HỒNG BAN NÚT (ERYTHEMA NODOSUM)

Lolwa Al-Obaid, MD • Faruq Pradhan, MD • Fredric D. Gordon, MD, FAASLD, AGAF

CƠ BẢN

MÔ TẢ

- Là phản ứng quá mẫn týp muộn với nhiều loại kháng nguyên khác nhau, hoặc phản ứng tự miễn, biểu hiện dưới dạng viêm mô mỡ dưới da (panniculitis) (1), ảnh hưởng đến mô mỡ dưới da.
- Bệnh cảnh lâm sàng gồm nhiều nốt (nodule) đỏ, đau, hai bên, phân bố điển hình ở trước xương chày, trải qua kiểu biến đổi màu sắc đặc trưng, tương tự như vết bầm tím. Không giống hồng ban cứng (erythema induratum), tổn thương của hồng ban nút (EN) thường không loét.
- Thường gặp nhất ở cẳng chân (vùng xương chày); ít gặp hơn ở đùi, cẳng tay, thân mình, đầu, hoặc cổ.
- Thường kèm tiền triệu không đặc hiệu như sốt, sụt cân, và đau khớp.
- Thường vô căn nhưng cũng có thể liên quan đến nhiều bệnh lý lâm sàng khác.
- Thường tự thoái lui trong vài tuần đến vài tháng, không để lại sẹo, teo da, hay loét.
- Hiếm khi tái phát sau lần biểu hiện đầu tiên.

Lưu ý khi mang thai

Có thể tái phát nhiều đợt trong thai kỳ.

Lưu ý ở trẻ em

Có một thể hiếm gặp ở trẻ em với tổn thương chỉ ở lòng bàn tay hoặc lòng bàn chân, thường một bên; thời gian bệnh ở trẻ em thường ngắn hơn so với người lớn.

DỊCH TỄ HỌC

Tỷ lệ mắc

- 1–5/100.000 người/năm.
- Tuổi thường gặp: 20–30 tuổi.
- Giới ưu thế: nữ > nam (6:1) ở người lớn.

Tỷ lệ hiện mắc

- Thay đổi theo địa lý, tùy thuộc vào tỷ lệ hiện mắc của các bệnh lý liên quan đến EN.
- Được báo cáo khoảng 1–5/100.000.

NGUYÊN NHÂN VÀ SINH LÝ BỆNH

- Vô căn: lên đến 55%.
- Nhiễm trùng: 44%. Viêm họng do liên cầu (thường gặp nhất), mycobacteria, mycoplasma, chlamydia, coccidioidomycosis; hiếm gặp hơn có thể do Campylobacter spp., rickettsiae, Salmonella spp., psittacosis, giang mai.
- Sarcoidosis: 11–25%.
- Thuốc: 3–10%; sulfonamide, amoxicillin, thuốc tránh thai đường uống, bromide, azathioprine, vemurafenib.
- Thai kỳ: 2–5%.
- Bệnh lý ruột: 1–4%; viêm loét đại tràng, bệnh Crohn, bệnh Behçet, bệnh celiac, viêm túi thừa.

- Nguyên nhân hiếm gặp: <1% (2)
    - Nấm: dermatophytes, coccidioidomycosis, histoplasmosis, blastomycosis.
    - Virus/chlamydia: tăng bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn, u hạt lympho hoa liễu, paravaccinia, HIV, viêm gan B, C.
    - Bệnh ác tính: lymphoma/bệnh bạch cầu, sarcoma, hội chứng loạn sản tủy.
    - Hội chứng Sweet.

YẾU TỐ NGUY CƠ

Xem mục 'Nguyên nhân và Sinh lý bệnh'.

CÁC BỆNH LÝ LIÊN QUAN THƯỜNG GẶP

Xem mục 'Nguyên nhân và Sinh lý bệnh'.

CHẨN ĐOÁN

BỆNH SỬ

- Thường có tiền triệu 1–3 tuần trước khi xuất hiện tổn thương; có thể gồm khó chịu, sốt, sụt cân, ho, và đau khớp.
- Các nốt ngày càng đau ở chân, thường ở vùng xương chày.
- Sốt, khó chịu, ớn lạnh, mệt mỏi.
- Đau đầu.
- Có thể xuất hiện trước quá trình bệnh toàn thân hàng tuần.

KHÁM THỰC THỂ

- Tổn thương ban đầu biểu hiện dưới dạng nốt cứng, ấm, đau, ban đỏ, sau đó trở nên phập phều, dần dần mờ đi giống vết bầm tím trong vòng 1–2 tháng (erythema contusiformis).
- Thường ở vùng trước xương chày, tuy có thể lan lên gần hơn đến đùi hoặc thân mình (không điển hình có thể ảnh hưởng mặt duỗi cẳng tay).
- Đường kính thay đổi từ 1–10 cm, giới hạn không rõ.

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Viêm mạch dạng nốt hoặc hồng ban cứng (nốt ấm, loét ở bắp chân).
- Viêm tĩnh mạch nông huyết khối.
- Viêm mô tế bào.
- Bệnh Weber-Christian (nốt màu tím, để lại sẹo).
- Viêm mô mỡ dưới da do lupus.
- Viêm nút quanh động mạch ở da.
- U hạt dạng sarcoid.
- Lymphoma tế bào T ở da.
- Hồng ban nút do phong (EN leprosum) (lâm sàng giống EN nhưng mô bệnh học có viêm mạch).
- Nhiễm trùng mô dưới da (bao gồm Staphylococcus, Sporothrix schenckii, Nocardia brasiliensis, Mycobacterium marinum, Leishmania braziliensis).

XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN & PHIÊN GIẢI

Chẩn đoán chủ yếu dựa trên lâm sàng, có thể hỗ trợ bằng xét nghiệm.

- Tốc độ lắng hồng cầu (ESR) hoặc CRP: thường tăng, nhưng có thể bình thường ở đến 40% trường hợp (3)[C].
- Công thức máu: tăng bạch cầu nhẹ (3).
- Xét nghiệm thai qua nước tiểu (3).
- Cấy dịch họng, hiệu giá antistreptolysin O (3).
- Cấy máu và/hoặc cấy phân, xét nghiệm trứng và ký sinh trùng trong phân (O&P).
- Xét nghiệm lao tố qua da (3).
- Yếu tố dạng thấp âm tính.

Xét nghiệm ban đầu (xét nghiệm máu, chẩn đoán hình ảnh)

X-quang ngực để tìm hạch rốn phổi hoặc thâm nhiễm liên quan đến sarcoidosis hoặc lao (3)[C].

Thủ thuật chẩn đoán khác

Sinh thiết da sâu qua rạch da hoặc cắt trọn (bao gồm mô dưới da); hiếm khi cần thiết trừ các trường hợp không điển hình có loét, kéo dài >12 tuần, hoặc không có các nốt ở trên chi dưới (4)[C].

Phiên giải kết quả

- Viêm mô mỡ dưới da dạng vách ngăn, không có viêm mạch.
- Thâm nhiễm bạch cầu trung tính ở vách ngăn mô mỡ trong giai đoạn sớm.
- Có thể thấy u hạt tia hướng tâm (Miescher), gồm các đám tế bào mô bào bao quanh khe hình sao trung tâm.
- Xơ hóa, mô hạt cạnh vách ngăn, lympho bào, và tế bào khổng lồ đa nhân chiếm ưu thế ở giai đoạn muộn (5).

ĐIỀU TRỊ

- Bệnh thường tự giới hạn trong vòng 1–2 tháng.
- Tất cả các thuốc được liệt kê để điều trị EN đều là sử dụng ngoài chỉ định (off-label). Không có thuốc nào được FDA phê duyệt riêng cho bệnh này.

BIỆN PHÁP CHUNG

- Băng ép nhẹ và kê cao chân có thể giảm đau (băng ướt, ngâm nước nóng, và thuốc bôi tại chỗ không có hiệu quả).
- Ngừng các thuốc có khả năng là nguyên nhân.
- Nếu xác định được nguyên nhân cụ thể, điều trị bệnh lý đó thường dẫn đến hồi phục EN.
- Chỉ định điều trị chưa được xác định rõ trong y văn; do đó điều trị đặc hiệu cho EN chủ yếu hướng đến kiểm soát triệu chứng.

THUỐC

Lựa chọn đầu tay

- NSAID:
    - Ibuprofen 400 mg uống mỗi 4–6 giờ (không vượt quá 3.200 mg/ngày).
    - Indomethacin 25–50 mg uống 3 lần/ngày.
    - Naproxen 250–500 mg uống 2 lần/ngày.
- Thận trọng:
    - Rối loạn tiêu hóa/xuất huyết (tránh dùng trong bệnh Crohn hoặc viêm loét đại tràng).

    - Giữ nước.
    - Suy thận.
    - Giảm liều ở người cao tuổi, đặc biệt những người có bệnh thận, đái tháo đường, hoặc suy tim.
    - Có thể che lấp sốt.
    - NSAID có thể làm tăng nguy cơ tim mạch.
- Các tương tác thuốc quan trọng có thể xảy ra:
    - Có thể làm giảm tác dụng hạ áp của thuốc lợi tiểu và thuốc chẹn beta.
    - NSAID có thể làm tăng nồng độ lithium trong huyết tương.
    - NSAID có thể gây tăng đáng kể và kéo dài nồng độ methotrexate.

Lựa chọn thứ hai

- Kali iodide 400–900 mg/ngày, chia 2–3 lần, trong 3–4 tuần (cho các tổn thương dai dẳng); cần theo dõi cường giáp khi dùng kéo dài; thuộc nhóm D trong thai kỳ (6)[B].
- Corticosteroid dùng cho các trường hợp nặng, kháng trị, hoặc tái phát mà kết quả tìm nhiễm trùng âm tính. Liều khuyến cáo là prednisone 1 mg/kg/ngày trong 1–2 tuần. Tác dụng phụ tiềm ẩn gồm tăng đường huyết, tăng huyết áp, tăng cân, làm nặng thêm bệnh trào ngược dạ dày-thực quản, thay đổi tâm trạng, mất xương, hoại tử xương, và bệnh cơ gốc chi (2).
- Đối với EN liên quan đến bệnh Behçet, cũng có thể cân nhắc colchicine 0.6–1.2 mg, 2 lần/ngày. Tác dụng phụ tiềm ẩn gồm rối loạn tiêu hóa và tiêu chảy (7)[B].

NHẬP VIỆN, ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ VÀ CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG

Đôi khi có thể cần nhập viện vì bệnh lý nền gây ra EN (ví dụ: bệnh lao).

CHĂM SÓC LIÊN TỤC

KHUYẾN CÁO THEO DÕI

- Giữ chân kê cao.
- Băng thun hoặc vớ hỗ trợ có thể hữu ích khi bệnh nhân đi lại.

Theo dõi bệnh nhân

Tái khám hằng tháng hoặc theo chỉ định của bệnh lý nền.

CHẾ ĐỘ ĂN

Không có hạn chế.

GIÁO DỤC BỆNH NHÂN

- Tổn thương sẽ hồi phục trong vài tuần đến vài tháng.
- Ít khi để lại sẹo.
- Đau nhức khớp có thể kéo dài.
- <20% trường hợp tái phát.

TIÊN LƯỢNG

- Từng tổn thương thường hồi phục trong vòng 2 tuần.
- Tổng thời gian bệnh khoảng 6–12 tuần nhưng có thể thay đổi tùy theo bệnh lý nền.
- Đau nhức khớp có thể kéo dài nhiều năm.

- Tổn thương không để lại sẹo.
- Tái phát: xảy ra trong khoảng thời gian thay đổi, trung bình vài năm; thường gặp nhất trong sarcoidosis, nhiễm liên cầu, thai kỳ, và sử dụng thuốc tránh thai đường uống. Nếu do thuốc gây ra, cần tránh tái phơi nhiễm.

BIẾN CHỨNG

- Thay đổi tùy theo bệnh lý nền.
- Không có biến chứng nào được ghi nhận từ chính tổn thương EN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chowaniec M, Starba A, Wiland P. Erythema nodosum—review of the literature. Reumatologia. 2016;54(2):79–82.

2. Schwartz RA, Nervi SJ. Erythema nodosum: a sign of systemic disease. Am Fam Physician. 2007;75(5):695–700.

3. Cribier B, Caille A, Heid E, et al. Erythema nodosum and associated diseases. A study of 129 cases. Int J Dermatol. 1998;37(9):667–672.

4. Requena L, Yus ES. Erythema nodosum. Dermatol Clin. 2008;26(4):425–438.

5. Sánchez Yus E, Sanz Vico MD, de Diego V. Miescher's radial granuloma. A characteristic marker of erythema nodosum. Am J Dermatopathol. 1989;11(5):434–442.

6. Horio T, Imamura S, Danno K, et al. Potassium iodide in the treatment of erythema nodosum and nodular vasculitis. Arch Dermatol. 1981;117(1):29–31.

7. Yurdakul S, Mat C, Tüzün Y, et al. A double-blind trial of colchicine in Behçet's syndrome. Arthritis Rheum. 2001;44(11):2686–2692.

ĐỌC THÊM

- Bartyik K, Várkonyi A, Kirschner A, et al. Erythema nodosum in association with celiac disease. Pediatr Dermatol. 2004;21(3):227–230.
- Chong TA, Hansra NK, Ruben BS, et al. Diverticulitis: an inciting factor in erythema nodosum. J Am Acad Dermatol. 2012;67(1):e60–e62.
- Harris T, Henderson MC. Concurrent Sweet's syndrome and erythema nodosum. J Gen Intern Med. 2011;26(2):214–215.
- Jeon HC, Choi M, Paik SH, et al. A case of assisted reproductive therapy-induced erythema nodosum. Ann Dermatol. 2011;23(3):362–364.
- Then C, Langer A, Adam C, et al. Erythema nodosum associated with myelodysplastic syndrome: a case report. Onkologie. 2011;34(3):126–128.

MÃ BỆNH

ICD10

- L52 Hồng ban nút.
- A18.4 Lao da và mô dưới da.

ĐIỂM LÂM SÀNG QUAN TRỌNG

- Tổn thương EN nhìn bề ngoài giống mảng ban đỏ, nhưng khi sờ nắn có thể nhận thấy rõ tính chất dạng nốt bên dưới.

- Cần đánh giá tìm nguyên nhân nền đáng lo ngại trong EN, nhưng đa số trường hợp là vô căn.
- EN kèm hạch rốn phổi có thể gặp trong nhiều nguyên nhân khác nhau, không chỉ riêng sarcoidosis.
- Ở bệnh nhân có tiền sử lymphoma Hodgkin, EN có thể là dấu hiệu sớm của tái phát bệnh.