

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ALTEMEIER ĐIỀU TRỊ SA TRỰC TRÀNG

Trần Đình Phú¹, Trần Văn Phoi^{2*}

1. Bệnh viện Chợ Rẫy, thành phố Hồ Chí Minh

2. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

*Email: tranvanphoi60@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/04/2023

Ngày phản biện: 09/5/2023

Ngày duyệt đăng: 29/5/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sa trực tràng toàn thành có thể điều trị bằng phẫu thuật Altemeier. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả của phẫu thuật Altemeier trong điều trị sa trực tràng toàn thành. **Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt ca, từ 08/2010 đến 02/2017, tại bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh có 56 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh sa trực tràng và điều trị bằng phẫu thuật Altemeier. **Kết quả:** Trong nghiên cứu, nữ giới chiếm đa số trong bệnh sa trực tràng 62,5%, nam giới có tỉ lệ 37,5%. Tuổi nhỏ nhất trong nghiên cứu là 12 tuổi. Tuổi lớn nhất trong nghiên cứu là 90 tuổi. Tuổi trung bình là 63,9 tuổi. Về thời gian mổ, phẫu thuật khâu tay là 98,7 và khâu máy là 70 phút, trong đó bệnh nhân nam là 108,5 và nữ là 85,5. Tai biến và biến chứng: Có 2 bệnh nhân có xì miệng nối được phát hiện ngày thứ 6 sau mổ. Chúng tôi không ghi nhận biến chứng: chảy máu, thủng bàng quang, thủng ruột, thủng âm đạo. Thời gian hậu phẫu trung bình là 6,5 ngày, (nối tay là 6,8 ngày và nối máy là 5,5 ngày). Kết quả sau mổ chung, chúng tôi theo dõi được 48 bệnh nhân. Thời gian theo dõi trung bình là 34,2 tháng. Có 3 bệnh nhân tái phát, có một bệnh nhân mổ lại cũng cắt đại trực tràng qua ngã hậu môn cho kết quả tốt. Không có tử vong do mổ. **Kết luận:** Phẫu thuật Altemeier là một lựa chọn tốt cho sa trực tràng ở bệnh nhân thích hợp. Ưu điểm là phẫu thuật nhẹ nhưng vẫn giải quyết được sa trực tràng cho bệnh nhân.

Từ khóa: Phẫu thuật Altemeier, sa trực tràng.

ABSTRACT

OUTCOMES OF ALTEMEIER'S PROCEDURE IN TREATMENT OF RECTAL PROLAPSE

Tran Đình Phú¹, Tran Văn Phoi^{2*}

1. ChoRay Hospital

2. University of Medicine and Pharmacy at HoChiMinh City

Email: tranvanphoi60@gmail.com

Background: Complete rectal prolapses can be treated by Altemeier's procedure. **Objectives:** To evaluate the outcomes of Altemeier's procedure for complete rectal prolapse. **Materials and methods:** A retrospective study was done in 56 patients with complete rectal prolapse treated by Altemeier's procedure from 08/2010 to 02/2017, at University Medical Center. **Results:** Most of patients in study was female 62.0%, male 37.5%. The youngest patient was 12 and the oldest patients was 90, average age was 63.9. Operation: Operating time of hand sewn is 98.7 minutes and stapler is 70 minutes, male is 108.5 and 85.5 in female. Complications: There are 2 anastomotic leakages in 6th day of postoperative period. There was no bleeding, bladder, intestinal, vaginal injury. Average postoperative time 6.5 days (6.8 in hand-sewn and 5.5 in stapler). 48 patients were completely followed up postoperatively. Average follow-up times was 34.2 months. There were 3 recurrences, one patient underwent Altemeier's procedure again with good result. There was no mortality or morbidity was

recorded. **Conclusions:** *Altemeier's procedure is good in suitable patients with complete rectal prolapse. Advantage is the mild operation with the good results.*

Key words: *Altemeier's procedure, rectal prolapse.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa trực tràng toàn bộ tuy không nguy hiểm nhưng ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt và công việc [1]. Điều trị sa trực tràng thường phải can thiệp ngoại khoa. Có thể can thiệp qua ổ bụng và can thiệp qua tầng sinh môn. Mỗi phương pháp mổ, có những ưu điểm và nhược điểm khác nhau [2], [3]. Tuy nhiên, kết quả điều trị không có cách nào là tuyệt đối tốt nên đến nay vẫn tồn tại 2 khuynh hướng can thiệp trong điều trị. Việc chọn lựa phương pháp nào cho người bệnh là quan trọng. Phẫu thuật qua đường bụng là phương pháp cố định trực tràng có hay không kèm cắt đoạn đại tràng như Orr hay Orr-Loygue, có dùng lưới như Ripstein hay Wells. Đối với phẫu thuật có cắt nối ruột nguy cơ xì rò là đáng ngại, đối với phẫu thuật đặt lưới thì không nên kèm cắt ruột vì dễ nhiễm trùng và dị vật dễ biến chứng nhiễm trùng và xơ hẹp. Phẫu thuật qua tầng sinh môn từ đơn giản nhất là khâu hẹp lỗ hậu môn của Thiersch đến Delorme có nhược điểm đáng kể là tái phát cao nên dần dần ít được áp dụng. Hiện nay, phẫu thuật Altemeier điều trị sa trực tràng qua đường tầng sinh môn được cho là có kết quả tốt, không kém phẫu thuật qua đường bụng [4].

Vấn đề được đặt ra là: bệnh nhân nào phù hợp với phẫu thuật Altemeier? Và kết quả điều trị ra sao? Chính vì thế, nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả điều trị sa trực tràng với các mục tiêu sau: (1) Xác định đặc điểm bệnh nhân sa trực tràng toàn phần được phẫu thuật Altemeier. (2) Đánh giá kết quả của phẫu thuật trong điều trị sa trực tràng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh sa trực tràng toàn thành có chỉ định mổ bằng phương pháp Altemeier. Thời gian: 8/2010- 2/2017 tại bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu báo cáo hàng loạt ca.

Tiến hành:

Bệnh nhân sau khi được nhập viện và chẩn đoán là sa trực tràng toàn thành bằng thăm khám lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng thì được chuẩn bị mổ.

Những xét nghiệm tiền phẫu thường được làm bên cạnh những xét nghiệm thông thường gồm: nội soi đại trực tràng, phản xạ tổng bóng, đo áp lực hậu môn, hình ảnh cộng hưởng từ defeco. Trước mổ, bệnh nhân được chuẩn bị đại tràng bằng thuốc hay thụt tháo. Bệnh nhân được vô cảm bằng gây tê tùy sống hay mê toàn thân. Tư thế phẫu thuật là tư thế phụ khoa.

Phẫu thuật bắt đầu bằng bộc lộ phẫu trường bằng van Lonestar. Sau khi kéo tối đa khối sa để đánh giá mức độ sa, phẫu thuật viên đánh dấu mặt cắt dưới. Thường dùng dao cắt đốt siêu âm hay Ligasure để cắt hết thành trực tràng từ niêm mạc ra ngoài. Khi đã phẫu tích hết toàn bộ thành trực tràng thì mở cửa sổ vào trong xoang phúc mạc để kéo đoạn đại tràng ra ngoài và cắt. Xác định đoạn ruột cần cắt để đảm bảo phần ruột còn lại không căng và đảm bảo máu nuôi tốt. Khâu đóng lại phúc mạc và làm nông hóa cùng đồ Douglas. Kiểm tra và nối tận bằng khâu tay hay khâu máy. Người bệnh được nhịn ăn khoảng 3-5 ngày sau mổ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian gần 7 năm (từ tháng 8/2010 đến tháng 2/2017), chúng tôi chọn được 56 bệnh nhân sa trực tràng được thực hiện phẫu thuật Altemeier tại bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. Nữ giới chiếm đa số trong bệnh sa trực tràng 62,5%, nam giới có tỉ lệ 37,5%. Tuổi nhỏ nhất trong nghiên cứu là 12 tuổi. Tuổi trung bình là 63,9 tuổi. Thời gian sa ngắn nhất là dưới 1 năm. Thời gian sa lâu nhất là 30 năm. Thời gian sa trung bình là 4,15 năm. Về tiền sử chúng tôi chú ý tiền sử sanh đẻ và ghi nhận. Có 35 bệnh nhân nữ. Có 6 bệnh nhân có từ 1 đến 2 con chiếm 17,1%. Có 10 bệnh nhân có từ 3 đến 5 con chiếm 28,5%. Còn lại 19 bệnh nhân có nhiều hơn 5 con chiếm 54,5%, trong đó có 4 bệnh nhân có từ 10 con trở lên. Các nữ bệnh nhân có con ít nhất là 1 và nhiều nhất là 14. Số lần mang thai trung bình của bệnh nhân là 5,6 lần.

Về phẫu thuật, Trong số những yếu tố liên quan đến cuộc mổ, thời gian phẫu thuật là một yếu tố chính. Vì có liên quan đến nhiều nội dung khác nhau khi phẫu thuật nên chúng tôi chia nhỏ ra để khảo sát các yếu tố liên quan trong đó đáng kể là giới nam hay nữ, có khâu bản nâng hay không khâu và sử dụng cách khâu máy hay khâu tay.

Bảng 1. Thời gian phẫu thuật

	Bệnh nhân N	Tối thiểu	Tối đa	Trung bình
Mổ chung	56	40	290	94
Khâu tay	47	50	240	98,7
Khâu máy	9	40	120	70
Khâu bản nâng	16	60	240	113
Không khâu bản nâng	40	40	150	86,5

Nhận xét: Để khảo sát ảnh hưởng của giới đến thời gian mổ, chúng tôi đánh giá dựa trên thời gian mổ theo từng giới và kết quả như sau.

Bảng 2. Thời gian mổ theo giới

	Giới	N	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Sai số
Thời gian mổ	Nam	21	108,57	45,087	9,839
	Nữ	35	85,43	23,651	3,998

Nhận xét: Chúng ta thấy: $t = 2,179$; $df = 26,721$; giá trị p (phép kiểm 2 đuôi) = 0,038. sự khác biệt về thời gian mổ trong 2 nhóm nam và nữ có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%.

Bảng 3. Thời gian phẫu thuật giữa 2 nhóm khâu nối tay và dụng cụ

	Cách nối	N	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Sai số
Thời gian mổ	Nối tay	47	98,72	34,867	7,949
	Nối máy	9	70,0	23,848	5,086

Nhận xét: Chúng ta thấy: $t = 2,359$; $df = 54$; giá trị p (phép kiểm 2 đuôi) = 0,022. Vậy sự khác biệt về thời gian mổ trong 2 nhóm có ý nghĩa với độ tin cậy 95%.

Tai biến và biến chứng: Có 2 bệnh nhân có xì miệng nối được phát hiện ngày thứ 6 sau mổ. Chúng tôi không ghi nhận biến chứng: chảy máu, thủng bàng quang, thủng ruột, thủng âm đạo. Thời gian hậu phẫu trung bình là 6,5 ngày, nối tay là 6,8 ngày và nối máy là 5,5 ngày.

Kết quả sau mổ chung, chúng tôi theo dõi được 48 bệnh nhân, có 8 bệnh nhân mất

liên lạc (ngắn nhất là 3 tháng và lâu nhất là 79 tháng). Thời gian theo dõi trung bình là 34,2 tháng. Chúng tôi đánh giá kết quả lâu dài dựa trên 2 tiêu chí chính là về cơ thể học (trực tràng còn sa hay không, có hẹp miệng nối trực tràng không). Thứ hai về chức năng (táo bón, són phân).

Bảng 4. Kết quả lâu dài

Kết quả	Bệnh nhân (n)	Tỉ lệ %
Tốt	41	73,2
Trung bình	3	5,4
Tái phát	4	7,1
Mất liên lạc	8	14,3
Tổng cộng	56	100

Nhận xét: Bệnh nhân tốt là bệnh nhân không còn sa, tiêu bình thường. Bệnh nhân trung bình là bệnh nhân có táo bón nặng hay són phân. Bệnh nhân tái phát là có sa trực tràng trở lại sau mổ. Trong 3 bệnh nhân tái phát có một bệnh nhân tái phát lại và lần mổ thứ hai cũng cắt đại trực tràng qua ngả hậu môn cho kết quả tốt. Hai bệnh nhân còn lại không mổ một phần vì tuổi cao và đau gì thì sa lại lần này vẫn có thể chấp nhận được.

Có 3 bệnh nhân tử vong, cả 3 tử vong vì nguyên nhân khác.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, toàn bộ 56 bệnh nhân chẩn đoán sa trực tràng vì có khối sa trực tràng qua khối hậu môn. Những triệu chứng thấy được có quay video chứng minh trong tất cả bệnh nhân. Bên cạnh khám thấy khối sa trực tràng, bệnh nhân còn được thăm trực tràng bằng tay để đánh giá trương lực cơ thắt hậu môn và loại trừ những sang thương khác [5], [6]. Trong tất cả các trường hợp cơ thắt còn co được, có thể giảm những mức độ khác nhau nhưng đều còn trương lực. Nếu như bệnh nhân có mất trương lực cơ thắt thì chúng tôi chọn phẫu thuật khác mà không làm phẫu thuật Altemeier. Bên cạnh đánh giá trương lực cơ thắt, khám trực tràng bằng tay còn giúp đánh giá niêm mạc trực tràng giúp chúng ta phân biệt sa trực tràng một phần (chỉ thấy 2 lớp niêm mạc) hay sa toàn bộ (thấy toàn bộ các lớp trực tràng), phân biệt được sa trực tràng với polyp hay khối u. Phần lớn trường hợp cần thêm quay video để chẩn đoán khách quan và khẳng định giá trị thăm khám lâm sàng.

Sanh nhiều lần là một trong số những yếu tố được ghi nhận là thuận lợi để sa trực tràng. Trong nghiên cứu chúng tôi ngoài 21 bệnh nhân nam, có 35 bệnh nhân nữ. Chúng tôi ghi nhận tất cả có mang thai và sinh con, trong đó 6 bệnh nhân sinh 1 đến 2 con, số sinh từ 3 -5 là 10 và còn lại là sinh trên 5 con chiếm 19 bệnh nhân. Cá biệt có bệnh nhân sinh 14 lần. Sanh nhiều lần được ghi nhận là yếu tố thuận lợi gây bệnh.

Những chỉ định của phẫu thuật là [7], [8]

Thứ nhất: bệnh nhân lớn tuổi có nhiều bệnh đi kèm.

Thứ hai: bệnh sa trực tràng có biến chứng sa, nghệt.

Thứ ba: bệnh đã mổ qua đường bụng tái phát.

Về phẫu thuật chúng tôi chú ý một số khía cạnh sau: Chiều dài đoạn ruột được cắt bỏ, cách thức khâu nối bằng máy hay bằng tay, các thủ thuật đi kèm như khâu bó cùng đồ hay không, khâu bản nâng hay không. Về cách thức thực hiện khâu nối, chúng tôi thực hiện 2 cách nối là khâu nối bằng tay và khâu nối máy. Khâu nối bằng tay là cách cổ điển và có thể áp dụng cho tất cả các bệnh nhân, cách này đòi hỏi tốn nhiều thời gian hơn. Khâu nối

máy là cách có thể sử dụng khi bệnh nhân đáp ứng được điều kiện. Đây là một trong những tiến bộ giúp rút ngắn thời gian phẫu thuật mà chúng ta có thể áp dụng được. Đối với những bệnh nhân không có nguy cơ cao thì việc này không ý nghĩa nhiều nhưng thật sự có ý nghĩa nếu mổ ngắn ở bệnh nhân lớn tuổi và có nguy cơ cao.

Trong nghiên cứu 56 bệnh nhân có 47 bệnh nhân được khâu nối bằng tay và 9 bệnh nhân được khâu nối máy. Thời gian mổ chung là 94 phút, trong đó tối thiểu là 40 phút và tối đa là 290 phút. Khâu tay thời gian trung bình là 98,7 phút và khâu máy thời gian trung bình là 70 phút. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $P < 0,5$.

Chúng tôi ghi nhận 2 bệnh nhân bực miệng nối. Cả 2 bệnh nhân đều là nam có tuổi trẻ là 12 và 15 tuổi, chiếm tỉ lệ gần 4%. Cả 2 bệnh nhân này đều phải mổ lại để làm lại miệng nối và lần làm lại miệng nối lần 2 đều thành công.

Trong 48 bệnh nhân được theo dõi đầy đủ chúng tôi ghi nhận 3 bệnh nhân bị tái phát trong đó có một bệnh nhân cần mổ lại. Hai bệnh nhân còn lại không mổ lại vì có thể chịu được do có giảm hơn trước [9]. Đối với bệnh nhân sa trực tràng và được mổ lại cũng vẫn tiến hành phẫu thuật Altemeier và kết quả điều trị lần thứ hai này tốt. Kết quả này cũng giống như các tác giả khác [10].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật Altemeier là một lựa chọn tốt cho sa trực tràng khi được chỉ định thích hợp. Ưu điểm là tránh phẫu thuật nặng nhưng vẫn giải quyết được sa trực tràng cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Út. Đánh giá kết quả phẫu thuật Altemeier điều trị sa trực tràng toàn bộ. Luận văn thạc sĩ y học. 2013.
2. Atallah S, Albert M, DeBeche-Adam TH, Larach S. The Altemeier procedure using biologic mesh. *Tech Coloproctol*. 2012. 16(2), 149-151, doi: 10.1007/s10151-011-0786-1.
3. Boons P, Collinson R, Cunningham C, Lindsey I. Laparoscopic ventral rectopexy for external rectal prolapse improves constipation and avoids de novo constipation. *Colorectal disease*. 2010. 12 (6), 526–532, doi: 10.1111/j.1463-1318.2009.01859.x.
4. Cirocco WC. Explaining the undulating outcomes of perineal rectosigmoidectomy (Altemeier procedure) for rectal prolapse over the last century: technique matter. *Tech Coloproctol*. 2014. 18(11), 979-980, doi: 10.1007/s10151-014-1179-z.
5. Sands DR. Altemeier. *Master technique in general surgery*. 2012. 155-162.
6. Houtouras A, Ribas Y, Zakeri S, Bhan C, Wexner SD, Chan CL, Murphy J. A systemic review of the literature on the surgical management of recurrent rectal prolapse. *Colorectal disease*. 2015. 17(8), 657-664, doi: 10.1111/codi.12946.
7. Pinheiro RV, Leal RF, Coy CSR, Fagundes JJ, Martinez CAR, Ayrizono MLS. Long term outcome of perineal rectosigmoidectomy for rectal prolapse. *Int J Surg*. 2016. 32, 78-82, doi: 10.1016/j.ijssu.2016.06.040.
8. Kim M, Reibetanz J, Schlegel N, Krajcinovic K, Kostler H, Germer CT, Isbert. Recurrence after perineal rectosigmoidectomy: when and why. *Colorectal disease*. 2014. 16(11), 920-924, doi: 10.1111/codi.12756.
9. Kim D-S, Tsang CB, Wong WD, Lowry AC, Goldberg SM, Madoff RD. Complete rectal prolapse: evolution of management and results. 1999. 42, 460-469, doi: 10.1007/BF02234167.
10. Kimmins MH, Evertt BK, Isler J, et al. The Altemeier repair: outpatient treatment of rectal prolapse. *Dis Colon Rectum*. 2001. 44, 565-570, doi: 10.1007/BF02234330.