⁻⁵

Chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng. Nguyên nhân của bệnh còn chưa được biết rõ. Nhiều tác giả cho rằng đây là một dị tật bẩm sinh với giả thuyết về sự gấp nếp của phôi bị lỗi, một số tác giả cho rằng nguyên nhân có thể do bẩm sinh hoặc mắc phải sau tình trạng áp xe môi lớn.^{2,6-8}

Phân loại: Năm 1997, Wakhu chia rò trực tràng/hậu môn - tiền đình theo tổn thương lúc đến khám lần đầu:

- Loại I: Có hiện tượng viêm tiến triển tại bộ phận sinh dục hoặc đang chảy mủ có kèm rò phân ra đường rò lúc đại tiện.
- Loại II: Chỉ có hiện tượng hăm đỏ tại bộ phận sinh dục và có rò phân qua một lỗ rò ở tiền đình lúc đại tiện.
- Loại III: Bộ phận sinh dục hoàn toàn bình thường, chỉ có một lỗ rò ở tiền đình.

Có nhiều phương pháp điều trị bệnh lý này đã được báo cáo với tỉ lệ tái phát khoảng từ 5 - 30%.²⁻⁴ Năm 1999, Tsugawa và cộng sự lần đầu tiên báo cáo một phương pháp điều trị hoàn toàn mới với chỉ 1/19 bệnh nhân tái phát.³

Tại Việt Nam, Bùi Đức Hậu báo cáo 18 bệnh nhân được phẫu thuật theo phương pháp Tsugawa.⁹ Từ đó đến nay, chưa có nghiên cứu

Tác giả liên hệ: Bùi Văn Lâm

Bệnh viện Nhi Trung ương

Email: drbuilamnhp@gmail.com

Ngày nhận: 18/09/2023

Ngày được chấp nhận: 01/10/2023

nào đánh giá về kết quả lâu dài của phương pháp Tsugawa, vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị rò trực tràng - tiền đình ở trẻ nữ có hậu môn bình thường bằng phương pháp Tsugawa tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tất cả các bệnh nhân nữ có lỗ hậu môn bình thường, bị rò trực tràng - tiền đình được phẫu thuật cắt đường rò theo phương pháp Tsugawa từ tháng 1/2013 đến tháng 12/2022 tại Trung tâm Ngoại Tổng hợp - Bệnh viện Nhi Trung ương.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân nữ có hậu môn và trực tràng bình thường và có một đường rò từ ống hậu môn đến ngách tiền đình âm đạo và đã được phẫu thuật bằng phương pháp Tsugawa.

- Bệnh nhân rò trực tràng - tiền đình đã được phẫu thuật bằng phương pháp khác nhưng thất bại, được phẫu thuật lại tại Bệnh viện Nhi Trung ương bằng phương pháp Tsugawa.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân đã được phẫu thuật vùng hậu môn - trực tràng trước đó làm cho tầng sinh môn biến dạng.

- Không có đủ dữ liệu trong hồ sơ.

2. Phương pháp

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 1/2013 đến tháng 12/2022.

Cỡ mẫu và chọn mẫu

Tổng cộng 34 bệnh nhân được lựa chọn

thuận tiện trong thời gian nghiên cứu.

Thông tin nghiên cứu:

Các chỉ tiêu nghiên cứu bao gồm tuổi phẫu thuật, triệu chứng ban đầu, phân loại tổn thương ban đầu, các dị tật kèm theo, các tai biến trong mổ, thời gian nằm viện, thời gian cho ăn đường miệng, thời gian rút sonde tiểu, các biến chứng sau mổ.

Kỹ thuật Tsugawa.

Tư thế bệnh nhân:

Bệnh nhân nằm thế phụ khoa, dang chân rộng.

Thi 1: Phẫu tích đường rò (Hình 1A)

- Đưa que thăm qua lỗ rò từ tiền đình xuống hậu môn.

- Rạch da ngang tầng sinh môn khoảng 2 cm, giữa hậu môn và tiền đình, sâu đến phần trước cơ thắt ngoài.

- Phẫu tích vào phía trước cơ thắt ngoài và thành trước trực tràng hướng lên phía trên. Xác định đường rò qua que thăm đã được đặt từ trước.

- Tiếp tục phẫu tích lên trên dọc theo đường rò từ 1cm đến 2cm.

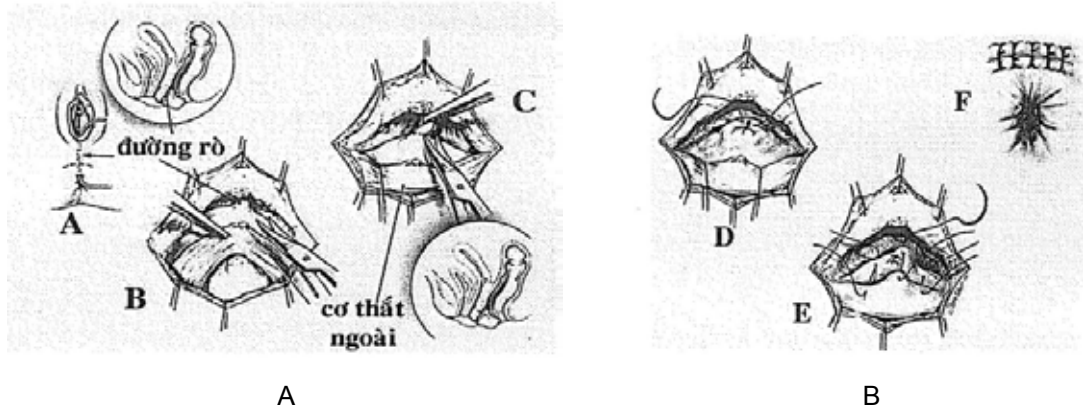
Thi 2: Cắt đường rò (Hình 1A)

- Cắt đường rò.

- Hai đầu đường rò được khâu lại bằng mũi rời chỉ tiêu đơn sợi.

Thi 3: Khâu chèn cơ thắt (Hình 1B)

- Phần trước cơ thắt ngoài được khâu phủ lên lỗ rò của trực tràng đã được đóng trước đó bằng các mối rời chỉ tiêu đơn sợi. Như thế hai đầu lỗ rò đã được cơ thắt ngoài chen vào giữa. Khâu lại đường rạch tầng sinh môn.³



Hình 1. Phẫu thuật Tsugawa³

(Nguồn: Tsugawa, 1999)

- A. Đường rạch ngang ở tầng sinh môn trước;
 B. Phẫu tích lên trên, bộc lộ cơ thắt ngoài;
 C. Cắt ngang đường rò;
 D. Khâu lại đường rò với chỉ tiêu 5.0;
 E. Dùng cơ thắt ngoài che lại đường khâu ở đường rò; F. Khâu lại đường rạch da

Chúng tôi tiến hành đánh giá tình trạng kiểm soát đại tiện, tình trạng đường rò, hẹp hậu môn và tầng sinh môn khi khám lại:

- Tốt: không còn đường rò, không són phân, không hẹp hậu môn, còn tầng sinh môn.
- Xấu: khi có 1 trong 3 đặc điểm:
 - + Rò tái phát.
 - + Són phân.
 - + Hẹp hậu môn.

Xử lý số liệu

Số liệu được thu thập, kiểm tra, làm sạch, mã hóa, nhập vào máy tính và được xử lý trên phần mềm SPSS 23.0.

Kết quả nghiên cứu được tính n và tỷ lệ phần trăm.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được phê duyệt và chấp thuận

bởi hội đồng y đức Bệnh viện Nhi Trung ương với quyết định số 1186/BVNTW-HĐĐĐ ngày 16 tháng 5 năm 2023.

III. KẾT QUẢ

Từ tháng 1/2013 đến tháng 12/2022 có 34 bệnh nhân phù hợp tiêu chuẩn nghiên cứu, độ tuổi trung bình lúc phẫu thuật là 50 ± 30 tháng tuổi, nhỏ nhất là 6 tháng tuổi, lớn nhất là 165 tháng tuổi. Cân nặng lúc phẫu thuật của trẻ lúc phẫu thuật trung bình là $15,7 \pm 7,1$ kg, nhỏ nhất là 7kg, lớn nhất là 38kg.

Triệu chứng ban đầu chủ yếu là rò phân qua lỗ rò (19/34 bệnh nhân, chiếm 69,2%), 50% bệnh nhân xuất hiện triệu chứng ngay trong tháng tuổi đầu tiên.

Theo phân loại của Wakhu, chủ yếu bệnh nhân thuộc tổn thương loại II với 58,8% (Bảng 1).

Bảng 1. Loại tổn thương khi khám lần đầu

Loại tổn thương	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Loại I	11	32.4
Loại II	20	58.8
Loại III	3	8.8
Tổng	34	100

Thời gian mổ trung bình là $40,9 \pm 14,5$ phút, ít nhất là 20 phút, nhiều nhất là 60 phút. Tất cả 34 bệnh nhân đều không có tai biến trong mổ. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là $6,8 \pm 1,3$ ngày, ngắn nhất là 5 ngày, dài nhất là 9 ngày. Thời gian cho ăn đường miệng sau mổ trung bình là $5,2 \pm 0,8$, ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 6 ngày. Thời gian rút sonde tiểu trung bình là $5,5 \pm 1,1$, ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 8 ngày

Tất cả bệnh nhân đều không gặp tai biến trong mổ và khám lại sau mổ đều còn tăng sinh môn. Biến chứng sau mổ gặp ở 4/34 bệnh nhân (chiếm 11,8%), toàn bộ là rò tái phát. Trong số này, có 1 bệnh nhân mổ lại đã khỏi, 3 bệnh nhân chưa phẫu thuật lại, có 1 bệnh nhân rò tái phát từ nơi khác chuyển đến được phẫu thuật tại Bệnh viện Nhi Trung ương bằng phương pháp Tsugawa 1 lần và sau 2 năm chưa ghi nhận tái phát.

Theo dõi lâu dài thấy có 91,2% bệnh nhân có kết quả tốt và 8,8 % bệnh nhân có kết quả xấu do còn rò tái phát.

IV. BÀN LUẬN

Các dị tật kèm theo của bệnh lý này có thể gặp như hẹp hậu môn, hậu môn lạc chỗ, dị tật tim, dị tật tiết niệu.^{2,4,5} Trong nghiên cứu của chúng tôi các bệnh nhân không phát hiện dị tật kèm theo, có lẽ do chúng tôi chỉ chọn những bệnh nhân có lỗ hậu môn bình thường.

Có 1 trường hợp mổ lúc 6 tháng tuổi là trường hợp mổ lần đầu ở nơi khác, bệnh nhân

bị tái phát sau 5 ngày, được làm hậu môn nhân tạo và chuyển đến bệnh viện Nhi Trung ương phẫu thuật đóng rò lần 2, hiện tại sau mổ 2 năm bệnh nhân không có biểu hiện rò tái phát. Các trường hợp khác đều được phẫu thuật lúc trên 2 tuổi, chúng tôi thực hiện lựa tuổi này là do thuận lợi cho việc phẫu tích và dễ chăm sóc cho trẻ. Điều này tương tự với Bùi Đức Hậu và cộng sự.⁹ Lê Tấn Sơn chọn thời điểm phẫu thuật sau tháng thứ 4, khi đường rò đã ổn định sau viêm, tác giả cho rằng ở lứa tuổi này trẻ đại tiện phân lỏng, ít rặn nên không ảnh hưởng đến vết thương.⁴ Tsuchida và Tsugawa tiến hành phẫu thuật cho trẻ từ 2 tháng tuổi trở lên.^{2,3} Nhìn chung việc chọn thời điểm phẫu thuật vẫn còn chưa thống nhất giữa các tác giả.

Các tác giả đều cho rằng nếu bệnh nhân đến trong bệnh cảnh nhiễm trùng (tổn thương lúc đến khám là loại I hoặc loại II) thì cần điều trị nhiễm trùng trước khi thực hiện phẫu thuật.^{2,4,8,9} Có nhiều kỹ thuật cắt rò như Tsugawa, Tsuchida, Mamoud, Wakhlu, Rintala, Kulshrestha... nhưng chưa có sự thống nhất về phương pháp tối ưu, tùy theo từng báo cáo có tỷ lệ tái phát khoảng từ 5 - 30%.^{2,3,8,10} Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 19 bệnh nhân có đợt nhiễm trùng cần điều trị nội khoa trước mổ (55.9%). Con số này tương đương với nghiên cứu của Tsuchida (50%).²

Có 4 bệnh nhân rò tái phát (11,8%). Tỉ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Manjini năm 2020 (14,3%) nhưng cao hơn trong nghiên

cứu của Bùi Đức Hậu (5,56%), Lê Tấn Sơn (3,39%).^{1,4,9} Trong số 4 bệnh nhân tái phát, có 3 bệnh nhân chưa mổ lại, bệnh nhân còn tình trạng rò phân, 1 bệnh nhân mổ lại lần 2 hiện tại không ghi nhận rò tái phát sau 3 năm. Có 1 bệnh nhân tái phát từ nơi khác chuyển đến được mổ lại bằng kỹ thuật Tsugawa hiện tại không ghi nhận tái phát sau 5 năm. Theo Tsugawa, những nguyên nhân gây tái phát gồm³: Thiếu máu nuôi tại nơi đóng rò, tăng áp lực trong lòng trực tràng, nhiễm trùng tại chỗ, cắt đôi đường rò không hoàn toàn (trong phẫu thuật Tsugawa).

Về yếu tố nguy cơ của rò tái phát, Kajihara và cộng sự đã có nghiên cứu trên 17 bệnh nhân và kết luận rằng nhiễm trùng trước mổ, tuổi mổ hoặc việc phẫu thuật làm hậu môn nhân tạo không phải là yếu tố nguy cơ tái phát, thay vào đó, kỹ thuật mổ là yếu tố liên quan đến tái phát.¹¹ Trong khi đó, tác giả Banu cho rằng áp xe vùng âm hộ là yếu tố nguy cơ của rò tái phát.¹² Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhiễm trùng trước mổ cũng không phải yếu tố nguy cơ của rò tái phát.

Manjini khuyến cáo nên làm hậu môn nhân tạo cho các trường hợp rò trực tràng - tiền đình, trong khi đó nhiều tác giả lại cho rằng việc làm hậu môn nhân tạo không liên quan đến vấn đề tái phát.¹¹ Trong nghiên cứu của chúng tôi, chúng tôi chủ động không làm hậu môn nhân tạo cho bệnh nhân kể cả những trường hợp tái phát, kết quả mổ rò tái phát không làm hậu môn nhân tạo tương đối khả quan. Chúng tôi cũng đồng quan điểm rằng việc làm hậu môn nhân tạo không cần thiết vì những trường hợp viêm đều có thể điều trị bằng kháng sinh và hậu môn nhân tạo cũng không liên quan đến vấn đề tái phát.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật Tsugawa điều trị bệnh lý rò trực tràng - tiền đình là an toàn, hiệu quả kể cả những trường hợp rò tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Manjiri S, Shetty J, Padmalatha S, Luthra K, Patil N. Perineal canal repair using modified Tsuchida's technique. *Annals of Pediatric Surgery* 2020; 16.1: 1-6.
2. Tsuchida Y, Saito S, Honna T, Makino S-i, Kaneko M, Hazama H. Double termination of the alimentary tract in females: a report of 12 cases and a literature review. *Journal of pediatric surgery*. 1984; 19(3): 292-296.
3. Tsugawa C, Nishijima E, Muraji T, Satoh S, Kimura K. Surgical repair of rectovestibular fistula with normal anus. *Journal of pediatric surgery*. 1999; 34(11): 1703-1705.
4. Son LT, Hung LTJPSI. Perineal canal: a special entity of anorectal malformations in Vietnam. 2011; 27: 1105-1110.
5. Lawal TA, Chatoorgoon K, Bischoff A, Peña A, Levitt MA. Management of H-type rectovestibular and rectovaginal fistulas. *Journal of Pediatric Surgery*. 2011; 46(6): 1226-1230.
6. Okur MH, Cal S, Otcu S. Diagnosis and surgical repair of congenital H-type rectovestibular fistula in girls with normal anus: Two case reports and a review of the literature. *Pediatric urology case reports*. 2018; 5(5): 136-140.
7. Li L, Zhang T-c, Zhou C-b, Pang W-b, Chen Y-j, Zhang J-z. Rectovestibular fistula with normal anus: a simple resection or an extensive perineal dissection? *Journal of Pediatric Surgery*. 2010; 45(3): 519-524.
8. Wakhlu A, Pandey A, Prasad A, Kureel S, Tandon R. Perineal canal. *Pediatric surgery international*. 1997; 12(4): 283-285.
9. Bùi Đức Hậu, Nguyễn Thanh Liêm, Tsugawa Chikara. Kết quả bước đầu điều trị rò trực tràng tiền đình bằng phẫu thuật một thì có dùng cơ thắt ngoài chèn giữa. *Y học thực hành - Chuyên đề Ngoại nhi*. 2002; 410: 42-44.

10. Rintala R, Mildh L, Lindahl H. H-type anorectal malformations: incidence and clinical characteristics. *Journal of pediatric surgery*. 1996; 31(4): 559-562.
11. Kajihara K, Fukuzawa H, Fukumoto K, et al. Risk factors for the recurrence of perineal canal. *Pediatric Surgery International*. 2019; 35(10): 1137-1141.
12. Tahmina Banu JHMH, M. Abdul Aziza, Kokila Lakhoob. Anovestibular fistula with normal anus. *Journal of pediatric surgery* 2008; 43.3: 526-529.

Summary

OUTCOMES OF RECTOVESTIBULAR FISTULAS TREATMENT BY TSUGAWA TECHNIQUE IN FEMALE WITH A NORMAL ANUS AT THE VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Recto-vestibular fistula is a rare disease in female among the anorectal malformations. There are many technique to treat this deformity, of which the Tsugawa technique is applied at many pediatric surgery centers around the world. Therefore, we conducted this study to evaluate the results of treatment of recto-vestibular fistula using Tsugawa technique in female with normal anus at the Vietnam National Children's Hospital from January 2013 to December 2022". Research criteria include surgery age, surgery time, hospital days, postoperative complications and follow-up results. 34 patients were operated on using the Tsugawa technique. The average age of surgery is 50 ± 30 months old, the average surgery time is 40.9 ± 14.5 minutes. Initial lesions were mainly type II (58.8%). Among 4 patients with recurrent fistula (11.8%), only 1 patient (3.0%) had successful re-operation, 3 other patients had not had reoperation (8.8%). Evaluation of good results reached 91.2%, bad 8.8%. We suggest that Tsugawa technique to treat recto-vestibular fistula is safe and effective, even in cases of recurrent fistula.

Keywords: Rectovestibular fistula, Tsugawa technique, female.