

LAO KHẨU HẦU: NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP

Phan Vương Khắc Thái, Nguyễn Thị Phương Loan, Nguyễn Thị Mộng Trinh, Nguyễn Tuấn Tài, Nguyễn Đình Thắng, Lê Đình Thông, Nguyễn Đình Duy, Nguyễn Huy Dũng, và cs *

Summary

OROPHARYNGEAL TUBERCULOSIS - A CASE REPORT

Oropharyngeal tuberculosis, which is usually secondary to pulmonary tuberculosis (TB), is a rare manifestation. We report a case of oropharyngeal tuberculosis in an old man at the Tuberculosis Department for Men (A4) at Phạm Ngọc Thạch Hospital.

A 62-year-old male patient, who was transferred from Ho Chi Minh City Oncology Hospital with diagnosis of oropharyngeal tuberculosis by biopsy, presented to the Tuberculosis Department (A4) with the chief complaints of sore throat, loss of appetite, odynophagia and malaise. He was unable to swallow both liquid and solid food and had lost 10 kg of body weight within the last two months. Right cervical lymph nodes were detected. Oral and oropharyngeal examination showed that the posterior oropharyngeal wall mucosa was hyperemic and covered with multiple large, gray-white plaques of varying sizes. Chest radiograph showed ill-defined and irregular opacity in right lung and infiltrates at basal and axillary zones in left lung. Blood tests were within normal limits and HIV testing was negative. Sputum for acid fast bacilli (AFB) was positive and biopsy of lymph node showed images suggestive of tuberculosis. The patient was started on anti-TB treatment drugs (2SRHZE/1RHZE/5R3H3E3) together with antibiotics, symptomatic management and blood transfusion. After nearly 1 month of treatment, he recovered from symptoms and had normal appearing oropharyngeal mucosa. He was transferred to local TB unit for continuing treatment and follow-up.

The possibility of tuberculosis should be kept in mind, especially in developing countries where the incidence of tuberculosis is high. If ulcer lesions in the oropharynx or oral cavity does not respond to antibiotics, biopsy should be performed to confirm diagnosis.

Bệnh án

- Bệnh nhân nam 62 tuổi, địa chỉ: Đồng Tháp, nhập bệnh viện Phạm Ngọc Thạch ngày 7/8/2012. Lý do đau họng, đau nhiều khi ăn uống.

- Bệnh sử: bệnh nhân khai 2 tháng nay có triệu chứng đau họng, ăn vào đau rất nhiều làm bệnh nhân ngại ăn uống, ăn kém, chảy nước bọt nhiều, hơi thở hôi, sặc, mệt mỏi và sụt 10kg trong vòng 2 tháng. Bệnh nhân đến khám và điều trị tại bệnh viện tỉnh được chẩn đoán nghi ung thư (K) vùng hầu họng và chuyển lên bệnh viện Ung bướu thành phố Hồ Chí Minh. Tại bệnh viện Ung bướu, bệnh nhân được sinh thiết 3 lần: Lần 1 (31/5/12) sinh thiết khẩu hầu, kết quả giải phẫu bệnh: theo dõi K khẩu hầu. Lần 2 (7/6/12) sinh thiết bướu vùng khoang miệng, kết quả giải phẫu bệnh: theo dõi K tam giác hậu hàm phải. Lần 3 (12/6/12) sinh thiết niêm mạc

vùng tam giác hậu hàm phải, kết quả giải phẫu bệnh lần 1: mô hạt viêm nghi do lao kèm tăng sản biểu mô lát tầng và nghịch sản, không loại trừ carcinoma tế bào gai, grad 1 xâm lấn, kết quả giải phẫu bệnh lần 2: mô viêm kinh niên dạng hạt nghi do lao. Đồng thời lúc này bệnh nhân được làm chọc hút bằng kim nhỏ (fine needle aspiration, FNA) hạch với chẩn đoán: có thể do lao. Bệnh nhân được chuyển sang Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch.

- Tiền căn: không mắc lao trước đây. Hút thuốc 1 gói/ ngày trong 30 năm (30PA) đã bỏ 3 năm nay. Uống rượu (+).

- Khám:

Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc được, gầy, niêm mạc nhợt nhạt, than đau họng nhất là khi ăn, ho đàm ít.

Đấu hiệu sinh tồn: M=100 l/p; HA=130/80 mmHg; NT: 20 l/p; NĐ: 37°C; SpO₂: 97%; CN=38kg; CC: 155cm. Karnofski: 60%.

Khám: nhịp tim đều, phổi thô, hạch cổ phải 2-3 hạch kích thước 1,5-2cm chắc, di động, ấn không đau.

Khám họng: thấy niêm mạc hầu họng sung huyết và bao phủ những mảng trắng xám với kích thước khác nhau (hình 1).

Vùng lưng: mô viêm đỏ kích thước 3x4 cm sưng đau.



Hình 1



Hình 2

Các cơ quan khác không phát hiện gì bất thường.

- Cận lâm sàng:

. X-quang phổi thẳng (hình 2) ngày 7/8/2012: mờ không đồng nhất gần toàn bộ phổi phải, thâm nhiễm phổi trái vùng nách và đáy.

. Công thức máu (CTM) ngày 07/08/12: BC 3.930/mm³ (N=77,3%; L=9,9%; M=10%; E=1,21%; B=1,57%). Hct 27,7%; Hb 9,36 g/dl. TC: 120 k/μL. Các xét nghiệm máu khác không có gì lạ, Elisa HIV: âm tính.

. Đàm AFB dương tính: 3/100 (14/8/2012). Chưa có kết quả cấy và kháng sinh đồ.

. Sinh thiết hạch: hạch lao.

* Bác sĩ Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch, TP.HCM

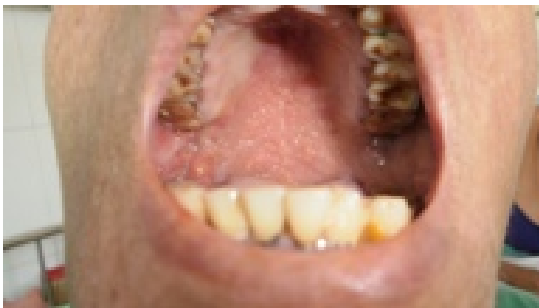
. Vết loét họng: AFB TN (-), chưa có kết quả cấy.

. Mủ lưng: xét nghiệm AFB TN (-), tạp trùng: cocci (+), không loại trừ vi trùng kỵ khí, cấy AFB chưa có kết quả.

- **Chẩn đoán:** dựa vào lâm sàng + X-quang phổi + các xét nghiệm, chẩn đoán lúc này là lao phổi AFB(+)/lao hạch/lao khẩu hầu – viêm mô mềm vùng lưng.

- Điều trị: bệnh nhân được điều trị: SRHZE với liều như sau (SM= 0,5g tiêm bắp, turbezide 150/75/400: 2,5 viên uống, EMB 400mg: 2 viên uống mỗi ngày), kháng sinh Dalacin 300mg 2 viên mỗi ngày, điều trị triệu chứng, nâng đỡ tổng trạng và truyền máu.

- Kết quả: sau gần 1 tháng điều trị, kết quả bệnh nhân khỏe hơn, ăn uống được, không còn đau khi ăn, bớt ho. Tổn thương ở lưng đáp ứng tốt. Vết loét ở miệng cũng đáp ứng tốt (hình dưới).



Bệnh nhân được cho xuất viện ngày 31/8/12 và chuyển về địa phương tiếp tục điều trị.

Bàn luận

Lao vùng hầu họng, không tính lao thanh quản, chiếm 2-6% các trường hợp lao ngoài phổi và 0,1-1% các trường hợp lao.⁽¹⁾ Lưỡi là cơ quan thường bị lao nhất trong các vị trí ở hầu họng.

Lao vùng hầu họng và miệng hiếm khi gặp do cơ chế bảo vệ ở đường hô hấp trên. Nước bọt có chứa thực vật hoại sinh (saprophytes) với đặc tính thực bào và biểu mô của hồ miệng ức chế sự phát triển và sinh sôi của vi trùng lao. Bất kỳ sự xâm lấn niêm mạc do kích thích mạn tính hay viêm có thể đưa đến lao. Một số yếu tố nguy cơ như vệ sinh răng miệng kém, bạch sản và nhổ răng được ghi nhận.⁽¹⁾

Vị trí lao nguyên phát ở hầu họng hầu như chỉ xảy ra ở trẻ em với bệnh cảnh ổ lao nguyên phát không có triệu chứng ở hầu họng kèm hạch ở vùng cổ. Vi trùng lao hiếm khi ảnh hưởng niêm mạc hầu họng ngay cả khi có lao phổi nặng.⁽²⁾ Tuy nhiên có tài liệu cho rằng lao hầu họng thứ phát thường xảy ra sau lao phổi nặng tạo hang có vi trùng lao trong

đám. Cơ chế lan truyền theo đường máu cũng được ghi nhận trong lao hầu họng.⁽³⁾ Các tác giả khác cũng cho rằng lao hầu họng có thể lan xuống thanh quản và rồi đến phổi.⁽⁴⁾

Bệnh nhân này được chẩn đoán lao khẩu hầu qua sinh thiết tại bệnh viện Ung bướu. Chẩn đoán phân biệt ban đầu với tổn thương tại vùng hầu bao gồm nhiều bệnh cảnh như loét do chấn thương, loét aptơ, rối loạn huyết học, nhiễm nấm (paracoccidiosis và histoplasmosis), giang mai, Wegener, bệnh sarcoid và bệnh lý ác tính (ung thư tế bào vảy và lymphoma). Tại bệnh viện Phạm Ngọc Thạch, bệnh nhân được chẩn đoán thêm lao phổi (qua xét nghiệm đàm AFB dương tính) và lao hạch (qua sinh thiết hạch). Do bệnh nhân bị lao đa cơ quan, nên bệnh nhân được điều trị công thức 5 thuốc gồm SRHZE. Sau một tháng điều trị, bệnh nhân đáp ứng khá tốt các triệu chứng lâm sàng như đau họng, đau khi ăn, ho đều giảm nhiều. Tổn thương ở lưng cũng đáp ứng tốt với kháng sinh. Đặc biệt tổn thương ở hầu giảm rất nhiều so với trước khi điều trị.

Lao khẩu hầu là dạng lao hiếm gặp, thường là thứ phát sau tổn thương lao ở nơi khác, nhất là phổi. Nên nghĩ đến bệnh lao khi gặp những bệnh nhân với tổn thương loét vùng hầu họng không đáp ứng với điều trị kháng sinh, đặc biệt ở những nước đang phát triển nơi mà tần suất lao khá cao, và biện pháp chẩn đoán là sinh thiết tổn thương gửi giải phẫu bệnh.

Tài liệu tham khảo

- 1/ Soumya Ghatak, Tamoghna Jana, Samrat Bandyopadhyaya, Samir Kumar Biswas. Primary oropharyngeal tuberculosis causing destruction of uvula - A rare presentation.
- 2/ Rahmet Caylan, Kemalettin Aydin, Refik Caylan. Oropharyngeal tuberculosis causing severe odynophagia and dysphagia. Eur Arch Otorhinolaryngol (2002) 259: 229-230.
- 3/ Mignogna MD, Muzio LL, Favia G, Ruoppo E, Sammartino G, Zarrelli C, Bucci E. Oral tuberculosis: a clinical evaluation of 42 cases. Oral Dis. 2000 Jan; 6(1):25-30.
- 4/ K.B. Gupta, S.P.S. Yadav, Sarita, M. Manchanda. Primary Pharyngeal Tuberculosis. Lung India 2005; 22: 127-129.
- 5/ Aditya Bharatha, Eric S. Barlett, Eugene Yu. Pharyngeal and Retropharyngeal Tuberculosis with Nodal Disease. Radiology: Volume 254: Number 2-February 2010.
- 6/ Leonardo Conrado Barbosa de Sa, Roberto Campos Meirelles, Cirfaco Cristovao Tavares Atberino, Jose Roberto Carvalbaes Fernandes, Fabiana Rocba Ferraz. Laryngo-pharyngeal Tuberculosis. Rev Bras Otorinolaringol. 2007;73(6):862-6.
- 7/ Madhuri, Chander Mohan and M.L. Sharma. Posterior oro-pharyngeal wall tuberculosis. Indian Journal of Otolaryngology and Head and Neck Surgery. Vol.54 No 2, April-June 2002.
- 8/ M.H. dadgarnia, M.H. Baradaranfar, N. Yazdani and A. Kouhi. Oropharyngeal tuberculosis: An unusual presentation. Acta Medica Iranica, Vol. 46, No. 6 (2008).