

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỐT OTA

Nguyễn Thế Vỹ¹, Vũ Mạnh Hùng¹, Nguyễn Hữu Sáu², Nguyễn Quốc Hưng¹

¹Bệnh viện Da liễu Hà Nội, ²Trường Đại học Y Hà Nội

Bột Ota là một nốt sần tố bẩm sinh vùng mặt, ảnh hưởng đến sức khỏe và thẩm mỹ. Nghiên cứu nhằm khảo sát đặc điểm lâm sàng, một số yếu tố liên quan của bột Ota. Kết quả cho thấy tỷ lệ nữ/nam của bột Ota 3,3/1. 70,8% bệnh khởi phát khi ≤ 10 tuổi. 25,1% bệnh nhân có diện tích thương tổn $> 50 \text{ cm}^2$. Màu xanh đen và xanh tím rất thường gặp trong bột Ota với tỷ lệ mỗi loại 40%. Vị trí mắt, má, thái dương gặp trong bột Ota với tỷ lệ $> 50\%$. Tổn thương cũng mạc mắt gặp trong bột Ota với tỷ lệ 48,7%. Bột Ota tiến triển sắc tố đậm dần và kích thước nốt cũng tăng lên theo thời gian

Từ khóa: bột Ota, nốt sần tố bẩm sinh

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bột Ota là một nốt sần tố bẩm sinh, được mô tả lần đầu tiên vào năm 1939 bởi hai bác sỹ người Nhật là Ota và Tamino [1]. Biểu hiện lâm sàng của bệnh là những dát màu nâu, nâu tím, tím xanh hoặc xanh đen, vị trí thương tổn có thể vùng má, thái dương hoặc trán, chủ yếu tập trung ở vùng chi phối của nhánh mắt và nhánh hàm trên dây thần kinh số V. [2, 3].

Bột Ota nếu không được điều trị, người bệnh sẽ phải mang một mảng tăng sắc tố suốt đời, ngày càng đậm lên và lan rộng trên mặt [4]. Bột Ota ảnh hưởng rất nhiều đến thẩm mỹ và tâm lý của người bệnh, làm họ tự ti, mặc cảm với xã hội, hạn chế khả năng giao tiếp, hòa nhập với cộng đồng, với trẻ nhỏ bệnh có thể ảnh hưởng tới sự phát triển nhân cách. Chính vì thế khám, điều trị bột Ota là nhu cầu hết sức cấp thiết.

Trên thế giới, các nghiên cứu về bột Ota đã được chú trọng thực hiện từ lâu, nhất là

các nghiên cứu về biểu hiện lâm sàng và biện pháp điều trị bột Ota [5]. Từ đó mở ra những cơ hội về chẩn đoán cũng như điều trị cho bệnh nhân bột Ota. Tại Việt Nam, bệnh hầu như chưa được nghiên cứu sâu, nhiều cán bộ y tế, ngay cả những bác sỹ chuyên khoa da liễu đôi khi cũng chưa phân biệt rõ giữa bột Ota với các rối loạn sắc tố da khác. Chính vì vậy nghiên cứu được thực hiện nhằm làm rõ những đặc điểm lâm sàng của bột Ota tại Việt Nam từ đó góp phần giúp các cán bộ y tế hiểu rõ hơn về bệnh, phát hiện sớm và tư vấn điều trị cho bệnh nhân một cách hiệu quả nhất.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

195 bệnh nhân bột Ota khám tại bệnh viện Da liễu Hà Nội từ 1/2008 đến 6/2014.

- Hồi cứu bệnh án từ tháng 1/2008 đến tháng 12/2009.

- Tiến cứu: từ 1/2010 đến 6/2014.

* Tiêu chuẩn chọn lựa

Hồi cứu bệnh án chẩn đoán là bột Ota, có đủ thông tin và ảnh chụp.

Tiến cứu bệnh nhân được chẩn đoán là bột Ota

Địa chỉ liên hệ: Nguyễn Thế Vỹ - Khoa Phẫu Thuật Laser - Bệnh viện Da liễu Hà Nội

Email: bacsy_vy@yahoo.com.vn

Ngày nhận: 26/3/2015

Ngày được chấp thuận: 31/5/2015

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu + tiền cứu, mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: thuận tiện, toàn bộ 195 bệnh nhân Ota khám tại bệnh viện Da liễu Hà Nội từ tháng 1/2008 đến tháng 6/2014.

Các bước tiến hành

Thu thập thông tin từ bệnh án đủ tiêu chuẩn lưu tại bệnh viện Da liễu Hà Nội từ tháng 1/2008 đến tháng 12/2009. Điền các thông tin vào mẫu bệnh án nghiên cứu.

Hỏi bệnh, khám bệnh trực tiếp bệnh nhân bớt Ota đến khám tại bệnh viện Da liễu Hà Nội từ tháng 1/2010 đến tháng 6/2014 sau đó điền thông tin vào bệnh án nghiên cứu.

Phân chia màu sắc trong bớt Ota theo cách gọi tên màu thông thường của bớt Ota, bao gồm các màu: nâu, nâu tím, tím xanh, xanh đen.

Xác định kích thước bớt Ota (theo phương pháp Rolfpeter - Zaumseil, Klaus - Grounpe) dùng giấy bóng kính đã kẻ ô sẵn (ô có cạnh 2 mm) đặt lên vùng da bệnh lý sau đó đếm ô để tính ra diện tích thương tổn.

3. Xử lý số liệu: Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

4. Đạo đức nghiên cứu

Chỉ đưa vào danh sách nghiên cứu những bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu sau khi họ được nghe giải thích rõ về mục đích và yêu cầu của nghiên cứu. Thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật và mã hóa trong quá trình xử lý trên máy tính, đảm bảo không lộ thông tin. Số liệu thu được chỉ phục vụ cho công tác nghiên cứu, không sử dụng cho mục đích khác

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm tuổi khởi phát bệnh và diện tích bớt Ota

Bảng 1. Tuổi khởi phát bệnh (n = 195)

Tuổi	n	%
≤ 10 tuổi	138	70,8
11 - 20	37	18,9
21 - 30	16	8,2
31 - 40	4	2,1
> 40	0	0
Tổng	195	100

Bảng 2. Diện tích bớt Ota (n = 195)

Diện tích (cm ²)	n	%
< 5	7	3,6
5 - 10	5	2,6
11 - 20	40	20,5
21 - 30	31	15,9
31 - 40	27	13,8
41 - 50	36	18,5
> 50	49	25,1
Tổng	195	100,0

70,8% bớt Ota khởi phát bệnh ≤ 10 tuổi. 25,1% bớt Ota có diện tích > 50cm², diện tích trung bình 40,01 ± 2,31, (min = 2, max = 125)

2. Đặc điểm màu sắc bớt Ota, liên quan màu bớt với tuổi bệnh nhân

Màu tím xanh và xanh đen hay gặp nhất trong bớt Ota với tỷ lệ 40,5% và 42,1%. Những màu nhạt như nâu, nâu tím thường gặp ở người trẻ trong khi màu đậm như xanh đen, xanh tím gặp nhiều ở bệnh nhân lớn tuổi (bảng 3).

Bảng 3. Màu sắc bột Ota và tuổi bệnh nhân

Màu \ Tuổi	10 - 20		21 - 30		31 - 40		41 - 50		> 50		Tổng	
	n ₁	%	n ₂	%	n ₃	%	n ₄	%	n ₅	%	n	%
Nâu	4	5,7	3	3,5	1	5,9	0	0	0	0	8	4,1
Nâu tím	11	15,7	12	14,5	2	11,8	1	5,3	0	0	26	13,3
Tím xanh	29	41,4	34	41,0	6	35,3	8	42,1	2	33,3	79	40,5
Xanh đen	26	37,2	34	41,0	8	47,0	10	52,6	4	66,7	82	42,1
Tổng	70	100	83	100	17	100	19	100	6	100	195	100

3. Đặc điểm vị trí thương tổn bột Ota

Bảng 4. Vị trí cụ thể trong tổn thương bột Ota

Vị trí		Bên phải		Bên trái		Cả hai bên	
		n ₁	%	n ₂	%	n ₃	%
Da	Trán	32	16,4	8	4,1	0	0
	Thái dương	80	41,1	48	24,6	2	1,0
	Mi mắt trên	49	25,1	43	22,1	1	0,5
	Mi mắt dưới	97	49,7	58	29,7	2	1,0
	Má	99	50,8	69	35,4	5	2,6
	Tai	4	2,1	2	1,0	0	0
	Sống mũi	27	13,8	16	8,2	0	0
	Cánh mũi	24	12,3	9	4,6	2	1,0
	Môi trên	0	0	0	0	0	0
	Môi dưới	0	0	0	0	0	0
Niêm mạc	Cằm	0	0	0	0	0	0
	Củng mạc mắt	52	26,7	39	20,0	4	2,1
	Niêm mạc mũi	16	8,2	12	6,2	1	0,5
	Niêm mạc miệng, môi	2	1,0	1	0,5	0	0

Trong bột Ota, vị trí vùng má, mi mắt dưới hay gặp nhất, với tỷ lệ: má phải 50,8%, má trái 35,4%, mi mắt dưới 49,7% và 29,7%. Tỷ lệ tổn thương cả hai bên mặt trong bột Ota là 3,6% (7/195). Tổn thương niêm mạc gặp nhiều nhất trong bột Ota là củng mạc mắt với tỷ lệ bên phải 26,7%, bên trái 20%

Đặc điểm tiến triển của bớt Ota

Bảng 5. Tiến triển bớt Ota từ lúc khởi phát đến lúc điều trị (n = 195)

Tiến triển bớt Ota		n	%
Màu sắc	Đậm lên	153	78,4
	Không đổi	40	20,6
	Nhạt đi	2	1,0
	Tổng	195	100,0
Diện tích	Không đổi	9	4,6
	Tăng < 2 lần	33	16,9
	Tăng 2 - 3 lần	82	42,1
	Tăng > 3 lần	71	36,4
	Tổng	195	100,0

78,4% trường hợp bớt Ota tiến triển đậm lên. Mức tăng kích thước 2 - 3 lần so với ban đầu là hay gặp nhất với tỷ lệ 42,1%.

IV. 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. Các tác giả Nhật Bản như Tamino, Hidano, A., Kajima trong các nghiên cứu về bớt Ota của người Nhật đều nhận thấy tỷ lệ Nữ/Nam: 4,8/1 [1]. Hong Weiwang, Yue-Hualiu, nghiên cứu 602 trường hợp bệnh nhân Ota người Trung Quốc tỷ lệ nữ/nam 4,1/1 [4]. Kopf, A.W., Weidman đưa ra kết quả nữ/nam: 4/1 [2]. Trong khi đó tỷ lệ nữ/nam của bệnh nhân Hàn Quốc theo tác giả Lee MJ, Whang KK là 3,2/1 [3] và Hồng Kông là 3/1 theo nghiên cứu của Chan HHL [6]. Trong

nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân nữ/nam 3,3/1. 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.

Đa số các trường hợp bớt Ota khởi phát ở thời kỳ sơ sinh. Nghiên cứu của Henry H Chan, Ronald S. C. Leung cho thấy 59% bệnh nhân bớt Ota biểu hiện bệnh ngay sau sinh [6]. Hidano A, Kajima H khi phân tích 240 bệnh nhân bớt Ota nhận thấy 48% thương tổn xuất hiện ngay sau sinh, 11% phát triển trong vòng 1 - 10 tuổi, 36% phát triển khi 11 - 20 tuổi [1]. Các tác giả Hàn Quốc lại đưa ra

những số liệu khác biệt, theo Lee MJ, Whang KK, Myung KB 32% bệnh nhân có thương tổn từ khi sinh ra, 18% từ thời thơ ấu, 25% xuất hiện ở tuổi dậy thì và 25% biểu hiện khi đã trưởng thành [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 70,8% bệnh nhân biểu hiện bệnh khi ≤ 10 tuổi, 18,9% bệnh nhân biểu hiện bệnh ở lứa tuổi 11 - 20. Kết quả nghiên cứu của các tác giả đều có chung nhận xét khởi phát bệnh trong bột Ota chủ yếu ở lứa tuổi ≤ 10 .

Về diện tích, trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân Ota có diện tích thương tổn $> 50 \text{ cm}^2$ chiếm cao nhất với tỷ lệ 25,1%, chỉ có 3,6% trường hợp diện tích bột $< 5 \text{ cm}^2$, diện tích trung bình của thương tổn $40,01 \pm 2,31 \text{ cm}^2$, diện tích thương tổn thấp nhất 2 cm^2 , lớn nhất 125 cm^2 . Kết quả của chúng tôi khác biệt so với nghiên cứu của một số tác giả Hong - Weiwang, Yue - Hualiu công bố trong nghiên cứu của mình diện tích thương tổn trung bình bột Ota là $25,97 \text{ cm}^2$, diện tích nhỏ nhất 1 cm^2 , lớn nhất 250 cm^2 [4]. Chúng tôi cho rằng bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu có độ tuổi > 20 (63,7%), ở lứa tuổi này bột Ota đã phát triển ổn định, kích thước thương tổn phát triển đến mức tối đa, do vậy diện tích thương tổn của bệnh nhân ở nhóm tuổi này lớn hơn so với nhóm tuổi trẻ em và thiếu niên.

Bột Ota ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ chính là do các đặc điểm màu sắc, vị trí, kích thước của bột trên khuôn mặt. Sueda, Simayama khi nghiên cứu đặc điểm lâm sàng bột Ota ở người Nhật Bản thấy rằng thương tổn màu tím xanh hay gặp nhất với tỷ lệ 53,6%, trong khi màu nâu, nâu tím, xanh đen gặp với tỷ lệ lần lượt là 14,6%; 27,8% và 4,0% [7]. Dae Hun Suh, Ji Hwan Hwang nghiên cứu bột Ota của người Hàn Quốc nhận thấy màu xanh đen và xanh tím gặp nhiều nhất trong bột Ota với tỷ lệ 40,2% và 24,1% [8]. Kết quả

của chúng tôi cho thấy màu xanh đen và xanh tím hay gặp nhất trong thương tổn của bột Ota với tỷ lệ 42,1% và 40,5% trong khi màu nâu tím và nâu chì gặp với tỷ lệ 13,3% và 4,1%.

Bột Ota thường bị một bên mặt, nhưng đôi khi có thể xuất hiện cả hai bên, trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ tổn thương cả hai bên mặt trong bột Ota là 3,6% (7/195). Chúng tôi cũng mô tả một cách chi tiết vị trí cụ thể thương tổn bột Ota: má bên phải gặp với tỷ lệ 50,8%, má trái 35,4%, mí mắt dưới 49,7%, thái dương 41,1%. Nhận xét này của chúng tôi cũng không khác biệt so với nghiên cứu của các tác giả khác. Phân tích 602 bệnh nhân bột Ota người Trung Quốc, Hong - Weiwang, Yue-Hualiu nhận thấy các vị trí thái dương, mí mắt dưới và má hay gặp nhất trong bột Ota với tỷ lệ lần lượt là 70,1%; 65,7% và 57,6% [4]. Dae Hun Suh, Ji Hwan Hwang nhận thấy vùng mí mắt dưới hay gặp nhất với tỷ lệ 80,0%, các vị trí khác bao gồm mí mắt trên 42,5%; má 47,2%, mũi 21,8% [8]. Điều này hoàn toàn phù hợp với các phân tích trước đây, thương tổn trong bột Ota liên quan đến sự phân bố các nhánh của dây thần kinh số V, vị trí vùng thái dương, má, mắt tương đương nhánh 1 và 2, vùng mũi, cằm tương đương nhánh 3 của dây thần kinh V. Ngoài tổn thương trên da, bột Ota còn biểu hiện tại vùng niêm mạc. Theo Hidano A, Kajima H tổn thương niêm mạc trong bột Ota chủ yếu vùng cùng mạc mắt với tỷ lệ 32,2% [1]. Dae Hun Suh mô tả tổn thương nhân cầu gặp trong bột Ota là 17,2% [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 48,7% bệnh nhân Ota có thương tổn cùng mạc mắt, tỷ lệ thương tổn niêm mạc mũi 14,9%.

Chúng tôi quan tâm tới hai khía cạnh trong tiến triển bột Ota đó là màu sắc và kích thước bột. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có

78,4% nốt Ota tiến triển sắc tố đậm lên. Về tiến triển diện tích nốt, mức độ tăng diện tích 2 - 3 lần hay gấp nhất với tỷ lệ 42,1%. Kết quả này không khác biệt so với nghiên cứu của Cheng - Jen Chang, Ching - Song Kou [9]. Như vậy nốt Ota khởi phát sớm, tiến triển sắc tố đậm dần lên và kích thước nốt cũng tăng theo thời gian, điều này một lần nữa đặt ra vấn đề điều trị sớm nốt Ota, giúp rút ngắn liệu trình điều trị và tiết kiệm chi phí cho người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng của 195 bệnh nhân nốt Ota (45 nam, 150 nữ), chúng tôi rút ra một số kết luận sau

- Nốt Ota thường gặp ở nữ giới, tỷ lệ mắc bệnh nữ/nam: 3,3/1.
- Nốt Ota khởi phát bệnh sớm, đa số ≤ 10 tuổi (74,5%).
- Diện tích nốt rộng, 25,1% nốt Ota có diện tích thương tổn $> 50\text{cm}^2$.
- Màu xanh đen và xanh tím rất thường gặp trong nốt Ota với tỷ lệ $> 40\%$.
- Vị trí mắt, má, thái dương hay gặp nhất trong nốt Ota với tỷ lệ $> 50\%$. Tổn thương cũng mạc mắt gặp trong nốt Ota với tỷ lệ 48,7%.
- Nốt Ota tiến triển đậm lên về màu sắc và tăng lên về kích thước nốt so với ban đầu.

Lời cảm ơn

Nhóm nghiên cứu xin cảm ơn Ban giám đốc, khoa Phẫu thuật Laser bệnh viện Da liễu Hà Nội đã tạo điều kiện cho nhóm nghiên cứu thực hiện đề tài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hidano, A., Kajima, H., Ikeda (1967).

Natural history of nevus of Ota. *Arch. Dermatol.* **95**, 187 - 195.

2. Kopf, A.W., Weidman, Al., (1962). Nevus of Ota. *Arch. Dermatol.* **85**, 195 - 208

3. Lee MJ, Whang KK, Myung KB (1995). Retrospective study on the clinical features of Ota's nevus. *Kor J Dermatol*, **33**, 430 - 436.

4. Hong - Weiwang, Yue - Hualiu, Gang-Kuizhang (2007). Analysis of 602 Chinese Cases of Nevus of Ota and the Treatment Results Treated by QS Alexandrite Laser. *Dermatol Surg*, **33**, 455 - 460.

5. Murad Alam., Kenneth A Arndt., Jeffrey S Dover (2004). Laser treatment of nevus of Ota. *Dermatologic Therapy* 204 - 210

6. Henry H. Chan, Ronald S. C. Leung (2000). A Retrospective Analysis of Complications in the Treatment of Nevus of Ota with the Q-Switched Alexandrite and Q-Switched Nd: YAG Lasers. *Arch Dermatol*, **136**, 1175

7. S.ueda,M.isoda and Simayama (2000). Response of naevus of Ota to Q-switched ruby laser treatment according to lesion colour. *British Journal of Dermatology*, **142**, 77 - 83

8. Dae Hun Suh, Ji Hwan Hwang, Hyoun Seung Lee (2000). Clinical features of Ota's naevus in Koreans and its treatment with Q-switched alexandrite laser. *Clinical and Experimental Dermatology*, **25**, 269 - 273.

9. Cheng - Jen Chang, Ching - Song Kou (2011). Comparing the effectiveness of QS Ruby laser treatment with that of QS Nd. YAG laser for Nevus of Ota. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, **64**, 339 - 345

Summary

CLINICAL CHARACTERISTICS OF NEVUS OF OTA

Nevus of Ota is a congenital pigmented nevus surface area affect the health and aesthetics. The study aimed to examine the clinical characteristics and factors related of nevus of Ota. Results: The rate of female/male patients with nevus of Ota: 3.3/1. 70.8% the onset of the disease is ≤ 10 years of age. Dark blue and violet green color is very common in nevus of Ota with a rate of 40% each. The common locations of the nevus are eyes, cheeks, temples with a rate of $> 50\%$. 25.1% of patients had lesion area $> 50 \text{ cm}^2$. Sclerotic lesions in nevus of Ota eyes met with the rate of 48.7%. Nevus of Ota increased pigmentation, evolved and expanded to an area.

Keywords: nevus of Ota, nevus of pigmented congenital