

## CA BỆNH: LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG VỚI KHỞI PHÁT BAN ĐẦU TỒN THƯƠNG TẠI PHỔI - MÀNG PHỔI

Tạ Anh Tuấn<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Ngọc<sup>1</sup>, Nguyễn Thu Hương<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Giới thiệu ca bệnh hiếm gặp viêm phổi - màng phổi do lupus ban đỏ hệ thống (Systemic lupus erythematosus - SLE) nhằm giúp các bác sĩ lâm sàng nâng cao chẩn đoán và điều trị cho bệnh nhân (BN) SLE. **Đối tượng và phương pháp:** Báo cáo ca bệnh lâm sàng. BN nữ 11 tuổi chẩn đoán viêm phổi - màng phổi ở giai đoạn đầu SLE với các triệu chứng: Sốt, ho, đau ngực, khó thở. Siêu âm màng phổi và chụp X-quang ngực có hình ảnh tràn dịch màng phổi. Chụp CT scans lồng ngực thấy hình ảnh đông đặc thùy dưới phổi trái và tràn dịch màng phổi hai bên. Xét nghiệm dịch màng phổi thấy tăng bạch cầu lympho. Bên cạnh đó, BN có các triệu chứng của SLE: Ban đỏ ở mặt, giảm bạch cầu, giảm bổ thể, kháng thể kháng nhân dương tính, tăng DsDNA trên 2.200 UI/l, tổn thương thận. BN đã được điều trị kháng sinh và methylprednisolon tĩnh mạch liều cao. Kết quả BN đáp ứng tốt, cải thiện lâm sàng và xét nghiệm, BN được xuất viện. **Kết luận:** Viêm phổi - màng phổi là một trong các dấu hiệu khởi phát của SLE và hiếm gặp ở trẻ em. Cần nghĩ đến SLE ở những BN có biểu hiện ở phổi, màng phổi, nếu các biểu hiện do nhiễm khuẩn không điển hình và không đáp ứng với điều trị theo hướng nhiễm trùng, từ đó có chẩn đoán kịp thời và đưa ra hướng điều trị đúng.

\* *Từ khóa:* Viêm phổi - màng phổi; Lupus ban đỏ hệ thống; Ca bệnh.

### **Case report: Pneumonitis and Pleuritis are the Initial Presentations of Systemic Lupus Erythematosus**

#### **Summary**

**Objectives:** To present a rare case of lupus pneumonitis and pleuritis to help clinicians with the early diagnosis and treatment. **Subjects and methods:** A case report, we report the case of a female patient, aged 11 years, presenting with pneumonitis and pleuritis in the early stage of systemic lupus erythematosus (SLE). Their symptoms include fever, cough, chest pain, shortness of breath. A pleural ultrasound and chest X-ray showed a pleural effusion. A chest CT-scan showed a consolidation in the left lower lobe and a bilateral pleural effusion, lab analysis of the pleural fluid showed an increase in lymphocytes. In addition, the patient had symptoms of SLE: rash, leukopenia, decreased complement, positive antinuclear antibodies, increased dsDNA above 2200 IU/L, kidney damage. The patient was treated with antibiotics and high doses of methylprednisolone intravenously. The treatment was responsive; the patient appeared with clinical and laboratory improvement. **Conclusion:** Pneumonitis and pleuritis are the manifestations of SLE, so SLE should be considered in patients with pulmonary and pleural manifestations for early diagnosis and appropriate treatment.

\* *Keywords:* Pneumonitis; Pleuritis; Systemic lupus erythematosus.

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhi Trung ương

Người phản hồi: Tạ Anh Tuấn (drtuanpicu@gmail.com)

Ngày nhận bài: 25/5/2021

Ngày bài báo được đăng: 10/6/2021

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi - màng phổi là một trong các bệnh lý thường gặp của hệ hô hấp, có thể biểu hiện đơn độc hoặc là biểu hiện trong các bệnh lý toàn thân khác. SLE là bệnh tự miễn mạn tính do lắng đọng các phức hợp miễn dịch, bệnh gây tổn thương nhiều hệ thống cơ quan như thận, da, não, huyết học, thần kinh... Phổi - màng phổi là một trong số các cơ quan có thể bị ảnh hưởng. Tỷ lệ bệnh liên quan đến phổi và màng phổi chiếm khoảng 50 - 70% BN bị SLE, bao gồm các biểu hiện như tràn dịch màng phổi, viêm màng phổi, viêm phổi, viêm phổi kẽ, xuất huyết phổi, tăng áp phổi [1]. Biểu hiện phổi và màng phổi trong SLE có thể thứ phát hoặc nguyên phát do bệnh [1]. Tuy vậy, biểu hiện này có thể như một triệu chứng ban đầu của BN SLE là hiếm và nặng, dễ nhầm lẫn với bệnh nhiễm trùng nặng, làm chậm trễ trong chẩn đoán và điều trị, gây gánh nặng bệnh tật và tử vong cho BN. Chúng tôi báo ca bệnh nhằm: *Giúp các nhà lâm sàng nhận biết sớm về biểu hiện phổi và màng phổi trong bệnh SLE.*

### CA BỆNH LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ 11 tuổi, vào viện vì sốt, ho, khó thở. Bệnh diễn biến 1 tuần trước vào viện, trẻ sốt cao liên tục, sốt nóng, nhiệt độ cao nhất 39,5<sup>0</sup>C, kèm ho khan, ho từng cơn. Triệu chứng nặng dần lên, trẻ xuất hiện khó thở, đau ngực trái khi thay đổi tư thế và hít vào sâu. Trẻ không đau khớp và không loét miệng. Tiền sử bản thân và gia đình khỏe mạnh. Khám lâm sàng: Trẻ khó thở, nhịp thở 35 lần/phút, SpO<sub>2</sub> 91%, thông khí hai đáy phổi giảm, không có ran. Nhịp tim đều, tần số 126 chu kỳ/phút, huyết áp 120/80 mmHg.

Trẻ tỉnh táo, không có dấu hiệu thần kinh khu trú. Bụng mềm, không trướng, gan lách không to. Phù nhẹ hai chi dưới, niêm mạc nhợt nhẹ, ban đỏ ở mắt, không nhạy cảm ánh sáng. Công thức máu: Bạch cầu giảm và huyết sắc tố giảm (*Bảng 1*), CRP tăng nhẹ (*Bảng 2*). Chụp X-quang ngực thẳng và siêu âm có hình ảnh tràn dịch màng phổi hai bên, chụp cắt lớp vi tính lồng ngực thấy hình ảnh đông đặc thùy dưới phổi trái, tràn dịch màng phổi hai bên, bên trái 24 mm, bên phải 10 mm.



Hình 1: Tràn dịch màng phổi hai bên, tập trung đáy phổi trái.



Hình 2: Đông đặc thùy dưới phổi trái, tràn dịch màng phổi hai bên.

Xét nghiệm thăm dò chẩn đoán nguyên nhân gây viêm phổi - màng phổi: Cây dịch tỵ hầu âm tính, PCR *Mycoplasma* âm tính, cúm A/B âm tính. Xét nghiệm máu *Mycoplasma* IgG (âm tính), IgM (dương tính 43,5 U/ml), 2 lần tiếp theo cách nhau 10 ngày và 2 tuần, IgM dương tính. Dịch màng phổi màu vàng chanh, tế bào dịch màng phổi 1.531 tế bào/ml (trung tính: 31%; lympho 40%, mono 29%), nuôi cấy âm tính, PCR *Chlamydia pneumoniae* (-), PCR phế cầu (-), PCR lao (-). Trẻ được chẩn đoán viêm phổi và màng phổi *Mycoplasma*, BN được theo dõi nhiễm khuẩn huyết và điều trị kháng

sinh phổ rộng meronem, vancomycin 14 ngày, điều trị *Mycoplasma* với zithromax x 3 ngày và chuyển doxycycline cho 11 ngày, tình trạng trẻ cải thiện ít, còn sốt cao thất thường, đau ngực và ho, xét nghiệm chụp X-quang ngực và siêu âm dịch màng phổi hai bên không thay đổi so với trước điều trị. Chúng tôi thăm dò và tìm các nguyên nhân gây viêm phổi - màng phổi khác có thể gặp ở BN này, liệu có phải do bệnh hệ thống hay không? Các xét nghiệm bổ thể cho kết quả thấp và kháng thể kháng nhân dương tính, đồng thời BN có tổn thương thận (bảng 2).

Bảng 1: Các chỉ số xét nghiệm huyết học.

Ngày	Hb (g/l)	BC (G/l)	NEUT (G/l)	Tiểu cầu (G/l)	CRP (mg/l)
Ngày vào viện	86	3,93	2,31	195	13,52
Sau 14 ngày	79	3,68	2,01	207	9,48
Ngày ra viện	100	5,97	3,57	188	0,92

Bảng 2: Các chỉ số xét nghiệm sinh hóa.

Ngày	CRP (< 6) (mg/l)	C3 (0,85 - 1,42)	C4 (0,12 - 0,4)	KTKN	DsDNA	Pr/creat niệu	Hồng cầu niệu
Ngày vào viện	13,52						
Sau 14 ngày	9,48	0,39	0,08	(+)	2.200	96,7	++
Ngày ra viện	0,92	0,49	0,1			35,5	+

Trẻ được chẩn đoán viêm phổi - màng phổi do SLE có tổn thương thận. Chẩn đoán SLE theo tiêu chuẩn ACR 1997 gồm 5/11 tiêu chuẩn: Ban đỏ da, giảm bạch cầu, tổn thương thận, giảm bổ thể, tăng DsDNA. Dựa vào các triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm, Lupus hoạt động với SLEDAI 15 điểm. Bên cạnh đó, BN đã điều trị kháng sinh phổ rộng do tình trạng lâm sàng nặng và *Mycoplasma* trong thời gian 2 tuần, nhưng tình trạng bệnh cải thiện ít và không tìm thấy bất kỳ căn nguyên vi khuẩn và virus nào khác ngoài việc IgM *Mycoplasma* dương tính kéo dài, chúng tôi đã quyết định truyền methylprednisolon tĩnh mạch 30 mg/kg cân nặng/ngày trong 3 ngày theo phác đồ điều trị cho BN Lupus tiến triển.

Tình trạng bệnh đã cải thiện rõ về lâm sàng, trẻ hết sốt, không đau ngực, không khó thở, ăn uống và tinh thần tốt hơn, siêu âm và chụp X-quang ngực không còn hình ảnh tràn dịch màng phổi. Công thức máu bình thường, C3 máu tăng hơn 0,49 g/l, C4 0,1 g/l. Trẻ được xuất viện vào ngày thứ 5 sau khi truyền methylprednisolon.

### **BÀN LUẬN**

Biểu hiện màng phổi khá phổ biến ở BN SLE, tỷ lệ tràn dịch màng phổi do SLE có thể gặp ở 30% BN [3], tuy nhiên tỷ lệ viêm phổi cấp do SLE chỉ gặp khoảng 1 - 4% và tỷ lệ tử vong cao lên tới 50% ở giai đoạn cấp [4]. Những triệu chứng đường hô hấp có thể do nhiễm trùng hoặc không nhiễm trùng, đặc biệt trên những BN suy giảm miễn dịch và có dùng thuốc ức chế miễn dịch, khả năng nhiễm trùng cơ hội khá cao như vi khuẩn điển hình, không điển hình và nấm...

Triệu chứng của viêm phổi - viêm màng phổi trong SLE bao gồm sốt, ho, khó thở, đau ngực và giảm oxy máu, trong đó khoảng 50% BN với viêm phổi Lupus cấp là biểu hiện ban đầu của SLE [5]. BN của chúng tôi có tiền sử khỏe mạnh, bệnh diễn biến cấp tính, khởi phát ho, sốt, khó thở. Đánh giá trên phim chụp X-quang phổi, siêu âm màng phổi và chụp CT scans lồng ngực bộc lộ hình ảnh tràn dịch và đông đặc thùy dưới phổi trái, xét nghiệm nguyên nhân nhiễm trùng không rõ ràng.

Chẩn đoán tổn thương phổi và màng phổi trong SLE là chẩn đoán loại trừ. Đặc trưng của dịch màng phổi trong SLE là dịch màng phổi thường ở hai bên, số lượng dịch có thể ít hoặc nhiều, dịch trong hoặc màu máu, số lượng bạch cầu

khoảng 230 - 15.000 tế bào/ $\mu$ L, LDH tăng, có thể không phổ biến với mức glucose và pH có thể thấp. Đặc điểm chụp cắt lớp vi tính phổi trong viêm phổi do Lupus có thể thấy hình ảnh kính mờ, vùng đông đặc loang lổ, giãn phế quản do lực co kéo hoặc tràn dịch màng phổi [6], chụp cắt lớp vi tính có thăm dò mạch máu để loại trừ tắc mạch phổi. BN của chúng tôi có dịch màng phổi hai bên, tăng tế bào dịch màng phổi (bạch cầu 1.531 tế bào/ml, chủ yếu bạch cầu lympho 40%). Xét nghiệm LDH dịch màng phổi 194,6 U/l, glucose dịch 6,3 g/l, protein dịch màng phổi 30,81 g/l không rõ ràng có những đặc trưng sinh hóa như trên. Đặc biệt, BN có IgM *Mycoplasma* dương tính từ khi vào viện và kéo dài trong 14 ngày. BN được điều trị ban đầu kháng sinh phổ rộng và *Mycoplasma* nhưng tình trạng lâm sàng không cải thiện. Theo các nghiên cứu, IgM *Mycoplasma* có thể tăng kéo dài trong máu đến vài tháng, ngay cả khi các triệu chứng lâm sàng ổn định ở các BN nhiễm *Mycoplasma*, do vậy việc ngừng điều trị không phụ thuộc vào xét nghiệm IgM này. BN không đáp ứng với liệu trình điều trị kháng sinh và các xét nghiệm nhiễm trùng âm tính. Chúng tôi đã đi tìm các nguyên nhân khác gây viêm phổi-màng phổi, liệu còn có các nguyên nhân nào khác gây các triệu chứng hô hấp này? Dấu hiệu lâm sàng gợi ý thêm bệnh lý hệ thống ở BN là nữ, trẻ tuổi đang giai đoạn dậy thì và có ban da ở mặt. Kết quả các xét nghiệm phù hợp và đủ tiêu chuẩn của SLE với 5/11 (ban da, giảm bạch cầu, giảm bổ thể, tổn thương thận và kháng thể kháng nhân dương tính) theo phân loại ACR 1997.

Điều trị bệnh màng phổi trong SLE bao gồm thuốc giảm đau chống viêm không steroid, nếu BN không đáp ứng thì bắt đầu điều trị glucocorticoid. Đối với viêm phổi cấp, việc điều trị còn dựa theo kinh nghiệm, chưa có thử nghiệm lâm sàng đối chứng. Do lúc đầu chưa tìm được căn nguyên gây bệnh phổi và màng phổi, bên cạnh kháng sinh phổ rộng, BN của chúng tôi còn được truyền methylprednisolon tĩnh mạch liều cao trong 3 ngày. Kết quả đáp ứng điều trị tốt, BN hết sốt, hết đau ngực. Siêu âm và chụp X quang thấy hết dịch màng phổi, công thức máu bình thường, bổ thể tăng với C3: 0,49 g/l, C4: 0,1 g/l. BN được ngừng điều trị kháng sinh, xuất viện sau 5 ngày và tiếp tục liệu trình điều trị Lupus ban đỏ.

### KẾT LUẬN

Viêm phổi - màng phổi là một trong các dấu hiệu khởi phát của SLE, vì vậy cần nghĩ đến SLE ở những BN có biểu hiện phổi, màng phổi nếu các biểu hiện do nhiễm khuẩn không điển hình và không đáp ứng với điều trị theo hướng nhiễm

trùng, để có chẩn đoán xác định sớm SLE và lựa chọn biện pháp điều trị đúng.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tselios K, Urowitz M.B. Cardiovascular and pulmonary manifestations of SLE. *Curr Rheumatol Rev* 2017; 13:206.
2. Rojas-Serrano J., Pedroza J., Regalado J., et al. High prevalence of infections in patients with SLE and pulmonary haemorrhage. *Lupus*. 2008;17(4):295.
3. Dubois E.L, Tuffanelli D.L. Clinical manifestations of SLE: Computer analysis of 520 cases. *JAMA* 1964; 190(02):104-111.
4. Matthay R.A, Schwarz M.I, Petty T.L, et al. Pulmonary manifestations of SLE: Review of twelve cases of acute Lupus pneumonitis. *Medicine (Baltimore)* 1975; 54(05):397-409.
5. Matthay R.A, Schwarz M.I, Petty T.L, et al. Pulmonary manifestations of SLE: Review of twelve cases of acute Lupus pneumonitis. *Medicine (Baltimore)* 1975; 54(5):397.
6. Ahuja J., Arora D., Kanne J.P, Henry T.S, Godwin J.D. Imaging of pulmonary manifestations of connective tissue diseases. *Radiol Clin North Am* 2016; 54(6):1015. Epub 2016 Aug 12.