



BỚT RƯỢU VANG MẮC PHẢI

Lương Thị Minh Thúy¹, Vũ Huy Lượng^{1,2}, Nguyễn Thị Hạnh¹

TÓM TẮT

Bớt rượu vang (PWS) là dị tật mao mạch ở da, bao gồm hai thể: Bẩm sinh và mắc phải. Bớt rượu vang bẩm sinh là loại dị dạng mạch máu thường gặp, xuất hiện ở 0,3 - 1% trẻ sơ sinh. Ngược lại, bớt rượu vang mắc phải (APWS) rất hiếm gặp, chỉ có ít hơn 100 ca lâm sàng được báo cáo trên thế giới cho đến nay.

1. GIỚI THIỆU

Bớt rượu vang mắc phải còn được gọi là hội chứng Fegeler được báo cáo lần đầu tiên bởi tiến sĩ Fegeler vào năm 1949.¹ Bớt rượu vang mắc phải có biểu hiện tương tự bớt rượu vang bẩm sinh về cả lâm sàng và mô bệnh học.² Tuy nhiên, vị trí của bớt rượu vang mắc phải có thể gặp ở vị trí bất kỳ trên cơ thể và thường xuất hiện sau chấn thương hoặc dùng thuốc, tuổi khởi phát trung bình được báo cáo trong y văn là 25 tuổi.³ Trong bài này, chúng tôi xin báo cáo một ca lâm sàng bớt rượu vang mắc phải tại Bệnh viện Da liễu Trung ương.

2. CA LÂM SÀNG



Hình 1. Ảnh bệnh nhân trước điều trị

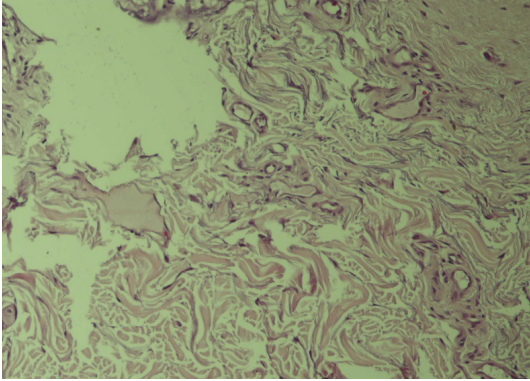
(Nguồn: Khoa Laser và Săn sóc da
Bệnh viện Da liễu Trung ương)

Bệnh nhân nữ, 43 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, đến khám tại Bệnh viện Da liễu Trung ương vì xuất hiện dát đỏ, cổ 3 năm nay. Tổn thương ban đầu xuất hiện vùng góc hàm, sau đó lan dần ra cổ, không đau, không ngứa. Theo khai thác tiền sử trước khi có tổn thương, bệnh nhân không có chấn thương hay sử dụng thuốc gì. Tổn thương cơ bản là dát đỏ vùng góc hàm, cổ, ranh giới không rõ, một vài điểm giãn mạch phía trên, không có vảy.

¹ Trường Đại học Y Hà Nội

² Bệnh viện Da liễu Trung ương

Mô bệnh học cho thấy có hình ảnh thượng bì bình thường, trung bì có giãn mao mạch, ít tế bào viêm và không có hình ảnh tăng sinh tế bào nội mô.



Hình 2. Mô bệnh học tổn thương dát đỏ vùng cổ (nhuộm Hematoxylin - Eosin)

(Nguồn: Khoa Giải phẫu bệnh
Bệnh viện Da liễu Trung ương)

Bệnh nhân đều được chẩn đoán bớt rượu vang mắc phải và chỉ định điều trị bằng Pulse dye laser (PDL), 1 tháng sau điều trị lần 1, tổn thương cải thiện tốt và không có tác dụng phụ nào được ghi nhận.



Hình 2. Ảnh bệnh nhân sau 1 tháng điều trị PDL lần 1

(Nguồn: Khoa Laser và Săn sóc da
Bệnh viện Da liễu Trung ương)

3. BÀN LUẬN

Bớt rượu vang mắc phải rất hiếm và nguyên nhân hay gặp nhất là do chấn thương cơ học và thuốc. Trường hợp bớt rượu vang mắc phải đầu tiên được chẩn đoán là sau chấn thương, được Fegeler báo cáo vào năm 1949; do đó, tình trạng này được đặt tên là hội chứng Fegeler.⁴ Các trường hợp bớt rượu vang mắc phải không do chấn thương đã được mô tả sau khi bắt đầu dùng isotretinoin, thuốc tránh thai đường uống, simvastatin và metformin. Ngoài ra, còn có những nguyên nhân có thể gặp là: Cháy nắng nhiều lần, đau đầu từng cơn, bệnh zona, u dây thần kinh thính giác và vết thương thấu bụng.³

Không có nguyên nhân rõ ràng nào được tìm thấy liên quan đến tổn thương của bệnh nhân được chúng tôi báo cáo. Trong những trường hợp như vậy, cần nghĩ tới khả năng có bất thường mạch máu tiềm ẩn sau chấn thương nhỏ, lặp đi lặp lại, hoặc xuất hiện sau một vài tháng chấn thương do đó không được bệnh nhân chú ý.^{4,5}

Về lâm sàng và mô bệnh học, các dạng bớt rượu vang bẩm sinh và mắc phải là giống hệt nhau. Trên mô bệnh học: Các mao mạch giãn ở lớp trung bì nhú và trung bì lưới, số lượng mạch máu không tăng và không có sự tăng sinh nội mô.¹ Cơ chế bệnh sinh vẫn chưa rõ, trong đó giả thuyết sự thiếu hụt phân bố thần kinh giao cảm để duy trì trương lực mạch máu hay được nhắc đến.⁵ Laser màu xung thường là phương pháp điều trị được lựa chọn vì nguy cơ để lại sẹo ở mức tối thiểu.⁴ Do tính hiếm gặp của bớt rượu vang mắc phải, nên rất khó đánh giá mức độ an toàn của laser màu xung ở những người có tỳ da tối màu. Tuy nhiên, đã có báo cáo cho thấy bớt rượu vang mắc phải đáp ứng với laser màu xung tốt hơn bớt rượu vang bẩm sinh.⁶ Ở những bệnh nhân có tỳ da Fitzpatrick IV và V được điều



trị bằng PDL có thể có tỷ lệ rối loạn sắc tố cao hơn. Tuy nhiên, bệnh nhân của chúng tôi có tỳ da Fitzpatrick IV đã có đáp ứng tốt với PDL mà không ghi nhận tác dụng phụ.

Chẩn đoán phân biệt quan trọng nhất với bớt rượu vang mắc phải là giai đoạn viêm của xơ cứng bì khu trú. Nhiều trường hợp xơ cứng bì khu trú giai đoạn viêm bị chẩn đoán nhầm với bớt rượu vang mắc phải, sau đó được điều trị bằng laser mạch máu mà không bắt đầu điều trị thích hợp cho tình trạng viêm tiềm ẩn.⁷

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nussbaumer-Ochsner Y, Spinas G. Dermatological sequela of a car accident: acquired Port-wine stain (Fegeler syndrome). *BMJ Case Rep*. Published online August 3, 2015:bcr2015210860. doi:10.1136/bcr-2015-210860.

2. Bansal S, Garg VK, Wadhwa B, Khurana N. Acquired Port-wine Stain in an Adult Male: First Reported Case from India with Review of Literature. *Indian J Dermatol*. 2015;60(1):104. doi:10.4103/0019-5154.147859.

3. Saliba E, Yumeen S, Tannous Z. Acquired port-wine stains: A report of two cases and review of the literature. *J Cosmet Dermatol*. 2023;22(3):945-948. doi:10.1111/jocd.15526

4. Park GH, Kim WI, Yang MY, et al. Acquired Port-Wine Stain Following Minor Trauma: Fegeler Syndrome. *Ann Dermatol*. 2019;31(Suppl):S5-S6. doi:10.5021/ad.2019.31.S.S5.

5. Piaserico S, Belloni Fortina A. Posttraumatic port-wine stain in a 4-year-old girl: Fegeler syndrome. *Pediatr Dermatol*. 2004;21(2):131-133. doi:10.1111/j.0736-8046.2004.21209.x

6. Sw L. Acquired port wine stains: clinical and psychological assessment and response

to pulsed dye laser therapy. *Br J Dermatol*. 1997;137(1). Accessed March 4, 2024. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9274630/>

7. Bassi A, Piccini P, Filippeschi C, et al. Inflammatory morphea presenting as a hemifacial acquired port-wine stain. *Arch Dis Child*. 2019;104(3):296. doi:10.1136/archdischild-2017-314721.