

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP RUỘT MẤT PROTEINE (BỆNH LÝ RUỘT XUẤT TIẾT) TRONG BỆNH LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG

Hoàng Trọng Chương¹, Lâm Thị Vinh¹, Hoàng Trọng Thắng²

TÓM TẮT

Bệnh nhân nữ 27 tuổi, tiền sử điều trị bệnh Lupus ban đỏ hệ thống cách đây 7 năm tại Khoa Da Liễu Bệnh viện Trung ương Huế. Bệnh nhân vào Khoa Nội Tiêu hóa 2 đợt (tháng 7/2007 và tháng 6/2008) với sốt cao, đau bụng, tiêu chảy kéo dài, phù toàn. Xét nghiệm có protide máu giảm, albumine máu giảm. Xét nghiệm về chức năng gan bình thường, chức năng thận bình thường, proteine niệu âm tính. Nội soi dạ dày tá tràng, nội soi đại trực tràng hình ảnh đại thể niêm mạc bình thường. Được chẩn đoán: Bệnh lý ruột xuất tiết/Lupus ban đỏ hệ thống. Đáp ứng với liệu pháp điều trị Corticoide.

SUMMARY

CASE REPORT:

PROTEIN LOSING ENTEROPATHY (EXUDATIVE ENTEROPATHY) OF SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS (SLE) IN HUE CENTRAL HOSPITAL

Hoang Trong Chuong¹, Lam Thi Vinh¹, Hoang Trong Thang²

A Female patient 27 years old with history of Systemic Lupus erythematosus treated at the Dermatology Departement of Hue Central Hospital 7 years ago. Admitted to the Gastroenterology Department two times (July 2007 and June 2008) with high fever, abdominal pain, prolonged diarrhea, anasarca. Laboratory data: hypoproteinemia, hypoalbuminemia. Renal function: normal without proteinuria. Hepatic function is normal. Gastro endoscopy and coloscopy normal. Response to Corticotherapy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lupus ban đỏ hệ thống, hay còn được gọi tắt là lupus (SLE- systemic lupus erythematosus),

là một bệnh tự miễn trong đó hệ thống miễn dịch của con người tấn công chính những cơ quan và các tế bào của cơ thể, làm chúng bị tổn thương và rối loạn chức năng.

Lupus được gọi là bệnh đa hệ thống vì nó có thể ảnh hưởng lên nhiều cơ quan và các mô

1. Khoa Nội tiêu hóa – Bệnh viện Trung ương Huế

2. Bộ môn Nội – Đại học Y Dược Huế

Bệnh viện Trung ương Huế

khác nhau trong cơ thể. Một số bệnh nhân bị lupus ở mức độ nhẹ, họ chỉ cần điều trị với một số loại thuốc đơn giản nhưng cũng có những bệnh nhân có thể bệnh rất nặng và ảnh hưởng đến tính mạng. Lupus thường gặp ở nữ giới nhiều hơn nam giới và thường gặp nhất ở lứa tuổi sau dậy thì vì một nguyên nhân nào đó chưa được biết rõ.

Lupus là một bệnh mạn tính, được đặc trưng bởi những đợt giảm nhẹ hoặc thoái lui và những đợt bùng phát trở lại. Ngày nay, bệnh lupus có tiên lượng tốt hơn vì bệnh được hiểu rõ hơn, và có những xét nghiệm giúp chẩn đoán và điều trị sớm hơn cùng với những thuốc có hiệu quả và an toàn hơn trước đây.

Chúng tôi xin giới thiệu một trường hợp bệnh nhân Lupus có biểu hiện tại đường tiêu hoá, vị trí tương đối hiếm trong bệnh lý này.

II. GIỚI THIỆU BỆNH NHÂN

2.1. Phân hành chính

Bệnh nhân Lê Thị Q. T., Nữ, 27 tuổi, nghề nghiệp: giáo viên, địa chỉ: Quảng Phước - Quảng Điền-TT Huế. Vào viện Nội Tiêu hóa lần thứ 1: ngày 12/7/2007, lần 2 ngày 30/6/2008.

Lý do vào viện: đau bụng, tiêu chảy, sốt.

Tiền sử: Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh Lupus ban đỏ hệ thống tại Khoa Da Liễu, Bệnh viện Trung ương Huế cách đây 7 năm với: sốt, ban hình cánh bướm ở mặt, đau các khớp(không biến dạng khớp), xét nghiệm có kháng thể kháng nhân dương tính, sinh thiết dưới da vùng phát ban... và được điều trị đáp ứng với Corticoide.

2.2. Đặc điểm lâm sàng

- Thể trạng gầy sút nặng (BMI=14), da xanh, phù 2 chi dưới. Sốt 38-39°C.

- Đau các khớp

- Đau bụng vùng quanh rốn, đại tiện phân

lỏng 5-6 lần ngày, phân có ít nhầy mũi, không có máu, phân sống.

2.3. Đặc điểm cận lâm sàng

- CTM: HC: 3,6triệu, Hb:94g/l, Hct:0,28. MCV:90fl MCH:29pg,BC: 3600.

- Điện di protein máu: Protid máu giảm (46g/l), albumin thấp(18,6g/l), gamma globulin giảm(9,8%)

-VSS: 1h: 37mm/s, 2h: 77mm/s. CRP: 9,5mg/l.

- Kháng thể kháng nhân: dương tính.

- Protein niệu: âm tính.

- Tỉ Prothrombine: 100%

- Uré máu: 7,3mmol/l,Créatinine:66umol/l

- Điện giải đồ máu: Na+: 130mmol/l, K+ 4,5mmol/l, Ca++: 0,92mmol/l.

- Soi phân: có hạt mỡ, sợi thịt trong phân.

2.4. Chẩn đoán hình ảnh

- Siêu âm bụng: phù nề toàn bộ các quai ruột, dịch ổ bụng lượng vừa. Cấu trúc gan bình thường.

- Nội soi mềm dạ dày tá tràng & đại tràng: không thấy bất thường trên niêm mạc về mặt đại thể.

- Chụp transit ruột non có baryte: không thấy bất thường trên phim.

2.5. Điều trị

- Corticoide (Methylprednisolone) bằng đường tĩnh mạch trong 5 ngày đầu

- Sau đó : 1mg/kg/ngày sau đó giảm dần liều.

-Điều trị bổ sung nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch dung dịch Glucose 5-10%, Ringerlacte, đặc biệt là nuôi dưỡng bằng chuyên dung dịch acide amine, plasma, kèm kháng sinh chống bội nhiễm.

III. BÀN LUẬN

Trong giai đoạn khởi phát của bệnh, triệu chứng thường rất mơ hồ, không đặc hiệu, do đó

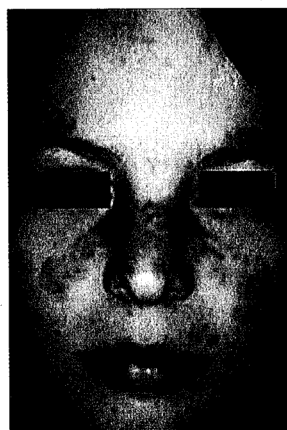
làm cho việc chẩn đoán bệnh trở nên khó khăn. Triệu chứng ban đầu thường gặp nhất là mệt mỏi, sốt và đau cơ và khớp. Chúng được gọi là “hội chứng tương tự cúm”.

Lupus là một bệnh đa hệ thống nhưng có một số cơ quan thường bị ảnh hưởng nhiều hơn những cơ quan khác:

- Hệ cơ xương khớp: Trong bệnh lupus, đau khớp thường gặp hơn sưng khớp. Sưng khớp thường đối xứng hai bên cơ thể và không gây tổn thương khớp. Những khớp thường bị nhất là các khớp ở bàn tay, cổ tay và khớp gối. Bệnh nhân lupus, đặc biệt là những người phải sử dụng corticoid liều cao, có thể một số dạng tổn thương khớp do giảm máu nuôi gây chết các xương trong khớp. Tình trạng này được gọi là hoại tử vô mạch và thường gặp nhất ở các khớp háng và khớp gối. Thỉnh thoảng một số cơ có thể bị viêm và rất đau, làm cho bệnh nhân trở nên yếu ớt và mệt mỏi hơn.



Ban dạng đĩa



Hồng ban hình cánh bướm

- Da và tóc: Những triệu chứng ở da gặp trên 90% bệnh nhân bị lupus và thường gặp ở người Mỹ da trắng hơn người Mỹ gốc Phi. Dạng ban kinh điển trong lupus thường có màu đỏ và mọc ở hai bên má (hồng ban hình cánh bướm), xuất hiện khi tiếp xúc với ánh nắng mặt trời, tuy nhiên ngoài dạng kinh điển kể trên cũng có rất nhiều loại ban khác nhau có thể xuất hiện trong bệnh lupus. Rụng tóc có thể xuất hiện trong đợt bùng phát của bệnh thậm chí có thể không xảy

ra kèm với triệu chứng nổi ban ở da đầu. Trong trường hợp này, tóc sẽ mọc lại sau khi đã điều trị làm lui đợt bùng phát. Tóc cũng có thể rụng khi sử dụng các thuốc ức chế miễn dịch.

- Thận: Những triệu chứng của thận thường gặp ở hơn 50% bệnh nhân bị lupus. Bệnh thận nặng thường cần phải sử dụng liệu pháp ức chế miễn dịch để điều trị. Tất cả những bệnh nhân bị lupus ban đỏ mới được phát hiện cần phải được kiểm tra nước tiểu xem có chứa hồng cầu và protein hay không vì viêm thận có thể không có triệu chứng vào những giai đoạn sớm.

- Tim mạch: Viêm màng ngoài tim (túi bao bên ngoài tim) là dạng tổn thương tim thường thấy ở những bệnh nhân lupus. Nó xảy ra khi có những sự kiện tác động lên cảm xúc của bệnh nhân, xuất hiện các cơn đau hay nhiệt độ ngoài trời lạnh.

- Hệ thần kinh: Một số bệnh lý về não và thần kinh, và hội chứng tâm thần cấp tính xuất hiện ở 15% bệnh nhân bị lupus. Những rối loạn thần kinh có thể xảy ra bao gồm co giật, liệt, suy nhược cơ thể nặng, rối loạn tâm thần và đột quỵ. Viêm tủy sống ở bệnh nhân lupus rất nặng hiếm khi xảy ra nhưng có thể dẫn đến liệt. Suy nhược rất thường gặp ở những bệnh nhân lupus.

- Phổi: Hơn 50% bệnh nhân bị lupus bị một số dạng bệnh phổi. Viêm màng phổi là bệnh thường gặp nhất. Viêm phổi cũng có thể gặp ở những bệnh nhân lupus có sử dụng thuốc ức chế miễn dịch.

- Hệ miễn dịch và máu: Khoảng 50% bệnh nhân lupus bị thiếu máu (giảm số lượng hồng cầu) và hơn phân nửa trong số đó bị giảm tiểu cầu và giảm bạch cầu. Giảm tiểu cầu có thể gây chảy máu và thâm tím ở dưới da, nếu nặng hơn có thể gây xuất huyết nội. Một số bệnh nhân lupus có thể dẫn đến tình trạng hình thành cục máu đông trong tĩnh mạch (gây viêm tĩnh mạch) hoặc động mạch (gây đột quỵ hay những bệnh lý khác). Tình trạng này thường gặp nhất ở những bệnh nhân có một số tự kháng thể trong máu được gọi là các kháng thể kháng

phospholipid. Những bệnh nhân này cần phải dùng thuốc tan huyết (thuốc kháng đông) trong một thời gian dài. Những phụ nữ có những tự kháng thể này có nguy cơ cao bị sảy thai tự phát (không do yếu tố nào tác động).

- Hệ tiêu hóa: Một số bệnh nhân bị những vết loét không đau ở miệng và mũi tại một số thời điểm nào đó của bệnh. Đau bụng trong lupus có thể do viêm màng bụng, nhiễm trùng ruột hoặc do giảm lượng máu đến nuôi ruột do cục máu đông hoặc viêm các mạch máu đến ruột. Nếu bệnh nhân có nhiều dịch tự do trong bụng, lớp dịch này cũng có thể gây nhiễm trùng và đau dữ dội. Viêm gan cũng có thể xảy ra nhưng hiếm gặp.

Bệnh lý ruột mất protein trên bệnh nhân này (hay còn gọi là bệnh lý ruột xuất tiết) là bệnh hiếm gặp liên quan đến mất proteine qua đường dạ dày-ruột với hậu quả làm giảm proteine máu toàn phần.

Giảm proteine máu là do mất protide dạ dày ruột sau khi đã loại bỏ các nguyên nhân khác như mất proteine niệu, suy dưỡng và bệnh lý gan.

Nguyên nhân mất proteine máu qua đường dạ dày-ruột qua nhiều cơ chế:

- Bệnh niêm mạc không có xước hoặc loét nhưng với sự gia tăng tính thấm: thường gặp trong bệnh Ménétrier, bệnh dạ dày phì đại tiết dịch, viêm dạ dày do dị ứng, viêm dạ dày ruột cấp do virút, viêm dạ dày ruột tăng bạch cầu ái toan, Lupus ban đỏ hệ thống, nhiễm ký sinh trùng đường ruột, bệnh coeliacque, sprue nhiệt đới, tiêu chảy sau nhiễm rougeole, viêm đại tràng vi thể.

- Bệnh niêm mạc có xước hoặc loét: viêm xước dạ dày, loét dạ dày lành tính, viêm hồng-hôi tràng không rõ nguyên nhân, bệnh Crohn, viêm loét đại tràng, Ung thư thực quản, dạ dày, đại tràng, hội chứng carcinoide, sarcome Kaposi, bệnh chuỗi alpha, bệnh Waldenstrom, lymphome.

- Tắc nghẽn hệ thống bạch huyết: giãn bạch

mạch ruột bẩm sinh, lymphome, bệnh viêm màng ngoài tim co thắt, bệnh Whipple, bệnh Crohn, lao màng bụng và sarcoidose, dò bạch huyết-ruột.

Bệnh nhân này nhập viện với các triệu chứng phù 2 chi dưới, bụng báng: do mất albumine qua đường ruột, trong đó chức năng gan bình thường, do giảm protide máu trong khi proteine niệu âm tính. Xét nghiệm có giảm protide máu, với giảm albumine máu, điện di protide máu: giảm gammaglobuline, giảm calci máu.

Bệnh nhân cũng có từng đợt sốt, đau bụng quanh rốn, chướng bụng. Đau bụng có thể là do viêm hệ mạch máu ruột trong bệnh lupus, hoặc do viêm và huyết khối tiểu tĩnh mạch mạc treo. Tiêu chảy nhiều lần trong ngày, phân sệt lỏng có lúc có hạt mỡ, không có máu: điều này có thể giải thích là do bội nhiễm vi khuẩn đường ruột mà chủ yếu là *ly trực trùng* (*Shigella*) có thể đưa đến biến chứng mất nước-điện giải. Chúng tôi đã điều trị kháng sinh đường ruột nhóm Quinolone, chuyển dịch, bù điện giải... bệnh đáp ứng giảm sốt, hết đau bụng, giảm số lần đại tiện. Tiêu chảy có thể là do rối loạn hấp thu mỡ.

Bệnh nhân trong quá trình diễn tiến bệnh Lupus ban đỏ đã lâu kèm thêm xuất hiện bệnh lý ruột xuất tiết đưa đến hậu quả là suy dinh dưỡng trầm trọng.

Nội soi mềm dạ dày tá tràng và nội soi đại tràng chúng tôi không thấy thương tổn về mặt đại thể. Khảo sát về ruột non chúng tôi chưa có máy nội soi ruột non xoắn ốc cũng như viên nang nội soi, chúng tôi có chụp transit ruột non có baryte chưa thấy hình ảnh bất thường trên phim.

Bệnh lý ruột xuất tiết được chẩn đoán bằng xét nghiệm đo độ thanh thải alpha 1-antitrypsine tăng trong máu hoặc trong phân. Bệnh viện chúng tôi chưa làm được xét nghiệm này.

Áp dụng điều trị trên bệnh nhân này dựa trên cơ sở là có mắc bệnh tự miễn Lupus ban đỏ, do đó được chúng tôi sử dụng Corticoide, có

lúc chúng tôi phải sử dụng Methylprednisolone bằng đường tĩnh mạch trong 5 ngày đầu, sau đó dùng Prednisone uống với liều 1mg/kg/ngày sau đó giảm dần liều.

Điều trị bổ sung nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch dung dịch Glucose 5-10%, Ringerlacte, đặc biệt là nuôi dưỡng bằng chuyển dung dịch acide amine, plasma, kèm kháng sinh chống bội nhiễm.

Kết quả điều trị về lâm sàng bệnh nhân cải thiện rõ rệt.

Một số điểm cần lưu ý khi sử dụng Corticoid :

Sử dụng corticoid có thể gây ra một số biến chứng bao gồm rối loạn tâm thần, tăng nguy cơ nhiễm trùng, dễ gãy xương, đục thủy tinh thể, đái tháo đường hoặc làm bệnh nặng hơn nếu như bệnh nhân đã bị đái tháo đường trước đó, tăng huyết áp, mỏng da, phù mắt và hoại tử vô mạch.

Corticoid thường được sử dụng ở những bệnh nhân bị lupus có tổn thương cơ quan nặng hoặc không đáp ứng với những biện pháp điều trị hay thuốc khác (tránh tiếp xúc ánh sáng mặt trời hoặc sử dụng kem chống nắng đối với những vùng da nhạy cảm, ibuprofen (Motrin, Advil), azathioprine, hydroxychloroquine,...) hoặc đã điều trị nhiều lần mà không đáp ứng tốt.

Tác dụng phụ quan trọng nhất khi sử dụng thuốc corticoid và những thuốc ức chế miễn dịch khác là tăng nhạy cảm với những loại nhiễm trùng nguy hiểm.

Ở thai phụ, steroid thường được sử dụng là prednisone vì nó đi qua thai ít hơn những loại thuốc corticoid khác.

Không nên ngưng sử dụng corticoid đột ngột khi đã sử dụng chúng trong nhiều tháng. Cần giảm liều từ từ trước khi ngưng hoàn toàn.

IV. KẾT LUẬN

Bệnh lý ruột mất protein (bệnh lý ruột xuất tiết) đưa đến hậu quả sự giảm protein máu trầm trọng, bệnh nguyên đa dạng, nhưng

thường xảy ra trong những bệnh lý tự miễn. Trường hợp bệnh nhân này có bệnh nguyên là Lupus ban đỏ hệ thống (xét nghiệm có kháng thể kháng nhân dương tính), đáp ứng với điều trị Corticoide.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. S. Naveau, A. Balian, G. Perlemuter: *Hépto-gastro-entérologie*. Masson, Paris, 2003.
2. V. Fattorusso, O. Ritter: *Vademecum clinique*. 17^{em} édition 2004
3. Axel Balian: *Collection Inter. Med. Hépto-gastro-entérologie médicale*. Nouvelles questions de L'INTERNAT 2004
4. Pierre Michetti: *Hépto-gastro-entérologie*. CHUV Lausanne, 2003.
5. S. Palat, K. Soulier, M. Ruivard: *Entéropathie exudative et autoimmunité à propos de 2 cas originaux*. Soumission congrès SNFMI juin 2007, Bénéiers Narbonne
6. Houman M.H., Ben Hassine L., LamLoum M.: *Entéropathie exudative au cours du lupus érythémateux systémique*. Journal Tunisie médicale 1997.vol 75.
7. Michel Mignon: *Universités Francophones-UREF. Gastro-entérologie (Précis des maladies de l'appareil digestif)*. ELLIPES, 1992
8. Braunwald, Isselbacher, Peterdorf: *Principle of Internal Medicine*, 16th 2006.
9. James H. Grendell, Kenneth R. McQuaid, Scott L. Friedman: *Current-Diagnosis & treatment in Gastroenterology*. 1996
10. E Corazziari: *Approach to the patient with chronic gastrointestinal disorders*, Milano Italy, 2000.
11. S.M.Sultan, Y. Ioannou and D. A Isenberg: *A review of gastrointestinal manifestation of systemic lupus erythematosus*. Rheumatology 1999;38:917-932.