

# VÂY PHẤN HỒNG

## (PITYRIASI ROSEA)

### 1. ĐẠI CƯƠNG:

Vây phấn hồng là một bệnh vảy lành tính, tự giới hạn thường gặp được mô tả đầu tiên bởi Camille Melchior Gilbert vào năm 1860.

### 2. DỊCH TẾ HỌC:

- Tần suất mắc bệnh: 2%. Bệnh xảy ra vào mùa thu và mùa xuân ở vùng khí hậu ôn đới. Tuy nhiên, bệnh cũng có thể xảy ra vào mùa hè ở một vùng khác, vào mùa khô, nóng ở Úc, Ấn Độ và Malaysia.
- Chủng tộc: không có sự khác biệt.
- Giới tính: nữ nhiều hơn nam.
- Tuổi: thường ở trẻ con và người trẻ mặc dù bệnh có thể gặp ở bất kỳ tuổi nào. Đa số bệnh nhân có tuổi trung bình 10 – 35 tuổi.

### 3. NGUYÊN NHÂN:

Chưa được biết rõ nhưng có nhiều yếu tố thuận lợi.

#### 3.1 Nhiễm trùng:

- Vây phấn hồng được xem như là một phát ban do virus. Vây phấn hồng có liên quan đến nhiễm trùng hô hấp trên và tỷ lệ mắc bệnh cao ở những người suy giảm miễn dịch. Có nhiều virus được xem có liên quan đến bệnh như picarnovirus, parvovirus B 19, herpes virus 7 (HSV-7).
- Ngoài ra vẩy phấn hồng cũng có liên quan với vi trùng *Staphylococcus albus*, *Streptococcus tán huyết β nhóm A*.

#### 3.2 Thuốc

Một số thuốc gây phát ban giống vẩy phấn hồng: captopril, arsenic, bismuth, tripeleminamine HCL, methoxypromazine, barbiturates, clonidine, metronidazole, muối vàng,  $\beta$  – bloquants, ketotifen, Penicillamine, isotretinoim, omeprazole, salvarsan, levamisole, terbinafine, BCG, vaccin bạch hầu.

#### 3.3 Yếu tố khác:

Thở tạng, thường gặp ở người bị viêm da tiết bã, mụn trứng cá, mặc áo quần mới.

## 4. LÂM SÀNG:

### 4.1 Dạng điển hình:

#### 4.1.1 Tiền triệu:

Không hằng định, với biểu hiện mệt mỏi, buồn nôn, chán ăn, sốt, đau khớp, nhức đầu.

#### 4.1.2 Sang thương khởi đầu:

Mảng “báo trước” (herald patch, primary medallion, mother patch) gặp 80% trường hợp: mảng hình tròn hoặc bầu dục, giới hạn rõ, đường kính từ 2-10cm.

#### 4.1.3 Phát ban thứ phát:

Phát ban toàn thân xuất hiện sau “mảng báo trước” 1-12 tuần, có thể xảy ra từ vài giờ đến 3 tháng. Có 2 loại sang thương: mảng nhỏ giống “mảng mẹ” tập trung theo đường cong của da tạo hình ảnh đặc trưng: hình cây thông và dát hoặc sần hồng ban, không có vảy, kích thước nhỏ và nhiều. Vị trí phân bố đối xứng, thường ở thân, bụng, lưng, gốc chi và hiếm ở mặt.

#### 4.1.4 Triệu chứng cơ năng:

Ngứa xảy ra ở 75% bệnh nhân trong đó 25% ngứa nhiều.

### 4.2 . Dạng không điển hình:

Xảy ra ở 20% bệnh nhân. Các dạng này có thể là những thay đổi về hình thái sang thương hay thay đổi vị trí sang thương.

#### 4.2.1 Theo vị trí:

- Vị trí không điển hình như mặt, da đầu, lòng bàn tay, mặt lưng bàn chân, bộ phận sinh dục.
  - Sang thương xuất hiện trên một sang chấn ngoài da: nơi thờ IDR, vết thương, vết cắn côn trùng.
  - Phát ban thứ phát toàn thân, lan tỏa hay khu trú chỉ ở một vùng da như đầu - cổ (da đầu, đai vai), bụng, bẹn, nách, phần xa chi, lòng bàn tay và lòng bàn chân.
  - Phân bố một bên cơ thể, không vượt quá đường giữa.
  - Dạng phát ban ngược: vị trí sang thương ở mặt, phần xa của chi. Dạng này thường gặp ở trẻ em hơn người lớn. Mảng báo trước có thể là biểu hiện duy nhất của bệnh.
  - Tổn thương ở niêm mạc miệng với biểu hiện chấm xuất huyết, sần mụn nước, bóng nước, loét da dạng apht hoặc mảng hồng ban.

#### 4.2.2 Theo hình thái sang thương:

- Sang thương đôi khi là sẩn nang lông, mụn mù, mụn nước ( thường gặp ở trẻ em), mề đay (vài ngày đầu biểu hiện giống mề đay cấp), dạng lichen, bóng nước, ban xuất huyết (thường ở trẻ em và xuất hiện sau dạng điển hình), mảng giống hồng ban đa dạng.
- Dạng không lồ: với kích thước lớn và nhiều đôi khi hợp lại tạo thành dạng không lồ được gọi là *psoriasis circine et marginal de vidal*.
- Dạng rối loạn sắc tố: tăng hoặc giảm sắc tố sau khi lành bệnh. Tăng sắc tố thường ở vùng phơi bày ánh sáng hoặc chiếu tia UV và hay gặp ở da đen hoặc vảy phấn hồng do thuốc.

### 5. CẬN LÂM SÀNG:

- Công thức máu bình thường.
- Một số trường hợp tăng nhẹ lymphocyte, neutrophil hoặc eosinophil, tốc độ lắng máu; protein máu tăng nhẹ các thành phần:  $\alpha_1$ ,  $\alpha_2$ , A1b.
- Giải phẫu bệnh: viêm da quanh mạch máu và nông. Thương bì có hình ảnh á sừng đốm hoặc lan tỏa, lớp hạt mỏng hoặc không có, tăng gai nhẹ, xốp bào từng ổ, vi mụn nước. Lớp bì phù nề, hồng cầu thoát mạch và có hiện tượng thâm nhiễm tế bào lympho, histiocyte, đa nhân ái toan, bạch cầu đơn nhân quanh mạch máu.

### 6. CHẨN ĐOÁN:

#### 6.1 Chẩn đoán xác định:

Chủ yếu dựa vào lâm sàng.

#### 6.2 Chẩn đoán phân biệt:

- Phát ban dạng cây thông: với lichen phẳng, pityriasis lichenoides.
- Phát ban hình vòng: với vảy phấn trắng, chàm đồng tiền, viêm da tiết bã, nấm Dermatophyte, lang ben, hồng ban vòng ly tâm.
- Phát ban sẩn: với dị ứng thuốc, hồng ban đa dạng, vảy nến giọt, giang mai kỳ II.

### 7. ĐIỀU TRỊ:

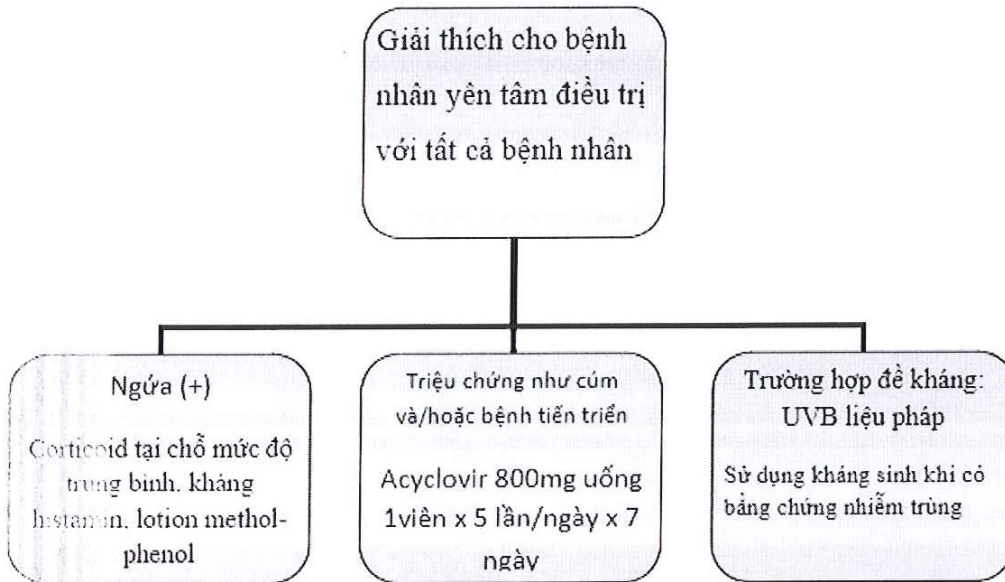
#### 7.1 Nguyên tắc điều trị:

- Chủ yếu điều trị triệu chứng.

- Giảm ngứa: corticoid tại chỗ, kháng histamin, lotion methol-phenol. Corticoid toàn thân không được khuyến cáo dù có thể ức chế ngứa nhưng không rút ngắn thời gian bệnh và có thể làm bệnh kéo dài hoặc nặng thêm.

✗ - UVB liệu pháp: bắt đầu với liều bằng 80% liều đó da tối thiểu có thể làm giảm ngứa nhanh chóng ở những trường hợp đề kháng. Nếu ngứa vẫn còn thì nên tăng liều khoảng 20% cho đến khi triệu chứng giảm

### 7.2 Phác đồ điều trị cụ thể:



8. THEO DÕI: bệnh lành tính có thể để lại dát tăng hoặc giảm sắc tố sau viêm

### 9. DIỄN TIẾN VÀ TIÊN LƯỢNG:

- Thường tự khỏi trong 12 tuần. Đa số trường hợp không tái phát, nhưng một số bệnh nhân có thể bị nhiều lần. Những trường hợp vảy phấn hồng kéo dài > 3 tháng thường được xem như là vảy phấn dạng lichen mạn tính (pityriasis lichenoides chronic).

- Tiên lượng bệnh rất tốt. Bệnh nhân vẫn làm việc hoặc đi học bình thường do bệnh không lây.

### 10. TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Andrew Blauvelt (2012). "Pityriasis rosea". In *Fitzpatrick's Dermatology in general medicine*, 8<sup>th</sup> edition. Mc Graw Hill (pp. 458-462).