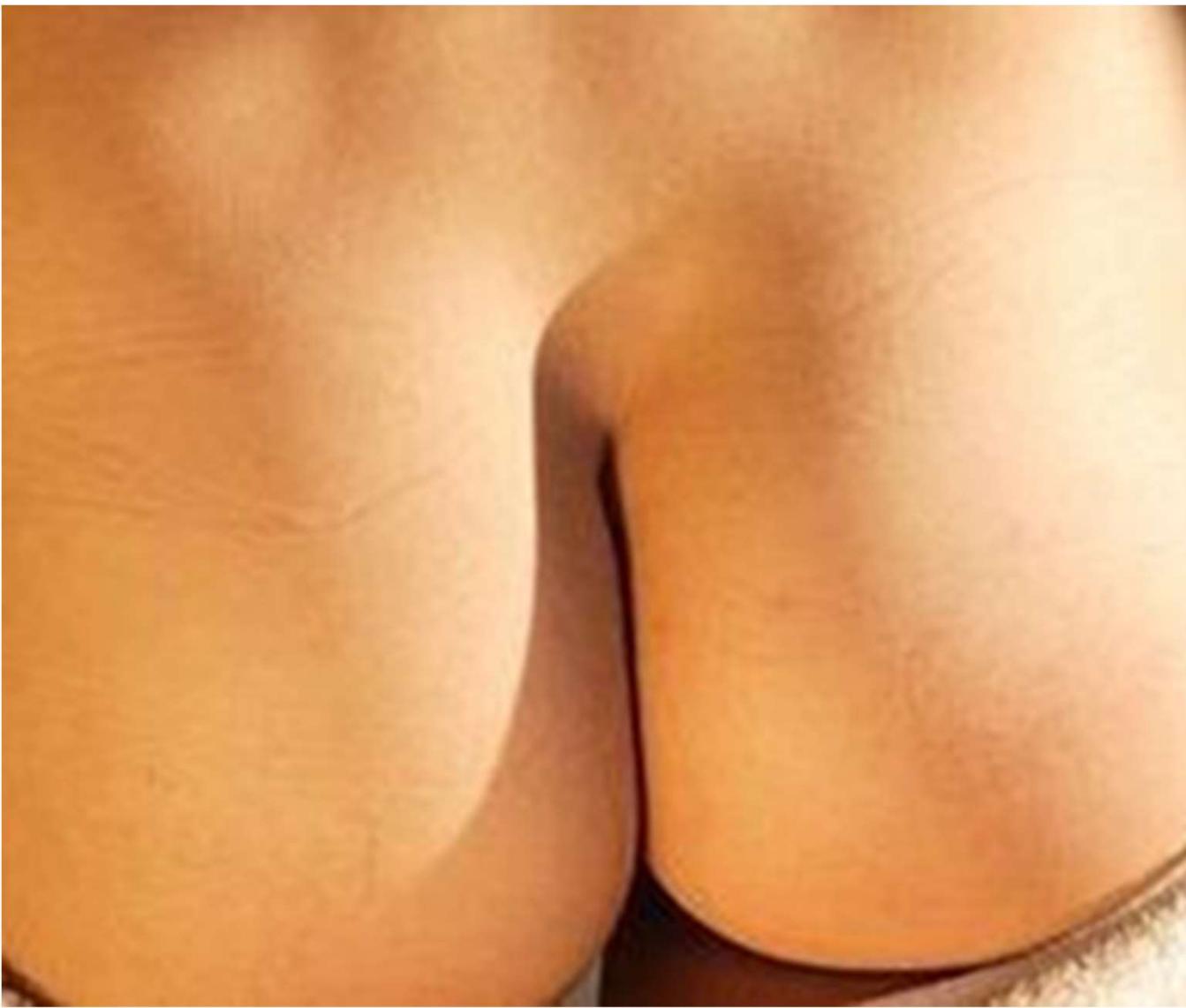
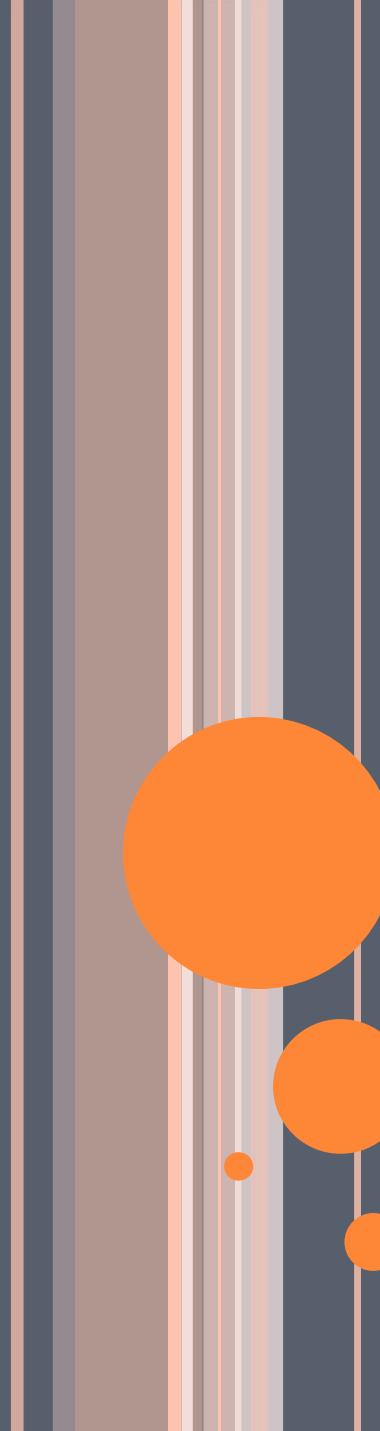


# BỆNH TỐ LÔNG VÙNG CÙNG CỤT



NGUYỄN TRUNG TÍN  
BV ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP HỒ CHÍ MINH





# BIỂU HIỆN LÂM SÀNG

## DẠNG CẤP TÍNH (ÁP XE)



# DẠNG MẶN TÍNH



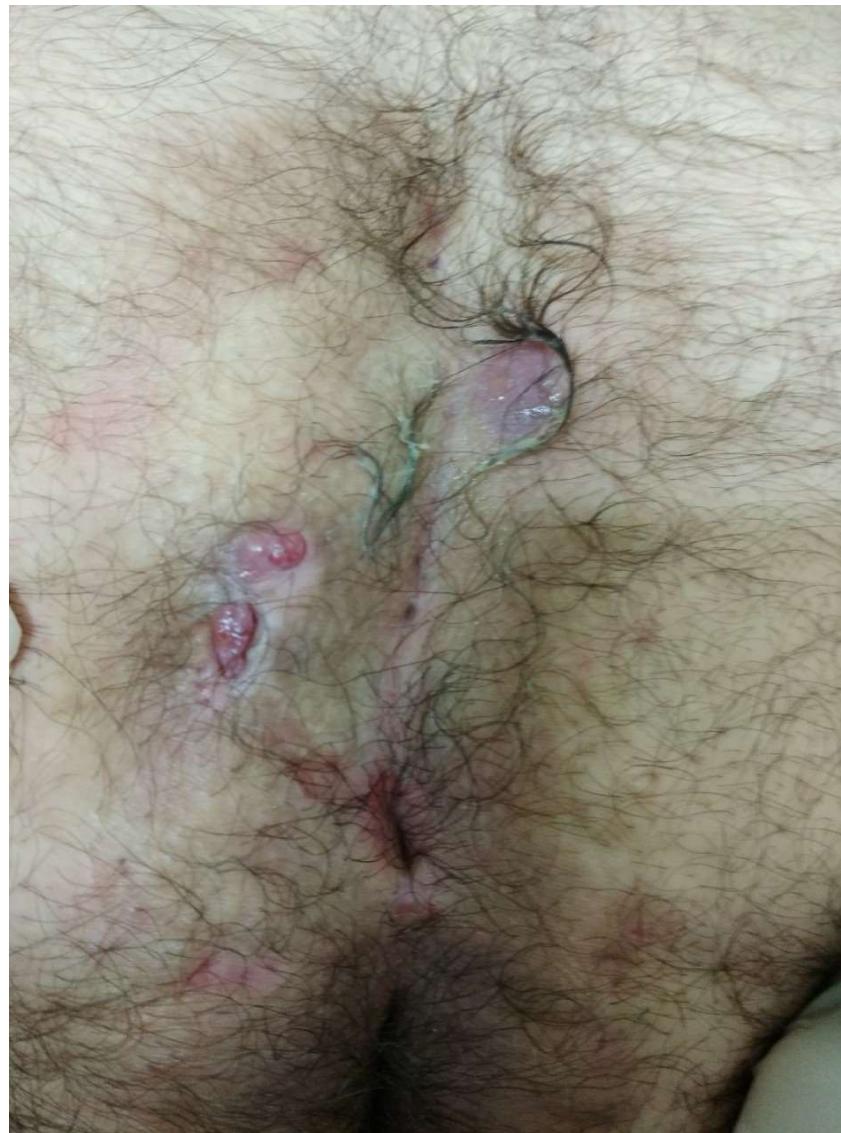
# DẠNG TÁI PHÁT ĐƠN GIẢN



# DẠNG TÁI PHÁT ĐƠN GIẢN

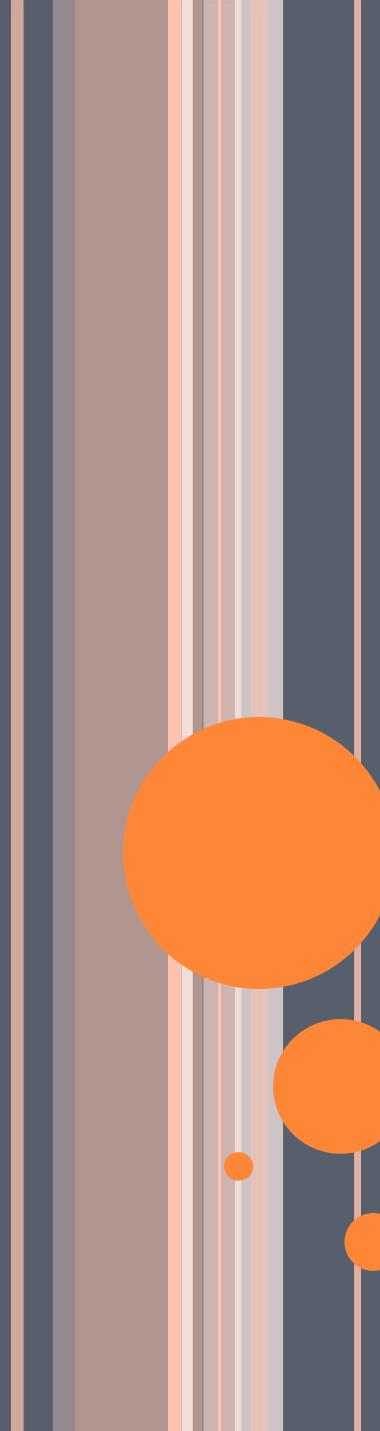


# DẠNG TÁI PHÁT PHỨC TẠP



# DẠNG TÁI PHÁT PHỨC TẠP

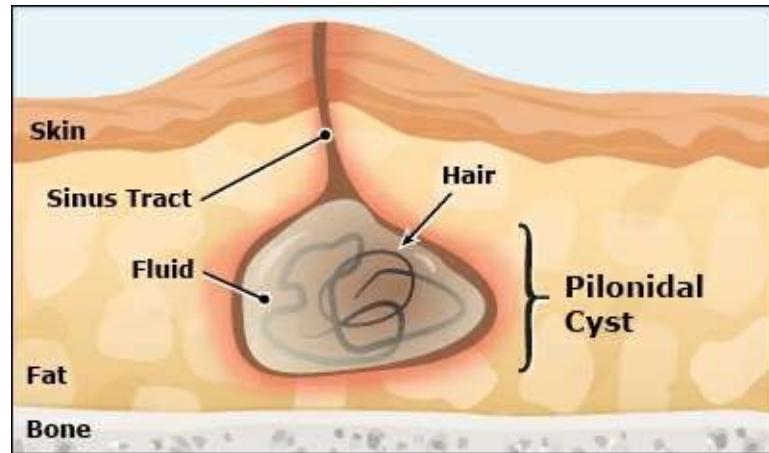




# BỆNH XOANG TỔ LÔNG

## ĐỊNH NGHĨA

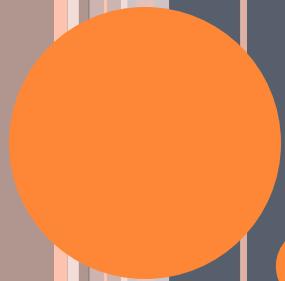
- Xoang tổ lông là đường rò dưới da thường gặp ở rãnh gian mông.



# BỆNH XOANG TỔ LÔNG

- Năm 1833, Herbert Mayo mô tả nang chứa lông vùng xương cụt
- Năm 1880 Hodges R. đặt tên là Xoang tổ lông
- Tên gọi: Pilonidal từ gốc Latin: pilus = lông và nidus = tổ. Pilonidal disease = bệnh tổ lông. Pilonidal sinus = xoang tổ lông.
- Hodges R. Pilonidal sinus. Boston Med Surg J. 1880;103:485–6.

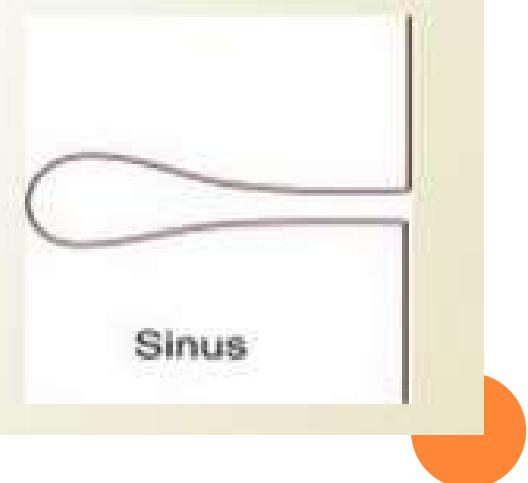




XOANG VS RÒ

# **SINUS:**

- Blind track lined by granulation tissue leading from epithelial surface down into the tissues.
- Latin: Hollow (or) a bay



# PHÂN BIỆT GIỮA XOANG VÀ RÒ

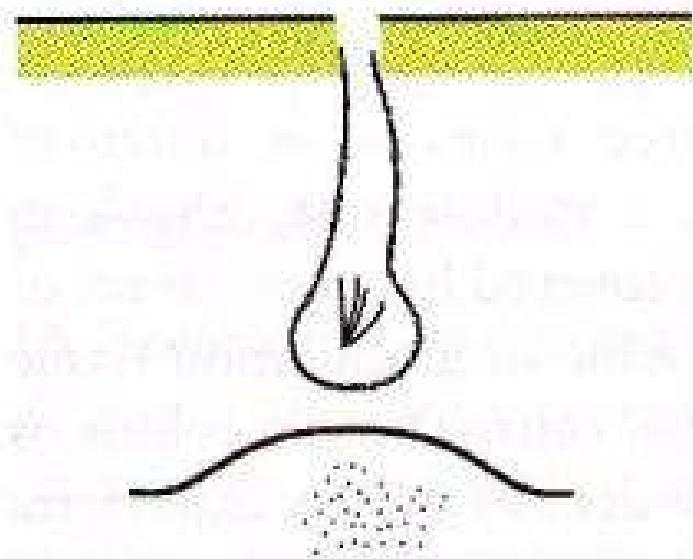
## SINUSES & FISTULAE

### DEFINITIONS

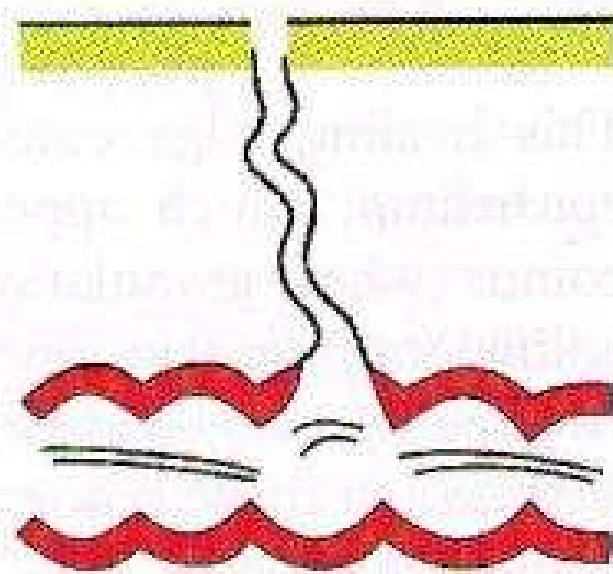
**SINUS:** Is a blind ending tract, usually lined with granulation tissue that leads from an epithelial surface into the surrounding tissue, often into an abscess cavity.

**FISTULA:** Is an abnormal communication between the lumen of one viscus and the lumen of another viscus or the body surface. In other words fistula is an abnormal communication between two epithelial lined surfaces.

It is important to distinguish between sinus and fistula, but this may not be easy, as the internal opening of a fistula may be difficult to demonstrate.

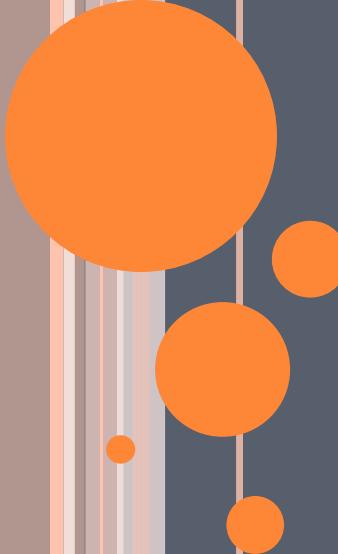
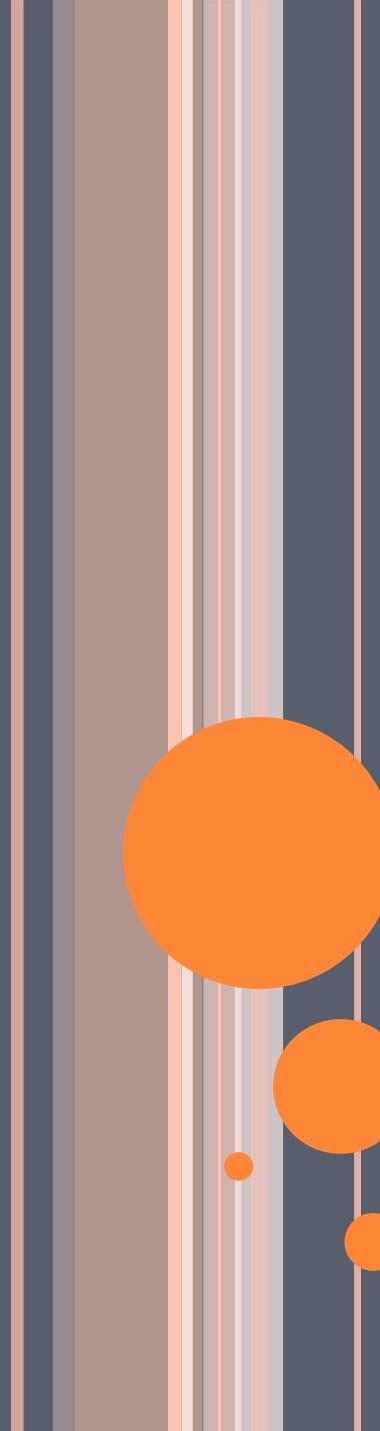


(a)



(b)

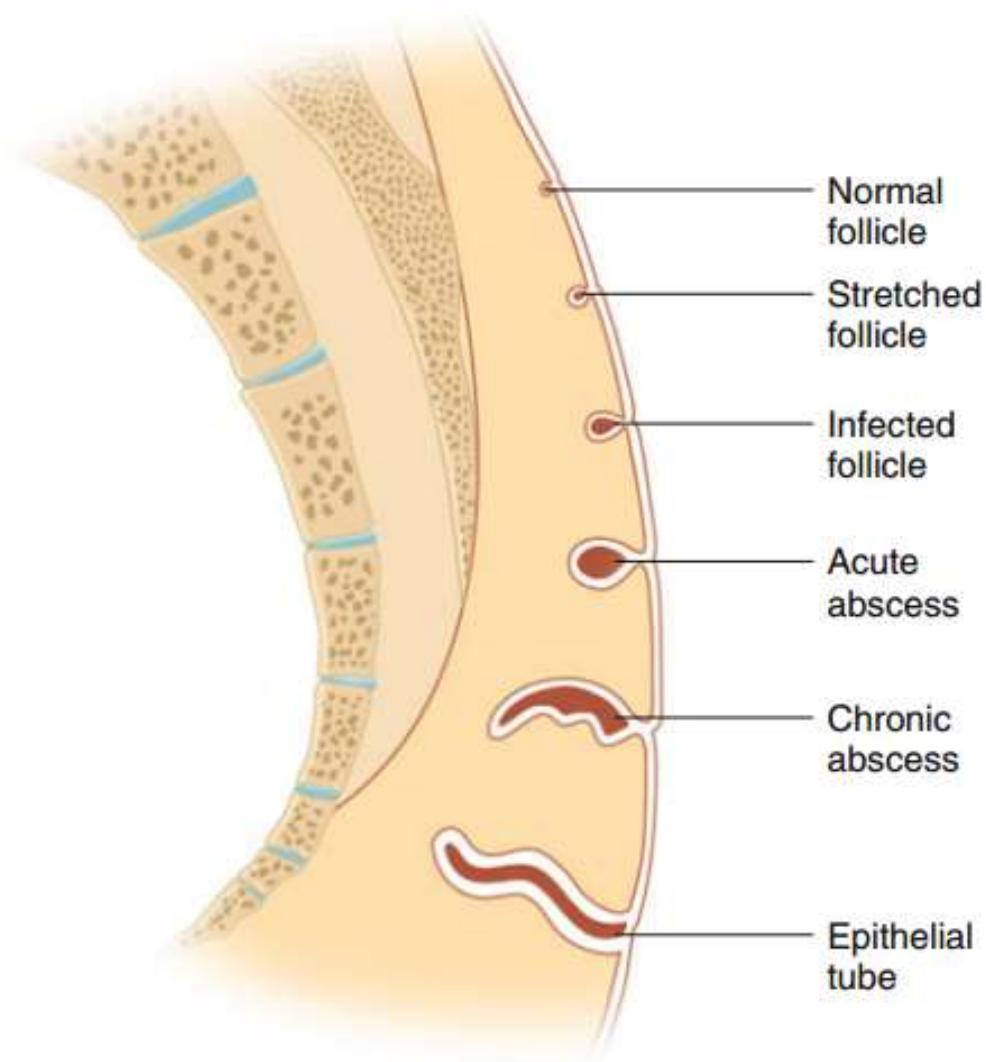
**Fig. 12.18** (a) A sinus, and (b) a fistula. Both usually arise from a preceding abscess. (a) This shows that a sinus is a blind track, in this case a pilonidal sinus with its hairs; (b) this shows that a fistula is a track connecting two (epithelial) lined surfaces, in this case a colocutaneous fistula.



NGUYÊN NHÂN

# MẮC PHẢI (BASCOM)

Pathogenesis of  
pilonidal disease

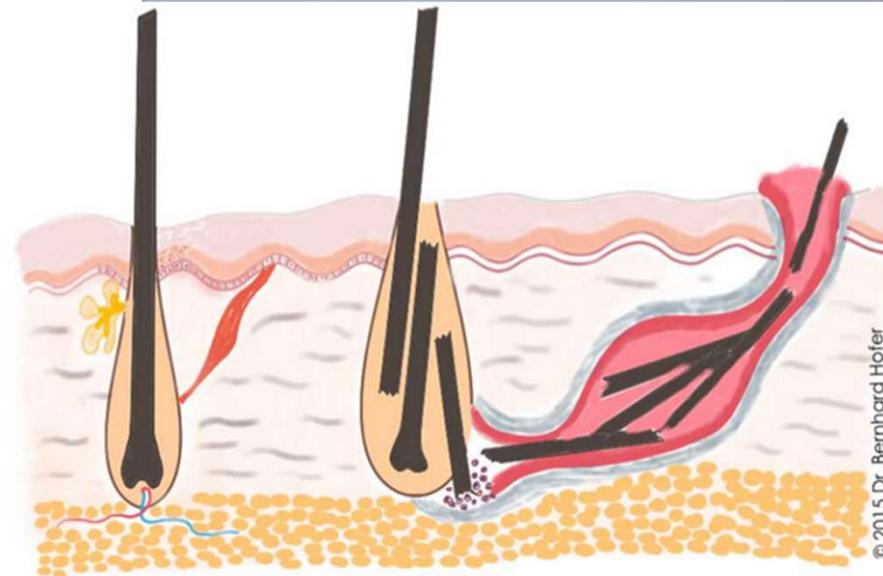


# BASCOM

Nang lông  
bị nhiễm  
trùng

Cử động của  
2 móng tạo  
nên lực hút  
chân không

Lông bị hút  
sâu vào da

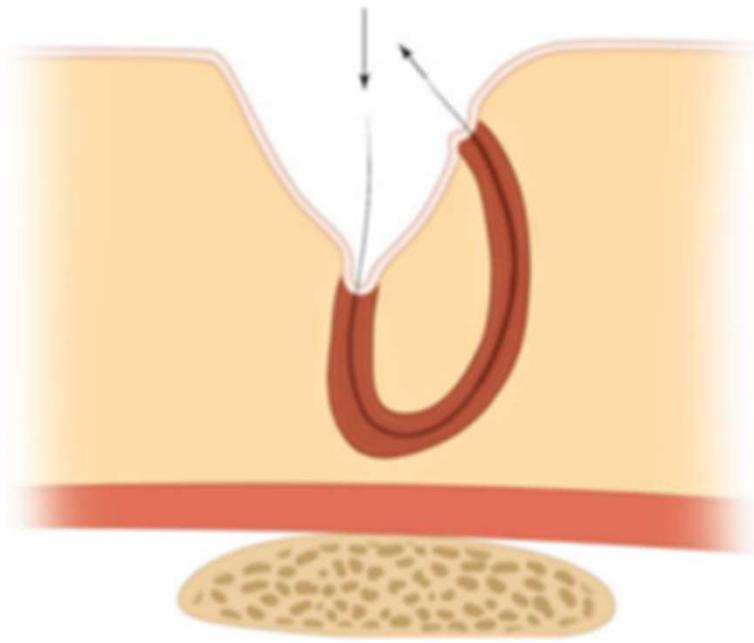


Hair follicle (left), dilated hair follicle and pilonidal sinus (right)

# MẮC PHẢI (KARYDAKIS)

## BỆNH SINH

- Karydakis: sợi lông bị gãy chôn vào trong da tạo nên các hốm trên da, các sợi lông này gây nhiễm trùng, áp xe và rò.

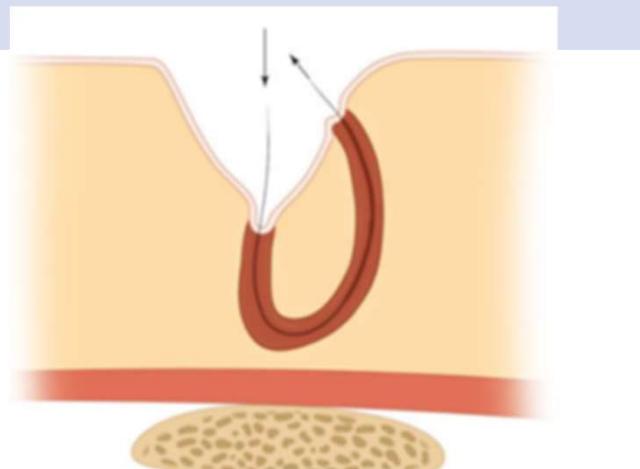


# CƠ CHẾ KARYDAKIS

Mông cọ xát+  
lực cắt trong  
rãnh gian  
mông

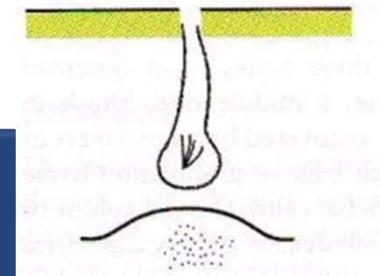
Lông gãy,  
rụng và tập  
trung vào  
rãnh gian  
mông

Lông khoan  
sâu vào da

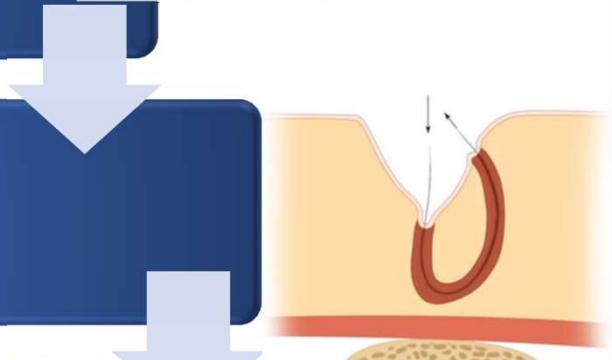


## Cả hai cơ chế của Bascom và Karydakis

Tạo xoang nguyên phát dưới da, trong rãnh gian mông, nhiễm trùng mạn tính

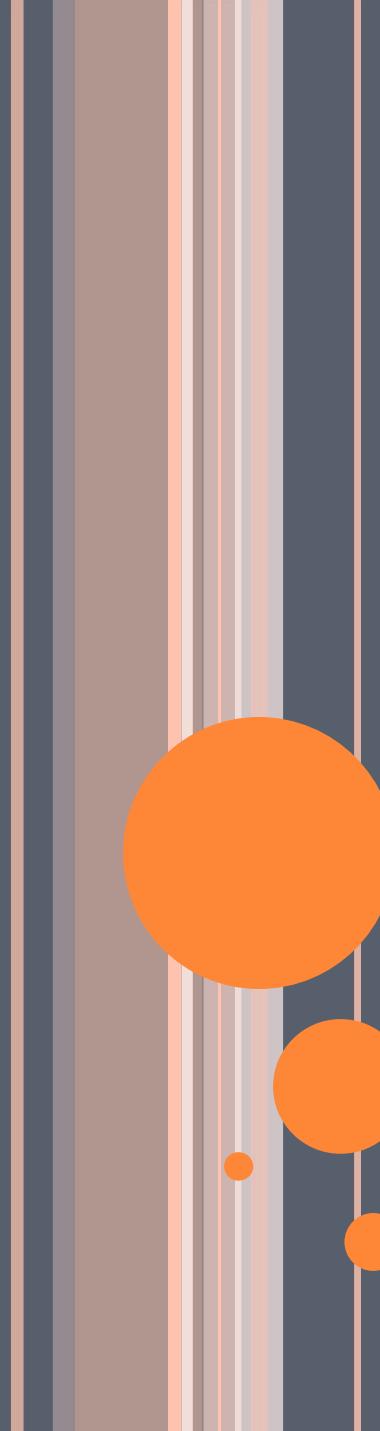


Tạo thành đường rò thứ phát hai bên rãnh gian mông



Các lỗ mở ra được lót bằng mô hạt

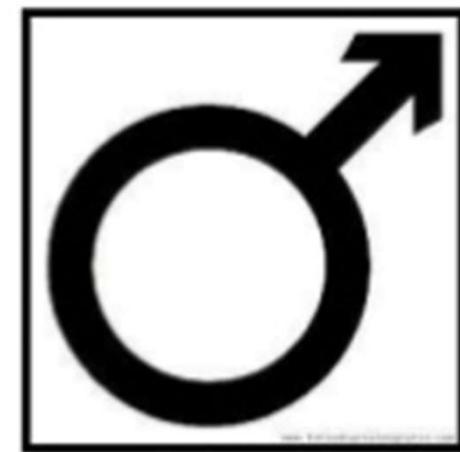




# YẾU TỐ NGUY CƠ

# TẦN XUẤT VÀ YÊU TỐ NGUY CƠ

- Tần xuất mới mắc 26/100.000
- 15 – 30 tuổi # tuổi dậy thì, có sự tác động hormone sinh dục lên nang lông
- Ít gặp ở cá thể > 40 tuổi
- Người lớn Nam > nữ = 3 - 6 : 1



# TẦN XUẤT VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ

- Béo phì,
- Tiền sử viêm nang lông  
hay nhọt ở những vùng  
khác của cơ thể



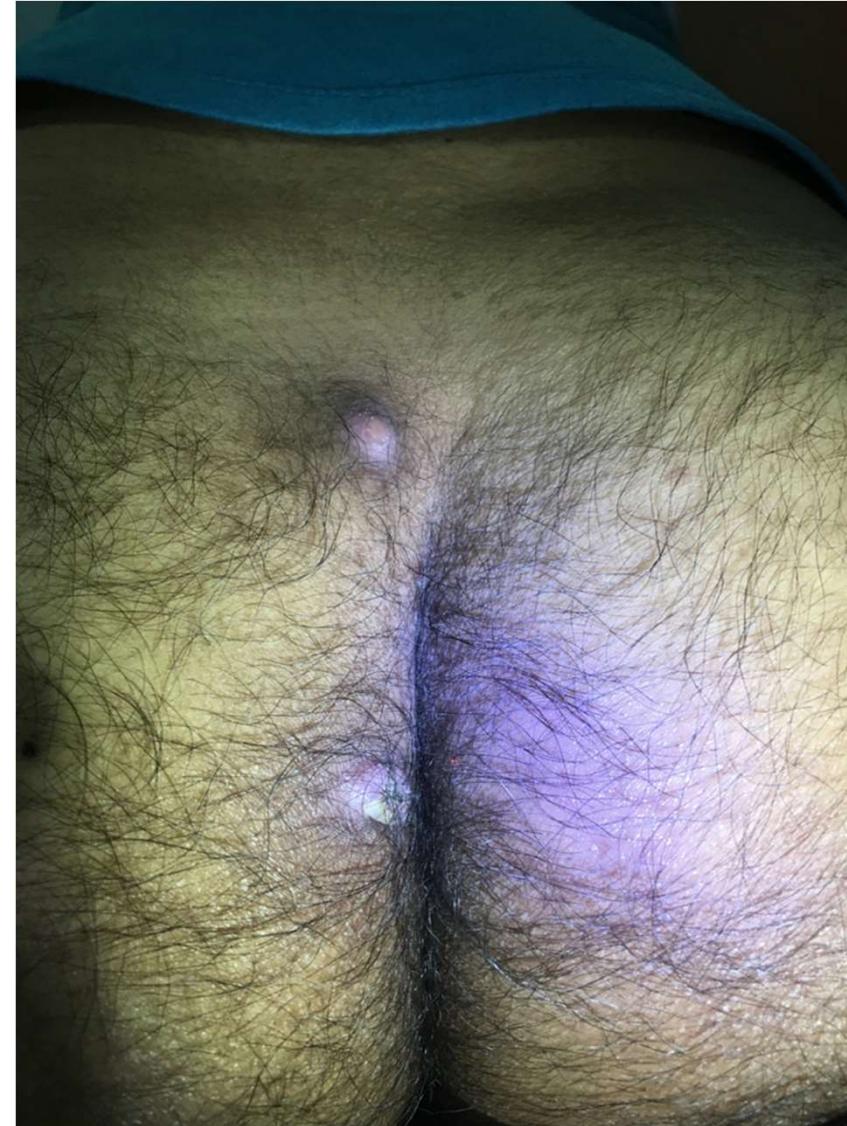
# TÂN XUẤT VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ

- Rãnh gian mông sâu



# TÂN XUẤT VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ

- Rậm lông



## TÂN XUẤT VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ

- Tiền sử gia đình là yếu tố tiên lượng tái phát cao sau phẫu thuật

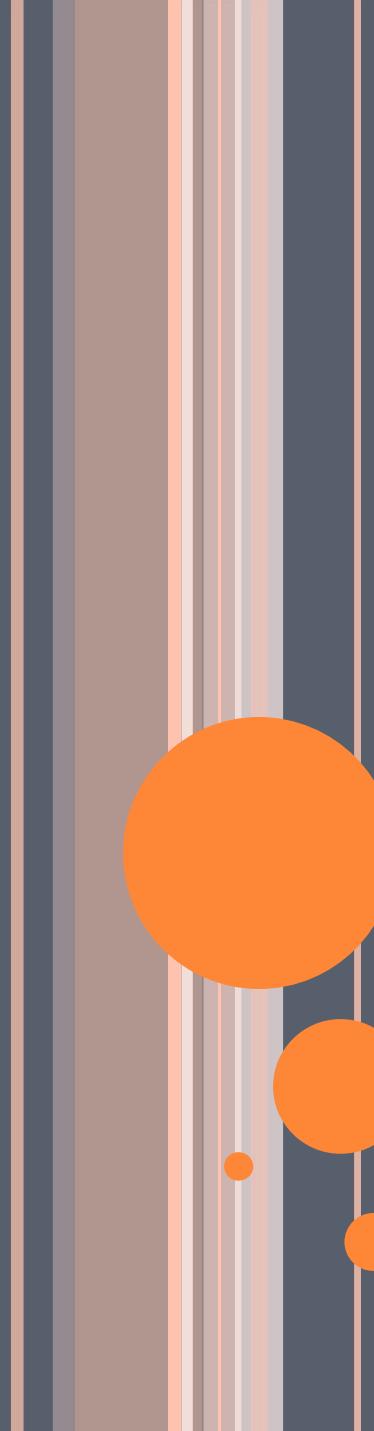
Doll D, Matevossian E, Wietelmann K, Evers T, Kriner M, Petersen S. Family history of pilonidal sinus predisposes to earlier onset of disease and a 50% long-term recurrence rate. Dis Colon Rectum. 2009;52(9):1610–5. Epub 2009/08/20.



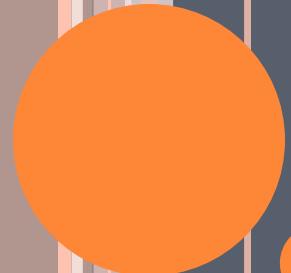
## TẦN XUẤT VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ

- Yếu tố tiên lượng gia đình có liên quan đến thành viên khác trong gia đình do có kiểu lông tương tự và thói quen vệ sinh cơ thể tương tự hơn là nguyên nhân di truyền gen gây bệnh.





# CHẨN ĐOÁN BỆNH TỔ LÔNG



# CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

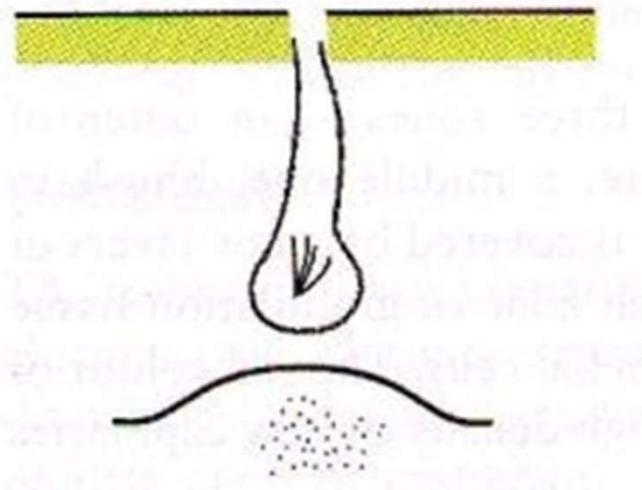
Làm thế nào để nhận biết  
bệnh tổ lông?

Tìm các lỗm da trong rãnh  
gian mông

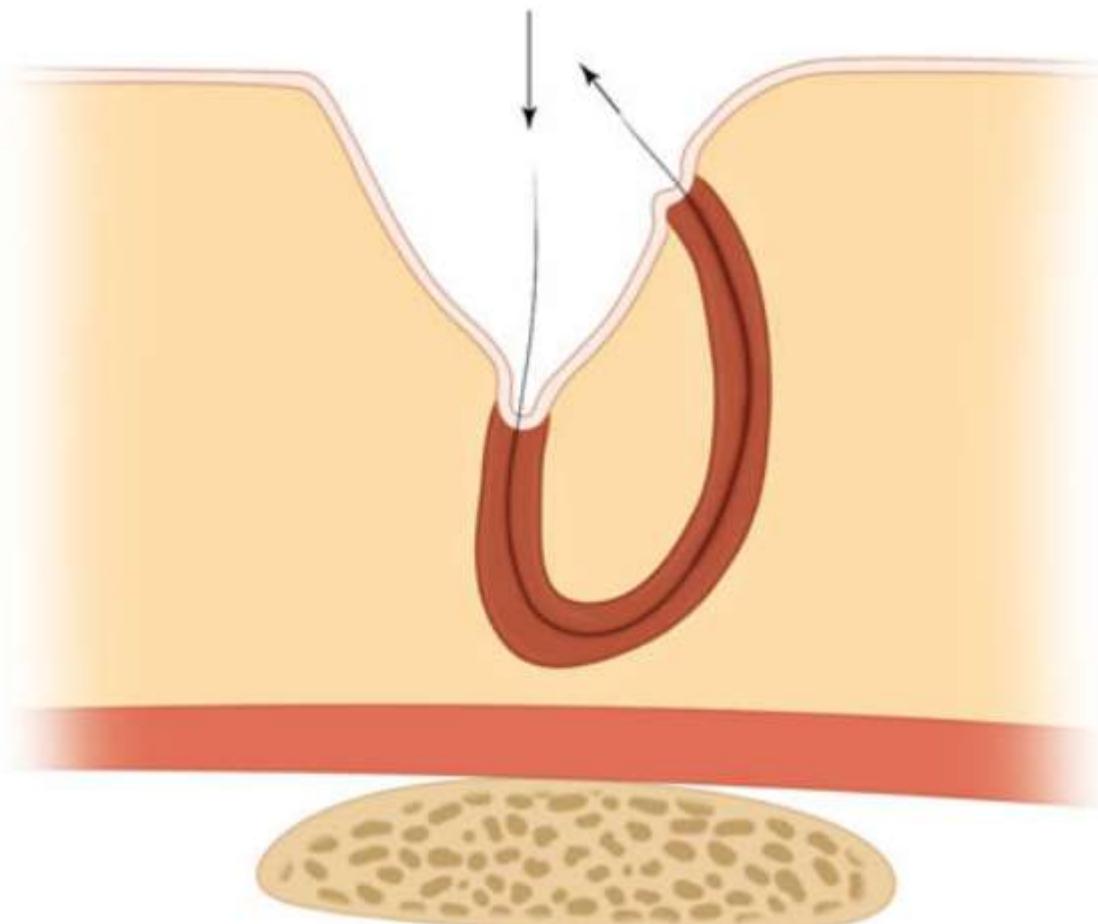




- Những lỗm da này là lỗ tiên phát (lỗ vào) và lỗ thứ phát (lỗ ra) của xoang tổ lông.
- Các lỗ tiên phát thường nằm ở đáy hay đầu dưới của rãnh gian mông (khoảng 5 cm trên hậu môn) và thấy lông nhô ra qua các lỗ này



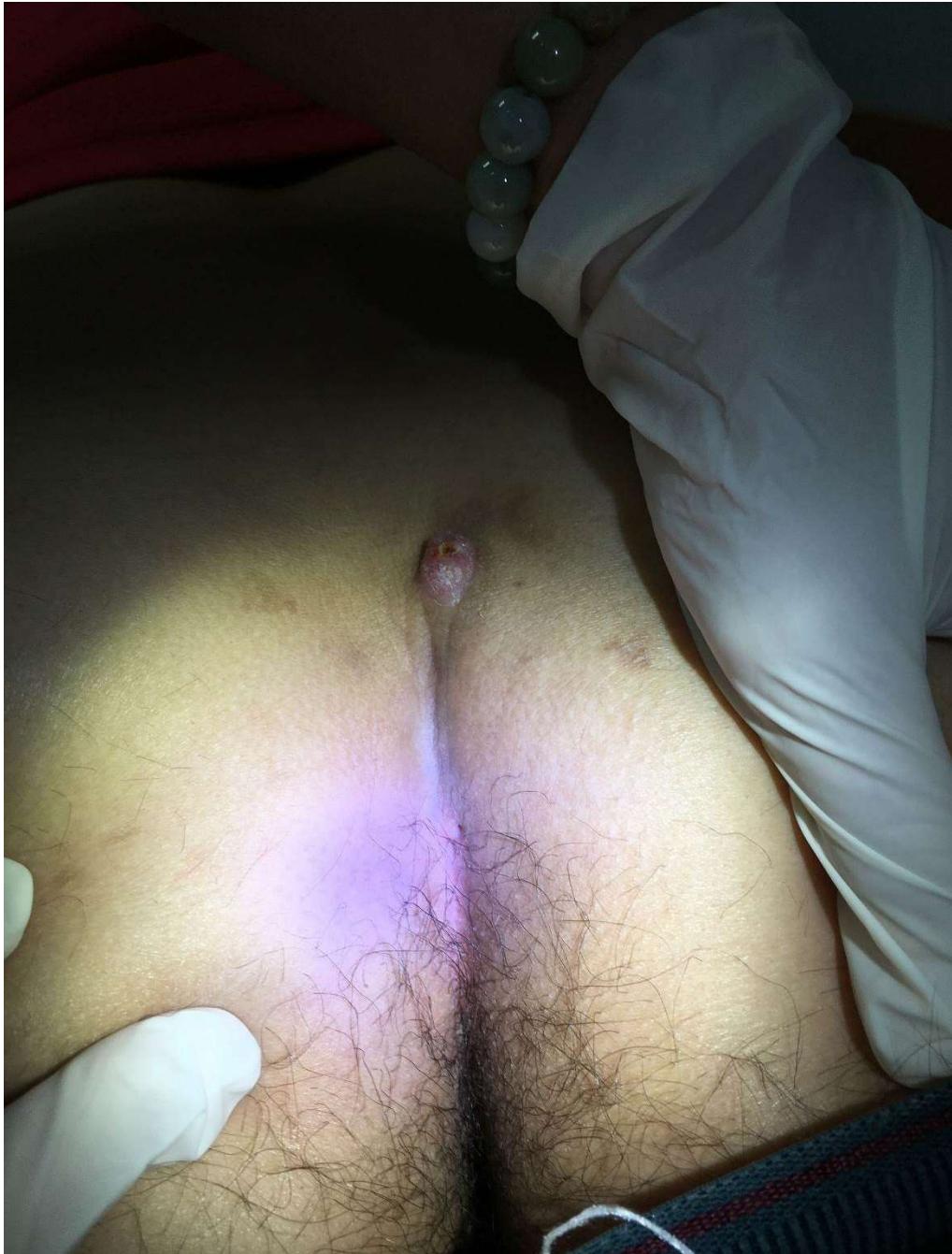
Pathogenesis of  
lose hair inserting and  
burrowing under the skin,  
forming a sinus tract

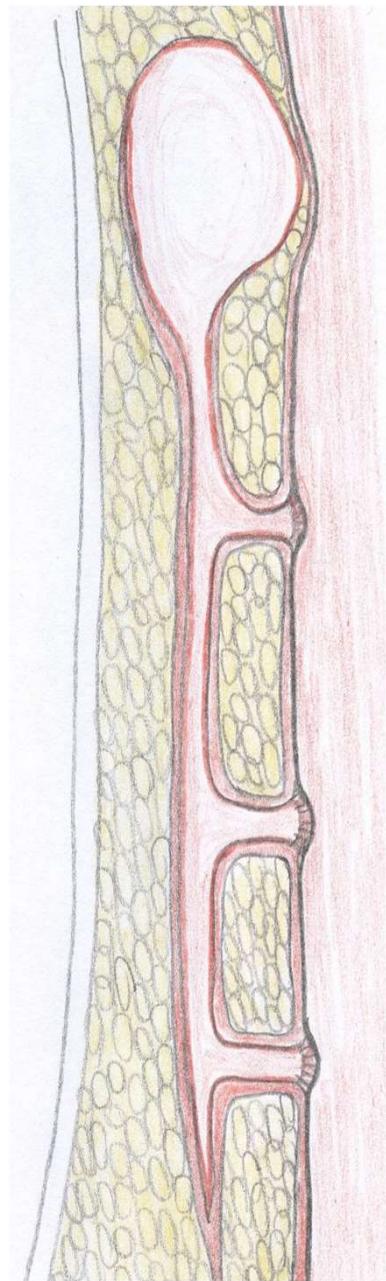


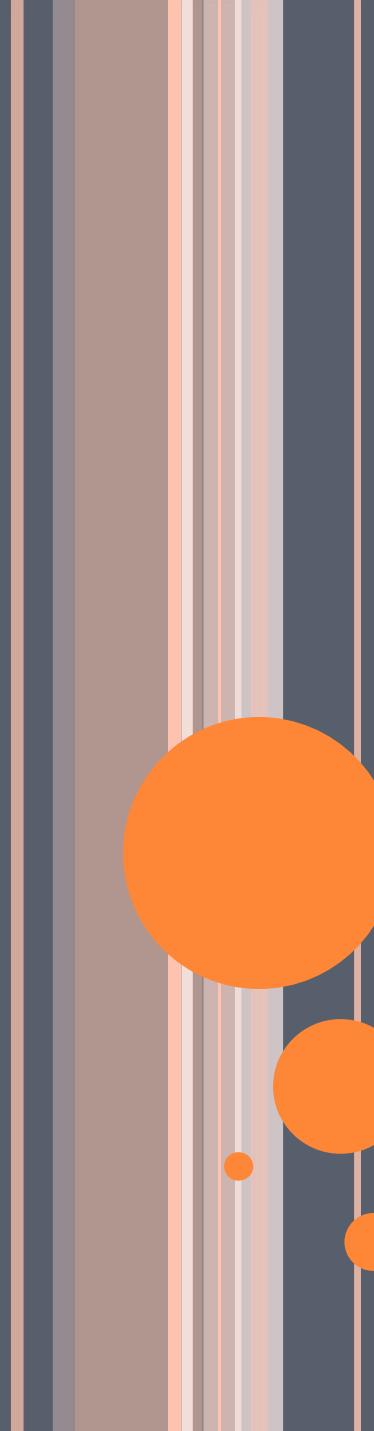


- Lỗm da có thể tao ra những đường rò với lỗ thứ phát xa đường giữa.









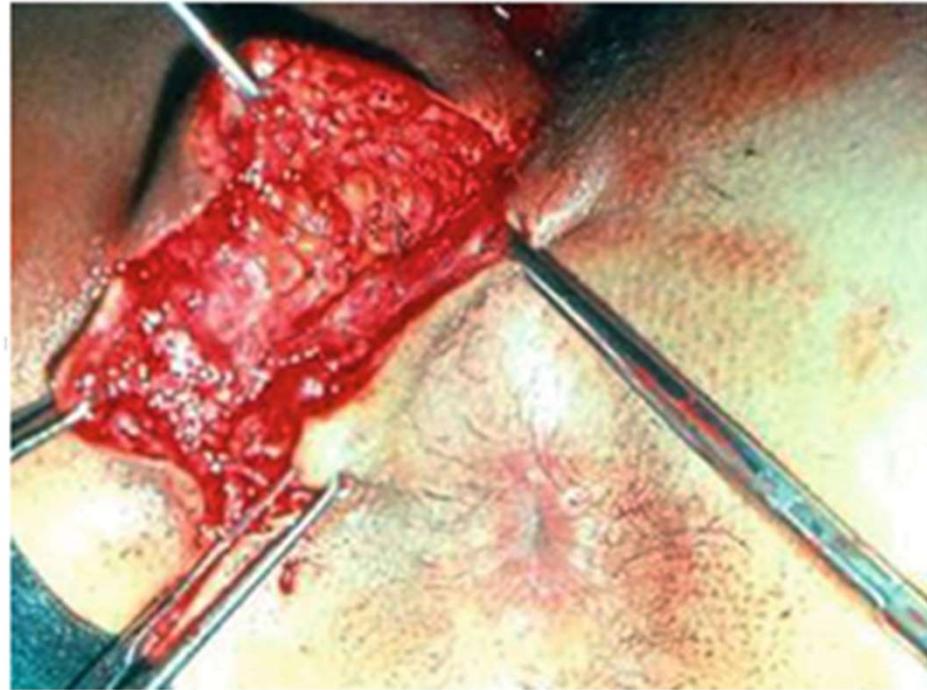
# CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

# CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Chẩn đoán phân biệt
  - Viêm tuyến mồ hôi (thường đi kèm với bệnh xoang lồng)
  - Rò hậu môn
  - U hạt giang mai
  - Viêm tủy xương ở xương cùng rò ra ngoài da
  - Nang trước xương cùng...







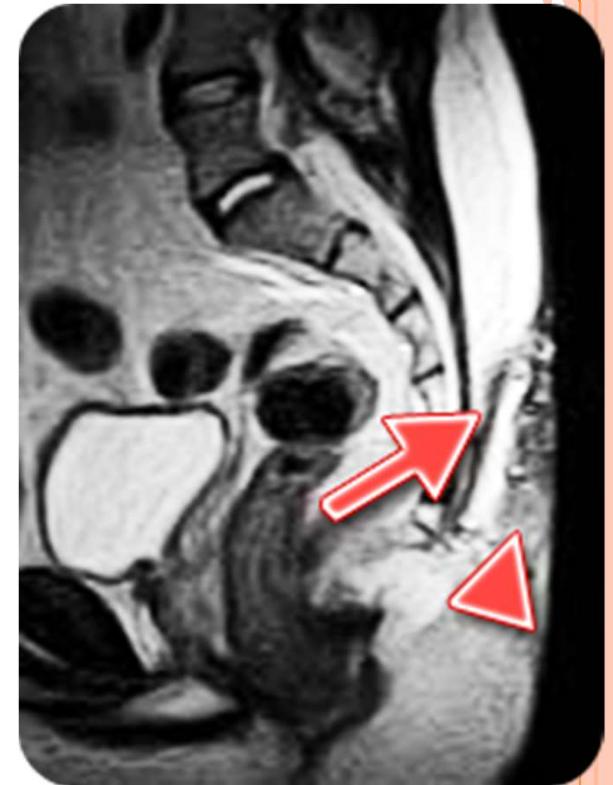
Xoang tổ lông quanh hậu môn tương tự như rò hậu môn (hình bên phải) trước phẫu thuật (hình bên trái ) sau phẫu thuật



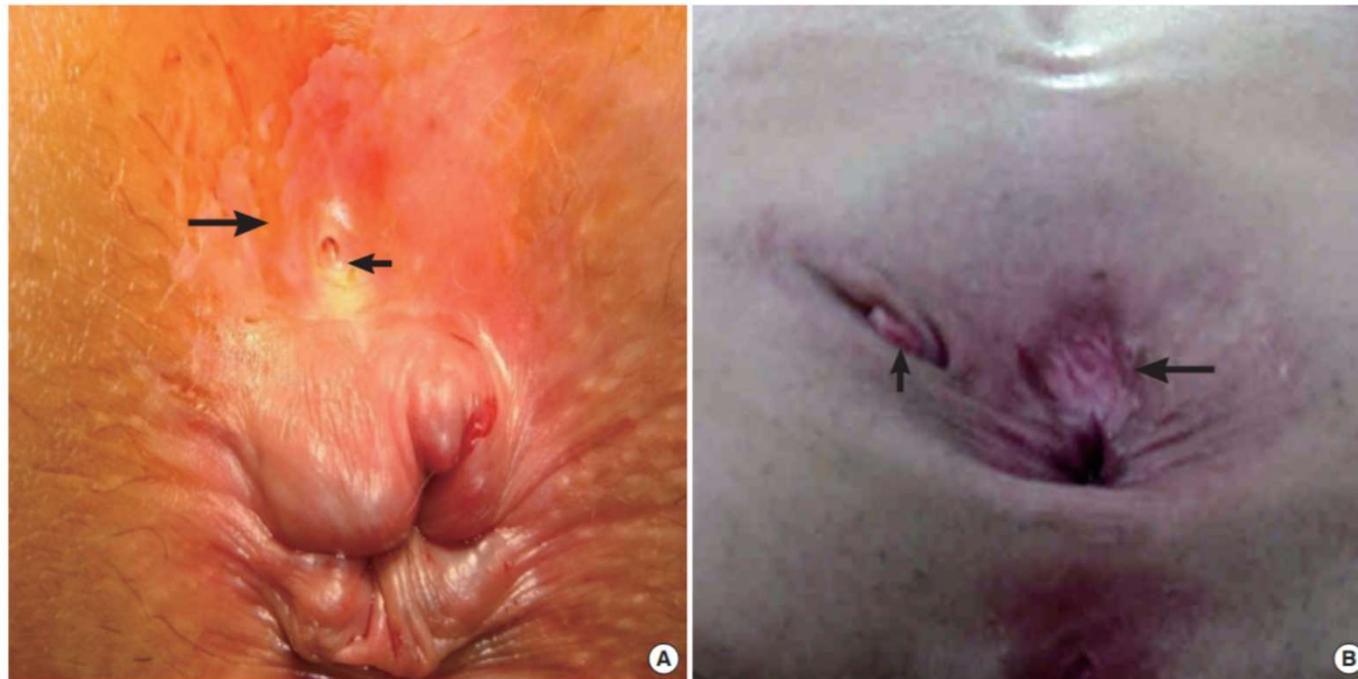
# BỆNH TỔ LÔNG

## HÌNH ẢNH HỌC CHẨN ĐOÁN

- Chụp X Quang đường rò
- Chụp cộng hưởng từ
  - Rò tổ lông tái phát
  - Chẩn đoán phân biệt viêm tủy xương
  - Rò thoát vị màng não tủy



## Clinical Study and Review of Articles (Korean) about Retrorectal Developmental Cysts in Adults



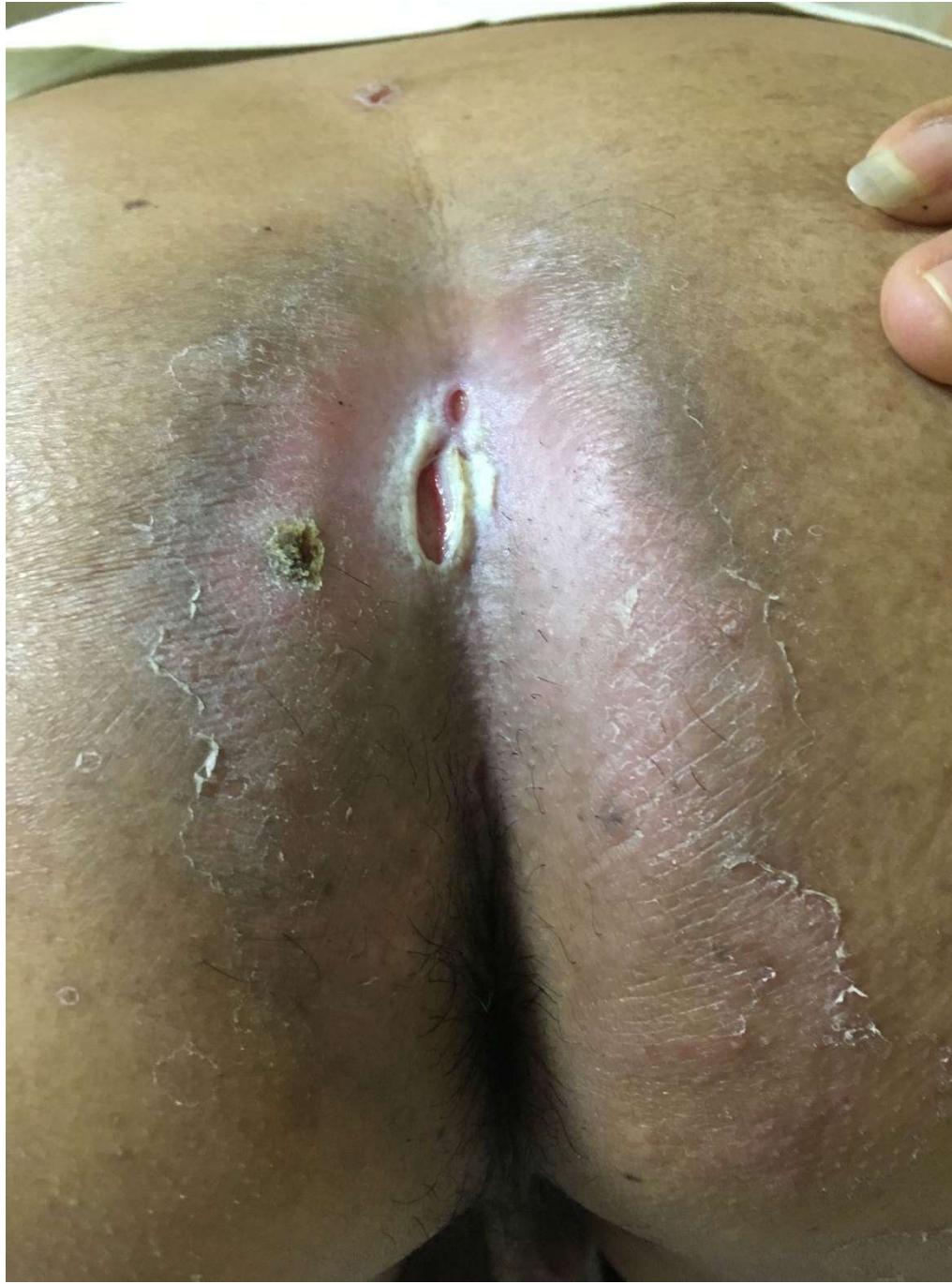
**Fig. 1.** (A) Funnel-shaped skin dimple (big arrow) and opening (small arrow) were noticed on the posterior anal area. The opening seems to have a 'congenital look'. (B) In the midline of the posterior anal area, a funnel-shaped skin dimple (big arrow) was noticed. An opening which was made by previous drainage (small arrow), was noticed on the left lateral side of the anus. The opening has an 'acquired look'.



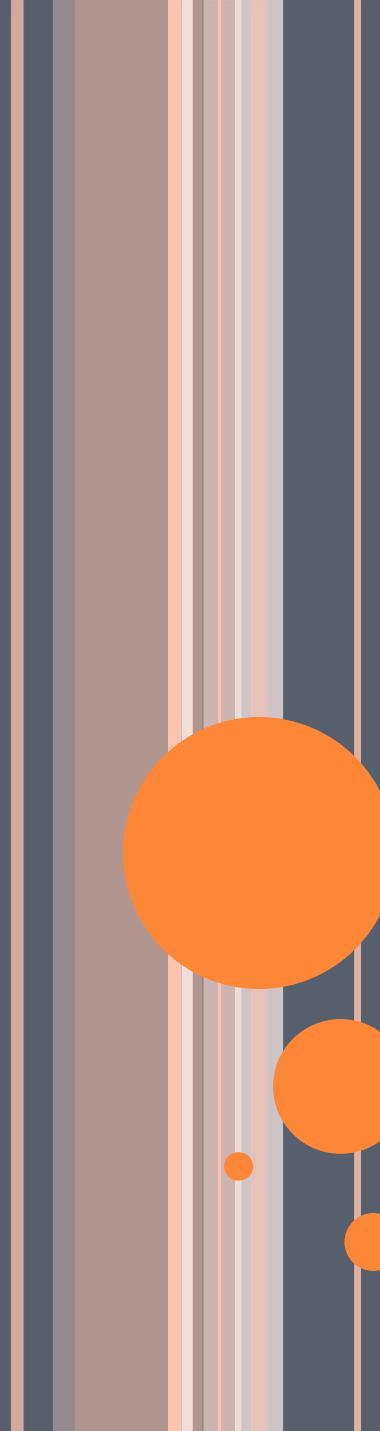
#### MÔ TẢ HÌNH ẢNH :

- Ống hậu môn có chiều cao 3.5cm, các lớp cơ thất có hình thái, độ dày và tín hiệu bình thường theo tuổi.
- Ghi nhận đường rò hình chữ U (thấy rõ trên hình sagittal T1FS sau tiêm Gadolinium) bờ dày # 1.5cm từ mô mềm phía dưới xương vùng cạnh trái đường giữa di ra trước # 5.5cm và hướng lên trên # 4.5cm xuyên cơ nang hậu môn và di ở sát cạnh trái phần thấp trực tràng và lại hướng ra sau # 4.7cm trái dài phía trước các xương củng S4-S5 trên chiều dài #2.5cm có ống dẫn lưu bên trong. Tồn thương có tín hiệu cao trên T2W, thấp trên T1Ws, bắt gadolinium mạnh dạng viền, có thâm nhiễm mỡ xung quanh. Tồn thương không đổ vào ống hậu môn.
- Các cơ quan khác: bàng quang, tử cung, trực tràng chưa thấy bất thường.

**KẾT LUẬN :** Đường rò hình chữ U (bờ dày # 1.5cm) từ mô mềm phía dưới xương vùng hướng lên trên xuyên cơ nang hậu môn và di ở sát cạnh trái phần thấp trực tràng và lại hướng ra sau trái dài phía trước các xương củng S4-S5 trên chiều dài #2.5cm, có ống dẫn lưu bên trong.



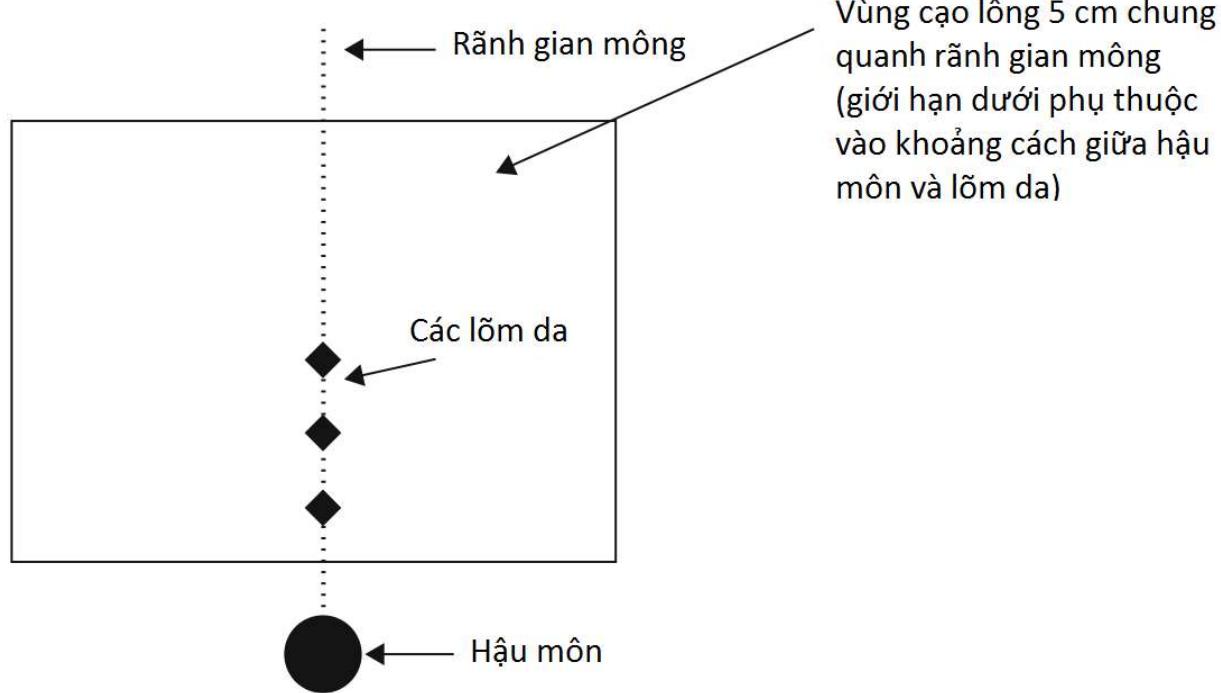




# CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

# XỬ TRÍ KHÔNG PHẪU THUẬT

- Cạo lông và vệ sinh da vùng phẫu thuật



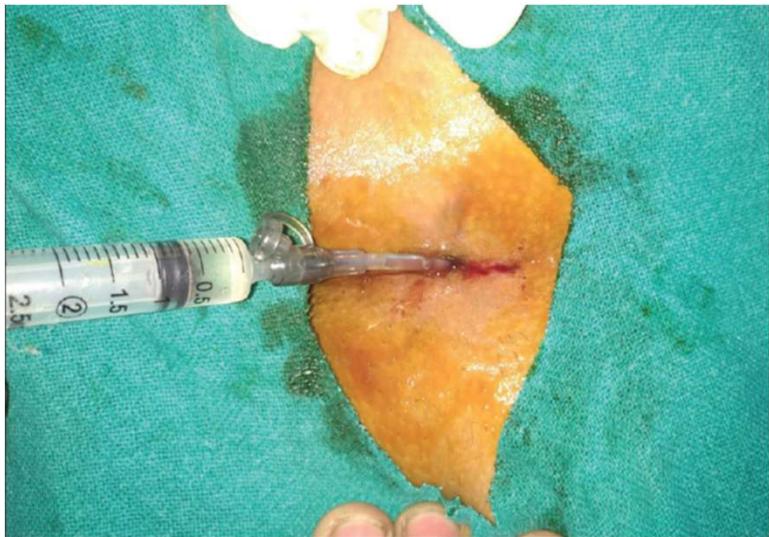
# CAO LÔNG VÀ VỆ SINH DA VÙNG CÙNG CỤT VÀ ĐÁY CHẬU

- Điều trị cho các trường hợp không biến chứng
- Bổ sung thêm cho việc rạch áp xe dẫn lưu, chích phenol, sử dụng keo sinh học
- Không có hiệu quả cho bệnh tái phát sau phẫu thuật



# CHÍCH PHENOL

- Chích phenol 80% áp lực thật nhẹ
- Để ngấm khoảng 1 phút rồi ép nhẹ cho phenol chảy ra hết cùng với mô hoại tử



# SỬ DỤNG PHENOL DẠNG TINH THỂ



**Figure 1** | Pilonidal sinus disease can be treated with crystallized phenol using a simple three-step technique. a. Step 1: Local anesthetic (2% lidocaine solution) is applied subcutaneously. Application of the local anesthetic is not mandatory; however, it increases patient comfort by decreasing pain sensation during the removal of hair from the pilonidal sinus opening. b. Step 2: Hair is removed gently with a surgical clamp from the pilonidal sinus pit. c. Step 3: Crystallized phenol is applied gently through the sinus opening. d. Postoperative view. The total procedure time is around 10 minutes. The patient can be discharged and return home after the treatment.

# SỬ DỤNG PLASMA GIÀU TIỂU CẦU (PLATELET RICH PLASMA – PSP)

Figure 1. Removal of the epithelial lining of the sinus cavity



Figure 2. Intergluteal region after the excision of skin around the sinus tracts



Figure 3. Cleansing the sinus tract with sterile saline solution

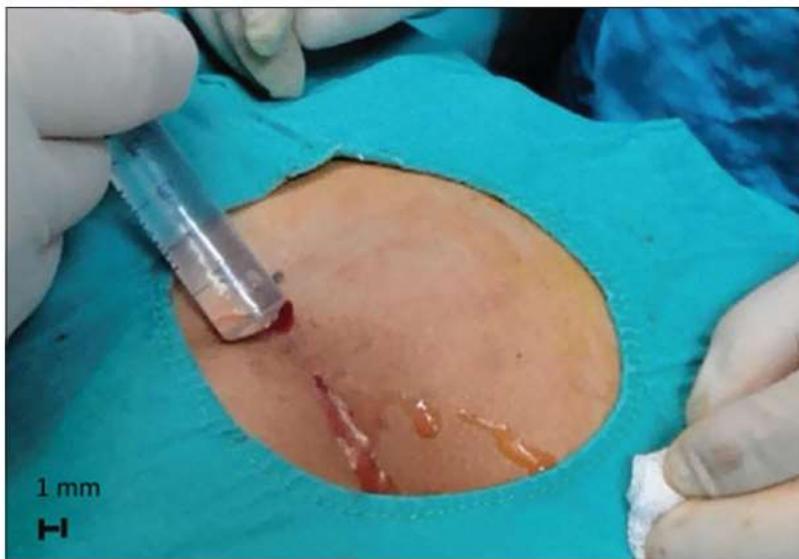


Figure 4. Platelet-rich plasma gel ready for placement into the cavity



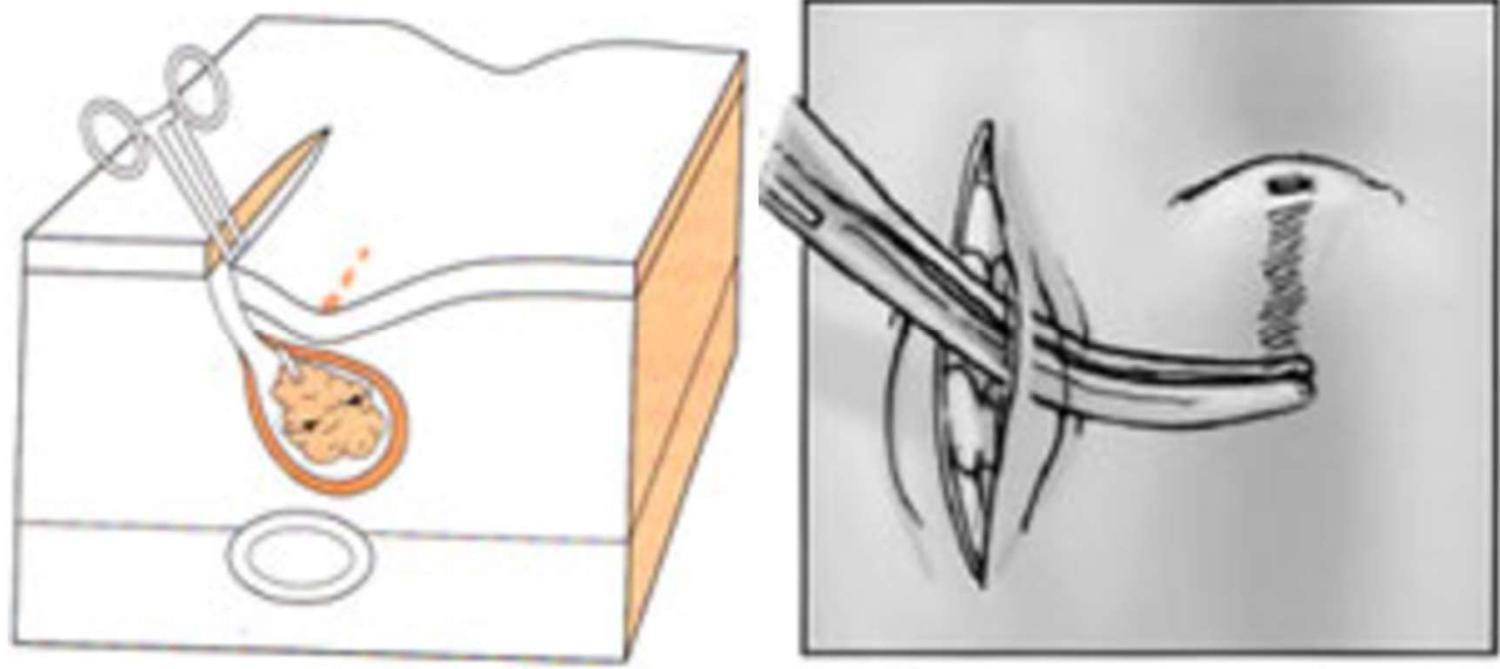
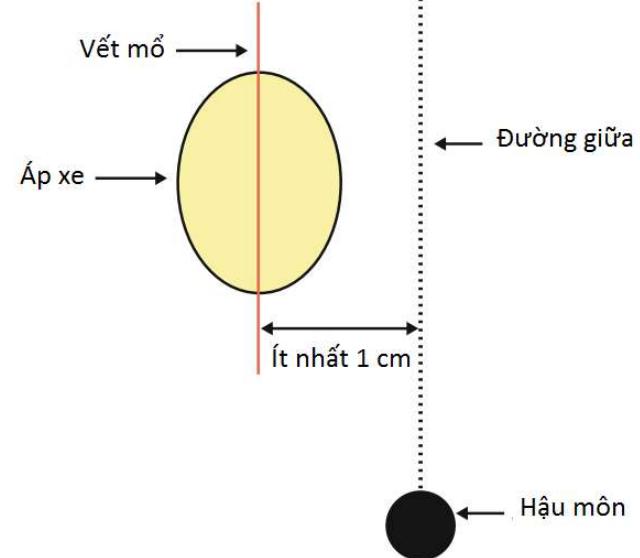
Figure 5. The closed sinus openings at 14 days



## CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT

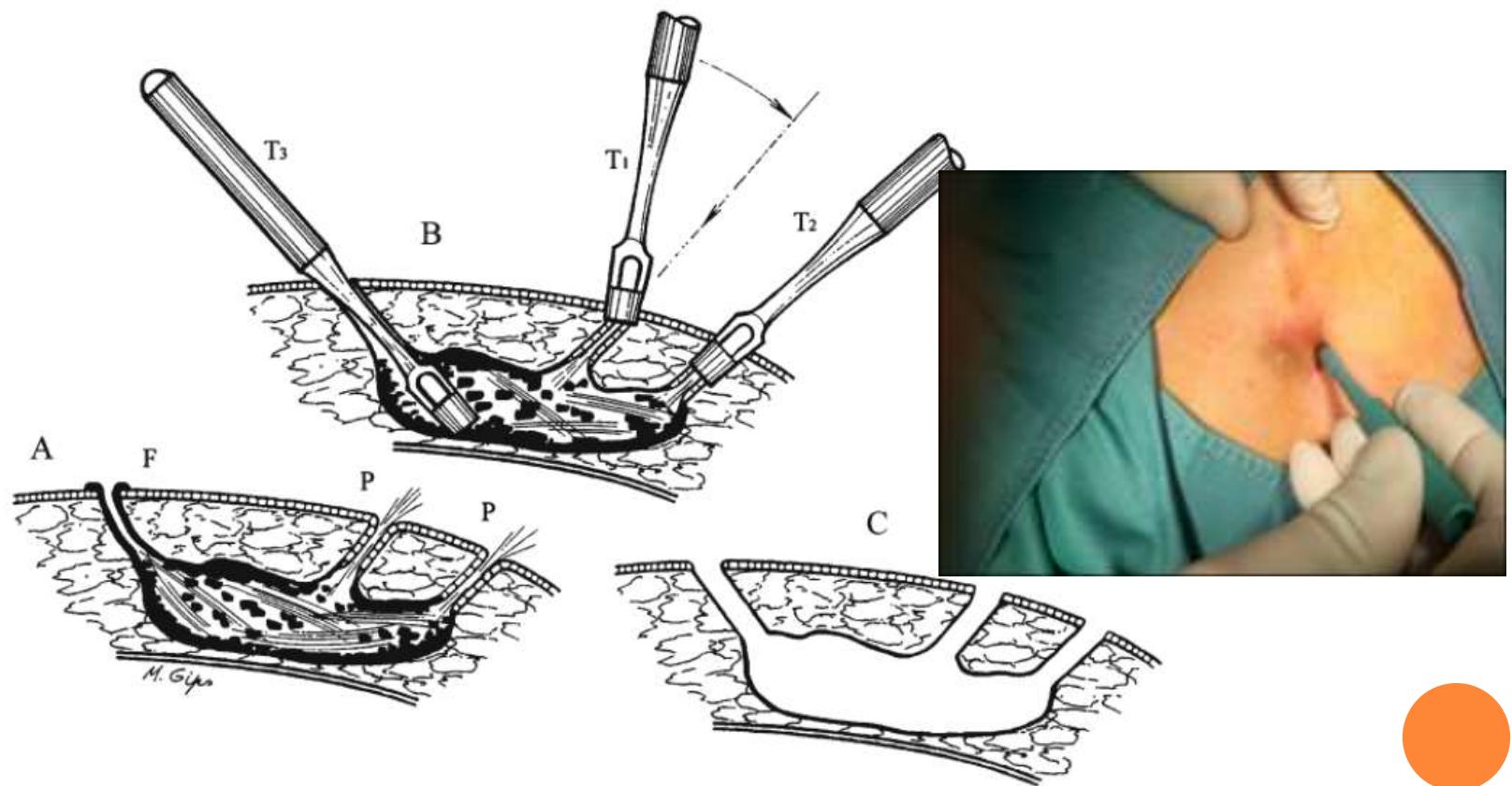
- Rạch dẫn lưu trong trường hợp áp xe cấp tính
- Các lựa chọn trong rò nang xoang lông
  - Cắt đường rò và để mở
  - Cắt đường rò và để hở da (khâu mở thông – marsupialisation)
  - Cắt đường rò và đóng kín da
  - Cắt đường rò và xoay vạt da

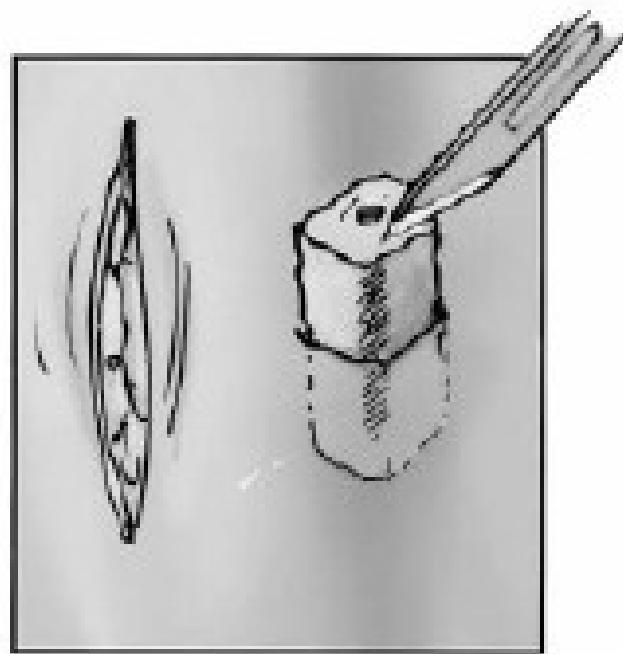




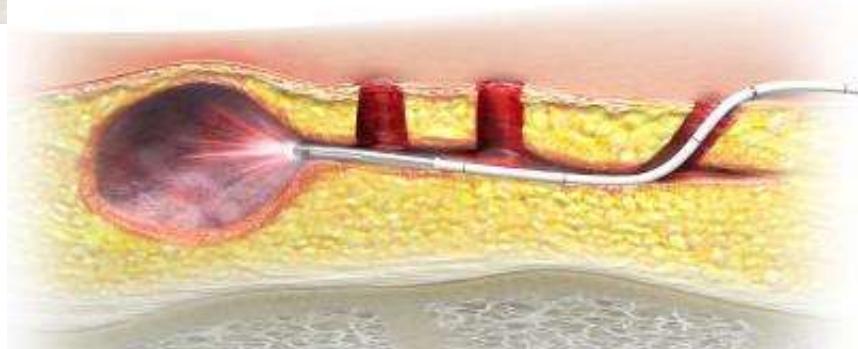
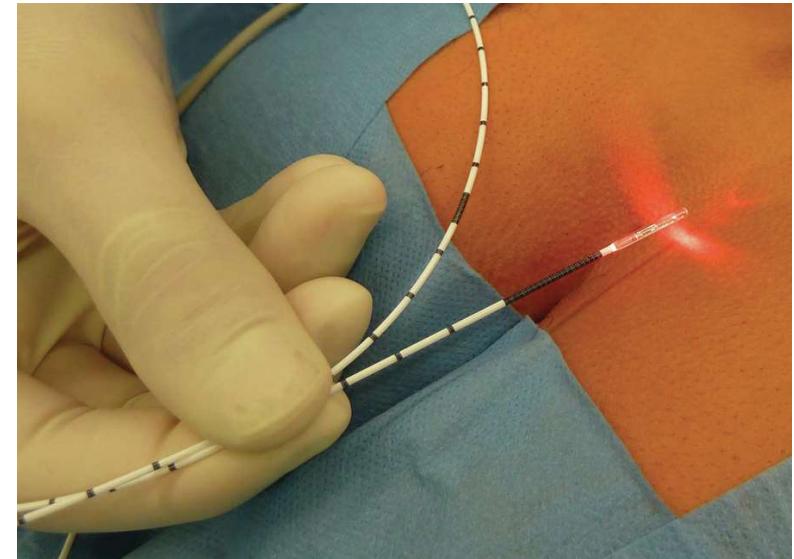
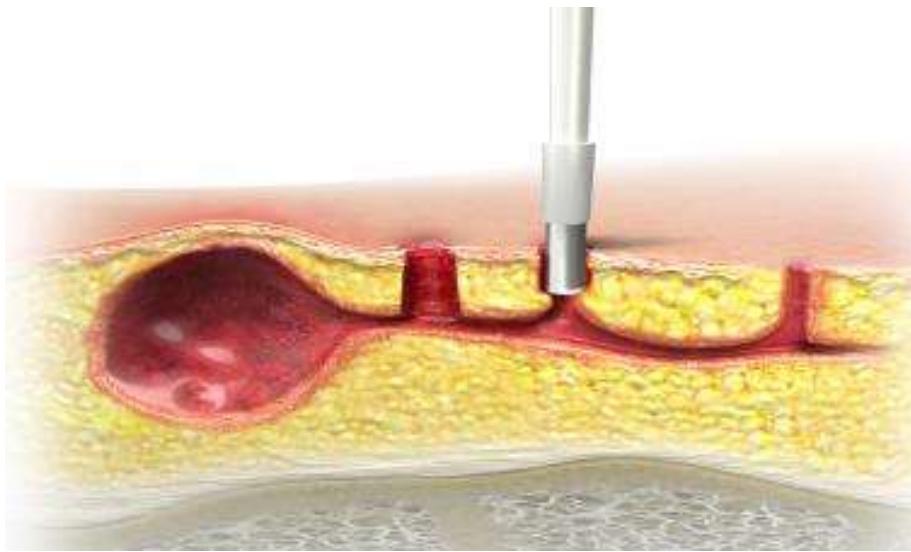


# KHOÉT BỎ CÁC LÔM DA VÀ NẠO SẠCH XOANG

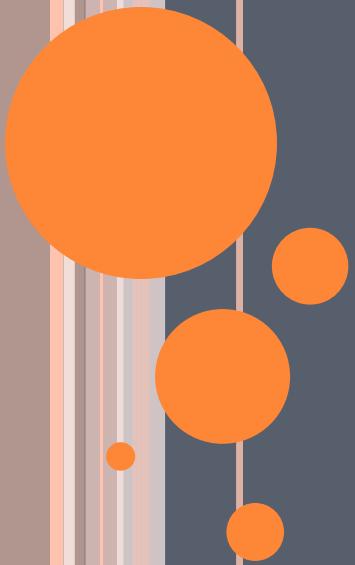




# ĐIỀU TRỊ BẰNG LASER



# CẮT ĐƯỜNG RÒ ĐỄ HỞ DA



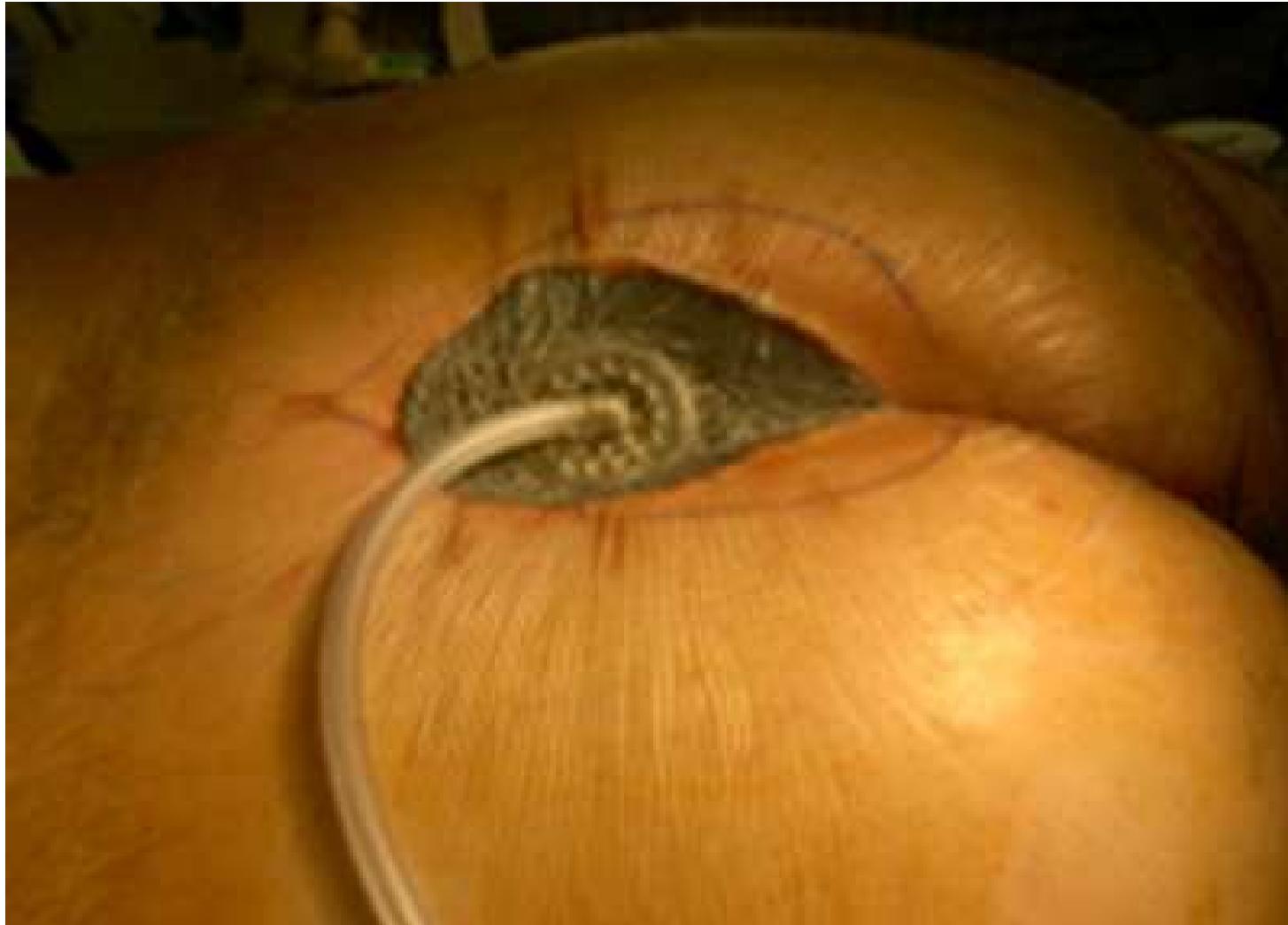
## PHẪU THUẬT

### CẮT ĐƯỜNG RÒ VÀ ĐỂ MỞ

- Lấy hết đường rò đến sát màng xương và sang 2 bên. Để da hở
- Ưu điểm
  - Đảm bảo dẫn lưu tốt
  - Tránh nhiễm trùng vết mổ như khi đóng kín da
- Khuyết điểm
  - Thời gian lành vết thương # 2 tháng
  - Chăm sóc vết thương tốn kém: dùng platelet-derived growth factors (PDGFs) hoặc đặt VAC
  - Chi phí điều trị cao
  - Chất lượng cuộc sống bệnh nhân giảm
- Hiệu quả
  - Tái phát 8 – 21%



# PHẪU THUẬT + VAC

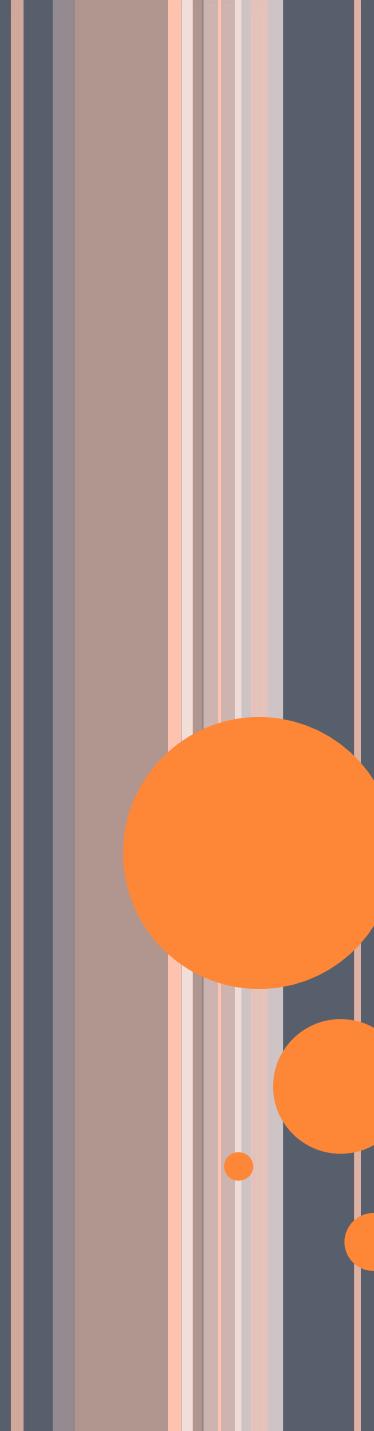


## **CẮT ĐƯỜNG RÒ VÀ KHÂU MỞ THÔNG XOANG**

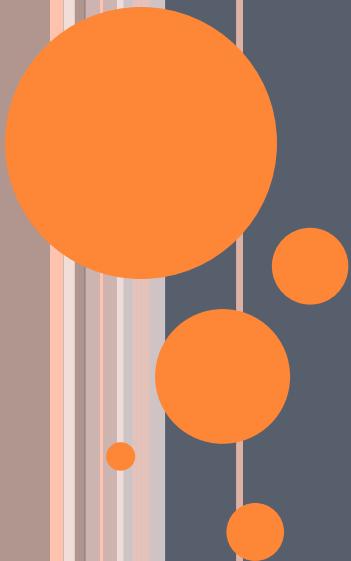
- Lấy hết đường rò đến sát màng xương và sang 2 bên.  
Khâu viền da với màng xương cùng (marsupialization)
- Ưu điểm
  - Vết thương nhỏ hơn so với để mở
- Khuyết điểm
  - Cần chăm sóc vết thương
  - Thời gian lành vết thương trung bình 6 tuần
- Hiệu quả
  - Tái phát 4-8%







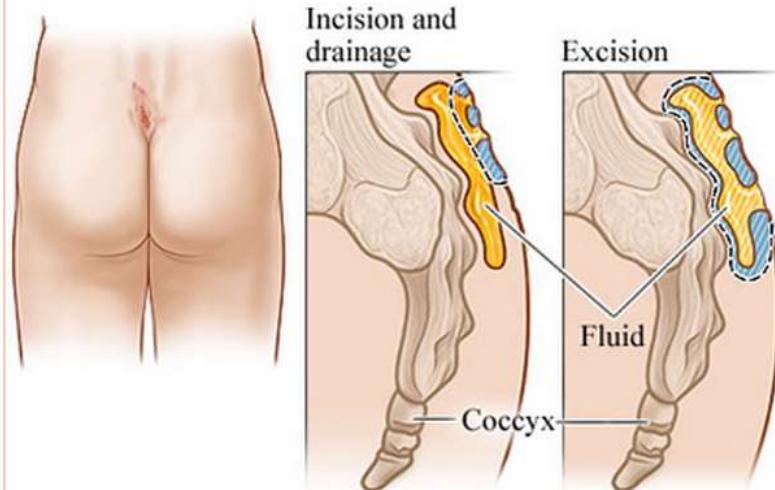
# CẮT ĐƯỜNG RÒ KHÂU KÍN DA THÌ ĐẦU



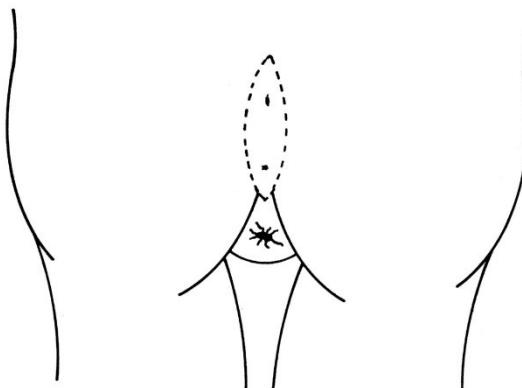
## **CẮT ĐƯỜNG RÒ VÀ ĐÓNG KÍN DA**

- Lấy hết đường rò đến sát màng xương và sang 2 bên.  
Khâu kín da ngay thì đầu
- Ưu điểm
  - Là chọn lựa thứ 2
  - Khâu da được khi không phải bóc tách > 0,5 cm sang 2 bên
- Khuyết điểm
  - Thất bại đóng da trong 16%
  - Bệnh nhân cần hạn chế một số hoạt động trong khi chờ vết thương lành
- Hiệu quả
  - Tái phát 38%

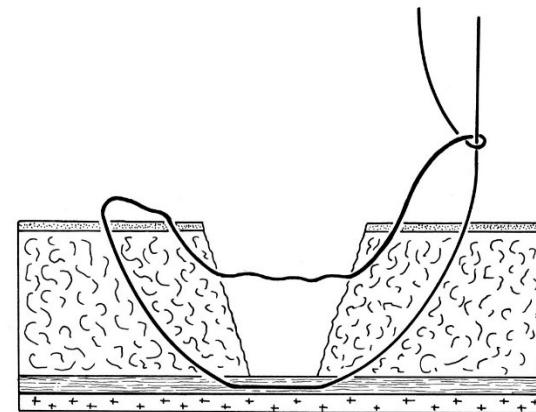




## Nguyên tắc phẫu thuật



Đường rạch



Mũi khâu



**Figure 3**



Incision for minimal excision.

**Figure 4**



Clear dissection plane.

**Figure 5**



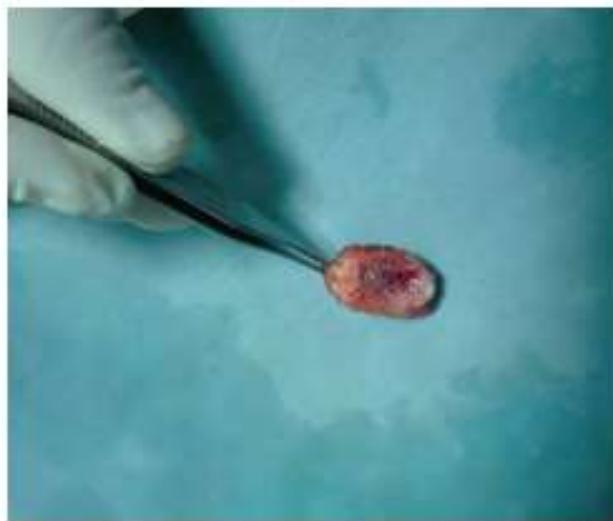
Resultant cavity after excision.

**Figure 6**



Wound after release of traction plaster.

**Figure 7**



The completely excised sinus.

**Figure 8**



Pilonidal sinus (PNS) with lateral opening.

**Figure 9**

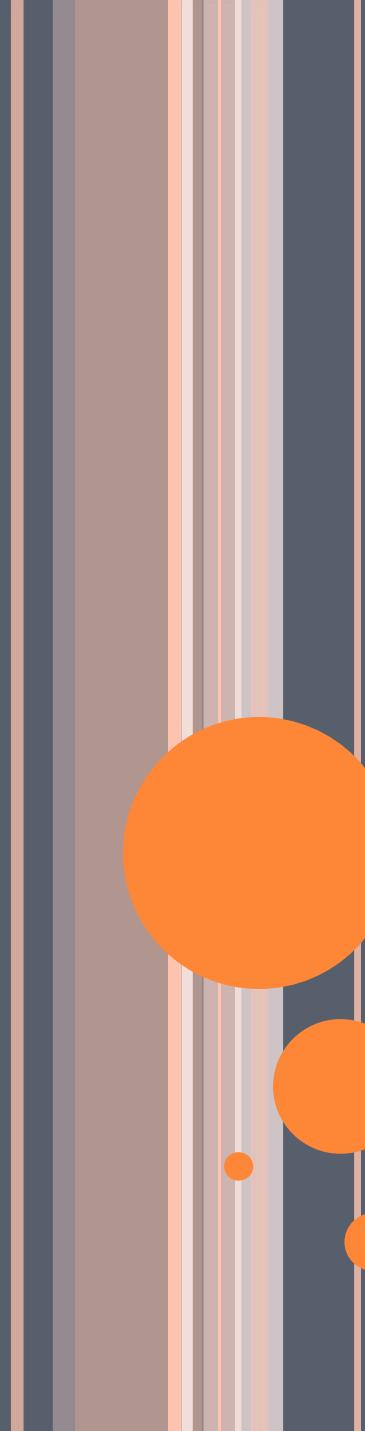


The excised long tract with clear color contrast.

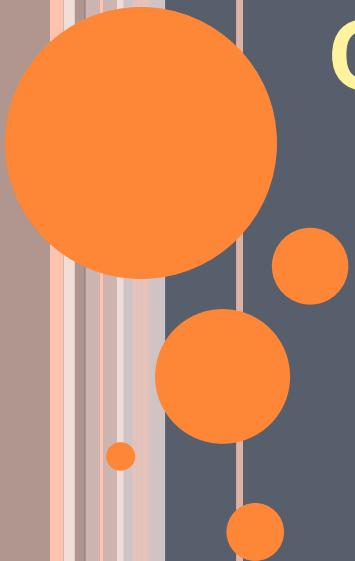
**Figure 10**



Opened sinus containing hair coils.



# CẮT ĐƯỜNG RÒ CHUYÊN VẬT DA HÌNH THOI



## **CẮT ĐƯỜNG RÒ VÀ CHUYỂN VẬT DA HÌNH THOI**

- Lấy hết đường rò đến sát màng xương và sang 2 bên.  
Chuyển vật da hình thoi để che kín vết thương
- Ưu điểm
  - Làm nông hóa khe liên mông
  - Là vật da dễ làm nhất
- Khuyết điểm
  - Thời gian lành vết thương trung bình 2-3 tuần
- Hiệu quả
  - Tái phát 4-7%
  - Không có hoại tử vật da



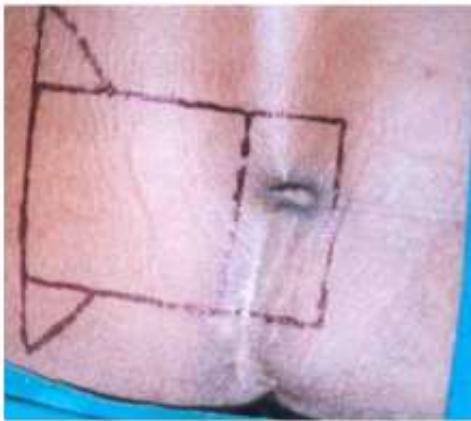






**Figure 1**

Figure 1: Markings of sinus tract, flap and burow's triangles.



**Figure 2**

Figure 2: Showing excised rectangle including all sinus tracts.



**Figure 4**

Figure 4: Showing final closure with eccentric suture line



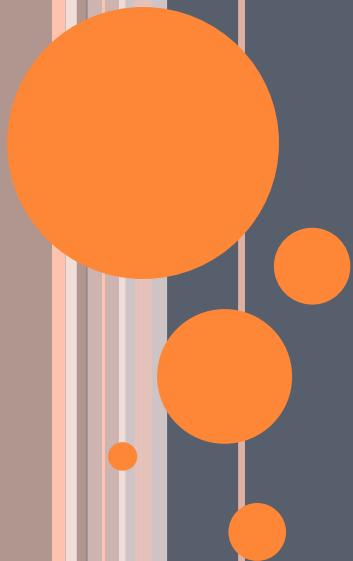
- V-Y Rotation





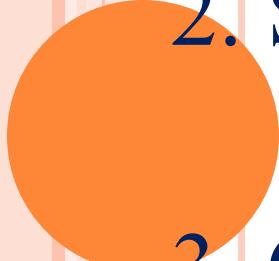


**CẮT ĐƯỜNG RÒ  
KHÂU NÂNG RÃNH GIAN MÔNG  
KHÂU DA THÌ ĐẦU KHÔNG ĐỐI XỨNG**

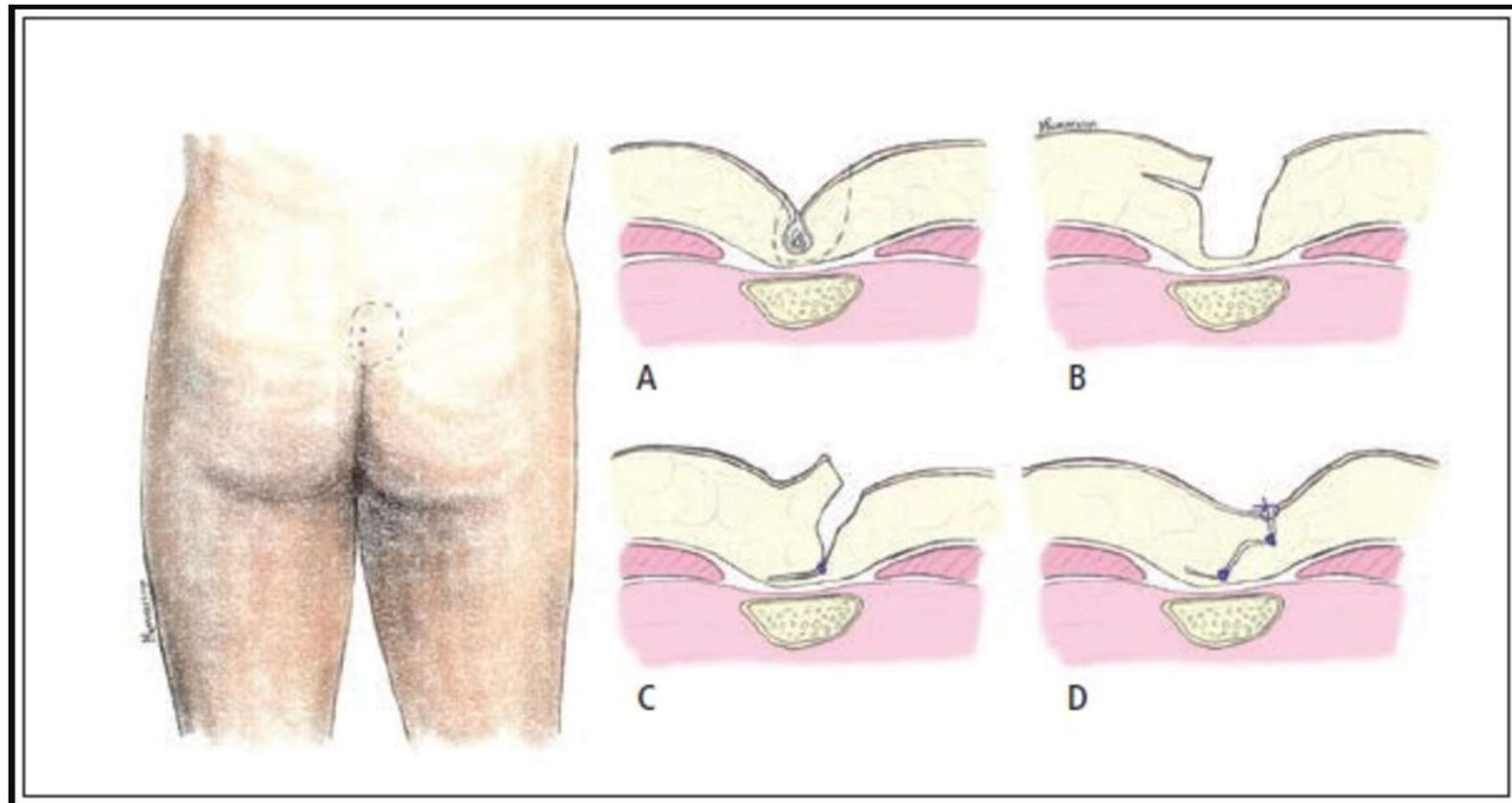


# 3 POINTS TO REMEMBER ON PILONIDALS

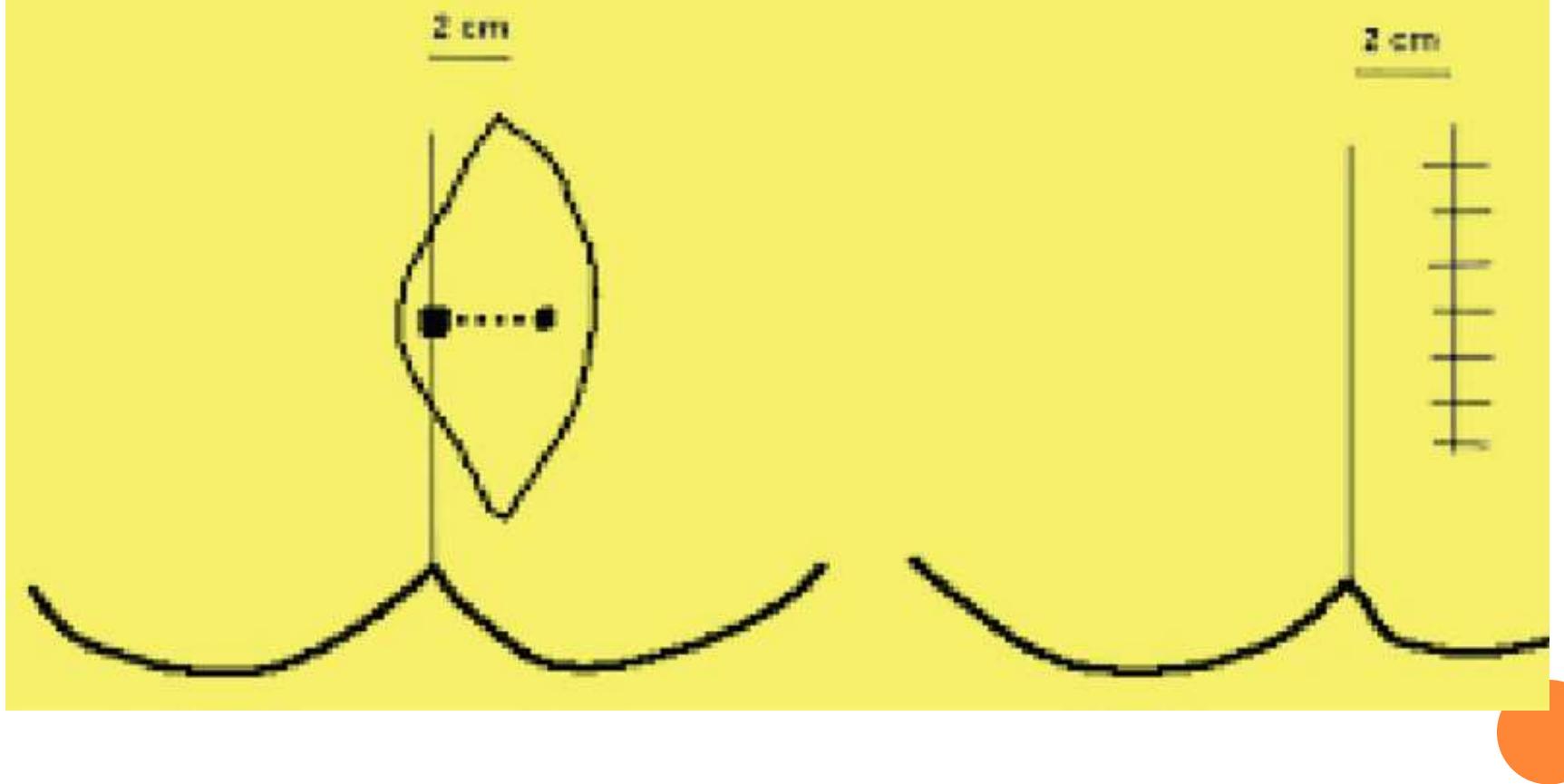
1. PICK ALL PITS
2. STAY OUT OF THE DITCH
3. CLEFT LIFT for worst cases



# PHẪU THUẬT KARYDAKIS (OFF MIDLINE PRIMARY SUTURE)



## Karydakis procedure



# PHẪU THUẬT BASCOM

