

Phân loại đặc điểm lâm sàng bớt Ota trên 176 trường hợp

A study on the clinical characteristics of nevus of Ota: Analysis of 176 cases

Bà Nguyễn Thị Hằng, Lê Thị Thu Hải

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân bớt Ota 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 176 bệnh nhân bớt Ota. Phân tích thống kê so sánh kết quả và đánh giá các yếu tố liên quan. **Kết quả:** 161 bệnh nhân phân loại được theo Tanino (91,48%), trong đó loại I chiếm 30,7%, loại II chiếm 28,4%, loại III chiếm 24,27%, và loại IV chiếm 5,11%, có 15 bệnh nhân không phân loại được theo Tanino (8,52%). 169 bệnh nhân phân loại được theo PUMCH (96,02%), và bệnh nhân không phân loại được theo PUMCH (3,98%). **Kết luận:** Đặc điểm lâm sàng của bớt Ota rất đa dạng nên chưa có phân loại nào chi tiết bao gồm tất cả các trường hợp.

Từ khóa: Bớt Ota, Tanino, PUMCH.

Summary

Objective: To examination of some clinical features of Ota's nevus patients treated 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 one hundred and seventy-six patients. Statistical analysis was used to compare outcomes and determine contributing factors. **Result:** 161 patients were in accordance with Tanino's classification (91.48%), in which there were cases of type I (30.7%), cases of type II (28.4%), of type III (24.27%), and of type IV (5.11%). The remaining cases were not in line with Tanino's classification 15 (8.52%). 169 patients were in line with PUMCH's classification (96.02%), and 3.98% patients were not 7/176 (3.98%). **Conclusion:** The clinical feature of Ota's nevus is so complicated, there are not any classifications covered all cases.

Keywords: Nevus of Ota, Tanino, PUMCH.

1. Đặt vấn đề

Nevus of Ota (Bớt Ota) là một bệnh lý lành tính của các tế bào sắc tố da bẩm sinh được mô tả lần đầu tiên vào năm 1939 bởi hai bác sỹ người Nhật là Ota và Tanino [6]. Biểu hiện của bệnh là những dát màu nâu, nâu tím, tím xanh hoặc xanh đen thường tập trung ở vùng chi phối của dây V [1], [4]. Những

mảng sắc tố này không chỉ gặp ở da mà còn ở củng mạc, niêm mạc mũi, niêm mạc vòm miệng [1] hoặc kết hợp với các dị dạng mao mạch (Phakomatosis pigmentovascularis) [3]. Bớt Ota có thể lan rộng và ngày càng đậm lên làm ảnh hưởng đến thẩm mỹ và tâm lý người bệnh. Trên thế giới đã có rất nhiều nghiên cứu về bớt Ota từ đặc điểm lâm sàng đến khả năng đáp ứng của bớt Ota với điều trị. Ở Việt Nam cũng có một số tác giả đã công bố kết quả nghiên cứu về bớt Ota, nhưng do đặc điểm lâm sàng rất đa dạng nên chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Góp phần đưa ra những đặc điểm*

Ngày nhận bài: 02/1/2021, *ngày chấp nhận đăng:* 18/1/2021

Người phản hồi: Lê Thị Thu Hải

Email: lethuhai3009@gmail.com - Bệnh viện TWQĐ 108

lâm sàng của nốt Ota theo nhiều cách phân loại của các tác giả trên thế giới.

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Chúng tôi lựa chọn 176 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán và điều trị bằng laser pico - giây Nd:YAG tại Khoa Laser - Phẫu thuật thẩm mỹ, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 5/2017 đến tháng 5/2019 để điều trị.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Các bước tiến hành:

Khám và đánh giá đặc điểm lâm sàng, tiền sử, các yếu tố liên quan.

Phân chia màu sắc trong nốt Ota bao gồm: Nâu, nâu đen, tím xanh và xanh đen.

Đo kích thước nốt Ota dùng giấy bóng kính kẻ ô sẵn (ô có cạnh 1cm × 1cm) lên vùng da bệnh lý sau đó đếm ô.

Phân loại vị trí tổn thương theo phân loại của Tanino và PUMCH.

Phân loại dựa vào vị trí tổn thương theo Tanino, chia thành 4 loại [6], [7]:

Loại I: Mức độ nhẹ: Ia: Tổn thương ở vùng mắt; Ib: Tổn thương vùng gò má; Ic: Tổn thương vùng trán; Id: Tổn thương vùng mũi

Loại II: Mức độ vừa: Vị trí tổn thương ở mi trên, mi dưới, ổ mắt, vùng gò má, má, thái dương, sống mũi và cánh mũi.

Loại III: Mức độ nặng: Vị trí tổn thương bao gồm cả da đầu, trán, mi trên, mi dưới, ổ mắt, gò má, má, thái dương, mũi, cánh mũi, trên và sau tai.

Loại IV: Tổn thương ở 2 bên.

Phân loại của Huang và cộng sự đã đề xuất cách phân loại PUMCH [6]:

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

Ia: Tổn thương theo nhánh mắt [Ia1: Bớt vùng trán (đi theo nhánh trán), Ia2: Bớt vùng trán và mi trên (đi theo nhánh trán và nhánh tuyến lệ)].

Ib: Tổn thương theo nhánh hàm trên (Ib1: Bớt vùng mi dưới, Ib2: Bớt vùng mi dưới, gò má, thái dương; Ib3: Bớt vùng cánh mũi).

Ic: Tổn thương theo nhánh hàm dưới.

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

Ila: Tổn thương theo nhánh mắt và hàm trên [Ila1: Bớt quanh ổ mắt; Ila2: Bớt quanh ổ mắt, gò má, thái dương; Ila3: Bớt ở trán, ổ mắt, gò má, thái dương].

Ilb: Tổn thương theo nhánh hàm trên và hàm dưới (gò má, thái dương, má, trước tai).

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

Loại IV: Tổn thương 2 bên [IVa: Cân xứng 2 bên; IVb: Không cân xứng].

Loại V: Bớt Ota phức tạp đi kèm với Port- wines stain, giãn mạch máu nhỏ trong da và bạch biến.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được thu thập và phân tích bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.

3. Kết quả

Bảng 1. Phân bố theo nhóm tuổi, giới (n = 176)

Tuổi	Nam	Nữ	Tổng	Trung bình	Min	Max
< 16	15	61	76	20,72 ± 13,5	1	58
16 - 40	16	64	80			
> 40	3	17	20			
Tổng	34	142	176			

Tỷ lệ nữ/nam = 4,18/1

Nhận xét: Tỷ lệ nữ/nam: 4,18/1, độ tuổi nhỏ nhất là 1, và độ tuổi lớn nhất là 58.

Bảng 2. Phân bố tuổi khởi bệnh (n = 176)

Tuổi	n	Tỷ lệ %
≤ 10 tuổi	155	88,1
> 10 tuổi	21	11,9
Tổng	176	100

Nhận xét: Tuổi khởi phát ≤ 10 tuổi chiếm 88,1%.

Bảng 3. Phân bố theo vị trí và phân loại của Tanino (n = 176)

Loại	Vị Trí bên			n
	Phải	Trái	2 bên	
Loại I	28	26	0	54
Loại II	23	27	0	50
Loại III	27	21	0	48
Loại IV	0	0	9	9
Tổng	78	74	9	161
Không xếp loại theo Tanino	7	7	1	15
<i>p (Tanino)</i>	<i>p=0,00</i>			

Bớt Ota 1 bên chiếm đa số ($p=0,00$), không phân loại được theo Tanino là 8,52%.

Bảng 4. Phân bố theo vị trí và màu sắc theo phân loại PUMCH (n = 176)

PUMCH	Vị trí bên			Màu sắc				n
	Phải	Trái	2 bên	Nâu	Nâu đen	Tím xanh	Xanh đen	
Loại I	44	42	0	6	30	14	36	86
Loại II	22	26	0	3	12	11	22	48
Loại III	13	11	0	0	6	3	15	24
Loại IV	0	0	8	0	1	2	5	8
Loại V	2	0	1	1	1	0	1	3
Tổng	81	79	9	10	50	30	81	169
No PUMCH	4	2	1	0	1	2	4	7
<i>p</i>	<i>p=0,00</i>			<i>p=0,427</i>				

Nhận xét: Tỷ lệ không phân loại được theo PUMCH là 3,98%. Tỷ lệ phân loại theo PUMCH loại I, II chiếm tỷ lệ cao nhất 48,86% và 27,27%. Không có sự khác biệt về sự phân bố màu sắc ($p=0,427$).

Bảng 5. Phân bố theo vị trí kết hợp (n = 176)

Vị trí bớt Ota niêm mạc	n	Tỷ lệ %
Kết mạc	38	21,6

Niêm mạc mũi	7	4
Niêm mạc hầu họng	2	1,1
Các tổn thương khác phối hợp (u mạch máu, bạch biến...)	2	1,1

Nhận xét: Tổn thương niêm mạc hay gặp nhất ở vị trí củng mạc mắt chiếm 21,6%. Các rối loạn sắc tố gặp phải phối hợp với bớt Ota là bớt Hori, bớt rượu vang.



Hình 1. Bớt Ota ở vị trí vòm miệng



Hình 2. Kết hợp bớt rượu vang ở thân mình.

4. Bàn luận

Bớt Ota mô tả lần đầu năm 1939 nhưng cho đến nay chưa nghiên cứu nào khẳng định được căn nguyên của bệnh. Mặc dù vậy, 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 của Huang Wen-hui và cộng sự là 4,24/1 [6], Theo Hidano A, Kajima H là 4,8/1 [5]. Tỷ lệ nữ/nam của chúng tôi cũng phù hợp các nghiên cứu khác là 4,18/1, tuổi trung bình: $20,72 \pm 13,5$. Nguyên nhân vì sao bớt Ota hay gặp ở phụ nữ hơn nam giới chưa được giải thích rõ ràng, tuy nhiên nhiều tác giả đưa ra giả thuyết hormon nội tiết nữ có vai trò trong kích thích xuất hiện bớt Ota. Giả thuyết này được củng cố khi đỉnh khởi phát thứ hai của bớt Ota thường xuất hiện vào giai đoạn dậy thì, bệnh có thay đổi ở tuổi mãn kinh và đôi khi sắc tố thay đổi theo chu kỳ kinh nguyệt [2], [6].

Theo kết quả Bảng 2 bớt Ota có tuổi khởi bệnh trước 10 tuổi chiếm tỷ lệ rất cao 155 bệnh nhân (88,1%) cũng như các tác giả khác [1], 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, Hàn 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 nhân thường lo lắng nên cho trẻ đi điều trị sớm (nhỏ nhất 1 tuổi và dưới 16 tuổi chiếm 76/176 bệnh nhân). Nghiên cứu của Hidano A, Kajama H khi phân tích 240 bệnh nhân bớt Ota 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 [5]. 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.

Bớt Ota ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ chính là do các đặc điểm màu sắc, vị trí, kích thước của bớt trên khuôn mặt. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thế Vỹ thì màu xanh đen và xanh tím hay gặp nhất trong thương tổn của bớt Ota với tỷ lệ 42,1% và 40,5% trong khi màu nâu tím và nâu chỉ gặp với tỷ lệ 13,3% và 4,1% [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì bớt Ota cũng được phân chia theo các màu thường gặp là nâu, nâu đen, tím xanh, xanh đen. Trong đó, tỷ lệ màu xanh đen là thường gặp nhất với tỷ lệ 47,16% bệnh nhân theo phân loại mức độ nặng của bệnh. Màu nâu chiếm tỷ lệ thấp nhất với 5,68% bệnh nhân. Qua các Bảng 3, 4, 5 chúng tôi

thấy tỷ lệ bớt Ota ở 1 bên (trái hoặc phải) và phân loại màu sắc không có sự khác biệt, trái lại tỷ lệ bệnh nhân bị 1 bên mặt và 2 bên mặt là khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,00$).



Hình 3. BN không phân loại được theo Tanino

Phân loại của bớt Ota theo Tanino dựa trên 26 trường hợp bớt Ota từ năm 1937 đến năm 1940 chia thành 4 loại theo tình trạng tổn thương da [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 4), số bệnh nhân phân loại được theo phân loại của Tanino chỉ chiếm 161 bệnh nhân chiếm 90,9%. Phân loại Tanino còn một số hạn chế là không thể phân loại được tất cả các biểu hiện khác nhau trên lâm sàng. Phân loại nhóm bị cả 2 bên còn tương đối đơn giản chưa phân chia được tính đối xứng và các tổn thương kết hợp như giãn mạch máu, bớt rượu vang, bạch biến hay bớt Hori. Tỷ lệ không nằm trong phân loại của Tanino là 15 trường hợp chiếm 9,09% ít hơn so với nghiên cứu của Huang và cộng sự khi nghiên cứu trên số lượng lớn là 1079 bệnh nhân bị bớt Ota thì thấy có 19,74% không thuộc phân loại của Tanino [6]. Điều này có thể do số lượng bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi còn ít (176 trường hợp).

Phân loại theo PUMCH dựa theo phân loại theo nhánh của dây thần kinh V, phân loại chi tiết hơn và bao phủ được phân loại Tanino. Phân loại bớt Ota thành 5 loại và 14 tiểu loại. Trong số những phân loại này loại I và II chiếm tỷ lệ gặp cao nhất tương ứng 48,86% và 27,27%. Phân loại mới tương đối đơn giản và toàn diện. Tuy nhiên vẫn còn 3,98% (7/176) trường hợp không phân loại được theo PUMCH. Cả dây thần kinh số V và tế bào sắc tố đều có nguồn gốc từ mào thần kinh [6] nên có thể có mối liên quan. Tuy nhiên, chưa có báo cáo nào liên quan đến vấn đề này,

Trong những năm gần đây, nghiên cứu lâm sàng về bớt Ota là chủ yếu tập chung vào phần điều trị. Báo cáo về phân loại lâm sàng của bớt Ota khá ít trong y văn.



Hình 4. BN không phân loại theo Tanino và PUMCH.

dự kiến đó sẽ là những vấn đề được nghiên cứu sâu hơn về cơ chế bệnh sinh của bớt Ota.

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 21,59% bệnh nhân Ota có thương tổn củng mạc mắt, tỷ lệ thương tổn niêm mạc mũi 3,98%. Tổn thương bớt Ota có ở vòm họng trên là 1,14% (2/176).

Phân loại bớt Ota theo Tanino và PUMCH tương đối dễ hiểu và toàn diện. Tuy nhiên còn nhiều tiểu loại và chưa ứng dụng được nhiều trong điều trị. Là phương pháp dễ sử dụng để mô tả mức độ và vị trí của bớt Ota. Thuận tiện cho các nhà nghiên cứu trong học thuật, việc phân chia các nhóm cụ thể cho bớt Ota có mối liên quan mật thiết tới tiên lượng và khả năng điều trị về sau. Và dự kiến đó sẽ là trọng tâm của các nghiên cứu trong tương lai về bớt Ota của chúng tôi.

5. Kết luận

Bớt Ota thường gặp ở nữ giới, tỷ lệ mắc bệnh nữ/nam: 4,18/1.

Bớt Ota khởi phát bệnh sớm, đa số ≤ 10 tuổi (81,1%).

Tỷ lệ bớt Ota bị kết hợp với các vùng liên quan như kết mạc, niêm mạc mũi... là: 21,6%, 4%...

Có 91,48% phân loại được theo Tanino và 8,52% không phân loại được theo Tanino: 8,52%.

Phân loại theo PUMCH là 96,02% và 3,98% không phân loại được theo PUMCH.

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Thế Vỹ, Vũ Mạnh Hùng, Nguyễn Hữu Sáu, cộng sự (2015) *Đặc điểm lâm sàng nốt Ota*. Tạp chí nghiên cứu Y học, 94(2), tr. 80-86.
2. Ankita Bohra, Sumit Bhateja et al (2015) *Nevus of Ota: A rare oro-facial pigmentation-short review*. Journal of Pigmentary Disorders 2(8): 2-8.
3. Fernandez-Guarino M, Boixeda P, de Las Heras E, et al (2008) *Phakomatosis pigmentovascularis: Clinical findings in 15 patients and review of the literature*. J Am Acad Dermatol 58(1): 88-93.
4. Henry HC, Lai-kun L, David SYW et al (2001) *A new classification based on the response to laser*. Lasers Surg Med 28(3): 267-272.
5. Hidano A, Kajima H, da Ike(1967) *Natural history of nevus of Ota*. Arch Der-matol 95: 187-195.
6. HUANG Wen-hui, WANG Hong-wei, SUN Qiu-ning, et al (2013) *A new classification of nevus of Ota*. Chin Med J 126(20).
7. Nam JH, Kim HS, Choi YJ et al (2017) *Treatment and classification of nevus of Ota: A seven-year review of a single institution's experience*. Ann Dermatol 29(4): 446-453.