

Khảo sát một số yếu tố liên quan, đặc điểm lâm sàng bệnh lichen xơ teo sinh dục

Describing the clinical characteristics of genital lichen sclerosis and its related factors

Hoàng Thị Hoạt*,
Phạm Thị Lan**,
Nguyễn Ngọc Ánh***

**Bệnh viện Bạch Mai,*
***Bệnh viện Da liễu Trung ương,*
****Bệnh viện Phụ sản Hà Nội*

Tóm tắt

Mục tiêu: Khảo sát một số yếu tố liên quan, đặc điểm lâm sàng bệnh lichen xơ teo sinh dục. *Đối tượng và phương pháp:* 54 bệnh nhân lichen xơ teo sinh dục đến khám và điều trị tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 01/2016 đến tháng 12/2018. *Kết quả:* Bệnh chủ yếu gặp ở nữ chiếm 90,7% hay gặp ở nông thôn với tỷ lệ 63% ở nhiều nhóm nghề nghiệp khác nhau như làm ruộng, hưu trí công nhân viên chức... Trong số bệnh nhân có 3 cặp mẹ con cùng bị bệnh chiếm 11,1%. Triệu chứng thường gặp là ngứa mức độ nhiều vùng sinh dục trên bệnh nhân có tổn thương vết trắng (màu trắng sứ) xung quanh phần sinh dục hậu môn. *Kết luận:* Bệnh gặp ở cả 02 giới nữ nhiều hơn nam, không tìm thấy mối liên quan giữa bệnh với nghề nghiệp của họ. Ngứa là triệu chứng hay gặp, còn triệu chứng đau và bỏng rát thường ít gặp và nhẹ hơn. Dấu hiệu lâm sàng thường gặp là vết trắng sứ dày sừng (giai đoạn sớm) hoặc teo (giai đoạn muộn) vùng sinh dục và hậu môn.

Từ khóa: Bệnh lichen xơ teo sinh dục, chẩn đoán lichen xơ teo.

Summary

Objective: To describe the clinical characteristics of genital lichen sclerosis and its related factors. *Subject and method:* 54 patients with genital lichen sclerosis treatment at National Hospital of Dermatology 01/2016 to 12/2018. *Result:* The genital lichen sclerosis was mostly seen in females (90.7%) and in which, 63% of patients lived in the rural areas with many different occupations such as farming, retirement, and employees... etc. Interestingly, 3 couples (mother-daughter) had the same disease, accounting for 11.1%. The most common symptom was itching with the smooth, porcelain white plaque around anogenital area. *Conclusion:* This disease was seen in both sex, females were dominant than their counterparts. There was no relationship between the disease and occupation. Itching was mostly seen and the common clinical examination was porcelain white plaque with follicular plugs (early stage) or atrophic (late stage) in anogenital area.

Keywords: Genital lichen sclerosis, diagnosis lichen sclerosis.

Ngày nhận bài: 14/10/2019, ngày chấp nhận đăng: 16/10/2019

Người phản hồi: Hoàng Thị Hoạt, Email: tshoat@gmail.com - Bệnh viện Bạch Mai

1. Đặt vấn đề

Lichen sclerosus (LS) được Hallopeau [1] mô tả lần đầu tiên vào năm 1887. Năm 1892, dựa vào đặc điểm mô bệnh học Darier gọi bệnh là lichen phẳng xơ [2]. Năm 1976 gọi tên bệnh là lichen xơ teo.

LS là một bệnh viêm da mạn tính có thể xuất hiện ở mọi lứa tuổi. Chênh lệch giữa nam và nữ về số người mắc bệnh là từ 1 : 6 đến 1 : 10. Tuổi mắc bệnh trung bình hay gặp ở nữ là 50 - 60 tuổi, ở nam là 30 - 49 tuổi. Năm 1971, nghiên cứu của Wallace ước tính tỷ lệ bệnh khoảng 0,1% đến 0,3% trong tổng số các bệnh nhân đến khám da liễu nói chung [3].

LS (Lichen sclerosus) được mô tả bằng nhiều thuật ngữ khác nhau “hình số 8” hình “lỗ khóa” hoặc “con bướm” - hình ảnh chiếc đồng hồ cát xung quanh vùng hậu môn sinh dục (thường vùng âm hộ và hậu môn) “da mỏng như tờ giấy” hoặc “giấy cuộn thuốc lá” [4]. Ở nữ giới, tổn thương có thể thành sẹo dẫn đến dính môi nhỏ, hẹp đường vào âm đạo, che lấp âm vật dẫn đến đau khi quan hệ sinh dục. Nếu tổn thương ở quanh hậu môn có thể dẫn đến đau khi đại tiện, thậm chí chảy máu. Ở nam giới, LS thường xuất hiện ở thân dương vật, bao quy đầu gây chít hẹp bao quy đầu, đau khi cương dương, xuất tinh, hẹp niệu đạo, tắc nghẽn đường tiểu, khó khăn khi đi tiểu. LS ảnh hưởng trầm trọng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, đặc biệt về chức năng tình dục. Ngứa và đau có thể kéo dài dù tình trạng viêm đã được kiểm soát. Nguy cơ ung thư tế bào vảy ở vùng sinh dục đối với bệnh nhân LS là từ 4 - 5% [5].

Việc chẩn đoán LS thường dựa vào triệu chứng lâm sàng. Tuy nhiên, chẩn đoán có thể khó khăn trong giai đoạn đầu của bệnh. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đưa ra dấu hiệu nhằm chẩn đoán LS sớm.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng và công cụ nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu gồm 54 bệnh nhân (BN) đến khám được chẩn đoán lichen xơ teo sinh dục và điều trị tại Bệnh viện Da liễu Trung ương và Khoa Da liễu, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2016 đến ngày 31/12/2018.

Tiêu chuẩn chẩn đoán dựa vào lâm sàng và mô bệnh học

Triệu chứng lâm sàng: Dát hoặc sẩn màu đỏ hoặc trắng sứ, có thể trợt, dày sừng, vết nứt, dính, hẹp, teo ở niêm mạc sinh dục.

Triệu chứng cơ năng: Ngứa, rát, đau, đau khi quan hệ tình dục.

Xét nghiệm chẩn đoán mô bệnh học: Sinh thiết da tại tổn thương thấy thượng bì tăng sừng hoặc teo, thoái hóa lỏng lẻo đáy với xốp bào nhẹ, tăng sinh collagen và xâm nhập lympho bào ở trung bì.

Vật liệu nghiên cứu

Dữ liệu thu được từ mẫu phiếu nghiên cứu.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang.

Mẫu nghiên cứu

Là cỡ mẫu thuận tiện từ các bệnh nhân được chẩn đoán LS sinh dục tại Bệnh viện Da liễu Trung ương, Khoa Da liễu và Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 05/2016 đến ngày 31/12/2018.

Các bước tiến hành

Khám, thu thập thông tin bệnh nhân đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn đưa vào nghiên cứu.

Tiêu chí đánh giá

Mỗi chỉ số triệu chứng cơ năng ngứa, bỏng rát, đau được bệnh nhân tự đánh giá theo thang điểm từ 0 - 3 điểm: 0: Không, 1: Ít, 2: Nhiều, 3:

Rất nhiều. Như vậy, tổng điểm triệu chứng cơ năng là 09 điểm.

Điểm số thực thể đánh giá theo phương pháp của Günthert và cộng sự [6] dựa trên sáu đặc điểm lâm sàng: Vết trợt, dày sừng, vết nứt, mức độ dính, mức độ hẹp, teo. Mỗi đặc điểm được chấm điểm trên thang điểm Likert, cụ thể như sau:

0 điểm: Tổn thương ở mức độ không phát hiện được trên lâm sàng.

1 điểm: Tổn thương ở mức độ trung bình.

2 điểm: Tổn thương ở mức độ nặng.

Như vậy, tổng điểm triệu chứng thực thể là 12 điểm.

Cách quy ước mức độ bệnh

Mức độ nhẹ: Tổng số điểm thực thể và cơ năng < 5.

Mức độ trung bình: Tổng số điểm thực thể và cơ năng từ 5 - 12.

Mức độ nặng: Tổng số điểm thực thể và cơ năng > 12.

2.3. Xử lý số liệu

Bảng 1. Triệu chứng cơ năng của bệnh nhân nhóm nghiên cứu (n = 54)

Triệu chứng	0 - Không		1 - Ít		2 - Nhiều		3 - Rất nhiều	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Ngứa	3	5,6	3	5,6	29	53,7	19	35,2
Bồng rât	34	63,0	13	24,1	7	13,0	0	0
Đau	37	68,5	10	18,5	6	11,1	1	1,9

Bảng 1 cho thấy, mức độ xuất hiện các triệu chứng cơ năng ở 54 bệnh nhân đến khám lần đầu, qua đó cho thấy hầu hết (89%) bệnh nhân có triệu chứng “ngứa” ở mức độ “nhiều” hoặc “rất nhiều”, trong khi các triệu chứng “bồng rât” hoặc “đau” chỉ biểu hiện ở 1/3 số bệnh nhân, chủ yếu là mức độ “ít” (24,1% và 18,5%) và hiếm khi (13% và 12,0%) ở mức độ “nhiều” hay “rất nhiều”.

Bảng 2. Triệu chứng thực thể của bệnh nhân nhóm nghiên cứu (n = 52)

Triệu chứng	0 - Không		1 - Trung bình		2 - Nặng	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Vết trợt	8	15,4	26	50,0	18	34,6
Dày sừng	0	0	11	21,2	41	78,8
Vết nứt	25	48,1	24	46,2	3	5,8
Mức độ dính	17	32,7	12	23,1	23	44,2

Các số liệu thu thập được xử lý theo phương pháp phân tích thống kê trên máy vi tính sử dụng phần mềm Epi Info, SPSS, Stata.

Các test thống kê được kiểm định với sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.4. Tính đạo đức trong nghiên cứu

Những dữ liệu trên chỉ thu thập cho mục đích nghiên cứu, được sự đồng ý, hợp tác của bệnh nhân sau khi đã nghe giải thích về mục đích và yêu cầu của nghiên cứu.

3. Kết quả

Trong tổng số bệnh nhân nghiên cứu không thấy có tiền sử bệnh như tiểu đường, rụng tóc, bệnh máu sùi mào gà, giang mai, lậu, Chlamydia. Chỉ có 01 bệnh nhân bạch biến (1,9%) và 01 bệnh nhân có bệnh tuyến giáp (1,9%). Cũng như chỉ có 6 bệnh nhân có tiền sử gia đình lichen xơ teo (11,1%).

Có 2 BN không khám hoàn thiện được triệu chứng thực thể do bị rong kinh và đã nông miệng sáo do chít hẹp.

Mức độ hẹp	24	46,1	7	13,5	21	40,4
Teo	17	32,7	14	26,9	21	40,4

Các triệu chứng thực thể (52 bệnh nhân) được tổng hợp trong Bảng 2, với “dày sừng” xuất hiện ở tất cả các bệnh nhân (78,8% nặng, 21,2% trung bình), “vết trượt” có ở 85% bệnh nhân, “dính” thể hiện mức “nặng” ở 44,2% và mức “trung bình” ở 23,1% bệnh nhân, “hẹp” thể hiện mức “nặng” và mức “trung bình” tương ứng ở 46,1% và 13,5% bệnh nhân.

Bảng 3. Mức độ bệnh tại lần khám đầu tiên của các nhóm đối tượng (n = 52)

		Mức độ bệnh					
		Nhẹ		Trung bình		Nặng	
		n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam (n = 4) 7,7%	0	0,0	4	100,0	0	0,0
	Nữ (n = 48) 92,3%	2	4,2	29	60,4	17	35,4
Nhóm tuổi	Dưới 12 tuổi (n = 12)	2	16,7	10	83,3	0	0,0
	12 đến dưới 30 (n = 6)	0	0,0	5	83,3	1	16,7
	30 đến dưới 40 (n = 9)	0	0,0	7	77,8	2	22,2
	40 đến dưới 50 (n = 8)	0	0,0	6	75,0	2	25,0
	50 đến dưới 60 (n = 7)	0	0,0	3	42,9	4	57,1
	60 trở lên (n = 10)	0	0,0	2	20,0	8	80,0
Nghề nghiệp	Làm ruộng (n = 9)	0	0,0	5	55,6	4	44,4
	Học sinh, sinh viên (n = 14)	2	14,3	12	85,7	0	0,0
	Công nhân viên chức (n = 11)	0	0,0	8	72,7	3	27,3
	Nghề tự do (n = 11)	0	0,0	7	63,6	4	36,4
	Hưu trí (n = 7)	0	0,0	1	14,3	6	85,7
Tổng	(n = 52)	2	3,8	33	63,5	17	32,7

Tổng hợp các triệu chứng cơ năng và triệu chứng thực thể, bệnh nhân được phân thành các mức độ bệnh “nhẹ”, “trung bình” và “nặng”, phân bố được mô tả trong Bảng 3. Cụ thể, trong tổng số 52 BN điều trị có 3,8% mức độ nhẹ, 63,5% mức độ trung bình, 32,7% mức độ nặng. Phân theo nhóm tuổi, ta thấy tuổi bệnh nhân càng cao thì mức độ bệnh càng nặng: Mức độ bệnh “nhẹ” chỉ có ở nhóm trẻ em dưới 12 tuổi. Ở các nhóm tuổi sau đó, tỷ lệ bệnh nhân bị bệnh nặng tăng liên tục từ 16,7% ở nhóm “12 - 30 tuổi” lên 22,2%, 25,0%, 51,1% ở các nhóm tuổi kế tiếp và đạt tới 80,0% ở nhóm tuổi “60 trở lên”.

4. Bàn luận

Ở nữ giới, bệnh xảy ra đa phần sau độ tuổi mãn kinh, tuổi trung bình khởi phát bệnh là 50 - 60, chỉ có 15% khởi phát bệnh ở trẻ gái trước dậy thì. Powell và Wojnarowska [7] cho thấy, tỷ lệ hiện mắc LS ở nữ giới trước tuổi dậy thì là 0,1%. Trong nghiên cứu này số BN nam chỉ có 5 chiếm 9,3% trong khi có 49 BN nữ chiếm 90,7% phù hợp với các nghiên cứu trước đây bệnh chủ yếu gặp ở nữ. Ngược lại, ở nam giới, bệnh khởi phát sớm hơn, trung bình từ 30 - 49 tuổi. Kizer và cộng sự [8] nghiên cứu 153.432 bệnh nhân nam thì có 0,07% được chẩn đoán LS.

Bệnh hay gặp ở nông thôn với tỷ lệ lên đến 63%, thành thị chỉ chiếm 37% và nằm ở nhiều nhóm nghề nghiệp khác nhau: Làm ruộng 16,7%, học sinh sinh viên 27,8%, công nhân viên chức 22,2%, nghề tự do chiếm 20,4%, hưu trí chỉ 13%. Điều đó có thể do khác biệt về điều kiện kinh tế và trình độ dân trí mà không có sự khác biệt về nghề nghiệp giữa các nhóm bệnh nhân. Có thể do BN thường nghĩ bệnh này khám ở Chuyên khoa Sản hoặc Nam học. Cũng như Goldstein và cộng sự [9] thấy 1,7% tỷ lệ LS âm hộ khám phụ khoa.

Theo lời kể của một số BN trước khi đến khám da liễu họ đã khám sản và điều trị ở chuyên khoa Sản trong thời gian dài và được bác sỹ sản khoa tư vấn là bị bạch sản hoặc nấm điều trị 03 tháng mà không đỡ thì phẫu thuật. Tương tự như nghiên cứu của các tác giả trước đây bệnh nhân có thể khám ở rất nhiều chuyên khoa khác nhau như: Sản, Nhi, Tiết niệu... Cũng chính vì thế rất khó xác định được tỷ lệ chính xác của bệnh. Mặt khác rất nhiều các bác sỹ còn chưa biết nhiều về bệnh này hoặc chưa nghe thấy bao giờ nên việc chẩn đoán, đặc biệt là chẩn đoán sớm gặp khó khăn.

Khai thác trong nhóm nghiên cứu chỉ thấy có 01 BN kèm theo bạch biến chiếm 1,9% và 01 BN có bệnh lý tuyến giáp (nhân tuyến giáp) chiếm 1,9%. BN bị bạch biến đó bị rất nhiều vùng trong cơ thể như quanh miệng, mặt, thân mình, bàn tay. Còn chưa có những BN có bệnh lý khác như tiểu đường, rụng tóc từng vùng, bệnh tự miễn, và bệnh lây truyền qua đường tình dục như sùi mào gà, giang mai, Clamydia, lậu, bệnh máu mạn tính.

Có 3 cặp mẹ con cùng bị LS trong nghiên cứu này chiếm 11,1%, còn chưa thấy có tiền sử các bệnh khác như ung thư vòm mũi họng và bệnh lý tự miễn khác. Phù hợp với các nghiên cứu trước đây cho rằng bệnh có tính chất gia đình.

Dấu hiệu thường gặp là vết màu trắng sù xung quanh bộ phận sinh dục có khi cả hậu môn, da thường mỏng hoặc dày lên, có thể có các vết xước xung huyết hay xuất huyết. Đôi khi kèm

theo một số đốm nâu thay đổi sắc tố xen lẫn. Có 01 bé gái 12 tuổi rong kinh kéo dài đã hơn 01 năm, 01 BN nam chít hẹp lỗ niệu đạo làm tia nước tiểu yếu phù hợp với nghiên cứu của Depasquale [10].

Triệu chứng cơ năng ngứa hay gặp gây rất nhiều phiền toái trong cuộc sống cũng như ảnh hưởng đến tâm lý thiếu tự tin (mặc cảm) cho bệnh nhân. Cảm giác ngứa nhiều làm ảnh hưởng đến chất lượng cũng như hiệu quả công việc. Nhưng cũng có 02 BN không có cảm giác ngứa nhiều mà chỉ cảm giác như vướng phải rằm cảm giác rậm tại vùng sinh dục, và cảm thấy tương tức vùng gần hậu môn hay thì thoảng thấy đau như trong y văn mô tả. Ngoài triệu chứng ngứa hay gặp thì cũng có triệu chứng như cảm giác bỏng rát (37,1%), đau tại vùng tổn thương với tỷ lệ 31,5%.

Với từng giai đoạn và mức độ bệnh có rất nhiều các triệu chứng cơ năng như vết trợt, vết nứt, dày sừng xuất hiện thứ phát do bệnh nhân ngứa cào gãi gây ra với mức độ khác nhau. Thậm chí còn có cả biến đổi cấu trúc bộ phận sinh dục như dính (67,3%), hẹp (53,9%), teo (67,3%).

5. Kết luận

Lichen xơ teo sinh dục gặp ở nữ 92,3% nhiều hơn nam 7,7%.

Triệu chứng ngứa là triệu chứng hay gặp còn triệu chứng đau và bỏng rát thường ít gặp và nhẹ hơn.

Triệu chứng dày sừng gặp ở hầu hết các BN.

Tài liệu tham khảo

1. Hallopeau H (1887) *Du lichen plan et particulièrement de sa forme atrophiquen lichen plan scléreux*. Ann. Dermatol. Syphiligr 8: 790-791
2. Darier J (1892) *Lichen plan scléreux*. Ann. Dermatol. Syphiligr 3: 833-837.
3. Wallace HJ (1971) *Lichen sclerosus et atrophicus*. Trans. St. Johns. Hosp. Dermatol. Soc 57(1): 9-30.

4. Ferri F, Cooper SM, Arnold SJ (2016) *Ferri's Clinical Advisor*. Philadelphia, PA: Elsevier;. Vulvar lichen sclerosis. http://www.uptodate.com/contents/vulvar-lichen-sclerosis?source=search_result&search=vulvar+lichen+sclerosis&selectedTitle=1~13.
5. Neill SM, Lewis FM, Tatnall FM, Cox NH (2010) *British association of dermatologists. British association of dermatologists' guidelines for the management of lichen sclerosis 2010*. Br J Dermatol 163(4): 672-682.
6. Günthert AR, Duclos K, Jahns BG, Krause E, Amann E, Limacher A et al (2012) *Clinical scoring system for vulvar lichen sclerosis*. J Sex Med 9: 2342-2350.
7. Powell J, Wojnarowska F (2001) *Childhood vulvar lichen sclerosis: An increasingly common problem*. J Am Acad Dermatol 44: 803-806.
8. Kizer WS, Prarie T, Morey AF (2003) *Balanitis xerotica obliterans: Epidemiologic distribution in an equal access health care system*. South Med J 96: 9.
9. Goldstein AT, Marinoff SC, Christopher K et al (2005) *Prevalence of vulvar lichen sclerosis in a general gynecology practice*. J Reprod Med 50: 477-480.
10. Depasquale I, Park AJ, Bracka A (2000) *The treatment of balanitis xerotica obliterans*. BJU Int 86: 459-465.