

ĐIỀU TRỊ THÀNH CÔNG HAI TRƯỜNG HỢP LOÉT VERNEUIL

(Thông báo lâm sàng)

Nguyễn Thị Bích Phượng, Phạm Ngọc Toàn,
Nguyễn Thị Thái Linh, Nguyễn Đức Chí

Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác

TÓM TẮT

Hidradenitis suppurativa (HS) hay bệnh Verneuil là một loét viêm mãn tính liên quan đến các tuyến apocrine của da. Có rất nhiều yếu tố nguy cơ, hút thuốc và thừa cân là hai yếu tố chính liên quan đến HS. Loét Verneuil được chẩn đoán bằng các đặc điểm lâm sàng và tính chất mãn tính của nó, không có xét nghiệm đặc hiệu. Mức độ nghiêm trọng thường được đánh giá theo phân loại Hurley. Điều trị bằng cả nội khoa và ngoại khoa. Hai bệnh nhân HS giai đoạn III theo phân loại của Hurley trong báo cáo đã phẫu thuật thành công và không tái phát sau 7-10 tháng xuất viện.

Keyword: Loét Verneuil

SUMMARY

Hidradenitis suppurativa (HS) or Verneuil's disease is a chronic inflammatory disease involving apocrine glands of the skin. There are a lot of risk factors, smoking and being overweight are the two main factors associated with HS. Verneuil's disease is diagnosed by its clinical features and its chronic nature, no laboratory test or pathology findings identify it. Severity is generally assessed by the Hurley classification. Treatment is both medical and surgical. Two patients with HS stage III according to Hurley's classification in the report had successful surgery and did not recurrence after 7 - 10 months of discharge.

Keywords: Verneuil chronic

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loét Verneuil hay Hidradenitis suppurativa (HS) là một bệnh da mãn tính, viêm, tái phát, thường xuất hiện sau tuổi dậy thì với các tổn thương viêm, đau ở

vùng sâu, vùng chứa tuyến apocrine của cơ thể, thường gặp nhất là ở nách, bẹn, và các vùng sinh dục. Bệnh lần đầu tiên được mô tả vào năm 1854 bởi một bác sĩ phẫu thuật người Pháp, Aristide Verneuil (Verneuil, 1854). Hidradenitis suppurativa (HS), mụn trứng cá inversa, và bệnh Verneuil là những thuật ngữ tương đối giống nhau. HS được chẩn đoán bằng các đặc điểm lâm sàng và tính chất mãn tính của nó; không có xét nghiệm đặc hiệu. Nó được xác định bởi sự hiện diện của các nốt tròn tái phát, đau, nằm sâu, phát triển

¹Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Bích Phượng,
Bệnh viện Bông quốc gia Lê Hữu Trác

Email: bspuonqvbqg@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/9/2022; Ngày phản biện:

18/10/2022; Ngày duyệt bài: 31/10/2022

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.4.2022.161>

thành áp xe và vùng xoang, với sẹo phì đại của da mang tuyến apocrine [1].

Bệnh ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống hàng ngày của bệnh nhân. Trong khi đó, bệnh vẫn chưa có các hướng dẫn rõ ràng về điều trị nội khoa và phẫu thuật thích hợp [2].

Do đó, chúng tôi báo cáo hai trường hợp bị HS ở nách, sườn, lưng và hai mông, quanh hậu môn. Chúng tôi đã lựa chọn phương pháp phẫu thuật, và đã chứng minh hiệu quả không tái phát.

2. MÔ TẢ CA BỆNH

2.1. Ca bệnh thứ 1

Bệnh nhân: Nguyễn Thị Bích H., 44 tuổi. Số BA: 21004430; *Quê quán:* Hà Nội.

Ngày vào viện: 14/07/2021; *Ngày ra viện:* 10/09/2021

Vào viện với chẩn đoán: 3% loét Veuneuil sườn, lưng phải trên bệnh nhân đái tháo đường.

XN huyết học	Vào viện (14/07)
HC (T/l)	3,77
HST (g/l)	110
HCT (%)	34,7
BC (G/l)	8,7
TC (G/l)	422

Tóm tắt quá trình bệnh sử và điều trị:

- Bệnh nhân được phát hiện đái tháo đường (ĐTĐ) tuýp II 13 năm, duy trì Insulin tiêm, đồng thời cũng phát hiện ra HS nách trái, đã từng điều trị ở nhiều bệnh viện.

Lần đầu được chích rạch tại Bệnh viện Xanh Pôn, 3 năm sau điều trị tại Bệnh viện Hòe Nhai, vết thương chưa khỏi, tái phát nhiều lần, lan từ nách xuống sườn, lưng phải, bệnh nhân chịu đựng nhiều năm.

Ngày 14/07/2021, bệnh nhân xin vào điều trị tại Trung tâm Liền vết thương, Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác.

- Tình trạng bệnh nhân khi nhập viện:

+ Toàn trạng: Tỉnh táo, tiếp xúc tốt, thể trạng béo, da niêm mạc hồng nhạt, không sốt, hô hấp, tuần hoàn ổn định.

+ Tại chỗ: 3% Loét Veuneuil sườn, lưng phải, xơ hóa, nhiều góc ngách, tiết dịch nhiều, mùi hôi.

+ Xét nghiệm máu:

XN sinh hóa	Vào viện (14/07)	24/07
Ure (mmol/l)	0,5	1,3
Glucose (mmol/l)	8,4	7,3
Creatinin (μ mol/l)	48,4	48,9
SGOT (U/l)	54,4	
SGPT (U/l)	26,4	
Protein tp (g/l)	70,4	68,7
Albumin (g/l)	25	30,2

+ X - quang tim phổi, điện tim: Bình thường.



Hình 1. Vết loét thời điểm nhập viện



Hình 2. Vết loét được phẫu thuật cắt hoại tử



Hình 3. Vết loét sau ghép da



Hình 4. Vết loét khỏi hoàn toàn

2.2. Ca bệnh thứ 2

Bệnh nhân: Phạm Văn K., 64 tuổi. Số BA: 21008536; **Quê quán:** Hải Dương.

Ngày vào viện: 02/12/2021; **ngày ra viện:** 07/1/2022

Chẩn đoán: 4% Loét Veuneuil hai móng trên bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

Tóm tắt quá trình bệnh sử và điều trị:

- Bệnh nhân tiền sử hút thuốc lá hơn 40 năm, COPD, hiện tại chưa bỏ thuốc lá.

- Trước thời điểm nhập viện 02 năm, bệnh nhân bị áp xe cạnh hậu môn, chích rạch tại Bệnh viện E, 6 tháng sau xuất hiện ổ áp xe mới cạnh vị trí cũ, sau lan rộng hai móng. Bệnh nhân đã điều trị tại các bệnh viện tuyến huyện, tỉnh, chuyển Bệnh viện E chẩn đoán: Bệnh Verneuil, được phẫu thuật 2 lần (chích rạch, bơm rửa), vết loét không khỏi, chuyển Trung tâm Liên vết thương, Bệnh viện Bông Quốc gia ngày 02/12/2021.

- Tình trạng bệnh nhân khi nhập viện:

+ Toàn trạng: Tỉnh táo, tiếp xúc tốt, thể trạng gầy, da tái, niêm mạc hồng nhạt, sốt

nhẹ 37,4 độ C, hô hấp, tuần hoàn tạm thời ổn định.

+ Tại chỗ: 4% loét Verneuil hai mông, nhiều ổ áp xe, các xoang hai mông, nhiều

ngóc ngách, tiết dịch nhiều, mùi hôi, da thâm nhiễm cứng, tăng cảm giác đau..

+ Xét nghiệm máu:

XN huyết học	Vào viện (02/12)	09/12	13/12
HC (T/l)	3,46	3,38	3,51
HST (g/l)	114	113	109
HCT (%)	33,5	32,5	33,1
BC (G/l)	18	19,6	15
TC (G/l)	471	439	502

XN sinh hóa	Vào viện (02/12)	13/12
Ure (mmol/l)	7,1	4,7
Glucose (mmol/l)	4,4	5
Creatinin (μ mol/l)	72,3	74
SGOT (U/l)	15,2	
SGPT (U/l)	12,9	
Protein tp (g/l)	74,8	73,8
Albumin (g/l)	31,5	35,6

+ *Cấy khuẩn vết thương: Mọc Pseudomonas Aeruginosa.*



Hình 2.1. Vết loét thời điểm nhập viện



Hình 2.2. Vết loét sau khi cắt bỏ tổ chức hoại tử



Hình 2.4. Vết loét khỏi hoàn toàn



Hình 2.3. Vết loét sau ghép da

3. BÀN LUẬN

HS thường khởi phát sau tuổi dậy thì với tổn thương ban đầu là các nốt đơn độc, có thể tồn tại trong nhiều tuần hoặc nhiều tháng mà không có bất kỳ thay đổi nào hoặc thỉnh thoảng có các đợt viêm và thường được coi là áp xe thông thường.

Hình dạng của những nốt này, tròn chứ không nhọn và không có hoại tử ở trung tâm, cùng với đặc điểm của chúng nên giúp phân biệt với các loại nốt thông thường. Vị trí của chúng nằm sâu trong lớp hạ bì. Khoảng 50% tổng số bệnh nhân gặp phải các triệu chứng tiền triệu chủ quan, có thể bao gồm bỏng, châm chích, đau, ngứa, nóng và tăng cảm da, 12 - 48 giờ trước khi nốt sần xuất hiện.

Thời gian trung bình của một nốt đau là 7 - 15 ngày. Các nốt có thể không vỡ ra, tồn tại dưới dạng các nốt âm thầm với các đợt viêm tái phát. Tuy nhiên, thường xuyên nhất, chúng biến thành áp xe và vỡ ra bên ngoài, chảy mủ. Việc phá vỡ các cấu trúc lân cận là rất hiếm. Sự lặp lại của các đợt viêm có thể dẫn đến hình thành xoang mãn tính, với sự giải phóng huyết thanh, mủ hoặc máu và thường xuyên có mùi hôi do khu trú kỵ khí. Những điều này tồn tại trong nhiều tháng, đôi khi nhiều năm. Đôi khi xảy ra loét hoặc u hạt sinh mủ. Một tổn thương thứ cấp đặc trưng bao gồm các sẹo phì đại có cầu nổi, giống như hình cầu do quá trình chữa lành liên quan đến xơ hóa dày đặc. Đặc điểm nữa là không xuất hiện hạch khu vực [1].

HS chưa rõ nguyên nhân, nhưng 1 số yếu tố nguy cơ được chỉ ra: Thừa cân, thuốc lá, tuổi, giới, di truyền, miễn dịch [3]. Hai bệnh nhân chúng tôi mô tả, 1 bệnh nhân nam có tiền sử hút thuốc lá hơn 40 năm, 1 bệnh nhân nữ tiền sử đái tháo đường 18 năm.

3.1. Chẩn đoán

Hội nghị chuyên đề quốc tế của Tổ chức Hidradenitis Suppurativa vào tháng 3 năm 2009 (Quý Hidradenitis Suppurativa, 2009), chẩn đoán HS theo các tiêu chí sau:

- Tổn thương điển hình: Nốt đau ở sâu: Áp xe, dẫn lưu xoang, sẹo bắc cầu.

- Vị trí điển hình: Vùng nách, vùng bẹn, vùng đáy chậu và vùng quanh hậu môn, vùng mông, nếp gấp hạ tầng và xen kẽ.

- Tính chất mãn tính và tái phát.

Các mẫu bệnh phẩm thường không được lấy từ bệnh nhân HS, vì mô bệnh học không giúp ích cho mục đích chẩn đoán và / hoặc điều trị.

3.2. Phân loại

Hệ thống phân loại Hurley mô tả mức độ nặng của bệnh.

- Giai đoạn I: Hình thành áp xe, đơn độc hoặc nhiều, không có xoang và sẹo.

- Giai đoạn II: Các ổ áp xe tái phát thường xuyên hoặc nhiều lần, với sự hình thành xoang hoặc sẹo.

- Giai đoạn III: Nhiều xoang và ổ áp xe lan tỏa hoặc tụ hợp lại ở toàn bộ các khu vực của cơ thể.

3.3. Biến chứng [4]

- Tác nghẽn bạch huyết và phù bạch huyết

- Ung thư biểu mô tế bào vảy có thể phát sinh.

- Các biến chứng của bệnh lâu ngày không được điều trị: hình thành lỗ rò vào niệu đạo, bàng quang, trực tràng, hoặc phúc mạc cũng như hậu quả của bệnh mãn tính như thiếu máu, giảm protein máu, amyloidosis là những biến chứng lịch sử ngày nay đã trở nên đặc biệt.

- Thường xuyên gặp tình trạng khó chịu và trầm cảm mãn tính.

3.4. Điều trị

Điều trị HS phụ thuộc vào giai đoạn (phân loại của Hurley), tần suất đợt cấp và vào mục tiêu của bệnh nhân. Có thể chữa khỏi vĩnh viễn bằng cách phẫu thuật cắt bỏ diện rộng, nhưng thủ thuật này chỉ nên được xem xét trong trường hợp bệnh đã tiến triển. Mặt khác, bệnh ở giai đoạn đầu có thể tiếp cận phương pháp nội khoa hoặc nội khoa và phẫu thuật. Có thể dùng một đợt kháng sinh toàn thân ngắn hạn cho nốt cấp tính, đau, để rút ngắn thời gian của đợt này và cắt bỏ nốt đó, tránh phát triển thành áp xe.

Nhiều loại kháng sinh đã được sử dụng, nhưng Amoxicillin + axit Clavulanic có thể là phác đồ hiệu quả nhất, nếu được sử dụng từ giai đoạn sớm - trong vòng 1 giờ kể từ khi có dấu hiệu đầu tiên hoặc các triệu chứng báo trước. Corticosteroid cũng được ủng hộ, thu được sự tiến triển nhanh chóng (12 - 24 giờ) của các tổn thương sớm. Liều cao steroid toàn thân có thể được sử dụng để giảm viêm và đau. Chúng có thể được sử dụng thay thế cho thuốc kháng sinh liều cao hoặc cùng với thuốc kháng sinh (Revuz, 2008) [4].

Giai đoạn III (phân loại Hurley) thì phẫu thuật là phương pháp tối ưu. Hai bệnh nhân chúng tôi mô tả đều ở giai đoạn III, bên cạnh phác đồ điều trị toàn thân bao gồm: Kháng sinh, kiểm soát glucose máu (bệnh nhân đái tháo đường), truyền albumin, thay băng làm sạch vết loét, chúng tôi lựa chọn phẫu thuật loại bỏ hoàn toàn tổ chức viêm nhiễm.

Tuy nhiên, lựa chọn cơ sở phẫu thuật là điều quan trọng, bởi phẫu thuật phải được thực hiện ở các tuyến có đầy đủ trang thiết bị cấp cứu, bác sĩ ngoại khoa chuyên sâu về vết thương. Việc cắt lọc triệt để tổ chức viêm nhiễm phụ thuộc rất nhiều

vào kinh nghiệm của các phẫu thuật viên, thường tổn thương sâu tới lớp cơ, có nhiều góc ngách phức tạp, dễ chảy máu. Việc cắt lọc triệt để, không bỏ sót tổn thương sẽ tránh được nguy cơ tái phát. Sau cắt lọc, không che phủ ngay mà chờ đợi thì hai cùng việc nâng đỡ toàn trạng song song với thay băng chăm sóc hàng ngày để chờ thời điểm thích hợp để che phủ.

Hai bệnh nhân chúng tôi đều lựa chọn phẫu thuật ghép da tự thân do tổn thương rộng, kết quả da ghép bám sống tốt, khỏi và ra viện. Chúng tôi vẫn tiếp tục giám sát diễn biến bệnh của hai trường hợp trên, ca bệnh thứ nhất vẫn ổn định sau 10 tháng ra viện, ca bệnh thứ hai ổn định sau 7 tháng ra viện.

4. KẾT LUẬN

HS là căn bệnh mà việc chẩn đoán, điều trị sớm và quản lý người bệnh rất quan trọng, giúp người bệnh hạn chế tái phát và biến chứng. Phẫu thuật triệt để thích hợp với những trường hợp rất nặng, giai đoạn III theo phân loại của Hurley. Song song đó là tìm ra các phác đồ điều trị tối ưu cho từng giai đoạn bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dhaou, B.B., et al.,** *Hidradenitis suppurativa (Verneuil's disease)*. Journal of the Saudi Society of Dermatology & Dermatologic Surgery, 2013. 17(1): p.1-5.
2. **El-Helou, E., et al.,** *A Novel Technique for the Treatment of a Case of Verneuil's Disease of Perineum and Axillary Regions*. The Surgery Journal, 2021. 7(03): p. e163-e167.
3. **Kromann, C., et al.,** *Risk factors, clinical course and long-term prognosis in hidradenitis suppurativa: A cross-sectional study*. British Journal of Dermatology, 2014. 171(4): p. 819-824.
4. **Revuz, J.,** *Hidradenitis suppurativa*. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 2009. 23(9): p. 985-998.