

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP MẮC BỆNH TRỨNG CÁ TỐI CẤP TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG

Vũ Văn Quang

Bộ môn Nhi, Trường Đại học Y - Dược Hải Phòng;
Khoa Thận- Máu- Nội tiết, Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh trứng cá tối cấp rất hiếm gặp và là dạng nặng nhất của trứng cá. Bệnh chủ yếu gặp ở nam giới tuổi dậy thì và đặc trưng bằng các triệu chứng xuất hiện đột ngột, các nốt viêm đau dẫn đến loét và có triệu trứng toàn thân. Theo hiểu biết của chúng tôi đây là trường hợp đầu tiên được công bố ở Việt Nam. **Mô tả ca bệnh:** Trẻ nam 14 tuổi vào viện vì sưng tấy vùng mặt và sốt, đau khớp đau cơ. Trẻ xuất hiện trứng cá khi 13,5 tuổi. Sau khi đi bơi về xuất hiện đột ngột sưng tấy mặt, đau cơ, đau khớp khiến trẻ không đi lại được. Các xét nghiệm cho thấy có tăng bạch cầu và CRP, cấy máu không mọc vi khuẩn, cấy dịch tiết ổ loét có mọc tụ cầu trắng. Trẻ được điều trị bằng cách kết hợp nhiều kháng sinh 25 ngày không đỡ. Trẻ đáp ứng tốt và khỏi hoàn toàn sau 5 tuần điều trị bằng prednisolon và brufen. **Kết luận:** Đây có thể là báo cáo đầu tiên về bệnh trứng cá tối cấp ở Việt Nam. Những trẻ nam độ tuổi dậy thì có tiền sử mụn trứng cá và xuất hiện trứng cá nặng đột ngột kèm theo các biểu hiện toàn thân cần được cân nhắc tới bệnh trứng cá tối cấp để có chẩn đoán và điều trị kịp thời.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh trứng cá tối cấp (AF, acne fulminant), còn gọi là bệnh trứng cá ác tính (acne maligna), là một dạng trứng cá nặng, có loét, biểu hiện cấp tính và toàn thân[1]. Đây là một bệnh nặng, hiếm gặp, xuất hiện chủ yếu ở trẻ nam độ tuổi từ 13 đến 16 và có tiền sử mụn trứng cá[2][3][6]. Bệnh trứng cá tối cấp được mô tả lần đầu tiên vào năm 1959 với các đặc trưng như các nốt, mụn trứng cá sưng đau ở mặt, lưng kèm theo các biểu hiện toàn thân như sốt, đau khớp, đau cơ... Một số yếu tố có thể thúc đẩy Bệnh như yếu tố di truyền, phản ứng miễn dịch quá mức, vi khuẩn và một số loại thuốc[10][3][7]. Một số kháng nguyên ở da và xương khá giống với kháng nguyên của vi khuẩn, dẫn tới đáp ứng miễn dịch tự thân gây tổn thương da và cơ xương. Trong một số trường hợp bệnh nhân có

thể biểu hiện giống với viêm tấy lan toả và/hoặc nhiễm khuẩn máu. Tại đây, chúng tôi mô tả một thiếu niên nam bị mắc bệnh trứng cá tối cấp với các biểu hiện giống nhiễm khuẩn máu. Theo hiểu biết của chúng tôi, đây là báo cáo ca bệnh trứng cá tối cấp đầu tiên ở Việt Nam.

2. MÔ TẢ CA BỆNH

Trẻ nam 14 tuổi vào điều trị tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng vì đau cơ, đau khớp và sưng tấy vùng mặt. Khám thấy trẻ tỉnh, sốt 38,9°C, nặng 50 kg, mụn bọc sưng tấy khắp mặt kèm theo chảy dịch vàng. Trẻ đau cơ đùi và khớp gối, khớp háng khiến trẻ không thể tự đứng được. Các xét nghiệm cho thấy bạch cầu tổng số 14 G/l, bạch cầu hạt trung tính 70%, CRP 24 mg/dl, ASLO 200 IU/l, cấy dịch ở vết loét vùng mặt có mọc tụ

cầu trắng, cấy máu lúc sốt không mọc vi khuẩn. Bệnh nhân được chẩn đoán viêm tấy lan toả vùng mặt, theo dõi nhiễm khuẩn máu và được điều trị bằng cách lần lượt kết hợp 3 kháng sinh: rocephin, vacomycin, và metronidazol kết hợp

nặng rửa vệ sinh tại chỗ vùng mặt. Tuy nhiên sau 15 ngày điều trị, các dấu hiệu lâm sàng tiến triển ít. Trẻ vẫn sốt, đau khớp, sưng tấy vùng mặt kèm chảy dịch vàng mặc dù đã được rửa hàng ngày (Hình 1, A,B,C,D).

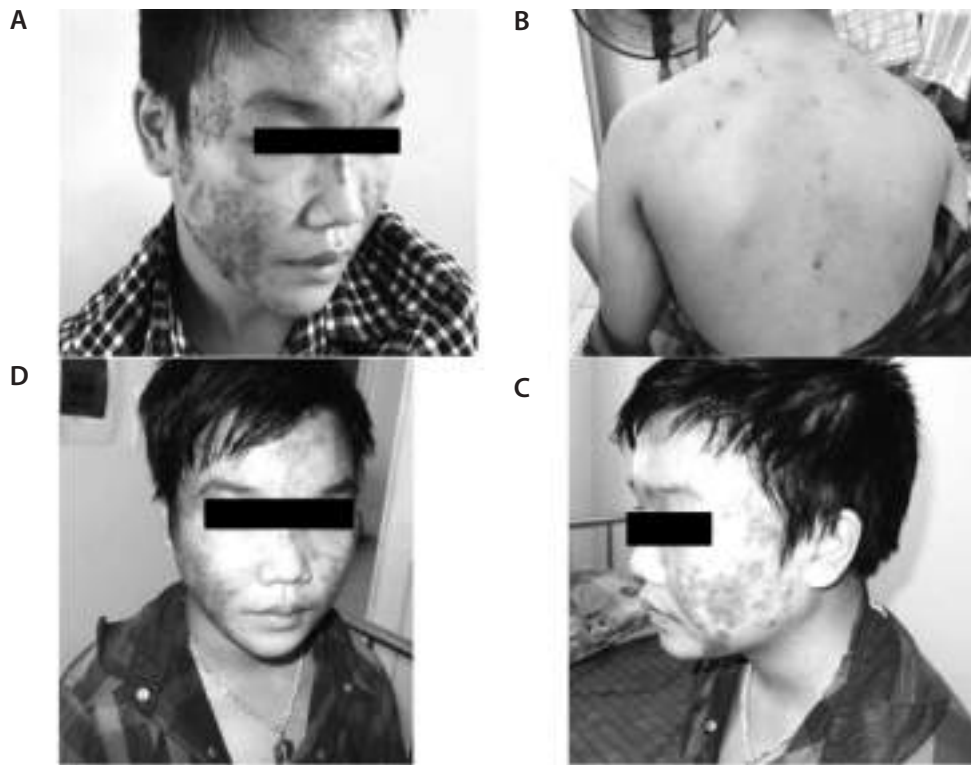


Hình 1. Trẻ vẫn bị viêm sưng mặt sau 25 ngày điều trị kết hợp nhiều kháng sinh

Qua khai thác tiền sử, bệnh sử cho thấy trẻ xuất hiện mụn trứng cá trước thời điểm nhập viện khoảng 5 tháng. Sau một lần đi tắm ở bể bơi công cộng về, trẻ đột ngột xuất hiện sưng tấy vùng mặt và sốt, được điều trị 10 ngày tại bệnh viện tuyến quận bằng cách kết hợp cephotaxim và gentamycin nhưng không đỡ. Trẻ được gia đình đưa khám và điều trị theo đơn của Bệnh viện Da liễu Trung ương trong 7 ngày; tuy nhiên, trẻ không đỡ nên gia đình đưa về Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng điều trị.

Từ diễn biến tiền sử, bệnh sử và hiện tại, cùng với khai thác y văn thế giới, chúng tôi hướng tới

một bệnh cảnh nặng của trứng cá được gọi là bệnh trứng cá tối cấp (AF, acne fulminant). Bệnh này có bản chất là phản ứng viêm và phản ứng miễn dịch quá mức. Các kháng sinh rocephin, vacomycin và metronidazol nhanh chóng được cắt bỏ. Trẻ được điều trị bằng brufen 15 mg/kg/24 giờ và prednisolon 1mg/kg/24 giờ. Sau 6 ngày điều trị, trẻ đã có thể đi lại bình thường, hết sốt, các vết loét ở mặt khô dần và đóng vảy (Hình 2 A). Trẻ được xuất viện và điều trị ngoại trú. Sau 1 tuần đến khám lại các vết mụn đã ổn ở cả mặt và lưng (Hình 2 B,C,D). Trẻ được điều trị ngoại trú và theo dõi tiếp 5 tuần mới kết thúc điều trị.



Hình 2. A, sau 6 ngày điều trị; B,C,D, sau 2 tuần điều trị bằng prednisolon và brufen

3. BÀN LUẬN VÀ KẾT LUẬN

Bệnh trứng cá tối cấp là một bệnh hiếm gặp; trên toàn thế giới mới ghi nhận khoảng 100 trường hợp. Bệnh có đặc điểm là xuất hiện đột ngột, mụn trứng cá nặng và thường có loét, sốt và đau cơ đau khớp, không đáp ứng với thuốc kháng sinh và đáp ứng tốt với corticoid đường uống. Bệnh chủ yếu gặp ở nam giới độ tuổi dậy thì có tiền sử mắc trứng cá từ trước. Cơ chế bệnh sinh của bệnh trứng cá tối cấp còn chưa rõ ràng; các biểu hiện của bệnh có thể liên quan đến cơ chế viêm và miễn dịch[6][5][4]. Các dấu ấn liên quan đến cơ chế bệnh sinh là các phức hợp miễn dịch lưu hành, bổ thể và kháng thể. Phản ứng quá mẫn chậm qua trung gian tế bào đối với propionibacterial acne có thể liên quan đến cơ chế bệnh sinh. Một số tác giả lưu ý rằng nồng độ testosterone và các đồng phân steroid

có thể làm tăng tiết bã nhờn và làm tăng quần thể propionibacterial acne. Sự gia tăng này cùng với một số kháng nguyên liên quan khác đã kích hoạt phản ứng miễn dịch và phản ứng viêm ở một số cá thể dẫn tới tình trạng trứng cá tối cấp[1][3]. Ngoài testosterone, isotretinoin cũng có thể thúc đẩy bệnh trứng cá tối cấp; có thể là do là do liên quan đến mức độ cao của kháng nguyên P. Acne gây kích hoạt quá mức hệ thống miễn dịch của bệnh nhân [3][4][5]. Trong nghiên cứu này, bệnh nhân của chúng tôi có khá đầy đủ bệnh cảnh trứng cá tối cấp. Tuy nhiên, chẩn đoán chỉ được đưa ra sau một tháng điều trị kháng sinh không hiệu quả. Điều này có thể được giải thích do đây là bệnh hiếm gặp nên nhận thức của cán bộ y tế về bệnh còn hạn chế. Ngoài ra tại Việt Nam các bệnh lý nhiễm trùng vẫn là rất phổ biến, ngay cả ở những trẻ có hệ

miễn dịch bình thường[8][9]. Bệnh nhân có biểu hiện ở mặt rất giống với viêm tấy lan toả vùng mặt, nhưng quan sát kỹ sẽ thấy đó là dịch rỉ viêm không phải dịch mủ. Chúng tôi cấy dịch rỉ viêm này chỉ thấy mọc tụ cầu trắng, loại tụ cầu không gây bệnh. Ngoài ra, cấy máu bệnh nhân không thấy mọc vi khuẩn. Các báo cáo về bệnh trứng cá tối cấp khác đều cho thấy là cấy máu thường không mọc vi khuẩn và cấy dịch tại các ổ loét chỉ mọc Staphylococcus epidermidis và P. Acne.

Khác với trứng cá thông thường, bệnh trứng cá tối cấp luôn có biểu hiện toàn thân bao gồm

sốt, đau cơ, đau khớp, tổn thương xương, mệt mỏi, thiếu máu tăng bạch cầu, gan lách to. Các biểu hiện toàn thân cũng giúp chúng ta dễ dàng phân biệt bệnh trứng cá tối cấp với trứng cá bọc (conglobata acne) và trứng cá đỏ (rosacea acne). Trứng cá bọc khá giống với bệnh trứng cá tối cấp về vị trí xuất hiện nhưng hiếm khi xuất hiện ở mặt, nó diễn biến mạn tính và chủ yếu gặp ở người trưởng thành. Còn trứng cá đỏ chủ yếu gặp ở nữ giới không có tiền sử trứng cá; nó thường xuất hiện đột ngột sau một stress và không có biểu hiện toàn thân[2].

Bảng 1. Chẩn đoán phân biệt bệnh trứng cá tối cấp với trứng cá đỏ và trứng cá bọc[2]

	Bệnh trứng cá tối cấp	Trứng cá đỏ	Trứng cá bọc
Giới	Nam	Nữ	Nam
Tuổi xuất hiện	13-16 tuổi	Tuổi trưởng thành	20-25 tuổi
Biểu hiện	Đột ngột	Đột ngột	Chậm
Vị trí	Mặt, cổ, ngực, lưng	Mặt	Thân mình, đùi, cánh tay, ít khi ở mặt
Lâm sàng	Những vết loét chảy máu	Ít gặp mụn trứng cá	Nốt, tổn thương viêm, nhiều mụn trứng cá
Dấu hiệu toàn thân	Luôn có	Hiếm khi có	Không có

Điều trị bệnh trứng cá tối cấp không dễ dàng và có các báo cáo về các phương pháp điều trị khác nhau. Một điểm quan trọng là bệnh trứng cá tối cấp không đáp ứng với liệu pháp can thiệp trong điều trị mụn trứng cá nặng và việc sử dụng kháng sinh là không có hiệu quả[1][6]. Do có những triệu chứng toàn thân, người bệnh được yêu cầu nhập viện. corticosteroid toàn thân và điều trị triệu chứng là nền tảng của điều trị. Bệnh nhân của chúng tôi được cắt giảm kháng sinh ngay khi chẩn đoán bệnh trứng cá tối cấp. Trẻ được điều trị bằng prednisolon 1 mg/kg/24 giờ

và brufen 15 mg/kg/24 giờ. Sau khoảng 1 tuần điều trị trẻ đã có thể đi lại, các vết loét giảm dần và khỏi hẳn sau 5 tuần điều trị.

Tóm lại, chúng tôi đã phát hiện và điều trị thành công một trường hợp mắc bệnh trứng cá tối cấp sau gần một tháng điều trị như là nhiễm khuẩn máu và viêm tấy lan toả vùng mặt. Đây có thể là trường hợp đầu tiên được báo cáo ở Việt Nam. Mụn trứng cá nặng kèm theo các biểu hiện toàn thân ở những trẻ nam tuổi dậy thì, có tiền sử mụn trứng cá nên được cân nhắc tới bệnh trứng cá tối cấp để điều trị kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Grando LR, Leite OG, Cestari TF** (2014). Pseudo-acne fulminans associated with oral isotretinoin. *An Bras Dermatol.* 89(4): 657–659.
2. **Lages RB, Bona SH, Silva FVM e, Gomes AKL, Campelo V** (2012). Acne fulminans successfully treated with prednisone and dapsone. *An Bras Dermatol.* 87(4): 612–614.
3. **Palleschi GM, Brusino N, Cristofaro G** (2013). A case of acne fulminans presenting with systemic symptoms resembling acute appendicitis with maculopapular purpura-like eruption exacerbated by systemic steroids. *Dermatol Ther.* 26(4): 367–369.
4. **Peleg H, Koslowski B, Hiller N, Heyman SN** (2014). Radiologic features of acne fulminans. *Isr Med Assoc J.* 16(6): 393–394.
5. **Pereira MF, Roncada EM, Oliveira CM de, Monteiro R, Abreu MAMM de, Ortigosa LC** (2011). Acne fulminans and isotretinoin: case report. *An Bras Dermatol.* 86(5): 983–985.
6. **Seukeran, Cunliffe** (1999). The treatment of acne fulminans: a review of 25 cases. *British Journal of Dermatology.* 141(2): 307–309.
7. **Tago O, Nagai Y, Matsushima Y, Ishikawa O** (2011). A Case of Acne Fulminans Successfully Treated with Cyclosporin A and Prednisolone. *Acta Dermato Venereologica.* 91(3): 337–338.
8. **Vu QV, Wada T, Le HTM, et al** (2014). Clinical and mutational features of Vietnamese children with X-linked agammaglobulinemia. *BMC Pediatr.* 14: 129.
9. **Vu QV, Wada T, Tran TT, et al** (2015). Severe congenital neutropenia caused by the ELANE gene mutation in a Vietnamese boy with misdiagnosis of tuberculosis and autoimmune neutropenia: a case report. *BMC Hematology.* 15(1): 2.
10. **Zaba R, Schwartz R, Jarmuda S, Czarnecka-Operacz M, Silny W** (2011). Acne fulminans: explosive systemic form of acne. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 25(5): 501–507.

ABSTRACT

**A 14-YEAR-OLD BOY WITH ACNE FULMINANT
AT HAIPHONG CHILDREN HOSPITAL:
A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEWS**

Introduction: Acne fulminant is rare disorder, the most severe form of the entire clinical spectrum of acne. It is characterized by emergence of painful inflammatory nodules that turn into ulcers, concomitant with systemic manifestation. To our knowledge, this is the first report of acne fulminant from Vietnam. **Case presentation:** A 14-year-old boy was admitted our hospital due to facial swelling, fever, arthralgia, myalgia. He had presented acne vulgaris when he was 13.5 year olds. After swimming, his clinical signs suddenly became worse. The tests showed leukocytosis, elevated CRP, negative blood culture. Staphylococcus epidermis was growth in the culture of secretion collected from patient's

face. The patient was not respond with antibiotic treatment, but respond well and fully recover after 5 weeks of treatment with prednisone and brufen. **Conclusions:** This is the first acne fulminant report from Vietnam. An adolescence boy, having acne vulgaris and suddenly appearing severe acne with systemic manifestations, should be considered as acne fulminant for timely diagnosis and treatment.

Keywords: Acne fulminant, acne vulgaris, prednisolone.