



BÓT SẮC TỔ OTA: BIỂU HIỆN LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ

Nguyễn Hữu Sáu*

Bớt Ota thường tiến triển lành tính, nhưng ảnh hưởng rất nhiều về mặt thẩm mỹ, đặc biệt là chất lượng sống của người bệnh. Sự phát triển công nghệ laser đã tạo ra một bước ngoặt trong việc điều trị một cách có hiệu quả nhằm loại bỏ các tế bào hắc tố ở tổn thương này.

I. ĐẠI CƯƠNG

Bớt Ota là bớt sắc tố bẩm sinh, được mô tả lần đầu tiên vào năm 1939 bởi hai bác sỹ người Nhật là Ota và Tamino [3], do sự tập trung một cách bất thường các tế bào hắc tố xen kẽ giữa các bó collagen ở trung bì. Biểu hiện lâm sàng của bệnh là những dát màu nâu, nâu tím, tím xanh hoặc xanh đen, vị trí thường tổn có thể vùng má, thái dương hoặc trán.

Bớt Ota thường gặp ở người châu Á với tỷ lệ 0,3-0,6%. Người Nhật Bản có tỷ lệ cao mắc hơn (khoảng 1,1% dân số). Những chủng tộc khác có tỷ lệ mắc bệnh cao là người Phi và Anh-Điêng. Bớt Ota ít gặp ở người da trắng (Canada 0,014%) [4]. Bệnh thường gặp ở nữ nhiều hơn nam với tỷ số nam/nữ là 1/4,8. Mặc dù các trường hợp bớt Ota có tính chất gia đình đã được báo cáo nhưng bớt Ota không được coi là bệnh di truyền.

Nguyên nhân của bệnh cho đến nay vẫn chưa rõ. Tiến triển thường lành tính, không ảnh hưởng tới sức khỏe. Tổn thương ngày càng trở nên sẫm màu hơn, do vậy ảnh hưởng chủ yếu đến vấn đề thẩm mỹ.

Trước đây, việc điều trị bớt Ota với các biện pháp lột da bằng hóa chất, bào mòn bề mặt da, phẫu thuật cắt bỏ, tạo hình vật da hoặc vá da rời. Tuy nhiên, những biện pháp trên hiệu quả không cao và có nhiều biến chứng như tạo sẹo xấu, tăng sắc tố. Trong những năm gần đây, nhờ sự phát triển về công nghệ y học, laser được ứng dụng trong điều trị các bệnh sắc tố da đã mang lại kết quả hết sức khả quan và ít biến chứng. Một số loại laser thường được sử dụng trong điều trị bớt Ota như laser Q-switched Alexandrite (bước sóng 755nm), laser Q-switched Ruby (bước sóng 694nm) và laser Q-switched Nd:YAG (bước sóng 1064nm/523nm) đã mang lại những kết quả rất cao [1,5,7].

*PGS. TS., Trường Đại học Y Hà Nội

II. BIỂU HIỆN LÂM SÀNG

Khởi phát: khoảng 50-60% trường hợp bột Ota xuất hiện lúc mới sinh. Tuy nhiên, nhiều trường hợp bệnh xuất hiện muộn trong quá trình phát triển của cơ thể. Ở một số bệnh nhân (BN), tổn thương xuất hiện sau sang chấn, đụng giập hoặc bỏng nắng. Đặc biệt ở một số BN nữ, bột được ghi nhận xuất hiện sau khi bắt đầu có kinh nguyệt, sau khi dậy thì, sau khi mãn kinh hoặc sau khi sử dụng hormon [4].

Sau khi khởi phát, bột Ota có thể từ lan rộng và sậm màu hơn. Màu sắc của bột Ota có thể thay đổi theo điều kiện cá nhân và môi trường như mệt mỏi, kinh nguyệt, mất ngủ, điều kiện thời tiết nóng hoặc lạnh và nhiều mây [4].

Tổn thương cơ bản của bột Ota là những dát phẳng màu sắc có thể là nâu, nâu tím, tím xanh hoặc xanh xám, đen, kích thước khác nhau từ đầu đinh ghim đến vài milimet, các dát này có thể liên kết với nhau thành mảng dát lớn. Mỗi dát này có hình dạng tròn, oval hoặc răng cưa, trong khi nhìn tổng thể tổn thương là dát màu sắc lốm đốm, giới hạn không rõ, bờ không đều, đôi khi hơi trộn lẫn với da xung quanh. Nói chung, kích thước toàn bộ tổn thương từ vài centimet tới rộng hơn, có trường hợp chiếm gần toàn bộ nửa mặt hoặc cả biệt có trường hợp tổn thương của bột cả hai bên vùng mặt [9]. Vị trí tổn thương tổn vùng quanh mắt, gò má, thái dương, đôi tai, trước và sau tai, hoặc trán, chủ yếu tập trung ở vùng chi phối của nhánh mặt và nhánh hàm trên dây thần kinh số V (thần kinh tam thoa). Dát sắc tố thường ở một bên cơ thể (90%), một số trường hợp biểu hiện đối xứng 2 bên má, 2 bên thái dương hoặc vùng trán [6]. Ngoài tổn thương trên da, bệnh còn biểu hiện vùng niêm mạc như niêm mạc miệng, hầu họng, mũi hoặc kết mạc mắt. Biểu hiện đặc trưng có thể gặp trong 2/3 các trường hợp bệnh là xuất hiện ở vùng kết mạc của mắt cùng bên, hiếm khi bột Ota xuất hiện ở giác mạc, móng mắt, đáy mắt, mỡ sau hốc mắt, xương hốc mắt, võng mạc, dây thần kinh thị giác. Nhiễm sắc tố móng mắt và tăng nhãn áp đã được báo cáo, nhưng thị lực thường không ảnh hưởng. Triệu chứng cơ năng tại chỗ hoặc toàn thân không có biểu hiện gì đặc biệt.

III. CHẨN ĐOÁN BÓT OTA

1. Chẩn đoán xác định

Chủ yếu dựa vào lâm sàng là dát màu nâu, nâu tím, tím xanh, xanh xám hoặc đen, vị trí vùng quanh mắt, gò má, thái dương, trán hoặc trước và sau tai, có hoặc không kèm theo tổn thương ở niêm mạc như kết mạc mắt, niêm mạc mũi, miệng.

2. Chẩn đoán phân biệt

Chẩn đoán phân biệt bột Ota được đặt ra với một số tổn thương tăng sắc tố sau:

Bột người Mông Cổ: thường xuất hiện sớm, biểu hiện lâm sàng là dát màu xanh giới hạn không rõ, vị trí gặp ở vùng thắt lưng cùng, vùng mông. Mô bệnh học điển hình với xâm nhập thưa thớt các tế bào tại vùng nông của trung bì lưới. Thương tổn xuất hiện bẩm sinh và tự thoái lui sau 3-6 tuổi.

- Bột xanh lam: bột có thể bẩm sinh hoặc mắc phải, tổn thương cơ bản là sẩn nổi cao, đường kính thường <1cm, hoặc những mảng giới hạn rõ, màu xanh lam. Vị trí tổn thương tổn có thể bất kỳ vùng da nào trên cơ thể

- Râm má: là một tổn thương tổn da mắc phải, có liên quan đến nội tiết tố estrogen hoặc liên quan thai kỳ. Tổn thương cơ bản là dát tăng sắc tố màu nâu nhạt hoặc nâu sậm, vị trí ở hai bên mặt, hoặc vùng trán, cằm, không có tổn thương ở niêm mạc, thường xuất hiện ở phụ nữ sau sinh và tăng dần theo thời gian.

- Bột Horri: tổn thương là những dát màu nâu hoặc đen, vị trí thường đối xứng hai bên gò má, tăng lên theo tuổi, không có tổn thương niêm mạc

- Dát cà phê sữa: dát màu nâu hoặc nâu sáng, ranh giới rõ với vùng da lành, phân bố màu trên dát là đồng nhất, không có màu xanh lam.

- Bột spilus là dát hoặc sẩn màu sẫm trên nền tổn thương là dát giống dát cà phê sữa.

IV. CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ

Trước đây, bột Ota chủ yếu được điều trị bằng phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ hay từng phần của bột, sau đó vá da phủ tổn khuyết, áp lạnh nitơ hoặc đốt điện, đốt máy plasma với nhiệt độ cao gây phá hủy tổ chức. Tuy nhiên, các phương pháp này thường để lại sẹo xấu và người bệnh không thực sự hài lòng về kết quả điều trị.

Trong những năm gần đây, nhờ những tiến bộ trong y học, một số loại laser đã được sử dụng trong điều trị các tổn thương tăng sắc tố, nhất là bột Ota. Tuy nhiên, kết quả điều trị phụ thuộc rất nhiều vào loại laser cũng như kinh nghiệm của người thầy thuốc.

Laser CO₂, bước sóng 1060nm được hấp thụ chủ yếu bởi nước trong các tế bào. Năng lượng của chùm tia được nước hấp thụ chuyển thành nhiệt năng làm bốc bay tổ chức. Tác động của chùm tia lên tất cả các loại tế bào, không có tính chọn lọc trên mô bệnh nên khi điều trị gây tổn thương cả những tế bào lành. Chẩn chọn lọc lấy bỏ sạch được các tế bào sắc tố của bột, để lại sẹo không thẩm mỹ sau điều trị.

Các loại Nd:YAG có bước sóng 1064-532nm, Ruby có bước sóng 695nm và Alexandrite có bước sóng 755nm trùng hợp với phổ hấp phụ của các phân tử melanin có trong các tế bào hắc tố. Do vậy chùm tia của các loại laser này có tác dụng phá hủy các tế bào hắc tố một cách chọn lọc. Các nghiên cứu đã ghi nhận, sau khi chiếu chùm tia vào các tổn thương có nhiều tế bào hắc tố, hình dạng của các phân tử melanosome trong tế bào hắc tố ở trung bị thay đổi. Melanosome được phân tán thành nhiều phần nhỏ hơn và màng tế bào hắc tố bị gián đoạn, nhân bị phân mảnh hoặc bị phá hủy mà các loại tế bào khác xung quanh không bị tổn thương.

Để đạt được kết quả tốt, việc điều trị bớt Ota bằng các loại laser này cần nhiều lần điều trị, trung bình khoảng 6-8 lần, khoảng cách giữa hai lần điều trị là 4 tuần. Năm 2002, Omprakash N. nghiên cứu về hiệu quả điều trị bớt Ota bằng laser Yag Q-Switched trên 50 BN người Ấn Độ, liệu trình điều trị 6-9 lần, nhận thấy 66% BN sau điều trị cải thiện >60% bớt, 34% BN cải thiện mức 30%-60% bớt và hầu như không tái phát [8]. Gerardo A., Arias M. tiến hành điều trị bớt Ota bằng laser Alexandrite Q-switched với liệu trình 8 lần nhận thấy 100% BN đáp ứng với điều trị, trong đó 76,92% đạt kết quả ở mức tốt và rất tốt [2]. Ueda S., Isoda M. nghiên cứu hiệu quả điều trị của laser ruby Qswitched trên 151 BN Ota nhận thấy 77% BN có mức cải thiện >75% thường tổn bớt với liệu trình điều trị 6-8 lần [10].

Tác dụng phụ và biến chứng sau điều trị: ban đỏ nhẹ, ban xuất huyết và phù nề có thể xuất hiện trong quá trình điều trị và cải thiện sau một vài ngày. Các biến chứng thường gặp nhất là giảm sắc tố, có thể tạm thời hoặc vĩnh viễn. Tăng sắc tố cũng có thể xảy ra 2-3 tuần sau khi điều trị và kéo dài trong một vài tháng.

Một số yếu tố ảnh hưởng kết quả điều trị bớt Ota như tuổi bắt đầu điều trị của BN: BN càng trẻ, kết quả điều trị càng cao và số lần điều trị ít; lứa tuổi tốt nhất để điều trị là 10-16 tuổi. Màu nâu và nâu tím đáp ứng với điều trị tốt hơn màu xanh xám và màu đen và những BN nhóm da I, II, III (theo phân loại Fitzpatrick) đáp ứng điều trị laser tốt hơn nhóm da IV, V, VI [4].



Hình 1: Bớt Ota trước và sau điều trị 6 lần bằng laser QS Yag

V. KẾT LUẬN

Bớt sắc tố bẩm sinh Ota thường gặp ở người châu Á, nhất là Nhật Bản. Tổn thương là các dát tăng sắc tố màu nâu hoặc đen và thường có sự kết hợp giữa hai màu này ở vùng trán, má, thái dương. Mặc dù bệnh tiến triển thường lành tính, nhưng lại ảnh hưởng rất nhiều về mặt thẩm mỹ, đặc biệt là chất lượng sống của người bệnh. Sự phát triển công nghệ laser đã tạo ra một bước ngoặt trong việc điều trị một cách có hiệu quả loại trừ các tế bào hắc tố ở tổn thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chang C.J., Kou C.S.: Comparing the effectiveness of Q-switched Ruby laser treatment with that of Q-switched Nd: YAG laser for ocular melanosis (Nevus of Ota). *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 2011, 64, pp.339-345.
2. Gerardo A., Arias M., Fresneda A.C.: Treatment of Nevus of Ota With the Q-Switched Alexandrite Laser. *Lasers in Surgery and Medicine*, 2001, 28, pp.451-455.
3. Hidano A., Kajima H., Ikeda S., Mizutani H., Niimura M.: Natural history of nevus of Ota. *Arch. Dermatol*, 1967, 95, pp.187-195.
4. Kang W., Lee E., Choi G.S.: Treatment of Ota's nevus by Q-switched alexandrite laser: Therapeutic outcome in relation to clinical and histopathological findings. *Eur J Dermatol*. 1999, 9, pp.639-643.
5. Lam A.Y.M., Wong D.S.Y., Lam L.K., Ho W.S., Chan H.H.L.: A Retrospective Study on the Efficacy and Complications of Q-switched Alexandrite laser in the Treatment of Acquired Bilateral Nevus of Ota like Macules. *Journal Surgery Dermatol*, 2001, pp.35-39.
6. Lee M.J., Whang K.K., Myung K.B.: Retrospective study on the clinical features of Ota's nevus. *Kor J Dermatol* 1995, 33, pp.430-436.
7. Momosawa A., Yoshimura K., Uchida G., Sato K., Aiba E., Matsumoto D., Yamaoka H., Mihara S., Tsukamoto K., Harii K., Aoyama T., Iga T.: Combined Therapy Using Q-Switched Ruby Laser and Bleaching Treatment With Tretinoin and Hydroquinone for Acquired Dermal Melanocytosis. *Journal Surgery Dermatol*, 2003, pp.27-31.
8. Omprakash N.: Treatment of nevus Ota by Q-switched, frequency doubled, ND:YAG laser. *Indian J. Dermatol. Venereol Leprol*, 2002, 68, pp.94-95.
9. Turnbull, Assaf, Zouboulis, Tebbe: Bilateral nevus of Ota: a rare manifestation in a Caucasian. *European Academy of Dermatology and Venerology*, 2004, pp.45-53.
10. Ueda S., Isoda M., Imayama S.: Response of naevus of Ota to Q-switched ruby laser treatment according to lesion colour. *British Journal of Dermatology* 2000, 142, pp.77-83. ♂