

Phân tích các đặc điểm lâm sàng của bớt Ota hai bên: thể lâm sàng hiếm gặp

Analysis of the clinical characteristics of bilateral nevus of Ota: A rare manifestation type

Lê Thị Thu Hải*, Bàn Nguyễn Thị Hằng*,
Đoàn Ngọc Giang Lâm*, Nguyễn Thị Hồng Minh**

*Bệnh viện Trung ương Quân đội 108,
**Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương,

Tóm tắt

Mục tiêu: Phân tích đặc điểm lâm sàng về bớt Ota hai bên ở bệnh nhân khám và điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang đánh giá đặc điểm lâm sàng và hình ảnh của 33 bệnh nhân bớt Ota hai bên. Phân tích thống kê so sánh kết quả và đánh giá các yếu tố liên quan. **Kết quả:** Hơn 2 vùng phân nhánh của dây thần kinh V chiếm hầu hết bệnh nhân (90,91%), tổn thương trước 10 tuổi 24/33 bệnh nhân (72,73%); 2/3 trong số những bệnh nhân này (25/33) có tổn thương ở niêm mạc. **Kết luận:** Đặc điểm lâm sàng của bớt Ota rất đa dạng. Tổn thương bớt Ota hai bên mặt là rất hiếm, cần phải theo dõi da liễu và nhãn khoa ở những bệnh nhân bị bớt Ota hai bên.

Từ khóa: Bớt Ota hai bên, tăng sắc tố, sắc tố.

Summary

Objective: To analyze the clinical data on bilateral nevus of Ota in patients examination and treatment at 108 Military central Hospital. **Subject and method:** A cross-sectional descriptive study of ota's nevus was conducted by reviewing the clinical characteristics and photographs of thirty-three patients. Statistical analysis was used to compare outcomes and determine contributing factors. **Result:** More than 2 regions were involved in most patients (90.91%), the lesion was seen at less than 10 years in 24/33 patients (72.73%); two-thirds of these patients (25 of 33) had ocular or mucosal involvement. **Conclusion:** The clinical feature of Ota's nevus is so complicated. Bilateral involvement is rare, the follow up dermatological and ophthalmic surveillance of patients with bilateral nevus of Ota is necessary.

Keywords: Bilateral nevus of Ota, hyperpigmentation, pigmentation.

1. Đặt vấn đề

Bớt Ota là một bệnh lý sắc tố da bẩm sinh lành tính vùng mặt đặc trưng bởi các dát màu nâu, nâu tím, tím xanh hoặc xanh đen thường tập trung ở vùng chi phối của dây thần kinh V [1].

Ngày nhận bài: _____, ngày chấp nhận
đăng: _____
Người phản hồi: _____

Trên lâm sàng thường rất hiếm xuất hiện ở hai bên của khuôn mặt (tỷ lệ mắc bớt Ota khoảng 0,02% dân số châu Á [2], thể hai bên chỉ xấp xỉ 5% trường hợp bớt Ota [3]). Bớt Ota có thể lan rộng và ngày càng đậm lên gây ảnh hưởng đến thẩm mỹ và tâm lý người bệnh. Thể bớt Ota hai bên thường gặp với biểu hiện lâm sàng diện tích rộng, màu sắc đậm và tỷ lệ xuất hiện ở vùng niêm mạc khá cao [4], ngoài ra có thể kết hợp với bệnh lý khác vùng mặt như bớt rạn vang,

bớt Hori, bạch biến...[1] cho thấy đặc điểm lâm sàng rất đa dạng, mức độ nặng và thách thức điều trị của bớt Ota hai bên so với thể bớt Ota một bên [5]. Trên thế giới đã có rất nhiều nghiên cứu về bớt Ota từ đặc điểm lâm sàng đến khả năng đáp ứng của bớt với điều trị. Tuy nhiên, các trường hợp bớt Ota biểu hiện ở hai bên mặt gặp rất hiếm và chưa có đánh giá nghiên cứu cụ thể. Tại Việt nam chưa có nghiên cứu nào về bớt Ota hai bên nên chúng tôi thực hiện nghiên cứu này tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 với mục tiêu: *Phân tích các đặc điểm lâm sàng của bớt Ota hai bên: thể lâm sàng hiếm gặp.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Gồm 33 bệnh nhân được chẩn đoán là bớt Ota hai bên, trên 12 tháng tuổi đến khám tại Khu Laser Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ 9/2017 đến 09/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân đến khám được chẩn đoán lâm sàng là bớt Ota thể hai bên; chấp thuận tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân không chấp thuận tham gia nghiên cứu, không chấp thuận lưu trữ hình ảnh..

2.2. Phương pháp

Mô tả cắt ngang. Phân tích thống kê so sánh kết quả và đánh giá các yếu tố liên quan.

Phương tiện, dụng cụ nghiên cứu: Máy ảnh chụp các góc thẳng, nghiêng hai bên mặt.

Các bước tiến hành

Khám và đánh giá lâm sàng:

Khám và đánh giá đặc điểm lâm sàng (điền các tiêu chí theo phiếu điều trị mẫu), tiền sử, bệnh sử các tổn thương sắc tố liên quan.

3. Kết quả

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới (n = 33)

Tuổi	Nữ	Nam	Tổng	Trung bình	Min	Max
------	----	-----	------	------------	-----	-----

Phân loại vị trí tổn thương theo phân nhánh vị trí chi phối của dây thần kinh V.

Chụp ảnh lưu trữ hồ sơ bệnh nhân.

Phân loại theo nhánh dây thần kinh V [1]: Bớt Ota thể hai bên thuộc loại IV, V theo phân loại theo nhánh dây thần kinh V.

Loại I: Tổn thương liên quan đến 1 vùng phân nhánh của dây V:

Ia: Tổn thương theo nhánh mắt.

Ib: Tổn thương theo nhánh hàm trên.

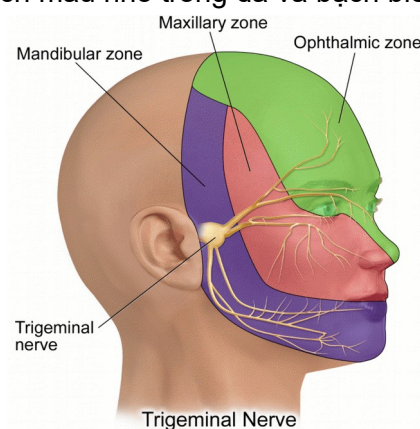
Ic: Tổn thương theo nhánh hàm dưới.

Loại II: Tổn thương liên quan đến 2 vùng phân nhánh của dây V.

Loại III: Tổn thương liên quan đến cả 3 vùng phân nhánh của dây V.

Loại IV: Tổn thương 2 bên theo các vùng phân nhánh của dây V [IVa: Cân xứng 2 bên; IV b: Không cân xứng].

Loại V: Bớt ota phức tạp theo các vùng phân nhánh của dây V đi kèm với Port- wines stain, giãn mạch máu nhỏ trong da và bạch biến.



Hình 1. 3 nhánh chi phối vùng mặt của dây thần kinh V

2.3. Xử lý số liệu

Xử lý số liệu bằng thuật toán thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0.

≤ 6	4	0	4	22,7 ± 15,16	2	65
7 - 40	17	7	24			
≥ 40	5	0	5			
Tổng	26	7	33			

Nhận xét: Tuổi trung bình: 22,7 ± 15,16. Tỷ lệ nữ/nam: 26/7 là 3,71/1.

Bảng 2. Phân bố theo các nhánh dây V và tuổi khởi phát bệnh (n = 33)

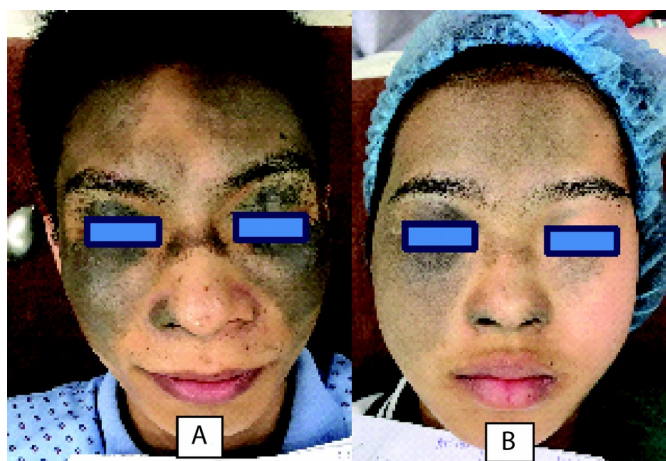
Tuổi khởi phát	Tổn thương tương ứng phân nhánh dây V			Tổng	
	1 nhánh	2 nhánh	3 nhánh	n	Tỷ lệ %
< 10 tuổi	2	13 (39,39%)	9 (27,27%)	24	72,73
		17 (66,67%)			
10 - 20 tuổi	1	5	1	7	21,21
> 20 tuổi	0	1	1	2	6,06
Tổng	3	19 (57,58%)	11 (33,33%)	33	100
		30 (90,91%)			

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng phân bố diện tích rộng ≥ 2 nhánh của dây thần kinh V (30/33 trường hợp) chiếm 90,91%. Khởi phát bệnh < 10 tuổi chiếm tỷ lệ 72,73%.

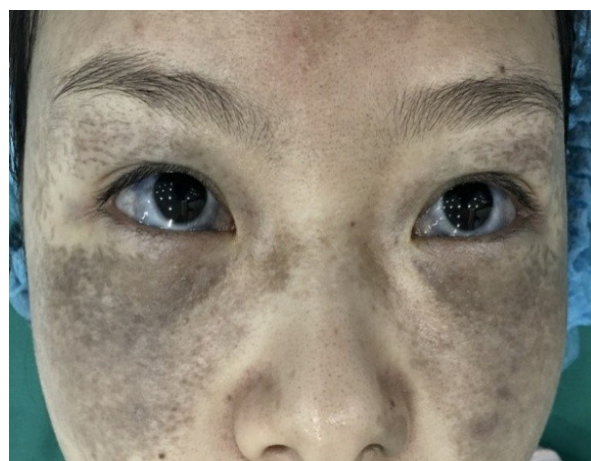
Bảng 3. Phân bố theo vị trí kết hợp (n = 32)

Vị trí bắt Ota niêm mạc	n	Tỷ lệ %	
Củng mạc	15	45,45	25/33 (75,76%)
Niêm mạc mũi	19	57,58	
Niêm mạc hầu họng	2	6,06	
Các tổn thương khác phối hợp (u mạch máu, bạch biến...)	3	9,09	

Nhận xét: Tổn thương niêm mạc hay gặp nhất ở vị trí mũi, củng mạc mắt chiếm 57,58% và 45,45%. Tỷ lệ trường hợp có tổn thương ở niêm mạc: 25/33 trường hợp với 75,76%. Các rối loạn sắc tố gặp phải phối hợp với bắt Ota là bắt Hori, bắt rượu vang.



Hình 2. Bớt Ota 2 bên đối xứng(A), không đối xứng(B)



Hình 3. Bớt Ota 2 bên ở củng mạc mắt



Hình 4. Bớt Ota 2 bên ở vị trí vòm miệng



Hình 5. Bớt Ota 2 bên kết hợp bớt rượu vang



Hình 6. Bớt Ota 2 bên
ở 1 nhánh dây V



Hình 7. Bớt Ota 2 bên
ở 2 nhánh dây V



Hình 8. Bớt Ota 2 bên
ở 3 nhánh dây V

4. Bàn luận

Bớt Ota là bệnh lý rối loạn sắc tố vùng mặt ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ, đặc biệt với thể bớt Ota 2 bên thường gặp với biểu hiện lâm sàng diện tích rộng và màu sắc đậm gây ảnh hưởng nặng nề tới tâm lý của người bệnh, với trẻ nhỏ bệnh có thể ảnh hưởng nặng nề tới tâm lý. Các tác giả cho rằng có một số khía cạnh liên quan đến bớt Ota, một trong các yếu tố đó là giới tính. Các nghiên cứu đều chỉ ra bớt Ota gặp ở nữ nhiều hơn nam với tỷ lệ nữ/nam gấp 3 - 5 lần. Tỷ lệ nữ /nam trong nghiên cứu của chúng tôi là 3,71/1 tương tự với Huang Wen-hui và cộng sự là 4,24/1 [1].

Theo nghiên cứu của chúng tôi 24 bệnh nhân (72,73%) xuất hiện bớt Ota ngay sau khi sinh hoặc ở độ tuổi nhi đồng < 10 tuổi, tỷ lệ này khá tương đồng so với nghiên cứu trước đó của các tác giả [6], [7], xuất hiện từ 10 đến 20 tuổi có 7 bệnh nhân (21,21%), Theo nghiên cứu của Hidano A, Kajima H khi phân tích 240 bệnh nhân bớt Ota (1 bên và 2 bên) nhận thấy 48% thương tổn xuất hiện ngay sau khi sinh, 11% phát triển trong vòng 1 - 10 tuổi, 36% phát triển khi 11 - 20 tuổi, kết quả nghiên cứu của chúng tôi

tương đối phù hợp với nghiên cứu của tác giả Hidano và cộng sự [6] với 2 đỉnh độ tuổi khởi phát bớt Ota là giai đoạn sơ sinh- nhi đồng và giai đoạn xung quanh tuổi dậy thì. Bớt Ota có tuổi khởi bệnh trước 10 tuổi chiếm tỉ lệ rất cao điều này có thể là do đặc điểm địa lí, khí hậu và gen di truyền như hay gặp ở người châu Á (Nhật Bản, Trung Quốc, Việt Nam...). Đa số các trường hợp bớt Ota khởi phát ở thời kì sơ sinh và tăng dần về màu sắc và diện tích. Do đó, bố mẹ bệnh nhi thường lo lắng nên cho trẻ đi điều trị sớm (nhỏ nhất 2 tuổi và độ tuổi trung bình của bớt Ota đến khám và điều trị là 22,7). Như vậy, bớt Ota khởi phát sớm, tiến triển sắc tố đậm dần lên và kích thước bớt cũng tăng theo thời gian, điều này một lần nữa đặt ra vấn đề điều trị sớm bớt Ota, giúp rút ngắn liệu trình điều trị và tiết kiệm chi phí cho người bệnh.

Ngoài tổn thương trên da, bớt Ota còn biểu hiện tại vùng niêm mạc. Theo Hidano A, Kajima H tổn thương niêm mạc trong bớt Ota chủ yếu vùng củng mạc mắt với tỷ lệ 32,2% [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 25/33 bệnh nhân có tổn thương xuất hiện vùng niêm mạc chiếm 75,76%, 45,45% bệnh nhân Ota có thương tổn củng mạc mắt, tỷ lệ thương tổn niêm mạc mũi 57,58%. Tổn

thương bớt Ota có ở vòm họng trên là 6,06% (3/33). Tỷ lệ này của chúng tôi là khá cao so với tỷ lệ gặp ở mắt niêm mạc của bớt Ota một bên. Cùng với kết quả ở bảng 3.2, bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng phân bố diện tích rộng > 2 nhánh của dây thần kinh V (30/33 trường hợp) chiếm 90,91%, tỷ lệ bệnh nhân bớt ota khởi phát < 10 tuổi có tổn thương tương ứng phân nhánh của dây thần kinh V diện tích rộng từ 2 - 3 nhánh trên vùng mặt là 72,73%. Chúng tôi thấy rằng những bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng xuất hiện ở tuổi khởi phát càng sớm thì mức độ tổn thương càng rộng và có sự tham gia của tổn thương niêm mạc càng nhiều. Tỷ lệ bệnh nhân có diện tích bớt rộng và tổn thương kết hợp ở vùng niêm mạc khá cao ở thể bớt Ota 2 bên cho thấy mức độ nặng và thách thức điều trị của bớt Ota 2 bên so với thể bớt Ota một bên.

Bệnh tăng nhãn áp và u ác tính trong sọ mắt là những bệnh hiểm gặp trên bệnh nhân bớt Ota 2 bên, tuy nhiên vẫn có trường hợp được ghi nhận trong y văn hiếm gặp là khối u ác tính trong não và có nghiên cứu cho thấy, các tế bào sắc tố trong các tế bào được nuôi cấy từ các mô da bớt Ota một phần không bình thường, gần giống với những tế bào được tìm thấy trong ung thư tế bào hắc tố. Chính vì vậy việc kiểm tra và theo dõi các trường hợp bớt Ota thể nặng như bớt Ota 2 bên là cần thiết [8]. Tầm quan trọng của việc giám sát chặt chẽ về da liễu và nhãn khoa đối với những bệnh nhân bị bớt Ota được cần quan tâm nhiều hơn.

Trong nghiên cứu của Kar và cộng sự, đưa ra yếu tố tiên lượng điều trị kém hơn ở bệnh nhân bớt ota 2 bên, thời gian điều trị kéo dài hơn, với nguy cơ tăng sắc tố sau viêm trong quá trình điều trị cao hơn [5]. Vì vậy việc chẩn đoán và phân loại bớt Ota 2 bên và việc phân loại đánh giá các yếu tố liên quan đến hiệu quả điều trị dự kiến sẽ là nội dung chúng tôi sẽ nghiên cứu về sau để đạt hiệu quả cao nhất trong điều trị bớt Ota nói chung và thể bớt Ota 2 bên nói riêng.

5. Kết luận

Bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng phân bố diện tích rộng > 2 nhánh của dây thần kinh V (30/33 trường hợp) chiếm 90,91%, 75,76% bệnh nhân có tổn thương đến niêm mạc. Tỷ lệ bệnh nhân bớt ota khởi phát < 10 tuổi có tổn thương tương ứng phân nhánh của dây thần kinh V diện tích rộng từ 2 - 3 nhánh trên vùng mặt là 72,73%.

Tổn thương bớt Ota 2 bên mặt là rất hiếm. Đặc điểm lâm sàng của bớt Ota rất đa dạng, cần phải theo dõi da liễu và nhãn khoa ở những bệnh nhân bị bớt Ota hai bên.

Tài liệu tham khảo

1. Huang WH et al (2013) *A new classification of nevus of Ota*. Chin Med J (Engl) 126(20): 3910-3914.
2. Seo HM, Choi CW, Kim WS (2015) *Beneficial effects of early treatment of nevus of Ota with low-fluence 1,064-nm Q-switched Nd:YAG laser*. Dermatol Surg 41(1): 142-148.
3. Yang J et al (2016) *Analysis of 28 Chinese Cases of Bilateral Nevus of Ota and Therapeutic Results With the Q-Switched Alexandrite Laser*. Dermatol Surg 42(2): 242-248.
4. Turnbull JR et al (2004) *Bilateral naevus of Ota: A rare manifestation in a Caucasian*. J Eur Acad Dermatol Venereol 18(3): 353-355.
5. Kar HK and Gupta L (2011) *1064nm Q switched Nd: YAG laser treatment of nevus of Ota: An Indian open label prospective study of 50 patients*. Indian J Dermatol Venereol Leprol 77(5): 565-570.
6. Hidano A et al (1967) *Natural history of nevus of Ota*. Arch Dermatol 95(2): 187-195.
7. Wang B et al (2016) *Induction of melasma by 1064-nm Q-switched neodymium:yttrium-aluminum-garnet laser therapy for acquired bilateral nevus of Ota-like macules (Hori nevus): A study on related factors in the Chinese population*. J Dermatol 43(6): 655-661.
8. Bisceglia M et al (1997) *[Nevus of Ota. Presentation of a case associated with a*

cellular blue nevus with suspected malignant

degeneration and review of the literature].
Pathologica 89(2): 168-174.