

BỆNH ACTINOMYCOSIS

(Actinomycosis)

THÔNG TIN CƠ BẢN

Định nghĩa

Actinomycosis là một bệnh nhiễm trùng tiến triển âm ỉ, chậm, do vi khuẩn kỵ khí hoặc vi hiếu khí gây ra, chủ yếu thuộc chi Actinomyces – loại vi khuẩn thường cư trú bình thường ở miệng, âm đạo và đại tràng. Bệnh đặc trưng bởi sự hình thành các ổ áp xe gây đau, thâm nhiễm mô mềm và các đường rò chảy dịch.

Tên gọi khác

- Nhiễm Actinomyces
- Hàm cục (Lumpy jaw)

Mã ICD-10CM

- A42.9 – Actinomycosis, không xác định
- A42.0 – Actinomycosis phổi
- A42.1 – Actinomycosis ổ bụng
- A42.2 – Actinomycosis vùng cổ mặt
- A42.89 – Các thể actinomycosis khác

Dịch tễ học & nhân khẩu học

Phân bố địa lý:

- Nhiễm actinomycosis gặp trên toàn thế giới.
- Thường được tìm thấy như hệ vi khuẩn chí bình thường của khoang miệng (trong khe lợi, hốc amidan, túi quanh răng, mảng bám răng và răng sâu), hầu họng, cây khí phế quản, đường tiêu hóa và đường sinh dục – tiết niệu nữ. Tuy nhiên, Actinomyces không tồn tại trong môi trường tự nhiên.

Tỷ lệ mắc:

- 1/300.000 vào thập niên 1970, nhưng hiện nay thấp hơn nhờ vệ sinh răng miệng và sử dụng kháng sinh tốt hơn.
- Nam giới mắc bệnh nhiều hơn nữ giới (tỷ lệ 3:1).
- Có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi nhưng thường gặp nhất ở tuổi trung niên.

Dấu hiệu thực thể & biểu hiện lâm sàng

Actinomycosis có thể ảnh hưởng đến bất kỳ cơ quan nào. Mặc dù không được xem là tác nhân gây bệnh cơ hội điển hình, các loài Actinomyces lợi dụng tổn thương mô hoặc rách niêm mạc để xâm nhập vào các cấu trúc lân cận ở vùng đầu cổ. Do đó, nhiễm trùng răng và chấn thương vùng hàm mặt là các yếu tố khởi phát thường gặp. Các biểu hiện đặc trưng bao gồm:

Bệnh vùng cổ mặt (vị trí thường gặp nhất, chiếm 60% số ca):

- Xảy ra trong bối cảnh vệ sinh răng miệng kém, mới phẫu thuật răng, hoặc chấn thương miệng nhẹ.
- Sưng mô mềm gây đau (Hình E1), thường gặp ở góc hàm dưới.
- Sốt, ớn lạnh và sụt cân.

- Cứng hàm (trismus).
- Nhiễm trùng mô mềm vùng mặt kèm hình thành đường rò hoặc lỗ rò.

Bệnh vùng ngực:

- Có thể ảnh hưởng đến phổi, màng phổi, trung thất hoặc thành ngực.
- Được cho là thứ phát sau hít sặc các vi khuẩn Actinomyces ở bệnh nhân vệ sinh răng miệng kém.
- Sốt, ho, sụt cân và đau ngực kiểu màng phổi là các triệu chứng thường gặp.
- Có thể có dấu hiệu viêm phổi hoặc tràn dịch màng phổi.
- Khi lan rộng ra ngoài phổi đến trung thất và thành ngực, có thể xuất hiện các dấu hiệu và triệu chứng của viêm màng ngoài tim, mũ màng phổi, rò dịch qua thành ngực và rò khí-thực quản (Hình E2).

Bệnh ổ bụng:

- Thường xảy ra nhất sau cắt ruột thừa, thủng ruột, viêm túi thừa hoặc phẫu thuật đường tiêu hóa.
- Tổn thương thường phát triển nhất tại van hồi manh tràng, gây đau bụng, sốt, sụt cân và có khối sờ được.
- Có thể lan đến gan, gây vàng da và hình thành áp xe.
- Có thể xuất hiện đường rò ra thành bụng.

Bệnh vùng chậu:

- Thường xảy ra do lan rộng từ bệnh lý ổ bụng tại van hồi manh tràng đến phần phụ bên phải (80% số ca).
- Viêm nội mạc tử cung.

Nguyên nhân

- Actinomycosis thường gặp nhất do Actinomyces israelii gây ra. Các nguyên nhân khác gồm A. naeslundii, A. odontolyticus, A. viscosus và A. meyeri.
- Actinomyces là trực khuẩn Gram dương, không sinh bào tử, dạng sợi, kỵ khí hoặc vi hiếu khí.
- Nhiễm actinomycosis thường là nhiễm trùng đa vi khuẩn, thường phối hợp với Eikenella corrodens, cũng như Streptococcus, Bacteroides, Enterococcus và Fusobacterium spp.
- Chỉ gây bệnh ở người sau khi xâm nhập qua niêm mạc bị tổn thương hoặc mô bị chấn thương.
- Các yếu tố thuận lợi bao gồm đái tháo đường, suy dinh dưỡng và suy giảm miễn dịch.

Hình E1 – Actinomycosis vùng hàm, ghi nhận tại Bệnh viện Đa khoa Letterman, San Francisco, ở một trung sĩ từng làm thủng sần miệng khi xỉ răng.

Hình E2 – Viêm xương tủy hàm trên do Actinomyces viscosus ở một bệnh nhân đái u tủy được điều trị bằng bisphosphonate và đã trải qua nhiều thủ thuật nha khoa. Hình cho thấy một hạt lưu huỳnh (sulfur granule) nằm trong mô hàm hoại tử.

Ghi chú: hình ảnh minh họa gốc không thể trích xuất được từ tệp PDF do lỗi định dạng của tệp nguồn; chỉ có phần chú thích được dịch lại ở trên.

CHẨN ĐOÁN

Chẩn đoán actinomycosis được xác lập bằng cách phân lập được vi khuẩn trong bối cảnh lâm sàng phù hợp.

Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh vùng cổ mặt: áp xe do răng, nang khe mang (brachial cleft cyst).

- Bệnh phổi: Nocardiosis, botryomycosis, chromomycosis, bệnh nấm phổi, lao.
- Bệnh ruột: lao ruột, u ameboma, bệnh Crohn, ung thư đại tràng.
- Bệnh vùng chậu: viêm vùng chậu mạn tính, bệnh Crohn.
- Bệnh thần kinh trung ương: các dạng áp xe não khác, u não, nhiễm toxoplasma, tụ máu nội sọ.

Đánh giá ban đầu

Việc đánh giá bao gồm lấy bệnh phẩm bằng cách hút áp xe, cắt bỏ đường rò, hoặc sinh thiết mô. Tất cả bệnh phẩm nên được cấy tìm vi khuẩn kỵ khí và ủ trong ít nhất vài ngày.

Xét nghiệm cận lâm sàng

- Phân lập được "hạt lưu huỳnh" (sulfur granule) từ mẫu mô hoặc dịch rò xác nhận chẩn đoán actinomycosis. Actinomyces được biết đến với đặc điểm hình thành các hạt lưu huỳnh đặc trưng trong mô nhiễm bệnh, nhưng không hình thành trong môi trường nuôi cấy in vitro. Thuật ngữ "hạt lưu huỳnh" thực chất là tên gọi sai lệch, chỉ phản ánh màu vàng của hạt trong mủ, vì các hạt này hoàn toàn không chứa lưu huỳnh.
 - Hạt lưu huỳnh là các ổ tập trung của vi khuẩn Actinomyces, có thể quan sát được bằng mắt thường hoặc chỉ dưới kính hiển vi.
 - Hạt lưu huỳnh được nghiền và nhuộm để định danh vi khuẩn Actinomyces, và có thể mất đến vài tuần để mọc trong môi trường nuôi cấy.

Chẩn đoán hình ảnh

Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh là công cụ hỗ trợ hữu ích trong việc xác định vị trí và mức độ lan rộng của nhiễm trùng.

- Chụp X-quang ngực.
- CT vùng đầu, ngực, bụng và chậu rất hữu ích.

ĐIỀU TRỊ

Điều trị không dùng thuốc

- Rửa và dẫn lưu áp xe.
- Cắt bỏ đường rò.

Điều trị nội khoa giai đoạn cấp

- Ampicillin liều cao đường tĩnh mạch, chia nhiều lần trong ngày, dùng trong vài tuần, sau đó chuyển sang penicillin V đường uống trong vài tuần tiếp theo. Có thể thay ampicillin bằng penicillin liều cao tiêm tĩnh mạch mỗi 4-6 giờ trong vài tuần.
- Ở bệnh nhân dị ứng penicillin, erythromycin, tetracycline hoặc doxycycline, và clindamycin đường tĩnh mạch là các lựa chọn thay thế hợp lý. Các thuốc thay thế khác bao gồm ceftriaxone, imipenem và piperacillin-tazobactam.
- Tránh sử dụng metronidazole, aminoglycoside, oxacillin và cephalixin.

Ghi chú: một số liều lượng cụ thể (mg/kg, số ngày điều trị) trong tài liệu gốc bị mờ/không đọc được do lỗi quét OCR của tệp PDF nguồn; khi kê đơn thực tế cần tham khảo tài liệu dược lý hoặc phác đồ điều trị hiện hành.

Điều trị mạn tính

- Sau giai đoạn dùng ampicillin hoặc penicillin đường tĩnh mạch, có thể chuyển sang penicillin V đường uống 4 lần/ngày, duy trì trong 4-6 tuần. Trong một số trường hợp, cần điều trị kháng sinh kéo dài từ 6 đến 12 tháng.
- Các thuốc uống khác có thể sử dụng gồm erythromycin, doxycycline và clindamycin.
- Không cần điều trị các vi khuẩn phối hợp đi kèm.
- Có thể cần phẫu thuật cắt lọc đối với các trường hợp áp xe phức tạp, đường rò xơ hóa, mô hoại tử, ổ rò và tổn thương xương.

Theo dõi

- Actinomycosis trên lâm sàng, nếu không điều trị, sẽ lan sang các mô và cấu trúc lân cận, không tôn trọng các mặt phẳng giải phẫu mô. Lan theo đường máu tuy có thể xảy ra nhưng hiếm gặp.
- Actinomycosis rất nhạy với kháng sinh nhưng cần điều trị kéo dài để ngăn ngừa tái phát.

Chuyển tuyến / hội chẩn

Nếu nghi ngờ chẩn đoán actinomycosis, nên hội chẩn với chuyên khoa truyền nhiễm. Cũng nên hội chẩn ngoại tổng quát để cắt bỏ đường rò và rạch dẫn lưu áp xe.

NHỮNG ĐIỂM LƯU Ý QUAN TRỌNG

Nhận xét

- Không có sự lây truyền từ người sang người của Actinomyces.
- Việc phân lập được vi khuẩn ở người không có triệu chứng không đồng nghĩa với việc người đó mắc actinomycosis. Cần có triệu chứng hoạt động thì mới chẩn đoán xác định.
- Actinomycosis vùng chậu có liên quan đến việc sử dụng dụng cụ tử cung (IUD).
- Actinomycosis cũng có thể ảnh hưởng đến hệ thần kinh trung ương, gây nhiều ổ áp xe não.
- Nhiễm HIV, ghép tạng đặc (phổi hoặc thận), sử dụng các thuốc sinh học như infliximab, và bệnh bạch cầu lympho cấp được điều trị hóa chất là các yếu tố nguy cơ khác.

Tác giả: Glenn G. Fort, MD, MPH

Tài liệu tham khảo đề xuất (giữ nguyên bản gốc)

Bonnefond S, et al: Clinical features of actinomycosis: a retrospective, multicenter study of cases of miscellaneous presentations, Medicine (Baltimore).

Boyanova L, et al: Actinomycosis: a frequently forgotten disease, Future Microbiol, 2015.

Kononen E, Wade WG: Actinomycosis and related organisms in human infections, Clin Microbiol Rev.

Valour F, et al: Actinomycosis: etiology, clinical features, diagnosis, treatment and management, Infect Drug Resist.