

HỘI CHỨNG ỔNG CỔ TAY DO LẮNG ĐỘNG HẠT TOPHI TRONG BỆNH GOUT, NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP

Trần Trung Dũng*

TÓM TẮT

Hội chứng ống cổ tay (CTS) là tình trạng thần kinh giữa bị chèn ép ở vùng ống cổ tay. Hội chứng này do nhiều nguyên nhân, chèn ép thần kinh giữa ở vùng ống cổ tay do lắng đọng hạt tophi trong bao gân gấp hiếm gặp. Chúng tôi xin giới thiệu một trường hợp tổn thương CTS do lắng đọng hạt tophi được chẩn đoán, phẫu thuật và điểm lại ý văn về tổn thương này.

SUMARY

Carpal tunnel syndrome caused by tophaceous Gout deposit: a case report

Carpal tunnel syndrome (CTS) is a situation that median nerve is compressed in carpal tunnel. There are many risk factors that can lead to this situation but median nerve is compressed by the flexor tendons which also run through the carpal tunnel caused by tophaceous gout deposit is rare. We were pleased to report and review the literature a case who was diagnosed and surgically treated CTS caused by tophaceous gout.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

CTS là tình trạng thần kinh giữa bị chèn ép ở vùng ống cổ tay, có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau gây nên, trong đó bệnh Gout cũng được coi là một nguyên nhân. Chèn ép thần kinh giữa trong bệnh Gout là do tình trạng lắng đọng tinh thể acid uric trong bao hoạt dịch gân gấp. Nguyên nhân này rất hiếm gặp, tác giả Straub L.R và cộng sự [6] công bố tỷ lệ gặp của tổn thương này là 0,6% các trường hợp trên 2.460 bệnh nhân (BN) CTS được phẫu thuật. Chúng tôi xin giới thiệu 1 trường hợp tổn thương CTS do lắng đọng acid uric trong bao hoạt dịch gân gấp cổ tay tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và điểm lại ý văn về tổn thương này.

II. BỆNH ÁN

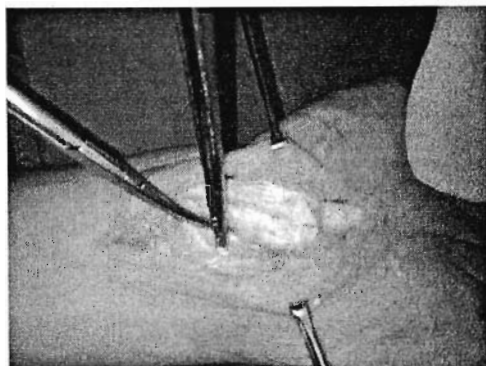
BN Lại Văn Th, 56 tuổi, được chẩn đoán và điều trị Gout 6 năm tại bệnh viện tỉnh, đã phẫu thuật 1 lần do tổn thương hạt tophi bàn chân nhiễm trùng. Có biểu hiện lâm sàng tình trạng lắng đọng acid uric tại nhiều vị trí: 2 bàn chân, cổ tay trái. BN xuất hiện tê bì 3 ngón tay phải (tính từ ngón cái) khoảng 1 năm trước, đã khám và điều trị nhiều nơi nhưng không theo hướng CTS. BN vẫn được dùng thuốc điều trị bệnh Gout đầy đủ và thường xuyên.

- Khám: BN bị teo cơ mô cái rõ, tê bì 3 ngón tay 1, 2, 3. Tinel(+), Phalen(+). Có biểu hiện hạn chế vận động cổ tay phải.

- Điện chẩn thần kinh: nghiền dẫn truyền cảm giác và vận động thần kinh giữa vùng ống cổ tay phải.

- Chẩn đoán: hội chứng ống cổ tay phải mức độ nặng, chỉ định phẫu thuật giải phóng thần kinh giữa.

- Phẫu thuật: gây tê đám rối thần kinh cánh tay, garo 1/3 dưới cánh tay 30 phút. Rạch da dọc mặt trước cổ tay phải, giải phóng dây chằng vòng, kiểm tra thấy thần kinh giữa bị ép dẹt về phía bờ quay. Toàn bộ màng hoạt dịch vị trí ống cổ tay lan xuống bàn tay chứa đầy các cấu trúc trắng đục, mềm, bao quanh các gân gấp các ngón (hình 1). Tiến hành cắt lọc rộng rãi tổ chức này, nhưng do phải bảo tồn các gân gấp nên không cắt lọc được triệt để, chỉ có thể cố gắng lấy tối đa. Cầm máu bằng dao điện lưỡng cực, bơm rửa kỹ, đóng vết mổ 2 lớp: dưới da Vicryl 2.0, da Dafilon 4.0. Nẹp bất động cẳng bàn tay.

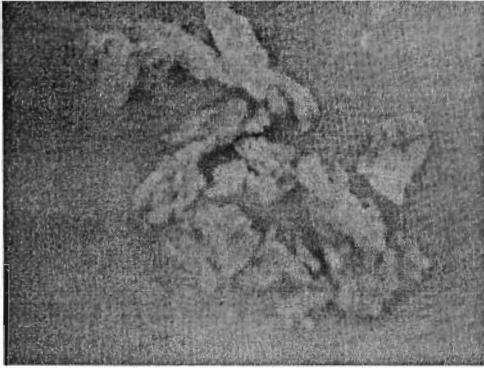


Hình 1: Hình ảnh tổ chức hạt tophi lắng đọng trong bao gân gấp chèn ép thần kinh giữa

- Hậu phẫu: ngày thứ nhất sau mổ, BN hết tê hoàn toàn, vận động cảm giác các ngón tay tốt.

*ThS., Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

- Giải phẫu bệnh: tổn thương tinh thể Gout (hình 2)



Hình 2: Tổ chức tinh thể Gout về đại thể

Hình 2 cho thấy, các tinh thể monosodium urat nằm trong các bao gân gấp các ngón và một phần lẫn vào tổ chức gân. Việc lấy bỏ các tinh thể này đảm bảo hết chèn ép, nhưng không được làm tổn thương gân gấp.

III. BÀN LUẬN

Gout là tình trạng rối loạn chuyển hóa acid uric, dẫn đến hậu quả lắng đọng tinh thể monosodium urat trong mô mềm và màng hoạt dịch [5]. Các tổn thương lắng đọng chủ yếu là tại các khớp, tình trạng này có thể dẫn đến tổn thương viêm khớp tái phát nhiều lần và thoái hóa khớp. Khớp tổn thương hay gặp nhất là khớp bàn ngón 1 của bàn chân (chiếm khoảng 90% số trường hợp) và là triệu chứng gợi ý về mặt lâm sàng. Lắng đọng các tinh thể monosodium urat tại mô mềm ít gặp hơn, chủ yếu là tại các bao hoạt dịch gân như bao hoạt dịch gân tam đầu cánh tay vùng khớp khuỷu,...[2]. Chèn ép thần kinh giữa tại vùng ống cổ tay do lắng đọng tinh thể Gout ít gặp, chiếm 0,6% ở các BN bị CTS phải phẫu thuật [1]. Đối với BN Gout, tỷ lệ có lắng đọng tinh thể monosodium urat tại các khớp và mô mềm chỉ khoảng 10-15% đối với BN <60 tuổi và 30-50% đối với BN >60 tuổi [6]. Bệnh cảnh Gout là 1 yếu tố thuận lợi dẫn đến CTS, tuy nhiên, không phải tất cả các BN Gout bị CTS đều do nguyên nhân lắng đọng tinh thể monosodium urat [1].

Chẩn đoán CTS thường dựa chủ yếu vào lâm sàng và điện chẩn thần kinh, trong đó điện chẩn thần kinh đóng vai trò tiêu chuẩn vàng [5]. Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh ít có giá trị chẩn đoán xác định, tuy nhiên, có giá trị chẩn đoán

nguyên nhân chèn ép và tiên lượng khả năng phẫu thuật mở hay nội soi [3,4].

Đối với CTS, phẫu thuật chủ yếu là giải phóng dây chằng vòng cổ tay [1], song đối với trường hợp lắng đọng tinh thể monosodium urat, thì bên cạnh việc giải phóng dây chằng vòng phải kết hợp với việc lấy bỏ các tổ chức lắng đọng mới đảm bảo giải phóng được hết sự chèn ép. Tổn thương chèn ép do lắng đọng tinh thể monosodium urat trong bệnh Gout nằm trong bệnh cảnh chèn ép thần kinh giữa do chiếm chỗ của các tổ chức khác trong ống cổ tay (space occupying lesions). Các tổ chức chiếm chỗ này có thể là tổ chức xơ hay xương sau chấn thương cổ tay, viêm dày bao hoạt dịch gân gấp, u nang bao hoạt dịch khớp cổ tay,...[3]. Đối với chèn ép thần kinh giữa trong ống cổ tay thì việc chỉ giải phóng dây chằng vòng là chưa đủ, mà đòi hỏi phải lấy bỏ tổ chức chèn ép mới đảm bảo giải phóng triệt để tình trạng chèn ép [4,6].

Trong trường hợp CTS chỉ có chỉ định giải phóng dây chằng vòng đơn thuần thì có thể thực hiện được qua nội soi, tuy nhiên, nếu có chỉ định mổ giải phóng dây chằng kết hợp với lấy tổ chức chèn ép thì phải thực hiện qua mổ mở.

IV. KẾT LUẬN

Chèn ép thần kinh giữa ở vùng ống cổ tay do lắng đọng tinh thể monosodium urat do bệnh Gout hiếm gặp. Chỉ định phẫu thuật không chỉ đơn thuần là giải phóng dây chằng vòng cổ tay, mà phải kết hợp lấy tổ chức tinh thể Gout. Khi đứng trước một BN bị CTS trên nền bệnh lý Gout, các phẫu thuật viên cần lưu ý tình trạng lắng đọng tinh thể monosodium urat trong ống cổ tay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aroori S., Spence R.A.J.: Carpal tunnel syndrome. *Ulster Med J* 2008, 77 (1), pp.6-17.
2. Chang C.H., Lu C.H., Yu C.W., Wu M.Z., Hsu C.Y., Shih T.T.F.: Tophaceous Gout of the Rotator Cuff: A Case Report. *J Bone Joint Surg Am*, 2008, 90, pp.178-182.
3. Chen C.K.H., Chung C.B., Yeh Y., Pan H.B., Yang C.F., Lai P.H., Liang H.L., Resnick D.: Carpal Tunnel Syndrome Caused by Tophaceous Gout: CT and MR Imaging Features in 20 Patients. *AJR*, 2000, pp.175-180.
4. Kang H.J., Jung S.H., Yoon H.K., Hahn S.B., Kim S.J.: Carpal Tunnel Syndrome Caused by Space Occupying Lesions. *Yonsei Med J* 50(2), 2009, pp.257-261.
5. Li E.K.: Gout: a review of its aetiology and treatment. *Hong Kong Med J*, 2004, 10, pp.261-270.
6. Straub L.R., Smith J.W., Carpenter G.K., Jr., Dietz G.H.: The Surgery of Gout in the Upper Extremity. *J Bone Joint Surg Am*, 1961, 43, pp.731-774.