

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ LOÀI NẤM GÂY BỆNH Ở TRẺ EM BỊ NẤM DA ĐẦU KERION

Trần Thị Huyền^{1,2,✉}, Nguyễn Văn Hoàng¹

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Da liễu Trung ương

Nấm da đầu kerion hay gặp ở trẻ em, chiếm tỷ lệ khá cao trong các hình thái nấm da đầu. Biểu hiện lâm sàng là các khối áp xe, mưng mủ, kèm theo các triệu chứng toàn thân. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả một số đặc điểm lâm sàng và loài nấm gây bệnh nấm da đầu kerion ở trẻ em. Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 25 bệnh nhân nấm da đầu kerion điều trị nội trú tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 01/2017 tới tháng 12/2017. Kết quả cho thấy số bệnh nhân nam chiếm 64%, số bệnh nhân nữ chiếm 36%; nhóm 4 - 7 tuổi chiếm 52%; 8 - 11 tuổi chiếm 24%; 0 - 3 tuổi chiếm 20%. Có 20% trẻ có tiền sử tiếp xúc với chó; 12% tiếp xúc với mèo; 32% tiếp xúc với cả chó và mèo. Tỷ lệ trẻ có một thương tổn là 64%. Số thương tổn phân bố ở vùng đỉnh chiếm 52%. Hầu hết các thương tổn sưng nề, có mủ và rụng tóc. Có 72% trẻ có hạch khu vực sưng to. Kết quả nuôi cấy nấm cho thấy *Trichophyton rubrum* chiếm 31,6%; *Trichophyton mentagrophytes* chiếm 26,3%; *Microsporum gypseum* chiếm 15,8%. Như vậy, căn nguyên gây nấm da đầu kerion khá đa dạng, khác với quan điểm cho rằng *Microsporum canis* là tác nhân hàng đầu.

Từ khóa: nấm da đầu, nấm da đầu kerion, *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes*, *Microsporum gypseum*.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nấm da đầu kerion hay nấm dạng tổ ong (kerion celsi) là một áp xe da đầu do nấm sợi gây nên, đặc trưng bởi phản ứng viêm mạnh, chảy mủ, đau và rụng tóc.^{1,2} Bệnh khá phổ biến ở Châu Âu và Mỹ trong thế kỉ XX, được coi là dấu hiệu của sự nghèo đói. Cuối thế kỉ XX, với sự phát triển của y tế công cộng, chất lượng vệ sinh cá nhân và cộng đồng được nâng cao cùng với những chiến dịch phát hiện và điều trị triệt để, nấm da đầu kerion đã được kiểm soát hiệu quả.³ Hiện nay, tỷ lệ mắc bệnh chính xác không rõ, thay đổi theo từng khu vực và thời gian, nhưng trong số các trường hợp nấm da đầu, kerion có thể chiếm từ 1,8% tới 13,7%.^{4,5} Trong

khi đó, tỷ lệ nấm da đầu (tinea capitis) trong dân số nói chung chiếm khoảng 15%, theo số liệu ở Mỹ.² Tỷ lệ mắc bệnh cao hơn ở các nước đang phát triển. Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng phổ biến hơn ở trẻ em, hiếm khi xảy ra ở người lớn, cao nhất ở trẻ từ 3 - 7 tuổi, trẻ trai nhiều hơn trẻ gái.^{1,2} Các loài nấm gây bệnh tồn tại trên vật nuôi hay các loại gia súc khác, được gọi chung là nấm ưa động vật, là tác nhân gây bệnh chính của nấm da đầu kerion.^{2,5} Theo báo cáo năm 2009 tại Nhật Bản, *Microsporum canis* là tác nhân gây bệnh thường gặp nhất trong giai đoạn 1981 - 1985. Trong khi đó, ở giai đoạn 2000 - 2008, *Trichophyton tonsurans* là tác nhân phổ biến nhất.⁶ Biểu hiện lâm sàng của bệnh ở giai đoạn sớm là áp xe nhỏ ở nang tóc, số lượng ít hoặc nhiều, có thể liên kết lại với nhau thành mảng viêm lớn, mưng mủ, chảy mủ. Tóc trong vùng thương tổn bị rụng. Các triệu chứng toàn thân có thể kèm theo là sốt,

Tác giả liên hệ: Trần Thị Huyền

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: drhuyentran@gmail.com

Ngày nhận: 28/03/2022

Ngày được chấp nhận: 26/04/2022

mệt mỏi, hạch khu vực sưng to, phản ứng dạng eczema.^{2,6-8} Điều trị bệnh nấm da đầu kerion bao gồm sử dụng các thuốc kháng nấm toàn thân, tại chỗ thích hợp, kháng sinh chống bội nhiễm nếu có và dẫn lưu mủ.^{2,9}

Việt Nam là một nước có khí hậu nhiệt đới nóng ẩm, rất thuận lợi cho các chủng nấm gây bệnh phát triển, làm tăng nguy cơ mắc các bệnh nấm nông nói chung và nấm da đầu kerion nói riêng. Hiện nay, chưa có số liệu về các đặc điểm lâm sàng và căn nguyên gây bệnh nấm da đầu kerion ở Việt Nam. Chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mô tả các đặc điểm lâm sàng và loài nấm gây bệnh trên các bệnh nhân trẻ em bị nấm da đầu kerion điều trị nội trú tại Bệnh viện Da liễu Trung ương trong năm 2017.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân nấm da đầu kerion được chẩn đoán xác định và điều trị nội trú tại Bệnh viện Da liễu Trung ương năm 2017.

Tiêu chuẩn chẩn đoán

Chẩn đoán xác định nấm da đầu kerion dựa trên các tiêu chí sau:

Triệu chứng lâm sàng

- Thương tổn cơ bản của nấm da đầu kerion (tiêu chuẩn bắt buộc): các mụn mủ ở một số chân tóc, sau đó lan dần ra xung quanh, tạo mảng lớn nổi cao, thâm nhiễm, bề mặt gồ ghề, nhiều vảy, nếu cạy vảy sẽ thấy thương tổn lỗ chỗ như tổ ong chứa nhiều mủ, tóc bị rụng.

- Và/hoặc các triệu chứng toàn thân khác: hạch khu vực sưng đau, sốt, mệt mỏi, ban đỏ ngứa dạng eczema, nốt sẩn ngứa, hồng ban đa dạng...

Cận lâm sàng

- Soi tươi tìm nấm: có sợi nấm, bào tử nấm trên da đầu, trong lòng sợi tóc hoặc bao quanh tóc và/hoặc nuôi cấy trên môi trường Sabouraud có nấm gây bệnh mọc. Các xét nghiệm được

thực hiện theo quy trình của Khoa Xét nghiệm nấm - vi sinh - ký sinh trùng, Bệnh viện Da liễu Trung ương.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định nấm da đầu kerion theo các tiêu chuẩn như trên; tuổi ≤ 16 ; có sự đồng ý, chấp thuận tham gia nghiên cứu của bố mẹ hoặc người đại diện hợp pháp của trẻ.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân hoặc cha mẹ, hoặc người bảo trợ không đủ khả năng trả lời đầy đủ các câu hỏi phỏng vấn.

2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu

Đây là một nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 01 năm 2017 đến tháng 12 năm 2017.

Địa điểm nghiên cứu

Khoa điều trị Bệnh da phụ nữ và trẻ em, Bệnh viện Da liễu Trung ương.

Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu thuận tiện, lấy toàn bộ các bệnh nhân nấm da đầu kerion được chẩn đoán xác định và điều trị nội trú trong năm 2017 tại Bệnh viện Da liễu Trung ương. Kết quả có 25 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

Các bước tiến hành nghiên cứu

Chúng tôi tiến hành thu thập các thông tin của bệnh nhân theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Các thông tin chung bao gồm họ và tên, tuổi, giới, địa chỉ, ngày vào viện. Khai thác tiền sử mắc nấm da đầu kerion hoặc các nấm da khác, tiền sử tiếp xúc với chó mèo hoặc với người có các triệu chứng tương tự, tiền sử mắc các bệnh lý khác. Khám thương tổn cơ bản: vị trí, số lượng, kích thước thương tổn, sự phân bố (đơn độc, tập trung thành đám); đặc điểm thương tổn (sưng nề, có mủ, rụng tóc). Khám, phát hiện các

triệu chứng toàn thân như sốt, hạch vùng, mệt mỏi, ban đỏ ngứa dạng eczema, hồng ban đa dạng, hồng ban nút. Thực hiện các xét nghiệm soi tươi tìm nấm, nuôi cấy nấm, các xét nghiệm máu thường quy.

Xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Các biến rời rạc được mô tả bằng tần suất, tỷ lệ %. Các biến liên tục được mô tả bằng giá trị trung bình.

3. Đạo đức trong nghiên cứu

Tất cả thông tin liên quan đến bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều được giữ bí mật. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên tất cả bệnh nhân, không can thiệp vào quá trình điều trị. Các số liệu được thu thập trung thực, các kết quả được xử lý và phân tích theo phương pháp khoa học. Đề tài được thông qua theo Quyết định số 2081/QĐ-ĐHYHN ngày 23 tháng 5

năm 2018 của Trường Đại học Y Hà Nội về việc thành lập Hội đồng đánh giá khóa luận tốt nghiệp Bác sỹ Y khoa.

III. KẾT QUẢ

Có 25 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, đặc điểm chung của các bệnh nhân được thể hiện ở bảng 1. Tuổi trung bình của các bệnh nhân là $6,2 \pm 2,8$ tuổi, thấp nhất là 2 tuổi và cao nhất là 15 tuổi. Độ tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 4 - 7 tuổi (52%), tiếp theo là 8 - 11 tuổi (24%), 0 - 3 tuổi (20%), thấp nhất là 12 - 15 tuổi (4%). Tỷ lệ bệnh nhân nam là 64%, tỷ lệ bệnh nhân nữ là 36%. Có 20% bệnh nhân có tiền sử tiếp xúc với chó, 12% bệnh nhân có tiếp xúc với mèo và 32% bệnh nhân có tiếp xúc với cả chó và mèo. Thời gian từ khi mắc bệnh tới khi nhập viện đa số trên 4 tuần (chiếm 56%), tiếp theo là dưới 2 tuần (28%) và từ 2 - 4 tuần (16%).

Bảng 1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu (n = 25)

| Đặc điểm | n | % |
|---------------------------------------|----|----|
| Giới tính | | |
| Nam | 16 | 64 |
| Nữ | 9 | 36 |
| Nhóm tuổi (năm) | | |
| 0 - 3 | 5 | 20 |
| 4 - 7 | 13 | 52 |
| 8 - 11 | 6 | 24 |
| 12 - 15 | 1 | 4 |
| Tiền sử tiếp xúc vật nuôi | | |
| Với chó | 5 | 20 |
| Với mèo | 3 | 12 |
| Với cả chó và mèo | 8 | 32 |
| Không tiếp xúc | 9 | 36 |
| Thời gian mắc bệnh trước khi vào viện | | |
| < 2 tuần | 7 | 28 |
| 2 - 4 tuần | 4 | 16 |
| > 4 tuần | 14 | 56 |

Một số đặc điểm lâm sàng của nấm da đầu kerion được thể hiện ở bảng 2. Đa số các bệnh nhân có một thương tổn (64%), có 24% bệnh nhân có trên ba thương tổn, 8% bệnh nhân có hai thương tổn và 4% bệnh nhân có ba thương tổn. Kích thước trung bình của các tổn thương đơn độc là $6,9 \pm 3,2$ cm. Vị trí da đầu hay gặp nhất là vùng đỉnh (52%), tiếp theo là vùng thái

dương (24%), vùng đỉnh chằm (12%), vùng chằm (8%) và ít gặp nhất là vùng trán (4%). Tất cả các bệnh nhân đều có sừng nê và có mũ ở các thương tổn. Có 72% bệnh nhân có hạch vùng, 12% có triệu chứng mệt mỏi, 16% có ban đỏ dạng eczema trên da mặt, thân mình và 12% có sốt.

Bảng 2. Một số đặc điểm lâm sàng của nấm da đầu kerion (n = 25)

| Đặc điểm | n | % |
|-------------------------------|----|-----|
| Số lượng thương tổn | | |
| 1 | 16 | 64 |
| 2 | 2 | 8 |
| 3 | 1 | 4 |
| > 3 | 6 | 24 |
| Vị trí thương tổn trên da đầu | | |
| Đỉnh | 13 | 52 |
| Thái dương | 6 | 24 |
| Đỉnh chằm | 3 | 12 |
| Chằm | 2 | 8 |
| Trán | 1 | 4 |
| Đặc điểm thương tổn | | |
| Sừng nê | 25 | 100 |
| Mũ | 25 | 100 |
| Rụng tóc | 24 | 96 |
| Các triệu chứng toàn thân | | |
| Hạch khu vực | 18 | 72 |
| Mệt mỏi | 3 | 12 |
| Ban đỏ dạng eczema | 4 | 16 |
| Sốt | 3 | 12 |

Có 19 bệnh nhân được nuôi cấy xác định chủng nấm gây bệnh. Kết quả nuôi cấy được thể hiện ở bảng 3. Loài nấm chiếm tỷ lệ cao nhất là *Trichophyton rubrum* (31,6%), tiếp theo là *Trichophyton mentagrophytes* (26,3%), *Microsporium gypseum* (15,8%), *Microsporium spp* (10,5%) và *Trichophyton spp* (5,3%). Tỷ lệ nuôi cấy nấm âm tính là 10,5%.

Bảng 3. Kết quả nuôi cấy nấm (n = 19)

| Loài nấm | n | % |
|------------------------------------|----|------|
| <i>Trichophyton rubrum</i> | 6 | 31,6 |
| <i>Trichophyton mentagrophytes</i> | 5 | 26,3 |
| <i>Microsporum gypseum</i> | 3 | 15,8 |
| <i>Microsporum spp</i> | 2 | 10,5 |
| <i>Trichophyton spp</i> | 1 | 5,3 |
| Âm tính | 2 | 10,5 |
| Tổng | 19 | 100 |

Ở trẻ có tiền sử tiếp xúc với vật nuôi, chủ yếu phân lập được *Trichophyton mentagrophytes* (38,5%) và *Trichophyton rubrum* (30,8%). Ở trẻ không có tiền sử tiếp xúc với vật nuôi, *Trichophyton rubrum* được phân lập nhiều nhất (33,2%). Tỷ lệ phân lập được *Microsporum gypseum* ở hai nhóm là như nhau (bảng 4).

Bảng 4. Liên quan giữa tiền sử tiếp xúc vật nuôi với các loài nấm

| Loài nấm | Có tiếp xúc | | Không tiếp xúc | |
|------------------------------------|-------------|------|----------------|------|
| | n | % | n | % |
| <i>Microsporum gypsum</i> | 2 | 15,4 | 1 | 16,7 |
| <i>Trichophyton mentagrophytes</i> | 5 | 38,4 | 0 | 0 |
| <i>Trichophyton rubrum</i> | 4 | 30,8 | 2 | 33,2 |
| <i>Microsporum spp</i> | 1 | 7,7 | 1 | 16,7 |
| <i>Trichophyton spp</i> | 0 | 0 | 1 | 16,7 |
| Âm tính | 1 | 7,7 | 1 | 16,7 |
| Tổng | 13 | 100 | 6 | 100 |

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ mắc bệnh ở trẻ trai là 64%, cao hơn so với trẻ gái (36%), tỷ lệ nam:nữ là 1,8:1. Hầu hết nghiên cứu trên thế giới về nấm da đầu kerion cho thấy tỷ lệ mắc bệnh ở trẻ trai cao hơn trẻ gái. Tỷ lệ mắc bệnh cao ở trẻ trai có liên quan đến sự phù hợp giữa đặc điểm của tóc trẻ trai và cách thức gây bệnh của bào tử nấm. Các tác giả cho rằng bào tử nấm dễ tiếp cận với da đầu thông qua mái tóc ngắn hơn.¹ Nghiên cứu của Aste trên

31 bệnh nhân nấm da đầu kerion tại Bệnh viện trường Đại học Cagliari (Italia) từ năm 1981 đến năm 1995 cho thấy tỷ lệ trẻ trai là 58,1%, cao hơn trẻ gái (41,9%).⁴ Một nghiên cứu khác của Proudfoot và cộng sự tại Bệnh viện trường Đại học King (London, Anh) trong 6 năm (2003 - 2009) cho thấy tỷ lệ nam:nữ bằng 2,1:1.⁹ Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm trẻ 12 - 15 tuổi chỉ chiếm 4%, ngược lại, nhóm trẻ 4 - 11 tuổi chiếm đa số. Ở giai đoạn dậy thì, có sự thay đổi

tính acid trong sản phẩm tiết của các tuyến bã, tuyến mồ hôi da đầu, tạo ra tính kháng nấm nên ít gặp nấm da đầu kerion.

Nghiên cứu của Aste năm 1998 cho thấy 9,7% bệnh nhân có tiền sử gia đình nhiễm nấm da đầu, hai phần ba trong số đó xuất hiện triệu chứng lâm sàng. Điều tra về vật nuôi cho thấy 58,1% gia đình trẻ có vật nuôi (như mèo, chó); 22,6% trẻ sống trong trang trại nuôi thỏ, bò; 19,4% bệnh nhân không tiếp xúc với động vật. Phối hợp với bác sĩ thú y địa phương, tác giả xác định có một số vật nuôi nhiễm nấm.⁴ Nghiên cứu năm 2013 của Zarea cho thấy có 5,8% bệnh nhân có tiếp xúc với các thành viên khác trong gia đình được chẩn đoán nhiễm nấm da, 28,9% bệnh nhân có tiền sử tiếp xúc vật nuôi (48,6% bệnh nhân tiếp xúc với chó; 37,1% tiếp xúc với mèo và 14,3% tiếp xúc với thỏ).⁵ Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 36% trẻ không có tiền sử tiếp xúc với vật nuôi, 64% trẻ có tiền sử tiếp xúc với chó, mèo, không phát hiện trẻ nào tiếp xúc với bạn cùng trường hay người thân trong gia đình có triệu chứng nhiễm nấm. Sự khác biệt so với nghiên cứu của các tác giả nước ngoài có thể do sự khác nhau về mô hình, cách thức chăn nuôi ở các khu vực khác nhau. Ở nước ta, mô hình chăn nuôi trang trại nhỏ không phổ biến, trẻ em ít tiếp xúc với vật nuôi trong trang trại. Đồng thời, vật nuôi chủ yếu trong các gia đình là chó, mèo, ít gia đình nuôi thỏ hay các động vật khác. Ngoài ra, cách thức nuôi kiểu thả rông gây khó khăn cho việc xác định nguồn lây nhiễm từ vật nuôi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 16% trẻ đến viện sau khi các thương tổn trên da đầu xuất hiện từ 2 - 4 tuần và 28% trẻ đến viện sớm, khi các tổn thương trên da đầu xuất hiện dưới 2 tuần. Tuy nhiên, có đến 56% trẻ đến viện muộn khi triệu chứng đã xuất hiện trên 4 tuần. Thời gian đến viện khác nhau có thể do diễn biến lâm sàng và điều kiện chăm sóc y tế khác nhau.

Trẻ thường được đưa đến viện muộn trong tình trạng các thương tổn da đầu lan rộng và diễn biến rầm rộ. Bên cạnh đó, một số trẻ đến viện muộn do ở xa các cơ sở y tế hoặc sau khi đã điều trị ở các cơ sở y tế ban đầu không hiệu quả. Một số trẻ đến viện sớm khi phản ứng viêm diễn ra mạnh mẽ, tổn thương da đầu lan nhanh, gây đau nhức nhiều kèm theo các triệu chứng toàn thân gây khó chịu như sưng đau hạch bạch huyết khu vực và sốt.

Theo nhiều báo cáo, nấm da đầu kerion thường xuất hiện với thương tổn đơn độc, hay gặp nhất ở vùng đỉnh đầu. Nghiên cứu của Demir cho thấy có những trường hợp có nhiều thương tổn ở các vùng khác nhau nhưng vùng đỉnh và vùng thái dương vẫn hay gặp nhất.¹⁰ Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự. Phân bố thương tổn ở vùng đỉnh vẫn chiếm ưu thế (52%), tiếp theo là vùng thái dương (24%). Kết quả này phù hợp với đặc điểm bệnh lý của nấm da đầu kerion ở trẻ em. Như đã đề cập, sự lây nhiễm nấm da đầu có thể diễn ra sau khi trẻ tiếp xúc trực tiếp với người bị bệnh, động vật nhiễm bệnh hoặc tiếp xúc gián tiếp thông qua các vật dụng sinh hoạt mang tác nhân gây bệnh. Các tác nhân gây bệnh có thể tồn tại và sinh sôi trên lược, bàn chải, ghế dài, khăn trải giường và các vật dụng khác trong thời gian dài. Sinh hoạt của trẻ em chủ yếu là các hoạt động vui chơi. Các vận động của trẻ có sự tiếp xúc nhiều giữa các vật dụng và đồ chơi với các vị trí da trên cơ thể, kể cả da đầu. Đồng thời, khi vui chơi, trẻ đổ mồ hôi nhiều khiến cho tóc và da đầu bị ẩm ướt. Tuyến bã, tuyến mồ hôi ở trẻ em trước tuổi dậy thì chưa có khả năng tiết các acid có khả năng kháng nấm. Vì thế, môi trường da đầu và tóc ẩm ướt trở thành điều kiện thuận lợi cho nấm phát triển. Ngoài ra, một số trẻ có biểu hiện ngứa khi nhiễm nấm. Khi đó, động tác gãi của trẻ khiến tác nhân gây bệnh lan ra các vùng khác nhau trên da đầu. Đó là

những điều kiện thuận lợi cho nấm xâm nhập và sinh sôi, phát triển ở nhiều vị trí khác nhau trên đầu.

Tuy vậy, cần lưu ý rằng quá trình xâm nhiễm của nấm vào sợi tóc phụ thuộc thời gian. Các sợi nấm thường bám và phát triển tốt hơn ở những vị trí có sự tì đè và tiếp xúc kéo dài với các vật dụng (giường, gối) như vùng thái dương, chẩm. Đồng thời, động tác chải tóc, làm khô tóc bằng khăn thường bắt đầu từ trên đỉnh đầu xuống và sang hai bên. Điều đó làm cho vùng đỉnh đầu và vùng thái dương thường tiếp xúc đầu tiên và nhiều nhất với các sợi nấm bám trên lược, khăn tắm. Hai đặc điểm trên góp phần giải thích nấm da đầu nói chung và thể kerion nói riêng chủ yếu gặp ở vùng đỉnh đầu và vùng thái dương.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 72% bệnh nhân sưng đau hạch bạch huyết khu vực, đây là triệu chứng toàn thân hay gặp nhất. Sốt là triệu chứng ít gặp. Một số bệnh nhân có mệt mỏi (12%). So với nghiên cứu của Zarea (có 12,4% bệnh nhân xuất hiện sốt và nổi hạch bạch huyết vùng cổ, quanh tai hoặc sau chẩm) thì nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ xuất hiện các triệu chứng toàn thân cao hơn.⁵ Sự khác nhau này có thể do đối tượng nghiên cứu của tác giả bao gồm cả trẻ em và người lớn, cỡ mẫu nghiên cứu lớn hơn.

Nghiên cứu của Demir cho thấy có 68% bệnh nhân có ít nhất một triệu chứng liên quan đến phản ứng miễn dịch, bao gồm 36,8% bệnh nhân có ban đỏ ngứa dạng eczema; 15,8% có nốt sẩn ngứa; 10,5% có cả ban đỏ ngứa dạng eczema và nốt sẩn ngứa và 5,3% có phản ứng dạng co mạch. Các bệnh nhân này từ 2 đến 12 tuổi, 76,9% là trẻ trai và 23,1% là trẻ gái.¹⁰ Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 16% bệnh nhân xuất hiện ban đỏ ngứa dạng eczema, không có bệnh nhân nào xuất hiện hồng ban đa dạng hay hồng ban nút. Sự khác

nhau về kết quả của chúng tôi và của Demir có thể do ban ngứa dạng eczema là triệu chứng khá kín đáo, khó phát hiện hoặc nhầm lẫn với các tình trạng eczema khác.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 19 bệnh nhân được tiến hành nuôi cấy nấm, tỷ lệ dương tính là 89,5%, chủ yếu là các tác nhân gây bệnh thuộc chủng *Trichophyton* (76,5%), chỉ có 23,5% là *Microsporum*. Tỷ lệ *Trichophyton:Microsporum* là 3,3:1. Loài nấm chiếm tỷ lệ cao nhất là *Trichophyton rubrum*, tiếp theo là *Trichophyton mentagrophytes*. *Microsporum gypseum* chỉ gặp ở ba bệnh nhân. Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả phân lập nấm da trong nghiên cứu của Nguyễn Thái Dũng trên 137 bệnh nhân điều trị tại Trung tâm chống phong - Da liễu Nghệ An năm 2015 - 2016. Trong nghiên cứu đó, tác giả phân lập được 67,2% *Trichophyton rubrum*; 12,4% *Trichophyton mentagrophytes* var *interdigitale*; 9,5% *Trichophyton tonsurans*; 0,7% *Trichophyton verrucosum*; 8% *Microsporum gypseum* và 2,2% *Microsporum canis*.¹¹

Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy nấm da đầu kerion chủ yếu gây ra bởi các loài nấm ưa động vật.^{2,4,12} Nghiên cứu của Aste năm 1998 phân lập được 71% là *Microsporum canis*, 21% là *Trichophyton mentagrophytes*.⁶ Tuy nhiên, gần đây có nhiều báo cáo về nấm da đầu kerion gây ra bởi nấm ưa người. Nghiên cứu của Iwasawa và cộng sự trên 96 bệnh nhân nấm da đầu kerion tại Nhật Bản từ năm 2000 - 2008 phân lập được 44% nấm ưa người (29% *Trichophyton tonsurans* và 15% *Trichophyton rubrum*).⁶ Như vậy, sự khác nhau về kết quả phân lập nấm trong nghiên cứu của chúng tôi với các nghiên cứu khác có thể do sự thay đổi về dịch tễ bệnh theo thời gian, sự khác nhau về mô hình tác nhân gây bệnh theo từng địa điểm, quốc gia và khu vực địa lý.

Trên những bệnh nhân có tiền sử tiếp xúc với

vật nuôi, chủ yếu phân lập được *Trichophyton mentagrophytes* (38,5%) và *Trichophyton rubrum* (30,8%). *Trichophyton rubrum* là nấm ưa người trong khi đó *Trichophyton mentagrophytes* có nhiều dưới loài, đa số ưa động vật. Tuy nhiên, có một số dưới loài của *Trichophyton mentagrophytes* thuộc nhóm nấm ưa người như *Trichophyton mentagrophytes* var. *interdigitale*. Như vậy, ở nhóm có tiền sử tiếp xúc với vật nuôi, tỷ lệ nấm ưa động vật không có sự vượt trội so với các nhóm nấm khác. Để đánh giá chính xác cần tiến hành xét nghiệm nấm trên cả vật nuôi.

Ở các trẻ không có tiền sử tiếp xúc với vật nuôi thì *Trichophyton rubrum* là tác nhân gây bệnh được phân lập nhiều nhất (33,3%). Đối với *Microsporum gypseum*, tỷ lệ phân lập được ở hai nhóm trẻ là như nhau. Điều này là phù hợp vì *Microsporum gypseum* thuộc nhóm nấm ưa đất.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nấm da đầu kerion gặp ở trẻ trai nhiều hơn trẻ gái, độ tuổi hay gặp nhất là 4 - 7 tuổi. Đa số các bệnh nhân có một thương tổn đơn độc, phân bố nhiều nhất ở vùng đỉnh. Hạch khu vực sưng to là triệu chứng toàn thân hay gặp nhất. Các loài nấm phân lập được nhiều nhất là *Trichophyton rubrum* và *Trichophyton mentagrophytes*.

Lời cảm ơn

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn các quý đồng nghiệp ở Khoa Bệnh da phụ nữ và trẻ em, Khoa Xét nghiệm nấm - vi sinh - ký sinh trùng, Bệnh viện Da liễu Trung ương đã giúp đỡ chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này.

Chúng tôi xin cam kết không có sự xung đột lợi ích trong nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kocabaş B, Karbuz A, Çiftçi E, et al.

Trichosporon asteroides: A novel ethiological agent of kerion celsi in a child. *J Dr Behcet Uz Child Hosp*. Published online January 1,2016. doi: 10.5222/buchd.2016.151.

2. John AM, Schwartz RA, Janniger CK. The kerion: an angry tinea capitis. *Int J Dermatol*. 2018;57(1):3-9. doi: 10.1111/ijd.13423.

3. Hay RJ. Tinea capitis: Current status. *Mycopathologia*. 2017;182(1-2):87-93. doi: 10.1007/s11046-016-0058-8.

4. Aste N, Pau M, Biggio P. Kerion celsi: a clinical epidemiological study. *Mycoses*. 1998;41(3-4):169-173. doi: 10.1111/j.1439-0507.1998.tb00319.x.

5. Zaraq I, Hawilo A, Aounallah A, et al. Inflammatory tinea capitis: a 12-year study and a review of the literature. *Mycoses*. 2013;56(2):110-116. doi: 10.1111/j.1439-0507.2012.02219.x.

6. Iwasawa M, Yorifuji K, Sano A, Takahashi Y, Nishimura K. Case of kerion celsi caused by *microsporum gypseum* (*Arthroderma gypseum*) in a child. *Nihon Ishinkin Gakkai Zasshi Jpn J Med Mycol*. 2009;50(3):155-160. doi: 10.3314/jjmm.50.155.

7. Gómez-Moyano E, Fernández-Sánchez AM, Crespo-Erchiga V, Martínez-Pilar L. kerion celsi caused by *Trichophyton tonsurans* with dermatophytid reaction. *Rev Iberoam Micol*. 2021;38(3):151-152. doi: 10.1016/j.riam.2020.12.002.

8. Hoarau G, Miquel J, Picot S. Kerion celsi caused by *microsporum gypseum*. *J Pediatr*. 2016;178:296-296.e1. doi: 10.1016/j.jpeds.2016.07.042.

9. Proudfoot LE, Higgins EM, Morris-Jones R. A retrospective study of the management of pediatric kerion in *trichophyton tonsurans* infection. *Pediatr Dermatol*. 2011;28(6):655-657. doi: 10.1111/j.1525-1470.2011.01645.x.

10. Topaloğlu Demir F, Karadağ AS. Are

dermatophytid reactions in patients with kerion celsi much more common than previously thought? A prospective study. *Pediatr Dermatol*. 2015;32(5):635-640. doi: 10.1111/pde.12515.

11. Nguyễn Thái Dũng. Nghiên cứu một số đặc điểm và kết quả điều trị nấm da ở bệnh nhân đến khám và điều trị tại Trung tâm chống

phong - Da liễu Nghệ An 2015 - 2016. *Luận án Tiến sĩ Y Học*. Viện sốt rét - ký sinh trùng - côn trùng Trung ương; 2017.

12. Chiriac A, Birsan C, Mares M, Wollina U. Kerion celsi due to *Microsporum canis* infection. *Hautarzt Z Dermatol Venerol Verwandte Geb*. 2021;72(10):855-859. doi: 10.1007/s00105-021-04817-1.

Summary

CLINICAL CHARACTERISTICS AND FUNGAL SPECIES IN PATIENTS WITH KERION CELSI

Kerion celsi is common in children, representing a fairly high percentage of tinea capitis. Clinical manifestations are abscesses, pustulosis, and alopecia accompanied by systemic symptoms. We conducted this study to describe the clinical characteristics and the fungal species causing kerion celsi. Materials and methods: this is a cross-sectional descriptive study on 25 hospitalized patients with kerion celsi treated at the National Hospital of Dermatology and Venereology from January 2017 to December 2017. Results showed that male patients accounted for 64%, female patients accounted for 36%; 52% were from 4 - 7 years old, 24% were from 8 - 11 years old and 20% were from 0 - 3 years old. The children had a history of contact with dogs (20%), cats (12%), and both dogs and cats (32%). The rate of children with one lesion was 64% distributed mostly in the parietal region (52%). Most lesions were swollen, pustular, and had hair loss. There was 72% of children with regional lymphadenopathy. The percentage of *Trichophyton rubrum* was 31.6%, *Trichophyton mentagrophytes* was 26.3% and *Microsporum gypseum* was 15.8%. As such, kerion celsi origin is quite diverse, and differ with the general belief that *Microsporum canis* is the most common cause.

Keywords: tinea capitis, kerion celsi, *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes*, *Microsporum gypseum*.