

GIÁ TRỊ CỦA CỘNG HƯỞNG TỪ TRONG CHẨN ĐOÁN RÒ HẬU MÔN TÁI PHÁT

The Value of Magnetic Resonance Imaging in the Diagnosis of Recurrent Anal Fistula

Ngô Thị Ngọc Minh, Hoàng Nguyên Tài**, Lê Văn Khăng**,
Vũ Đăng Lưu***

SUMMARY

Objective: To evaluate the value of magnetic resonance imaging (MRI) in the diagnosis of recurrent anal fistula by assessing its ability to identify the primary fistulous tract and internal opening and to determine the tract's relationship with the anal sphincter complex, compared with surgical findings, using surgical findings as the reference standard.

Methods: A retrospective descriptive study was conducted on patients with clinically suspected recurrent anal fistula who underwent preoperative pelvic MRI followed by surgical treatment. MRI findings, including fistula classification, location of the internal opening, primary fistulous tract and sphincter involvement, were compared with intraoperative findings. The diagnostic value of MRI was assessed based on sensitivity, diagnostic accuracy, and the kappa agreement coefficient between MRI findings and surgical findings.

Results: The study included predominantly male patients (93,3%), with a mean age of $41,7 \pm 15$ years. Transsphincteric fistula was the most common type (78,8%). MRI detected fistulous tracts with 97% sensitivity and accuracy and showed good agreement with surgical findings in fistula classification and internal opening localization, with Kappa values of 0,67 and 0,88, respectively ($p < 0,001$).

Conclusion: Magnetic resonance imaging is a reliable and highly accurate imaging modality for evaluating recurrent anal fistula. MRI provides comprehensive anatomical assessment of fistulous disease, facilitates preoperative planning, and contributes to reducing postoperative recurrence while preserving anal sphincter function.

Keywords: Recurrent anal fistula; Magnetic resonance imaging; Pelvic MRI; Internal opening.

*Đại học Y Hà Nội

** Viện Điện quang Chẩn đoán và
Can thiệp, Bệnh viện Bạch Mai

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rò hậu môn là một bệnh lý thường gặp của vùng hậu môn – trực tràng, hình thành do tình trạng nhiễm khuẩn các tuyến hậu môn dẫn đến áp xe hậu môn và tạo thành đường rò mạn tính [1]. Mặc dù phẫu thuật được coi là phương pháp điều trị chủ yếu và có hiệu quả cao, song tỷ lệ tái phát sau điều trị vẫn còn đáng kể [2], [3]. Rò hậu môn tái phát được định nghĩa là tình trạng xuất hiện lại đường rò hoặc các triệu chứng lâm sàng của rò hậu môn sau khi bệnh nhân đã được điều trị phẫu thuật và vết mổ được coi là đã lành hoàn toàn [4]. Nguyên nhân tái phát thường liên quan đến việc bỏ sót lỗ rò trong, các nhánh rò thứ phát, ổ áp xe tiềm ẩn, đánh giá chưa đầy đủ mức độ lan rộng của tổn thương hoặc xử trí chưa triệt để trong lần phẫu thuật đầu tiên [4], [5].

Mặc dù phẫu thuật là phương pháp điều trị chính của rò hậu môn, tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật vẫn còn cao. Theo tổng quan hệ thống của Mei và cs, tỷ lệ tái phát được báo cáo dao động từ 3% đến 57%, tùy thuộc vào loại rò, phương pháp phẫu thuật và thời gian theo dõi³. Tương tự, Andreou và cộng sự ghi nhận trong một phân tích gộp rằng tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật dao động từ 2,5% đến 57,1% [2]. Đối với các trường hợp rò hậu môn phức tạp, đặc biệt là rò xuyên cơ thắt cao, rò trên cơ thắt, rò ngoài cơ thắt hoặc rò nhiều góc ngách, tỷ lệ tái phát có thể lên tới 30–50% [2]. Mỗi lần tái phát không chỉ làm tăng mức độ phức tạp của hệ thống đường rò mà còn gây xơ hóa, biến đổi giải phẫu vùng hậu môn, khiến việc điều trị trở nên khó khăn hơn và làm gia tăng nguy cơ tổn thương cơ thắt hậu môn [2], [3].

Rò hậu môn tái phát ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống của người bệnh do tình trạng chảy dịch kéo dài, đau, sưng nề, nhiễm trùng tái diễn, hôi vùng hậu môn và phải trải qua nhiều lần phẫu thuật [2]. Những trường hợp kéo dài có thể dẫn đến các biến chứng như hình thành nhiều đường rò phức tạp, áp xe tái phát, hẹp ống hậu môn, mất kiểm soát đại tiện do tổn thương cơ thắt, thậm chí làm tăng nguy cơ ung thư hóa trên nền đường rò mạn tính mặc dù đây là biến chứng hiếm gặp [6]. Vì vậy, đánh giá chính xác đặc điểm giải phẫu của đường rò trước khi điều trị lại có ý nghĩa quyết định đối với kết quả phẫu thuật.

Trong những năm gần đây, cộng hưởng từ (Magnetic Resonance Imaging - MRI) được xem là phương tiện chẩn đoán hình ảnh có giá trị cao nhất trong đánh giá rò hậu môn, đặc biệt ở các trường hợp tái phát và rò phức tạp [7]. Nhờ khả năng khảo sát đa mặt phẳng với độ tương phản mô mềm vượt trội, MRI cho phép xác định chính xác lỗ rò trong, đường rò chính, các nhánh rò thứ phát, ổ áp xe còn tồn tại cũng như mối liên quan giữa đường rò với hệ thống cơ thắt hậu môn và cơ nâng hậu môn [7]. Những thông tin này đóng vai trò quan trọng trong việc lập kế hoạch phẫu thuật, giúp phẫu thuật viên xử trí triệt để toàn bộ hệ thống đường rò, hạn chế bỏ sót tổn thương và giảm nguy cơ tái phát sau điều trị. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh MRI có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong phát hiện đường rò, đặc biệt đối với các nhánh rò thứ phát và ổ áp xe mà thăm khám lâm sàng hoặc các phương tiện chẩn đoán khác khó đánh giá đầy đủ [6], [8], [7].

Tại Việt Nam, mặc dù MRI ngày càng được ứng dụng rộng rãi trong chẩn đoán rò hậu môn, các nghiên cứu tập trung riêng vào nhóm bệnh nhân rò hậu môn tái phát vẫn còn tương đối hạn chế. Việc đánh giá vai trò của MRI trong phát hiện đầy đủ hệ thống đường rò, xác định mức độ lan rộng của tổn thương và hỗ trợ lập kế hoạch điều trị là cần thiết nhằm góp phần nâng cao hiệu quả phẫu thuật, giảm tỷ lệ tái phát và cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu *“Giá trị của cộng hưởng từ trong chẩn đoán rò hậu môn tái phát”* với mục tiêu đánh giá vai trò của cộng hưởng từ trong phát hiện các đặc điểm tổn thương của rò hậu môn tái phát, đồng thời đối chiếu với kết quả phẫu thuật nhằm xác định giá trị chẩn đoán của phương pháp này trong thực hành lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 30 bệnh nhân nghi ngờ có rò hậu môn tái phát được chụp cộng hưởng từ protocol rò hậu môn đầy đủ từ lần mổ trước đó và lần nghi ngờ tái phát, sau đó được phẫu thuật đường rò và có đầy đủ biên bản phẫu thuật.

2. Phương pháp nghiên cứu

Đây là một nghiên cứu hồi cứu. Hình ảnh MRI được đối chiếu với kết quả phẫu thuật.

3. Protocol chụp rò hậu môn

Chụp các chuỗi xung T2W và T2W xóa mỡ trên mặt phẳng axial và coronal chéo theo trục ống hậu môn; DWI/ADC; T1W xóa mỡ axial và coronal trước và sau tiêm gadolinium. Độ dày lát cắt 3–4 mm. Các mặt phẳng axial và coronal được định hướng lần lượt vuông góc và song song với trục ống hậu môn.

4. Thống kê và phân tích số liệu

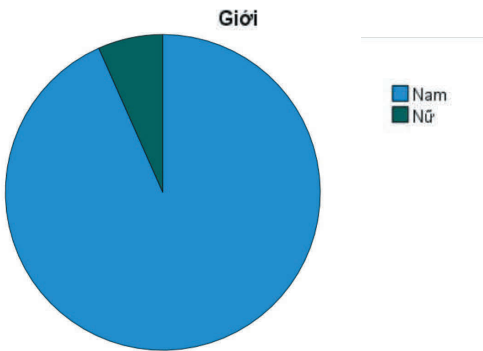
Các số liệu thu thập được theo mẫu bệnh án nghiên cứu, xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 (IBM, Mỹ). Biến định tính (giới tính) được tính theo tỉ lệ phần trăm. Các biến định lượng (tuổi, khoảng cách từ lỗ rò trong tới rìa hậu môn) được tính theo giá trị trung bình, độ lệch chuẩn. Chỉ số Kappa được tính để đánh giá mức đồng thuận giữa kết quả MRI và phẫu thuật trong đánh giá phân loại đường rò theo Parks cũng như sự đồng thuận trong đánh giá vị trí lỗ trong của đường rò giữa kết quả MRI và phẫu thuật. Nghiên cứu cũng chỉ ra độ nhạy và độ chính xác của MRI trong chẩn đoán, tỉ lệ các loại đường rò theo phân loại Parks.

5. Đạo đức nghiên cứu

Đây là nghiên cứu mô tả, không can thiệp, không ảnh hưởng tới quá trình chẩn đoán và điều trị của bệnh nhân. Các thông tin của bệnh nhân được đảm bảo giữ bí mật và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện hoàn toàn vì mục đích y tế nhằm xác định giá trị chẩn đoán của một phương tiện hình ảnh trên một bệnh lý. Nghiên cứu đã được trình và xem xét phê duyệt bởi Hội đồng đạo đức của Trường Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Bạch Mai (số 246/BM – HĐĐĐ).

III. KẾT QUẢ

1. Phân bố bệnh nhân theo giới



Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo giới

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 30 bệnh nhân, nam giới chiếm đa số với tỉ lệ 93,3%, nữ giới chiếm tỉ lệ thấp hơn đáng kể với tỉ lệ 6,7%.

2. Phân bố tuổi của bệnh nhân rò hậu môn tái phát

Bảng 1. Phân bố tuổi của nhóm bệnh nhân rò hậu môn tái phát

Tuổi	Số BN	Tỉ lệ (%)
<20	4	13,3
20-40	11	36,7
40-60	12	40
>60	3	10
Tổng	30	100%

Qua bảng 1 chúng tôi nhận thấy độ tuổi phổ biến của nhóm bệnh nhân rò hậu môn tái phát nằm chủ yếu trong nhóm tuổi từ 20-60 tuổi với tỉ lệ 76,7%, là nhóm bệnh nhân trong độ tuổi lao động. Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 41,7±15.

3. Độ nhạy của MRI trong chẩn đoán đường rò hậu môn tái phát trên các chuỗi xung khác nhau

Bảng 2. Độ nhạy của MRI trong xác định đường rò tái phát

	MRI	Quan sát thấy	Không quan sát thấy	Tổng
Phẫu thuật				
Rò hậu môn		32	1	33
Không có rò		0	0	0
Tổng		32	1	33

Bảng 2 cho thấy cộng hưởng từ chẩn đoán được đường rò hậu môn với độ nhạy 97%, tỉ lệ chẩn đoán đúng là 97% với chỉ một trường hợp âm tính giả duy nhất với tỉ lệ 3%.

4. Phân độ đường rò theo Parks trên phẫu thuật

Phẫu thuật 33 đường rò trên 30 bệnh nhân, kết quả phẫu thuật được trình bày trong bảng dưới đây.

Bảng 3. Phân loại đường rò hậu môn trên phẫu thuật

Loại đường rò	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Gian cơ thắt	3	9,1
Xuyên cơ thắt	26	78,8
Trên cơ thắt	3	9,1
Ngoài cơ thắt	1	3
Tổng	33	100

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đường rò xuyên cơ thắt chiếm ưu thế với tỉ lệ 78,8%, trong khi đường rò

ngoài cơ thắt chỉ chiếm 3%, đường rò trên cơ thắt và gian cơ thắt hay gặp hơn với tỉ lệ khá thấp 9,1%

5. Mức độ tương quan giữa kết quả MRI và phẫu thuật

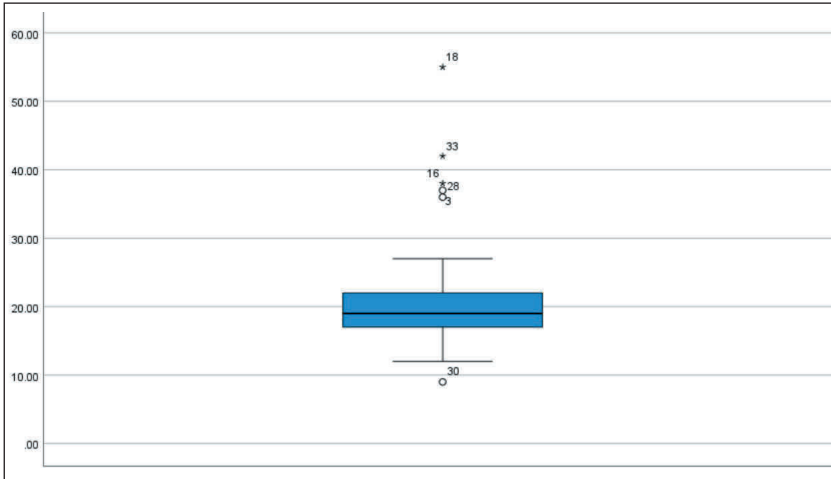
Bảng 4. Sự tương quan giữa phân loại đường rò theo Parks trên phim MRI và phẫu thuật

Phẫu thuật \ MRI	Không xác định	Gian cơ thắt	Xuyên cơ thắt	Trên cơ thắt	Ngoài cơ thắt	Tổng
Không xác định	0	0	0	1	0	1
Gian cơ thắt	0	3	3	0	0	6
Xuyên cơ thắt	0	0	23	0	0	23
Trên cơ thắt	0	0	0	2	0	2
Ngoài cơ thắt	0	0	0	0	1	1
Tổng	0	3	26	3	1	33

Chỉ số Kappa cho độ đồng thuận giữa kết quả phân loại đường rò theo MRI và phẫu thuật đạt 0,67 cho thấy MRI là phương tiện tin cậy trong phân loại rò hậu môn

trước phẫu thuật với tỉ lệ chẩn đoán chính xác phân loại tốt. Các trường hợp nhầm lẫn nằm ở nhóm chẩn đoán rò gian cơ thắt trên phim MRI.

6. Khoảng cách từ lỗ trong đến rìa hậu môn



Biểu đồ 2. Phân bố khoảng cách của lỗ trong đường rò tái phát đến rìa hậu môn.

Khoảng cách trung bình từ lỗ trong tới rìa hậu môn là 21,7 1,7 mm, có vài đường rò nằm cao vượt trội so với con số trung bình, trong đó có lỗ rò trong nằm cách rìa hậu môn tới 55mm.

7. Sự đồng thuận trong đánh giá vị trí lỗ trong của đường rò trên phẫu thuật so với MRI

Bảng 5. Sự đồng thuận đánh giá vị trí lỗ rò trong trên MRI so với phẫu thuật

MRI \ Mổ	âm tính	1h	2h	3h	4h	5h	6h	7h	8h	10h	11h	12h	Tổng
âm tính	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
1h	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
2h	0	1	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5
3h	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
4h	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
5h	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2
6h	0	0	0	0	0	0	14	0	0	0	0	0	14
7h	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	3
8h	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
10h	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
11h	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2
12h	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Tổng	0	1	3	2	1	2	17	1	1	1	2	2	33

Dựa theo Bảng 5 chúng tôi tính được chỉ số Kappa là 0,88 cho thấy MRI có giá trị xác định lỗ trong với sự đồng thuận cao khi đối chiếu kết quả phẫu thuật, ngoài ra các vị trí sai lệch chỉ lệch nhau một đơn vị trên đồng

hồ hậu môn. Trong 33 đường rò chỉ có một trường hợp không nhìn được lỗ rò ở áp xe lớn nằm áp sát hậu môn. Cũng theo bảng này chúng tôi nhận thấy lỗ rò hậu môn vị trí 6h có tỉ lệ cao nhất chiếm 52%.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của bệnh nhân: Tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế tuyệt đối với tỷ lệ 93,3%. Các nghiên cứu rò hậu môn tái phát cũng cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nam giới chiếm đa số như nghiên cứu của Lê Quốc Phong và cs (2023) trên 45 bệnh nhân có tỷ lệ nam giới chiếm 86,7% [9]. Nguyễn Tuấn Cảnh và cs (2021) nghiên cứu 80 bệnh nhân rò hậu môn tái phát cũng cho thấy tỷ lệ nam giới chiếm tới 86,3% [10]. Nghiên cứu của Emile và cs (2022) trên 138 bệnh nhân tỷ lệ nam giới cũng chiếm ưu thế với tỷ lệ 91,3% [11]. Như vậy các nghiên cứu trong và ngoài nước đều thống nhất nam giới luôn có xu hướng mắc rò hậu môn tái phát nhiều hơn. Tác giả Lewis cho rằng, tỷ lệ mắc rò hậu môn ở nam giới cao hơn nữ giới có thể do tỷ lệ mắc các bệnh lý về hậu môn trực tràng như nứt kẽ hậu môn, trĩ, viêm đại tràng nhiều hơn so với nữ giới [12].

Về tuổi mắc rò hậu môn tái phát, nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra độ tuổi mắc bệnh hay gặp nhất là từ 20-60 với tỷ lệ 76,7% và độ tuổi trung bình $41,7 \pm 15$ tuổi. Kết quả này cũng tương đồng với một số nghiên cứu trong và ngoài nước. Nghiên cứu của Lê Quốc Phong cho thấy tỷ lệ mắc bệnh từ 20-60 tuổi 93,3% [9]. Nghiên cứu của Phạm Phúc Khánh và cs trên 41 bệnh nhân cho thấy tuổi trung bình của nhóm rò hậu môn tái phát là $42,8 \pm 1,7$ tuổi [13]. Nguyễn Tuấn Cảnh và cs nghiên cứu trên 80 bệnh nhân có tuổi trung bình là $39,41 \pm 13,13$ tuổi [10]. Nghiên cứu của Emile có 126 bệnh nhân với độ tuổi trung bình là 45 tuổi [11].

Đặc điểm của đường rò trên phẫu thuật: Chúng tôi nhận thấy trên phân loại sau phẫu thuật chủ yếu là rò xuyên cơ thắt với tỷ lệ cao tới 78,8%. Nghiên cứu của Phạm Phúc Khánh và cs trên 41 bệnh nhân cho thấy tỷ lệ rò xuyên cơ thắt chiếm phần lớn với tỷ lệ ít hơn với 53,6% [13]. Nguyễn Tuấn Cảnh và cs nghiên cứu trên 80 bệnh nhân cho tỷ lệ khá tương đồng với tỷ lệ rò xuyên cơ thắt chiếm 72,4% [10]. Emile và cs nghiên cứu trên 126 bệnh nhân cũng cho kết quả tương đương với tỷ lệ rò xuyên cơ thắt 78,8%. Các nhóm rò còn lại gian cơ thắt, trên cơ thắt và ngoài cơ thắt đều chiếm tỷ lệ nhỏ do nhóm rò xuyên cơ thắt chiếm tỷ lệ cao vượt trội.

Giá trị của MRI trong chẩn đoán rò hậu môn tái phát: Độ nhạy, độ chính xác của MRI trong nghiên cứu

của chúng tôi trong xác định đường rò đạt tới 97% và chỉ có một bệnh nhân không quan sát được đường rò do ổ áp xe lớn sát ống hậu môn. Độ chính xác của MRI đã được khẳng định trên nhiều nghiên cứu khác nhau về rò hậu môn. Nghiên cứu của Tống Anh Vũ và cs trên 57 đường rò cho thấy độ nhạy 92,9%, tỷ lệ âm tính giả 5,3% [14]. Nghiên cứu của tác giả Kumari và cs trên 38 bệnh nhân rò hậu môn cho thấy độ nhạy trong xác định đường rò đạt 100% [15].

Xét đến sự tương quan trong phân loại rò hậu môn tái phát trên phim MRI đối chiếu phẫu thuật, kết quả MRI trong nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng cao với kết quả phẫu thuật với chỉ số Kappa 0.67. Sự sai khác đến từ 1 trường hợp rò trên cơ thắt không qua sát được đường rò trên phim MRI và 3 trường hợp rò xuyên cơ thắt thấp cho kết quả rò gian cơ thắt trên MRI, thực tế bờ dưới của cơ thắt ngoài tương đối khó đánh giá chính xác trên MRI để phân định chắc chắn một đường rò là gian cơ thắt hay xuyên cơ thắt thấp, nhất là trong trường hợp bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật rò hậu môn khiến tổ chức phần mềm thâm nhiễm và xơ hoá [16]. Nghiên cứu của Tống Anh Vũ và cs trên 54 đường rò thấy được trên MRI cho thấy chỉ số đồng thuận giữa MRI và phẫu thuật Kappa = 0,61 [14].

Khoảng cách từ lỗ trong đến rìa hậu môn trong nghiên cứu của chúng tôi là $21,7 \pm 1,7$ mm. Một số nghiên cứu trong và ngoài nước cho kết quả tương đương như nghiên cứu của Tống Anh Vũ và cs (2021) có khoảng cách trung bình là $21,15 \pm 7,14$ mm; nghiên cứu của Hamada và cs (2022) có khoảng cách tới rìa hậu môn trung bình 22 ± 2 mm [14], [17].

Việc xác định lỗ trong bằng MRI rất quan trọng đối với phẫu thuật viên để tránh tái phát đường rò. Trong nghiên cứu của chúng tôi vị trí lỗ trong trên MRI có độ tương đồng với kết quả phẫu thuật tương đối cao với chỉ số Kappa trong nghiên cứu của chúng tôi đạt 0.88, trong đó có 01 đường rò không quan sát được trên phim MRI và 02 trường hợp lệch nhau vị trí 6 giờ và 7 giờ theo đồng hồ hậu môn. Nghiên cứu của Tống Anh Vũ và cs (2021) cũng chỉ ra chỉ số Kappa trong đánh giá vị trí lỗ trong đạt 0.7793 với [14]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, lỗ trong ở vị trí 6 giờ chiếm tỷ lệ cao nhất, đạt 52%. Kết quả

này phù hợp với xu hướng ưu thế của lỗ trong ở thành sau được ghi nhận trong nghiên cứu của Augustine và cộng sự trên nhóm rò hậu môn tái phát [18]. Vị trí 6 giờ thường gặp có thể liên quan đến sự phân bố và hướng đi của các tuyến hậu môn phía sau, khiến nhiễm trùng dễ lan vào khoang gian cơ thắt [19]. Ngoài ra, theo quy luật Goodsall, các đường rò phía sau thường hội tụ về đường giữa sau [20]. Tuy nhiên, đây chỉ là quy luật dự đoán đường đi, không phải cơ chế bệnh sinh giải thích tại sao lỗ trong 6 giờ thường gặp. Hơn nữa, một nghiên cứu MRI năm 2025 cho thấy Goodsall chỉ dự đoán đúng vị trí đường giữa sau ở 39,6% các đường rò phía sau,

vì vậy không nên sử dụng quy luật này như lời giải thích duy nhất [20]. Ở bệnh nhân tái phát, sẹo sau mổ, nhánh thứ phát và đường rò móng ngựa còn làm lỗ trong tại vị trí này khó được phát hiện và xử lý triệt để [20].

V. KẾT LUẬN

Cộng hưởng từ có tiêm thuốc đối quang là một phương pháp tin cậy trong xác định rò hậu môn tái phát với độ nhạy và độ chính xác cao. Ngoài ra MRI còn giúp đánh giá với độ tin cậy cao các thông số khác của đường rò như phân loại đường rò, vị trí lỗ trong, vị trí lỗ ngoài, số lượng và vị trí các ổ abscess.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Whiteford MH. Perianal Abscess/Fistula Disease. *Clin Colon Rectal Surg.* 2007;20(2):102-109. doi:10.1055/s-2007-977488
2. Andreou C, Zeindler J, Oertli D, Misteli H. Longterm outcome of anal fistula – A retrospective study. *Sci Rep.* 2020;10:6483. doi:10.1038/s41598-020-63541-3
3. Mei Z, Wang Q, Zhang Y, et al. Risk Factors for Recurrence after anal fistula surgery: A meta-analysis. *Int J Surg.* 2019;69:153-164. doi:10.1016/j.ijsu.2019.08.003
4. Emile SH. Recurrent anal fistulas: When, why, and how to manage? *World J Clin Cases.* 2020;8(9):1586-1591. doi:10.12998/wjcc.v8.i9.1586
5. Bakhtawar N, Usman M. Factors Increasing the Risk of Recurrence in Fistula-in-ano. *Cureus.* 2019;11(3):e4200. doi:10.7759/cureus.4200
6. Cảnh NT, Mi NTQ, Anh TH. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN RÒ HẬU MÔN TÁI PHÁT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2024;540(3):3. doi:10.51298/vmj.v540i3.10471
7. Morris J, Spencer JA, Ambrose NS. MR imaging classification of perianal fistulas and its implications for patient management. *Radiogr Rev Publ Radiol Soc N Am Inc.* 2000;20(3):623-635; discussion 635-637. doi:10.1148/radiographics.20.3.g00mc15623
8. Zhao WW, Yu J, Shu J, et al. Precise and comprehensive evaluation of perianal fistulas, classification and related complications using magnetic resonance imaging. *Am J Transl Res.* 2023;15(5):3674-3685.
9. Lê Quốc Phong. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị rò hậu môn tái phát. *Tạp Chí Học Lâm Sàng Bệnh Viện Trung Ương Huế.* 2023;85:11-17.
10. Cảnh NT, Mi NTQ. Đánh giá kết quả điều trị rò hậu môn tái phát tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2024;541(3):3. doi:10.51298/vmj.v541i3.10847
11. Emile SH, Khafagy W, Elbaz SA. Impact of number of previous surgeries on the continence state and healing after repeat surgery for recurrent anal fistula. *J Visc Surg.* 2022;159(3):206-211. doi:10.1016/j.jviscsurg.2021.03.006

12. Lewis R, Lunniss PJ, Hammond TM. Novel biological strategies in the management of anal fistula. *Colorectal Dis Off J Assoc Coloproctology G B Irel*. 2012;14(12):1445-1455. doi:10.1111/j.1463-1318.2012.03192.x
13. Khánh PP, Hùng NX, Ánh NN, et al. Kết quả phẫu thuật rò hậu môn tái phát tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. *J 108 - Clin Med Pharmacy*. Published online March 8, 2021. doi:10.52389/ydls.v16i2.715
14. Vũ TA, Thành ĐT, Phạm HĐ. Vai trò của cộng hưởng từ trước phẫu thuật trong chẩn đoán rò hậu môn. *Tạp Chí Nghiên Cứu Học*. 2021;145(9):9. doi:10.52852/tcncyh.v145i9.383
15. Kummari S, Burra KG, Reddy VRK, et al. The Role of Magnetic Resonance Imaging in Pre-operative Assessment of Anorectal Fistula With Surgical Correlation. *Cureus*. 2024;16. doi:10.7759/cureus.53237
16. Emile SH. Recurrent anal fistulas: When, why, and how to manage? *World J Clin Cases*. 2020;8(9):1586-1591. doi:10.12998/wjcc.v8.i9.1586
17. Hamada LAE, Dawoud MM, Abdallah HS, Hefeda MM. Recent Advances of Magnetic Resonance Imaging in Evaluation of Recurrent Perianal Fistula. *J Adv Med Med Res*. Published online April 27, 2022:49-62. doi:10.9734/jammr/2022/v34i1131364
18. Augustine A, Patel PG, Augustine A, et al. MRI of Recurrent Fistula-in-Ano: Is it Different from Treatment-Naïve Fistula-in-Ano and How Does it Correlate with Anal Sphincter Morphology? *Indian J Radiol Imaging*. 2022;33(1):19-27. doi:10.1055/s-0042-1758202
19. *ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery* ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery.
20. Öz DK, Zorlu SNY, Eskalen Z, et al. Goodsall's Rule Revisited: An MRI-Based Assessment of its Accuracy in Perianal Fistulas. *Turk J Colorectal Dis*. Published online June 27, 2025. doi:10.4274/tjcd.galenos.2025.2025-1-2

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá giá trị của cộng hưởng từ (MRI) trong chẩn đoán rò hậu môn tái phát thông qua khả năng xác định đường rò chính, lỗ rò trong, tương quan với hệ thống cơ thắt hậu môn đối chiếu với kết quả phẫu thuật.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên các bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng rò hậu môn tái phát, được chụp cộng hưởng từ vùng chậu trước phẫu thuật và có kết quả phẫu thuật đối chiếu. Các đặc điểm hình ảnh trên MRI bao gồm phân loại đường rò, vị trí lỗ rò trong, tương quan với cơ thắt được so sánh với kết quả trong mổ. Giá trị chẩn đoán của MRI được đánh giá thông qua độ nhạy, tỉ lệ chẩn đoán đúng, hệ số đồng thuận kappa giữa kết quả đọc MRI và phẫu thuật.

Kết quả: Nghiên cứu ghi nhận nam giới chiếm 93,3%, tuổi trung bình $41,7 \pm 15$; rò xuyên cơ thắt thường gặp nhất (78,8%). MRI phát hiện đường rò với độ nhạy và độ chính xác 97%, đồng thời có mức độ phù hợp tốt với phẫu thuật trong phân loại đường rò và xác định lỗ trong, với Kappa lần lượt là 0,67 và 0,88 ($p < 0,001$).

Kết luận: Cộng hưởng từ là phương pháp chẩn đoán hình ảnh có giá trị cao trong đánh giá rò hậu môn tái phát. Phương pháp này cung cấp thông tin chi tiết về hệ thống đường rò bao gồm số lỗ trong, lỗ ngoài, vị trí lỗ trong, lỗ ngoài và số lượng ổ abscess.

Từ khóa: Rò hậu môn tái phát; cộng hưởng từ; lỗ rò trong.

Người liên hệ: Ngô Ngọc Minh. Email: dr.minh95@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/07/2026. Ngày nhận phản biện: 30/07/2026. Ngày chấp nhận đăng: 19/08/2026