

SỰ THAY ĐỔI MỘT SỐ XÉT NGHIỆM TUYẾN GIÁP Ở BỆNH NHÂN RỤNG TÓC TỪNG MẢNG

Trương Thị Huyền Trang^{1,2}, Vũ Thái Hà^{1,2}, Nguyễn Quang Minh², Thái Thị Diệu Vân²,

Đỗ Thị Thu Hiền², Lê Huyền My², Ngô Thị Vân Anh², và Nguyễn Hữu Sáu^{1,2*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Rụng tóc từng mảng (RTTM) là bệnh lý về tóc thường gặp. Các nghiên cứu gần đây cho thấy, có nhiều bằng chứng về miễn dịch trong cơ chế bệnh sinh của RTTM cũng như sự xuất hiện các bệnh lý miễn dịch khác đi kèm với RTTM, đặc biệt là bệnh lý về tuyến giáp. Nghiên cứu này khảo sát tần suất bất thường một số xét nghiệm đánh giá chức năng và miễn dịch tuyến giáp ở bệnh nhân được chẩn đoán rụng tóc từng mảng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu gồm 150 bệnh nhân RTTM ở các thể khác nhau đến khám và điều trị tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 9/2022 đến tháng 8/2023. Các xét nghiệm chức năng tuyến giáp (T3 tự do - FT3, T4 tự do - FT4, TSH), nồng độ tự kháng thể peroxidase tuyến giáp (Anti - TPO) và siêu âm tuyến giáp được thực hiện.

Kết quả: Trong 150 bệnh nhân được chẩn đoán rụng tóc từng mảng ở các thể khác nhau được thu thập vào nghiên cứu, có 15 (11,7%) có tăng Anti - TPO, 14 bệnh nhân (20,7%) tăng TSH, 5 bệnh nhân (3,3%) giảm TSH, 7 bệnh nhân (2,7%) có mức FT4 tăng và 10 (6,7%) có mức FT3 tăng. Xét nghiệm siêu âm tuyến giáp: có 97 bệnh nhân (64,7%) có siêu âm tuyến giáp bình thường và 53 bệnh nhân (35,3%) có bất thường trên siêu âm tuyến giáp với 31 bệnh nhân (20,7%) có nang keo tuyến giáp và bướu tuyến giáp (2,7%), nhân giảm âm (4,7%), nhân tăng âm (2,7%), nhân hỗn hợp (1,3%) và 5 bệnh nhân có kết quả siêu âm TIRADS 3.

Kết luận: Trong nghiên cứu của chúng tôi, chức năng tuyến giáp bị suy yếu và tự kháng thể tuyến giáp trong bệnh nhân mắc bệnh rụng tóc từng mảng được xác định ở mức thấp hơn so với các nghiên cứu trước đây. Tuy nhiên, theo kết quả của nghiên cứu này, chúng tôi vẫn khuyến cáo cần kiểm tra chức năng tuyến giáp ở bệnh nhân rụng tóc từng mảng.

Từ khóa: Rụng tóc từng mảng, tuyến giáp, viêm tuyến giáp, kháng thể kháng tuyến giáp.

1: Trường Đại học Y Hà Nội

2: Bệnh viện Da liễu Trung ương

*Tác giả liên hệ: nguyenuusau@yahoo.com

Ngày nhận bài: 29/8/2023

Ngày phản biện: 26/9/2023

Ngày chấp nhận đăng: 06/10/2023

DOI: <https://doi.org/10.56320/tcdlhn.41.113>

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rụng tóc từng mảng (RTTM) là một bệnh thường gặp trong các bệnh lý về tóc, đứng hàng thứ 3 sau rụng tóc nội tiết tố nam tính và rụng tóc ở giai đoạn ngừng phát triển của tóc và được xếp vào nhóm rụng tóc không sẹo. Biểu hiện lâm



sàng bởi một, vài hoặc nhiều đám rụng tóc hình tròn hoặc hình bầu dục, nhẵn bóng, không có vảy, không ngứa, không đau. Vị trí thường gặp ở da đầu, ngoài ra có thể ở các vùng có lông khác như râu, lông mày, lông mi, lông mu. Bệnh không nguy hiểm đến tính mạng, nhưng thường gây mất thẩm mỹ, ảnh hưởng đến tâm lý và chất lượng cuộc sống của người bệnh¹.

Nguyên nhân của RTTM vẫn chưa được hiểu một cách đầy đủ, trong lịch sử, nhiều giả thiết về nguyên nhân đã được đề xuất, chẳng hạn như nhiễm trùng, giả thiết về trophoneurotic (mối liên quan giữa thời gian khởi phát rụng tóc và căng thẳng hoặc chấn thương), ngộ độc acetate (có biểu hiện lâm sàng tương tự). Gần đây, RTTM được cho là do sự mất đặc quyền miễn dịch ở nang tóc, gây phá hủy nang tóc qua các trung gian miễn dịch và sự mất kiểm soát các con đường gây viêm. Tình trạng này có liên quan đến nhiều bệnh viêm qua trung gian miễn dịch, chẳng hạn như viêm da dị ứng, viêm mũi dị ứng, lupus ban đỏ, bệnh vẩy nến, bệnh tuyến giáp, viêm khớp dạng thấp, bệnh celiac và bệnh đái tháo đường².

Các báo cáo gần đây cũng đã tìm thấy các bằng chứng tự miễn dịch trong cơ chế bệnh sinh của RTTM. Bình thường, các nang tóc được bảo vệ khỏi phản ứng miễn dịch của cơ thể do sự kiểm soát bộc lộ các phân tử HLA lớp I3. Đây được xem là “đặc quyền miễn dịch” xung quanh nang lông. Ở bệnh nhân rụng tóc từng mảng, nhận thấy có sự xâm nhập của tế bào lympho, bao gồm tế bào T và các tế bào tiêu diệt tự nhiên xâm nhập vào trong nang lông⁴. Tế bào hắc tố cũng được coi là một trong những tế bào đích miễn dịch trong bệnh RTTM, nhưng cho đến nay, các kháng thể cụ thể vẫn chưa được xác định. Bệnh nhân RTTM cũng được biết là có nguy cơ xuất hiện các bệnh tự miễn khác, chẳng hạn như viêm tuyến giáp tự

miễn, viêm khớp dạng thấp và bệnh bạch biến⁵. Nhiều nghiên cứu trước đây đã ghi nhận về vai trò của hormon tuyến giáp đối với sinh lý phát triển và duy trì nang tóc. Một số dữ liệu cho thấy RTTM sẽ nghiêm trọng hơn nếu có bất thường về tuyến giáp, bao gồm rối loạn chức năng cận lâm sàng hoặc kháng thể kháng giáp dương tính. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu để khảo sát tần suất bất thường một số xét nghiệm đánh giá chức năng và miễn dịch tuyến giáp ở bệnh được chẩn đoán rụng tóc từng mảng ở Việt Nam.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân bị rụng tóc từng mảng đến khám và điều trị tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 9 năm 2022 đến tháng 8 năm 2023.

Tiêu chuẩn chẩn đoán: Chủ yếu dựa vào lâm sàng để chẩn đoán rụng tóc từng mảng, cận lâm sàng để hỗ trợ, bao gồm: một hoặc nhiều mảng rụng tóc hình tròn hoặc bầu dục; da đầu vùng rụng tóc nhẵn, không có sẹo; không ngứa, không có vảy da; chụp dermoscopy: hình ảnh dấu chấm than, chấm vàng, chấm đen, tóc tơ...; soi tươi tìm nấm tại tổn thương: không có nấm; test nhanh giang mai: âm tính.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chẩn đoán rụng tóc từng mảng. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân: Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 9/2022 tới tháng 8/2023 tại Bệnh viện Da liễu Trung ương.

Các bước tiến hành nghiên cứu

Sau khi được phê duyệt của hội đồng khoa học và hội đồng đạo đức cho nghiên cứu, 150 bệnh nhân được chẩn đoán rụng tóc từng mảng (bao gồm: rụng tóc từng mảng, rụng tóc toàn thể, rụng lông tóc toàn bộ, rụng tóc dạng dải) thời gian từ tháng 9 năm 2022 đến tháng 8 năm 2023, được thu thập vào nghiên cứu. Các xét nghiệm chức năng tuyến giáp (T3 tự do - FT3, T4 tự do - FT4, hormon kích thích tuyến giáp - TSH) và siêu âm tuyến giáp của 150 bệnh nhân và nồng độ kháng enzym thyroid Peroxidase (Anti - TPO - Thyroid Antibody) của 128 bệnh nhân được thực hiện trong nghiên cứu.

Các xét nghiệm này được thực hiện bằng phương pháp miễn dịch hóa phát quang. Xét nghiệm FT3, FT4 và TSH được thực hiện bằng máy cobas E411 tại Bệnh viện Da liễu Trung ương. Xét nghiệm Anti - TPO được thực hiện bằng máy Alinity Abbott tại Trung tâm Xét nghiệm MEDLATEX. Các giá trị bình thường đối với xét nghiệm chức năng tuyến giáp và kháng thể tuyến giáp được xác định là FT3: 3,1 - 6,8 pmol/L, FT4: 12 - 22 pmol/L, TSH: 0,27 - 4,2 micro - IU/mL, anti - TPO: 0,5 - 6,1 IU/mL dựa trên giá trị tham chiếu do nhà sản xuất đặt ra; và bất kỳ giá trị nào thấp hơn hoặc cao hơn những giá trị này đều được xem là có sự thay đổi giảm hoặc tăng.

Xử lý số liệu

Xử lý số liệu theo phần mềm SPSS 20.0. Các biến số được thể hiện dưới dạng tỷ lệ, trung bình,

độ lệch, trung vị, giá trị nhỏ nhất, giá trị lớn nhất, tỷ lệ phần trăm, tần số. Các test thống kê được sử dụng để so sánh hai trung bình: t-test cho các biến có phân bố chuẩn, các test phi tham số (Wilcoxon và Mann - Whitney U) cho các biến không có phân bố chuẩn. Test Khi - bình phương được sử dụng để so sánh các tỷ lệ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu viên đảm bảo thực hiện quy trình phù hợp với tuyên ngôn Helsinki về đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Da liễu Trung ương theo quyết định số 37/BB-HĐĐĐ, ngày 25 tháng 8 năm 2022.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu

Tổng cộng có 150 bệnh nhân RTTM được đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $28,13 \pm 12,15$ tuổi. Trong đó, nhóm bệnh nhân tuổi 21 - 30 chiếm tỷ lệ cao nhất (47%). Sự phân bố theo giới tính là: 49,3% bệnh nhân nam giới ($n = 74$) và 50,7% bệnh nhân nữ ($n = 76$). Thời gian mắc bệnh trung bình của bệnh nhân là $8,91 \pm 15,8$ tháng (1 - 120 tháng), trong đó, nhóm bệnh nhân có thời gian mắc bệnh dưới 3 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất là 50,7% (bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm điều trị ($n = 40$)

Chỉ số	Kết quả
Tuổi (năm)	
$\bar{X} \pm SD$	$28,1 \pm 12,2$
Min - max	5 - 63



Chỉ số	Kết quả
Giới - n (%)	
Nam	74 (49,3)
Nữ	76 (50,7)
Thời gian bị bệnh (tháng)	
$\bar{X} \pm SD$	8,9 ± 15,8
Min - max	1 - 120
Tiền sử rụng tóc từng mảng - n (%)	6 (15)
Kiểu hình rụng - n (%)	
Rụng tóc từng mảng	128 (85,3)
Rụng tóc toàn thể	9 (6,0)
Rụng lông tóc toàn bộ	8 (5,3)
Rụng tóc dạng dải	5 (3,3)
Số mảng rụng tóc - n (%)	
Rụng 1 mảng	69 (46,0)
Rụng nhiều mảng	81 (54,0)
Tiền sử gia đình bị RTTM - n (%)	
Có	10 (6,7)
Không	140 (93,3)
Thời gian mắc bệnh - n (%)	
< 3 tháng	76 (50,7)
3 - 6 tháng	32 (21,3)
> 6 tháng	42 (28,0)

3.2. Xét nghiệm chỉ số FT3, FT4, TSH và Anti - TPO tuyến giáp

Mức T3 tự do (FT3) trung bình là $4,75 \pm 1,17$ pg/mL (min - max: 1,43 - 7,63 pg/mL). Mức T4 tự do (FT4) trung bình là $17,40 \pm 3,06$ ng/dL (min - max: 11,34 - 31,34). Giá trị trung bình nồng độ TSH là $1,86 \pm 3,16$ (min - max: 0,018 - 19,700) micro - IU/mL. Giá trị trung bình nồng độ Anti - TPO là $9,37 \pm 43,69$ (min - max: 0,00 - 331,89) IU/mL (bảng 2).

Bảng 2. Giá trị trung bình của xét nghiệm tuyến giáp

Giá trị	$\bar{X} \pm SD$ (tháng)	Min - max
FT3	$4,75 \pm 1,2$	1,4 - 7,6
FT4	$17,40 \pm 3,1$	11,3 - 31,3

Giá trị	$\bar{X} \pm SD$ (tháng)	Min - max
TSH	1,86 ± 3,2	0,0 - 19,7
Anti - TPO	10,56 ± 44,0	0,0 - 331,9

Trong 150 bệnh nhân được xét nghiệm, có 10 bệnh nhân (6,7%), 7 bệnh nhân (2,7%), 14 bệnh nhân (20,7%) có tăng nồng độ hormon lần lượt là FT3, FT4, TSH. Có 2 bệnh nhân (1,3%), 3 bệnh nhân (2,0%), 5 bệnh nhân (3,3%) có giảm nồng độ hormon FT3, FT4, TSH. Trong 128 bệnh nhân được làm xét nghiệm Anti - TPO có 15 bệnh nhân có tăng Anti - TPO chiếm 11,7% và 32 bệnh nhân có giảm Anti - TPO chiếm 25% (bảng 3).

Bảng 3. Tỷ lệ thay đổi giá trị xét nghiệm tuyến giáp ở bệnh nhân rụng tóc từng mảng

Kết quả	Giảm n (%)	Tăng n (%)
FT3	2/150 (1,3%)	10/150 (6,7%)
FT4	3/150 (2,0%)	7/150 (2,7%)
TSH	5/150 (3,3%)	14/150 (9,3%)
Anti - TPO	32/128 (25%)	15/128 (11,7%)

Có 97 bệnh nhân (64,7%) có siêu âm tuyến giáp bình thường và 53 bệnh nhân (35,3%) có bất thường trên siêu âm tuyến giáp với 31 bệnh nhân (20,7%) có nang keo tuyến giáp và bướu tuyến giáp (2,7%), nhân giảm âm (4,7%), nhân tăng âm (2,7%), nhân hỗn hợp (1,3%) và 5 bệnh nhân có kết quả siêu âm TIRADS 3 (bảng 4).

Bảng 4. Kết quả siêu âm tuyến giáp

Kết quả	n	Tỷ lệ (%)
Bình thường	97	64,7
Bướu tuyến giáp	4	2,7
Nang keo	31	20,7
Nhân giảm âm	7	4,7
Nhân tăng âm	4	2,7
Nhân hỗn hợp	2	1,3
Nhân Tirad 3	5	3,3
Tổng	150	100



Không có sự khác biệt về giới tính giữa nhóm có xét nghiệm Anti - TPO cao và Anti - TPO bình thường (bảng 5).

Bảng 5. Mối liên quan giữa giới tính và nồng độ Anti - TPO (n = 128)

	Nữ n (%)	Nam n (%)	p
Anti - TPO cao	9 (14,3%)	6 (9,2%)	0,42
Anti - TPO bình thường	54 (85,7%)	59 (90,8%)	
Tổng	63 (100%)	65 (100%)	

Sự khác biệt về tỷ lệ có xét nghiệm Anti - TPO cao ở các nhóm bệnh nhân có thời gian mắc bệnh khác nhau là không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,93 > 0,05$ (bảng 6).

Bảng 6. Mối liên quan giữa thời gian bị bệnh và nồng độ Anti - TPO (n = 128)

	< 3 tháng	3 - 6 tháng	> 6 tháng	p
Anti - TPO cao	7 (10,8%)	3 (11,1%)	5 (13,9%)	0,93
Anti - TPO bình thường	58 (89,2%)	24 (88,9%)	31 (86,1%)	
Tổng	65 (100%)	27 (100%)	36 (100%)	

Sự khác biệt về tỷ lệ có xét nghiệm Anti - TPO cao ở các nhóm kiểu hình rụng tóc là khác nhau có ý nghĩa thống kê với $p = 0,002$ (bảng 7).

Bảng 7. Mối liên quan giữa kiểu hình rụng tóc và nồng độ Anti - TPO (n = 128)

	Rụng tóc từng mảng	Rụng tóc toàn thể	Rụng lông tóc toàn bộ	Rụng tóc dạng dải	P
Anti - TPO cao	7 (6,7%)	5 (45,5%)	2 (28,6%)	1 (20,0%)	0,002
Anti - TPO bình thường	98 (93,3%)	6 (54,5%)	5 (71,4%)	4 (80,0%)	
Tổng	105 (100%)	11 (100%)	7 (100%)	5 (100%)	

4. BÀN LUẬN

Nguyên nhân của rụng tóc từng mảng chưa được biết rõ. Tuy nhiên, tính nhạy cảm di truyền, tính tự miễn dịch và căng thẳng được coi là những yếu tố góp phần trong sinh bệnh học của bệnh⁶.

RTTM được cho là do mất đặc quyền miễn dịch và sau đó là sự tấn công vào nang tóc bởi các tế bào TCD8+7. Bệnh tiến triển thành từng đợt (tái phát), với tỷ lệ mắc là 0,1 - 0,2%, tương ứng là 7 - 30 trường hợp trên 1000 bệnh nhân da liễu và nguy cơ suốt đời là 1,7%⁸.

Nghiên cứu của chúng tôi đã thu nhận 150 bệnh nhân. Trong đó, các đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu là tương đồng với các nghiên cứu trước đó bao gồm tuổi trung bình của bệnh nhân là $28,13 \pm 12,15$ (min - max: 5 - 63) tương tự với các nghiên cứu trước của Saylam Kurtipek G là $26,25 \pm 12,37$, nghiên cứu của Shinsuke Noso là $37,50 \pm 19,4$, phân bố theo giới tính nam (49,3%) và nữ (50,7%) so sánh với các nghiên cứu của Saylam là 59,8% nam và 40,2% nữ và của Shinsuke là 76% nữ, 34% nam^{5,9}.

Nghiên cứu phân tích tổng hợp hệ thống được thực hiện bởi Lee và cộng sự cho thấy bệnh tuyến giáp tự miễn (ATD), bao gồm bệnh Graves và viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto, thường gặp hơn ở những người mắc RTTM so với nhóm chứng¹⁰. Một phân tích tổng hợp khác của Kinoshita - Ise và cộng sự vào năm 2019 cho thấy kháng thể kháng peroxidase tuyến giáp (TPO - Ab) phổ biến ở bệnh nhân RTTM hơn so với nhóm đối chứng (OR = 3,58; 95% CI 1,96 - 6,53), cũng như nồng độ kháng thể kháng thyroglobulin (TG - Ab) (OR = 4,44; KTC 95% 1,54 - 12,75). Tỷ lệ kháng thể thụ thể TSH (hormon kích thích tuyến giáp) (TR - Ab) cao hơn ở bệnh nhân RTTM (OR = 60,90; 95% CI 34,61 - 107,18)¹¹. Mặc dù là một nghiên cứu tổng hợp lớn với 17 nghiên cứu (tổng cộng 262.581 đối tượng và hơn 1 triệu người là nhóm đối chứng), dữ liệu được cho là không nhất quán để đưa ra kết luận rõ ràng. Nhìn chung, trong số 17 bài báo (N = 2850 bệnh nhân mắc RTTM), tỷ lệ lưu hành của bất kỳ loại bệnh lý tuyến giáp nào về rối loạn chức năng nội tiết tố và/hoặc khả năng tự miễn dịch đều cao hơn so với nhóm đối chứng. Vì vậy, việc sàng lọc các tình trạng tuyến giáp ở người mắc RTTM được khuyến cáo đặc biệt trong những trường hợp rụng tóc nặng, lan tỏa¹¹.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả siêu âm tuyến giáp có 97 bệnh nhân (64,7%) có siêu âm tuyến giáp bình thường và 53 bệnh nhân (35,3%)

có bất thường trên siêu âm tuyến giáp với 31 bệnh nhân (20,7%) có nang keo tuyến giáp và bướu tuyến giáp (2,7%), nhân giảm âm (4,7%), nhân tăng âm (2,7%), nhân hỗn hợp (1,3%) và 5 bệnh nhân (3,3%) có kết quả siêu âm TIRADS 3. Trong các nghiên cứu trước đây, chưa có nghiên cứu nào phân tích số liệu về siêu âm tuyến giáp. Nhưng theo chúng tôi nhận thấy, siêu âm tuyến giáp là một xét nghiệm đơn giản dễ thực hiện, chi phí vừa phải giúp sàng lọc một số bệnh lý tuyến giáp và nên được thực hiện ở bệnh nhân rụng tóc từng mảng.

Khi đánh giá giá trị trung bình của các chỉ số tuyến giáp trong nghiên cứu, chúng tôi thu được kết quả như sau: FT3: $4,75 \pm 1,17$ pg/mL, FT4: $17,40 \pm 3,06$ ng/mL; TSH: $1,86 \pm 3,16$ micro IU/mL và Anti TPO: $10,56 \pm 43,96$. Các chỉ số này trong nghiên cứu của Saylam Kurtipek G và cộng sự là FT3: $3,67 \pm 0,61$ pg/mL, FT4: $1,32 \pm 0,28$ ng/dL, TSH: 1,94 (0,454,91) micro - IU/mL, anti - TPO: 18,70 (7,38 - 1000,00) IU/mL. Sự khác biệt này là do sự khác biệt tham chiếu giữa các phương pháp thực hiện xét nghiệm. Nhưng khi đánh giá về sự tăng hay giảm của các giá trị, nghiên cứu của chúng tôi thấy có 10/150 (6,7%) bệnh nhân có tăng FT3, 7/150 (2,7%) bệnh nhân có tăng FT4, 14/150 bệnh nhân (9,3%) bệnh nhân có tăng TSH và 15/128 (11,7%) bệnh nhân có tăng Anti - TPO, kết quả này tương tự với nghiên cứu của Saylam Kurtipek G và cộng sự là 5 (4,6%) tăng FT3, 3 (2,8%) tăng FT4, 17 (15,7%) tăng TSH và 13 (14,1%) tăng Anti - TPO.

Về xét nghiệm Anti - TPO, trong nghiên cứu của chúng tôi có 15/128 (11,7%) bệnh nhân có Anti - TPO cao. Tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của Bakry và cộng sự là 24 (48%), tương tự nghiên cứu của Saylam Kurtip và cộng sự là 13 bệnh nhân (14,1%)^{9,12}. Phân tích về mối liên quan giữa Anti - TPO và các đặc điểm về giới, tuổi và hình thái lâm sàng cho thấy có sự khác biệt chỉ số Anti - TPO



giữa các nhóm hình thái bệnh. Trong đó, nhóm có hình thái bệnh nặng như rụng tóc toàn thể, rụng lông tóc toàn bộ gặp tỷ lệ tăng Anti - TPO cao hơn. Kết luận này tương tự trong với nghiên cứu của Sail, nhưng ngược lại với nghiên cứu của Saylam Kurtip^{9,13}. Về giới và tuổi, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có mối liên quan giữa giới và tuổi với Anti - TPO.

Nghiên cứu của Ghada A. Bin Saif với 50 bệnh nhân RTTM mức độ nặng, 50 bệnh nhân RTTM nhẹ và 50 người khỏe mạnh đưa ra kết quả như sau: Anti - TPO cao hơn ở bệnh nhân RTTM (22%) so với nhóm đối chứng khỏe mạnh (4%), và có sự khác biệt đáng kể giữa nhóm RTTM nặng (40%), RTTM nhẹ (4%) và nhóm khỏe mạnh (4%)¹³. Tỷ lệ Anti - TPO cao trong nghiên cứu của chúng tôi là 11,7% thấp hơn 22% của nghiên cứu này, nhưng cũng nhận thấy kết quả tương tự là tỷ lệ Anti - TPO cao gặp nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân mức độ nặng. Đánh giá xét nghiệm chức năng tuyến giáp trong nghiên cứu của Ghada A. Bin Saif chỉ ra, TSH huyết thanh cao hơn đáng kể ở bệnh nhân RTTM ($2,69 \pm 1,97 \mu\text{IU/mL}$) so với nhóm đối chứng khỏe mạnh ($2,18 \pm 1,21 \mu\text{IU/mL}$) ($p = 0,047$). Có sự khác biệt đáng kể về mức TSH huyết thanh giữa bệnh nhân RTTM nặng, bệnh nhân RTTM nhẹ và người đối chứng khỏe mạnh ($p = 0,006$), mức FT4 huyết thanh tương đương ở tất cả các nhóm và không có sự khác biệt đáng kể giữa nhóm đối chứng khỏe mạnh và bệnh nhân AA ($p = 0,24$). Nghiên cứu của chúng tôi cũng nhận thấy có sự thay đổi nhiều nhất của xét nghiệm TSH với 5/150 (3,3%) giảm và 14/150 (9,3%) tăng nồng độ TSH ở bệnh nhân RTTM, và nhận thấy sự thay đổi cũng gặp nhiều ở nhóm bệnh nhân có tình trạng rụng tóc nặng. Các bệnh nhân này được chúng tôi gửi đến chuyên khoa nội tiết để khám đánh giá lại. Trong đó, có 1 bệnh nhân phát hiện K tuyến giáp, 2 bệnh nhân được chẩn đoán cường giáp.

Thực tế, đã có rất nhiều nghiên cứu về RTTM và bệnh lý tuyến giáp. Các nghiên cứu chỉ ra có sự thay đổi về sự hiện diện của tự kháng thể tuyến giáp trong huyết thanh hoặc thay đổi xét nghiệm chức năng tuyến giáp nhưng các kết quả xét nghiệm không thực sự chỉ ra tình trạng bệnh. Hơn nữa, nhận thấy có sự khác nhau về kết quả giữa các nghiên cứu. Nhưng kết luận đều chỉ ra nhiều mối liên quan, trong đó có nhiều yếu tố mang tính nhân quả giữa tuyến giáp và rụng tóc từng mảng. Các nghiên cứu đều đưa đến khuyến cáo thực hiện các xét nghiệm tuyến giáp ở bệnh nhân rụng tóc từng mảng, đặc biệt đối với bệnh nhân có tình trạng lâm sàng nặng.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu chỉ ra rối loạn chức năng tuyến giáp và mức độ tự kháng thể thấp hơn so với các nghiên cứu trước đây, nhưng cũng nhận thấy tỷ lệ cao các thay đổi về chức năng tuyến giáp cũng như kháng thể kháng tuyến giáp ở bệnh nhân RTTM, đặc biệt là bệnh nhân RTTM mức độ nặng. Chúng tôi khuyến nghị tiếp tục thực hiện các xét nghiệm tuyến giáp trên bệnh nhân RTTM. Có thể thấy, do chi phí cao và tính chất tốn thời gian của các xét nghiệm, các xét nghiệm tự miễn dịch tuyến giáp và chức năng tuyến giáp có thể không bắt buộc đối với tất cả các bệnh nhân RTTM nhưng nên được thực hiện ở bệnh nhân có tình trạng rụng tóc nặng hoặc có các yếu tố về bệnh lý tự miễn, tiền sử gia đình.

Dựa trên dữ liệu trên, chúng tôi nhận thấy rằng để đánh giá chính xác hơn nữa các thay đổi về tuyến giáp cần tiến hành nốt nghiên cứu với mẫu lớn hơn và có nhóm đối chứng là người khỏe mạnh để so sánh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lowell A, Stephen I, Barbara A , et al. Fitzpatrick's Dermatology In General Medicine. 8th ed. The McGraw - Hill Companies; 2012.
2. Spano F, Donovan JC. Alopecia areata: Part 1: pathogenesis, diagnosis, and prognosis. *Can Fam Physician*. 2015 Sep;61(9):751 - 5. PMID: 26371097; PMCID: PMC4569104. <https://www.cfp.ca/content/61/9/751.long>.
3. Gilhar A. Collapse of immune privilege in alopecia areata: coincidental or substantial? *J Invest Dermatol*. 2010;130(11):2535 - 2537. doi:10.1038/jid.2010.260.
4. Gilhar A, Paus R, Kalish RS. Lymphocytes, neuropeptides, and genes involved in alopecia areata. *J Clin Invest*. 2007;117(8):2019 - 2027. doi:10.1172/JCI31942
5. Noso S, Park C, Babaya N, et al. Organ Specificity in Autoimmune Diseases: Thyroid and Islet Autoimmunity in Alopecia Areata. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2015;100(5):1976 - 1983. doi:10.1210/jc.2014 - 3985.
6. Heymann WR. Adjusting the Screen Door: Developing a Rational Approach to Assessing for Thyroid Disease in Patients with Alopecia Areata. *Skinmed*. 2019;17(3):185 - 186.
7. Paus R, Bertolini M. The role of hair follicle immune privilege collapse in alopecia areata: status and perspectives. *J Investig Dermatol Symp Proc*. 2013;16(1):S25 - 27. doi:10.1038/jidsymp.2013.7.
8. Han TY, Lee JH, Noh TK, et al. Alopecia areata and overt thyroid diseases: A nationwide population - based study. *J Dermatol*. 2018;45(12):1411 - 1417. doi:10.1111/1346 - 8138.14648.
9. Saylam Kurtipek G, Cihan FG, Erayman Demirbaş Ş, Ataseven A. The Frequency of Autoimmune Thyroid Disease in Alopecia Areata and Vitiligo Patients. *Biomed Res Int*. 2015;2015:435947. doi:10.1155/2015/435947.
10. Lee S, Lee H, Lee CH, Lee WS. Comorbidities in alopecia areata: A systematic review and meta - analysis. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2019;80(2):466 - 477.e16. doi:10.1016/j.jaad.2018.07.013.
11. Kinoshita-Ise M, Martinez-Cabrales SA, Alhusayen R. Chronological association between alopecia areata and autoimmune thyroid diseases: A systematic review and meta-analysis. *J Dermatol*. 2019;46(8):702 - 709. doi:10.1111/1346 - 8138.14940.
12. Bakry OA, Basha MA, El Shafiee MK, Shehata WA. Thyroid Disorders Associated with Alopecia Areata in Egyptian Patients. *Indian J Dermatol*. 2014;59(1):49 - 55. doi:10.4103/0019 - 5154.123494.
13. Saif GAB. Severe subtype of alopecia areata is highly associated with thyroid autoimmunity. *Saudi Med J*. 2016;37(6):656 - 661. doi:10.15537/smj.2016.6.13777.



SUMMARY

Original research

ALTERATION IN THYROID PROFILE OF ALOPECIA AREATA PATIENTS

**Truong Thi Huyen Trang^{1,2}, Vu Thai Ha^{1,2}, Nguyen Quang Minh², Thai Thị Diệu Văn²,
Do Thi Thu Hien², Le Huyen My², Ngo Thi Van Anh², and Nguyen Huu Sau^{1,2*}**

ABSTRACT

Objectives: Alopecia areata is one of the most common hair loss disorders. Recent studies have highlighted the role of immune - related pathogenesis in alopecia areata and its association with other immune diseases, such as thyroid problems. This study was conducted to assess thyroid disorders in patients with alopecia areata. The objective of this study was to evaluate the frequency of specific thyroid function laboratory tests in patients with alopecia areata.

Materials and methods: We enrolled 150 patients with various types of alopecia areata who were examined at the National Hospital of Dermatology and Venereology from September 2022 to August 2023. Thyroid function tests, including free T3, free T4, and TSH, as well as thyroid autoantibody (Anti - TPO) levels, and thyroid ultrasound were performed for all patients.

Results: Among the 150 patients diagnosed with various forms of alopecia areata, 16 (14.8%) had elevated TPO, 14 (20.7%) had elevated TSH, 7 (2.7%) had elevated FT4, and 10 (6.7%) had elevated FT3 levels. Thyroid ultrasound results indicated that 97 patients (64.7%) had a normal thyroid ultrasound, while 53 patients (35.3%) had abnormal findings, including 31 patients (20.7%) with follicular adenoma of the thyroid and cystic colloid nodules (2.7%), hypoechoic nodules (4.7%), hyperechoic nodules (2.7%), mixed nodules (2.7%), and 5 patients with TIRAD 3 ultrasound results.

Conclusions: The frequency of thyroid dysfunction and the presence of thyroid autoantibodies in patients with alopecia areata in our study were lower than in previous studies. However, based on the evidence from this study, we still recommend evaluating thyroid function in patients with alopecia areata.

Keywords: *Alopecia areata, thyroid, thyroiditis, anti - thyroid antibodies.*

1: Hanoi Medical University

2: National Hospital of Dermatology and Venereology

* Correspondence email: nguyenhuusau@yahoo.com