

Báo cáo trường hợp

DOI: 10.59715/pntjimp.3.4.24

Báo cáo trường hợp bệnh gan nhiễm mỡ liên quan đến chuyển hóa trên bệnh nhân vẩy nến

Nguyễn Việt Thanh Phúc¹, Châu Văn Trờ¹, Trần Thị Khánh Tường²

¹Bộ môn Da Liễu, Khoa Y, Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bộ môn Nội, Khoa Y, Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Đến nay, bệnh vẩy nến đã được chứng minh là bệnh hệ thống, ngoài biểu hiện ngoài da, bệnh vẩy nến còn ảnh hưởng đến các hệ cơ quan khác trong cơ thể, đặc biệt là hệ tim mạch và rối loạn chuyển hóa. Một vài nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh bệnh nhân vẩy nến có nguy cơ mắc bệnh gan nhiễm mỡ liên quan đến chuyển hóa (Metabolic Associated Fatty Liver Disease - MAFLD) cao hơn so với dân số nói chung và bệnh vẩy nến có liên quan đến sự tiến triển nặng của MAFLD. MAFLD là một thuật ngữ mới xuất hiện từ năm 2021 nhằm thay thế thuật ngữ bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu (NAFLD), đã được Hiệp hội nghiên cứu về gan Châu Á - Thái Bình Dương đưa vào hướng dẫn chẩn đoán và điều trị.

Báo cáo trường hợp: 03 trường hợp bệnh nhân được chẩn đoán vẩy nến mảng, mức độ trung bình - nặng theo chỉ số diện tích cơ thể (Body Surface Area - BSA) và chỉ số độ nặng của vẩy nến theo vùng (Psoriasis Area and Severity Index - PASI), hiện đang điều trị vẩy nến tại Bệnh viện Da Liễu Thành phố Hồ Chí Minh bằng thuốc thoa, chưa điều trị bằng các thuốc ức chế miễn dịch đường toàn thân, bệnh nhân chưa được chẩn đoán các bệnh nội khoa, như tăng huyết áp, đái tháo đường, tăng lipid máu, các bệnh lý về gan. Trước khi điều trị bằng thuốc ức chế miễn dịch đường toàn thân, bệnh nhân được xét nghiệm máu tổng quát và đánh giá tình trạng gan bằng siêu âm đàn hồi thoáng qua (Fibroscan®). Cả 03 bệnh nhân đều thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán MAFLD: Béo phì độ I, xơ hóa gan nhẹ ở mức độ F0 - F1, gan nhiễm mỡ nhiều ở mức độ S3 bằng siêu âm đàn hồi thoáng qua (Fibroscan®) kèm các rối loạn chuyển hóa như tăng chu vi vòng eo ($\geq 90\text{cm}$: nam, $\geq 80\text{cm}$: nữ), tăng triglyceride huyết thanh ($\geq 150\text{ mg/dl}$), tăng đường huyết đói ($100 - 125\text{ mg/dl}$), tăng huyết áp ($\geq 130/85\text{ mmHg}$).

Kết luận: Cả 3 bệnh nhân vẩy nến đều có gan nhiễm mỡ liên quan đến chuyển hóa (MAFLD). Vì vậy, cần có những nghiên cứu lớn hơn về vấn đề này để xác định tỉ lệ mắc MAFLD và các yếu tố liên quan, mối liên quan giữa MAFLD và vẩy nến.

Từ khóa: Vẩy nến, bệnh gan nhiễm mỡ liên quan đến chuyển hóa, fibroscan.

Ngày nhận bài:

13/8/2024

Ngày phản biện:

18/8/2024

Ngày đăng bài:

20/10/2024

Tác giả liên hệ:

Nguyễn Việt Thanh Phúc

Email: vietthanhphuc@

gmail.com

ĐT: 0903312500

Abstract

Case report: metabolic associated fatty liver disease in psoriasis patients

Background: Nowadays, psoriasis has been proven to be a systemic disease. In addition to skin manifestations, psoriasis also affects other organ systems in the body, especially the cardiovascular system and metabolic disorders. Several studies around the world demonstrate that psoriasis patients are at higher risk of metabolic associated

fatty liver disease (MAFLD) than the general population, and psoriasis is associated with the progression of MAFLD. MAFLD is a new term that emerged in 2021 to replace the term non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD), which has been included in the diagnostic and treatment guidelines by the Asia-Pacific Liver Association.

Case report: 03 cases of patients with moderate-severe plaque psoriasis according to Body Surface Area (BSA) and Psoriasis Area and Severity Index (PASI), currently being treated for psoriasis at Ho Chi Minh City Dermatology Hospital with topical medications, not yet treated with systemic immunosuppressants, patients have not been diagnosed with internal diseases, such as hypertension, diabetes, hyperlipidemia, liver diseases. Before treatment with systemic immunosuppressants, patients had a general blood test and liver status was assessed by transient elastography (Fibroscan®). All met the diagnostic criteria for MAFLD: Obesity grade I, mild liver fibrosis at F0 - F1 level, severe fatty liver at S3 level by transient elastography (Fibroscan®) with metabolic disorders such as increased waist circumference (≥ 90 cm: men, ≥ 80 cm: women), hypertriglyceridemia (≥ 150 mg/dl), hyperglycemia (100 - 125 mg/dl), hypertension ($\geq 130/85$ mmHg).

Conclusion: All three psoriasis patients had metabolic fatty liver disease (MAFLD). Therefore, more researches are needed on this issue to determine the prevalence of MAFLD and related factors, the relationship between MAFLD and psoriasis.

Keywords: Psoriasis, metabolic fatty liver disease, fibroscan.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh vẩy nến là một bệnh lý da mạn tính có ảnh hưởng đến hàng triệu người trên toàn thế giới, ước tính có 4.622.594 ca bệnh vẩy nến mới trên toàn cầu vào năm 2019 và tỉ lệ mắc bệnh được chuẩn hóa theo độ tuổi vào năm 2019 là 57,8 trên 100.000 người [9]. Tại Việt Nam, vẩy nến là một trong những bệnh thường gặp trong chuyên khoa Da Liễu. Theo mô hình bệnh tật của Bệnh viện Da Liễu Tp. Hồ Chí Minh, tỉ lệ bệnh vẩy nến đến khám trong năm 2023 là 6,4% (49.366 bệnh nhân/ năm), đứng hàng thứ 4 trong số các bệnh da liễu đến khám tại bệnh viện [1].

Gần đây, bệnh vẩy nến không còn là một bệnh lý chỉ giới hạn ở thương tổn da mà đã được chứng minh là một bệnh viêm hệ thống mạn tính với nhiều các bệnh lý đồng mắc như gan nhiễm mỡ, béo phì, tiểu đường, bệnh lý tim mạch... làm tăng tỉ lệ mắc bệnh ở mức độ nặng và tỷ lệ tử vong. Trong số đó, bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu (NAFLD) là bệnh lý thường gặp ở bệnh nhân vẩy nến, chiếm đến 46% tổng số bệnh nhân, tỉ lệ tử vong do bệnh gan tăng ở nhóm bệnh nhân vẩy nến nặng [6]. Các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng vẩy nến là yếu tố nguy cơ độc lập cho NAFLD không phụ thuộc vào yếu tố nguy cơ chuyển hóa khác [14]. Vì vậy,

các cập nhật vào năm 2018 trong hướng dẫn điều trị lâm sàng, Hiệp hội bệnh lý gan Hoa Kỳ (AASLD) đã thêm vẩy nến là yếu tố nguy cơ của NAFLD [5]. Tuy nhiên, hội đồng chuyên gia quốc tế đã đề xuất một định nghĩa mới vào năm 2021 về Bệnh gan nhiễm mỡ liên quan chuyển hóa (Metabolic Associated Fatty Liver Disease - MAFLD) thay thế cho thuật ngữ bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu (Nonalcoholic fatty liver disease - NAFLD) và đã được Hiệp hội nghiên cứu về gan Châu Á - Thái Bình Dương đưa vào hướng dẫn chẩn đoán và điều trị [7] [8] nhằm nhấn mạnh vai trò chính của rối loạn chuyển hóa trong sinh lý bệnh, đặc biệt MAFLD có thể được chẩn đoán xác định còn NAFLD chỉ là chẩn đoán loại trừ. Các nghiên cứu về NAFLD trên bệnh nhân vẩy nến đã được báo cáo nhiều trên thế giới [4], [5], [13], [14], trong khi đó MAFLD là một định nghĩa tương đối mới nên có rất ít nghiên cứu về MAFLD và bệnh vẩy nến [12].

Ý nghĩa khoa học của bài báo: Kết quả sẽ đóng góp vào cơ sở dữ liệu khoa học về bệnh gan nhiễm mỡ do chuyển hoá và xơ hoá gan trên đối tượng bệnh nhân vẩy nến, tạo tiền đề cho các nghiên cứu chuyên sâu hơn.

Ý nghĩa thực tiễn của bài báo: Báo cáo này góp phần nhấn mạnh sự chú ý của bác

sĩ Da Liễu đến bệnh gan trên người mắc vẩy nến: do những yếu tố tương đồng trong cơ chế bệnh sinh và ảnh hưởng của quá trình điều trị, người bệnh vẩy nến được cho là có nguy cơ cao liên quan đến MAFLD và xơ hóa gan. Kết quả nghiên cứu góp phần hỗ trợ cho việc chăm sóc sức khoẻ toàn diện cho bệnh nhân vẩy nến.

2. BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP

2.1. Phương pháp nghiên cứu

03 trường hợp bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng vẩy nến, từ 18 tuổi trở lên, chưa được chẩn đoán bệnh gan trước đây, chưa điều trị bằng các thuốc đường toàn thân như Methotrexate, Acitretin, Corticoids, Cyclosporin, Azathioprine, phụ nữ không mang thai, không cho con bú, không có các bệnh lý khác có liên quan đến đáp ứng viêm tại da và toàn thân đến tái khám định kỳ tại Bệnh viện Da Liễu Thành phố Hồ Chí Minh. Các Bệnh nhân được đo huyết áp, chiều cao, cân nặng, chu vi vòng bụng, làm các xét nghiệm bilan lipid máu, chức năng gan, đường huyết đói tại Bệnh viện Da Liễu Thành phố Hồ Chí Minh, sau đó bệnh nhân được khảo sát mức độ xơ hóa gan và mức độ nhiễm mỡ của gan bằng máy FibroScan 530 Compact của hãng Echosens (Pháp) tại Phòng khám đa khoa Đại Phước có quy trình như sau:

Chuẩn bị: Bệnh nhân không ăn trong vòng 3 tiếng trước khi thực hiện thủ thuật. Bệnh nhân có thể uống các loại thuốc trị bệnh nền của mình với một lượng nước nhỏ (dưới 120ml). Mặc quần áo thoải mái, tránh mặc đồ bó.

Quy trình thực hiện bao gồm chọn điểm đo và xác định vị trí đầu dò [37]

Chọn điểm đo: Đo độ đàn hồi gan được thực hiện ở thùy phải của gan qua các khoảng gian sườn. Xác định vùng gan dựa vào TM mode và A mode, chọn vùng đo thích hợp có các mặt cắt đồng nhất, không có mạch máu lớn và cách bề mặt da 25 - 65 mm.

Vị trí đầu dò: Người khám cầm đầu dò có bôi gel chuyên dụng đặt giữa các khoảng liên sườn, trong khi đo giữ đầu dò luôn vuông góc với bề mặt da bệnh nhân, nếu lệch nhiều kết quả đo sẽ cao hơn giá trị thật. Người khám phải kiểm tra, bảo đảm vùng khảo sát đồng dạng và không có mạch máu, sau đó tiến hành bấm đo 10 lần.

Phân tích kết quả đo FibroScan

Đánh giá các tình trạng ảnh hưởng tới kỹ thuật đo: Bệnh nhân đã nhịn ăn đủ 3 giờ, không có tình trạng viêm gan cấp (men gan < 5 lần), không có tình trạng vàng da tắc mật, không suy tim, không đang mang thai.

Đánh giá lựa chọn đầu dò: Vị trí các chấm trắng ở phía trên của màn hình thang đo không vượt quá 25 mm (đầu dò M).

Đánh giá vị trí đầu dò: Vị trí đầu dò chính xác khi màn hình hiển thị các đường sọc đồng nhất, nếu xuất hiện các dải trắng hay vùng tăng sáng phía dưới cho thấy vị trí đầu dò quá cao hoặc quá thấp so với gan.

Đánh giá chất lượng tia: Chất lượng tia chính xác khi cho kết quả hai đường viền song song trên màn hình hiển thị.

Đánh giá số lần đo và độ tin cậy: Số lần đo đúng khi đo ≥ 10 lần và tỉ lệ thành công $\geq 60\%$, kiểm tra đủ 10 hình của 10 lần đo. Kiểm tra kết quả đáng tin cậy khi $IQR/Med \leq 30\%$.

Kết luận kết quả đo: Chính xác khi không có các yếu tố ảnh hưởng chất lượng đo nêu trên, lựa chọn đầu dò phù hợp, vị trí đầu dò và chất lượng tia phù hợp, kết quả đo đủ 10 lần với thành công $\geq 60(\%)$ và $IQR/Med \leq 30(\%)$. Kết luận không chính xác khi có bất kỳ một yếu tố trên không thỏa.

Mức độ nhiễm mỡ của gan: Đánh giá thông qua sự suy giảm của tần số sóng âm qua nhu mô gan (Fibroscan®), thang đo độ suy giảm này gọi là chỉ số CAP (Controlled attenuation parameter) [11]. Trong mức độ nhiễm mỡ S1 (5 - 33% tế bào gan nhiễm mỡ), giá trị CAP trong khoảng 214 - 289 dB/m với 64 - 91(%) độ nhạy và 64 - 94(%) độ đặc hiệu. Trong mức độ nhiễm mỡ S2 (33 - 66% tế bào gan nhiễm mỡ), giá trị CAP trong khoảng 255 - 311 dB/m với độ nhạy 57 - 96(%) và độ đặc hiệu 62 - 94(%). Trong mức độ nhiễm mỡ S3 ($\geq 66\%$ tế bào gan nhiễm mỡ), giá trị CAP trong khoảng 281 - 310 dB/m với 64 - 100(%) độ nhạy và 53 - 92(%) độ đặc hiệu. Ngưỡng xác định $\geq S1$ phổ biến hiện nay ở nước ta sử dụng là ngưỡng 234 dB/m [11].

Mức độ xơ hóa gan: Đánh giá bằng cách đo độ đàn hồi của gan được thể hiện bằng đơn vị kilopascal (kPa) ở độ sâu từ 25 đến 65 mm với diện tích 1 x 4 cm bằng Fibroscan®. Kết quả đạt được bằng Fibroscan® là giá trị trung

vị của 10 phép đo, đường cong AUROC có các giá trị cắt tương ứng với từng mức độ xơ hóa gan, độ nhạy > 90% và độ đặc hiệu > 90% [15]. Fibroscan® thực hiện nhanh, đơn giản, không đau, có kết quả ngay, có độ nhạy, độ đặc hiệu chính xác hơn so với chỉ số sinh hóa hoặc siêu âm bụng, có sự đồng thuận và độ chính xác tốt trong đánh giá xơ hóa gan, đã nghiên cứu nhiều và được Cục quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ chấp thuận [10],[16].

• **Tiêu chuẩn chẩn đoán MAFLD:** Phát hiện gan nhiễm mỡ bằng Fibroscan® kèm với một trong các tiêu chuẩn sau [7]:

- Thừa cân hoặc béo phì (định nghĩa là BMI ≥ 23 kg/m² ở người Châu Á) [2]

- Đái tháo đường típ 2 [3]

- Bằng chứng của rối loạn chuyển hóa khi

thỏa 2 trong các tiêu chuẩn:

- Chu vi vòng eo ≥ 90 cm ở nam và ≥ 80 cm ở nữ châu Á.

- Huyết áp $\geq 130/85$ mmHg hoặc đang sử dụng thuốc điều trị.

- Triglycerids huyết thanh ≥ 150 mg/dl hoặc đang sử dụng thuốc điều trị.

- HDL huyết thanh < 40 mg/dl ở nam và < 50 mg/dl ở nữ hoặc đang sử dụng thuốc điều trị.

- Tiền đái tháo đường (đường huyết huyết thanh lúc đói từ 100 - 125 mg/dl, hoặc đường huyết sau ăn từ 140 - 199 mg/dl hoặc HbA1c từ 5,7 - 6,4 (%).

- Mô hình cân bằng nội môi đề kháng insulin (HOMA) $\geq 2,5$.

- C-reactive protein độ nhạy cao trong huyết thanh > 2mg/l.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của 03 ca nghiên cứu

Đặc điểm	Giá trị tham chiếu	Ca 1	Ca 2	Ca 3
Tuổi		34	53	57
Giới		Nam	Nam	Nữ
Thuốc đã sử dụng		Thuốc thoa	Thuốc thoa	Thuốc thoa
Thời gian bệnh vảy nến		15 tháng	20 năm	10 năm
Thẻ bệnh vảy nến		Vảy nến mảng	Vảy nến mảng	Vảy nến mảng
BSA	< 3%: Nhẹ 3 - 10%: Trung bình > 10%: Nặng	8	28	60
PASI	< 10: Nhẹ 10 - 20: Trung bình > 20: Nặng	30	15,2	38,2
Độ nặng vảy nến	Nhẹ: BSA < 10 và PASI < 10 Trung bình - nặng: BSA > 10 hoặc PASI > 10	Trung bình - nặng	Trung bình - nặng	Trung bình - nặng
Triệu chứng khác		Không có	Không có	Không có
Vòng bụng (cm)	< 90 (nam) < 80 (nữ)	95	106	82

Đặc điểm	Giá trị tham chiếu	Ca 1	Ca 2	Ca 3
BMI (kg/m ²)	< 18,5: Thiếu cân 18,5 - 22,9: Bình thường 23 - 24,9: Thừa cân 25 - 29,9: Béo phì độ I ≥ 30: Béo phì độ II	28,7	27,7	25,3
Huyết áp	< 130/85 mmHg	125/85	140/90	130/80
AST (U/L)	< 25	17,6	43,3	14,5
ALT (U/L)	< 30	35,2	51,6	19,4
GGT (U/L)	9 - 69	48,2	56,7	22,4
Cholesterol toàn phần (mg/dl)	126 - 182	235	154	249
Triglycerid (mg/dl)	< 170	299	74	122
HDL-C (mg/dl)	≥ 35	41,9	45	54,5
Đường huyết đói ((mg/dl)	75 - 115	117	102	139
Fibroscan đo độ xơ hóa gan E (kPa)	4 mức độ: F0 - F1 (xơ hóa nhẹ): < 7 kPa F2 (xơ hóa vừa): 7 - 8,7 kPa F3 (xơ hóa nhiều): 8,7 - 10,3 kPa F4 (xơ hóa nặng): > 10,3 kPa	F0-F1: 4,4 kPa	F0-F1: 3,5 kPa	F0-F1: 5,4 kPa
Fibroscan đo độ nhiễm mỡ gan: CAP (dB/m)	4 mức độ: S0 (bình thường): < 234 dB/m S1 (nhiễm mỡ nhẹ): 234 - 269 dB/m S2 (nhiễm mỡ vừa): 270 - 300 dB/m S3 (nhiễm mỡ nhiều): ≥ 301 dB/m	S3: 372 dB/m	S3: 255 dB/m	S3: 301 dB/m

2.2. Kết quả nghiên cứu

Cả 03 bệnh nhân được chẩn đoán vảy nền mảng, mức độ trung bình - nặng (hình 1,2,3), đều thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán MAFLD: Béo phì độ I, xơ hóa gan nhẹ ở mức độ F0-F1, gan nhiễm mỡ nhiều ở mức độ S3 trên Fibroscan®. (bảng 1)

3. BÀN LUẬN

Bệnh nhân mắc bệnh vảy nền có nguy cơ mắc bệnh gan nhiễm mỡ liên quan đến chuyển hóa (MAFLD) cao hơn so với dân số nói chung. Ngoài ra, bệnh vảy nền có liên quan đến sự tiến triển nặng của MAFLD và gia tăng nguy cơ mắc các bệnh tim mạch và các biến chứng của bệnh

lý tim mạch [12]. Mối liên hệ chủ yếu giữa vảy nến và MAFLD liên quan đến hiện tượng viêm [6]. Vảy nến làm khởi phát hiện tượng viêm hệ thống, từ đó kích hoạt viêm trong mô mỡ dẫn đến sự sản xuất của các adipokine tiền viêm (TNF- α , IL-1, IL-6 và leptin) đóng vai trò quan trọng trong tăng sinh tế bào tạo sừng và IL-1 là một phân tử gắn kết trong cơ chế bệnh sinh của vảy nến, trong khi đối với MAFLD, các cytokine này làm tăng sự tân tạo xơ sợi trong gan. Bên cạnh đó, tình trạng đề kháng insulin do sự tăng sản xuất của các cytokine tiền viêm ở bệnh nhân vảy nến, dẫn đến tích lũy triglyceride trong tế bào gan gây nên tình trạng nhiễm mỡ, làm gan nhạy cảm với các tác nhân viêm và từ đó dẫn đến rối loạn chức năng ti thể và stress oxy hóa. Tất cả các quá trình viêm gây rối loạn quá trình chết theo chương trình của tế bào gan do kích hoạt TGF- và tế bào sao, tạo ra vòng xoắn bệnh lý từ nhiễm mỡ tế bào gan đến tăng đề kháng insulin thông qua dòng thác phản ứng viêm. Kết quả là sự mất cân bằng giữa tổng hợp và tiêu hủy triglyceride, dẫn đến sự tiến triển nhiễm mỡ và xơ hóa gan, trong khi đó hình thành sự mất cân bằng khác giữa chết và tái tạo tế bào gan. Cùng lúc đó, sự giảm adipokine kháng viêm (adiponectin) gây nên mất cân bằng giữa cytokine tiền viêm và kháng viêm dẫn đến vòng phản hồi tiền viêm giữa da, mô mỡ và gan. Sự phối hợp của ba cơ quan này được đặc trưng trong mô hình trục gan - da, có nghĩa là tình trạng viêm trong vảy nến kích hoạt tình trạng viêm trong tế bào gan và ngược lại [6].



Hình 4. Vai trò của trục gan - da - mỡ trong mối liên hệ giữa bệnh gan nhiễm mỡ và vảy nến [6]

Các ca lâm sàng đều thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán MAFLD. Cả 3 ca lâm sàng đều có béo

phì độ I, xơ hóa gan nhẹ ở mức độ F0-F1, gan nhiễm mỡ nhiều ở mức độ S3 trên Fibroscan®. Kết quả phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới như: nghiên cứu của tác giả Revenga và CS (2024) trên 309 bệnh nhân vảy nến cho thấy tỉ lệ xơ hóa đáng kể (\geq F2) đo bằng Fibroscan® là 18,3% ở bệnh nhân vảy nến so với 8,9% ở đối tượng khỏe mạnh ($p < 0,05$), tỉ lệ nhiễm mỡ đáng kể (\geq S1) đo bằng Fibroscan® là 66,3% và 37,6% trên bệnh nhân vảy nến so với nhóm chứng ($p < 0,001$); nghiên cứu của Jorge và CS (2020) báo cáo 52% bệnh nhân bị gan nhiễm mỡ và 14% bệnh nhân bị xơ gan mức độ trung bình ($> 7,6$ KPa) khi siêu âm gan thoáng qua Fibroscan®, trong đó 30% trong số này không phát hiện gan nhiễm mỡ qua siêu âm. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Trần Diễm Châu năm 2017 trên 86 bệnh nhân vảy nến mảng tại Bệnh viện Da Liễu Thành phố Hồ Chí Minh: Tỉ lệ bệnh nhân có gan nhiễm mỡ chiếm 58,14%, chỉ số gan nhiễm mỡ từ 32,5 đến 356 dB/m, trung bình là $229,76 \pm 55,22$ dB/m, 17,44% có tăng độ cứng của nhu mô gan, trong đó mức độ F2 chiếm 8,14%, F3 chiếm 4,65%, F4 chiếm 4,65%, độ cứng của gan có trị số trung vị là 5,15 (4,3 - 6,1 kPa), cao nhất là 12,2 kPa, thấp nhất là 2,9 kPa, có mối tương quan đồng biến mức độ trung bình ($r = 0,43$) giữa chỉ số gan nhiễm mỡ với độ cứng của nhu mô gan trên Fibroscan, có mối liên quan giữa gan nhiễm mỡ nặng (S3) với tăng độ cứng của nhu mô gan (OR = 9,5). Thừa cân - béo phì, vảy nến khởi phát sớm, tăng huyết áp là các yếu tố nguy cơ độc lập dẫn đến tăng độ cứng nhu mô gan ở bệnh nhân vảy nến ($p < 0,05$ với OR lần lượt là 77,87; 214,76; 54,1). Trong nhóm vảy nến có gan nhiễm mỡ, nam giới, vòng eo, vảy nến khởi phát sớm là các yếu tố nguy cơ độc lập dẫn đến tăng độ cứng nhu mô gan ở bệnh nhân vảy nến ($p < 0,05$ với OR lần lượt là 232,62; 1,19; 55,05). Hơn thế nữa, các ca nghiên cứu đều có thêm các bằng chứng rối loạn chuyển hóa như ca lâm sàng 1 có chu vi vòng eo to 95 cm (≥ 90 cm), tăng triglyceride huyết thanh 299 mg/dl (≥ 150 mg/dl), tăng đường huyết đói 117 mg/dl (100 - 125 mg/dl), ca lâm sàng 2 có chu vi vòng eo to 106 cm (≥ 90 cm), tăng huyết áp 140/90 mmHg ($\geq 130/85$ mmHg), ca lâm sàng 3 có tăng đường huyết đói 139 mg/dl (100 - 125 mg/dl). Điều đáng chú ý là các bệnh

nhân đều không có triệu chứng lâm sàng liên quan đến gan (rối loạn phân, đầy bụng, nặng tức vùng hạ sườn phải, sao mạch, vàng da, phù, gan to, tuần hoàn bàng hệ) và men gan tăng ít, ca thứ nhất chỉ có tăng nhẹ ALT 35,2 U/L, ca thứ hai có tăng nhẹ AST 43,3 U/L, ALT 51,6 U/L, còn ca thứ ba thì men gan trong giới hạn bình thường. Như vậy, nếu chỉ dựa vào các xét nghiệm máu thường qui mà không làm thêm Fibroscan® thì có thể bác sĩ sẽ bỏ sót các trường hợp có nhiễm mỡ gan, thậm chí xơ gan diễn tiến âm thầm để can thiệp điều trị sớm cho bệnh nhân, giảm thiểu tiến triển nặng của bệnh gan. Mặt khác, việc tầm soát các bệnh lý đồng mắc với bệnh gan như đái tháo đường, tăng huyết áp, xơ vữa mạch máu... cũng đóng vai trò quan trọng trong việc hạn chế các biến chứng nguy hiểm, làm giảm tỉ lệ tử vong của bệnh nhân. Đặc biệt, trên bệnh nhân vẩy nến, việc tầm soát và điều trị các bệnh lý liên quan đến hội chứng chuyển hóa cũng góp phần làm giảm độ nặng của bệnh vẩy nến, gia tăng hiệu quả điều trị và giảm thời gian điều trị cũng như gánh nặng kinh tế cho bệnh nhân.

4. KẾT LUẬN

Bệnh gan nhiễm mỡ liên quan đến chuyển hóa (MAFLD) và các rối loạn chuyển hóa khá phổ biến ở những bệnh nhân vẩy nến. Vì vậy, cần có những nghiên cứu chuyên sâu hơn về vấn đề này để xác định tỉ lệ mắc MAFLD và các yếu tố liên quan, tình trạng đề kháng insulin, mối liên quan giữa MAFLD và vẩy nến. Từ đó đưa ra các khuyến cáo dựa trên y học chứng cứ về việc tầm soát và điều trị sớm bệnh gan và các bệnh đồng mắc khác trên bệnh vẩy nến.

5. KIẾN NGHỊ

Các đề tài về bệnh gan nhiễm mỡ và xơ gan được tiến hành rộng rãi trong chuyên ngành Tiêu hóa - Gan mật; tuy nhiên, trên bệnh nhân vẩy nến, tình trạng bệnh gan nhiễm mỡ và xơ hóa gan chưa được khảo sát nhiều. Do đó, cần thực hiện những nghiên cứu lớn hơn về vấn đề này để xác định tỉ lệ mắc MAFLD và các yếu tố liên quan, mối liên quan giữa MAFLD và vẩy nến cũng như đánh giá tình trạng xơ gan và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân vẩy nến.



Hình 1. Ca lâm sàng 1



Hình 2. Ca lâm sàng 2



Hình 3. Ca lâm sàng 3

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Da Liễu Tp. Hồ Chí Minh (2023). Mô hình bệnh tật Bệnh viện Da Liễu Tp. Hồ Chí Minh năm 2023.
2. Bộ Y tế (2022). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh béo phì.
3. Bộ Y tế (2020). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2.
4. Candia R Ruiz A, Torres-Robles R, Chavez-Tapia N (2015). “Risk of non-alcoholic fatty liver disease in patients with psoriasis: a systematic review and meta-analysis”. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 29(4), pp. 656-62.
5. Chalasani N, Younossi Z, Lavine JE, et al. (2018). “The diagnosis and management of nonalcoholic fatty liver disease: Practice guidance from the American Association for the Study of Liver Diseases”. *Hepatology*, 67(1), pp.328-357.
6. Costache DO, Blejan H, Cojocaru DL, et al. (2024). “Intersecting Pathways: Nonalcoholic Fatty Liver Disease and Psoriasis Duet-A Comprehensive Review”. *Int J Mol Sci*, 25(5).
7. Eslam M, Sanyal AJ, George J, International Consensus P (2020). “MAFLD: A Consensus - Driven Proposed Nomenclature for Metabolic Associated Fatty Liver Disease”. *Gastroenterology*, 158(7), pp. 1999-2014
8. Eslam M, Newsome PN, Sarin SK, et al. (2020). “A new definition for metabolic dysfunction-associated fatty liver disease: An international expert consensus statement”. *J Hepatol*, 73(1), pp.202-209.
9. Giovanni Damiani, Nicola Luigi Bragazzi, Chante Karimkhani Aksut (2019). “The Global, Regional, and National Burden of Psoriasis: Results and Insights From the Global Burden of Disease 2019 Study”. *Frontiers in Medicine*, 8, pp. 743180.
10. Jun BG, Park WY, Park EJ, et al (2017). “A prospective comparative assessment of the

- accuracy of the FibroScan in evaluating liver steatosis". PLoS One, 12(8), pp.e0182784.
11. Mikolasevic I, Orlic L, Franjic N, Hauser G, Stimac D, Milic S (2016). "Transient elastography (FibroScan®) with controlled attenuation parameter in the assessment of liver steatosis and fibrosis in patients with nonalcoholic fatty liver disease - Where do we stand?". World Journal of Gastroenterology, 22(32).
 12. N. Vegas - Revenga, I. Urionaguena - Onaindia, N. Plaza - Aulestia (2024). "Prevalence and severity of maflD in psoriatic disease: are we missing something?". BMJ Journal, 83 (1).
 13. Ogdie A, Grewal SK, Noe MH, et al. (2018). "Risk of Incident Liver Disease in Patients with Psoriasis, Psoriatic Arthritis, and Rheumatoid Arthritis: A Population-Based Study". J Invest Dermatol, 138(4), pp.760-767.
 14. Olveira A, Herranz P, Montes ML (2019). "Psoriasis and fatty liver: a harmful synergy". Rev Esp Enferm Dig, 111(4), pp.314-319.
 15. V. W. Wong et al. (2010). "Diagnosis of fibrosis and cirrhosis using liver stiffness measurement in nonalcoholic fatty liver disease". Hepatology, 51(2), pp.454-62
 16. Xu L, Lu W, Li P, Shen F, Mi Y-Q, Fan J-G (2017). "A comparison of hepatic steatosis index, controlled attenuation parameter and ultrasound as noninvasive diagnostic tools for steatosis in chronic hepatitis B. Digestive and Liver Disease", 49(8), pp.910-917