



Nhân một trường hợp lao lách

Nguyễn Chi Lăng*, Nguyễn Đình Minh*, Nguyễn Sĩ Khánh*, Vũ Khắc Đại*

Lao lách là một bệnh hiếm gặp. Trong bài viết này chúng tôi giới thiệu một bệnh nhân nam, 56 tuổi có diễn biến bệnh 4 năm với biểu hiện sốt không rõ nguyên nhân, đau vùng mạng sườn trái. Sau đó bệnh nhân xuất hiện một lỗ rò mủ tại khoang liên sườn 11 trên thành ngực bên trái. Siêu âm và cắt lớp vi tính ổ bụng phát hiện nhiều ổ giảm âm và những nốt calci trong nhu mô lách. Sau khi điều trị hai tuần bằng thuốc lao phác đồ 5 thứ thuốc, bệnh nhân đã được phẫu thuật cắt lách vì lý do rò thành ngực kéo dài. Sau mổ tiếp tục duy trì phác đồ điều trị lao 5 thứ thuốc. Kiểm tra sau 3 tháng phẫu thuật cho kết quả tốt.

Lao lách rất hiếm gặp, thường xuất hiện thứ phát hoặc kết hợp với lao các cơ quan khác như: phổi, màng phổi, gan, màng bụng, hạch mạc treo,... Tuy nhiên, lao lách có thể là một biểu hiện đơn độc trên bệnh nhân không có lao các cơ quan khác.

TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Lâm sàng: bệnh nhân nam 54 tuổi, cách đây 4 năm có biểu hiện sốt nhẹ về chiều, không ho, không khó thở, vùng hạ sườn trái đau âm ỉ và nổi dần lên một khối cứng mọng đường kính khoảng 5x6 cm, trước khi vào viện bệnh nhân đã được mổ dẫn lưu mủ vùng hạ sườn trái 5 lần nhưng vẫn rò mủ dai dẳng tại chỗ. Khi nhập viện bệnh nhân thể trạng gầy, không sốt. Khám lâm sàng không có gì đặc biệt ngoài một vết rò mủ tại khoang liên sườn 11 - 12 đường nách sau.

Cận lâm sàng

- Công thức máu: HC: 4,8 T/l.

BC: 8 G/l; TT: 69,3%; L: 19,1%, M: 10,1%; Eo: 1,4 %.

- Sinh hoá máu: ure: 4,6 mmol/l. Billirubin TP: 4,9 mmol/l; Trực tiếp: 0. SGOT: 31; SGPT: 18.

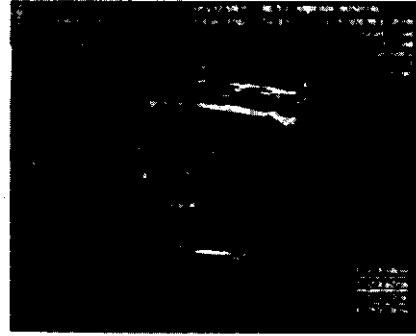
LDH: 143; GGT: 36.

- Mantoux cục: 9mm. BKTT đờm 3 lần âm tính.

- X quang ngực thường quy: không có tổn thương.

- Siêu âm ổ bụng: gan, túi mật, tụy, thận, bàng quang, tuyến tiền liệt, hạch mạc treo bình thường. Lách nhu mô không đều, cực trên có hai khối giảm âm kích thước 5x6 mm và 8x8 mm, xung quanh có viền giảm âm mờ, kèm theo có rất nhiều nốt vôi hoá mảnh rải rác khắp nhu mô, phía bao lách ráp thành ngực nhòe, ranh giới khó phân biệt. Vị trí thành ngực hạ sườn trái ngang mức cung sau bên xương sườn 12 (tương ứng đường nách sau) có hình giảm âm dạng tổ chức hoại tử có đường thông liên tục từ mặt da xuyên vào lớp cơ thành ngực đi qua mặt trên xương sườn 12. Tại vị trí này có hiện tượng thâm nhiễm và một ổ dịch đường kính 5,7x7,7 mm. Đường thẳng này tiếp tục vào bên trong thành ngực sát với bao lách, ngay góc sườn hoành trái, vị trí dưới khoang màng phổi có một vùng giảm âm lòng có nốt vôi hoá, bao lách tại vị trí này nhòe không có ranh giới.

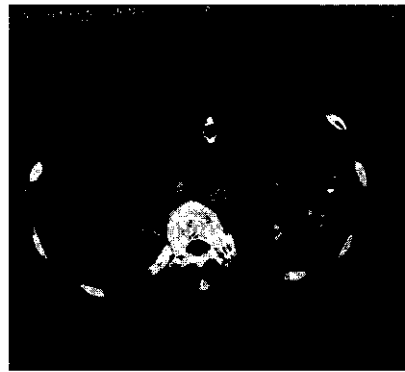
* Bệnh viện Lao và Bệnh phổi Trung ương



Hình 1. Hình ảnh siêu âm calci trong nhu mô lách

- CLVT ổ bụng: hình ảnh nhu mô lách không đều, nhiều nốt tăng tỷ trọng dạng vôi hoá nằm rải rác khắp nhu mô vùng bao lách sát thành ngực trái thâm nhiễm mỡ, mất ranh giới với thành ngực, thành ngực tại vùng này dày lên

nhiều tạo thành khối tỷ trọng không đồng nhất, gợi ý đến tổn thương bất nguồn từ nhu mô lách gây thâm nhiễm thành ngực trái sát bao lách tạo thành khối áp xe lạnh.



Hình 2. Hình ảnh CLVT

Chẩn đoán và điều trị

- Nghi đến lao lách có biến chứng rò thành ngực không loại trừ áp xe lách.

- Điều trị: sử dụng thuốc lao phác đồ 2RHSZE/HREZ/ 5H3R3E3, sau 15 ngày điều trị tiến hành mổ cắt lách, khi mổ thấy lách to độ I, rắn chắc dính vào đại tràng góc lách, dạ dày, đuôi tụy.

Kết quả giải phẫu bệnh

- Đại thể: tổ chức lách nặng, vỏ xơ mỏng, mật độ lách chắc, diện cắt nhu mô đỏ sẫm có nhiều nốt hoại tử màu vàng đường kính từ 0,2- 0,4 mm.

- Vi thể: tổ chức lách còn rõ cấu trúc tủy đỏ, tủy trắng, nhu mô rải rác có các đám hoại tử dạng bã đậu được bọc bởi lớp vỏ xơ dày nhiều vùng có thâm nhập tế bào lympho, tế bào xơ và tổ chức liên kết.

Kết luận: tổn thương lao.

Sau mổ bệnh nhân tiếp tục được điều trị thuốc lao, thể trạng hồi phục nhanh, lõ rõ thành ngực khô và liền.

Ra viện sau 15 ngày và tiếp tục được điều trị thuốc lao theo phác đồ trên. Kết quả khám lại sau 1, 2 và 3 tháng cho kết quả tốt.

BÀN LUẬN

Lao lách được Winternitz mô tả trong y văn lần đầu tiên năm 1912 [14], sau này đã có nhiều tác giả khác đề cập đến thể lao này như Engelbreth- Holm (1938), Chapman et al (1954), Soo et al (1972). Theo các tác giả trên, lao lách thường gặp trong khoảng tuổi từ 20 - 40 (Winternitz 1912, cả hai giới có tỷ lệ ngang nhau) [10], [14].

Theo M. Arab, D. Mansooni và cộng sự chia lao lách thành hai thể: hay gặp nhất là lao lách kết hợp với lao nhiều cơ quan khác đặc biệt trên những bệnh nhân có hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải và thường đứng hàng thứ ba sau lao phổi và lao gan (lao phổi 100%, lao gan 82%, lao lách 75%, lao hạch 55%, lao xương 41%) [8].



Lao lách cũng thường kết hợp với lao gan (Jain et al 1993; Gulati et al 1999; Ho et al 2000) [6], [7].

Trong nghiên cứu của Batra và cộng sự năm 2000 nhận thấy, lao lách chiếm tỷ lệ 8% trong lao nói chung [2]. Một nghiên cứu khác qua giải phẫu tử thi trên những bệnh nhân chết do lao phổi người ta thấy lao gan kết hợp với lao lách chiếm tỷ lệ rất cao 80- 100% [13].

Hiếm gặp hơn là lao lách đơn độc giống như trường hợp chúng tôi vừa mô tả, trong một báo cáo người ta thấy từ năm 1965- 1992 tại Anh, Pháp và Đức chỉ gặp có 6 trường hợp [1]...

Về chẩn đoán: ngoài những dấu hiệu lâm sàng kinh điển của lao nói chung như: gầy sút, sốt về chiều, đau vùng hạ sườn trái. Chúng tôi thấy siêu âm là một phương pháp rất có giá trị vì nó có thể phát hiện ra những thay đổi của lách khi bị lao, điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của Batra và cộng sự [2].

CLVT ổ bụng là một phương pháp lý tưởng để phát hiện và đánh giá mức độ tổn thương của lao lách và những biến chứng của nó (Dawson 1995; Gulati et al 1999) [4], [6].

Ngoài ra, sinh thiết lách qua thành ngực dưới hướng dẫn của siêu âm hoặc CLVT cũng giúp ích rất nhiều cho chẩn đoán xác định căn nguyên, nuôi cấy và làm kháng sinh đồ AFB (Solbiati et al 1983; Ho et al 2000) [7], [11].

Về mặt điều trị thì lao lách cũng điều trị với phác đồ như các thể lao khác tùy thuộc tiên phát hay thứ phát. Phẫu thuật chỉ được đặt ra khi có những biến chứng. Trong trường hợp này chúng tôi chỉ định phẫu thuật vì tổ chức lách áp xe hoá phá ra thành ngực gây rò thành ngực dai dẳng.

KẾT LUẬN

Trong y văn, lao lách là một thể lao hiếm gặp, chẩn đoán sớm khó khăn vì lâm sàng mờ nhạt hay bị che lấp bởi triệu chứng lao của những cơ quan khác, nếu có tổn thương lao phổi phối hợp thì tìm BKTT trong đờm cũng có giá trị trong chẩn đoán. Siêu âm, CLVT, sinh thiết lách đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán xác định. Điều trị lao lách chủ yếu bằng các thuốc chống lao, chỉ xử lý ngoại khoa khi có biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Agarwala S et al (1992), "Primary tubercular abscess of spleen", *J Pediatr Surg*; 27(12): 1580 - 1.
2. Batra, A., Sarma et al (2000), "Sonographic appearances in abdominal tuberculosis", *J Clin Ultrasound*; 28: 233- 245.
3. Dawson, A (1995), "The respiratory system: Pulmonary diseases affecting the gastrointestinal system", *Bockus Gastroenterology*; 181: 3404- 3406.
4. Gulati et al (1999), "CT appearances in abdominal tuberculosis", *Clin Imaging*; 23: 51- 59.
5. Ho et al (2000), "Isolated splenic tuberculosis presenting with pyrexia of unknown origin", *Scand J Infect Dis*; 32: 700- 701.
6. M. Arab, D. Mansoori et al (2002), "Splenic tuberculosis: A case report", *Acta Medica Iranica*; 40(1): 26- 28.
7. Sato T, Mori M, Inamatsu T et al (1992), "Isolated Splenic Tuberculosis", *Nippon Ronnen - Igakkai Zasshi*; 29(4): 305- 11.
8. Solbiati et al (1983), "Focal lesions in the spleen: sonographic patterns and guided biopsy, *AJR Am. J. Roentgenol*; 140: 59- 65.
9. Thoeni et al (1979), "Gastrointestinal tuberculosis", *Semin Roentgenol*; 14: 283- 294.
10. Winternitz et al (1912), "Tuberculosis of the Spleen", *Arch Int Med*; 9: 680- 697.

SUMMARY: A CASE OF SPLENIC TUBERCULOSIS

Splenic tuberculosis is a rare entity. Herein, we present a 56 year- old man with four years history period. He was offered with fever of unknown origin, upper left abdominal pain. After that, he has a fistula at the 11th intercostal space on the left side. Abdominal US and CT revealed multiple hypoechoic, multiple small calcified high- density lesions within the splenic parenchyma. After two weeks treated by anti- TB therapy with five drugs: Isoniazid, Rifampycin, Pyrazinamid and Streptomycin, the splenectomy was performed because of fistula. After operation, he has been treated by anti- TB therapy. The result is good three months later.