PHẢN ỨNG ID

(Id Reaction)

Sahil Mullick, MD • Diana V. Steau, MD

CƠ BẢN

MÔ TẢ

Phản ứng da lan tỏa liên quan đến các bệnh lý da nhiễm trùng (do nấm, vi khuẩn, virus, hoặc ký sinh trùng) hoặc viêm, xảy ra ở vị trí xa với ổ bệnh nguyên phát (1).

- "Id" thường được ghép với một gốc từ để phản ánh yếu tố gây bệnh (ví dụ: bacterid, syphilid, và tuberculid). Dermatophytid (phản ứng id do nấm da) là loại phản ứng id được nhắc đến nhiều nhất. Dermatophytid là phản ứng tự mẫn cảm, trong đó phản ứng da thứ phát xảy ra ở vị trí xa với ổ nhiễm nấm nguyên phát. Tổn thương thường khởi phát trong vòng 1–2 tuần sau khi tổn thương chính xuất hiện hoặc sau khi tổn thương chính trở nặng.
- Thường gặp nhất là các tổn thương mụn nước khu trú, hồng ban nút (erythema nodosum), và hồng ban đa dạng (erythema multiforme). Ít gặp hơn, có thể gây mụn nước và mụn mủ.
- Hệ cơ quan bị ảnh hưởng: da/tuyến ngoại tiết.
- Tên gọi khác: dermatophytid, trichophytid, tự chàm hóa (autoeczematization).

DỊCH TỄ HỌC

- Độ tuổi ưu thế: mọi lứa tuổi.
- Giới ưu thế: nam = nữ.
- Chủng tộc ưu thế: tất cả các chủng tộc.

Tỷ lệ mới mắc

Chưa rõ.

Tỷ lệ hiện mắc

Thường gặp.

NGUYÊN NHÂN VÀ SINH LÝ BỆNH

Cơ chế sinh lý bệnh chính xác chưa rõ. Kháng nguyên lưu hành trong máu có thể phản ứng với kháng thể tại các vùng da đã mẫn cảm. Cũng có thể xảy ra hiện tượng nhận diện miễn dịch bất thường đối với kháng nguyên da tự thân. Viêm có thể làm giảm ngưỡng kích ứng của da, và sự lan truyền theo đường máu của các cytokine từ ổ viêm nguyên phát cũng có thể đóng vai trò (1).

- Nguyên nhân
  - Nhiễm trùng
    - Nhiễm nấm: Trichophyton mentagrophytes, Trichophyton rubrum, Epidermophyton floccosum, và Candida spp.
    - Nhiễm khuẩn: Streptococcus pyogenes, Staphylococcus aureus, và Mycobacterium tuberculosis
    - Nhiễm virus: HSV, u mềm lây (Molluscum contagiosum), orf, và nốt sần người vắt sữa (milker's nodules)
    - Nhiễm ký sinh trùng: Sarcoptes scabiei và Leishmania spp.
  - Dị ứng
    - Phản ứng id xảy ra ở bệnh nhân dị ứng niken và nhôm.

- Khác
  - Phản ứng id hiếm khi phát triển do chỉ khâu hậu phẫu còn sót lại, sử dụng keo cyanoacrylate, bức xạ ion hóa, chấn thương đụng dập, và mực xăm màu đỏ.
  - Hiếm gặp, phản ứng id đã được ghi nhận ở bệnh nhân điều trị BCG sống trong bàng quang cho ung thư biểu mô tế bào chuyển tiếp.

YẾU TỐ NGUY CƠ

- Nhiễm nấm da, đặc biệt là nấm bàn chân (tinea pedis).
- Viêm da ứ trệ (stasis dermatitis).

PHÒNG NGỪA CHUNG

- Vệ sinh da tốt (đặc biệt ở các vùng nếp gấp) để giảm thiểu nguy cơ nhiễm nấm.
- Điều trị kịp thời bất kỳ nhiễm nấm nào đang phát triển.

CÁC BỆNH LÝ THƯỜNG ĐI KÈM

- Nhiễm nấm nguyên phát.
- Viêm da ứ trệ.

CHẨN ĐOÁN

BỆNH SỬ

Phát ban ngứa: Cần hỏi về sự hiện diện của các tổn thương (thường do nấm hoặc vi khuẩn) có thể đã khởi phát phản ứng id trong những ngày đến vài tuần trước đó.

KHÁM LÂM SÀNG

- Thường gặp
  - Mụn nước ngứa, đối xứng ở lòng bàn tay và, thường gặp nhất, ở mặt bên các ngón tay.
  - Nhiễm nấm ở bàn chân; viêm da tiếp xúc hoặc viêm da dạng chàm khác; nhiễm khuẩn, nấm, hoặc virus ở da.
- Ít gặp hơn
  - Sẩn.
  - Tổn thương dạng lichen.
- Tổn thương dạng chàm.

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Pompholyx (chàm tổ đỉa)
- Viêm da tiếp xúc
- Phát ban do thuốc
- Vảy nến mụn mủ
- Viêm nang lông
- Ghẻ

XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN & DIỄN GIẢI

- Soi tươi bằng kali hydroxide (KOH) hoặc cấy nấm từ tổn thương nguyên phát.

- Không có thành phần nấm tại vị trí phản ứng id.
- Xét nghiệm đặc biệt: Da cho thấy phản ứng trichophytin dương tính. Sẩn phù (wheal) >10 mm tại thời điểm 20 phút và cứng chắc (induration) >5 mm tại thời điểm 72 giờ là đáp ứng dương tính.

Xét nghiệm theo dõi & Lưu ý đặc biệt

- Phản ứng id sẽ thoái lui khi điều trị thành công bệnh da nguyên phát.
- Cần phân biệt dermatophytid với phản ứng dị ứng do thuốc, vì việc tiếp tục điều trị là cần thiết để loại bỏ ổ nhiễm trùng nền.

Diễn giải xét nghiệm

Mô bệnh học:

- Mụn nước ở lớp bì nông.
- Thâm nhiễm lympho-mô bào quanh mạch máu nông, kèm số lượng nhỏ bạch cầu ái toan và tăng lớp tế bào hạt.
- Không có tác nhân nhiễm trùng trong mẫu sinh thiết.

ĐIỀU TRỊ

BIỆN PHÁP CHUNG

- Điều trị ngoại trú ổ nhiễm trùng nền hoặc viêm da dạng chàm.
- Điều trị triệu chứng ngứa bằng thuốc kháng histamin và/hoặc corticosteroid bôi tại chỗ khi cần (có thể cần corticosteroid nhóm 1 hoặc 2).
- Điều trị nhiễm khuẩn thứ phát nếu có.

ĐIỀU TRỊ THUỐC

Điều trị hàng đầu

- Thuốc kháng histamin đường uống điều trị ngứa (2)
  - Chlorpheniramine: 4 mg uống mỗi 4–6 giờ khi cần; tối đa 24 mg/24 giờ (trẻ em: 6–11 tuổi 2 mg uống mỗi 4–6 giờ khi cần, tối đa 12 mg/24 giờ; ≥12 tuổi, dùng liều người lớn)
  - Diphenhydramine: 25–50 mg uống mỗi 4–6 giờ khi cần; tối đa 400 mg/24 giờ (trẻ em: 5 mg/kg/24 giờ chia mỗi 6 giờ khi cần; 2–5 tuổi tối đa 37,5 mg/24 giờ; 6–11 tuổi tối đa 150 mg/24 giờ; ≥12 tuổi, dùng liều người lớn)
  - Hydroxyzine: 25–100 mg uống mỗi 6–8 giờ khi cần; tối đa 600 mg/24 giờ (trẻ em: 2 mg/kg/24 giờ chia mỗi 6 giờ khi cần)
- Điều trị tại chỗ cho ngứa
  - Mỡ triamcinolone 0,1%, 3 lần/ngày
  - Hydrocortisone 0,5%, 1%, 2,5%: tối đa 4 lần/ngày
  - Kem capsaicin 0,025%, 0,075%: bôi 3–4 lần/ngày; EMLA (lidocaine 2,5% + prilocaine 2,5%) bôi trước 30–60 phút có thể giảm cảm giác nóng rát.
  - Kem doxepin 5%: bôi 4 lần/ngày, tối đa 8 ngày (không quá 10% diện tích cơ thể).
  - Kem permethrin 5% (điều trị ghẻ)
    - Bôi từ cổ trở xuống sau khi tắm.
    - Rửa sạch bằng nước sau 8–12 giờ.
    - Có thể lặp lại sau 7 ngày.
  - Dung dịch xả permethrin 1% (điều trị chấy)

    - Gội đầu, xả nước, lau khô bằng khăn, làm ướt đẫm tóc và da đầu (hoặc vùng bị ảnh hưởng khác), để yên 10 phút rồi xả sạch.
    - Có thể lặp lại sau 7 ngày.
  - Dưỡng ẩm bằng petroleum trắng: bôi sau khi tắm nhanh với nước ấm (không nóng).
- Corticosteroid toàn thân chỉ dùng khi phản ứng nặng hoặc lan tỏa (ví dụ: prednisone 20 mg).

Điều trị hàng hai

- Thuốc kháng nấm tại chỗ và/hoặc toàn thân cho nhiễm nấm liên quan đã xác định (thường gặp)
  - Nấm bẹn/nấm thân (Tinea cruris/corporis)
    - Thuốc kháng nấm nhóm azole tại chỗ như econazole (Spectazole) và ketoconazole (Nizoral): thường bôi 2 lần/ngày trong 2–4 tuần
    - Terbinafine (Lamisil): thuốc không kê đơn (OTC); có thể bôi 1 lần/ngày hoặc 2 lần/ngày trong 1–2 tuần
    - Butenafine (Mentax): bôi 1 lần/ngày trong 2 tuần; cũng rất hiệu quả
  - Nấm da đầu (Tinea capitis)
    - Griseofulvin đường uống cho Trichophyton và Microsporum spp.; có dạng bào chế vi hạt; liều 20–25 mg/kg/ngày chia 2 lần hoặc dùng liều duy nhất mỗi ngày trong 6–12 tuần
    - Terbinafine đường uống có thể dùng cho Trichophyton spp. với liều 62,5 mg/ngày ở bệnh nhân cân nặng 10–20 kg, 125 mg/ngày nếu cân nặng 20–40 kg, 250 mg/ngày nếu cân nặng >40 kg, dùng trong 4–6 tuần.
- Kháng sinh tại chỗ hoặc toàn thân cho bất kỳ nhiễm khuẩn thứ phát nào.
- Cần điều trị bằng thuốc kháng virus đối với hồng ban đa dạng liên quan đến HSV.

CHĂM SÓC LIÊN TỤC

GIÁO DỤC BỆNH NHÂN

Tránh môi trường nóng ẩm thúc đẩy sự phát triển của nấm. Thông thoáng các vùng cơ thể dễ bị ảnh hưởng (ví dụ: mang dép hoặc giày hở). Nếu có thể, mặc quần áo và đồ lót rộng rãi, lau khô da sau khi tắm, và sử dụng phấn rôm hoặc chất chống mồ hôi để hạn chế sự phát triển của nấm. Điều trị kịp thời viêm da nguyên phát.

TIÊN LƯỢNG

Sau khi điều trị phù hợp, thường khỏi hoàn toàn trong vài ngày đến vài tuần.

BIẾN CHỨNG

- Nhiễm khuẩn thứ phát (viêm mô tế bào).
- Sau khi dermatophytid thoái lui, tăng sắc tố sau viêm thường gặp và tự mất đi không cần điều trị trong khoảng 1 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ilkit M, Durdu M, Karakaş M. Cutaneous id reactions: a comprehensive review of clinical manifestations, epidemiology, etiology, and management. Crit Rev Microbiol. 2012;38(3):191–202.

2. Cotes ME, Swerlick RA. Practical guidelines for the use of steroid-sparing agents in the treatment of chronic pruritus. Dermatol Ther. 2013;26(2):120–134.

TÀI LIỆU ĐỌC THÊM

- Elmariah SB, Lerner EA. Topical therapies for pruritus. Semin Cutan Med Surg. 2011;30(2):118–126.
- Huerth KA, Glick PL, Glick ZR. Cutaneous id reaction after using cyanoacrylate for wound closure. Cutis. 2020;105(03):E11–E13.
- Jordan L, Jackson NAM, Carter-Snell B, et al. Pustular tinea id reaction. Cutis. 2019;103(06):E3–E4.
- Paulsen LL, Geller DD, Guggenbiller M. Symmetrical vesicular eruption on the palms. Am Fam Physician. 2012;85(8):811–812.
- Prince A, Tavazole M, Meehan SA, et al. Id reaction associated with red tattoo ink. Cutis. 2018;102(5):E32–E34.
- Stachler RJ, Al-khudari S. Differential diagnosis in allergy. Otolaryngol Clin North Am. 2011;44(3):561–590, vii–viii.
- Veien NK. Acute and recurrent vesicular hand dermatitis. Dermatol Clin. 2009;27(3):337–353, vii.
- Yosipovitch G, Bernhard JD. Clinical practice. Chronic pruritus. N Engl J Med. 2013;368(17):1625–1634.

MÃ BỆNH

ICD10

- L30.2 Tự mẫn cảm da (Cutaneous autosensitization)
- B35.9 Nhiễm nấm da, không xác định (Dermatophytosis, unspecified)

ĐIỂM LÂM SÀNG CẦN LƯU Ý

- Khi một tổn thương da xuất hiện ngay sau một tổn thương da khác trong thời gian ngắn, cần nghĩ đến phản ứng id.
- Khi đánh giá phát ban ngứa, cần hỏi về khả năng có tổn thương nấm hoặc vi khuẩn trong những ngày đến vài tuần trước đó, như một yếu tố khởi phát tiềm ẩn của phản ứng id.