

NHIỄM TRÙNG CỔ SÂU Ở BỆNH NHÂN ÁP - XE TUYẾN GIÁP NHIỄM KHUẨN *KLEBSIELLA PNEUMONIAE* TIẾT MEN *ESBL*: NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP HIẾM GẶP

Võ Đoàn Minh Nhật^{1,2}, Phan Hữu Ngọc Minh^{1,2}✉

¹Giảng viên Bộ môn Tai Mũi Họng, Trường Đại học Y Dược Huế

²Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế

TÓM TẮT

Áp - xe tuyến giáp là bệnh lý ít gặp trên lâm sàng. Việc chẩn đoán chính xác là quan trọng và cần thiết vì bệnh lý diễn tiến nhanh chóng gây chèn ép đường thở, đe dọa đến tính mạng. Chủng vi khuẩn gây bệnh thường gặp đối với áp - xe tuyến giáp là *Staphylococci* và *Streptococci*, là những vi khuẩn Gram dương. Chúng tôi mô tả một trường hợp hiếm gặp ở bệnh nhân bị đái tháo đường, không có tiền sử bệnh lý tuyến giáp, có biểu hiện lâm sàng áp - xe tuyến giáp đồng thời có ổ nhiễm trùng cổ sâu ở khoang trước sống. Nuôi cấy vi khuẩn trong quá trình mở cạnh cổ dẫn lưu, cho kết quả là *Klebsiella pneumoniae* tiết men *ESBL*. Đây là một trực khuẩn Gram âm. Chẩn đoán muộn nguyên nhân cũng như bệnh lý áp - xe tuyến giáp có thể dẫn đến bội nhiễm và tình trạng lan tỏa của bệnh lý. Bệnh nhân đã được phẫu thuật mở cạnh cổ kịp thời dẫn lưu ổ áp - xe và điều trị kháng sinh đường tĩnh mạch theo kháng sinh đồ.

Từ khóa: Áp - xe tuyến giáp. *Klebsiella*. *ESBL*. Mở cạnh cổ. Nhiễm trùng cổ sâu.

ABSTRACT

DEEP NECK INFECTION WITH THYROID ABSCESS BY *ESBL* - PRODUCING *KLEBSIELLA PNEUMONIAE*: A CASE REPORT

Vo Doan Minh Nhat^{1,2}, Phan Huu Ngoc Minh^{1,2}✉

Thyroid abscess is a rare clinical condition. A prompt diagnosis is important because it may progress rapidly into a life - threatening condition. The common causative organisms responsible for thyroid abscess are *Staphylococci* and *Streptococci* species. We present a very unusual case of a diabetic patient, without previous thyroid disease, showing clinical symptoms of thyroid abscess associated with a deep neck infection (prevertebral space), both caused by *Klebsiella pneumoniae*. A delay in diagnosis of morbidities associated with a thyroid abscess may result in rapid exacerbation of this condition. Therefore, prompt and appropriate treatment is mandatory for a successful outcome. The patient was managed with open surgical drainage abscess and appropriate antimicrobial intravenous antibiotics.

Key words: Thyroid abscess. *Klebsiella*. *ESBL*. Cervicotomy. Deep neck infection.

Ngày nhận bài:

16/6/2021

Chấp thuận đăng:

22/7/2022

Tác giả liên hệ:

Phan Hữu Ngọc Minh

Email:

phnminh@huemed-univ.edu.vn

SĐT: 0234 626 8282

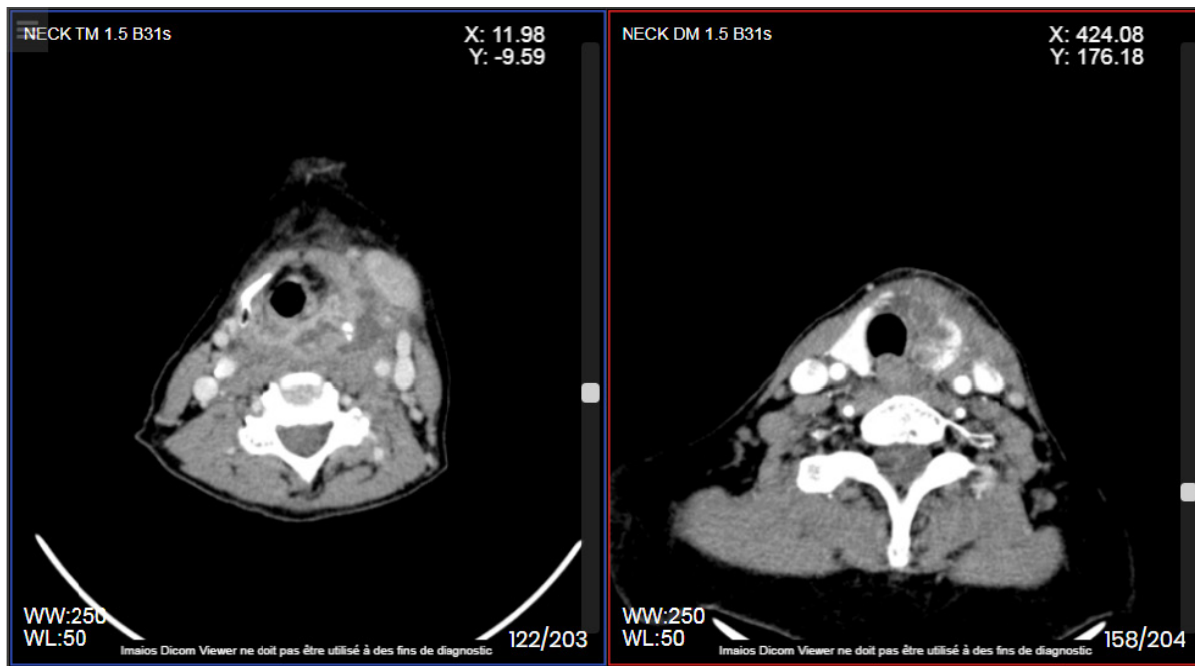
I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm trùng cổ sâu là bệnh lý nhiễm trùng các khoang sâu của vùng đầu mặt cổ, có khả năng lan tỏa theo các khoang cân cơ. Mục đích của việc điều trị là kiểm soát được tình trạng bệnh nhân để tránh gây những biến chứng và sự lan rộng ổ viêm về phía trung thất. Ngoài ra, áp - xe tuyến giáp là bệnh lý ít gặp trên lâm sàng. Việc chẩn đoán chính xác là quan trọng và cần thiết vì bệnh lý diễn tiến nhanh chóng gây chèn ép đường thở, đe dọa đến tính mạng. Bệnh nguyên thường gặp là vi khuẩn Gram dương như *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*. Vi khuẩn Gram âm và vi khuẩn kỵ khí ít gặp trong bệnh lý áp - xe tuyến giáp [1].

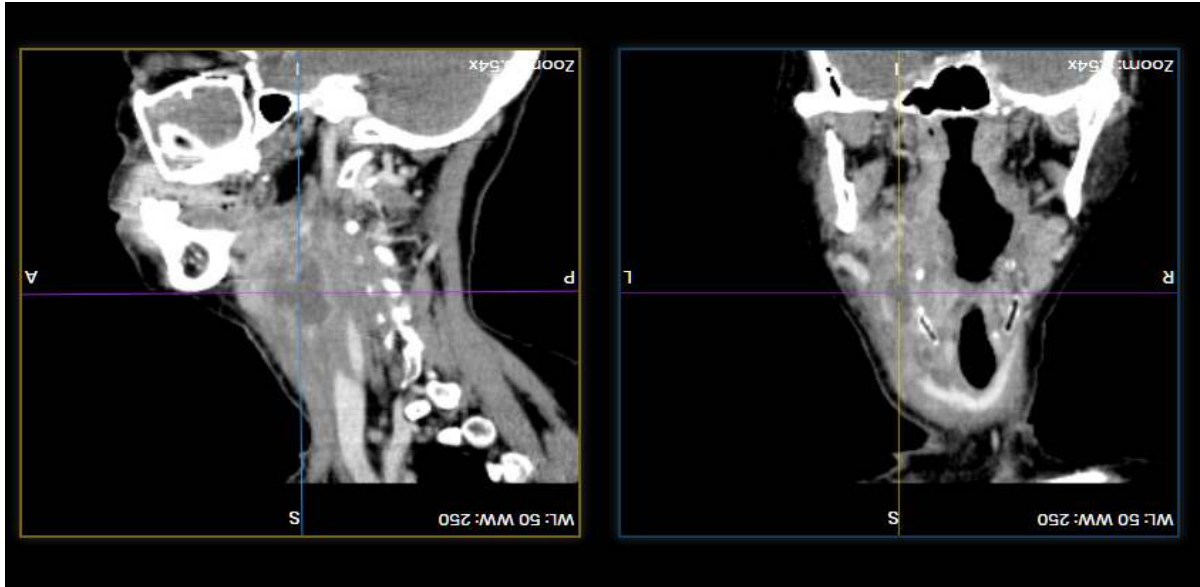
Chúng tôi mô tả một trường hợp hiếm gặp ở bệnh nhân không có tiền sử bệnh lý tuyến giáp, có biểu hiện lâm sàng áp - xe tuyến giáp đồng thời có ổ nhiễm trùng cổ sâu ở khoang trước sống. Tuy nhiên, chủng vi khuẩn phân lập được từ ổ áp - xe thùy trái tuyến giáp là trực khuẩn Gram âm *Klebsiella pneumoniae* có khả năng sản sinh ra men *ESBL*. Điều này có nghĩa vi khuẩn kháng lại rất nhiều các kháng sinh.

II. BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP

Bệnh nhân nữ 56 tuổi, vào viện cấp cứu với biểu hiện nuốt đau, nuốt khó, kèm đau vùng cổ bên trái trong khoảng 7 ngày. Khối sưng đau vùng cổ diễn tiến tăng dần, làm hạn chế vận động quay cổ. Bệnh nhân có tiền sử đái tháo đường cách đây 4 tháng, điều trị bằng thuốc uống và tiêm insulin tĩnh mạch thường xuyên tại nhà. Bệnh nhân không có tiền sử hóc xương, không có tiền sử bệnh lý tuyến giáp trước đó. Thăm khám lâm sàng ghi nhận: tổng trạng chung bình thường, tỉnh táo, không sốt, lo lắng nhẹ. Huyết động ổn định. Sờ thấy khối sưng nề vùng 2/3 trên cổ trái, sẫm màu, ấm nóng, ấn chắc cứng, không di động. Nội soi hạ họng ống cứng không thấy bất thường. Các xét nghiệm về hormon tuyến giáp trong giới hạn bình thường. CRP 197,17 mg/l; Glucose máu: 14,88 mmol/l. Siêu âm vùng cổ cho kết quả vùng sau trên thùy giáp trái, trước thực quản có ổ tụ dịch nhiều hồi âm, giới hạn ít rõ, kích thước 23 x 30 x 51mm. Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính cho thấy ổ áp - xe mô mềm lan rộng thành sau họng, kích thước 27 x 13mm, thâm nhiễm xung quanh (**Hình 1, 2**). Chẩn đoán: Nhiễm trùng cổ sâu ở bệnh nhân áp - xe tuyến giáp bên trái.



Hình 1: CT Scan có thuốc cản quang, lát cắt axial, cho thấy ổ áp - xe mô mềm lan rộng thành sau họng đến thực quản, kích thước 27 x 13mm, thâm nhiễm xung quanh



Hình 2: CT Scan có thuốc cản quang, lát cắt coronal và sagital, cho thấy thùy giáp bên trái có ổ dịch, giới hạn ít rõ, kích thước 23x30x51mm

Bệnh nhân được tiến hành mổ cấp cứu, đường rạch dọc theo cơ ức đòn chũm bên trái, bộc lộ được ổ tụ mũ ở thùy trên tuyến giáp bên trái. Đồng thời, bóc tách bóc cảnh, bộc lộ thực quản và dẫn lưu ổ mũ ở khoang trước sống và thành sau thực quản (Hình 3). Tiến hành dẫn lưu hai ổ áp - xe tránh gây biến chứng chèn ép đường thở và tránh gây nhiễm trùng lan tỏa vào trung thất, nguy hiểm đến tính mạng. Súc rửa sạch hố mổ bằng oxy già, betadine sát khuẩn và nước muối sinh lý. Chẩn đoán vi khuẩn gây bệnh dựa vào kết quả lấy dịch mũ nuôi cấy, cho thấy nhiễm khuẩn *Klebsiella pneumoniae* sản xuất men ESBL (Extended Spectrum beta lactamase - men beta lactamase phổ rộng) (Hình 4). Vi khuẩn nhạy cảm với Ciprofloxacin, Gentamycin, Meropenem. Hiện tại, tình trạng nhiễm trùng và áp - xe của bệnh nhân được điều trị ổn định sau khi mở cạnh cổ dẫn lưu, chăm sóc hố mổ hằng ngày và điều trị phối hợp kháng sinh tích cực theo kháng sinh đồ bao gồm: Pimenem 2g/ ngày + Citopin 0,4g/ngày + Metronidazole 1g/ngày đường tĩnh mạch. Sau 2 tuần điều trị nội trú, tình trạng bệnh nhân cải thiện rõ. Kết quả xét nghiệm: Bạch cầu 7,21G/l (Neu: 62%), CRP: 4,55 mg/l. Siêu âm kiểm tra ghi nhận phù nề nhẹ kèm dịch kẽ len lõi mô mềm vùng cổ phải, không thấy tụ dịch khu trú. Bệnh nhân được xuất viện, đề nghị khám chuyên khoa Nội tiết để điều trị ổn định tình trạng đường huyết.

III. BÀN LUẬN

Viêm tuyến giáp cấp mũ áp - xe hóa là bệnh lý hiếm gặp, chiếm tỷ lệ chỉ từ 0.1 đến 0.7% trong các bệnh lý của tuyến giáp có chỉ định phẫu thuật [2]. Điều này có thể giải thích là do các đặc điểm về sinh lý và giải phẫu đặc trưng của tuyến giáp, như là: dẫn lưu bạch huyết tốt, là môi trường giàu khoáng chất i - ốt, sản xuất oxy già H_2O_2 ngay trong tuyến, tuyến được bao bọc bởi lớp vỏ rõ ràng, và là nơi giàu mạch máu [3]. Bệnh nguyên thường gặp là vi khuẩn Gram dương như *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*. Vi khuẩn Gram âm và vi khuẩn kỵ khí ít gặp trong bệnh lý áp - xe tuyến giáp [4]. Áp - xe tuyến giáp gặp nhiều ở nữ giới hơn so với nam giới, trong độ tuổi từ 16 ngày tuổi đến 79 tuổi, thùy trái tuyến giáp thường bị ảnh hưởng hơn so với thùy phải [3]. Điều này phù hợp với trường hợp bệnh nhân của chúng tôi là nữ giới, 56 tuổi, thùy trái của tuyến giáp là thùy ghi nhận có ổ mũ áp - xe. Điều trị đối với áp - xe tuyến giáp là phẫu thuật, bao gồm rạch và dẫn lưu, đồng thời lấy mũ nuôi cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ. Những biến chứng có thể xảy ra nếu không kịp thời xử trí có thể dẫn đến phá hủy toàn bộ tuyến giáp hoặc tuyến cận giáp gây nhiễm trùng cổ sâu, thuyên tắc tĩnh mạch cảnh, nhiễm độc, hoặc thậm chí có thể tạo đường rò vào khí quản và thực quản [3]. Trong trường hợp này, bệnh nhân đã được nội soi hạ họng tim bằng chứng của dò xoang lê là nguyên nhân

Bệnh viện Trung ương Huế

thường gặp ở những bệnh nhân có biểu hiện áp - xe tuyến giáp và vùng cổ bên trái (tỷ lệ hơn 80% gặp ở tuổi nhỏ), tuy nhiên ở bệnh nhân này, nội soi hạ họng ống cứng không phát hiện bất thường. Vì vậy, chúng tôi không loại trừ khả năng ổ mũ được dẫn lưu từ khoang trước sống và thành sau thực quản là biến chứng của viêm tuyến giáp cấp mũ áp - xe hóa gây nhiễm trùng cổ sâu và tạo đường dò vào thực quản.

Nhiễm trùng cổ sâu là bệnh lý nhiễm trùng các khoang sâu của vùng đầu mặt cổ, có khả năng lan tỏa theo các khoảng cân cơ. Mặc dầu kháng sinh đã góp phần làm hạn chế tỷ lệ mắc bệnh, tuy nhiên việc điều trị vẫn còn là một thách thức thực sự. Sự lan tỏa nhanh chóng từ khoang này sang khoang khác gây nguy hiểm cho người bệnh. Đường vào của những ổ nhiễm trùng khoang sâu này thường từ răng miệng hoặc họng miệng. Những tổ chức mô hay khoang bị viêm có thể tạo thành những ổ áp - xe hoại tử hay sinh hơi. Vi khuẩn gây bệnh thường phối hợp nhiều chủng loại và có sự đề kháng kháng sinh. Sự hiểu biết về vi khuẩn học của nhiễm trùng cổ sâu đã phát triển từ những năm 1970. Nhiễm trùng khoang cổ sâu thường do phối hợp vi khuẩn hiếu khí và kỵ khí, thường là đại diện của hệ vi khuẩn hầu họng. Các báo cáo ban đầu chỉ ra rằng vi khuẩn liên quan phổ biến nhất là các loài *Staphylococcus* và *Streptococcus*. Theo Nguyễn Thị Mộng Bình nghiên cứu trên 182 trường hợp nhiễm trùng cổ mặt tại bệnh viện Chợ Rẫy cho thấy *Streptococcus* chiếm tỉ lệ cao nhất là 27,5%. Tuy nhiên có đến 25,3% các trường hợp cấy không mọc

được vi khuẩn. Theo Phạm Thị Bích Trang nghiên cứu trên 34 bệnh nhân đái tháo đường bị nhiễm trùng cổ sâu thì vị trí tổn thương thường gặp nhất là khoang bên họng (38.2%). Những vị trí khác cũng thường gặp như khoang sau họng (14.7%), khoang dưới hàm (11.8%). Có 23.5% bệnh nhân tổn thương lan rộng ra nhiều khoang [5]. Những yếu tố thuận lợi gây bệnh bao gồm những bệnh nhân có bệnh lý nền như suy giảm miễn dịch, đái tháo đường, đang điều trị kháng viêm corticoid kéo dài,... [2]. Mục đích của việc điều trị là kiểm soát được tình trạng bệnh nhân để tránh gây những biến chứng và sự lan rộng ổ viêm về phía trung thất. Điều này có nghĩa là cần sự phối hợp điều trị của nhiều chuyên khoa bao gồm điều trị ngoại khoa và hồi sức tích cực. Mục đích của điều trị ngoại khoa nhằm lấy bỏ những tổ chức hoại tử và dẫn lưu những ổ tụ mũ được phát hiện thông qua các xét nghiệm hình ảnh CT Scan có thuốc cản quang, nuôi cấy xác định vi khuẩn nguyên nhân gây bệnh.

Bệnh nhân của chúng tôi có tiền sử đái tháo đường phát hiện 4 tháng trước đó, mặc dù có điều trị bằng thuốc và tiêm insulin thường xuyên tại nhà. Tuy nhiên, đái tháo đường là bệnh lý nền, làm dễ cho tình trạng nhiễm trùng. Dựa vào kết quả hình ảnh CT Scan vùng cổ có thuốc cản quang, định vị trí của ổ nhiễm trùng ở khoang trước sống thâm nhiễm các tổ chức xung quanh, bao gồm thành sau thực quản. Bệnh nhân đã kịp thời được phẫu thuật dẫn lưu ổ mũ ở khoang trước sống và thành sau thực quản.



Hình 3. Mở cạnh cổ dẫn lưu ổ áp - xe mũ từ thành sau thực quản (nhiễm trùng cổ sâu)

Nhiễm trùng cổ sâu ở bệnh nhân áp-xe tuyến giáp nhiễm khuẩn...

HƯƠNG		Giới tính:	Nữ	Năm sinh:	1965	Địa chỉ:	Huế Thừa Thiên - Huế		
Xét nghiệm	Xét nghiệm khác	Chẩn đoán hình ảnh	Xem hình	Phiếu khám	Khám sản khoa	Khám phụ khoa	Cấp cứu		
Mã số	Tên xét nghiệm	Ngày KQ	Kết quả	Gh					
001	Vi khuẩn nuôi cấy và định danh phương pháp thông thường								
KET006	Cấy:	06/01/2021 10:34	MÙ						
GRA001	Gram:	06/01/2021 10:34	TBBM (+). BC (++)						
.0003	.	06/01/2021 10:34	Cầu khuẩn Gram dương (+)						
.0005	.	06/01/2021 10:34	Trực khuẩn Gram âm nhỏ (+)						
CAY010	Cấy	06/01/2021 10:34	<i>Klebsiella pneumoniae</i>						
.00001	.	06/01/2021 10:34	(ESBL: ĐƯƠNG TÍNH (+))						

Hình 4. Kết quả nuôi cấy vi khuẩn từ ổ áp - xe tuyến giáp cho kết quả là vi khuẩn Gram âm *Klebsiella pneumoniae* tiết men ESBL

Ở bệnh nhân này, chủng vi khuẩn phân lập được từ ổ áp - xe thùy trái tuyến giáp là *Klebsiella pneumoniae* tiết men ESBL. *Klebsiella pneumoniae* là trực khuẩn Gram âm. Theo Sun JH và cộng sự, vi khuẩn Gram âm và vi khuẩn kỵ khí là ít gặp trong các trường hợp áp-xe tuyến giáp [1]. Kèm theo đó, vi khuẩn có khả năng sản sinh ra men ESBL. Điều này có nghĩa vi khuẩn kháng lại rất nhiều các kháng sinh. Đây là gánh nặng thực sự trong điều trị nhiễm trùng trực khuẩn Gram âm, gia tăng chi phí điều trị do phải bắt buộc thay thế các kháng sinh cũ bằng các kháng sinh mới đắt tiền. *Klebsiella pneumoniae* sản sinh men ESBL được phát hiện lần đầu tiên vào năm 1983 tại Đức. Đây là một tác nhân cơ hội liên quan đến các nhiễm trùng nặng, ở bệnh nhân điều trị nội trú, thường gặp ở các bệnh nhân có suy giảm miễn dịch hoặc các bệnh lý nền mức độ nặng [6]. Carbapenem là giải pháp kháng sinh dành cho tác nhân vi khuẩn có tiết men ESBL. Tuy nhiên, với tình trạng lạm dụng kháng sinh như hiện nay, có thể dẫn đến thực trạng rằng chuẩn bị đối phó thách thức mới là những siêu khuẩn (superburg).

IV. KẾT LUẬN

Chúng tôi mô tả một trường hợp bệnh áp - xe tuyến giáp do tác nhân vi khuẩn hiếm gặp là *Klebsiella pneumoniae* tiết men ESBL, là một trực

khẩn Gram âm, đề kháng với nhiều loại kháng sinh và ít gặp ở nhiễm trùng tuyến giáp. Điều trị bao gồm phẫu thuật dẫn lưu và điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ khi nuôi cấy vi khuẩn. Việc điều trị cần nhanh chóng và kịp thời, tránh gây những biến chứng nặng hơn, đe dọa đến tính mạng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sun JH, Chang HY, Chen KW, Lin KD, Lin JD, Hsueh C. Anaerobic thyroid abscess from a thyroid cyst after fine needle aspiration. *Head Neck*. 2002;24(1):84-6.
2. Kania R, Herman P, Sauvaget E et al. Cellulites cervico-faciales. Les infections pharyngées. Les monographies Amplifon. Ed 2014; 53-81.
3. Herndon MD, Christie DB, Ayoub MM, Duggan AD. Thyroid abscess: case report and review of the literature. *Am Surg*. 2007;73(7):725-8.
4. Schweitzer VG, Olson NR. Thyroid abscess. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1981;89:226-229.
5. Phạm Thị Bích Trang. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, và đánh giá kết quả điều trị nhiễm trùng cổ sâu ở bệnh nhân đái tháo đường, Đại học Y Hà Nội, Luận văn Thạc sĩ Y học. 2020
6. Podschun R, Ullmann U. *Klebsiella* spp. as nosocomial pathogens: epidemiology, taxonomy, typing methods, and pathogenicity factors. *Clin Microbiol Rev*. 1998;11:589-603.