

BẠCH BIẾN (VITILIGO)

1. ĐẠI CƯƠNG

- Bạch biến là một bệnh mất sắc tố mắc phải.
- Tỷ lệ mắc bệnh: 1-2% dân số, cao hơn ở các nước nhiệt đới và da màu.
- Gặp ở mọi lứa tuổi, khởi đầu ở người trẻ: 50% < 10 tuổi
- Nam: 32.5%, nữ: 67.5%
- Có tính gia đình: 35%
- Có thể kết hợp nhiều bệnh: đái tháo đường, xơ cứng bì, lichen phẳng, vẩy nến, candida niêm mạc, hội chứng Down, viêm mắt giao cảm, u hắc tố ác tính và ung thư da dày.

2. SINH LÝ BỆNH:

Chưa rõ, có 3 giả thuyết được nhiều tác giả thừa nhận:

2.1 Thuyết thần kinh: cơ chế gây bệnh là các yếu tố thần kinh thể dịch. Acetylcholine gây mất sắc tố và ức chế các hắc bào. Norepinephrin: ức chế phản ứng Tyrosin-Tyrosinase trong quá trình tạo melanin hoặc gây chết hắc bào

2.2 Thuyết miễn dịch:

- Tỷ lệ bạch biến ở các bệnh nhân bị bệnh tự miễn là 10-15% so với tỷ lệ bạch biến trong dân số là 1%.

- Các bệnh nhân này có sự tăng kháng thể đặc hiệu chống lại một số cơ quan: tuyến thượng thận, tuyến giáp...

2.3 Thuyết tự hủy:

- Tiếp xúc với chất hóa học ngoại sinh: Thiols, hợp chất Phenol, Catechol và dẫn xuất, Mercaptoamines và nhiều Quinone gây mất sắc tố do ức chế men Tyrosinase và tác dụng độc trực tiếp trên hắc bào.

- Sự tích tụ quá nhiều các gốc tự do, những chất trung gian, những chất chuyển hóa trong quá trình tổng hợp melanin dẫn đến phá hủy các hắc bào.

3. CHẨN ĐOÁN:

3.1 Lâm sàng:

-Thương tổn là những dát mắt sắc tố rõ, tròn hay bầu dục, giới hạn rất rõ, thường bao quanh bởi viền tăng sắc tố, không teo, không vảy. Kích thước khác nhau, phát triển ra ngoại vi, liên kết nhau thành từng vùng rộng giới hạn không đồng đều. Thương tổn thường nhạy cảm với tia cực tím, dễ bị bong rộp khi tiếp xúc nhiều với ánh nắng mặt trời.

- Vị trí thường gặp: bắt đầu ở bàn tay, chân lan theo mặt duỗi, khuỷu tay, đầu gối và lên mặt, phần trên ngực, nách, mi mắt, mũi, miệng, tai, núm vú, rốn, háng, bộ phận sinh dục. Đặc biệt 80% thương tổn đầu tiên xuất hiện ở vùng hờ. Lòng, tóc vùng thương tổn thường bạc trắng.

- Phân bố thường đối xứng.

- Lòng bàn tay, bàn chân, niêm mạc thường không bị.

- Các thể lâm sàng: khu trú, toàn thân, quanh Nevii (của Sutton)

3.2 Giải phẫu bệnh:

- Thương tổn mới: thấy phản ứng viêm kín đáo.

- Về sau, mắt sắc tố trong vùng thương tổn, tập trung sắc tố ở ria.

- Phản ứng DOPA: giúp phân biệt 2 loại bạch biến:

- Bạch biến không có hắc bào: DOPA (-).

- Bạch biến còn một số hắc bào: DOPA (+)

3.3 Chẩn đoán phân biệt:

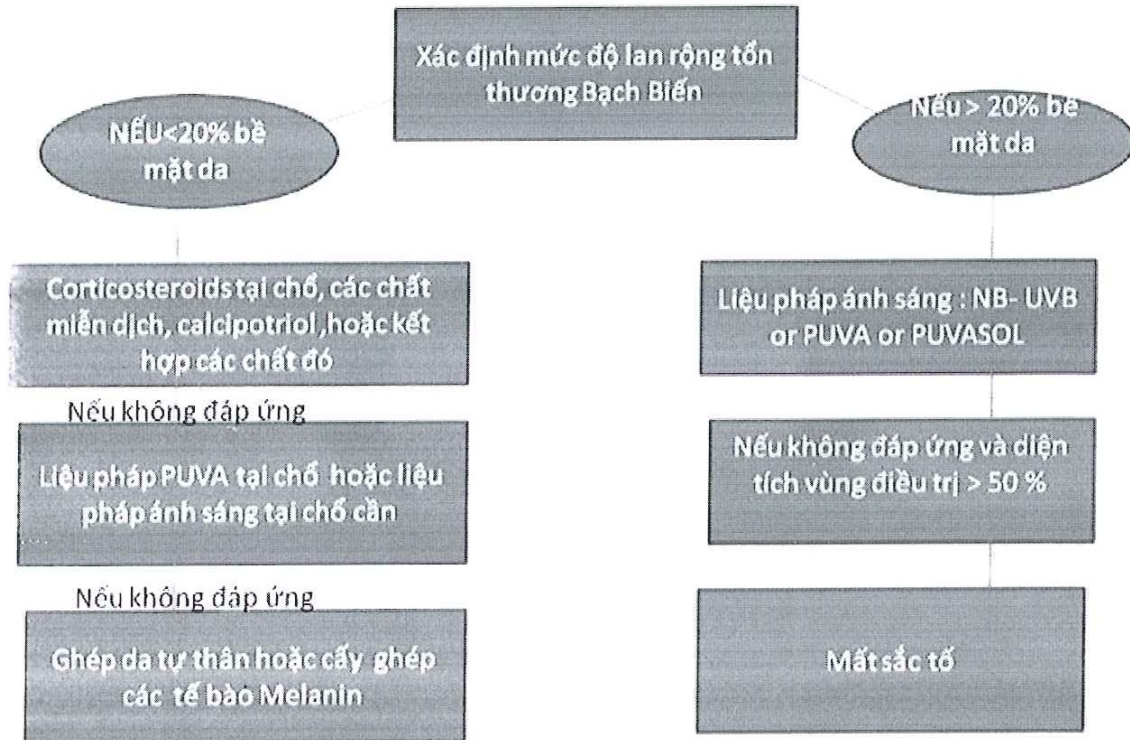
-Xơ cứng bì khu trú (Morphea): thường có màu vàng ngà, bóng da, dính chắc với bên dưới, không véo được.

-Lang ben: cạo bằng nạo cùn sẽ thấy vảy mịn như phấn, xét nghiệm thấy nấm.

-Hội chứng Vogt- Koyannagi: viêm màng bồ đào 2 bên, rụng tóc, bạc tóc, bạch biến và điếc.

Một số chứng giảm sắc tố nghề nghiệp, sau chấn thương, nhiễm khuẩn (Zona, phong, giang mai) cũng cần được lưu ý.

4. ĐIỀU TRỊ



Hình 1: Phác đồ điều trị bạch biến.

	Bôi tại chỗ	Vật lý	Hệ thống	Phẫu thuật
Bước 1	Corticosteroids Calcineurin inhibitor	Untraviolet B(narrowband) Systemic psoralen Ultraviolet A light (PUVA)		
Bước 2	calcipotriol	Topical PUVA Excimer laser	Corticosteroids (pulse therapy)	Grafting Melanocyte transplant

Hình 2: Các bước điều trị bạch biến.

4.1 Tại chỗ:

- Corticoid loại mạnh: 2lần/ngày cũng có kết quả cho những thương tổn nhỏ, không bôi liên tục kéo dài > 3 tuần, hay bôi ngắt quãng 1 lần /ngày × 15 ngày/tháng × 6 tháng.

- Bôi dung dịch Meladinine Faible, sau một giờ phơi nắng hoặc chiếu tia cực tím 2 lần tuần.

- Mỡ Tacrolimus 0,1% (người lớn); 0,03% (trẻ em): 2 lần/ngày
Ưu điểm: không bị teo da, dẫn mạch máu nhỏ như dùng corticoid.

4.2 Toàn thân: Thuốc được dùng nhiều nhất là Psoralens và acid Para aminobenzoic .

- Các Psoralens : PUVA uống thường được dùng hơn PUVA tại chỗ vì ít có nguy cơ bị ngộ độc ánh sáng hơn. Dùng Methoxypsoralen (Oxoralen, 8-MOP) 2-3 viên 10mg (0.5 mg/kg) với liều UVA 1-2 J/cm², chiếu 2-3 lần /tuần. Hai giờ sau chiếu đèn cực tím (UVA) hoặc phơi nắng, thời gian tiếp xúc với tia cực tím tăng dần từng ngày, kéo dài 6-12 tháng.

- Nếu sự phục hồi sắc tố không rõ ràng trong 3 tháng điều trị thì nên ngưng thuốc

- Chú ý đeo kính râm khi ra đường.

- Chống chỉ định: Nhạy cảm ánh sáng, porphyria, bệnh gan, lupus đỏ, trẻ em < 10 tuổi.

- Acid Para-aminobenzoic (paraminan 0,5g) 2 viên/ngày/người lớn, 0,5g-0,75g /ngày/ trẻ em .

+ điều trị hàng năm.

+ thuốc dung nạp với mọi lứa tuổi, không gây phản ứng ánh sáng.

- Một số phương pháp điều trị khác :

+ dùng đa sinh tố: acid folic, vit B12, vit C.

+ chiếu tia cực tím UVB 311 nm (thận trọng vì dễ gây phỏng nắng cấp tính)

- Phẫu thuật ghép da: dùng cho những thương tổn bạch biến có diện tích nhỏ, đã ngưng tiến triển. Kết quả tốt đối với bạch biến ở mặt, chi.

5. DIỄN TIẾN

- Diễn tiến tự nhiên khó nói trước, có thể ổn định, lan rộng nhanh, hoặc thoái triển .

- 20% trường hợp có sự phục hồi tự nhiên. Đa số kéo dài nhiều năm có thể suốt đời.
- Bạch biến thể đứt đoạn có tiên lượng tốt hơn thể lan tỏa, đối xứng.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

Stanca A.Birlea. Richard A.Spritz. David A.Norris (2012). "Vitiligo". In *Fitzpatrick's Dermatology in general medicine*. Eighth Edition. The MacGraw-Hill Companies (pp. 792-804)