

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH VÀ VAI TRÒ CỘNG HƯỞNG TỪ TRONG CHẨN ĐOÁN RÒ HẬU MÔN

Imaging characteristic and role of MRI in diagnostic perianal fistula

Vương Ngọc Anh*, Bùi Văn Lệnh**

SUMMARY

The aims of this study: To determine imaging characteristic and the concordance in evaluation of perianal fistula between MRI image and operative result.

Materials and methods: Descriptive study was performed from January 2014 to September 2015 at Ha Noi Medical University Hospital. 95 patients with clinically suspected fistula-in-ano underwent preoperative MRI and operated at HNU hospital. MRI scanning was performed on GE 1.5Tesla system with pelvis phased-array coil.

Results: There were 95 patients including 81 males and 14 female. Value of MRI sequences in detection of perianal fistulas is high. The ability of T2W, STIR and T1W fat sat +Gado in detection of fistulas are 94.7%, 95.7% and 98.9% respectively. In the classification of primary tracts, the concordance rate between MRI image and operative result was 84.2%, most of which were transphincteric fistulas. The concordance rate in identification of the internal opening and the extensive lesions were 96.6% and 94% respectively.

Conclusions: MRI is a good imaging modality in preoperative evaluation of perianal fistulas with high accuracy (classification of primary tracts, detection of internal opening and assessment extensions).

Keywords: Anal fistula, MRI, classification of fistulas.

*Khoa Chẩn đoán hình ảnh,
Bệnh viện Đa khoa Phúc Yên

**Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rò hậu môn là tình trạng hình thành đường thông bất thường giữa niêm mạc ống hậu môn với các khoang và da vùng quanh hậu môn. Theo tác giả trên thế giới tỷ lệ mắc trong cộng đồng khoảng 10/100.000 người, thường gặp ở lứa tuổi trung niên, tỷ lệ nam/nữ ~ 2/1 [1]. Rò hậu môn nếu không được xử lý tốt sẽ dẫn tới rò hậu môn mạn tính. Vì vậy phát hiện sớm và điều trị kịp thời sẽ đem lại kết quả tốt cho bệnh nhân. Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như chụp đường rò cản quang, chụp cắt lớp vi tính, siêu âm nội soi có hạn chế là không cho thấy được mối liên quan của đường rò với phức hợp cơ thắt hậu môn cũng như mức độ lan rộng của tổn thương.

Cộng hưởng từ với khả năng cho hình ảnh theo nhiều chiều, độ tương phản tổ chức rõ nét, được xem là kỹ thuật có giá trị cao trong việc phân loại đường rò chính cũng như xác định vị trí lỗ trong và các tổn thương lan rộng với độ chính xác cao, nhất là những tổn thương nằm trên cơ nâng hậu môn, từ đó giúp phẫu thuật viên lên kế hoạch điều trị cũng như tiên lượng được khả năng ảnh hưởng đến chức năng cơ thắt sau can thiệp. Hiện nay trong nước chưa có nhiều nghiên cứu về lĩnh vực này, chính vì vậy đề tài được thực hiện với 2 mục tiêu:

1. Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ của rò hậu môn.
2. Đánh giá vai trò của cộng hưởng từ trong chẩn đoán rò hậu môn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu mô tả 95 bệnh nhân có chẩn đoán lâm sàng là rò hậu môn, được chụp cộng hưởng từ trên máy GE 1.5Tesla trước phẫu thuật, được phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 01/2014 đến 09/2015. Các đặc điểm mô tả trên cộng hưởng từ được đối chiếu với kết quả tương ứng trên phẫu thuật.

Thăm khám cộng hưởng từ được thực hiện bằng các chuỗi xung T2W, STIR, T1W fatsat có tiêm thuốc đối quang từ, trên các mặt Axial và Coronal khu trú vùng ống hậu môn.

Các chỉ số thu thập trên cộng hưởng từ gồm: vị trí, số lượng, tín hiệu và đặc điểm của đường rò trên các chuỗi xung, đánh giá lỗ trong và lỗ ngoài, sự lan rộng của tổn thương.

Số liệu được thu thập và làm sạch, sau đó được nhập bằng phần mềm phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung rò hậu môn

Trong 95 bệnh nhân trong nghiên cứu có 81 bệnh nhân nam, 14 bệnh nữ với tỷ lệ nam: nữ là 5:1. Bệnh thường gặp ở lứa tuổi trung niên từ 30-60 tuổi với tỷ lệ 72%. Về lứa tuổi hay gặp, kết quả của chúng tôi tương tự với kết quả của Herand Abcarian nhưng có sự khác biệt về tỷ lệ giữa nam và nữ (kết quả của Herand Abcarian có tỷ lệ Nam/Nữ - 2/1 [6]).

Về tiền sử bệnh, trong số các bệnh nhân nghiên cứu 50% các bệnh nhân có tiền sử bình thường, 20% có tiền sử rò hậu môn và 30% có tiền sử áp xe quanh hậu môn. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự các tác giả Lê thị Diễm và Võ Tấn Đức: trong 37 trường hợp rò tái phát ở 25 trường hợp (64%), 07 trường hợp (18%) có tiền sử áp-xe quanh hậu môn trước đó, 07 trường hợp không có hoặc không rõ tiền sử áp-xe quanh hậu môn/ mổ rò hậu môn trước đó[7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân có tiền sử không rõ cao hơn so với tác giả trên.

3.2. Đặc điểm hình ảnh đường rò trên cộng hưởng từ

3.2.1. Đặc điểm vị trí lỗ trong

Bảng 3.1. Đánh giá lỗ trong

Lỗ trong	Tần số	Tỷ lệ %
Đi vào niêm mạc ống HM	87	91,6
Không xác định được	8	8,4
Tổng	95	100

Nhận xét: 87 bệnh nhân có đường rò xuất phát từ ống hậu môn chiếm 91,6%. Có 2 bệnh nhân có 2 lỗ trong.

Trong nghiên cứu của chúng tôi cộng hưởng từ phát hiện được 87 trường hợp có lỗ trong đi vào niêm mạc ống hậu môn chiếm tỷ lệ 91,6%, có 2 trường hợp có 2 lỗ trong, 1 trường hợp có 3 lỗ trong, 6 trường hợp không xác định được lỗ trong. Việc đánh giá lỗ trong chủ yếu dựa vào hướng cắt axial dựa vào các lớp cắt liên tục theo đường đi của đường rò phối hợp với hướng cắt coronal. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như một số tác giả khác trong và ngoài nước tỷ lệ phát

hiện lỗ trong của đường rò trên CHT là khá cao tác giả Lê Thị Diễm, Võ Tấn Đức 87% [7], tác giả Buchanan là 97% [8], tác giả Beets-Tan 90% [2].

Các trường hợp không phát hiện được vị trí lỗ trong hầu hết do bệnh nhân sử dụng kháng sinh kéo dài, quá trình rò tái đi tái lại nhiều lần.

3.2.2. Đặc điểm về sự liên quan giữa lỗ trong và lỗ ngoài của đường rò theo quy luật Goodsall

Trong số 95 bệnh nhân có 81 bệnh nhân đường rò có lỗ ngoài và lỗ trong với kết quả: trên đường ngang có 29/36 tuân theo quy luật, dưới đường ngang có 37/43, lỗ ngoài cách rìa HM>3cm 2/2 tổng số 68 bệnh nhân có đường rò tuân theo quy luật Goodsall chiếm tỷ lệ 84%.

3.2.3. Đặc điểm tín hiệu đường rò trên các chuỗi xung

3.2.3.1. Tín hiệu đường rò quan sát trên chuỗi xung T2W

Bảng 3.2. Tín hiệu của đường rò trên chuỗi xung T2W (n=95)

Tín hiệu đường rò trên chuỗi xung T2W	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tăng tín hiệu	86	90,5
Giảm tín hiệu	4	4,2
Đồng tín hiệu	5	5,3
Tổng số	95	100

Nhận xét: Trên chuỗi xung T2WI hầu hết đường rò tăng tín hiệu 86/95 tương đương 90,5%.

3.2.3.2. Tín hiệu đường rò quan sát trên chuỗi xung STIR

Bảng 3.3. Tín hiệu của đường rò trên chuỗi xung STIR (n=95)

Tín hiệu đường rò trên chuỗi xung STIR	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tăng tín hiệu	87	91,6
Giảm tín hiệu	4	4,2
Đồng tín hiệu	4	4,2
Tổng số	95	100

Nhận xét: Hầu hết đường rò tăng tín hiệu trên chuỗi xung STIR gặp trong 91,6%.

3.2.3.3. Tín hiệu đường rò quan sát trên chuỗi xung T1WI fat sat+ Gado

Bảng 3.4. Mức độ ngấm thuốc của đường rò trên chuỗi xung T1WI fat sat+ Gado (n=95)

Mức độ ngấm thuốc của đường rò trên T1WI fat sat + Gado	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Ngấm nhiều	89	93,7
Ngấm ít	5	5,2
Không ngấm	1	1,1
Tổng số	95	100

Nhận xét: Hầu hết đường rò ngấm thuốc chiếm tỷ lệ 93,7%. Có 5 bệnh nhân ngấm chậm ở thì muộn chiếm 5,2%.

Vậy hầu hết đường rò (>93%) phát hiện trên các chuỗi xung được thăm khám đều tăng tín hiệu.

Theo nghiên cứu của Hori et al. [3] bệnh nhân 20 rò hậu môn, 18 (90%) tăng tín hiệu trên T2-weighted và 19 (95%) tăng trên T1WI fat sat+ Gado.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về các chuỗi xung cũng tương tự các tác giả ngoài nước.

3.2.4. Đặc điểm phân loại theo Parks (có bổ sung loại dưới cơ thắt)

Bảng 3.5. Phân loại đường rò theo Parks (n = 95)

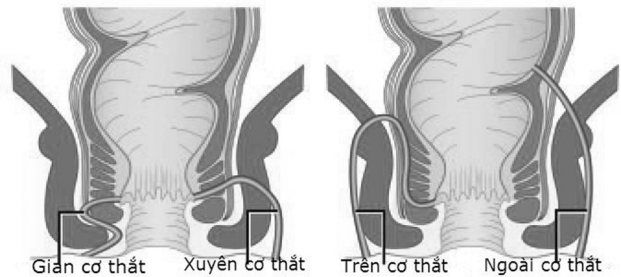
Loại đường rò	Tần số	Tỷ lệ
Dưới cơ thắt	12	12,7
Gian cơ thắt	25	26,4
Xuyên cơ thắt	48	50,5
Trên cơ thắt	5	5,2
Ngoài cơ thắt	5	5,2
Tổng	95	100

Nhận xét: Trong tổng số 95 bệnh nhân nghiên cứu có số bệnh nhân có đường rò xuyên cơ thắt chiếm tỷ lệ cao nhất là 50,5%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi số bệnh nhân có đường rò xuyên cơ thắt chiếm tỷ lệ cao 50,5%, đường rò gian cơ thắt chiếm tỷ lệ 26,4%, đường rò dưới cơ thắt, trên cơ thắt và ngoài cơ thắt chiếm tỷ lệ thấp hơn. Không có trường hợp rò trên cơ nâng hậu môn. Tác

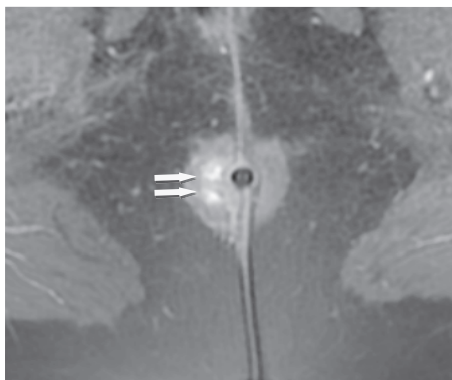
giả Lê Thị Diễm, Võ Tấn Đức chủ yếu là loại rò xuyên cơ thắt chiếm 84%. 03 trường hợp rò trên cơ thắt, 01 trường hợp rò gian cơ thắt, 01 trường hợp rò dưới da niêm mạc[7]. Tác giả Parks AG đưa ra hệ thống phân loại đường rò theo tương quan của tổn thương với nhóm cơ thắt hậu môn. Rò liên cơ thắt chiếm khoảng 70%, rò xuyên cơ thắt chiếm khoảng 23%, rò trên cơ thắt chiếm khoảng 5%, rò ngoài cơ thắt ít gặp chiếm khoảng 2%.

Tỷ lệ đường rò trên xuyên cơ thắt của chúng tôi so với tác giả nước ngoài chiếm tỷ lệ cao hơn nhưng thấp hơn so với tác giả trong nước.

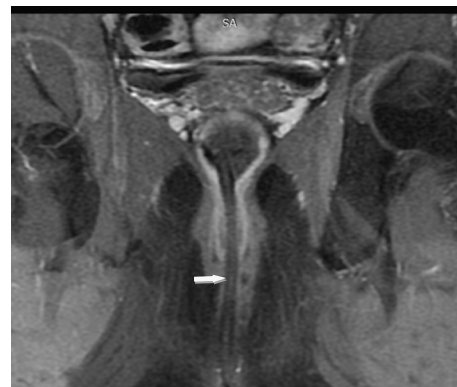


Minh họa phân loại đường rò theo Park

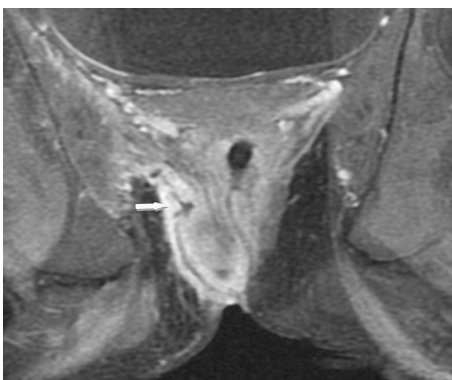
Một số hình ảnh đường rò trên phim chụp cộng hưởng từ



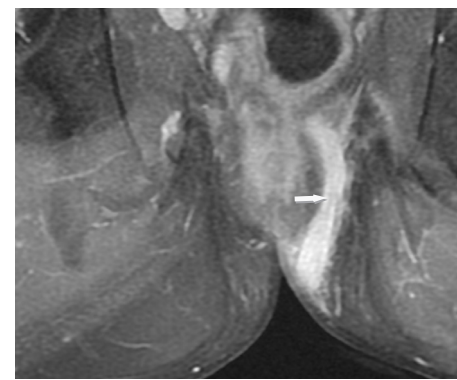
Rò gian cơ thắt trên hướng cắt axial



Rò dưới cơ thắt trên hướng cắt coronal



Rò xuyên cơ thắt cao trên hướng cắt coronal



Rò trên cơ thắt trên hướng cắt coronal

3.2.5. Mức độ lan tràn của đường rò

Bảng 3.5. Mức độ lan tràn của đường rò (n = 95)

Loại đường rò	Tần số	Tỷ lệ %
Đường rò đơn giản	70	73,7
Đường có nhánh bên	21	22,1
Rò móng ngựa	4	4,2
Tổng	95	100%

Nhận xét: Trong tổng số 95 bệnh nhân nghiên cứu có đường rò đơn giản 70 chiếm tỉ lệ 73,7%. Trong 21 bệnh nhân có 19 bệnh nhân 1 nhánh bên có 2 bệnh nhân có 2 nhánh bên. 4 bệnh nhân có rò móng ngựa.

Khả năng phát hiện sự lan tràn của đường rò trên cộng hưởng từ là rất tốt do trường thăm khám rộng toàn bộ vùng tầng sinh môn với nhiều mặt phẳng và nhiều chuỗi xung khác nhau. So với các phương pháp

khác cộng hưởng từ có ưu thế hơn hẳn. Trong nghiên cứu của Gordon N. Buchanan trên siêu âm nội soi chỉ phát hiện được 56% đường rò móng ngựa còn trên cộng hưởng từ phát hiện được 94% các trường hợp [8]. Trên nghiên cứu của chúng tôi phát hiện được 70 trường hợp rò đơn giản, 21 trường hợp rò có nhánh bên trong đó 19 có 1 nhánh bên 2 bệnh nhân có 2 nhánh bên, 4 trường hợp rò móng ngựa không có trường hợp rò chữ Y và trên cơ thắt.

3.3. Vai trò của cộng hưởng từ trong chẩn đoán rò hậu môn

3.3.1. Vị trí lỗ trong trên cộng hưởng từ so với phẫu thuật

Bảng 3.6. Đối chiếu về vị trí của lỗ trong (n = 95)

Kết quả phẫu thuật \ Kết quả CHT	Đi vào niêm mạc ống HM		Không xác định được		Tổng	
	n	%	n	%	N	%
Đi vào niêm mạc ống HM	86	90,5	0	0	86	90,5
Không xác định được	3	3,2	6	6,3	9	9,5
Tổng	89	93,7	6	6,3	95	100

Nhận xét: Cộng hưởng từ đối chiếu phẫu thuật vị trí lỗ trong. Có đường thông vào ống hậu môn với độ chính xác 86/89 tương đương 96,6%. Trong đó có 2 bệnh nhân có 2 lỗ trong và 1 bệnh nhân có 3 lỗ trong.

Cộng hưởng từ xác định có lỗ trong trong 86/95 trường hợp tỷ lệ chính xác của cộng hưởng từ 90,5%, 09 trường hợp không tìm thấy lỗ trong. Trong 03 trường hợp không phù hợp những bệnh nhân trên đều có tiền sử dùng kháng sinh kéo dài. Có 06 trường hợp không tìm thấy lỗ trong cả trên cộng hưởng từ và trong lúc phẫu thuật.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đạt độ nhạy 97%, độ đặc hiệu 100%, độ chính xác 97%.

Theo nghiên cứu của Kulvinder Singh, khả năng phát hiện lỗ trong của cộng hưởng từ có độ nhạy 95,8%, độ đặc hiệu 80% và độ chính xác là 94,3% [9].

Vậy khả năng phát hiện lỗ trong của cộng hưởng từ trong nghiên cứu của chúng tôi là tương tự các tác giả trong và ngoài nước.

3.3.2. Phân loại đường rò trên cộng hưởng từ so với phẫu thuật

Bảng 3.7. Đối chiếu về phân loại đường rò theo sự tương quan với cơ thắt (theo Parks) (n = 95)

Phẫu thuật CHT	Dưới	Gian	Xuyên	Trên	Ngoài	Tổng
	n	n	n	n	N	n
Dưới cơ thắt	10	0	1	0	0	11
Gian cơ thắt	0	15	10	0	0	25
Xuyên cơ thắt	0	0	49	0	0	49
Trên cơ thắt	0	1	1	3	0	5
Ngoài cơ thắt	1	0	0	1	3	5
Tổng	11	16	61	4	3	95

Nhận xét: Độ chính xác của cộng hưởng từ: $(10 + 15 + 49 + 3 + 3) / 95 = 0.842$ (84,2%).

Kết quả phân loại phù hợp với phẫu thuật trong 80/95 trường hợp (84,2%), trong đó:

Rò xuyên cơ thắt có tỉ lệ phù hợp là 49/61 trường hợp (81,8%). Rò dưới cơ thắt 10/11 trường hợp, 15/16 trường hợp rò gian cơ thắt trong đó 15 trường hợp trùng với phẫu thuật 1 trường hợp được xác định là rò xuyên cơ thắt thấp và 3/5 trường hợp rò trên cơ thắt đều thuộc phân loại rò xuyên cơ thắt cao trong phẫu thuật 3/5 trường hợp ngoài cơ thắt đúng với phẫu thuật.

Theo G.Rosa nghiên cứu 844 bệnh phẫu thuật rò hậu môn tỷ lệ các loại đường rò tương quan với cơ thắt như sau: đường rò dưới cơ thắt 14,9%, đường rò gian cơ thắt 23,8%, đường rò xuyên cơ thắt 52,6%, đường rò trên cơ thắt là 2,6%, đường rò ngoài cơ thắt 4% [4].

Tỷ lệ phù hợp của chúng tôi cũng tương đương tác giả ngoài nước.

3.3.3. Đánh giá tổn thương lan tràn trên cộng hưởng từ so sánh với phẫu thuật (nhánh bên, áp xe)

Bảng 3.8. Đối chiếu về mức độ lan tràn của tổn thương nhánh bên (n = 95)

Loại đường rò	Cộng hưởng từ	Phẫu thuật
Rò đơn thuần	70	67
Rò có nhánh bên	21	24
Rò móng ngựa	4	4

Nhận xét: mức độ cộng hưởng từ chẩn đoán phù hợp phẫu thuật 89/95 tương đương 94%.

Trong nghiên cứu 95 bệnh nhân rò hậu môn của chúng tôi đối chiếu cộng hưởng từ và phẫu thuật. Kết quả trường hợp rò đơn giản không có tổn thương lan rộng cộng hưởng từ có 67, phẫu thuật 70 tỷ lệ chẩn đoán đúng của cộng hưởng từ là 95,7%, 21/24 trường hợp tổn thương có nhánh bên với tỷ lệ 87%. Có 04 trường hợp tổn thương lan rộng dạng móng ngựa với tỷ lệ 100%. Có 3 trường hợp cộng hưởng từ chẩn đoán không có nhánh bên nhưng trong phẫu thuật lại thấy được có thể nhánh bên ẩn nằm trong vùng thâm nhiễm nên cộng hưởng từ có kết quả không chính xác. Kết quả của chúng tôi so với tác giả Lê Thị Diễm, Võ Tấn Đức [7]. Kết quả phân loại phù hợp với phẫu thuật trong 35/39 trường hợp (90%). Kết quả cộng hưởng từ có 23 trường hợp (59%) rò đơn giản, không có tổn

thương lan rộng, 12 trường hợp tổn thương lan rộng nằm bên dưới cơ nâng và 04 trường hợp tổn thương lan rộng lan lên trên cơ nâng. Có 09 trường hợp tổn thương lan rộng dạng móng ngựa.

Theo nghiên cứu của Kulvinder Singh trên 50 bệnh nhân có 16 đường rò có nhánh bên trên phẫu thuật (32%), cộng hưởng từ phát hiện được 15 trường hợp. Chủ yếu các nhánh bên được thấy rõ trên chuỗi xung T2W và T1W sau tiêm thuốc với độ nhạy tương ứng 93,75% và 81,25, độ đặc hiệu là 94,12% và 94,12%, độ chính xác là 94% và 90%. Sự khác biệt giữa hai chuỗi xung này không có ý nghĩa thống kê (p = 0,297) [9].

Như vậy nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như với các tác giả khác.

Cộng hưởng từ được xem như là phương tiện hàng đầu trong chẩn đoán rò hậu môn, nhờ hình ảnh có độ phân giải cao và trường khảo sát rộng, cung cấp chi tiết cấu trúc giải phẫu lẫn các thông tin đầy đủ về đường rò hậu môn, giúp phẫu thuật triệt để hơn đặc biệt với trường hợp rò hậu môn phức tạp.

3.4. Đánh giá kết quả sau 1 tháng (thời gian thông thường để một vết mổ RHM liền sẹo)

3.4.1. Kết quả chung

Bảng 3.10. Kết quả của việc điều trị sau một tháng (n=75)

Kết quả điều trị sau 1 tháng	n	%
Khỏi	66	88
Không khỏi	2	2,7
Tái phát	7	9,3
Tổng	75	100,0

Nhận xét: Với những bệnh nhân được phẫu thuật trên cơ sở có kết quả cộng hưởng từ có tỷ lệ khỏi cao đạt 88%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ khỏi đạt 88%. Tỷ lệ không khỏi và tái phát là 12%. Với P= 0,05.

So sánh với một số tác giả khác. Đỗ Đình Công (2007) tỷ lệ điều trị thất bại là 8,3%[5]. Theo tác giả Parks nếu mổ đúng kỹ thuật, chăm sóc hậu phẫu tốt thì tỷ lệ khỏi bệnh có thể đạt tới 90% [10].

3.4.2. Đánh giá hiệu quả cơ thắt sau 3 tháng

Đánh giá sự ảnh hưởng của điều trị với chức năng cơ thắt sau 3 tháng điều trị. 45/75 trường hợp chức năng cơ thắt trở lại bình thường (độ 0). chiếm 60%, 21/75 có rối loạn cơ thắt mức độ nhẹ (độ1) chiếm 28%.

IV. KẾT LUẬN

Cộng hưởng từ là phương pháp có giá trị cao trong

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nalan Yildirim, Gökhan Gökalp, Ersin Öztürk, et al “Ideal combination of MRI sequences for perianal fistula classification and the evaluation of additional findings for readers with varying levels of experience”, *Diagn Interv Radiol* 2012; 18:11–19.

2. Regina G. H. Beets-Tan et al: “Preoperative MR Imaging of Anal Fistulas: Does It Really Help the Surgeon”. *Radiology* 2001; 218:75–84

3. Karmiris K, Bielen D, Vanbeckevoort D, Hori et al (2011). Long-term monitoring of infliximab therapy for perianal fistulizing Crohn’s disease by using magnetic resonance imaging. *Clin Gastroenterol Hepatol*; 9 (2): 130-136.

4. G. Rosa P. Lolli D. Piccinelli F. Mazzola S. Bonomo (2006). *Fistula-in- ano: anatomoclinical aspects, surgical therapy and results in 844 patients (Published online: 20 September 2006)*

5. Đỗ Đình Công (2007). *Kết quả sớm điều trị phẫu*

đánh giá rò hậu môn trước phẫu thuật. Tỷ lệ phù hợp so với phẫu thuật trong phân loại đường rò là 84,2%. Tỷ lệ phù hợp trong xác định vị trí lỗ trong là 96,6%. Cộng hưởng từ có khả năng xác định đúng sự lan rộng của tổn thương trong 94% trường hợp. Chụp cộng hưởng từ trước phẫu thuật giúp các phẫu thuật viên lựa chọn phương pháp phẫu thuật triệt để tránh tái phát (khỏi 66/75 tương đương 88%). Phục hồi tốt nhất cho chức năng cơ thắt.

thuật bệnh rò hậu môn.

6. Herand Abcarian, “Anorectal Infection: Abscess–Fistula”, *Clinic in colon and rectal surgery/volume 24, number 1* 2011

7. Lê Thị Diễm, Võ Tấn Đức, Nguyễn Văn Hậu, Phạm Ngọc Hoa, “Bước đầu khảo sát giá trị hình ảnh cộng hưởng từ của rò hậu môn”, *Y Học TP. Hồ Chí Minh, Tập 14, Phụ bản của Số 1* 2010

8. Buchanan G, Halligan S, Williams A, et al. *Effect of MRI on clinical outcome of recurrent fistula-in-ano. Lancet* 2003

9. Kulvinder Singh, Navdeep Singh, CL Thukral, Kunwar pal Singh, Varun Bhalla. *Magnetic Resonance Imaging (MRI) Evaluation of Perianal Fistulae with Surgical Correlation. June* 2014

10. Parks AG, Gordon PH, Hardcastle JD. *A classification of fistula-in-ano. Br J Surg* 1976;63(1):1–12.

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: 1)Mô tả đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ của rò hậu môn; 2)Vai trò của cộng hưởng từ trong chẩn đoán rò hậu môn.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Nghiên cứu thực hiện trên 95 bệnh nhân được chẩn đoán rò hậu môn, được phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 01/2014 đến tháng 9/2015. Các bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ trên máy chụp 1.5 Tesla và đối chiếu kết quả với phẫu thuật.

Kết quả: Trong 95 bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ có 81 nam và 14 nữ. Các chuỗi xung CHT có khả năng phát hiện chính xác đường rò với tỷ lệ cao. Chuỗi xung T2W phát hiện được 94,7% số đường rò, chuỗi xung STIR là 95,7% và chuỗi xung T1W fat sat +Gado là 98,9%. Chẩn đoán cộng hưởng từ phù hợp với phẫu thuật trong phân loại đường rò chính với tỷ lệ là 84,2%, trong xác định vị trí lỗ trong là 96,6%, trong xác định sự lan rộng của tổn thương là 94%.

Kết luận: Cộng hưởng từ là phương pháp có giá trị cao được sử dụng trong đánh giá rò hậu môn trước phẫu thuật (phân loại đường rò chính, xác định vị trí lỗ trong và các tổn thương lan rộng) với độ chính xác cao.

Từ khóa: Rò hậu môn, cộng hưởng từ, phân loại đường rò.

Người liên hệ: Bùi Văn Lệnh

Email: buivanlenh@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.1.2016

Ngày chấp nhận đăng: 28.2.2016