

VIÊM KHỚP TỰ PHÁT THIỂU NIÊN (VKTPTN)- BỆNH LÝ TƯƠNG TỰ BẠCH CẦU CẤP (BCC)

LÊ QUỲNH CHI, LÊ THỊ MINH HƯƠNG
Bệnh viện Nhi Trung Ương

MỞ ĐẦU

Viêm khớp tự phát thiếu niên là một bệnh khớp mạn tính khá phổ biến ở trẻ em. Xác định chẩn đoán bệnh chủ yếu dựa vào chẩn đoán loại trừ. Do đó chẩn đoán bệnh thường khó khăn nhất là giai đoạn đầu. Hơn nữa tổn thương xương khớp không chỉ là biểu hiện của bệnh lý tại khớp mà còn là triệu chứng của bệnh lý toàn thân (bệnh nhiễm trùng hoặc các bệnh ác tính).

Trên thế giới đã có những báo cáo về các trẻ em có tổn thương xương khớp mà lúc đầu được chẩn đoán VKTPTN, nhưng cuối cùng là bệnh lý ác tính [1]. Việc theo dõi, đánh giá của bác sỹ lâm sàng là chìa khóa giúp xác định chẩn đoán [2]. Nhằm minh họa cho nhận định trên chúng tôi xin trình bày 3 bệnh án sau, để rút kinh nghiệm trong việc chẩn đoán cho các trường hợp VKTPTN, tránh điều trị không thích hợp và các biến chứng nghiêm trọng có thể xảy ra.

GIỚI THIỆU BỆNH ÁN

Bệnh án số 1: Bệnh nhân Tr.V. L. nam, 7 tuổi, MSBA: 10175748, vào viện: 26/4/2011. Vào viện vì: sốt, sưng đau khớp. Bệnh 1 tháng: sưng đau khớp cổ tay, khuỷu tay, cổ chân, sốt cao, gầy sút, điều trị ở nhà không đỡ chuyển viện Nhi. Khám vào viện: sốt 39°C, da xanh, sưng đau và hạn chế vận động khớp, vài hạch cổ nhỏ. Chẩn đoán theo dõi VKTPTN thể đa khớp. Xét nghiệm: CTM: BC: 11,6 G/L (%N: 6,7%, L: 62,6%); Hb: 92G/L; TC: 343G/l, CRP: 5,4 mg/l, máu lắng: 130/ 135mm. X quang khớp bt, làm huyết-tủy đồ: bình thường. Điều trị corticoid, sau 5 ngày trẻ đỡ sốt, khớp đỡ sưng, nhưng đau nhiều về đêm, Gan 2 cm dưới bờ sườn, lách không to, hạch cũ. Xét nghiệm máu lần 2: CTM: BC: 14,9 G/L (N: 62,7%, L: 30,3%); Hb: 99 G/L; TC: 216 G/L. CRP: 12,8mg/l; máu lắng: 40/50 mm. Tủy đồ lần 2: BT. Tiếp tục được điều trị

corticoid uống, kháng sinh, nhưng trẻ vẫn sốt cao, da xanh, gầy, xuất huyết dưới da, gan to hơn, lách, hạch không to. Xét nghiệm máu lần 3: BC: 18,6 G/L (N: 63%, L: 25%); Hb: 87G/L; TC: 126 G/L; CRP: 229,6; Máu lắng: 105/125 mm; LDH: 966 U/L, đông máu: bt. Ngừng corticoid, làm tủy đồ lần 3: chẩn đoán bạch cầu cấp thể tủy.

Bệnh án số 2: Bệnh nhân Đ. H. Đ, nam, 5 tuổi, MSBA: 12966547; vào viện 5/4/2013, lý do: sưng đau khớp. Bệnh 3 tháng, đau khớp gối, khớp vai 2 bên. Lần này sưng đau khớp gối và khuỷu tay phải, sốt cao vào viện Nhi. Khám vào viện: sốt 38^oC, khớp gối và khuỷu tay phải sưng, đau, hạn chế vận động. Chẩn đoán: 1) VKTPTN; 2) Thấp tim; 3) Viêm khớp nhiễm khuẩn, 3) Bệnh bạch cầu cấp. Xét nghiệm: BC: 7,2 G/L (N% 16,8%; L: 80,1%); Hb: 88 G/L; TC: 311 G/L. CRP: 109,5 mg/dl; Máu lắng: 125 /130 mmHg; ASLO (-), Cây máu: âm tính; điện tim, siêu âm tim: BT. X quang khớp khuỷu: BT. MRI khớp khuỷu: nghi tổn thương mạch máu màng xương thứ phát. Điều trị kháng sinh, Ibrafen. Sau 1 tuần vẫn sốt, khớp vẫn sưng đau, xét nghiệm lại máu: BC: 7,7G/l (%N: 10,9%; L: 86,1%); Hb: 86G/L; TC: 419 G/L, LDH: 566; tủy đồ chẩn đoán bạch cầu cấp thể L1.

Bệnh án số 3: Bệnh nhân Ng. T. Kh. nam, 5 tuổi, MSBA 11175188. Vào viện ngày 13/8/2011. Bệnh 6 tháng, đau xương khớp, chẩn đoán đau xương phát triển. 7 ngày trước khi vào viện trẻ sốt, đau khớp háng phải. Khám vào viện: Sốt 39^oC, da xanh, đau nhức khớp háng phải, và hạn chế vận động. Xét nghiệm: CTM: Hb: 88g/dl; BC: 7,68 G/L (N%: 22,9%; L: 74,1%), TC: 201 G/L, CRP: 109,2 mg/dl. Siêu âm khớp, chụp X quang khớp bt. Chẩn đoán: viêm khớp háng nhiễm khuẩn. Điều trị: kháng sinh, Ibrafen. Sau 5 ngày vẫn sốt, đau nhức xương khớp tăng lên, tủy đồ kết luận bạch cầu cấp L2.

BÀN LUẬN

Năm 1930, Seward công bố trường hợp đầu tiên về bệnh bạch cầu cấp được chẩn đoán trước đó là viêm khớp thiếu niên. Theo các tác giả tỷ lệ này ở trẻ em là 12% - 65%, người lớn 4-13% [2]. Bệnh nhân thường biểu hiện sưng đau 1 khớp hoặc nhiều khớp, ở các khớp lớn (khớp gối) nhưng đôi khi ở khớp nhỏ. Tổn thương khớp giống bệnh cảnh viêm khớp thiếu niên, đặc biệt khi bệnh diễn biến > 4 – 6 tuần như 3 bệnh nhân của chúng tôi: đều có tổn thương khớp > 4 tuần. Tổn thương khớp có thể trước những bất thường về huyết học vài tháng [2], tủy đồ bình thường càng ủng hộ chẩn đoán VKTPTN. Điều trị corticoid sẽ cải thiện tạm thời các triệu chứng lâm sàng, nhưng càng gây khó phát hiện các bệnh lý ác tính. Điều này được chia sẻ rõ ở bệnh án số 1. X quang xương khớp cũng cho những dấu hiệu gợi ý chẩn đoán sớm [3]. Bệnh

nhân số 2 có tổn thương khớp khuỷu là một khớp ít gặp trong VKTPTN, chụp MRI đã gợi ý tổn thương thứ phát từ đó sớm tìm ra căn nguyên. Phân tích kỹ các triệu chứng lâm sàng: tính chất đau trong VKTPTN tương xứng với mức độ viêm, đau trong ung thư thường đau nhiều về đêm, mức độ nghiêm trọng không tương xứng với tổn thương khớp. Sự phân ly của các chỉ số viêm (CRP, máu lắng, số lượng bạch cầu, tiểu cầu) [4,5]. Viêm khớp thiếu niên thể ít khớp số lượng bạch cầu, máu lắng chỉ tăng nhẹ hoặc bình thường, nhưng trong bệnh BCC máu lắng thường tăng rất mạnh không tương xứng với lâm sàng. Số lượng bạch cầu thấp hoặc tăng cao quá mức, tỷ lệ bạch cầu trung tính giảm, tăng tỷ lệ các bạch cầu lympho, thiếu máu và tăng LDH là những cảnh báo về khả năng mắc bệnh BCC [4,5]. Điều này thể hiện rõ trong bệnh án số 2, số 3.

KẾT LUẬN

VKTPTN là bệnh lý gây tổn thương xương khớp rất có liên quan với các bệnh lý ác tính nên cần chú ý để loại trừ (hay gặp là BCC) tránh chẩn đoán nhầm với viêm khớp thiếu niên.

SUMMARY

Juvenile idiopathic arthritis - a joint damaged pathology, is associated with the malignant disease (especially acute lymphoblastic leukemia). All patients who present with arthritis should have thorough investigations otherwise early diagnosis may be missed. This study describes three patients which presented with arthritis but later on they were diagnosed to be suffering from leukemia.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tsai MJ, Yan DC, Chiang BL, et al, (1995), "Childhood leukemia mimicking juvenile rheumatoid arthritis", Zhonghua Min Guo Xiao Er Ke Yi Xue Hui Za Zhi, 36(4): 274-8.
2. Mirian S Tamashiro,¹Nádia Emi Aikawa, et al (2011), "Discrimination of acute lymphoblastic leukemia from systemic-onset juvenile idiopathic arthritis at disease onset", Clinics (Sao Paulo); 66(10): 1665–1669.
3. Farhad Tafaghodi, Yahya Aghighi. Hadi Rokni Yazdi, et al, (2009), "Predictive plain X - ray findings in distinguishing early stage acute lymphoblastic leukemia from juvenile idiopathic arthritis", Clin Rheumatol; 28: 1253- 1258.
4. Ram Kumar Marwaha, Ketan Prasad Kulkarni, et al, (2010), "Acute lymphoblastic leukemia masquerading as juvenile rheumatoid arthritis: diagnostic pitfall and association with survival", Ann Hematol 89: 249-254.
5. Mariya I. Spasova, Angelina A. Stoyanova, Ivan N. et al, (2009), "Childhood acute lymphoblastic leukemia presenting with osteoarticular syndrome- characteristics and prognosis", Folia Medica; 51 (1), pp 50 -55.