

ĐÁP ÁN CHO CASE 26

Viêm khớp dạng thấp thiếu niên

Tóm tắt: Một cậu bé 3 tuổi có 20 ngày sốt cao, có ban và đau người tăng giảm cùng với cơn sốt. Cậu bé không chịu đi lại 1 ngày. Thăm khám thấy hạch to, gan lách to, sưng khớp. X-quang ngực không có bất thường nhưng CBC thấy tăng bạch cầu, tăng tiểu cầu và thiếu máu.

- **Chẩn đoán có khả năng nhất:** Viêm khớp dạng thấp thiếu niên khởi phát toàn thân (JRA; Bệnh Still).
- **Xét nghiệm chẩn đoán tốt nhất:** Không có bộ xét nghiệm nào để chẩn đoán JRA, nhưng kết hợp tiền sử với CBC, cấy máu, tốc độ máu lắng (ESR), yếu tố thấp (RF), kháng thể kháng nhân (ANA), and và đánh giá dịch bao hoạt dịch có thể hỗ trợ trong việc thiết lập hoặc loại trừ chẩn đoán.
- **Điều trị:** Thuốc chống viêm nonsteroid (NSAIDs), methotrexate, và glucocorticoids có thể dùng để kiểm soát triệu chứng. Vật lý trị liệu quan trọng trong việc bảo tồn chức năng và ngăn ngừa biến dạng chi.

PHÂN TÍCH

Mục tiêu

1. Biết được ba thể của viêm khớp dạng thấp thiếu niên và triệu chứng cơ năng và thực thể thường gặp nhất của bệnh.
2. Nhận biết được viêm khớp dạng thấp thiếu niên khởi phát toàn thân là một bệnh cần cân nhắc trong việc đánh giá sốt không rõ nguyên nhân ở trẻ em.

Đặt vấn đề

Có nhiều **chẩn đoán phân biệt cho sốt không rõ nguyên nhân ở trẻ em**, bao gồm các nguyên nhân **truyền nhiễm, huyết học và bệnh dạng thấp**. Nhịp điệu sốt có thể hỗ trợ thu hẹp các khả năng có thể. Trong trường hợp này, **sốt cao thành cơn mỗi ngày đi kèm với phát ban đặc trưng là gợi ý cho bệnh viêm khớp dạng thấp thiếu niên thể toàn thân**. Gan lách và hạch to là đặc trưng của bệnh viêm khớp dạng thấp thiếu niên thể toàn thân. Viêm khớp có thể phát triển sau các triệu chứng khác, như trong trường hợp này, đôi khi xuất hiện hàng tháng, thậm chí hàng năm trước đợt bệnh. Với những trường hợp viêm khớp xuất hiện lần đầu muộn trong đợt bệnh, cần cân nhắc tới leukemia.

Tiếp cận

Viêm khớp dạng thấp thiếu niên

ĐỊNH NGHĨA

Đau khớp: Bất kì cơn đau nào ở khớp.

Viêm khớp: Sưng hoặc tràn dịch hoặc có 2 hoặc hơn các triệu chứng dưới đây: hạn chế vận động khớp, ấn đau hoặc đau khi hoạt động và nóng một hoặc nhiều khớp.

JRA khởi phát toàn thân: Đặc trưng bởi viêm khớp với sự liên quan tới nội tạng, bao gồm nội tạng lớn, viêm thanh dịch và hạch to.

JRA thể viêm ít khớp: JRA liên quan tới 1 tới 4 khớp.

JRA thể viêm đa khớp: JRA liên quan tới 5 khớp hoặc nhiều hơn.

TIẾP CẬN LÂM SÀNG

Viêm khớp dạng thấp thiếu niên (JRA) là bệnh lý dạng thấp phổ biến nhất ở trẻ em. Chẩn đoán khi khởi phát trước năm 16 tuổi và triệu chứng kéo dài 6 tuần hoặc lâu hơn. Các nguyên nhân khác gây viêm khớp ở trẻ em (nguyên nhân truyền nhiễm hoặc các nguyên nhân dạng thấp khác) phải được loại trừ; **ở trẻ vị thành niên đã hoạt động tình dục, viêm khớp do lậu phải được cân nhắc.** Ba dạng JRA được phân loại dựa trên triệu chứng xuất hiện trong 6 tháng đầu tiên của bệnh: **(1) thể khởi phát toàn thân, (2) thể đa khớp, và (3) thể ít khớp.**

Biểu hiện toàn thân chiếm chủ đạo trong bệnh cảnh JRA khởi phát toàn thân, khiến việc chẩn đoán khó khăn hơn nếu viêm khớp không xuất hiện. **Sốt thành cơn hàng ngày, ban da, đau khớp tăng giảm cùng sốt, hạch to và gan lách to là đặc trưng của bệnh khởi phát toàn thân.** Viêm màng ngoài tim, viêm gan, tràn dịch màng phổi, và bệnh não cũng có thể xảy ra.

Thể đa khớp được chẩn đoán khi có sự liên quan của **năm khớp hoặc nhiều hơn** và các triệu chứng toàn thân cơ năng và thực thể nhẹ hoặc không xuất hiện. Thể này hay gặp hơn ở nữ và thường xảy ra ở tuổi teen nhưng có thể xuất hiện sớm lúc 8 tuổi. Bệnh nhân được phân loại dựa vào yếu tố thấp (RF): bệnh nhân RF (-) thường có tiên lượng tốt hơn, mặc dù 5-10% có phá hủy khớp nặng nề. Hơn một nửa bệnh nhân RF (+) tiến triển thành bệnh mạn tính; chúng được coi như gần giống với viêm khớp dạng thấp ở người lớn.

Thể ít khớp liên quan tới ít hơn 5 khớp; được chia thành loại khởi phát sớm và khởi phát muộn. Bệnh lý khởi phát sớm chủ yếu xuất hiện ở nữ giới và ANA trong máu thường (+). Một nửa số trẻ mắc loại khởi phát sớm có viêm mắt – thể mi (hay còn gọi “viêm màng bồ đào trước”) thường không có triệu chứng. Bệnh lý mắt không xuất hiện song song với hoạt độ viêm

khớp. Loại khởi phát muộn chủ yếu ảnh hưởng tới nam giới lớn hơn 8 tuổi. JRA khởi phát muộn có thể tiến triển tới khớp thấp lưng, khớp cùng (viêm cột sống dính khớp).

Xét nghiệm cận lâm sàng ban đầu ở trẻ nghi ngờ JRA thể toàn thân bao gồm CBC, đo tốc độ lắng máu và cấy máu. **Tăng bạch cầu, tiểu cầu và thiếu máu hỗ trợ chẩn đoán JRA toàn thân.** Tốc độ máu lắng tăng, cấy máu âm tính. **Đánh giá dịch bao hoạt dịch** cần thiết để loại trừ viêm khớp nhiễm khuẩn, đặc biệt khi chỉ đau một khớp hoặc đau khớp dữ dội. Yếu tố thấp và ANA thường âm tính trong JRA toàn thân.

Thuốc điều trị JRA bao gồm **NSAIDs, steroids, methotrexate**, và các thuốc ức chế miễn dịch khác. Vật lý trị liệu và hoạt động trị liệu là quan trọng để duy trì chức năng khớp và ngăn cản các biến dạng. **Chỉ định soi đáy mắt định kỳ để theo dõi viêm màng bồ đào.** Khoảng 50% bệnh nhân JRA toàn thân cuối cùng hồi phục hoàn toàn nhưng có 25 % tiến triển viêm khớp mạn tính và phá hủy khớp. Có thể tử vong, thường là do nhiễm trùng nặng.

Câu hỏi lượng giá

- 26.1 Một cô bé 14 tuổi có bệnh sử nổi hạch cổ và ban màu cá hồi lan tỏa trong 3 ngày. Về các triệu chứng toàn thân, cô bé có đau họng, ho và sốt nhẹ từ 5 ngày trước, những triệu chứng này đã tự khỏi 2 ngày trước. Thăm khám thấy, cô bé có hạch sau tai và dưới cằm lớn, nhiều khớp lớn nhỏ sưng đau. Đây là chẩn đoán khả thi nhất ở bệnh nhân này?
- A. JRA thể ít khớp
 - B. JRA thể nhiều khớp
 - C. Rubella
 - D. Lupus ban đỏ hệ thống
 - E. JRA khởi phát toàn thân.
- 26.2 Một bé gái 5 tuổi tới khám bác sĩ nhi chuyên khoa bệnh dạng thấp với bệnh sử sưng nhẹ và giảm vận động khớp gối trái và khớp khuỷu phải trong 4 tuần. Cô bé không sốt và trông khỏe mạnh. Khi đánh giá đứa trẻ, triệu chứng dương tính nào sẽ hữu ích nhất trong việc thiết lập chẩn đoán?
- A. Chọc dịch khớp gối
 - B. Công thức máu
 - C. Chụp CT các khớp bị bệnh
 - D. Khám mắt bằng đèn slit-lamp
 - E. Scan xương
- 26.3 Một cậu bé người Mỹ gốc Phi 12 tuổi than phiền về việc đau đầu gối phải. Không có tiền sử chấn thương. Cậu bé đi khập khiễng rõ, hạn chế chịu lực chân phải. Đánh giá ban đầu bệnh lý này cần điều nào dưới đây?

- A. Kháng thể kháng nhân
 - B. Công thức máu
 - C. MRI khớp gối 2 bên
 - D. Tầm vận động khớp háng phải
 - E. Yếu tố dạng thấp
- 26.4 Một cậu bé 3 tuổi nghi ngờ mắc JRA thể khởi phát toàn thân xuất hiện nhịp tim nhanh và khó thở vào ngày thứ 5 nhập viện. Cậu bé kêu đau ngực. Nghe tim thấy có tiếng cọ do ma sát. Bước xử trí tiếp theo phù hợp là gì?
- A. Khí dung albuterol.
 - B. Tiêm một liều furosemide.
 - C. Uống acetaminophen.
 - D. Kiểm tra tình trạng oxy hóa thông qua đo độ bão hòa oxy trong máu và hội chẩn bác sĩ tim mạch nhi.
 - E. Kiểm tra tình trạng oxy hóa thông qua đo độ bão hòa oxy trong máu, chụp phim phổi ngay lập tức và bắt đầu kháng sinh đường tĩnh mạch

ĐÁP ÁN

- 26.1 **C.** Chẩn đoán phân biệt của viêm khớp trẻ em bao gồm bệnh lý dạng thấp và bệnh lý nhiễm khuẩn. Triệu chứng cơ năng và thực thể của cô bé này thường gặp trong bệnh rubella. Vaccin phòng bệnh được tiêm phòng lúc 1 tuổi và nhắc lại ở tuổi đi học. Lý do chính cho việc tiêm vaccin là để phòng ngừa hội chứng rubella bẩm sinh, một tình trạng bệnh lý nặng nề ở trẻ sơ sinh; bệnh thường nhẹ khi mắc ngoài giai đoạn này.
- 26.2 **D.** JRA là nguyên nhân thường gặp nhất của viêm mống mắt ở trẻ em. Viêm màng bồ đào có khởi phát tiềm ẩn (insidious), có thể là triệu chứng đầu tiên duy nhất của bệnh JRA. Bệnh thường gặp hơn ở nữ giới trẻ tuổi. Phát hiện khi soi mắt bằng đèn slit-lamp bao gồm vòng calci ở giác mạc, dính mống mắt sau (posterior synechiae), và đục thủy tinh thể. Trẻ mắc JRA nên được soi đèn slit-lamp định kỳ để phát hiện sớm bệnh lý mắt. Có thể cân nhắc các xét nghiệm trong những đáp án khác, nhưng kết quả dương tính của những test này không đặc hiệu cho JRA.
- 26.3 **D.** Thăm khám cẩn thận khớp hông khi đánh giá đau khớp gối; vấn đề tại khớp hông có thể biểu hiện ở khớp gối. Trượt chỏm xương đùi thường gặp nhất ở trẻ nam người Mỹ gốc Phi. JRA hiếm khi ảnh hưởng tới khớp hông trong giai đoạn đầu của bệnh.
- 26.4 **D.** Tiếng cọ là đặc trưng của viêm màng ngoài tim, một biến chứng

thường gặp và nghiêm trọng của JRA. Tiếng cọ là một tiếng thô ráp (grating or creaking) nghe rõ nhất ở dọc bờ trái xương ức. Bệnh nhân thường than phiền về tình trạng đau ngực, giảm đi khi nghiêng người ra trước và tăng lên khi hít sâu hoặc ho; tuy nhiên không phải lúc nào cũng đau. Trong các trường hợp hiếm, viêm màng ngoài tim trong JRA có thể xuất hiện trước đau khớp vài tháng, thậm chí vài năm. Điện tâm đồ có thể thấy phức bộ QRS điện thế thấp và ST chênh lên. Điều trị bằng salicylate hoặc steroid.

Đúc Kết Lâm Sàng

- Phổ bệnh viêm khớp dạng thấp thiếu niên có ba thể: (1) Thể khởi phát toàn thân, (2) Thể đa khớp, và (3) Thể ít khớp.
- Bệnh viêm khớp dạng thấp thiếu niên khởi phát toàn thân là một chẩn đoán phân biệt quan trọng của sốt không rõ nguyên nhân ở trẻ em.
- Chẩn đoán viêm khớp dạng thấp thiếu niên được dựa trên các tiêu chuẩn lâm sàng và loại trừ các nguyên nhân khác có thể; không có xét nghiệm đơn độc nào có thể khẳng định chẩn đoán.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Cassidy JT. Juvenile rheumatoid arthritis. In: McMillan JA, Feigin RD, DeAngelis CD, Jones MD, eds. *Oski's Pediatrics: Principles and Practice*. 4th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2006:2538-2543.
- Miller KM, Apt L. Anterior uveitis. In: Rudolph CD, Rudolph AM, Hostetter MK, Lister G, Siegel NJ, eds. *Rudolph's Pediatrics*. 21st ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2003: 2382-2384.
- Miller ML, Cassidy JT. Juvenile rheumatoid arthritis. In: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 18th ed. Philadelphia, PA: WB Saunders; 2007:1001-1011.
- Wallace CA, Sherry DD. Juvenile rheumatoid arthritis. In: Rudolph CD, Rudolph AM, Hostetter MK, Lister G, Siegel NJ, eds. *Rudolph's Pediatrics*. 21st ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2003:836-840.