

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP THỂ TOPHI Ở CỘT SỐNG THẮT LƯNG

TS.BSCK2.TRẦN QUANG HIỂN
BS.CK1.NGUYỄN ĐÌNH QUANG
Khoa Cột Sống A - BV CTCH

Giới thiệu:

- Gout là một bệnh viêm khớp phổ biến được đặc trưng bởi sự lắng đọng của các tinh thể urat monosodium trong bao hoạt dịch.
- Có 6,1 triệu người trưởng thành ở Hoa Kỳ bị bệnh gout.[1]
- Do khả năng hòa tan của tinh thể muối urat giảm ở nhiệt độ thấp hơn, vì thế các vị trí bị ảnh hưởng phổ biến nhất là các khớp ngoại biên.

1. Neogi T. *Clinical practice. Gout.* N Engl J Med. 2011;364(5):443–452.

Giới thiệu

- Các bệnh lý khớp do tinh thể khác bao gồm giả gout (pseudogout).
- Pseudogout là sự lắng đọng của các tinh thể dihydrate canxi pyrophosphate trong các khớp hoặc các cấu trúc quanh khớp, dẫn đến viêm ở khớp.
- Pseudogout cho thấy những phát hiện lâm sàng tương tự như viêm khớp gút mặc dù tophi là đặc trưng đối với bệnh gút.

Giới thiệu

- Bệnh gout ở cột sống là rất hiếm gặp.
- Theo tác giả Hou: Gout ở cột sống
 - + Cột sống thắt lưng thường bị ảnh hưởng nhất (56%).
 - + Cột sống cổ: 22%
 - + Cột sống ngực: 22%[2]
- Theo tác giả King: các triệu chứng phổ biến nhất:
 - + Liệt một phần không đặc hiệu (39%)
 - + Bệnh lý rễ thần kinh (27%)
 - + Đau thắt lưng (18%)[3]

2. Hou L C Hsu A R Veeravagu A Boakye M Spinal gout in a renal transplant patient: a case report and literature review *Surg Neurol* 2007;67:165–73.

3. King J CJ, Nicholas C. Gouty arthropathy of the lumbar spine: a case report and review of the literature. *Spine (Phila Pa 1976)* 1997;22(19):2309–2312.

Giới thiệu

- Ở cột sống, bệnh gút có thể ảnh hưởng đến:
 - + Khoang ngoài màng cứng,
 - + Dây chằng vàng,
 - + Khoảng gian đĩa đệm,
 - + Chân cung, khối máu khớp, và ổ liên hợp.
- Điều này có thể biểu hiện như hẹp cột sống, bệnh lý rễ vùng thắt lưng, trượt đốt sống hoặc hội chứng chùm đuôi ngựa.

Hasturk A E, Basmaci M, Canbay S, Vural C, Erten F. Spinal gout tophus: a very rare cause of radiculopathy. Eur Spine J. 2012;21 04:S400–S403.

Giới thiệu

- Sinh thiết làm GPBL là tiêu chuẩn vàng trong việc xác định chẩn đoán.
- Các phát hiện mô học: sự thâm nhập u hạt của các tế bào khổng lồ đa nhân, tế bào biểu mô và các nguyên bào sợi.
- Nồng độ urate huyết thanh cao.
- Các cơn gút trước đó (podagra).
- Biểu hiện da của tophi.

CA LÂM SÀNG

- **Họ và tên:** TRẦN HỮU NGHỊ - Tuổi: 34- Giới tính: Nam.
- **Nghề nghiệp:** thợ điện.
- **Nhập viện ngày:** 20/03/2018.
- **Lý do vào viện:** đau thắt lưng kèm liệt một phần 2 chân.
- **Bệnh sử:**
 - Đau thắt lưng lan chân phải khoảng 2 tháng, đau kèm liệt một phần 2 chân, phải > trái. Đau làm hạn chế đi lại, điều trị nội khoa không giảm-> nhập viện.

CA LÂM SÀNG

- **Khám lâm sàng:**
- Đau kèm dị cảm 2 chân, phải > trái; đau lan theo rễ L4,L5.
- Liệt một phần 2 chân.
- Cổ chân phải: mắt cá ngoài và khớp bàn ngón 1 sưng to, không nóng, đỏ.
- Khớp bàn đốt ngón 1 chân trái: sưng, nóng, đỏ, đau.
- Tiểu tự chủ

CA LÂM SÀNG



CÔNG TY TNHH Y TẾ HÒA HẢO
PHÒNG KHÁM ĐA KHOA
KHOA XÉT NGHIỆM (MEDIC - LAB)
Hotline: (028) 3834 9593 - 1900 6497
254 Hòa Hảo - P.4 - Q.10 - TP.HCM
Tel: (028) 3927 0284 (Ext.1134) - Fax: (028) 3927 1224
Email: admin@medic-lab.com
www.medic-lab.com / www.medic-lab.com.vn



PID: 4803677

Ngày ĐK: 21/03/18

Giờ ĐK: 13:13:54



S.T.T: 1456

Giờ lấy mẫu: 13:19:47

Giờ in lần 1: 13:52:30

PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

(BM, TTXN, XN.02.1 - Phiên bản: 2.0)

AN HỮU NGHỊ

ic

4 LIÊN I.H. TUY PHONG T. BÌNH THUẬN

Năm sinh: 1984 / Phái: Nam DT: 01647422855

Bác sĩ chỉ định:

Loại mẫu: Máu

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU
P.S.A	0.729	(< 4 ng/mL) MÀU MANG ĐẾN
TSH u.sensitive (3rd G)	1.69	(0.32 - 5 µIU/ml)
T3	1.03	(0.60 - 1.80 ng/mL)
T4	8.02	(4 - 12 µg/dL)
A.F.P ¹	3.09	(< 20 ng/ml)
C.E.A ¹	1.86	(< 5 ng/mL)
C.A 19-9 (Roche) ¹	5.43	(< 31 U/ml)

Ngày: 21/03/18
Khoa Xét nghiệm

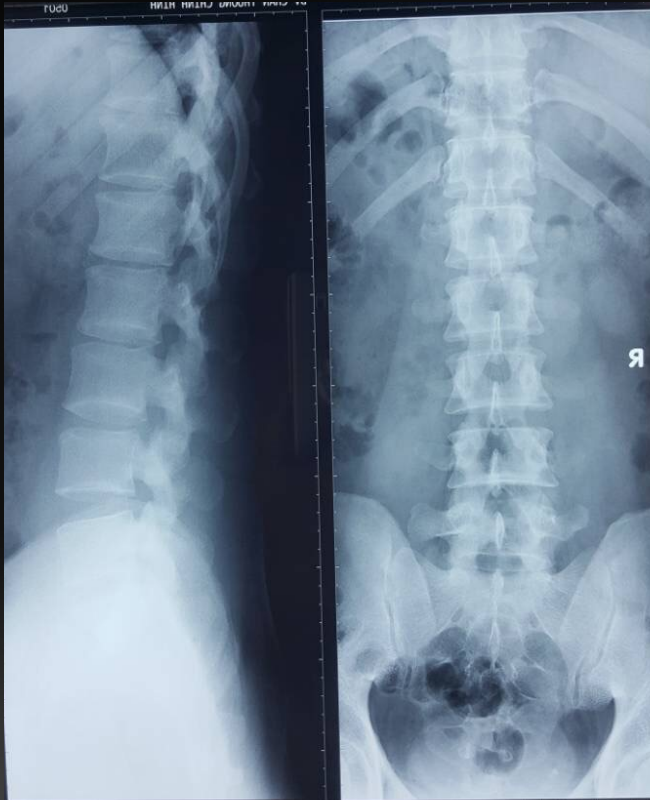
BS. Nguyễn Bảo Toàn

CA LÂM SÀNG

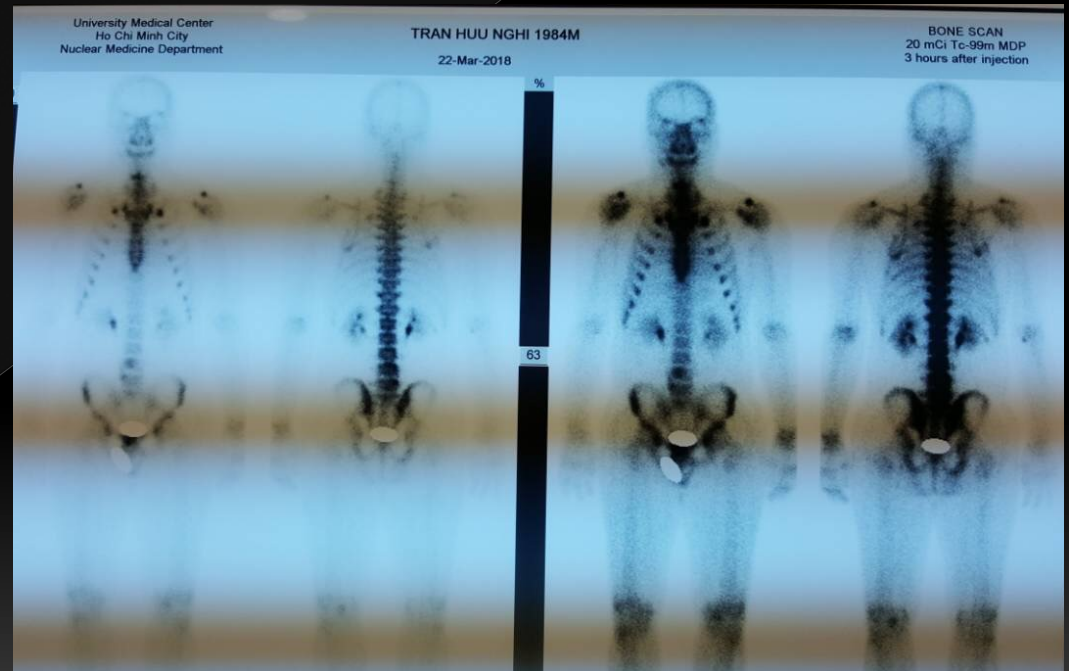


Thể Tophi lắng đọng ở mắt cá ngoài chân phải và khớp bàn đốt ngón 1 chân trái.

CA LÂM SÀNG



Xquang: không phát hiện tổn thương xương



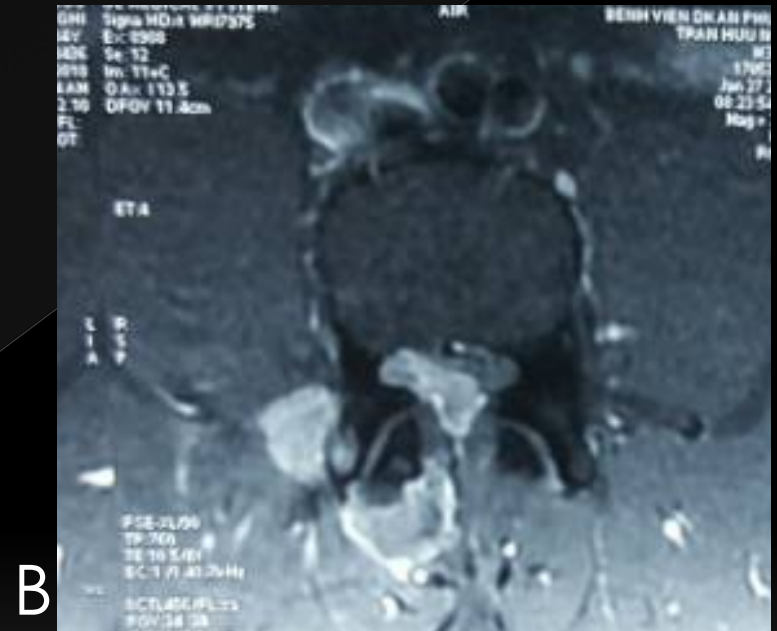
Xạ hình xương: tăng hấp thu xạ ngang TL4.

CA LÂM SÀNG



MRI: trong hình ảnh cắt dọc, ta thấy có khối bướu từ TL3->TL5 xâm lấn từ ngoài vào trong ống sống đoạn ngang TL4.

CA LÂM SÀNG



MRI có cản từ:

A: Hình cắt dọc thấy có khối bướu từ TL3->TL5.

B: Hình cắt ngang thấy có khối bướu từ ngoài xâm lấn vào ống sống.

CA LÂM SÀNG

❑ **Chẩn đoán trước phẫu thuật:**

Bướu cột sống từ TL3-TL5 xâm nhập từ ngoài vào ống sống kèm liệt một phần 2 chân.

❑ **Điều trị:**

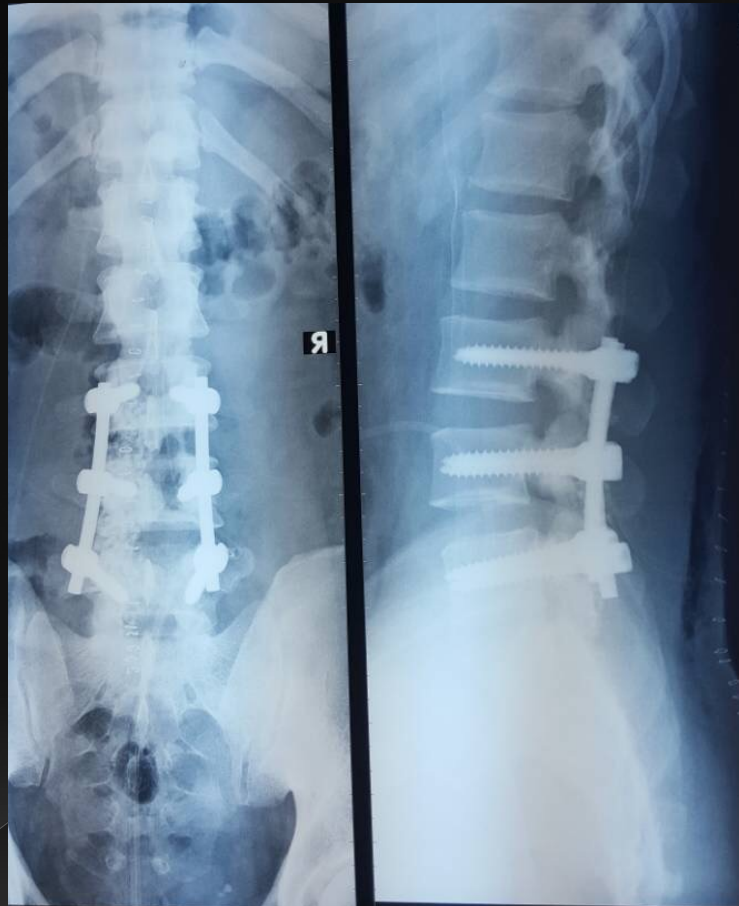
Cắt nửa bản sống từ TL3->TL5 bên phải lấy trọn bướu+cố định dụng cụ+hàn xương sau.

CA LÂM SÀNG



Hình ảnh trong lúc phẫu thuật

CA LÂM SÀNG



Hình ảnh sau phẫu thuật: BN được phẫu thuật cắt nửa bản sống bên phải từ TL3->TL5 + lấy trọn bướu + cố định dụng cụ từ TL3->TL5 + Hàn xương sau.

CA LÂM SÀNG

PHIẾU XÉT NGHIỆM GIẢI PHẪU BỆNH



Mã Số: G18-02664

Họ và tên: TRẦN HỮU NGHỊ

Năm sinh (Tuổi): 1984 Giới tính: Nam

Địa chỉ: BÌNH THUẬN

Vị trí bệnh phẩm: mô Bướu (nghĩ nhiều thể Tophy)

Ngày lấy mẫu: 28/03/2018

Chẩn đoán lâm sàng: Bướu cột sống thắt lưng ngang - cột sống TL 3,4,5

Bác sĩ điều trị: BS. Hiền

Ngày nhận mẫu: 28/03/2018

Bác sĩ thực hiện:

KẾT QUẢ GIẢI PHẪU BỆNH

Đặc điểm đại thể:

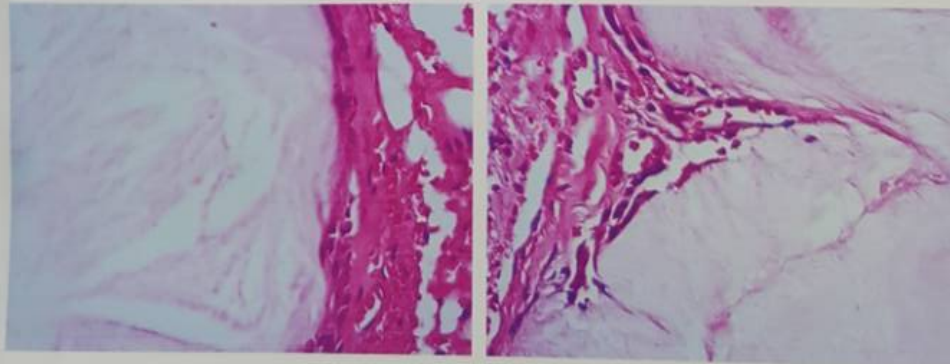
I/ Lọ 1: Mô d#2.5cm

II/ Lọ 2: Mô d#3cm

Đặc điểm vi thể:

Lọ 1 và 2: Tổn thương có giới hạn rõ, dạng nốt cấu tạo bởi chất vô dạng màu hồng, dạng hạt mịn. Xung quanh thâm nhập rải rác lympho bào và đại bào ăn dị vật.

KẾT LUẬN: Lọ 1 và 2: CỤC TOPHY.



Ngày 29 tháng 03 năm 2018

Bác sĩ đọc kết quả

TRUNG TÂM
GIẢI PHẪU BỆNH - TẾ BÀO HỌC
829 - 829A Đường 3 tháng 2, Phường
Quận 11, TP.HCM - Tel: (08) 39557899 - (08) 39558999

PGS.TS.BS. NGÔ QUỐC ĐẠT

BÀN LUẬN

- Bệnh gút hiếm khi ảnh hưởng đến cột sống. Ban đầu, những hình ảnh và các triệu chứng lâm sàng nghi nhiều đến bệnh lý ác tính do tổn thương thần kinh tăng dần và đặc điểm hình ảnh.
- Thăm khám lâm sàng và hình ảnh Xquang cho thấy sự hiện diện của Tophi ở các khớp nhỏ khác, làm gia tăng sự nghi ngờ về bệnh khớp gút của cột sống.

BÀN LUẬN

- Mặc dù bệnh lắng đọng tinh thể cột sống là rất hiếm, nhưng chẩn đoán có thể được thực hiện bởi tiền sử bệnh nhân, kết quả chụp cắt lớp điện toán (CT) hoặc MRI của cột sống, và các mẫu mô sinh thiết.[5,6]

5. Chang I-C. Surgical versus pharmacologic treatment of intraspinal gout. *Clin Orthop Relat Res.* 2005;(433):106–110.

6. Kelly J, Lim C, Kamel M, Keohane C, O'Sullivan M. Topacheous gout as a rare cause of spinal stenosis in the lumbar region. Case report. *J Neurosurg Spine.* 2005;2(2):215–217.

BÀN LUẬN

- Trong hầu hết các trường hợp, chẩn đoán chỉ có thể được xác định bằng GPBL.
- Sinh thiết trước phẫu thuật: sự hiện diện của acid uric trong các mô, có thể giúp chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý ung thư hoặc nhiễm trùng.
- CT có thể có vai trò giúp phân biệt bệnh gút cột sống hay do nhiễm trùng hoặc khối u. (3)

3. King J CJ, Nicholas C. Gouty arthropathy of the lumbar spine: a case report and review of the literature. *Spine (Phila Pa 1976)* 1997;22(19):2309–2312

BÀN LUẬN

- Các thuốc NSAID hoặc Steroid như prednisolone: có hiệu quả để kiểm soát cơn đau thắt lưng một cách hiệu quả.
- Dùng thuốc giảm urat để kiểm soát lâu dài như probenecid, allopurinol, hoặc rasburicase là cần thiết để ngăn ngừa các đợt tái phát.[3 5].

3. King J CJ, Nicholas C. Gouty arthropathy of the lumbar spine: a case report and review of the literature. *Spine (Phila Pa 1976)* 1997;22(19):2309–2312

5. Chang I-C. Surgical versus pharmacologic treatment of intraspinal gout. *Clin Orthop Relat Res.* 2005;(433):106–110.

BÀN LUẬN

- Phẫu thuật chỉ được đặt ra khi có các triệu chứng chèn ép thần kinh, giúp làm giảm các triệu chứng thần kinh. Vấn đề cốt lõi là BN phải được điều trị Gút một cách đúng đắn.

KẾT LUẬN

- Bệnh gút ở cột sống không dễ phát hiện vì các triệu chứng rất đa dạng và những đặc điểm Xquang không điển hình. Do đó, khi BN bị viêm khớp gút trước đó có các triệu chứng chèn ép thần kinh cột sống, bệnh gút ở cột sống cần được xem xét.
- Nếu BN có triệu chứng thần kinh, cần can thiệp điều trị phẫu thuật và cần phối hợp điều trị nội khoa sau phẫu thuật.

CHÂN THÀNH CÁM ƠN