

HỒNG BAN NÚT

(ERYTHEMA NODOSUM)

1. ĐẠI CƯƠNG

- Hồng ban nút là một trong những dạng viêm bì-hạ bì, biểu hiện là những nốt màu đỏ, chắc, đau thường ở chân nhưng thỉnh thoảng có thể gặp ở bất kỳ vị trí nào. Bệnh cấp tính hoặc mạn tính, có thể có liên quan đến nhiều bệnh lý hệ thống.
- Hồng ban nút là một dạng phản ứng quá mẫn liên quan đến sự hình thành phức hợp miễn dịch đối với nhiều loại kháng nguyên khác nhau.
- Dịch tễ:
 - + Xảy ra ở mọi lứa tuổi, từ trẻ em đến >70 tuổi, nhưng xảy ra nhiều nhất từ 18-34 tuổi.
 - + Tỷ lệ nam : nữ: 1:4

2. NGUYÊN NHÂN

- Nhiễm trùng: Streptococcus, lao, Mycoplasma, Salmonella enteritidis, Campylobacter, Chlamydia.
- Nhiễm nấm: Coccidioidomycosis, Histoplasmosis, Blastomycosis.
- Thuốc: Sulfonamides, vàng, sulfonyleureas, thuốc ngừa thai.
- Bệnh đường tiêu hóa: viêm loét đại tràng, bệnh Crohn,
- Bệnh Hodgkin và lymphoma, sarcodosis, bệnh bạch cầu cấp dòng tủy.
- Bệnh Behçet
- Có thai
- Vô căn (50%).

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

- Tiền triệu: mệt mỏi, đau khớp ± sốt trong 1-2 tuần

3.1.1. Thương tổn da

- Thương tổn là một hay nhiều nốt màu đỏ tươi, sưng đau, hình tròn hay oval, bờ không rõ, kích thước 2-6 cm, thường ở 1 hoặc 2 bên mặt duỗi chi dưới ± đối xứng. Tuy nhiên cũng có thể gặp ở những vị trí khác: đùi, mặt, cánh tay, cổ.
- Sau 1-2 tuần, những nốt bắt đầu đổi từ màu đỏ tươi sang xanh, sau đó chuyển sang màu vàng, tróc vảy và để lại vết thâm đen.

- Mỗi thương tổn thường lành trong 1-2 tuần, nhưng vẫn xuất hiện những thương tổn mới trong 3-6 tuần.

- Không bao giờ loét hay để lại sẹo.

3.1.2. Hạch lympho ngoại biên

- Có thể phát triển do phản ứng quá mẫn của hồng ban nút. Hạch xuất hiện 1 bên thường có trong các trường hợp do nhiễm trùng hay bệnh lý ác tính đi kèm. Hạch 2 bên thường phối hợp với bệnh lý sarcoidosis.

3.1.3. Đau khớp

- Xảy ra trên 50% trường, thường bắt đầu trong quá trình nổi hồng ban nhưng cũng có thể xuất hiện trước đó 1-2 tuần.
- Các khớp sưng đỏ, căng cứng, đau nhức nhiều, đôi khi có tràn dịch khớp. Bệnh nhân có thể có cứng khớp buổi sáng. Vị trí thường gặp: mắt cá chân, khớp gối, khớp cổ tay. Triệu chứng viêm màng hoạt dịch tồn tại trong vài tuần nhưng cứng khớp có thể kéo dài đến 6 tháng nhưng không có sự hủy hoại các khớp. RF âm tính

3.2. Cận lâm sàng

Tùy theo biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân, các bác sĩ có thể hướng đến nguyên nhân từ đó chọn lựa các cận lâm sàng phù hợp.

- Công thức máu, tốc độ lắng máu, CRP.
- Cây bệnh phẩm ở họng, ASO, PCR: loại trừ nhiễm vi khuẩn streptococcus beta-hemolytic nhóm A.
- X quang phổi, IDR: loại trừ lao và sarcoidosis.
- Xét nghiệm phân loại trừ nhiễm Yersinia, Salmonella, Campylobacter
- Giải phẫu bệnh: Hình ảnh viêm vách mô mỡ, viêm quanh mạch máu tẩm nhuộm tế bào lympho. Lớp mô mỡ dưới da bị dày nhiều. Khi sang thương phát triển nhiều sẽ có hiện tượng xơ hóa quanh vách lớp mô mỡ, xuất hiện thêm tế bào khổng lồ và mô hạt

3.3. Chẩn đoán phân biệt

- Hồng ban cứng Bazin
- Viêm mạch dạng nốt
- Viêm tắc tĩnh mạch nông
- Bệnh Weber-Christian

- Hồng ban nút bệnh phong

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

- Điều trị những bệnh lý toàn thân (nếu có).
- Ngưng ngay những loại thuốc nghi ngờ là tác nhân gây bệnh
- Điều trị triệu chứng.
- Nghi ngơi, hạn chế đi lại, nằm kê cao chân

4.2. Điều trị cụ thể

- NSAIDS: – Aspirin 600mg mỗi 4 giờ
 - Ibuprofen: 400 mg x 3 lần/ngày
 - Naproxen: 500 mg x 1-2 lần/ngày
 - Indomethacine: *Dạng phóng thích nhanh: 50mg x 2-3 lần/ngày
 - *Dạng phóng thích chậm: 75-150mg 1 lần/ngày hoặc chia 2 lần/ngày.
- Potassium iodide 360 to 900 mg/ngày x 3-4 tuần.
- Colchicine 0.6-1.2 mg x 2 lần/ngày
- Những trường hợp bệnh mạn tính hoặc tái phát mà không đáp ứng với những điều trị nêu trên: tiêm 1 lượng nhỏ triamcinolone 5mg/5ml giữa nốt hồng ban hoặc prednisone uống 40 mg/ngày hoặc 1mg/kg/ngày x 1-2 tuần. Tuy nhiên cần chú ý loại trừ những bệnh lý nhiễm trùng và ác tính trước khi điều trị..

5. DIỄN TIẾN VÀ TIỀN LƯỢNG

- Bệnh thường lành tính và tự giới hạn. Hầu hết các trường hợp bệnh diễn tiến từ 3-4 tuần, trừ một số trường hợp nặng lên đến 6 tuần.
- Bệnh ít tái phát trừ trường hợp hồng ban nút vô căn hoặc hồng ban nút nguyên nhân do nhiễm trùng đường hô hấp trên với tác nhân gây bệnh là streptococcus hay không phải streptococcus.
- Sự thất bại trong việc xác định các bệnh tiềm ẩn gây hồng ban nút hay xác định các loại thuốc gây bệnh có thể làm bệnh nặng thêm hoặc tử vong.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Peter C.Schalock (2007). Aphthous stomatitis. *In Manual of Dermatologic therapeutics*. 7th edition, Lippincott William and Wilkins, chapter 13.
- Luis Requena, Celia Requena (2002). Erythema nodosum. *Dermatology Online Journal*; 8(1): 4
- Robert A.Schwartz, Stephen J.Nervi (2007). *American Family Physician*, 75(5): 695-700.