



LUPUS ĐỎ HỆ THỐNG & HIV

BS NGUYỄN THỊ KIM UYÊN

PK NGOÀI DA _TT MEDIC



1. CASE REPORT

Bệnh nhân nữ, 32 tuổi. Địa chỉ: Bình Chánh_ TPHCM

Nghề nghiệp: nhân viên văn phòng.

Lý do khám bệnh: ngứa da

Khám lâm sàng:

Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc chậm, sau sanh con được 11 tháng.

Tổng trạng gầy cao 1,52m, nặng 43kg, mệt mỏi, xanh xao, tóc rụng thưa mỏng.

Ho, khò khè 1 năm, đang khám tại PK Phổi

Ngứa da hai tay 1 năm, ngứa không nhiều, chưa điều trị

Da cẳng tay khô, có nhiều dát ban đỏ rải rác.

Không đau khớp, không phát ban dạng cánh bướm ở mặt.



KẾT QUẢ CẬN LÂM SÀNG

Xét nghiệm máu:

VS: h1: 90mm. H2: > 159mm

CTM: BC giảm nhẹ: $3,9 \times 10^9$, lympho giảm: 0,6, HC giảm: $3,61 \times 10^{12}$, Hct giảm: 32,8, Hb giảm: 10,8

C3, C4: trong giới hạn bình thường

TPTNT: bình thường

ANA test: 0,91 trong giới hạn ranh giới kết quả âm tính và dương tính

X quang phổi thẳng: viêm phổi mô kẽ 2 bên



TÓM TẮT BỆNH ÁN

Bn nữ sau sanh 11 tháng, có:

Các TCLS:

- Tổng trạng gầy yếu, mệt mỏi, tóc thưa rụng
- Triệu chứng thần kinh: tiếp xúc chậm chạp
- Phát ban đỏ da cẳng tay (vùng phơi bày ánh nắng)

Các TCCLS:

- Thiếu máu: giảm HC, BC
- VS tăng rất cao
- ANA test: (+) nhẹ
- X quang phổi: hình ảnh viêm phổi mô kẽ 2 bên.

Chẩn đoán: lupus đỏ hệ thống (SLE)



DIỄN TIẾN BỆNH

Bệnh nhân được điều trị với Medrol 16mg 1,5v/ ngày. Sau 20 ngày tái khám:

-dấu hiệu thần kinh thay đổi rõ rệt: tiếp xúc nhanh nhẹn, vui vẻ hơn

-Hết ngứa, phát ban da cẳng tay cũng không còn

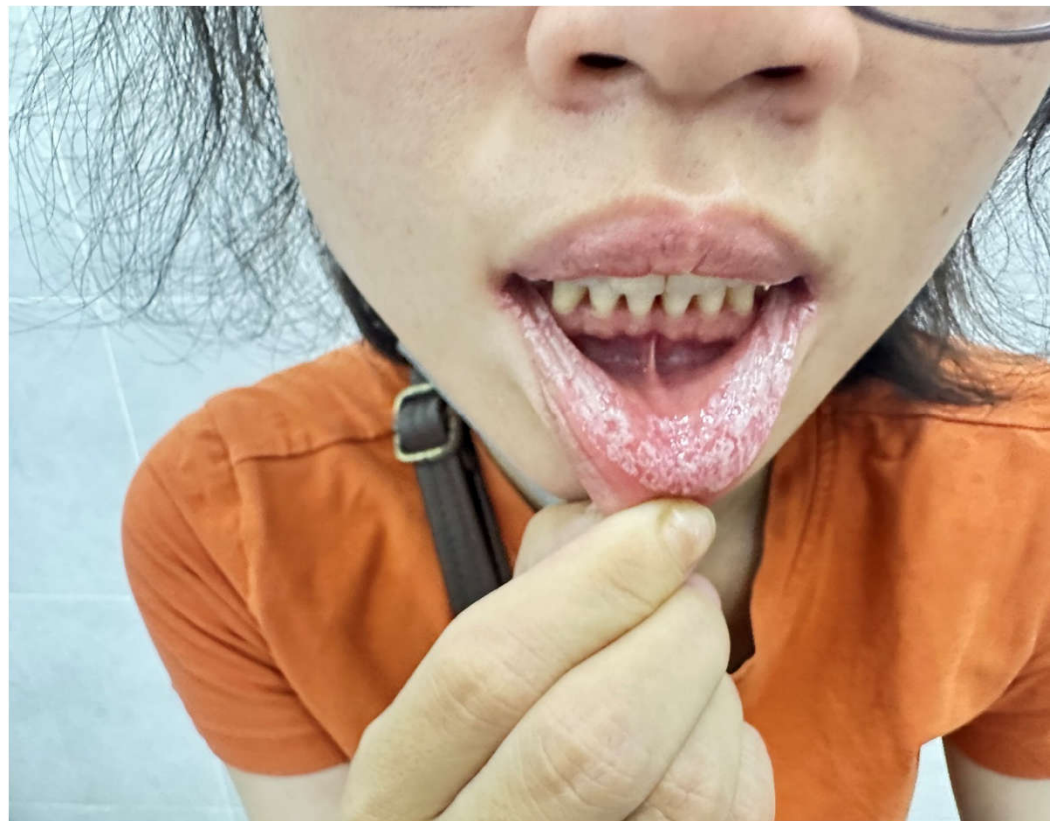
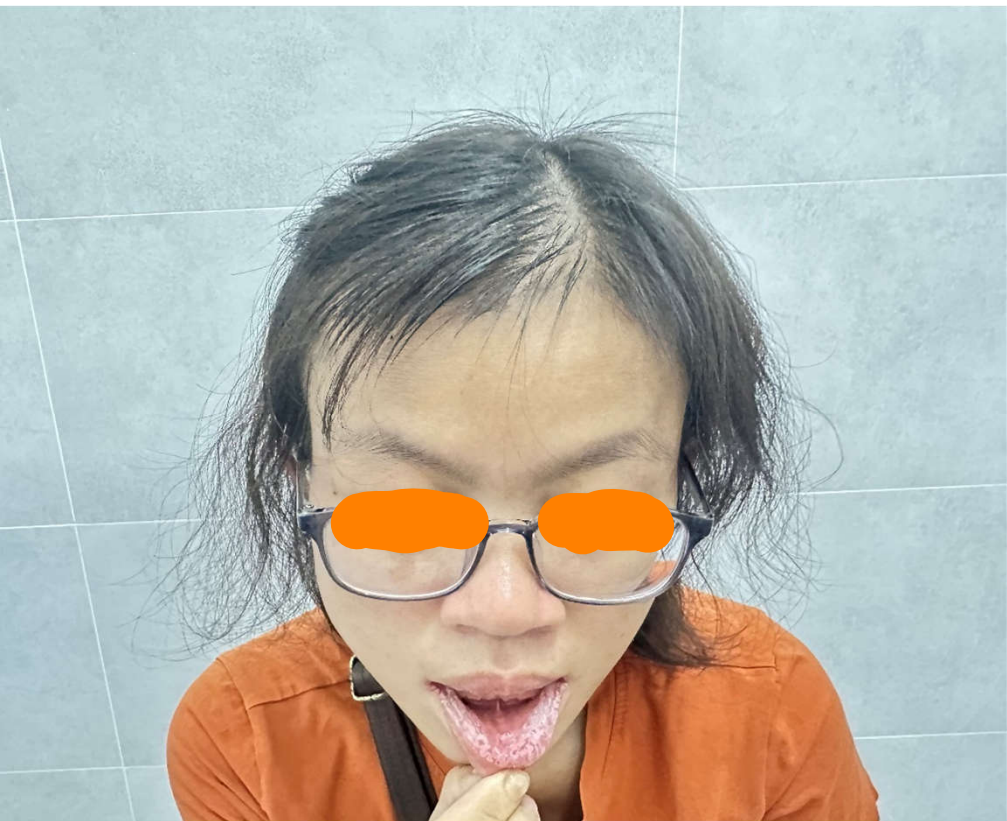
Các dấu hiệu CLS chưa thay đổi rõ:

-VS giảm nhẹ: h1: 74mm, h2: 150mm

-CTM: BC tăng, Hct tăng nhẹ: 33,7, Hb tăng nhẹ: 11,4

-CT ngực: thương tổn mặt kính mờ trong 2 phổi

Ngoài ra: bn thấy xuất hiện môi lưỡi dơ, mặt trong môi dưới đóng nhiều bọt trắng





- Vì vậy, bn được đề nghị làm thêm xn HIV, bn có hơi do dự vì 11 tháng trước đó đã có làm xn HIV (-) khi sinh mổ tại bv Hùng Vương.
- Kết quả xn HIV (+) tại TT Medic, nên được gửi qua BV Nhiệt Đới để làm lại. Kết quả xét nghiệm HIV tại đây (+), và bn đang được điều trị.



2. BÀN LUẬN

Những trường hợp SLE và nhiễm HIV cùng tồn tại là rất ít gặp, ít được báo cáo. Tác động chính xác của HIV lên SLE và ngược lại vẫn chưa rõ ràng, việc chẩn đoán và điều trị đặt ra những thách thức lớn.

Trên thực tế, 2 trường hợp này có nhiều đặc điểm lâm sàng chồng chéo nhau, bao gồm các bất thường về huyết học, thần kinh, thận và các bất thường khác.

Các biểu hiện với tình trạng giảm BC lympho, thiếu máu tan máu hoặc giảm tiểu cầu là phổ biến cả 2 nhóm bệnh.

Cả 2 đều có thể có các biểu hiện loạn thần, bệnh lý thần kinh ngoại biên và khiếm khuyết khu trú.

Bệnh thận là một biểu hiện phổ biến khác của cả 2 bệnh.

Các triệu chứng không đặc hiệu có phạm vi rộng như vậy tạo ra những thách thức lớn đối với việc chẩn đoán các trường hợp xảy ra đồng thời 2 bệnh.

Sản xuất quá mức ANA là một dấu hiệu đặc trưng của SLE, có ý nghĩa chẩn đoán bệnh và tiên lượng trong quá trình diễn tiến của bệnh lupus.

Đáng chú ý, các nghiên cứu gần đây cho thấy phản ứng đa kháng hoặc tự phản ứng là một trong những đặc điểm chính của kháng thể kháng HIV, đặc biệt các KT có khả năng trung hòa rộng và mạnh.

Do đó, bệnh nhân mắc SLE có thể sản xuất KT phản ứng chéo với KN HIV, kết quả xét nghiệm HIV (+) giả.

Những người nhiễm HIV cũng có thể sản xuất tự KT chẳng hạn như ANA, gây khó khăn trong chẩn đoán.

Vì vậy, nên chú ý số lượng tế bào T CD4 để loại trừ (+) giả đối với HIV.



- Vẫn chưa chắc chắn biểu hiện bệnh tự miễn ở bn HIV(+) có ảnh hưởng đến quá trình diễn biến và tiên lượng bệnh hay không. Giống HIV, SLE cũng ảnh hưởng đến hệ thống miễn dịch, làm suy yếu khả năng chống lại bệnh nhiễm trùng, do đó sự cùng tồn tại có thể dẫn đến các bệnh nhiễm trùng cơ hội.
- Điều trị SLE ở người nhiễm HIV khó khăn hơn, vì các loại thuốc thông thường có khả năng làm trầm trọng thêm tình trạng suy giảm miễn dịch
- Thuốc Hydroxychloroquine có đặc tính điều hòa miễn dịch và chống viêm hữu ích trong các bệnh lý miễn dịch qua trung gian tế bào T như SLE.

Là một lựa chọn điều trị an toàn, tiết kiệm chi phí, uống 1lần/ ngày cho các trường hợp đồng thời HIV và SLE.

- Nên cân nhắc biện pháp chống HIV trước khi điều trị ức chế miễn dịch.



- Quay lại bn này, bn nữ, nhân viên văn phòng, sau sanh 11 tháng được chẩn đoán SLE với các TCLS và test ANA trong giới hạn giữa (+) và (-), sau một đợt 20 ngày điều trị với Methylprednisolon ức chế MD, có biểu hiện nấm Candida miệng nên tình cờ phát hiện thêm có nhiễm HIV cho dù trước đó 11 tháng bn test HIV (-).
- Vì vậy, xem lại chẩn đoán:
HIV có (+) giả? Test HIV (+) tại lab của TT Medic, và được gửi kiểm tra lại tại BVNĐ, hiện nay bn đang điều trị HIV tại BVNĐ.
Về chẩn đoán SLE, test ANA có (+) giả? Khó xác định. Tuy nhiên, dựa vào triệu chứng lâm sàng thì phù hợp với SLE hơn là HIV khi mà bn nhiễm HIV chưa được 11 tháng.
- Vấn đề điều trị, có lẽ thuốc ức chế miễn dịch làm tiến triển nhanh HIV qua AIDS. Vì vậy, nên giảm nhanh liều để chuyển qua điều trị với Hydroxychloroquin và theo dõi sát tiến triển bệnh.



3. KẾT LUẬN

SLE và HIV cùng tồn tại rất ít gặp. Hai bệnh có những triệu chứng chung dễ gây chẩn đoán lầm và sai lệch kết quả xét nghiệm vì phản ứng chéo. Cần chú ý để có chẩn đoán đúng. Về điều trị cũng là một thách thức khác, cần phải tính toán và cân nhắc để bệnh nhân có một tiên lượng tốt.