

Cập nhật chẩn đoán và điều trị bệnh Crohn có rò hậu môn

Update on diagnosis and treatment of perianal fistulising Crohn's disease

Bùi Hữu Hoàng^{*,**}, Nguyễn Đình Chương^{**},
Đặng Minh Luân^{*,**}

**Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh,
**Bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh*

Tóm tắt

Rò hậu môn là biến chứng thường gặp và có thể gây ra nhiều kết cục xấu cho bệnh nhân bệnh Crohn. Chụp cộng hưởng từ vùng chậu hay siêu âm qua ngã hậu môn là các xét nghiệm được khuyến cáo thực hiện để đánh giá giải phẫu đường rò. Thăm khám dưới gây mê cũng có vai trò quan trọng trong đánh giá rò hậu môn cũng như tiến hành các can thiệp tức thì như dẫn lưu áp xe hay cột dây thun. Kết hợp phương pháp này với chụp cộng hưởng từ hay siêu âm qua ngã hậu môn giúp gia tăng độ chính xác trong đánh giá trước điều trị. Chiến lược điều trị sẽ tùy thuộc vào loại đường rò (đơn giản hay phức tạp) và tình trạng viêm trực tràng đi kèm. Điều trị xuống thang thường được chọn lựa, nhất là đối với các trường hợp rò phức tạp hay có viêm trực tràng. Dẫn lưu áp xe và/hoặc cột dây thun là các điều trị đầu tay trước khi khởi động thuốc ức chế miễn dịch. Kháng TNF là chọn lựa hàng đầu trong điều trị nội khoa và thường dùng kèm với thuốc điều hòa miễn dịch và kháng sinh. Các can thiệp ngoại khoa đóng đường rò chỉ nên thực hiện khi viêm trực tràng đã cải thiện. Phẫu thuật cắt trực tràng và hậu môn nhân tạo trên dòng là các lựa chọn sau cùng, được chỉ định cho những trường hợp rò phức tạp, không đáp ứng với các điều trị kể trên.

Từ khóa: Rò hậu môn, bệnh Crohn, biến chứng.

Summary

Perianal fistula is a common and debilitating complication of Crohn's disease. Pelvic magnetic resonance imaging (MRI) or endoanal ultrasound (EUS) should be obtained to delineate the anatomy of the fistula tract(s). Examination under anesthesia (EUA) also has an important role in the diagnosis of perianal fistula and allow immediate therapeutic intervention, including abscess drainage and/or seton placement. Highest diagnostic accuracy can be achieved if the combination of EUA with either MRI or EUS, EUA is used. Treatment approach depends on type of fistulas (simple or complex) and associated proctitis. Top-down strategy is usually indicated, especially in patients with complex fistulas or proctitis. Surgical drainage of sepsis and/or seton placement is the first line therapy before initiating immunosuppressive treatment. Anti-TNF can be used as first-line medical treatment, in combination with

Ngày nhận bài: 14/3/2023, ngày chấp nhận đăng: 4/4/2023

Người phản hồi: Bùi Hữu Hoàng, Email: binhanphar2015@yahoo.com - Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

thiopurines and antibiotics. Definitive surgical repair of fistulas is only of consideration in the absence of luminal inflammation. Proctectomy with permanent stoma is preserved for severe, refractory complex fistulas.

Keywords: Perianal fistula, Crohn's disease, complication.

1. Đặt vấn đề

Rò hậu môn là biến chứng thường gặp nhất của bệnh Crohn kiểu hình xuyên thấu (penetrating Crohn's disease). Nếu không được xử trí phù hợp, biến chứng này có thể để lại những hậu quả nặng nề, ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Tại Việt Nam, chẩn đoán và điều trị bệnh Crohn có rò hậu môn còn gặp nhiều thách thức do bệnh lý này chỉ mới gia tăng ở nước ta trong vài năm gần đây. Trong bài tổng quan này, chúng tôi cập nhật chiến lược đánh giá và điều trị cho các trường hợp bệnh Crohn bị biến chứng này.

2. Đại cương về rò hậu môn trong bệnh Crohn

2.1. Định nghĩa và dịch tế học

Rò hậu môn là đường thông nối bất thường từ hậu môn hay trực tràng ra da vùng quanh hậu môn. Trong bệnh Crohn, đường rò có thể xuất phát từ các ổ loét sâu ở vùng hậu môn - trực tràng hoặc từ các tuyến hậu môn bị nhiễm trùng hay áp xe [7]. Khoảng 55% rò hậu môn xuất hiện sau khi bệnh nhân đã được chẩn đoán bệnh Crohn và 45% còn lại xuất hiện trước hay cùng lúc chẩn đoán bệnh. Khoảng 5% các trường hợp rò hậu môn không kèm theo tổn thương trong lòng ruột [7]. Điều này có thể gây trở ngại cho việc chẩn đoán nguyên nhân rò là do bệnh Crohn. 8% các trường hợp bệnh Crohn bị rò hậu môn có kèm theo tổn thương rò ngoài hậu môn.

Rò hậu môn là biến chứng thường gặp trong bệnh Crohn. Nguy cơ tích lũy xuất hiện biến chứng này là 12% sau 1 năm và tăng lên thành 21%-26% sau 10-20 năm chẩn đoán bệnh [4]. Nguy cơ xuất hiện rò

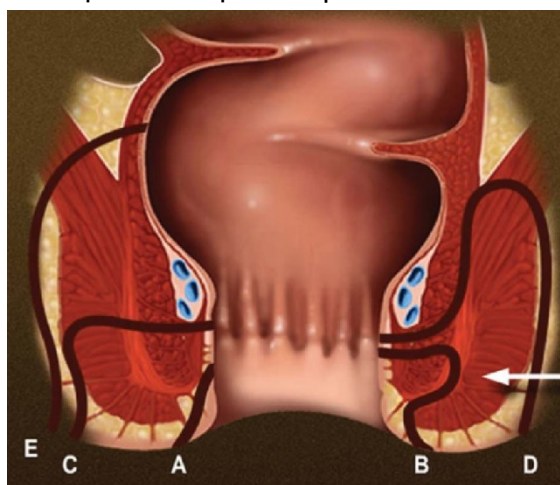
sẽ gia tăng nếu bệnh nhân có tổn thương ở vùng hậu môn - trực tràng [8]. Tỷ lệ bị rò hậu môn là 12% nếu tổn thương chỉ ở hồi tràng nhưng sẽ tăng lên đến 41% nếu tổn thương ở đại tràng và 92% nếu tổn thương ở cả đại tràng và trực tràng [4].

Rò hậu môn là một yếu tố tiên lượng xấu trong bệnh Crohn. Trước khi thuốc kháng TNF được dùng rộng rãi, 71% bệnh nhân cần phẫu thuật và 1/3 phải chịu các phẫu thuật lớn như cắt trực tràng hay mở hậu môn nhân tạo [7]. Rò hậu môn trong bệnh Crohn thường khó lành và dễ tái phát với khoảng 1/3 các trường hợp bị tái phát. Điều này góp phần làm cho bệnh nhân phải chịu nhiều cuộc phẫu thuật [9]. Bệnh nhân có thể bị chảy dịch, mủ kéo dài, tiêu gập hay són phân. Các triệu chứng này ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

2.2. Phân loại

Phân loại Park thường được dùng để mô tả đường rò (Hình 1) [7]. Rò gian cơ thắt có đường rò đi giữa cơ thắt trong và cơ thắt ngoài. Rò ngang cơ thắt đi ngang qua cả cơ thắt trong và cơ thắt ngoài. Trong rò trên cơ thắt, đường rò ban đầu đi hướng lên trên trong khoảng gian cơ thắt, sau đó đi xuống dưới xuyên qua cơ nâng hậu môn. Đường rò ngoài cơ thắt xuất phát từ thành trực tràng và đi xuống xuyên qua cơ nâng hậu môn mà không đi xuyên qua cơ thắt ngoài hay cơ mu trực tràng. Cuối cùng, rò nông có đường rò đi phía dưới cả 2 cơ thắt. Trong các loại này thì rò gian cơ thắt và rò ngang cơ thắt là thường gặp nhất. Do phân loại này không đánh giá áp xe quanh hậu môn cũng như tổn thương của các cơ quan lân cận (trực tràng, bàng quang, âm đạo)

nên khó có thể được sử dụng để quyết định chiến lược điều trị cho bệnh nhân.



Hình 1. Phân loại Park của rò hậu môn [7].
Rò nông (A); rò gian cơ thắt (B); rò ngang cơ thắt (C)
rò trên cơ thắt (D); rò ngoài cơ thắt (E).

Hiệp hội Tiêu hóa Hoa kỳ chia rò hậu môn trong bệnh Crohn thành 2 loại: Đơn giản (simple) và phức tạp (complex) [7]. Rò đơn giản là các tổn thương rò nông, rò gian cơ thắt, rò ngang cơ thắt thấp chỉ có 1 lỗ mở, không có áp xe và không có rò giữa hậu môn - trực tràng với các cơ quan lân cận (bàng quang, âm đạo). Ngược lại, rò phức tạp là các trường hợp rò ngang cơ thắt cao, rò trên cơ thắt hay rò ngoài cơ thắt, rò có nhiều lỗ mở, rò móng ngựa, có áp xe quanh hậu môn hay có rò sang cơ quan lân cận. Rò thấp là đường rò chạy ở 1/3 dưới của cơ thắt ngoài. Khoảng 80% các trường hợp rò hậu môn trong bệnh Crohn thuộc loại rò phức tạp. Phân loại này thường được dùng để chọn lựa phác đồ điều trị cho bệnh nhân.

3. Đánh giá trước điều trị rò hậu môn trong bệnh Crohn

Bệnh nhân rò hậu môn có thể than phiền bị chảy dịch, máu hay có lỗ rò ở ngoài da. Những trường hợp có áp xe có thể bị đau vùng quanh hậu môn, chảy mủ qua lỗ rò ngoài, sốt, tăng bạch cầu và

procalcitonin huyết thanh. Các bệnh nhân này cần được chẩn đoán và đánh giá đường rò bằng chụp cộng hưởng từ vùng chậu hay siêu âm qua ngã hậu môn kèm hay không kèm thăm khám dưới gây mê cũng như đánh giá tổn thương hậu môn - trực tràng bằng nội soi tiêu hóa. Ngoài ra, cũng cần đánh giá các yếu tố tiên lượng làm tăng nguy cơ xuất hiện kết cục xấu trong tương lai như khởi phát bệnh lúc còn trẻ, hút thuốc lá, tổn thương đoạn ruột dài, đã từng phẫu thuật, có hẹp tiêu hóa...

Chụp cộng hưởng từ vùng chậu là xét nghiệm không xâm lấn với độ chính xác cao trong chẩn đoán và đánh giá rò hậu môn. Độ chính xác trong phân loại đường rò của phương pháp này là 76-100%. Chụp cộng hưởng từ còn giúp phát hiện áp xe quanh hậu môn, hẹp lòng hậu môn - trực tràng hay dày thành trực tràng vốn là những yếu tố ảnh hưởng đến chiến lược điều trị [4]. Phương pháp này cũng giúp đánh giá đáp ứng điều trị. Cần lưu ý rằng những cải thiện trên chụp cộng hưởng từ có thể chỉ tương quan với đáp ứng lâm sàng và nội soi trong khoảng 50% trường hợp. Ngoài ra, lành lỗ rò trong có thể đi sau đáp ứng lâm sàng đến 12 tháng [9].

Siêu âm qua ngã hậu môn (endoanal ultrasound) có độ chính xác 62,5-95% trong đánh giá giải phẫu đường rò. Tuy nhiên, siêu âm qua ngã hậu môn khó đánh giá các áp xe trên cơ nâng hoặc các áp xe nằm sâu và không thực hiện được nếu có hẹp hậu môn - trực tràng. Phương pháp này cũng ít phổ biến hơn so với chụp cộng hưởng từ. Đồng thuận về bệnh Crohn có rò hậu môn khuyến cáo có thể dùng 1 trong 2 phương pháp để đánh giá đường rò, tùy thuộc vào tính sẵn có cũng như mức độ thành thạo của bác sĩ.

Nếu được thực hiện bởi bác sĩ có kinh nghiệm, thăm khám dưới gây mê (examination under anaesthesia) được

xem là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán và phân loại đường rò, với độ chính xác lên đến 90% [4], [6]. Khi kết hợp với chụp cộng hưởng từ hay siêu âm qua ngã hậu môn, độ chính xác có thể lên đến 100% [9]. Phương pháp này thường được thực hiện khi bệnh nhân bị rò phức tạp hay có áp xe quanh hậu môn. Khi có áp xe, bác sĩ có thể tiến hành dẫn lưu và cột dây thun đường rò [4].

Đánh giá tổn thương hậu môn-trực tràng đi kèm có thể giúp tiên lượng và quyết định chiến lược điều trị rò hậu môn. Viêm trực tràng là yếu tố tiên đoán đường rò khó lành, tăng nguy cơ rò tái phát và phẫu thuật cắt trực tràng [4]. Chính vì thế, bệnh nhân cần được đánh giá tổn thương vùng hậu môn - trực tràng (viêm, loét, hẹp...) bằng nội soi đại tràng (nếu chưa thực hiện gần đây) hay nội soi đại tràng chậu hông [4].

Chụp đường rò và chụp cắt lớp vi tính không được khuyến cáo trong chẩn đoán và đánh giá ban đầu do độ chính xác không cao như chụp cộng hưởng từ. Chụp cắt lớp vi tính chủ yếu dùng cho những trường hợp nghi ngờ nhiễm trùng huyết từ vùng chậu hay ở những trung tâm không có chụp cộng hưởng từ [4].

4. Điều trị rò hậu môn trong bệnh Crohn

4.1. Mục tiêu và nguyên tắc điều trị

Chỉ những trường hợp có đường rò đang hoạt động mới cần điều trị. Những trường hợp rò không hoạt động, có thể theo dõi mà chưa cần điều trị [6].

Mục tiêu ngắn hạn bao gồm kiểm soát nhiễm trùng, dẫn lưu áp xe và giảm triệu chứng. Mục tiêu dài hạn bao gồm lành đường rò, cải thiện chất lượng cuộc sống,

tránh biến chứng són phân và phẫu thuật cắt trực tràng [4].

Để đạt được mục tiêu này cần lưu ý một số nguyên tắc điều trị:

Phối hợp nội và ngoại khoa giúp gia tăng tỷ lệ lành đường rò.

Điều trị viêm trực tràng đóng vai trò quan trọng vì giúp làm lành đường rò và giảm rò tái phát.

Do rò hậu môn là một yếu tố tiên lượng xấu và có thể làm ảnh hưởng nặng nề chất lượng cuộc sống của bệnh nhân bệnh Crohn, chiến lược xuống thang thường được sử dụng, đặc biệt nếu bệnh nhân có rò phức tạp, có kèm viêm trực tràng hay có nhiều yếu tố tiên lượng xấu khác [4]. Chiến lược lên thang có thể được sử dụng cho những bệnh nhân có rò đơn giản và không kèm viêm trực tràng hay chỉ có viêm trực tràng mức độ nhẹ.

Các biện pháp điều trị ngoại khoa cần chú ý bảo tồn chức năng cơ thắt hậu môn.

4.2. Điều trị nội khoa

Kháng sinh giúp giảm nguy cơ tạo áp xe, giảm lượng dịch và cải thiện triệu chứng [5]. Kết quả một phân tích tổng hợp từ 3 nghiên cứu ngẫu nhiên cho thấy ciprofloxacin (liều 500-1000mg/ngày) hay metronidazole (liều 750-1500mg/ngày) sử dụng 4 - 12 tuần giúp giảm triệu chứng tốt hơn giả dược [4]. Thời gian sử dụng thuốc thường là khoảng 3-4 tháng [6]. Do hiệu quả sẽ mất đi khi ngưng thuốc, không khuyến cáo sử dụng kháng sinh đơn độc để làm lành đường rò [10]. Kết quả 2 nghiên cứu ngẫu nhiên mù đôi cho thấy bệnh nhân dùng ciprofloxacin kèm với kháng TNF có đáp ứng tốt hơn khi dùng kháng TNF đơn độc [4].

Các thuốc cổ điển có hiệu quả khá hạn chế trong bệnh Crohn có rò hậu môn. Aminosalicilate không có hiệu quả đối với biến chứng này [4]. Dù được sử dụng trong điều trị tấn công bệnh Crohn có tổn thương

trong lòng ruột, chưa có bằng chứng cho thấy steroid giúp giảm triệu chứng rò hậu môn. Ngược lại, steroid có thể làm tình trạng rò nặng hơn và thúc đẩy hình thành áp xe. Steroid liều cao còn làm tăng nguy cơ nhiễm trùng hậu phẫu [4], [8]. Chưa có nghiên cứu ngẫu nhiên đánh giá hiệu quả của thiopurine trong rò hậu môn ở bệnh nhân bệnh Crohn. Kết quả một phân tích tổng hợp cho thấy tỷ lệ đáp ứng (lành đường rò hay giảm tiết dịch) ở nhóm dùng thiopurine cao hơn nhóm dùng giả dược [6]. Dùng kèm thiopurine với kháng sinh cũng giúp gia tăng đáp ứng so với dùng kháng sinh đơn độc [8]. Nhóm thuốc này chủ yếu sử dụng cho những trường hợp rò đơn giản hoặc dùng kèm kháng TNF để giúp làm giảm tạo kháng thể và tăng nồng độ thuốc. Không khuyến cáo dùng thiopurine đơn độc để điều trị rò phức tạp [10]. Chưa có nhiều dữ liệu về vai trò của methotrexate đơn độc trong điều trị bệnh Crohn có rò hậu môn.

Kháng TNF là nhóm thuốc có nhiều bằng chứng nhất trong điều trị rò hậu môn ở bệnh nhân bệnh Crohn. Kết quả từ 2 nghiên cứu cho thấy infliximab có hiệu quả giúp lành đường rò tốt hơn so với giả dược cả trong điều trị tấn công lẫn điều trị duy trì [4], [8]. Kết quả phân tích dưới nhóm từ nghiên cứu CHARM cũng cho thấy adalimumab có hiệu quả tốt hơn giả dược trong khả năng giúp lành đường rò [4]. Certolizumab pegol cũng có hiệu quả làm lành đường rò tốt hơn giả dược khi phân tích dưới nhóm nghiên cứu PRECISE 1 và 2 [8]. Phối hợp kháng TNF và kháng sinh sẽ đem lại hiệu quả cao hơn so với sử dụng kháng TNF đơn độc. Nên khởi động nhóm thuốc này sớm, ngay sau khi đã kiểm soát được tình trạng nhiễm trùng bằng kháng sinh và dẫn lưu áp xe [5]. Tuy chưa được nghiên cứu trên bệnh nhân bệnh Crohn có rò hậu môn, các thuốc điều hòa miễn dịch (thiopurine hay methotrexate) thường được khuyến cáo dùng kèm kháng TNF để giúp

gia tăng nồng độ kháng TNF trong huyết thanh. Kết quả từ các nghiên cứu cho thấy bệnh nhân bệnh Crohn có rò hậu môn cần nồng độ kháng TNF trong huyết thanh cao hơn để lành đường rò [10]. Cụ thể, nồng độ infliximab huyết thanh > 10 μ g/mL giúp tăng khả năng lành đường rò hơn 3 lần [5]. Điều này gợi ý rằng cần cá thể hóa liều kháng TNF trong bệnh Crohn có rò hậu môn và theo dõi nồng độ thuốc có thể đóng vai trò quan trọng, đặc biệt trong những trường hợp không đáp ứng với điều trị. Hiệu quả của kháng TNF thường được đánh giá sau 12-14 tuần. Kết quả một nghiên cứu hồi cứu trên 218 bệnh nhân cho thấy phối hợp phẫu thuật và kháng TNF sẽ đem lại hiệu quả cao hơn phẫu thuật đơn thuần [4]. Điều này một lần nữa khẳng định vai trò của phối hợp đa chuyên khoa trong quản lý biến chứng này.

Chưa có nhiều nghiên cứu về hiệu quả của kháng integrin và kháng interleukin-12/23 trong bệnh Crohn có rò hậu môn. Tuy nhiên, phân tích dưới nhóm từ nghiên cứu GEMINI 2 cho thấy vedolizumab có hiệu quả làm lành đường rò tốt hơn giả dược. Chính vì thế, các thuốc này thường được sử dụng khi bệnh nhân không đáp ứng hay có chống chỉ định với kháng TNF [10].

Kết quả một nghiên cứu ngẫu nhiên trên 46 bệnh nhân bệnh Crohn cho thấy tacrolimus dùng đường uống có hiệu quả đóng lỗ rò hậu môn tốt hơn giả dược [4]. Chưa có bằng chứng cho thấy cyclosporine có hiệu quả trong điều trị cho các bệnh nhân này. Có thể xem xét sử dụng tacrolimus khi bệnh nhân không đáp ứng với thuốc sinh học và phẫu thuật [4], [7].

4.3. Điều trị ngoại khoa

Chiến lược lên thang thường được áp dụng đối với các can thiệp ngoại khoa trong bệnh Crohn có rò hậu môn (Hình 2): Thăm khám dưới gây mê là can thiệp đầu tiên để chẩn đoán và điều trị ban đầu với

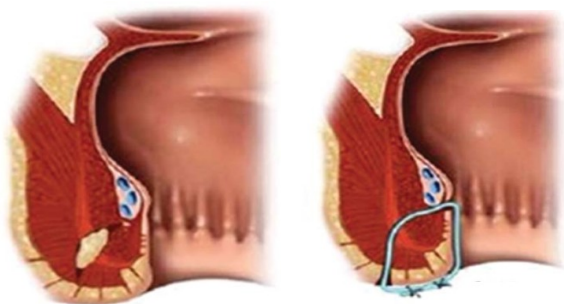
mục tiêu kiểm soát nhiễm trùng (dẫn lưu áp xe, cột dây thun) và giảm triệu chứng. Nếu bệnh nhân còn triệu chứng, các can thiệp đóng đường rò có thể được xem xét với mục tiêu quan trọng là bảo tồn chức năng cơ thắt. Chuyển dòng phân và phẫu thuật cắt trực tràng là các chọn lựa cuối cùng cho những trường hợp kháng trị.



Hình 2. Chiến lược lên thang trong phẫu thuật đối với bệnh Crohn có rò hậu môn [3]

Dẫn lưu và cột dây thun

Dẫn lưu áp xe và các ổ tụ dịch quanh hậu môn giúp giảm nguy cơ nhiễm trùng khi dùng thuốc ức chế miễn dịch. Trong quá trình dẫn lưu, nếu phát hiện lỗ rò trong, nên tiến hành cột dây thun đường rò xuyên qua ổ áp xe. Ngược lại, nếu không phát hiện lỗ rò trong, chỉ cần dẫn lưu ổ áp xe. Trong trường hợp này, khoảng 32% sẽ xuất hiện đường rò về sau [3].



A B

Hình 3. Vai trò của cột dây thun (seton) trong bệnh Crohn có rò hậu môn [7]. Dùng kháng TNF mà không cột dây thun có thể tạo các đường rò nhánh hay áp xe do 2 lỗ mở của đường rò đóng sớm (Hình A). Cột dây thun giúp đường rò dẫn lưu tốt, tránh nguy cơ tạo áp xe (Hình B).

Cột dây thun (seton) là một trong các can thiệp ngoại khoa đầu tay cho bệnh nhân bệnh Crohn có rò hậu môn, đặc biệt trong các trường hợp rò phức tạp, rò không đáp ứng điều trị ban đầu hay có viêm trực tràng đi kèm. Nếu dùng kháng TNF và không kèm cột dây thun, các lỗ mở của đường rò có thể lành sớm hơn đường rò, từ đó tăng nguy cơ xuất hiện áp xe hay đường rò nhánh (Hình 3). Tỷ lệ xuất hiện áp xe trong những trường hợp này có thể lên đến 11-15% [7]. Cột dây thun giúp giữ cho đường rò mở và dịch được dẫn lưu cho đến khi đường rò hết viêm. Khi đó dây thun sẽ được rút và đường rò sẽ lành dần. Muốn đường rò đóng hoàn toàn, dây thun cần được rút. Tuy nhiên, thời điểm rút dây thun vẫn chưa được khuyến cáo. Kết quả một nghiên cứu cho thấy nếu rút dây thun sau 2 tuần dùng kháng TNF, tỷ lệ xuất hiện áp xe lên đến 15% [4]. Một số đồng thuận khuyên rằng dây thun nên được rút sau khi hết giai đoạn điều trị tấn công đối với infliximab [4] hay sau khi truyền ít nhất 5 liều infliximab [5]. Một số tác giả khác khuyên chỉ nên rút dây thun khi đạt lui bệnh hoàn toàn (Bảng 1) kèm với tình trạng viêm trực tràng đã được kiểm soát [7].

Các can thiệp ngoại khoa khác

Mở đường rò (fistulotomy) có thể được chỉ định cho các trường hợp rò đơn giản và rò thấp, đặc biệt khi không có tổn thương trực tràng đi kèm. Nếu có tổn thương trực tràng, nên cân nhắc cột dây thun. Không

nên sử dụng phương pháp này trong rò phức tạp do nguy cơ tổn thương cơ thắt hậu môn [6].

Một số can thiệp ngoại khoa được sử dụng để đóng đường rò bao gồm bơm keo fibrin, nút lỗ rò, tạo vạt trượt, cột đường rò gian cơ thắt, các điều trị dựa trên tế bào gốc [1]. Các phương pháp này thường được chỉ định cho bệnh nhân bị rò phức tạp và vẫn còn triệu chứng dù đã được cột dây thun và điều trị nội khoa tích cực [5]. Ngoài ra, chỉ nên áp dụng các can thiệp này khi tình trạng viêm trực tràng đã cải thiện và các ổ áp xe đã được dẫn lưu [2], [4]. Do chưa có hướng dẫn chọn lựa phương pháp tối ưu, quyết định chọn can thiệp nào là tùy thuộc vào từng bệnh nhân cụ thể cũng như mức độ thành thạo của bác sĩ.

Chuyển dòng phân với hậu môn nhân tạo trên dòng và cắt trực tràng là các biện pháp cuối cùng, thường chỉ định cho các bệnh nhân rò hậu môn nặng, phức tạp và không đáp ứng với các điều trị khác [4]. Chuyển dòng phân có thể giúp giảm tình trạng viêm trực tràng và lành đường rò. Kết quả từ một phân tích tổng hợp trên 556 bệnh nhân bệnh Crohn có rò hậu môn cho thấy 63,8% có đáp ứng lâm sàng ban đầu sau 3-6 tháng. Tuy nhiên, chỉ có 34,5% được thử phẫu thuật tái lập lưu thông ruột sau 1-1,5 năm và chỉ có 17% thành công.

4.4. Đánh giá đáp ứng điều trị

Đáp ứng điều trị thường được đánh giá dựa vào lui bệnh triệu chứng (Bảng 1). Chụp cộng hưởng từ vùng chậu hay siêu âm qua ngã hậu môn có thể hỗ trợ thêm cho khám lâm sàng, đặc biệt trong những trường hợp rò phức tạp. Đường rò có thể còn hoạt động trên chẩn đoán hình ảnh vài tháng sau khi dịch đã hết tiết ra [7], [8]. Một số tác giả kiến nghị không nên rút dây thun khi đường rò còn viêm trên chụp cộng

hưởng từ ngay cả khi đã đạt lui bệnh triệu chứng.

Bảng 1. Tiêu chuẩn lui bệnh trong bệnh Crohn có rò hậu môn [9]

Lui bệnh hoàn toàn	Lui bệnh triệu chứng và lui bệnh hình ảnh.
Lui bệnh triệu chứng	Không còn đau và rỉ dịch* từ đường rò.
Đáp ứng triệu chứng	Triệu chứng đau và rỉ dịch cải thiện đáng kể (đánh giá bởi bệnh nhân và bác sĩ) mà chưa đạt được tình trạng lui bệnh triệu chứng.
Lui bệnh hình ảnh	Các đường rò không có viêm và không còn áp xe.
*Không còn rỉ dịch được định nghĩa là dịch không còn chảy ra từ đường rò khi ấn nhẹ.	

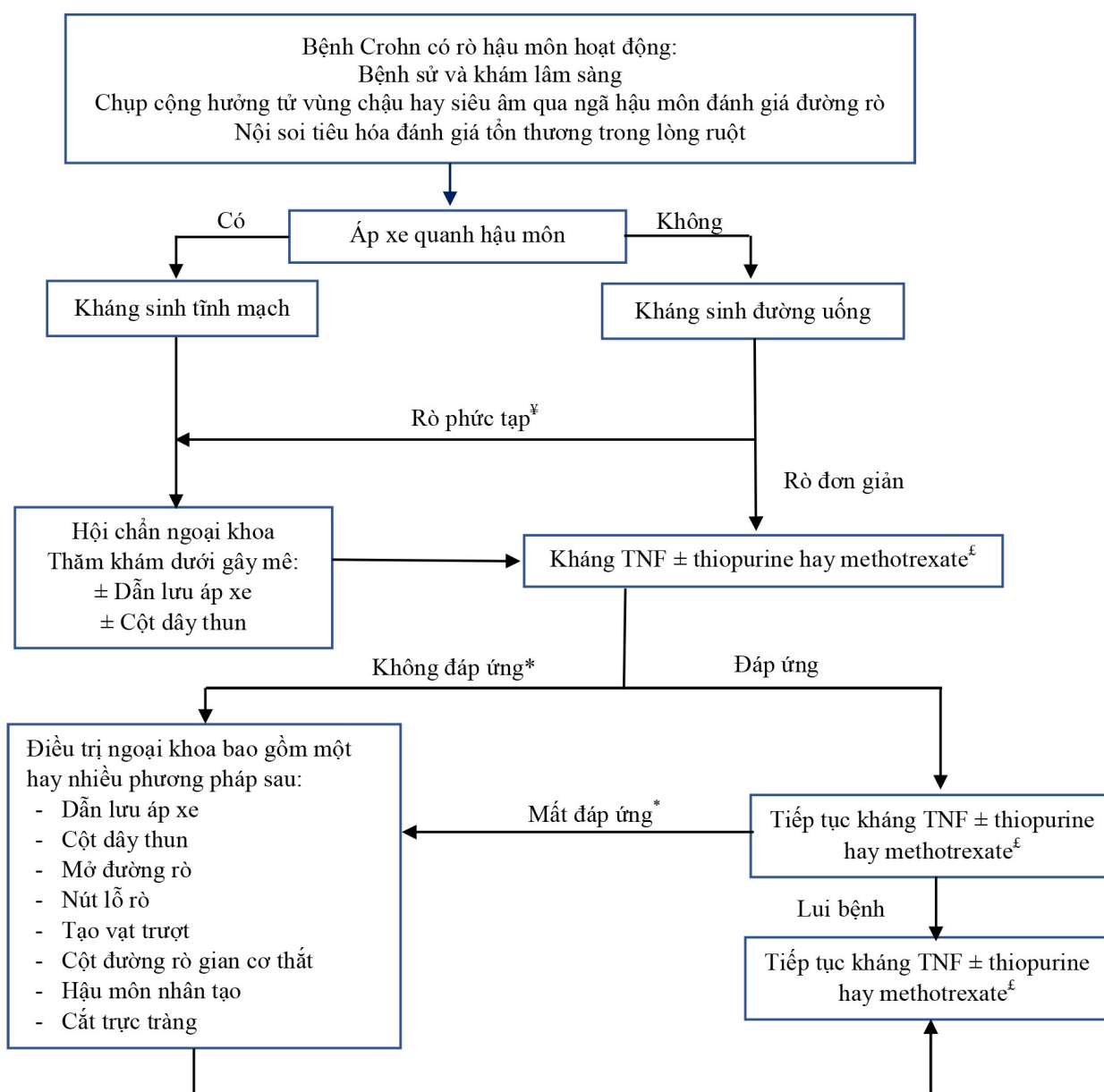
5. Lưu đồ xử trí rò hậu môn trong bệnh Crohn

Bệnh nhân bệnh Crohn bị rò hậu môn cần được đánh giá có áp xe quanh hậu môn đi kèm không, nhất là trong các trường hợp có triệu chứng gợi ý như đau, sốt hay tăng bạch cầu. Nếu có áp xe, bệnh nhân sẽ được khởi động kháng sinh đường tĩnh mạch, hội chẩn ngoại khoa và thực hiện thăm khám dưới gây mê để dẫn lưu và cột dây thun trước khi khởi động kháng TNF và điều hòa miễn dịch. Nếu không có áp xe, kháng sinh đường uống sẽ được dùng để kiểm soát triệu chứng ban đầu. Đường rò cần được phân loại (đơn giản hay phức tạp) để chọn lựa kết hoạch điều trị tiếp theo. Nếu là rò phức tạp, bệnh nhân cũng sẽ được hội chẩn ngoại khoa và thực hiện thăm khám dưới gây mê để cột dây thun trước khi khởi động kháng TNF và thuốc điều hòa miễn dịch. Ngược lại, trong trường hợp rò đơn giản, nhất là khi có kèm viêm trực tràng, bệnh nhân có thể được điều trị với kháng TNF và thuốc điều hòa miễn dịch mà chưa cần can thiệp ngoại

khoa. Trong một số ít trường hợp bị rò đơn giản và không kèm viêm trực tràng, có thể xem xét sử dụng điều hòa miễn dịch đơn độc, mà chưa cần dùng kháng TNF từ đầu [9].

Sau khi khởi động điều trị ban đầu, bệnh nhân sẽ được đánh giá đáp ứng bằng khám lâm sàng và chụp cộng hưởng từ vùng chậu hay siêu âm qua ngã hậu môn. Những trường hợp có đáp ứng sẽ được tiếp tục điều trị. Những bệnh nhân không có

đáp ứng hay bị mất đáp ứng sau khi có đáp ứng ban đầu sẽ được tối ưu hóa điều trị nội khoa cũng như hội chẩn ngoại khoa để chọn lựa biện pháp điều trị tiếp theo. Do nguy cơ đường rò không lành cao hơn ở nhóm bị rò phức tạp hay có viêm trực tràng, những bệnh nhân này nên được theo dõi sát để có thể tối ưu hóa điều trị nội khoa và can thiệp ngoại khoa sớm nếu cần.



Hình 4. Lưu đồ xử trí rò hậu môn [7], [9].

*Cần tối ưu hóa điều trị nội khoa, có thể bao gồm đo nồng độ thuốc trước khi kết luận không đáp ứng điều trị.

†Rò phức tạp là rò ngang cơ thắt cao, rò trên cơ thắt hay rò ngoài cơ thắt, rò có nhiều lỗ mở, rò móng ngựa, có áp xe quanh hậu môn, có rò sang cơ quan lân cận như âm đạo hay trực tràng.

‡Xem xét dùng điều hòa miễn dịch đơn độc trong một số trường hợp rò đơn giản và không có viêm trực tràng.

5. Kết luận

Rò hậu môn là biến chứng thường gặp trong bệnh Crohn. Đánh giá ban đầu để phân loại đường rò (đơn giản hay phức tạp) và xác định tình trạng viêm trực tràng đi kèm có vai trò quyết định trong chọn lựa phương pháp điều trị cho bệnh nhân. Phối hợp nội - ngoại khoa là nền tảng trong điều trị. Đối với những trường hợp rò phức tạp hay có viêm trực tràng, sử dụng thuốc kháng TNF kèm với điều hòa miễn dịch, kháng sinh sau khi dẫn lưu và cột dây thun là chiến lược thường được ưu tiên chọn lựa.

Tài liệu tham khảo

1. Adamina M, Bonovas S, Raine T et al (2020) *ECCO guidelines on therapeutics in Crohn's disease: Surgical treatment*. J Crohns Colitis 14(2): 155-168.
2. Bemelman WA, Warusavitarne J, Sampietro GM, Serclova Z, Zmora O, Luglio G, de Buck van Overstraeten A, Burke JP, Buskens CJ, Colombo F, Dias JA, Eliakim R, Elosua T, Gecim IE, Kolacek S, Kierkus J, Kolho KL, Lefevre JH, Millan M, Panis Y, Pinkney T, Russell RK, Shwaartz C, Vaizey C, Yassin N, D'Hoore A (2018) *ECCO-ESCP consensus on surgery for Crohn's disease*. J Crohns Colitis 12(1): 1-16.
3. Fichera A, Zoccali M (2015) *Guidelines for the surgical treatment of Crohn's perianal fistulas*. Inflamm Bowel Dis 21(4): 753-758.
4. Gecse KB, Bemelman W, Kamm MA et al (2014) *A global consensus on the classification, diagnosis and multidisciplinary treatment of perianal fistulising Crohn's disease*. Gut 63(9): 1381-1392.
5. Lamb CA, Kennedy NA, Raine T et al (2021) *British Society of gastroenterology consensus guidelines on the management of inflammatory bowel disease in adults*. Gut 70(4): 1.
6. Ooi CJ, Makharia GK, Hilmi I et al (2016) *Asia-Pacific consensus statements on Crohn's disease. Part 2: Management*. J Gastroenterol Hepatol 31(1): 56-68.
8. Schwartz DA, Ghazi LJ, Regueiro M et al (2015) *Guidelines for the multidisciplinary management of Crohn's perianal fistulas: Summary statement*. Inflamm Bowel Dis 21(4): 723-730.
9. Schwartz DA, Ghazi LJ, Regueiro M (2015) *Guidelines for medical treatment of Crohn's perianal fistulas: Critical evaluation of therapeutic trials*. Inflamm Bowel Dis 21(4): 737-752.
10. Steinhart AH, Panaccione R, Targownik L et al (2019) *Clinical practice guideline for the medical management of perianal fistulizing Crohn's disease: The Toronto consensus*. Inflamm Bowel Dis 25(1): 1-13.
11. Torres J, Bonovas S, Doherty G et al (2020) *ECCO Guidelines on Therapeutics in Crohn's disease: Medical treatment*. J Crohns Colitis 14(1): 4-22.