

ĐÁNH GIÁ ĐẶC ĐIỂM SA TRỰC TRÀNG KIỂU TÚI Ở BỆNH NHÂN RỐI LOẠN CHỨC NĂNG SÀN CHẬU BẰNG CỘNG HƯỞNG TỪ ĐỘNG

Evaluation of rectocele in patients with pelvic floor dysfunction by dynamic magnetic resonance imaging

Võ Tấn Đức*

SUMMARY

Objectives: Rectocele is a bulge or a prolapse of the anterior rectal wall into the posterior vaginal wall. It is relatively common with diversified and nonspecific symptoms. Clinical examination is easily confused and/or sometimes omitted the prolapse of other pelvic organs. Imaging to assess the pelvic floor dysfunction is an important and useful diagnostic test, especially dynamic MR.

Methods: Our study was cross-sectional descriptive. Patients with pelvic floor dysfunction were undergone clinical examinations and then were indicated to have dynamic MR scanning at Ho Chi Minh City Medical University by anorectic doctor, urologist and gynecologist.

Results: 1.863 patients were evaluated from January 2008 to June 2012. Most of them are women, middle-aged and used to give birth. The rate of rectocele with its depth from 2 to 4 cm was 77.9%, mainly with the shape of "finger". The depth of more than 2 cm with the shape of "bag" has the high risk of stagnancy. The factor of age and being used to give birth have a significant relation with rectocele ($p < 0.001$). The rate of rectocele in the group of anismus was 64.2%. The combination of the prolapse of more than one pelvic chamber accounted for 77.4% ($p < 0.001$).

Conclusions: Dynamic MR of the pelvic floor helps to diagnose in details the characteristics of the rectocele and other pelvic organ prolapse, helping clinicians to choose the appropriate treatments.

* Bộ môn Chẩn đoán hình ảnh,
Đại học Y Dược Thành phố Hồ
Chí Minh

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa trực tràng kiểu túi (STTKT) được định nghĩa là tình trạng thoát vị của thành trước trực tràng vào thành sau âm đạo. Bệnh rất phổ biến ở nữ giới với tần suất bệnh thay đổi từ 20-80% ^(1,2). Tuy nhiên, chỉ 20-70% trong số này có biểu hiện triệu chứng lâm sàng như cảm giác có khối phồng vùng chậu, đau vùng chậu, đại tiện không hết phân, phải dùng tay trợ giúp khi đại tiện ^(3,4)... Nguyên nhân sinh bệnh đến nay vẫn chưa rõ ràng, thường là do sự kết hợp của nhiều yếu tố nguy cơ như táo bón, bệnh cơ thắt cơ mu trực tràng, tổn thương mạc âm đạo trực tràng bẩm sinh hay mắc phải vì lớn tuổi, tiền sử có phẫu thuật vùng chậu và do quá trình sinh đẻ. Quyết định điều trị và lựa chọn phương pháp phẫu thuật cho STTKT cần dựa vào bệnh sử, thăm khám lâm sàng và đánh giá động học tổng phân. Nếu chỉ dựa vào thăm khám bằng tay thì dễ nhầm lẫn STTKT với sa các cấu trúc khác như bàng quang, tử cung hay ruột non... hoặc bỏ sót chẩn đoán trong những trường hợp có sa đồng thời nhiều tạng vùng chậu.

Năm 1991, lần đầu tiên các tác giả Yang, Krut và cộng sự ^(5,6) đã ứng dụng sự phát triển các chuỗi xung nhanh trong cộng hưởng từ để tiến hành khảo sát động học sàn chậu. Với hình ảnh rõ nét, độ phân giải cao và bệnh nhân không bị ảnh hưởng của tia X, phương tiện này đã dần thay thế cho X quang động học tổng phân trong chẩn đoán các rối loạn phức tạp của sàn chậu.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi khảo sát đặc điểm hình ảnh của STTKT trên những bệnh nhân có các biểu hiện rối loạn chức năng sàn chậu bằng kỹ thuật chụp cộng hưởng từ động.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân nữ, có các biểu hiện rối loạn chức năng sàn chậu nói chung, được chỉ định chụp cộng hưởng từ bởi các bác sĩ chuyên khoa tiết niệu, phụ khoa hoặc hậu môn trực tràng. Chúng tôi loại bỏ những trường hợp bệnh nhân không hợp tác tốt hoặc phát hiện có khối u vùng chậu, u trực tràng, bệnh Hirschsprungs.

Phương pháp nghiên cứu là mô tả cắt ngang, trong khoảng thời gian 4,5 năm, từ tháng 01/2008 đến

tháng 06/2012, tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

Cách thức tiến hành: Bơm gel siêu âm vào trực tràng tạo cảm giác mắc đại tiện. Đặt bệnh nhân nằm ở tư thế FOWLER với cuộn thu tín hiệu bụng quấn ngang vùng chậu. Sử dụng máy cộng hưởng từ kín AVENTO 1.5T với các chuỗi xung T2 HASTE và TRUFISP, ghi hình sàn chậu ở mặt cắt ngang, dọc và dọc giữa qua các thì nghỉ, thót, rặn tổng phân và làm nghiệm pháp Valsalva.

Tiêu chuẩn chẩn đoán sa các khoang chậu vẫn còn nhiều tranh cãi do những nghiên cứu đánh giá động học trên người bình thường có cỡ mẫu quá nhỏ, chưa đại diện được cho dân số. Chúng tôi lựa chọn theo phần lớn tác giả sử dụng đường mu-cụt làm mốc ^(7,8).

Một số định nghĩa và tiêu chuẩn đánh giá sàn chậu ^(9,10,11,12, 13)

- Sàn chậu được chia thành các khoang: trước, giữa, sau và túi cùng Douglas; các khoang lần lượt chứa các tạng tương ứng là bàng quang, tử cung/tiền liệt tuyến, hậu môn-trực tràng và túi cùng. Túi cùng có thể chứa ruột non, đại tràng chậu hông hay mỡ phúc mạc.

- Góc hậu môn-trực tràng: là góc tạo bởi trục của ống hậu môn và đường tiếp tuyến với thành sau đoạn xa của trực tràng. Giao điểm của hai đường này chính là chỗ nối hậu môn-trực tràng.

- Đường mu-cụt: đường nối bờ dưới khớp mu đến khớp giữa hai xương cụt cuối cùng.

- Sa các cơ quan sàn chậu: Đánh giá khoảng cách trên đường vuông góc nối từ chỗ thấp nhất của các tạng chậu đến đường mu-cụt. Độ sa sàn chậu sau chia ra 4 mức: bình thường: 0-<2 cm, độ I: 2-<4 cm, độ II: 4-<6 cm, độ III: ≥6 cm. Độ sa của các cấu trúc khác chia thành 3 mức: độ I: <3 cm, độ II: 3-<6 cm, độ III: ≥6 cm.

- Sa trực tràng kiểu túi: thành trực tràng phồng ra trước >0,5 cm so với vị trí bình thường. Túi này có thể được phân loại dựa vào độ sâu của túi (độ I: < 2 cm, độ II: 2-4 cm, độ III: >4 cm) hay xếp loại hình thái túi sa theo tác giả Marti (loại I: kiểu hình ngón tay, loại II: kiểu hình túi, loại III: túi sa kèm lồng hoặc sa trực tràng).

- Lòng trực tràng-hậu môn: là sự phát triển nếp gấp >0,3 cm lõm vào thành trực tràng khi rặn. Nếp gấp này có thể là niêm mạc hay toàn bộ thành trực tràng. Phân biệt lòng trực-trực tràng khi khối lòng còn nằm trong trực tràng, lòng trực tràng-hậu môn khi khối lòng nằm trong vùng ống hậu môn và gọi là sa trực tràng khi khối lòng sa hẳn ra ngoài.

- Bệnh cơ thắt cơ mu trực tràng được chẩn đoán dựa vào các yếu tố gợi ý sau:

+ Góc hậu môn-trực tràng giảm ít hoặc tăng ít trong thì rặn so với thì nghỉ.

+ Có hình ảnh ấn lõm phía thành sau trực tràng của cơ mu trực tràng hoặc cơ thắt hậu môn trong thì rặn.

+ Tổng gel ít hơn 2/3 lượng gel ban đầu trong khoảng 60 giây.

+ Bề dày cơ mu trực tràng trong thì rặn lớn hơn trong thì nghỉ.

Các triệu chứng lâm sàng chia 5 nhóm:

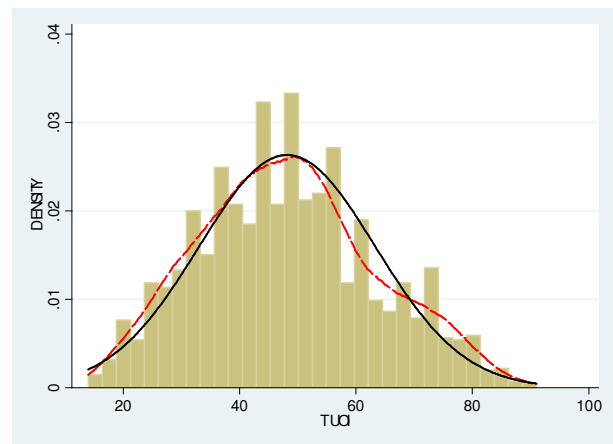
1. Rối loạn đại tiện với đại tiện <3 ngày/lần hoặc đại tiện khó, rặn nhiều, thời gian đại tiện lâu, không hết phân sau đại tiện, phải dùng tay trợ giúp khi đại tiện.
2. Rối loạn đi tiểu: tiểu són, tiểu không kiểm soát.
3. Cảm giác đau/trần nặng hoặc có khối chèn ép ở vùng chậu/hậu môn.
4. Có khối sa sinh dục, sa trực tràng ra bên ngoài.
5. Giao hợp đau.

Chúng tôi tiến hành khám bệnh nhân và ghi nhận các yếu tố: triệu chứng lâm sàng, số lần sinh con, tiền sử cắt tử cung, đặc điểm STTKT (độ sâu túi, hình thái, ứ đọng gel trong túi sau tổng phân), độ sa các tạng trong các khoang chậu và bệnh cơ thắt cơ mu trực tràng.

Số liệu được xử lý bằng phần mềm STATA. Dùng các phép thử so sánh giá trị trung bình, đánh giá ảnh hưởng của yếu tố tuổi, sinh con với STTKT; các kiểu phân độ của STTKT và mức độ ứ gel; mối liên quan của STTKT với bệnh lý cơ thắt cơ mu trực tràng; sự kết hợp với sa các tạng chậu khác. Phép kiểm có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ

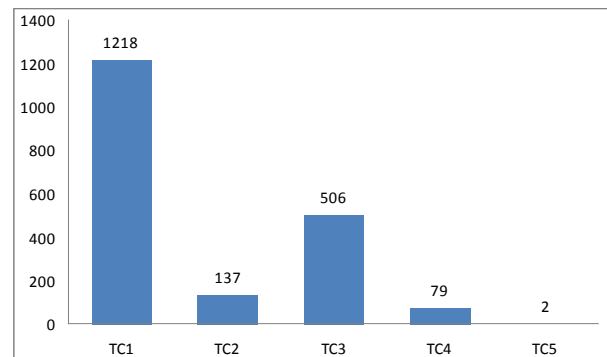
Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 1.683 bệnh nhân với độ tuổi từ 14 đến 91, tuổi trung bình là 48 ± 15 . Lứa tuổi 30-60 chiếm tỉ lệ khá cao, nhiều nhất là nhóm 40-49 tuổi (25,0%).



Biểu đồ 1. Biểu đồ phân phối bệnh nhân theo tuổi (đường đứt nét)

Số bệnh nhân đã từng sinh con là 1.456 (86,5%) với số con từ 1-14, nhóm có 2-3 con chiếm tỉ lệ gần 60,0%. Có 50 trường hợp (3,0%) đã cắt tử cung.

Triệu chứng lâm sàng với biểu hiện rối loạn đại tiện chiếm tỉ lệ nhiều nhất.



Biểu đồ 2. Phân bố các loại triệu chứng lâm sàng

Tỉ lệ sa trực tràng kiểu túi là 77,9%, kích thước túi trung bình là 2,8 cm, chiếm nhiều nhất là loại STTKT có kích thước ở mức độ II và hình thái Marti I. Tỉ lệ các túi sa có kích thước nhỏ trong nhóm Marti I là cao nhất và túi sa có kích thước lớn độ III trong nhóm Marti III là cao nhất.

Kiểm định tính khuynh hướng cho thấy kích thước túi càng lớn thì khả năng ứ đọng gel trong túi càng tăng và nguy cơ ứ gel ở STTKT loại hình thái Marti II là cao nhất, kế đến là loại Marti III, nguy cơ thấp nhất là Marti I ($p < 0,001$).

Bảng 1. Phân độ theo kích thước và hình thái Marti của sa trực tràng kiểu túi

Phân độ kích thước	ĐỘ I		ĐỘ II		ĐỘ III	
	Tần số	Tỉ lệ %	Tần số	Tỉ lệ %	Tần số	Tỉ lệ %
Marti I	288	36,5	462	58,6	39	4,9
Marti II	12	3,8	278	88,5	24	7,6
Marti III	24	11,5	162	77,9	22	10,6

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa STTKT với các yếu tố tuổi, số con với OR lần lượt là 0,98 ($p < 0,001$) và 0,92 ($p < 0,003$). Tuy nhiên, khi xem xét đồng thời tác động của hai yếu tố này thì chỉ có yếu tố tuổi mới thực sự có liên quan với STTKT ($p < 0,001$).

Tương tự, khi xét tác động của yếu tố tuổi và yếu tố đã từng sinh con (không xét tới số con) với STTKT, chúng tôi nhận thấy cả hai yếu tố này đều có mối liên quan có ý nghĩa thống kê. Nguy cơ hình thành STTKT ở phụ nữ đã từng sinh con cao gấp 2,64 lần so với người chưa từng sinh con ($p < 0,001$).

Có 165/1683 (9,8%) trường hợp có dấu hiệu gợi ý chẩn đoán bệnh cơ thắt cơ mu trực tràng. Trong số này, có 64,2% trường hợp có STTKT.

Tỉ lệ có STTKT kèm bất thường từng khoang chậu

như sa bàng quang, tử cung, sản chậu sau và túi cùng Douglas lần lượt là 69,2%; 54,0%; 95,4% và 19,4%.

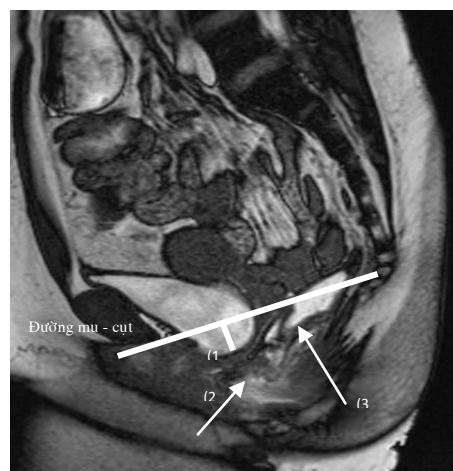
Bảng dưới trình bày tỉ lệ có STTKT kết hợp sa các khoang sản chậu.

Bảng 2.

Số lượng khoang chậu	Tần số	Tỉ lệ %
0	53	4
1	283	21,6
2	261	19,9
3	540	41,2
4	174	13,3



Hình 1. STTKT độ II Marti I



Hình 2. STTKT độ II Marti III và sa bàng quang

IV. BÀN LUẬN

Ở nước ta, trước đây việc chẩn đoán và điều trị các rối loạn chức năng vùng chậu được thực hiện riêng biệt ở từng chuyên khoa. Trong đó, STTKT chủ yếu được chẩn đoán dựa vào kỹ thuật chụp X quang động tổng phân với liều chiếu tương đương và liều chiếu cơ quan sinh dục cho một lần khảo sát khá cao⁽¹⁴⁾. Tuy nhiên, kỹ thuật này chỉ thực hiện đơn giản với thuốc cản quang bơm vào trực tràng nên không khảo sát được các khoang chậu ở phía trước, gây ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Từ khi chuyên khoa sản chậu học phát triển, việc ứng dụng cộng hưởng từ động đã dần thay thế cho X quang. Vài nghiên cứu nhỏ trong nước cũng đã cho thấy được vai trò của cộng hưởng từ trong chẩn đoán các bệnh lý sản chậu^(15,16,17).

Tương tự với các nghiên cứu trước đây, kết quả của chúng tôi thực hiện trên bệnh nhân có các biểu hiện rối loạn chức năng sản chậu có tỉ lệ STTKT khá cao, tập trung nhiều ở tuổi trung niên và nguy cơ cao gấp 2,7 lần ở những người đã từng sinh con (không kể số lần sinh). Vì tuổi và số lần sinh con liên quan có ý nghĩa thống kê nên khi xét đồng thời 2 yếu tố này với nguy cơ hình thành STTKT thì kết quả cho thấy tuổi mới có liên quan thực sự. Tuy nhiên, đây lại là tương quan nghịch nhẹ và không đáng kể, với số tuổi tăng thêm 1 thì nguy cơ có túi sa lại giảm đi 1,02 lần. Điều này có thể được giải thích bởi tính không đồng nhất của mẫu nghiên cứu, mẫu được lấy trên nhóm dân số có nhiều biểu hiện rối loạn sản chậu nói chung.

Bên cạnh đó, sự phối hợp STTKT kèm sa nhiều khoang chậu chiếm tỉ lệ cao, giống như các nghiên cứu trước đây cũng đã được chứng minh^(3,6,10,18).

Các kết quả là minh chứng rõ ràng, chứng minh cho thuyết toàn vẹn thống nhất của sản chậu, cũng như ảnh hưởng của yếu tố tuổi tác và sang chấn trong quá trình sinh đẻ, gây tổn thương cấu trúc liên kết nâng đỡ vùng chậu.

Tỉ lệ bệnh nhân STTKT có biểu hiện triệu chứng lâm sàng thay đổi rất đa dạng 23-70% và cũng có thể hoàn toàn không có triệu chứng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 56% bệnh nhân STTKT có cảm giác có khối chèn ép vùng chậu, táo bón, đại tiện khó hay đi ngoài không hết phân phải dùng tay trợ giúp, điều này phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Yoshioka⁽²¹⁾ và Johansson⁽²⁰⁾ là 59 - 70,7%.

Tỉ lệ STTKT ở nhóm bệnh nhân có dấu hiệu bệnh lý cơ thắt cơ mu trực tràng của chúng tôi là 64,2%, tương tự với tác giả Siproudhis⁽¹⁹⁾ và Johansson⁽²⁰⁾ là 62 - 71%. Sự co thắt của cơ mu trực tràng gây tắc nghẽn đường ra của phân, giảm khả năng tổng phân và gây đại tiện khó, tăng nguy cơ hình thành STTKT.

Thăm khám lâm sàng có thể chẩn đoán được STTKT nhưng độ sâu và hình thái của túi, sự ứ đọng sau thì rặn tổng phân và các bất thường khác đi kèm của sản chậu thì chỉ có thể thấy được trên hình ảnh động. Đánh giá toàn diện và xem xét thêm các biểu hiện lâm sàng giúp đi đến quyết định điều trị phẫu thuật đúng đắn. Kết quả của chúng tôi cho thấy, các túi sa có độ sâu lớn > 2 cm với hình thái cổ túi hẹp hoặc có kèm lồng (Marti II và III) thì nguy cơ ứ đọng trong túi tăng, tương tự với nhận định của các nghiên cứu trước đây^(4,5,7,10).

Hạn chế trong nghiên cứu này là không có nhóm chứng (không có biểu hiện các rối loạn sản chậu) và chưa có sự kết hợp với bác sĩ lâm sàng để so sánh.

V. KẾT LUẬN

STTKT là bệnh phổ biến với lâm sàng không đặc hiệu và thường có kèm theo sa các tạng khác của vùng chậu. Vì vậy chẩn đoán bệnh lý vùng sản chậu cần chính xác và toàn diện. Cộng hưởng từ động sản chậu thực sự là phương tiện hiệu quả không thể thiếu để đánh giá toàn bộ vùng chậu, từ đó vạch ra kế hoạch điều trị phù hợp và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mellgren A, Anz,n B, Nilsson B-Y(1995). *Results of rectocele repair, a prospective study. Dis Colon Rectum*, 38:764-8.
2. Sarles JC, Arnaud A, Sielezneff I, Olivier S (1989). *Endo-rectal repair of rectocele. Int J Colorectal Dis*, 4:167-71.
3. Halligan S, Bartram CI (1995). *Is Barium trapping in rectoceles significant? Dis Colon Rectum*, 38:764-8.
4. Van Dam JH, Ginai AZ, Gosselink MJ (1997). *Role of defecography in predicting clinical outcome of rectocele repair. Dis Colon Rectum*, 40:201-7.
5. Yang A, Mostwin JL, Rosenshein NB, Zerhouni EA (1991). *Pelvic floor descent in women: dynamic evaluation with fast MR imaging and cinematic display. Radiology*, 179:25–33.
6. Kruyt RH, Delemarre JB, Doornbos J, Vogel HJ (1991). *Normal anorectum: dynamic MR imaging anatomy. Radiology*, 179:159–163.
7. Andrew Yang, Jacek L. Mostwin, Neil B. Rosenshein (1991). *Pelvic Floor Descent in Women: Dynamic Evaluation with Fast MR Imaging and Cinematic Display. Radiology*, 179(1): 25-33.
8. Jeremiah C. Healy, Stephen Halligan, Rodney H. Reznick (1997). *Dynamic MR Imaging Compared with Evacuation Proctography when Evaluating Anorectal Configuration and Pelvic Floor Movement. AJR*, 169: 775-779.
9. Fustus E. Roos, Dominik Weishaupt, Simon Wildermuth (2002). *Experience of 4 Years with Open MR Defecography: Pictorial Review of Anorectal Anatomy and Disease. RadioGraphics*, 22: 817-832.
10. Julie R. Fielding (2002). *Practical MR Imaging of Female Pelvic Floor Weakness. RadioGraphics* 22:295-304.
11. Lamb GM, De Jode MG, Guold SW (2000). *Upright dynamic MR defecating proctography in an open configuration MR system. The British Journal of Radiology* 73:152-155.
12. Zoran L. Barbaric, Alan K. Marumoto (2001). *MRI of the Perineum and Pelvic Floor. Topic in Magnetic Resonance Imaging* 12:83-92.
13. Chu WC, Tam YH, Lam WW (2007). *Dynamic MR assessment of the anorectal angle and puborectalis muscle in pediatric patients with anismus: Technique and feasibility. J Magn Reson Imaging* 25:1067-72.
14. Reginald Goei, Gerrit Kemerink (1990). *Radiation Dose in Defecography. Radiology* 176:137-39.
15. Nguyễn Thị Thùy Linh, Võ Tấn Đức, Phạm Ngọc Hoa (2008). *Vai trò của cộng hưởng từ động vùng sàn chậu trong chẩn đoán rối loạn sự thoát phân. Tạp chí Y học Việt Nam*, 349:85-89.
16. Nguyễn Thị Thùy Linh, Võ Tấn Đức, Phạm Ngọc Hoa (2009). *Cộng hưởng từ động trong đánh giá các bệnh lý vùng sàn chậu. Tạp chí Y học TPHCM*, 13:292-297.
17. Nguyễn Trung Vinh (2010). *Nhận xét bước đầu phẫu thuật phục hồi bản sau cơ nâng hậu môn trong điều trị hội chứng sa sàn chậu. Tạp chí Y học TPHCM*, 14:263-268.
18. Smith AR (1994). *Role of connective tissue and muscle in pelvic floor dysfunction. Curr Opin Obstet Gynecol*, 6:317-19.
19. Siproudhis L., Dautrème S. (1993). *Dyschezia and rectocele-a marriage of convenience? Physiologic evaluation of the rectocele in a group of 52 women complaining of difficulty in evacuation. Dis Colon Rectum*, 36:1030-6.
20. Johansson C, Nilsson BY (1992). *Association between rectocele paradoxical sphincter response. Dis Colon Rectum*, 35:503-9.
21. Yoshioka K, Matsui Y, Yamada O (1991). *Physiologic and anatomic assessment of patients with rectocele. Dis Colon Rectum*, 34:704-8.

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sa trực tràng kiểu túi (STTKT) là sự phồng hoặc sa thành trước trực tràng vào thành sau âm đạo. Bệnh khá phổ biến với các biểu hiện lâm sàng đa dạng, không đặc hiệu. Thăm khám lâm sàng để chẩn đoán nhằm và / hoặc bổ sót sa các tạng khác của vùng chậu. Hình ảnh học đánh giá chức năng động của sàn chậu là một phương tiện không thể thiếu trong chẩn đoán, đặc biệt là cộng hưởng từ.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang. Các bệnh nhân có biểu hiện rối loạn chức năng sàn chậu được khám và chỉ định chụp cộng hưởng từ động tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, bởi những bác sĩ chuyên khoa hậu môn trực tràng, tiết niệu và phụ khoa.

Kết quả: Có 1.683 bệnh nhân được nghiên cứu từ tháng 1-2008 đến tháng 6-2012, trong đó chủ yếu là nữ, tuổi trung niên và đã từng sinh con. Tỷ lệ STTKT với độ sâu túi 2-4 cm là 77,9%, kiểu hình thái dạng ngón tay chiếm đa số. Kích thước > 2 cm và hình thái kiểu túi có nguy cơ ứ đọng cao. Yếu tố tuổi và đã từng sinh con có liên quan với STTKT và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Tỷ lệ STTKT trong nhóm bệnh lý cơ thắt cơ mu trực tràng là 64,2%. Sự kết hợp sa nhiều hơn một khoang chậu với STTKT là 74,4% ($p < 0,001$).

Kết luận: Chụp cộng hưởng từ động sàn chậu giúp chẩn đoán chính xác cũng như đánh giá chi tiết đặc điểm của STTKT và sa các tạng chậu, giúp bác sĩ lâm sàng định hướng lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp.

NGƯỜI THĂM ĐỊNH: **PGS.TS Lâm Khánh**