

CASE REPORT

Một ca bệnh đồng mắc thủy đậu và tay chân miệng ở trẻ khỏe mạnh

So Young Na, M.D., Young Min Son, M.D., Hye Young Lee, M.D., Jin Ok Baek, M.D., Joo Young Roh, M.D., Jong Rok Lee, M.D.

Department of Dermatology, Gil Medical Center, Gachon University of Medicine and Science, Incheon, Korea

Chúng tôi báo cáo ca bệnh về một đứa trẻ 11 tuổi bị phát ban mụn mủ khắp cơ thể, bao gồm cả lòng bàn tay, lòng bàn chân và niêm mạc miệng, kèm theo sốt. Test huyết thanh IgM varicella dương tính và kháng thể coxsackievirus A16 dương tính. Mô bệnh học từ phần da mụn mủ cho thấy không có thể vùi hoặc tế bào đa nhân khổng lồ. Chúng tôi đưa ra chẩn đoán sau cùng, theo test huyết thanh học và mô bệnh học, là đồng mắc thủy đậu và tay chân miệng do coxsackievirus A16 ở trẻ có tiền sử khỏe mạnh. (Ann

Dermatol (Seoul) 21(1) 98~101, 2009)

-Keywords-

Hand-foot-mouth disease, Varicella

GIỚI THIỆU

Thủy đậu là bệnh cấp tính, lây nhiễm cao do nhiễm virus varicella-zoster¹. Phát ban mụn nước đặc trưng từ mặt và nhanh chóng lan xuống thân mình, tương đối ít gặp ở các chi¹. Ban cũng có thể mọc ở lòng bàn tay và lòng bàn chân, nhưng là biểu hiện vô cùng hiếm gặp của thủy đậu¹⁻⁴. Đặc điểm nhận diện sang thương thủy đậu là phát ban đa dạng từ dát hồng sang sẩn, bóng nước, mụn mủ, vỡ ra và đóng mài nhanh chóng¹. Bóng nước cũng có phát triển ở niêm mạc và nhanh chóng vỡ tạo thành vết loét nông 2-3 mm

đường kính^{1,4}.

Bệnh tay chân miệng do enteroviruses, bao gồm coxsackievirus A16 và enterovirus 71, và bệnh này lành tính, tự giới hạn, thường ảnh hưởng đến trẻ dưới 10 tuổi⁵. Phát ban sẩn mụn nước ở miệng, lòng bàn tay, lòng bàn chân⁵. Khác với bóng nước lòng bàn tay và lòng bàn chân, bóng nước ở miệng nhanh chóng vỡ tạo thành các vết trợt da màu xám có quầng đỏ xung quanh⁵.

CASE REPORT

Một bé gái 11 tuổi biểu hiện nổi ban mụn mủ (pustulovesicular eruption) kèm theo sốt và đau họng. Tiền sử không có nhiễm trùng tái phát hay bệnh cơ địa. Phát ban bao gồm bóng nước và mụn mủ rải rác bắt đầu từ mặt và thân mình. Sang thương nhanh chóng lan ra các chi, bao gồm cả lòng bàn tay và lòng bàn chân trong khoảng 1 ngày. Các sang thương ở mặt và thân, từ lòng bàn tay và lòng bàn chân, có đặc điểm là bóng nước, mụn mủ và ngứa dữ dội (Hình. 1). Tuy nhiên, các sang thương ở lòng bàn tay và lòng bàn chân dường như cùng tuổi, và chúng gây đau (Hình. 2). Xquang ngực bình thường. Test huyết thanh cho thấy IgM varicella-zoster dương tính, IgG âm tính, và Tzanck smear từ bóng nước mới ở bụng cho thấy các tế bào đa nhân khổng lồ. Lúc đầu chúng tôi nghĩ cô gái bị thủy đậu và bắt đầu điều trị acyclovir tĩnh mạch và điều trị hỗ trợ, bao gồm kháng histamine đường uống và acetaminophen. Mụn mủ ở mặt và thân đóng vảy sau khi dùng thuốc kháng virus 3 ngày, mặc dù các nốt phát ban ở lòng bàn tay và lòng bàn chân thì không đáp ứng với điều trị.

Received July 28, 2008, Accepted for publication September 12, 2008

Reprint request to: Jong Rok Lee, M.D., Department of Dermatology, Gil Medical Center, Gachon University of Medicine and Science, 1198, Guwol-dong, Namdong-gu, Incheon 405-760, Korea. Tel: 82-32-460-2000, Fax: 82-32-460-2001, E-mail: dmjj1@gilhospital.com



Hình. 1. Bọng nước ngứa, mụn mủ và đóng mài khắp cơ thể, bao gồm ở mặt.

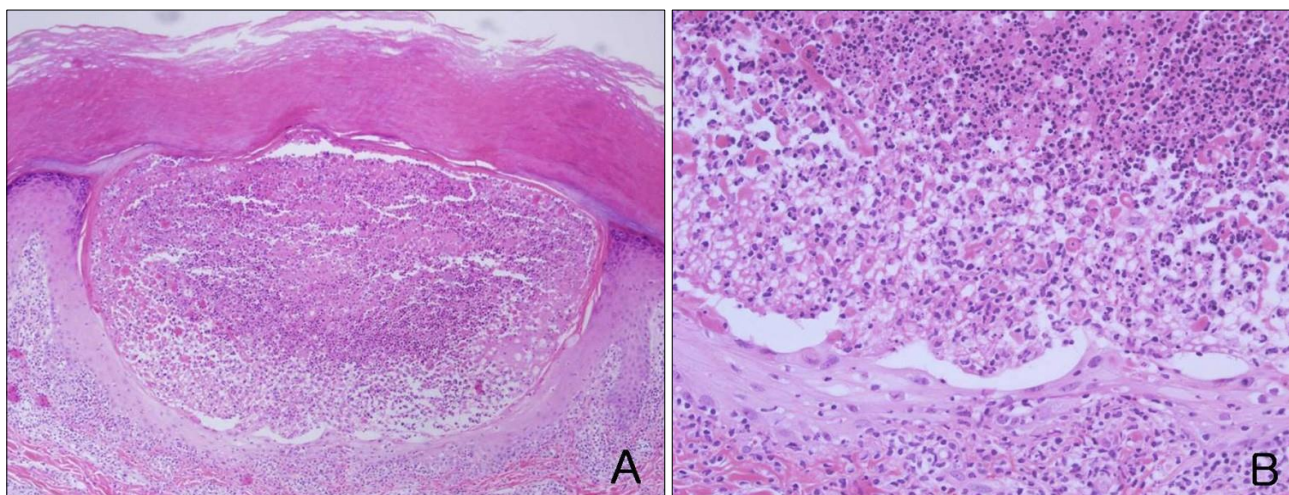


Hình. 2. Mụn mủ gây đau trên nền hồng ban ở lòng bàn tay và lòng bàn chân.

Thủy đậu không điển hình, bệnh tay chân miệng, hồng ban đa dạng và pemphigoid khu trú là các chẩn đoán phân biệt đối với ban lòng bàn tay/bàn chân. Khám miệng ghi nhận vết loét có đáy trắng ở niêm mạc má và khẩu cái cứng (Hình. 3). Xét nghiệm huyết thanh học được làm thêm kháng thể dương tính với coxsackievirus A16, âm tính với kháng thể. Kiểm tra mô bệnh học từ sang thương lòng bàn tay nhận thấy trong lớp thượng bì mụn mủ có thoái hóa dạng lưới không chứa thể vùi hay các tế bào đa nhân khổng lồ (Hình. 4). Vào ngày thứ 7, các sang thương lòng bàn tay/bàn chân và niêm mạc miệng đóng mài và tự lành dần.



Hình. 3. Vết loét gây đau có đáy trắng (2-mm đường kính) ở khẩu cái cứng của phần niêm mạc miệng.



Hình. 4. Trong lớp thượng bì mụn mủ có thoái hóa dạng lưới không có thể vùi hay tế bào đa nhân khổng lồ (A: H&E, x40, B: H&E, x200).

THẢO LUẬN

Trong ca bệnh của chúng tôi, đặc điểm phân biệt dựa vào phát ban đa dạng ở mặt và thân mình, mụn mủ đơn hình ấn đau ở lòng bàn tay và lòng bàn chân cũng như vết loét đau ở miệng. Các sang thương da ở mặt và thân cho thấy mụn mủ, bóng nước nhiều lứa tuổi và đóng, đóng mài và cải thiện lâm sàng sau điều trị thuốc kháng virus. Tuy nhiên, mụn mủ ấn đau ở lòng bàn tay/bàn chân không cải thiện hay đóng mài sau điều trị thuốc kháng virus. Phát ban mụn mủ ở lòng bàn tay/bàn chân cần xem xét chẩn đoán phân biệt với thủy đậu không điển hình, bệnh tay chân miệng, hồng ban đa dạng và pemphigoid khu trú. Chúng tôi loại trừ pemphigoid khu trú vì nó hiếm gặp thời thơ ấu, thường ở các nếp gấp và lớp thượng bì bóng nước không thoái hóa lưới⁶. Ngược với ca này, hồng ban đa dạng cho thấy các tổn thương hình bia điển hình ở mặt duỗi các chi và thường có tiền triệu nhiễm HSV trước đó hoặc do thuốc^{7,8}. Mô bệnh học của hồng ban đa dạng biểu hiện “xốp hóa”, thoái hóa mạch ở lớp tế bào màng đáy và hình thành các khớp nối tại chỗ và khe hở dưới lớp thượng bì⁸.

Dạng bệnh thủy đậu thường gặp nhất ở trẻ em là ngoại ban cấp tính, lây nhiễm cao, mụn mủ nhiều lứa tuổi (sang thương tất cả các giai đoạn tồn tại đồng thời). Thủy đậu biểu hiện lâm sàng bất thường và diễn biến bất thường được gọi là thủy đậu không điển hình, đặc trưng với sự phân bố bất thường và/hoặc diễn tiến bệnh kéo dài^{4,9}. Thủy đậu không điển hình liên quan đến các yếu tố nguy cơ tồn tại trước đó như suy giảm miễn dịch, phơi nắng, tổn thương tại chỗ và phát ban từ trước.

Trường hợp của chúng tôi là một đứa trẻ khỏe mạnh không có viêm da cơ địa, nhiễm trùng tái phát hay tiền sử chấn thương. Đặc điểm lâm sàng của trường hợp này không phù hợp với thủy đậu, đặc biệt là vết loét đau ở miệng cũng như mụn mủ không ngứa ở lòng bàn tay và lòng bàn chân. Ngược lại, Tzanck's test từ bóng nước ở bụng cho thấy các tế bào đa nhân khổng lồ, và sinh thiết da từ mụn mủ ở lòng bàn tay chỉ cho thấy thoái hóa lưới không có thể lù hay các tế bào đa nhân khổng lồ. Test huyết thanh học dương tính IgM varicella-zoster và tăng lượng kháng thể Cocksackievirus A16, mặc dù chúng tôi không thực hiện các xét nghiệm huyết thanh khác. Không cải thiện lâm sàng với các tổn thương lòng bàn tay/bàn chân như các tổn thương ở mặt và thân. Dựa vào các bằng chứng trên, chúng tôi cho rằng trường hợp này là đồng mắc tay chân miệng và thủy đậu.

Auvin và cộng sự⁴ đã mô tả thủy đậu không điển hình có tổn thương ở lòng bàn tay/bàn chân cùng một lứa tuổi (tổn thương cùng giai đoạn) có khả năng dương tính với cả IgM và IgG varicella-zoster và dương tính với kháng thể IgG B1-coxsackie nhưng không dương với IgM. Họ cho rằng các tổn thương trong lớp thượng bì do nhiễm B1 coxsackie từ trước, nghĩa là bệnh tay chân miệng dưới lâm sàng có thể giải thích các sang thương ngoại vi trong những trường hợp thủy đậu không điển hình.

Trường hợp của chúng tôi là ca duy nhất có thể xác nhận lời giải thích của Auvin và cộng sự về bệnh thủy đậu kết hợp với tay chân miệng, như đã được chứng minh trong các xét nghiệm huyết thanh học, Tzanck's test và mô bệnh học. Thủy đậu có thể liên quan đến nhiều bệnh lý khác ngay cả ở người khỏe mạnh. Vì thế các bác sĩ lâm sàng phải cảnh giác với các biểu hiện lâm sàng không điển hình của thủy đậu

và họ phải xem xét đến các bệnh đồng mắc như đồng nhiễm tác nhân virus hoặc vi khuẩn và viêm da tiếp xúc^{3,4}.

REFERENCES

1. Straus SE, Oxman MN, Schmader KE. Varicella and herpes zoster. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, editors. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 7th ed. New York: McGraw-Hill, 2008: 1885-1898.
2. Nagore E, Sanchez-Motilla JM, Julve N, Lecuona C, Oliver V. Atypical involvement of the palms and soles in a varicella infection. *Acta Derm Venereol* 1999;79:322.
3. Osawa M, Umemoto N, Tajima N, Sugawara H, Nishida J, Kakurai M, et al. Atypical varicella mimicking hand- foot-mouth disease in an adult patient with malignant lymphoma during chemotherapy. *Br J Dermatol* 2004;151: 254-256.
4. Auvin S, Catteau B, Ganga-Zandzou PS, Ythier H. Atypical varicella with palm and sole involvement. *Int J Dermatol* 2002;41:903-905.
5. Dolin R. Hand-foot-and-mouth disease. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, Paller AS, Leffell DJ, editors. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 7th ed. New York: McGraw-Hill, 2008:1867-1869.
6. Mirza M, Zamilpa I, Wilson JM. Localized penile bullous pemphigoid of childhood. *J Pediatr Urol* 2008;4:395-397.
7. Oh YJ, Cho BK, Kim JW, Houh W, Lee YT. Hand, foot, and mouth disease: clinical and virological investigations. *Korean J Dermatol* 1980;18:409-416.
8. Scully C, Bagan J. Oral mucosal diseases: erythema multiforme. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2008;46:90-95.
9. Legrand-Brogniart C, Auvin S, Catteau B, Dubos F, Vallee L. Bracelet localisation of chickenpox: a case of atypical varicella. *Arch Pediatr* 2007;14:259-261.