

## NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP SARCOMA KAPOSÍ SAU ĐIỀU TRỊ SANDIMMUN

Hoàng Văn Minh<sup>(1)</sup>  
Võ Xuân Quang<sup>(2)</sup>  
Trần Ngọc Sinh<sup>(3)</sup>  
Trần Văn Ngọc<sup>(4)</sup>  
Trần Minh Thông<sup>(5)</sup>  
Nguyễn Phương<sup>(6)</sup>

### TÓM TẮT

*Sarcoma Kaposi (KS) là một bệnh lý phức tạp với nguyên nhân gây bệnh có liên quan đến hệ thống miễn dịch. Bệnh có thể xảy ra trong nhiều trường hợp khác nhau, tuy thường được nhấn mạnh như là một biểu hiện của AIDS. Trong bối cảnh sử dụng Cyclosporin A kéo dài sau ghép thận, một bệnh nhân đã có những thương tổn điển hình như KS trên đại thể tuy chẩn đoán vi thể không khẳng định. Tổn thương nhiều và trầm trọng ở da cơ quan đã làm tình trạng xấu đi nhanh chóng, không đáp ứng với điều trị bảo tồn. Qua bài viết này, chúng tôi trình bày trường hợp rất hiếm và cố gắng phân tích lại các vấn đề trong chẩn đoán và điều trị.*

### SUMMARY

#### KAPOSÍ'S SARCOMA

Kaposi's Sarcoma is a complicated disease related to immunologic system. It may be noticed in many different clinical settings and specially considered as a manifestation of AIDS. In a case using Cyclosporin A after renal transplantation, the patient developed many characteristic lesions like KS macroscopically. However, the microscopic evidence wasn't clear. Being resistant to medical treatment, multiple and severe lesions worsened patient's condition quickly. Reporting this case, we'd like to present a very rare disease and review problems in diagnosis and treatment.

### HÀNH CHÁNH:

Họ tên: Chiêm Khắc Vũ : nam Tuổi: 46

Địa chỉ: P 2- Q6 -TP HCM

NNV: 06-01-1997 NXV: 26-2-1997

LDNV: Tim, đau ngón tay (P) 3,4

BỆNH SỬ: 2 ngày

N1: Đau & tím ngón tay 3,4 P từng cơn

N2: Số cơn và mức độ đau tăng nhiều

### TIỀN SỬ:

1. Ghép thận 6/95 tại Trung quốc do suy thận mãn giai đoạn cuối, thận ghép ở HC(T).

Uống liên tục cho tới nay:

Cyclosporin A 100mg\*2 /ngày

Prednisone 5mg\*2 /ngày

2. 11/96: -Rạch dẫn lưu abscess vết mổ ghép thận (T), hiện còn ra mủ.

-Phát hiện sỏi niệu quản thận ghép.

3. Có nhiều u đỏ ở cánh tay 2 tháng nay

### KHÁM:

Tổng quát:

Tinh, tổng trạng khá, niêm hồng, kết mạc mắt không vàng, không phù chi, Hạch ngoại biên và tuyến giáp không sờ chạm. Da có nhiều nốt đỏ rải rác

Soi đáy mắt: võng mạc hồng, gai thị bờ rõ

Chi: Đau ngón tay 3 và nhất là 4 bên P tím, tăng trong cơn đau.

Tim: Đều rõ, không âm thổi.

<sup>(1)</sup> Bs - Bộ Môn Da liễu TPHCM

<sup>(2)</sup> Bs - Khoa 8B3-BVCR

<sup>(3)</sup> Bs - Khoa 5B1 BVCR

<sup>(4)</sup> Bs - Đại học Y dược TPHCM

<sup>(5)</sup> Bs - Khoa Giải phẫu bệnh BVCR

<sup>(6)</sup> Bs - Khoa 8B3-BVCR

Phổi: Rì rào phế nang êm dịu 2 phế trường.  
 Bụng: Bụng mềm ấn không điểm đau.  
 Gan, lách không sờ chạm.  
 Abces vết mổ (ghép thận) bụng T còn mũ tương đối nhiều, da xung quanh tấy đỏ.  
 Các cơ quan khác: không phát hiện gì bất thường.

**CẬN LÂM SÀNG**

CTM: HC:  $5tr9/mm^3$ , Hct: 41% ,  
 Hgb: 13,1g% , MCV: 86fL  
 BC:  $14300/mm^3$  (G=91,4%, L=8,6%)  
 Tiểu cầu:  $266000/mm^3$   
 VS : 26/37mm  
 CN thận : Creatinin/m = 1.4mg/dl  
 BUN = 14mg/dL

Ion đồ : Na = 134 K = 4.1  
 Ca = 4.4 Cl = 111 meq/L  
 CO<sub>2</sub> content: 18 mEq/l.  
 CN gan: Gros= 2 ml Maclagan = 0.4 đ.v  
 SGOT = 44 u/L SGPT = 62 u/L  
 Sinh hoá máu: Lipid= 852 mg%  
 Triglyceride=176 mg%  
 Cholesterol=176 mg %  
 HDL = 51- LDL = 89.8 mg %  
 Lipoprotein = 400 mg %  
 Glycemie: 106mg%  
 SHBV, anti HCV, Anti HIV: (-)  
 TPTNT: Cận lẳng (-), Protein (-), Đường (-).  
 Protein niệu 24h : (-)

| CHẨN ĐOÁN :  | THEO DÕI-ĐIỀU TRỊ  |
|--|--|
| Thận ghép hoạt động tốt<br>Đang điều trị ức chế miễn dịch<br>-Tắc động mạch đầu chi<br>-Abces vết mổ thành bụng T<br>-Sỏi niệu quản thận ghép  | Duy trì suốt liệu trình :<br>-Cyclosporin A 100mg: 1v*2<br>Prednison 5mg: 1v*2<br>-Praxilen @ 0,2g : 2v*2<br>Torental @ 0,4g : 1v*2<br>Ngâm tay nước ấm<br>-Nhét meche ổ abces dẫn lưu mũ<br>đắp Betadin 2 lần/ngày<br>Tưới rửa ổ abces, kháng sinh tại chỗ.   |
| Tình trạng tắc mạch đầu chi giảm dần (ấm hơn, đỡ đau, đỡ tím, số cơn giảm).  |  |
| 7/1 Xuất hiện tình trạng đau thượng vị, tiêu phân đen 2-4 lần/ngày không ói máu. Mất máu rỉ rả, ở mức độ trung bình. Tình trạng xuất huyết đại thể giảm dần và ngưng vào 13/1. Tình trạng đau thượng vị kéo dài suốt thời gian điều trị. | 0: -Kháng tiết: ức chế bơm Proton (Omeprazol, Lansoprazol).<br>-Đổi corticoid uống sang chích<br><b>Đáp ứng:</b> Tổn thương đường tiêu hóa trên và tình trạng đau thượng vị không cải thiện  |
| Nội soi dạ dày 10/1: Thực quản tới D3 tá tràng có nhiều tổn thương 1-2cm, nhô cao, một số tổn thương có loét trung tâm, đáy ổ loét có rất ít xuất tiết. Sinh thiết tổn thương ở dạ dày và tá tràng. Chẩn đoán : Nghi Sarcoma Kaposi      | <b>GPB:</b> (1)Tổn thương dạ dày: niêm mạc tuyến dạ dày tăng sinh dạng nhú và tạo tuyến, rải rác có gián phân, xâm nhập tế bào viêm đủ loại (phần lớn là lymphocyte & Histiocyte), có phản ứng xơ hóa. Δ: Viêm loét dạ dày mạn thể tăng sinh.<br>(2)Tổn thương tá tràng: niêm mạc tá tràng có các ống tuyến còn nguyên vẹn, mô đệm giữa các ống tuyến phù nề, xung huyết, xuất huyết. Δ: Viêm niêm mạc tá tràng cấp. |
| Siêu âm bụng 25/1: (1) Teo thận 2 bên, Thận ghép ứ nước độ 2/ Sỏi niệu quản.<br>(2) Abces thành bụng.<br>(3) Dày vách ống tiêu hóa nhiều nơi.  |  |

|  |   |
|--|---|
| <p>Nội soi lần 2 : Hình ảnh tổn thương như cũ</p>  | <p><b>.GPB:</b> Tổn thương dạ dày có hình ảnh tăng sinh tế bào tuyến hình thành các tuyến dân rộng dạng nang kích thước lớn. <b>Δgpb:</b> Viêm tăng sinh tuyến dạ dày</p>   |
| <p>13/1: Đáy phổi P xuất hiện ít rale nổ, RRPN giảm nhẹ.</p>   | <p>* X quang phổi : Hình ảnh lưới nốt 2 phế trường + đám mờ khá đồng nhất đáy P + đám mờ giới hạn rõ vùng đỉnh T<br/>                 * CT scan : U phổi P<br/>                 * Nội soi phế quản (lấy đàm xét nghiệm)<br/>                 (1) Sụn phếu P có 2 u khoảng 1.5cm màu tím; dây thanh di động bình thường. Phế quản trên T có 2 chấm nhỏ màu tím với nhiều mạch máu xung quanh.<br/>                 (2) XN đàm: BK (-), PCR tìm lao (-), Cryptococcus neoformans (-), cấy Candida albicans (3+), Enterobacter (+)<br/>                 Δ+: Nghi u phổi<br/>                 Δ pb : Viêm phổi do vi trùng.</p> |
| <p>17/1: Xuất hiện tình trạng sốt # 38.5<sup>0</sup>C, cách quãng (không qui luật), kéo dài.</p>   | <p>Cấy máu, cấy nước tiểu, cấy mủ, KSTSR nhiều lần -. CTM: Bạch cầu tăng, chuyển trái.</p>  |
|  | <p>(1)Ngoại lồng ngực: hiện chưa có chỉ định phẫu thuật (nghi do Cyclosporin A)<br/>                 (2)Nội: Thêm - Zinnat 0.25g: 1v*2 6ngày(u).<br/>                 → Augmentin ®: 1g*3*4ngày(TM).<br/>                 → Rocephin ®: 1g*2*7ngày(TM)<br/>                 → ngưng KS. (8/2)<br/> <b>Đáp ứng:</b> -Hết sốt từ 1/2 (ngày chích Rocephin ® đầu tiên). 4/2 có sốt 39<sup>0</sup>C một lần.<br/>                 -Tổn thương ở phổi nặng hơn: Xuất hiện thêm nhiều đám mờ</p>  |
| <p>27/1 Abces không cải thiện.</p>   | <p>Rạch rộng - dẫn lưu abces ,cắt lọc mô hoại tử.</p>   |
| <p>8/2 Phù mềm chân T.</p>   | <p>Siêu âm mạch máu: hẹp tĩnh mạch chậu chung T do thrombus-nhưng không điều trị kháng đông, kháng viêm do nguy cơ xuất huyết .</p>   |
| <p>26/2 Khám da liễu : Đồng ý với chẩn đoán Sarcoma Kaposi .</p>   | <p>13/2 Sinh thiết u đỏ ở tay: Hình ảnh tăng sản tế bào sợi thành giả tế bào song song theo mọi hướng, tăng sinh mạch máu. Nghi đến bướu sợi bì (Dermatofibrome)</p>  |
| <p>Trong thời gian nằm viện tiếp theo, bệnh nhân có các vấn đề sau:<br/>                 ♦ Phù nhẹ 2 chân (T) &gt; (P), tăng cân # 2 Kg;</p> | <p>♦ Ion đồ :Hạ Natri máu (110 -125meq/l)<br/>                 ♦ Creatinin máu :1.1 - 1.7 mg/ dL<br/>                 ♦ CTM: BC tăng cao, ưu thế Neutrophile.</p>   |

|  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Đau thương vị nhiều hơn</li> <li>◆ Abces thành bụng lại ra mũ trở lại</li> <li>◆ Tình trạng sốt tái diễn với tính chất như cũ.</li> </ul> <p>Ngày càng suy kiệt, hay mệt, huyết áp tụt không đáp ứng điều trị nội khoa.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Máu /phân (+)</li> <li>◆ Hct giảm mà không có XHTH đại thể</li> <li>◆ Tủy đồ                     <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Phản ứng tăng bạch cầu hạt phản ứng viêm nhiễm trùng</li> <li>(2) Thiếu máu đẳng sắc giảm sinh tủy</li> </ul> </li> </ul> |
| <p>Thân nhân xin về 11/3</p>   | <p>Không tử thiết</p>  |

## BÀN LUẬN

### Nhận Xét Chung

Nhìn lại ca lâm sàng này, chúng ta có thể kết luận đây là 1 ca KS điển hình nhờ các triệu chứng điển hình trên một cơ địa thích hợp

Dịch tể học:

Nam (gặp 3 lần nữ)

Dùng liệu pháp ức chế miễn dịch kéo dài, đặc biệt là Ciclosporin ( làm tăng xuất độ KS gặp nhiều lần và nhanh hơn các loại ức chế miễn dịch khác ( sau 20 so với 60 tháng)

Lâm sàng:

Tổn thương ngoài da điển hình.

Tổn thương ở phổi trên x quang , nội soi tiến triển cũng như tình trạng không đáp ứng với kháng sinh của các tổn thương này.

Sức đề kháng: Tình trạng sốt, dấu hiệu nhiễm trùng toàn thân và khu trú

Tổn thương ống tiêu hóa điển hình

Dù kết quả giải phẫu bệnh không xác nhận chẩn đoán, chúng tôi vẫn nghĩ đến KS.

Về chuyên khoa tiêu hóa:

**1/Trên phương diện chẩn đoán hình ảnh:**

Đây là lần đầu chúng tôi phát hiện những tổn thương hết sức đặc biệt.

**a/ Đối quang kép:** hình ảnh ổ loét với bờ nhô cao & các khối u nhỏ, niêm mạc xung quanh không bị nhiễm cứng. Hình ảnh này không thấy được trên phim ngấm đầy thuốc.

**b/ Nội soi :** Tổn thương tiêu hóa có 2 dạng

-Tổn thương nhỏ có dạng nốt ,đỏ ,mặt lồi

-Tổn thương lớn có dạng u sùi loét như miệng núi lửa

Chúng tôi chưa hề có kinh nghiệm về trường hợp nào tương tự nên đã không thể đưa ra được một chẩn đoán phân biệt nào .

**c/ Siêu âm:** Chúng tôi cho là phần còn lại của ống tiêu hóa cũng có các tổn thương tương tự. Tuy nhiên trong trường hợp này, nội soi đại

tràng không giúp ích thêm cho chẩn đoán mà lại có nhiều bất lợi nên chúng tôi chỉ khảo sát bằng siêu âm. Và chúng tôi đã phát hiện hình ảnh dày vách khu trú (chủ yếu ở lớp dưới niêm ) nhiều nơi từ da dày đến đại tràng . Dấu hiệu dày vách khu trú thường chỉ điểm cho ung thư dạ dày sớm và rất khó thấy .Ngược lại, trong trường hợp, tổn thương qua sát được ở rất nhiều nơi .Từ trường hợp này ,chúng tôi cho rằng có thể nghĩ đến tổn thương KS qua siêu âm nếu có các tiêu chuẩn như sau

- Bối cảnh phù hợp (AIDS hay điều trị CsA)

- Dày vách khu trú nhiều chỗ

- Tổn thương dưới niêm mạc .

Khi khả năng ghép cơ quan phát triển, vấn đề này có thể cần được chú ý hơn nữa như là biện pháp thăm dò thay vì là chỉ định nội soi .

Trong quá trình siêu âm, chúng tôi còn ghi nhận dấu dày vách khu trú xảy ra ở bàng quang . Tuy nhiên, việc thăm dò tích cực hơn bằng nội soi bàng quang có lẽ không đem lại lợi ích thiết thực và đã không được chỉ định .

**2/Về mặt chẩn đoán :**

Chúng tôi cho rằng hình ảnh nội soi tương đối đặc hiệu để chẩn đoán KS .Tuy nhiên ,chúng tôi biết rõ là chẩn đoán vi thể có ý nghĩa quyết định, đặc biệt là trong trường hợp này ,khi nó sẽ làm thay đổi rất nhiều trong chiến lược điều trị .Chính vì vậy, chúng tôi đã lấy 10 mẫu sinh thiết để gửi cho 2 phòng chẩn đoán giải phẫu bệnh (BVCR và ĐHYD) .Dù vậy ,kết quả vẫn không được như mong muốn. việc thăm dò sâu hơn bằng kỹ thuật đào sâu hay dùng kim lớn hơn có thể có giá trị.

Điều chúng tôi có thể khẳng định là các tổn thương này không phải loét do ăn mòn (Peptic ulcer ) mà là loét trên khối u . Tổn thương rải rác khắp ống tiêu hóa. Trong khi soi, chúng

tôi không thấy nơi đang xuất huyết, nhưng dấu hiệu của chảy máu cũ (Hematin) thì có mặt khắp nơi. Như vậy, xuất huyết là rỉ rả và xảy ra ở nhiều nơi. Cần chú ý là, theo y văn, biểu hiện chủ yếu của KS là ở da. Những biểu hiện nội tạng nếu có thường là nhẹ, ít khi có biến chứng. Riêng đối với ống tiêu hóa, biến chứng xuất huyết tiêu hóa nếu có cũng ít khi nào đe dọa sinh mạng. Ngược lại, trên bệnh nhân này, tổn thương ống tiêu hóa là nổi bật nhất và vấn đề xuất huyết tiêu hóa là một vấn đề nghiêm trọng đóng vai trò đáng kể trong sự suy sụp nhanh chóng của bệnh nhân (Hct thấp và máu trong phân + liên tục). Chúng tôi cho rằng việc do dự trong chẩn đoán đã làm trì hoãn những thay đổi cần thiết trong chế độ điều trị.

**Chẩn đoán đúng:** Abces vết mổ ghép thận thành bụng T + tổn thương da, phổi và ống tiêu hóa do KS / Dùng Cyclosporin A và prednison kéo dài sau ghép thận. Biến chứng xuất huyết tiêu hóa kéo dài.

### 3/Điều trị:

- Nội khoa: Các thuốc điều trị loét thông thường (peptic ulcer) không mang lại hiệu quả, phải điều trị bệnh gốc là sarcoma Kaposi. Riêng trong trường hợp này, nguyên nhân được nghĩ là do Sandimmun. Do đó, việc giảm liều hoặc thay thế bằng thuốc khác có thể cải thiện được tình trạng của bệnh nhân.

- Ngoại khoa: Dù để điều trị cấp cứu xuất huyết tiêu hóa, phẫu thuật cũng có vai trò rất hạn chế.

## TỔN THƯƠNG PHỔI

KS là một dạng u tăng sinh thường hay kết hợp với nhiễm HIV. Điều kiện để xuất hiện chưa được biết rõ hoàn toàn, tuy được quan sát thấy tỷ lệ cao ở người đồng tính ái. Đối với các bệnh nhân đã biết có KS, tổn thương phổi có trong 20-40% trường hợp.

Triệu chứng hô hấp của KS thường không đặc hiệu: khó thở, ho khan và sốt là những triệu chứng thường gặp. Ho ra máu cũng có thể gặp (hiếm gặp ở những bệnh phổi khác phổi hợp với AIDS)

Trên X quang thông thường, ta thường thấy tổn thương mô kẽ, tổn thương nốt, tràn dịch màng phổi 1 hay 2 bên cũng thường gặp, có thể có hạch rốn phổi hay trung thất.

Xạ hình phổi với Gallium không có biểu hiện nếu như không có nhiễm trùng cơ hội đi kèm. Về mặt chẩn đoán, động tác rửa phế quản không có ích lợi gì. Có giá trị nhất vẫn là sinh thiết nhu mô phổi xuyên phế quản hay qua mở ngực.

Việc điều trị phải cân nhắc vào tổng trạng của bệnh nhân và biểu hiện tổn thương của các cơ quan. Nói chung, khi sarcoma Kaposi có tổn thương phổi thì có chỉ định phải điều trị tuy có tiên lượng xấu hơn. Hoá trị liệu là biện pháp đầu tiên. Biện pháp thay thế là xạ trị.

## VỀ TIẾT NIỆU

Bệnh nhân có bệnh cảnh cực kỳ phức tạp, cần xem xét kỹ từng khía cạnh của vấn đề:

a/Đây là một trường hợp ghép thận ở Trung Quốc, việc ghép thận đã được thực hiện một cách vội vã mà không xem xét đầy đủ về các cấu trúc kháng nguyên. Chính vì thế mà điều trị duy trì ức chế miễn dịch đã được sử dụng với liều rất cao. Đây chính là nguồn gốc sinh ra biến chứng khiến bệnh nhân phải đến bệnh viện Chợ Rẫy. Chúng tôi không đồng ý với cách thức ghép thận cũng như việc điều trị duy trì như thế.

b/Tình trạng của bệnh nhân được nghi ngờ là KS dựa trên các tổn thương da và tiêu hóa. Tuy nhiên, bệnh cảnh này không thực sự điển hình cho KS vì sự lan toả quá mức của nó. Chúng tôi cho rằng có thể nó chỉ liên quan đến độc tính trực tiếp của Sandimmun.

c/Sandimmun được ghi nhận có gây viêm thận kẽ. Đặc biệt, Sandimmun làm sưng nề lớp nội mạc (Intima) các mạch máu làm giảm máu đến cầu thận cũng như gây các tổn thương do hoại tử ở da. Sandimmun cũng là một chất gây ung thư rất mạnh, đặc biệt là ung thư hạch. Chính vì vậy, việc điều trị bằng Sandimmun dù liều thấp hay cao cũng rất cần đến việc định lượng chính xác nồng độ Sandimmun trong máu. Trong nhiều trường hợp chức năng thận ghép suy giảm kèm với nồng độ Sandimmun quá cao trong máu, việc hạ thấp

nồng độ Sandimmun có thể cải thiện phần nào chức năng thận .

d/Quan điểm điều trị của chúng tôi trong trường hợp này là cần phải giảm liều Sandimmun . Tuy nhiên ,như đã nói về việc chuẩn bị miễn dịch trước ghép thận không thích đáng ,nguy cơ thải ghép sẽ xảy ra nếu giảm liều . Tuy nhiên,bệnh nhân đến quá trễ khi đã có tổn thương đa cơ quan nên đã diễn tiến nặng .

e/Trường hợp thận ghép có sỏi niệu quản cũng là một vấn đề đáng chú ý.Tuy nhiên, khảo sát chức năng thận nhiều lần cho thấy đều bình thường nên chúng tôi quyết định không can thiệp gì .

f/Tóm lại,về phía chuyên khoa ghép thận,chúng tôi cũng đồng ý với chẩn đoán KS. Mặc dù vậy ,rất tiếc là đã không định lượng được nồng độ Sandimmun trong máu

## GIẢI PHẪU BỆNH

Qua mẫu sinh thiết da cho thấy có hiện tượng tăng sinh các nguyên bào sợi non (fibroblast) hình thoi,giao thoa nhau và xếp thành ổ,tạo thành các khe mạch .Hình ảnh này chỉ gợi ý đến tổn thương u sợi bì (Dermatofibroma) chứ không thể khẳng định được KS .Để có thể kết luận được là KS ,chúng tôi cần phải thấy được hình ảnh tăng sinh tế bào nội mô bạch mạch kèm với hiện tượng gián phần tế bào gia tăng . Tuy nhiên ,chúng tôi cũng không loại trừ KS vì các tổn thương sớm có thể cho hình ảnh không rõ ràng như vậy .Để có thể kết luận,cần phải làm lại mẫu sinh thiết ở những tổn thương điển hình hơn .

## TỔN THƯƠNG DA

### Định nghĩa

Sarcoma Kaposi là một tình trạng bệnh lý đặc biệt của da. Bản chất của KS là sự tân sinh mạch máu đa hệ thống ,đặc trưng bởi sang thương màu đỏ tím ở da-niêm và phù có thể kèm theo tổn thương các cơ quan ở nội tạng . Nhiều bệnh nhân KS có tình trạng giảm miễn dịch ở nhiều mức độ khác nhau ,đặc biệt ở người nhiễm HIV . Tên đồng nghĩa : Sarcoma

xuất huyết không rõ nguyên nhân ở nhiều nơi (Multiple idiopathic hemorrhagic sarcoma) .

### Phân loại : Có 4 loại

-KS cổ điển:Gặp ở nam lớn tuổi,gặp ở vùng Đông Âu

-KS nội dịch ở Châu Phi

-KS gây ra do thuốc giảm miễn dịch

-KS liên quan đến nhiễm HIV

Hai loại trên có phân bố theo địa dư ,chỉ có loại thứ ba phù hợp với bệnh nhân này

### Nhắc lại vài nét về KS ở người ghép thận

Người ghép thận phải sử dụng thuốc giảm miễn dịch suốt đời nhằm chống thải mảnh ghép .Trong các thuốc giảm miễn dịch thì Sandimmun là thuốc gây ra KS nhiều nhất và nhanh nhất (trung bình là 20 tháng so với 60 tháng )<sup>(3)</sup> .Theo tài liệu gần đây nhất,thời gian này là 16.5 tháng sau khi ghép <sup>(4)</sup> .

KS không chỉ biểu hiện ở ngoài da mà còn ở rất nhiều các cơ quan khác mà không biểu lộ triệu chứng .Theo Fitzpatrick ,tử thiết bệnh nhân nhiễm HIV có KS ở ngoài da thì 75% có tổn thương nội tạng (ruột,gan,lách,phổi) <sup>(4)</sup> .Tổn thương nội tạng cũng được ghi nhận ở hệ tiết niệu (tiền liệt tuyến , túi tinh,tinh hoàn,bàng quang,dương vật,bìu )phổi(thâm nhiễm phổi),hệ tiêu hóa(xuất huyết tiêu hóa,tác trực tràng,bệnh lý ruột non mất protein) ,cơ quan khác (tim ,não,thận,tuyến thượng thận...)

### Bệnh căn

Bệnh căn của KS cho đến nay vẫn còn bàn cãi .Tuy nhiên, đa số các tác giả chấp nhận vai trò của siêu vi . Năm 1994,Chang và cs tìm thấy những mảnh DNA giống như của virus ở 90% những mẫu KS ở bệnh nhân nhiễm HIV <sup>(4)</sup> .Từ đó ,có nhiều công trình nghiên cứu tiếp theo và đã xác định được đó là Herpes virus của người nhóm 8 (HHV8: Human Herpes Virus-8).DNA của virus này đã được tìm thấy ở tất cả các loại KS .KSHV/HHV8 (KS-associated Herpes Virus ) đã được tìm thấy trên 95% trường hợp KS của 200 mẫu trong rất nhiều nghiên cứu khác nhau ,củng cố thêm vai trò gây bệnh của virus này.

### Tổn thương da

Một cách tổng quát, tổn thương theo y văn thường là dạng dát, sẩn, nốt, mảng tăng sắc tố, có thể có nhiều màu tùy theo diễn tiến của bệnh. Ở giai đoạn sớm, sang thương da thường là dát và mô học không rõ ràng nên rất khó chẩn đoán ( chỉ là hình ảnh tăng sinh tế bào và tăng sinh mạch máu ). Ở giai đoạn trễ, sang thương thường là dạng sẩn và nốt hay mảng tăng sắc tố và có cấu trúc mô học điển hình của KS.

Ở bệnh nhân này, sang thương da xuất hiện sớm nhất ở vành tai P vào tháng 5/1996 (11 tháng sau khi ghép thận) đến tháng 11/96, sang thương từ từ xuất hiện và lan rộng ra nhiều nơi. Tổn thương hiện tại (2/97):

- Sang thương có tính cách đối xứng

- Vị trí ở hai cẳng tay, chân, gan chân

+ Ở 2 cẳng tay: sang thương căn bản là dát, sẩn tăng sắc tố, màu tím, xanh và có nơi xuất huyết. Đặc biệt, ở cẳng

tay P, có 1 nốt dưới da d#2\*3cm xanh đen

+ Lòng bàn chân: mảng tăng sắc tố màu xanh đen, d # 4\*5cm, rất giống u sắc tố ác tính (Melanome malin)

+ Chân T phù mềm

+ Có vẩy cá ở hai chân

Về mặt da liễu, chúng tôi cho rằng các tổn thương này rất đặc hiệu và điển hình cho KS. Vấn đề là vị trí sinh thiết có lẽ ở vùng dát (theo dấu vết còn lại trên cẳng tay), có nghĩa là ở một sang thương mới xuất hiện. Chính vì thế, kết quả mô học phù hợp nhưng không kết luận được KS.

### Điều trị

Một số KS có thể ngưng tiến triển và biến mất trên người có ghép thận sau khi ngưng Sandimmun mà không cần điều trị gì thêm. Đó là cơ sở mà các tác giả đã đề nghị ngưng

Sandimmun trên bệnh nhân ghép thận có KS đang điều trị bằng Sandimmun

### KẾT LUẬN

Đây là một trường hợp lâm sàng KS ở người ghép thận sử dụng Sandimmun đầu tiên tại Việt Nam. Tuy còn băn khoăn về chẩn đoán nhưng chúng tôi hy vọng bổ sung nhiều kinh nghiệm quý báu cho ngành ghép cơ quan còn non trẻ của nước ta.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. AIDS IN AFRICA : A MANUAL FOR PHYSICIANS-WORLD HEALTH ORGANIZATION-GENEVA 1992
2. Anthony .S.Falci ,Clifford Lane -PRINCIPLES OF INTERNAL MEDICINE -13<sup>th</sup>edition .Mc Grahill ,1994: 1566-1618
3. Fitzpatrick - KAPOSI'S SARCOMA IN COLOR ATLAS AND SYNOPSIS OF CLINICAL DERMATOLOGY ,Third edition,1977 : 926-933
4. Kemeny L and al -KAPOSI'S SARCOMA - ASSOCIATED HERPESVIRUS -8: A NEW VIRUS IN HUMAN PATHOLOGY -Journal of the american Academy of Dermatology ,July 1997,Volume 87,1 . p: 107-113
5. Michael V Sivak-GASTROENTEROLOGIC ENDOSCOPY ,WB Saunders co, 1987: 483-485
6. Rappersberger K : Kaposi 's sarcoma - DERMATOLOGY IN GENERAL MEDICINE ,Fitz Patrick TB,4<sup>th</sup> edition,1993 : 1244-1259
7. Ray.E.Clouse -TEXTBOOK OF GASTROENTEROLOGY ,2<sup>ND</sup> edition,J .B.LIPPINCOTT 1996 : 2845-2860
8. U.Bonstein,O.Bouchaud,C. Marche ATLAS ENDOSCOPIQUE DES LESIONS DIGESTIVES DU SI DA -Institut IPSEN 1992 : 13
9. Vance D Rodger - GASTROENTEROLOGY ,WB SAUNDERS Co ,5<sup>TH</sup> edition 1995 : 1161-1162