

KHẢO SÁT SỰ TƯƠNG QUAN GIỮA SA TRỰC TRÀNG DẠNG TÚI VỚI CÁC BỆNH LÝ SÀN CHẬU THƯỜNG GẶP KHÁC

Investigation of the relationship between rectocele and other pelvic floor disorders

Võ Tân Đức*

SUMMARY

Background - Objectives: Pelvic floor dysfunction and prolapse are common condition of women past the middle age, with nonspecific clinical symptoms. Many cases of rectocele occurs combine with other pelvic floor disorders. Failure to recognize the complex set of pelvic floor defects leads to most therapy failures. The aim of this study is order to evaluate the correlations between age, number of birth and rectocele, and to define the role of dynamic magnetic resonance defecography in diagnosis.

Methods: Cross-study description. Patients with pelvic floor dysfunction had done clinical examinations and they were indicated dynamic MR Defecography at University Medical Center, HCM City by urologist or gynecologist and proctologist.

Results: MR Defecography of 1683 patients was evaluated from 01/2008 to 6/2012. Most patients are about 40 to 50 years old with 2 to 3 parity. 1218 patients with incontinence; 1311 patients (77.9%) has rectocele. Prolapse of the posterior compartment is the most common type of prolapse. Rectocele combines with more than one pelvic organ prolapse 77.4%; 64.2% of the patients with anismus had rectocele. There are statistically significant in the correlation of age, the number of birth with rectocele or pelvic organ prolapse (OR # 1.04-2.67 and $p < 0.005$). Risk of rectocele was higher in the patients with pelvic organ prolapse than in the patients without pelvic organ prolapse ($p < 0.005$).

Conclusions: Complex pelvic floor disorders often involve several compartments. Dynamic MR Defecography allows evaluating the both morphological and functional assessment of the pelvic floor, selecting the most appropriate treatment.

*Bộ môn Chẩn đoán hình ảnh –
Đại học Y dược TP.HCM

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các bệnh lý vùng sàn chậu như sa trực tràng dạng túi, sa các tạng chậu khá phổ biến ở nữ tuổi trung niên đã từng sinh con, chiếm tỉ lệ khoảng 50% và hơn 10% trong số này phải điều trị bằng phẫu thuật. Bệnh biểu hiện với các triệu chứng rối loạn chức năng sàn chậu như đau vùng chậu, cảm giác nặng vùng chậu, giao hợp đau, rối loạn đi tiểu, đại tiện khó, không hết phân,... và khoảng 16% có sa tạng chậu ra bên ngoài ^(1,2).

Bệnh thường liên quan đến nhiều khoang chậu và dễ tái phát do không đánh giá đầy đủ các tổn thương phối hợp trước khi điều trị và do hiểu không đầy đủ sinh lý bệnh học. Nếu chẩn đoán bệnh chỉ dựa vào khám lâm sàng, có đến gần 50% trường hợp bỏ sót sa các tạng chậu ^(3,4).

Trước đây, X quang động học tổng phân đóng vai trò chính trong chẩn đoán bệnh lý sàn chậu. Bệnh nhân bị ảnh hưởng tia X và phương pháp này còn mang tính xâm lấn khi muốn khảo sát các khoang chậu ở phía trước ⁽⁵⁾. Đến những năm 1990, với sự phát triển của cộng hưởng từ, kỹ thuật khảo sát động sàn chậu trở thành phương tiện tốt có giá trị thay thế cho X quang trong chẩn đoán các bệnh lý vùng sàn chậu.

Nghiên cứu này nhằm khảo sát mối tương quan giữa STTDT và các bệnh lý khác của sàn chậu trên bệnh nhân có biểu hiện rối loạn chức năng sàn chậu bằng kỹ thuật chụp cộng hưởng từ động.

II. ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang từ tháng 01/2008 đến tháng 06/2012 (4 năm rưỡi) tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

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

Cách thức tiến hành

Bơm gel siêu âm vào trực tràng tạo cảm giác mắc đại tiện.

Sử dụng máy cộng hưởng từ kín AVENTO 1.5T, đặt bệnh nhân nằm tư thế FOWLER với cuộn thu tín hiệu bụng quấn ngang vùng chậu. Dùng 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 nghiên cứu đánh giá động học trên người bình thường với cỡ mẫu quá nhỏ, chưa đại diện được cho dân số. Chúng tôi sử dụng đường mu - cụt làm mốc với các định nghĩa và ứng dụng tiêu chuẩn bên dưới để đánh giá sàn chậu ⁽⁶⁻¹³⁾.

- Chia sàn chậu thành các khoang: trước, giữa, sau và túi cùng Douglas; tương ứng chứa các tạng là bàng quang, tử cung / tiền liệt tuyến, hậu môn-trực tràng và 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 hai xương cụt cuối cùng.

- Sa các cơ quan sàn chậu: đánh giá khoảng cách bằng đường vuông góc được nối từ chỗ thấp nhất của các tạng chậu đến đường mu cụt.

Độ sa sàn chậu sau chia 4 mức: bình thường: 0 - <2cm; độ I: 2-<4cm; độ II: 4-<6cm; độ III: ≥6cm. Đo từ chỗ nối hậu môn-trực tràng đến vuông góc với đường mu cụt.

Độ sa các cấu trúc khác chia 3 mức: độ I: <3cm; độ II: 3-<6cm; độ III: ≥6cm.

- Sa trực tràng kiểu túi: sự phồng của thành trực tràng ra phía trước > 0,5cm so với vị trí bình thường. Phân loại theo độ sâu của túi: độ I: < 2cm; độ II: 2-4cm;

độ III: >4cm.

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

(TC1): Rối loạn đại tiện gồm đại tiện < 3 ngày / lần hoặc đại tiện khó, rặn nhiều, thời gian đại tiện lâu, không hết phân sau đại tiện, dùng tay trợ giúp khi đại tiện.

(TC2): Rối loạn đi tiểu: tiểu són, tiểu không kiểm soát.

(TC3): Cảm giác đau / trần nặng hoặc có khối chèn ép ở vùng chậu / hậu môn.

(TC4): Có khối sa sinh dục, sa trực tràng ra bên ngoài.

(TC5): Giao hợp đau.

Ghi nhận các yếu tố: triệu chứng lâm sàng, số lần sanh con, tiền sử cắt tử cung; độ sa các tạng, STTDT, bệnh có thắt cơ mu trực tràng, lồng / sa trực tràng.

Số liệu được xử lý với phần mềm STATA, sử dụng hồi qui logistis với giá trị $p < 0,05$ có ý nghĩa về mặt thống kê.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu gồm 1683 bệnh nhân, tuổi từ 14 đến 91, tuổi trung bình là 48 ± 15 , phân phối tương đối bình thường. Nhóm tuổi tập trung nhiều nhất là 40-49 tuổi (25,4%).

1456 (86,5%) bệnh nhân đã từng sinh con với số con từ 1-14. Nhóm có 2 và 3 con chiếm tỉ lệ cao nhất là 37,6% và 20,6%. Có 50 trường hợp (3%) đã cắt tử cung.

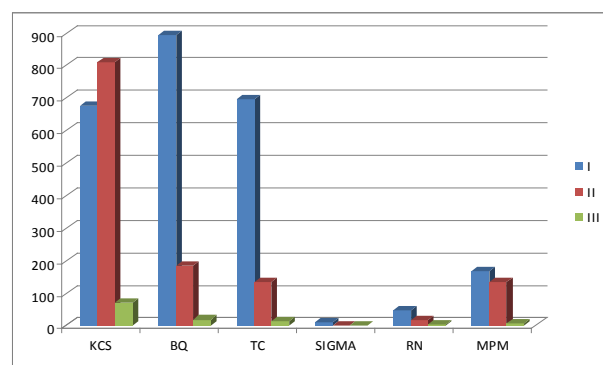
Nhóm triệu chứng rối loạn đại tiện nhiều nhất với 1218 trường hợp. Có 246 trường hợp có nhiều hơn một nhóm triệu chứng.

Loại triệu chứng	Số trường hợp
Rối loạn đại tiện	1218
Rối loạn đi tiểu	137
Đau / nặng / khối vùng chậu	506
Khối sa ra ngoài vùng chậu	79
Giao hợp đau	2

Bảng 1. Số trường hợp các loại triệu chứng

STTDT: tỉ lệ là 77,9% (1311 trường hợp), kích thước túi trung bình là 2,8cm. Phân theo độ sâu của túi cho thấy tỉ lệ STTDT mức độ II cao nhất 68,8% so với độ I là 24,7% và độ III là 6,5%. Kích thước túi càng lớn thì khả năng ứ đọng gel trong túi càng tăng ($p < 0,001$).

Tỉ lệ sa các khoang chậu: khoang chậu sau có tỉ lệ sa nhiều nhất 92,5%; sa bàng quang là 65,5% và sa tử cung là 50,3%. Sa ruột non, đại tràng chậu hông tương đối hiếm < 5%.



Biểu đồ 1. Phân phối mức độ sa các tạng chậu trong thì rặn

(KCS: khoang chậu sau, BQ: sa bàng quang, TC: sa tử cung, SIGMA: sa đại tràng chậu hông, RN: ruột non, MPM: mỡ phúc mạc)

Sa nhiều hơn một khoang chậu trong các trường hợp có STTDT là khá cao.

Số khoang chậu sa	Tần số (n=1311)	Tỉ lệ %
0	53	4
1	283	21,6
2	261	19,9
3	540	41,2
4	174	13,3

Bảng 2. Tỉ lệ STTDT kết hợp sa nhiều khoang sàn chậu

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

35 trường hợp có lồng trực tràng đơn thuần và 11 trường hợp sa trực tràng.

Mối liên quan giữa tuổi, số con với STTDT hay sa các khoang chậu (trừ khoang túi cùng Douglas) đều có ý nghĩa về mặt thống kê với OR # 1,04 -> 2,67

(p<0,005).

Nguy cơ hình thành STTDT ở nhóm có sa các tạng chậu cao hơn nhóm không sa với PR # 1,16 -> 2,1 (p<0,005). Cắt tử cung là yếu tố làm tăng nguy cơ sa các cấu trúc trong khoang túi cùng Douglas lên 3,1 lần (p<0,005).

Mối liên quan giữa sa khoang chậu sau ở thì nghỉ, thì rặn và độ chênh giữa hai thì với tuổi và số con được biểu diễn theo phương trình hồi qui với:

$$M(n) = 0,53 + 0,02t + 0,04sc$$

$$M(r) = 3,25 + 0,014t + 0,09sc \text{ hoặc}$$

$$M(r) = 3,09 + 0,52M(n) + 0,08sc$$

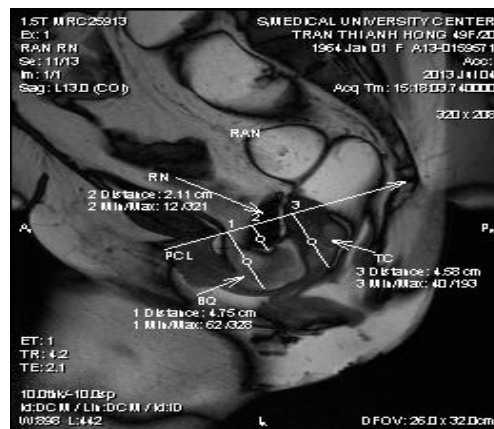
$$DM = 2,721 - 0,007t + 0,048sc$$

(M(n) : độ hạ sàn chậu sau thì nghỉ, M(r): thì rặn, DM: M(r) – M(n) ; t: tuổi, sc: số con)

Ở nhóm có STTDT, độ hạ xuống của sàn chậu sau trong thì nghỉ hoặc thì rặn nhiều hơn so với nhóm không có STTDT và ngược lại, khi độ hạ xuống của khoang chậu tăng thêm 1 cm trong các thì nghỉ / rặn / độ chênh lệch giữa thì rặn – thì nghỉ thì nguy cơ hình thành STTDT cũng tăng tương ứng là 1,18 ;1,58 và 1,53 lần (p<0,005). Điều này cho thấy STTDT và độ hạ xuống của sàn chậu sau có tác động qua lại lẫn nhau.



Hình 1. STTDT kèm sa ba khoang chậu lớn



Hình 2. STTDT kèm sa toàn bộ 4 khoang chậu

IV. BÀN LUẬN

Bệnh lý sàn chậu thường liên quan đến cả rối loạn hình thái và chức năng của các cấu trúc trong vùng chậu. Hỏi bệnh sử, khám lâm sàng chính xác kết hợp với X quang động trực tràng và đánh giá chức năng sinh lý hậu môn trực tràng có thể đủ để chẩn đoán các rối loạn tổng phân. Tuy nhiên, không xác định đầy đủ các bệnh lý sàn chậu để dẫn đến thiếu sót trong điều trị, nhất là về mặt phẫu thuật.

Độ tuổi trung niên và số con trung bình 2-3 trong nghiên cứu cũng gần tương đồng với đặc điểm chung của nhiều nghiên cứu khác^(2,7,11). Chúng tôi còn nhận thấy rằng yếu tố tuổi và sinh con dù xét riêng lẻ hay đồng thời thì đều có liên quan đến tăng nguy cơ hình thành STTDT và sa các khoang chậu.

Nghiên cứu của chúng tôi có những trường hợp bệnh nhân không có biểu hiện triệu chứng lẫn trên chẩn đoán thăm khám của bác sĩ lâm sàng nhưng có biểu hiện hình ảnh bệnh lý bất thường. Ví dụ như sa bàng quang ở bệnh nhân không có són tiểu hoặc ngược lại có STTDT trên bệnh nhân đến khám vì tiểu són, có hình ảnh sa toàn bộ các khoang chậu kèm STTDT ở bệnh nhân có triệu chứng đại tiện khó... Kết quả này tương tự với các nghiên cứu trước đây, cho thấy tính không đặc hiệu của lâm sàng^(4,15) và sự phức tạp của bệnh lý sàn chậu^(5,7,8,14).

Sự kết hợp STTDT kèm sa nhiều hơn một khoang sàn chậu cũng như mối liên quan của chúng đã được chứng minh trong nghiên cứu. STTDT và mức độ sa sàn chậu sau có tác động qua lại lẫn nhau, có túi sa thì mức độ sàn chậu càng nhiều và khi mức độ sa sàn

chậu sau tăng thì nguy cơ hình thành túi sa cũng tăng, khó giải thích được đâu là nguyên nhân và đâu là hậu quả. Qua đó càng thấy rõ sự phức tạp của bệnh lý sàn chậu là do nhiều yếu tố nguy cơ tác động ảnh hưởng chung đến toàn bộ hệ thống mạc, cân, dây chằng và các cơ nâng đỡ sàn chậu, từ đó gây ra các bất thường được biểu hiện đồng thời ở nhiều khoang. Điều này cũng được các nhà phẫu thuật công nhận khi đối chiếu trong lúc mổ^(10,18).

Nghiên cứu này cũng như của các tác giả Timmons MC⁽¹⁶⁾, Symmonds RE và cs⁽¹⁷⁾ cho thấy tăng nguy cơ sa các cấu trúc vào khoang túi cùng Douglas ở bệnh nhân sau phẫu thuật cắt tử cung.

Tỉ lệ STTDT ở nhóm bệnh nhân có dấu hiệu chẩn đoán 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 đại tiện khó, tăng nguy cơ hình thành STTDT.

V. KẾT LUẬN

Có mối tương quan giữa STTDT và các bệnh lý khác của sàn vùng chậu cho thấy đây là vấn đề phức tạp, cần được chẩn đoán đầy đủ và chính xác. Với chất lượng hình ảnh cao rõ nét, bệnh nhân không bị ảnh hưởng của tia xạ và chỉ trong một lần khảo sát có thể đánh giá được đồng thời toàn bộ các khoang chậu, cộng hưởng từ động sàn chậu thực sự là phương tiện cần thiết không thể thiếu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Maglinte DD, Kelvin FM, Hale DS (1997). *Dynamic cystoproctography: a unifying diagnostic approach to pelvic floor and anorectal dysfunction. AJR Am J Roentgenol*, 169(3):759–767.
2. Yang A, Mostwin JL, Rosenshein NB (1991).

Pelvic floor descent in women: dynamic evaluation with fast MR imaging and cinematic display. Radiology, 179(1):25-33.

3. Healy JC, Halligan S, Reznick RH (1997). *Patterns of prolapse in women with symptoms of pelvic*

floor weakness: assessment with MR imaging, 203:77-81.

4. Maglinte DD, Kelvin FM, Fitzgerald K (1999). Association of compartment defects in pelvic floor dysfunction. *AJR*, 172:439-444.

5. Maglinte DD, Kelvin FM, Hale DS (2000). Female pelvic organ prolapse: A comparison of triphasic dynamic MR imaging and triphasic fluoroscopic cystocolpoproctography. *AJR* 174(1):81-88.

6. Van Dam JH, Ginai AZ, Gosselink MJ (1997). Role of defecography in predicting clinical outcome of rectocele repair. *Dis Colon Rectum*, 40:201-7.

7. Kruyt RH, Delemarre JB, Doornbos J, Vogel HJ (1991). Normal anorectum: dynamic MR imaging anatomy. *Radiology*, 179:159-163.

8. Healy JC, Halligan S, Reznick RH (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. Fielding JR (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. Barbaric ZL, Marumoto AK (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. Rentsch M, Lenhart M, Paetzel Ch (1999). Dynamic MR imaging defecography: A diagnostic alternative in the assessment of pelvic floor disorders in proctology. *Dis Colon Rectum*, 44(7):999-1007.

15. Gupta S, Sharma JB (2012). Study of Dynamic MR imaging in diagnosis of pelvic organ prolapse. *Arch Gyneco Obstet*, 286:953-958

16. Timmons MC, Addition WA (1992). Abdominal sacral colpopexy in 163 women with posthysterectomy vaginal vault prolapse and enterocele. Evolution of operative techniques. *J. Reprod Med*, 37:323-327.

17. Symmonds RE, Williams TJ (1981). Posthysterectomy enterocele and vaginal vault prolapse. *AmJ Obstet Gynecol*, 140:852-859

18. Fernando G, DeAlmeida, Larissa V, Rodríguez, Shlomo Raz. *Magnetic Resonance Imaging in the Diagnosis of pelvic floor disorders. Urological Neurology* 2002; 28:553-559.

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 responses. *Dis Colon Rectum*, 35:503-9.

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rối loạn chức năng và sa các tạng vùng chậu thường gặp ở phụ nữ tuổi trung niên với triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu. Trong nhiều trường hợp, sa trực tràng dạng túi (STTDT) thường kết hợp với các bệnh lý sàn chậu khác. Việc bỏ sót hoặc không nhận ra được tổn thương của sàn chậu là một tập hợp phức tạp thì dễ dẫn đến thất bại trong việc điều trị. Nghiên cứu này nhằm khảo sát các mối tương quan giữa tuổi, số con và STTDT cũng như khẳng định vai trò chẩn đoán bệnh của cộng hưởng từ động sàn chậu.

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 TPHCM bởi những bác sĩ chuyên khoa hậu môn trực tràng, tiết niệu và phụ khoa.

Kết quả: Có 1683 bệnh nhân trong nghiên cứu từ tháng 01/2008 đến tháng 06/2012. Nữ tuổi 40-50 và có 2-3 con chiếm đa số. 1218 bệnh nhân có biểu hiện rối loạn đại tiện. 1311 trường hợp (77,9%) có STTDT. Bất thường sa khoang chậu sau chiếm tỉ lệ cao nhất. Tỉ lệ có STTDT kèm sa nhiều hơn một khoang chậu là 74.4% và trong nhóm bệnh lý cơ thắt cơ mu trực tràng là 64,2%.

Mối liên quan giữa tuổi, số con với STTDT hay sa các khoang chậu đều có ý nghĩa về mặt thống kê với OR # 1,04 - 2,67 ($p < 0,005$). Nguy cơ có STTDT trong các nhóm có sa tạng chậu cũng cao hơn nhóm không có sa tạng chậu ($p < 0,005$).

Kết luận: Bệnh lý sàn chậu thường phức tạp, liên quan đến nhiều khoang chậu. Cộng hưởng từ động sàn chậu cho phép chẩn đoán các bất thường về hình thái và chức năng vùng chậu, giúp chọn lựa kế hoạch điều trị thích hợp nhất.

NGƯỜI THẨM ĐỊNH: **PGS. TS. Hoàng Minh Lợi**