

Á VÂY NÉN (PARAPSORIASIS)

1. ĐẠI CƯƠNG

- Á vẩy nến là nhóm bệnh da mạn tính gồm 2 thể là á vẩy nến mảng nhỏ (small plaque parapsoriasis) và á vẩy nến mảng lớn (large plaque parapsoriasis).
- Bệnh xảy ra ở mọi chủng tộc và vùng địa lý, gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi trung niên và người cao tuổi.

2. NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH

- Nguyên nhân gây bệnh chưa rõ ràng.
- Cả 2 thể bệnh đặc trưng bởi sự thâm nhiễm dạng lympho nông ở da, chủ yếu là tế bào T CD4⁺.

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Lâm sàng

Mặc dù có tên gọi là “mảng” nhưng thương tổn của cả 2 thể á vẩy nến đều chủ yếu là các dát. Bệnh tiến triển mạn tính và không có triệu chứng hoặc ngứa nhẹ. Thương tổn có thể lan rộng ở thân và chi hoặc khu trú ở những vùng không tiếp xúc ánh nắng mặt trời.

- *Á vẩy nến mảng nhỏ*: thương tổn đặc trưng là những dát hình tròn hoặc oval, đường kính dưới 5 cm. Hồng ban được phủ bởi 1 lớp vảy mịn. Một dạng lâm sàng quan trọng của á vẩy nến mảng nhỏ là “bệnh da hình ngón tay” (digitate dermatosis) với những dát kéo dài hình ngón tay phân bố đối xứng dọc 2 bên cung sườn. Trong trường hợp này, trục dọc của thương tổn có thể > 10 cm. Tổng trạng bệnh nhân không bị ảnh hưởng.
- *Á vẩy nến mảng lớn*: thương tổn là những dát hồng ban hình tròn hoặc không đều, đường kính trên 5 cm. Kích thước thương tổn ổn định và số lượng có thể tăng dần dần. Vị trí chủ yếu ở thân mình và vùng nếp gấp. Thương tổn có màu nâu đỏ hay hồng, phủ bởi lớp vảy nhỏ, ít. Bề mặt thương tổn có thể nhăn nheo giống như “giấy gói điều thuốc lá”. Có thể kèm hoặc không kèm theo tam chứng: teo da, giãn mạch và

tăng giảm sắc tố (*poikiloderma vasculare atrophicans*). Á vẩy nến dạng lưới (retiform parapsoriasis) là 1 thể hiếm gặp của á vẩy nến mảng lớn, biểu hiện là các dát, sẩn tròn vẩy sắp xếp dạng lưới hay dạng vân.

3.2. Mô bệnh học

- *Á vẩy nến mảng nhỏ*: Viêm da xốp bào nhẹ với những vùng tăng sừng, á sừng, đóng vảy và thoát bào. Ở lớp bì có tẩm nhuận quanh mạch nông các mô bào lympho và có hiện tượng phù lớp bì. Không thay đổi tính chất mô học theo thời gian. Xét nghiệm hóa mô miễn dịch cho thấy tẩm nhuận tế bào T CD4⁺ chiếm ưu thế cùng với những đặc điểm không đặc hiệu giống như viêm da dạng chàm.
- *Á vẩy nến mảng lớn*: Ở giai đoạn sớm, thượng bì tăng gai, tăng sừng nhẹ với á sừng khu trú. Tẩm nhuận tế bào lympho rải rác ở lớp bì, quanh mạch máu. Ở giai đoạn tiến triển, có sự tẩm nhuận vùng ranh giới hướng về thượng bì. Những tế bào lympho xâm lấn này có thể rải rác hay tập trung thành nhóm, đôi khi có xốp bào nhẹ. Xét nghiệm hóa mô miễn dịch cho thấy một số đặc điểm chung giữa á vẩy nến mảng lớn và mycosis fungoides giai đoạn sớm như: tế bào T CD4⁺ chiếm ưu thế, thiếu kháng nguyên CD7, và hiện diện HLA Class II (HLA-DR) lan rộng ở thượng bì.

3.3 Chẩn đoán xác định: dựa vào lâm sàng và hình ảnh mô học phù hợp.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nguyên tắc điều trị

- *Á vẩy nến mảng nhỏ*: trường hợp nhẹ có thể theo dõi mà không cần điều trị gì.
- *Á vẩy nến mảng lớn*: cần điều trị tích cực để ngăn tiến triển thành mycosis fungoides.

4.2. Điều trị cụ thể

4.2.1. Chọn lựa đầu tiên:

- Chất làm mềm da.
- Corticosteroids bôi.
- Các sản phẩm từ hắc ín.
- Tắm nắng.
- Chiếu UVB phổ rộng.
- Chiếu UVB phổ hẹp.

4.2.2. Chọn lựa thứ 2:

(Chủ yếu dành cho những trường hợp á vẩy nền mảng lớn được xem là giai đoạn sớm của mycosis fungoides).

- Bexarotene bôi.
- Imquimod bôi.
- PUVA liệu pháp.
- Mechlorethamine bôi.
- Carmustine bôi.
- X - Laser Excimer (308 nm)

4.3. Theo dõi điều trị

- *Á vẩy nền mảng nhỏ*: khám mỗi 3-6 tháng và sau đó là mỗi năm để đảm bảo bệnh ổn định.
- *Á vẩy nền mảng lớn*: khám kỹ mỗi 3 tháng và sau đó mỗi 6 tháng – 1 năm để đánh giá diễn tiến bệnh. Nên sinh thiết lại những thương tổn nghi ngờ.

5. DIỄN TIẾN VÀ TIÊN LƯỢNG

- Á vẩy nền có thể tồn tại nhiều năm mà không thay đổi về lâm sàng và mô học.
- Khoảng 10 – 30% trường hợp á vẩy nền mảng lớn tiến triển thành mycosis fungoides. Ngược lại, á vẩy nền mảng nhỏ có diễn tiến lành tính.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Wood GS, Hu CH, Liu R (2012). Parapsoriasis and Pityriasis. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*, 8th edition, Mc Graw Hill, pp. 285-296.
- Wood GS, Reizner GT (2012). Other Papulosquamous Disorders. *Dermatology*, 3rd edition, Elsevier Saunders, pp.157-169.