



ĐẶC ĐIỂM CỦA BỆNH BẠCH BIẾN TRÊN HÌNH ẢNH CỦA DERMOSCOPY

Nguyễn Thị Ngọc Anh^{1,2}, Đỗ Thị Thu Hiền¹, Nguyễn Mạnh Tân^{1,2}, Hoàng Văn Tâm^{1,2}, Phạm Đình Hòa^{1,2}, Đào Nhất Quỳnh², Phạm Thị Lan^{1,2}, và Phạm Thị Minh Phương^{1*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm tổn thương của bệnh bạch biến trên hình ảnh của dermoscopy và một số yếu tố liên quan.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 107 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh bạch biến, khám lần đầu tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 10/2023 đến tháng 10/2024 và chưa điều trị gì trước đó. Bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng, phân tích tổn thương với dermoscopy.

Kết quả: Tuổi trung bình của bệnh nhân trong đề tài nghiên cứu là $29 \pm 20,4$, tỷ lệ nữ:nam là 1,2:1. Trung bình độ tuổi khởi phát là $27 \pm 19,5$, thời gian mắc bệnh trung bình là $2,2 \pm 3,5$ năm. Đa số các bệnh nhân trong đề tài không có tiền sử gia đình mắc bệnh bạch biến (chiếm 94,4%) và bệnh lý phối hợp (chiếm 87,9%). Trên dermoscopy, dấu hiệu quan sát được chiếm tỷ lệ cao nhất là mất sắc tố quanh nang lông, chiếm 82,2%. Các dấu hiệu khác có tỷ lệ quan sát được cao gồm: bờ tổn thương rõ (72,9%), mạng lưới sắc tố mất (44,9%), dấu hiệu tóc trắng (39,3%), dấu hiệu vụn nổ sao (37,4%), dát đỏ trong hoặc rìa tổn thương kèm theo giãn mao mạch (36,4%), hiệu ứng micro Kobner (35,5%), dấu hiệu tăng sắc tố viền tổn thương (33,6%), hiệu ứng “cao lương sản” (32,7%). Các dấu hiệu gợi ý tổn thương ở giai đoạn tiến triển gồm: dấu hiệu vụn nổ sao, hiệu ứng mic ro Kobner, mạng lưới sắc tố đảo ngược, hiệu ứng “cao lương sản”, dấu hiệu đuôi sao chổi, trong khi các dấu hiệu gợi ý tổn thương ở giai đoạn ổn định gồm: bờ tổn thương rõ, mạng lưới sắc tố mất, mất sắc tố quanh nang lông, tăng sắc tố viền tổn thương. Hiệu ứng micro Kobner gặp nhiều hơn ở nhóm bạch biến không phân đoạn, trong khi dấu hiệu tóc trắng gặp nhiều hơn trong nhóm bạch biến thể đoạn ($p < 0,05$).

Kết luận: Dermoscopy là một phương tiện không xâm lấn có giá trị hỗ trợ các bác sĩ lâm sàng trong quá trình chẩn đoán bệnh bạch biến và giai đoạn bệnh. Các đặc điểm gợi ý bệnh trong giai đoạn hoạt động gồm: bờ tổn thương không rõ, mạng lưới sắc tố đảo ngược, dấu hiệu vụn nổ sao, dấu hiệu đuôi sao chổi, hiệu ứng micro Kobner, hiệu ứng “cao lương sản”. Dấu hiệu tóc trắng liên quan đến bạch biến thể đoạn, trong khi đó hiệu ứng micro-Koebner lại xuất hiện nhiều hơn ở bạch biến không phân đoạn và rất ít gặp ở bạch biến thể đoạn.

Từ khóa: bạch biến, dermoscopy, hoạt động, hiệu ứng micro Koebner, ổn định.

¹Bệnh viện Da liễu Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

*Tác giả liên hệ: Email: phuongphamdv@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/10/2024

Ngày phản biện: 15/10/2024

Ngày chấp nhận đăng: 12/11/2024

DOI: 10.56320/tcdlhnv.48.233

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bạch biến (vitiligo) là bệnh đặc trưng bởi các dát hoặc mảng mất sắc tố ở da và niêm mạc, gây ra bởi sự thiếu hụt tế bào sắc tố ở thượng bì^{1,2}. Tỷ lệ lưu hành của bệnh trên thế giới khoảng 0,1%

đến 2% dân số bao gồm cả người lớn và trẻ em và không có sự khác biệt về chủng tộc.² Bệnh có thể khởi phát ở bất kỳ độ tuổi nào, tuy nhiên trung bình là 20-30 tuổi.² Nguyên nhân của bệnh còn chưa rõ ràng, một số yếu tố và giả thuyết đã được đưa ra liên quan đến gen, stress, môi trường, tự miễn, giả thuyết thần kinh thể dịch, giả thuyết tự gây độc tế bào...³

Bạch biến có biểu hiện lâm sàng khá đa dạng, chia thành 2 thể lâm sàng chính: thể thông thường và thể đoạn. Bệnh tiến triển theo từng giai đoạn: tiến triển, ổn định. Việc xác định được bạch biến đang tiến triển hay ổn định sẽ quyết định lựa chọn điều trị hiệu quả. Hiện tại việc đánh giá bạch biến ổn định hay tiến triển chủ yếu bằng lâm sàng, ngoài ra gần đây các nghiên cứu có đưa ra các phương pháp xác định bệnh ổn định như dựa trên đặc điểm dermoscopy, mô bệnh học, hoá mô miễn dịch⁴. Trong đó, dermoscopy (hay kính hiển vi phát quang) là một biện pháp không xâm lấn, nhanh gọn, cho phép hình dung các cấu trúc hình thái dưới mức vĩ mô có tương quan với các cấu trúc mô học cụ thể. Các đặc điểm đa dạng của bệnh bạch biến trên hình ảnh của dermoscopy góp phần chẩn đoán sớm, phân biệt bạch biến với một số bệnh lý giảm sắc tố khác như: bớt giảm sắc tố, lichen xơ teo, giảm sắc tố dạng giọt, lang ben...⁵

Tại Việt Nam, hiện nay chưa có nghiên cứu về giá trị của dermoscopy trong chẩn đoán bệnh bạch biến cũng như chẩn đoán mức độ hoạt động của bệnh. Các nghiên cứu trên thế giới xoay quanh đề tài này hiện nay kết quả còn nhiều mâu thuẫn và khác biệt, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá các đặc điểm của bệnh bạch biến trên hình ảnh của dermoscopy.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện trên 107 bệnh nhân được chẩn đoán xác định bệnh bạch biến, khám lần đầu tiên tại bệnh viện Da liễu Trung ương, chưa điều trị trước đó, bao gồm cả bạch biến ổn định và bạch biến không ổn định về lâm sàng.

Bạch biến hoạt động hay không ổn định về lâm sàng được đánh giá bởi sự xuất hiện tổn thương bạch biến mới hoặc lan thêm của các tổn thương cũ trong khoảng thời gian dưới 1 năm. Bạch biến được coi là ổn định về lâm sàng khi trong vòng 01 năm không xuất hiện tổn thương mới, tổn thương cũ không lan rộng và hoặc không có dấu hiệu Koebner.⁶

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện từ tháng 9/2023 đến tháng 10/2024 tại Bệnh viện Da liễu Trung ương.

Các bước tiến hành nghiên cứu

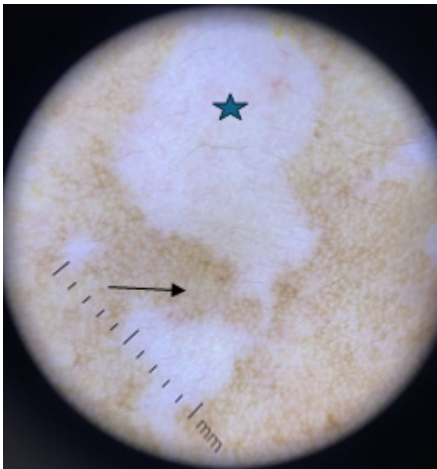
Bệnh nhân sau khi khám lâm sàng và làm bệnh án nghiên cứu sẽ được phân tích tổn thương dưới thiết bị cầm tay dermoscopy DermLite DL4, hãng sản xuất DermLite, Mỹ đã được FDA chấp thuận lưu hành. Hình ảnh tổn thương được chụp với độ phóng đại 10x, dưới chế độ phân cực và lưu trữ qua Iphone 11 gắn với Dermoscopy. Hình ảnh chụp bao gồm ít nhất các vị trí: rìa tổn thương, trung tâm tổn thương, xung quanh nang lông.

Đánh giá kết quả

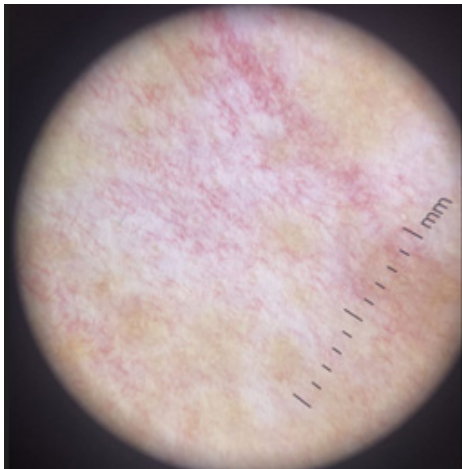
Đánh giá mức độ hoạt động bệnh thông qua chỉ số VIDA (vitiligo disease activity score)⁷

Điểm VIDA	Hoạt động bệnh
+4	Hoạt động trong vòng ≤ 6 tuần
+3	Hoạt động trong vòng 6 tuần - 3 tháng trước đây
+2	Hoạt động trong vòng 3 - 6 tháng
+1	Hoạt động trong vòng 6 - 12 tháng
0	Ổn định trong vòng ít nhất 1 năm
-1	Ổn định trong vòng ít nhất 1 năm và có tái nhiễm sắc tố

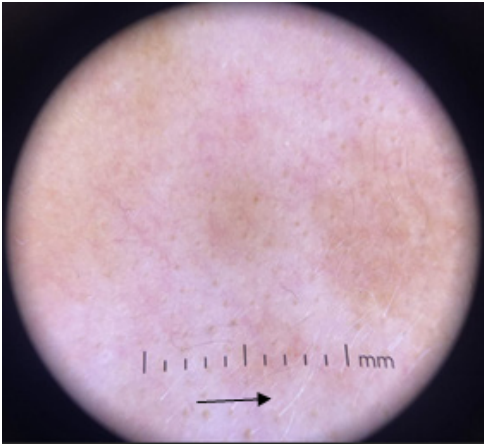
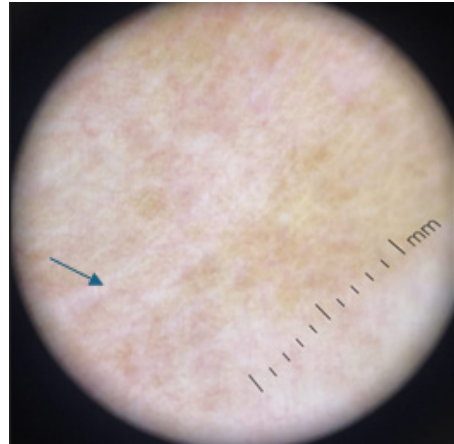
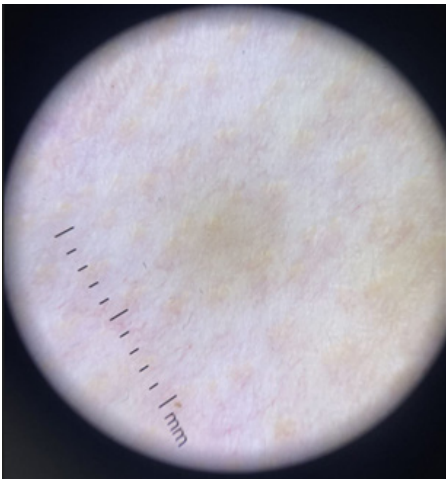
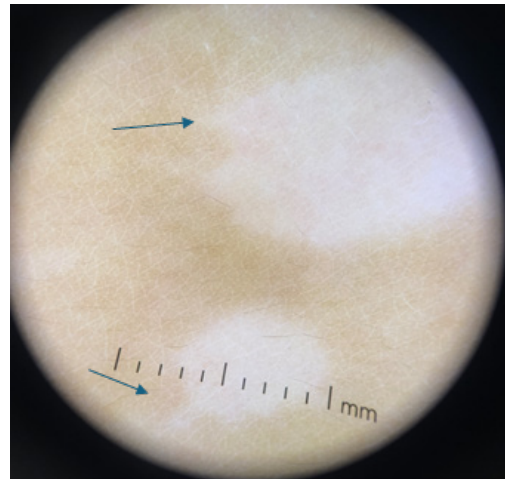
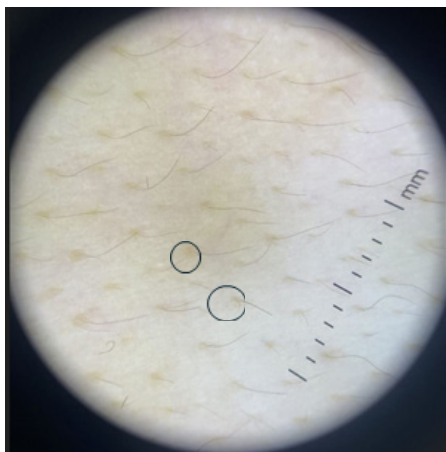
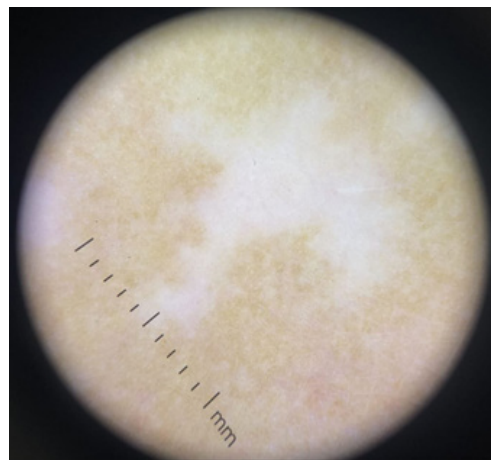
Trên dermoscopy, các dấu hiệu được quan sát thấy bao gồm: bờ tổn thương rõ, bờ tổn thương không rõ, dấu hiệu ba màu, thay đổi mạng lưới sắc tố (giảm, đảo ngược, mất, dạng lưới), sắc tố quanh nang lông, mất sắc tố quanh nang lông, dát đỏ trong hoặc rìa tổn thương kèm theo giãn mạch, dấu hiệu tóc trắng, dấu hiệu vệt nổ sao, dấu hiệu đuôi sao chổi, hiệu ứng “cao lương sấn”, hiệu ứng micro-Koebner⁸

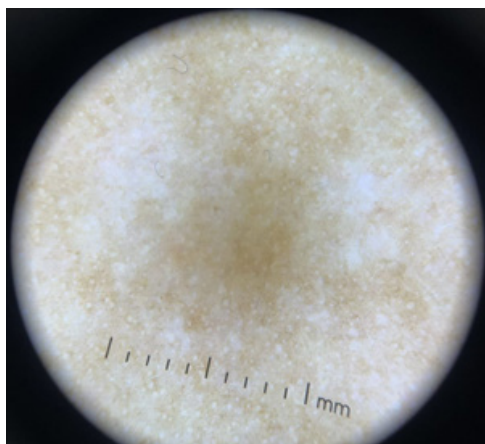


Hình 1. Tăng sắc tố viền tổn thương (mũi tên), mạng lưới sắc tố mất, mất sắc tố quanh nang lông (dấu sao)

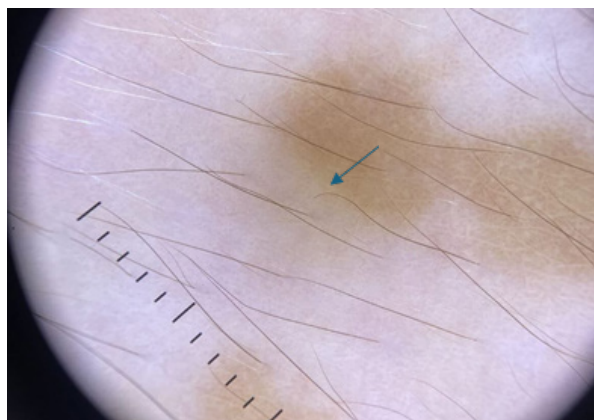


Hình 2. Dát đỏ trong và rìa tổn thương kèm giãn mạch


Hình 3. Dấu hiệu tóc trắng (mũi tên)

Hình 4. Hiệu ứng micro-Koebner (mũi tên)

Hình 5. Mạng lưới sắc tố đảo ngược

Hình 6. Dấu hiệu đuôi sao chổi (mũi tên)

Hình 7. Dấu hiệu sắc tố quanh nang lông (vòng tròn)

Hình 8. Dấu hiệu vụ nổ sao



**Hình 9. Hiệu ứng “cao lương sản”
(tổn thương vệ tinh)**



Hình 10. Dấu hiệu ba màu

Xử lý số liệu

Số liệu nghiên cứu được nhập và phân tích theo phần mềm SPSS 20.0, trong đó các biến số được thể hiện dưới dạng trung bình, độ lệch, tỷ lệ phần trăm, tần số. Các test thống kê được sử dụng bao gồm: t-test, ANOVA, so sánh hai tỷ lệ được kiểm định bằng test Chi bình phương.

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 về nghiên cứu y sinh- Bệnh viện Da liễu Trung ương theo quyết định số 42/HĐĐĐ-BVDLTW, ngày 13 tháng 11 năm 2023.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Theo bảng 1, tuổi bệnh nhân trung bình trong đề tài nghiên cứu là $29 \pm 20,4$, tuổi thấp nhất là 1,

tuổi cao nhất là 72. Trung bình độ tuổi khởi phát là $27 \pm 19,5$, trong đó tuổi khởi phát sớm nhất là 1 tuổi, tuổi khởi phát muộn nhất là 70 tuổi. Về thời gian mắc bệnh, các bệnh nhân trong đề tài nghiên cứu có thời gian mắc bệnh trung bình là $2,2 \pm 3,5$ năm. Thời gian mắc bệnh ngắn nhất là 1 tháng, thời gian mắc bệnh dài nhất là 26,6 năm, thời gian mắc bệnh trung bình của các bệnh nhân là $2,2 \pm 3,5$ năm.

Tỷ lệ giới tính nữ:nam là 1,2:1. Về tiền sử gia đình mắc bệnh bạch biến, nghiên cứu ghi nhận 6 bệnh nhân có tiền sử gia đình mắc bệnh bạch biến chiếm 5,6%. Đa số bệnh nhân không có tiền sử gia đình mắc bệnh bạch biến (chiếm 94,4%).

Về tiền sử mắc các bệnh lý phối hợp, các bệnh nhân trong đề tài nghiên cứu có 13 bệnh nhân mắc bệnh lý kèm theo chiếm 13,1% các trường hợp, bao gồm các bệnh lý tuyến giáp, rụng tóc mảng, đái tháo đường. Đa số các bệnh nhân không mắc bệnh phối hợp (87,9%).

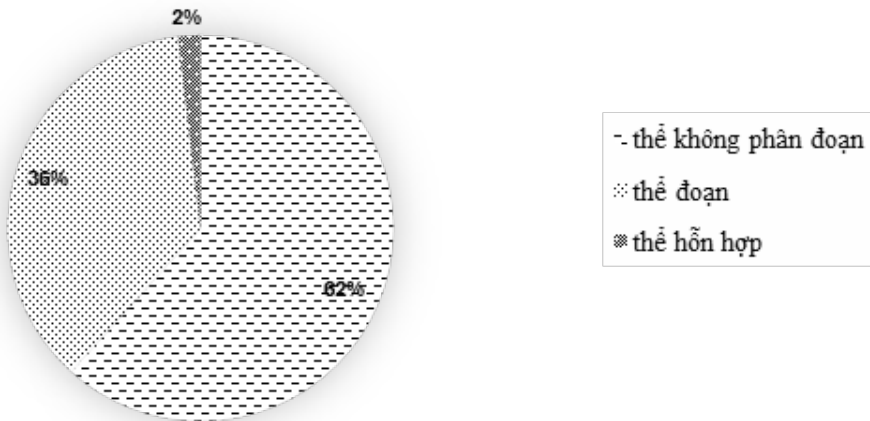
Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (N = 107)

Đặc điểm		$\bar{x} \pm SD$	Min - Max
Tuổi hiện tại (năm)		29 ± 20,4	1 - 72
Tuổi khởi phát (năm)		27 ± 19,5	1 - 70
Thời gian mắc bệnh (năm)		2,2 ± 3,5	1 tháng - 26,6
		n	%
Giới tính	Nam	47	44
	Nữ	60	56
Tiền sử gia đình	Có	6	5,6
	Không	101	94,4
Bệnh lý phối hợp	Bệnh lý tuyến giáp	6	5,6
	Rụng tóc rụng	2	1,9
	Đái tháo đường	5	4,7
	Không mắc bệnh phối hợp	94	87,9
Tổng		107	100,0

3.2. Đặc điểm về thể bệnh lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân trong đề tài nghiên cứu chủ yếu thuộc các thể: thể đoạn, thể không phân đoạn, thể hỗn hợp. Trong đó thể không phân đoạn chiếm tỷ lệ cao nhất với 62%, tiếp theo là thể đoạn chiếm 36%. Thể hỗn hợp chiếm ít nhất với 2%. Không ghi nhận trường hợp bệnh nhân chẩn đoán các thể không xác định và các thể khác.

**Phân bố bệnh nhân theo thể lâm sàng
(N = 107)**

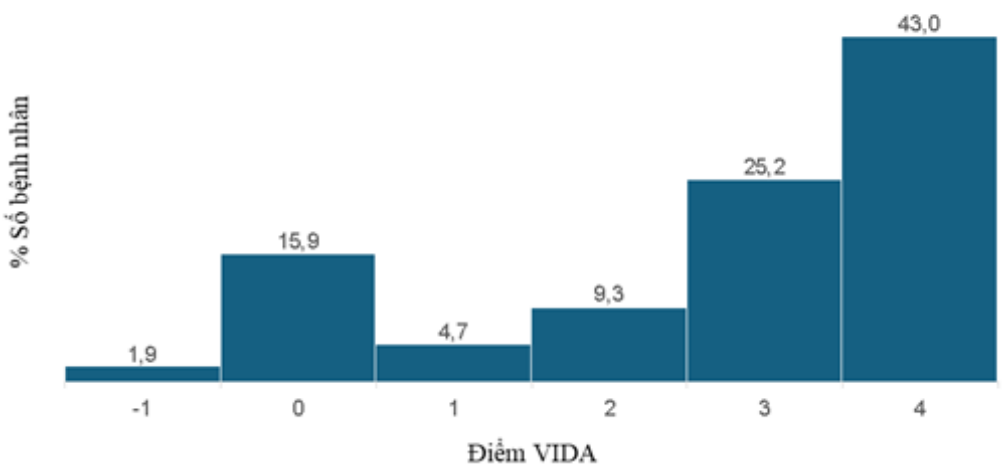


Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo thể lâm sàng

3.3. Đặc điểm về mức độ hoạt động bệnh

Theo biểu đồ 2, mức độ hoạt động bệnh theo chỉ số VIDA từ -1 đến +4 được phân loại theo thời gian hoạt động bệnh. Đa số bệnh nhân ở giai đoạn bệnh hoạt động (VIDA 1 - 4) chiếm tỷ lệ 78,2%, còn lại là giai đoạn bệnh ổn định chiếm 21,8%. Mức độ hoạt động bệnh VIDA +4 có tỷ lệ số bệnh nhân cao nhất chiếm 43%, tiếp theo sau đó là VIDA +3 chiếm 25,2%. Mức độ hoạt động bệnh VIDA -1 có tỷ lệ bệnh nhân thấp nhất chiếm 1,9%. Mức độ hoạt động bệnh VIDA 2; 1; 0 chiếm tỷ lệ lần lượt là 9,3%; 4,7% và 15,9%.

Một số hoạt động bệnh theo chỉ số VIDA

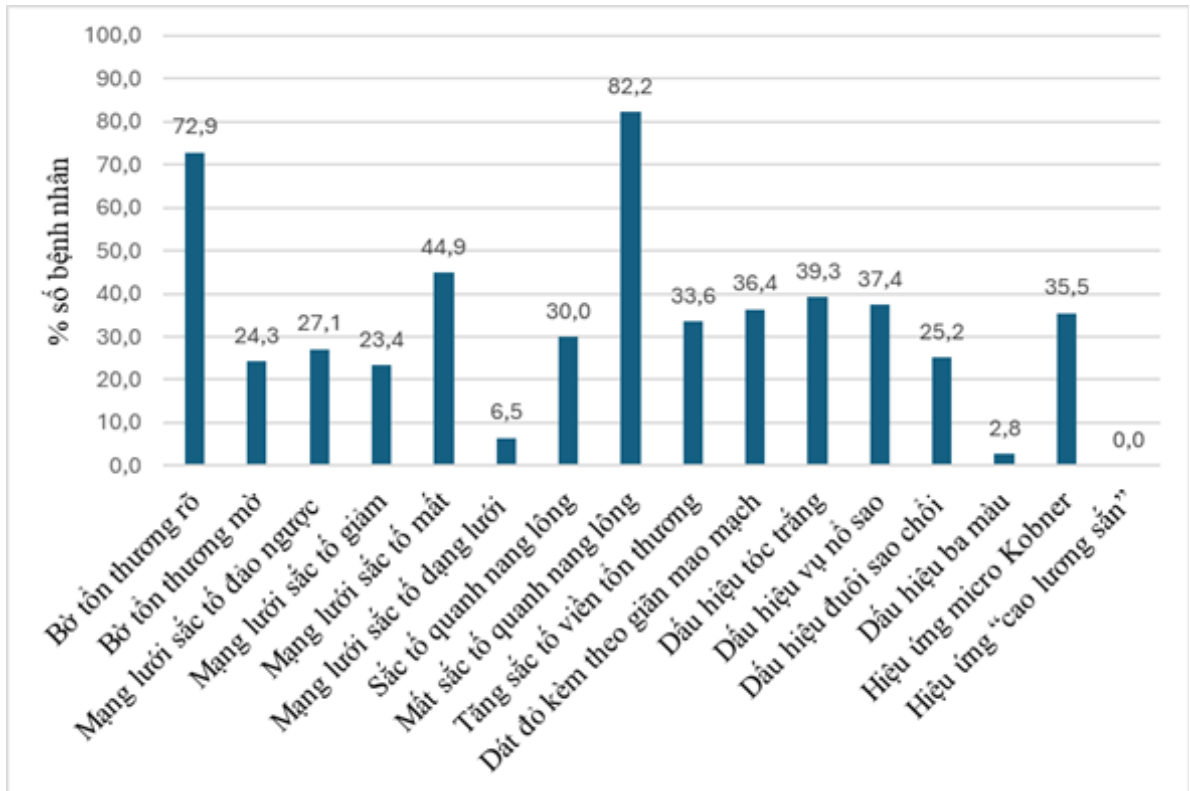


Biểu đồ 2. Đặc điểm về mức độ hoạt động bệnh theo chỉ số VIDA (N = 107)

3.4. Đặc điểm tổn thương bệnh bạch biến trên Dermoscopy

Dựa vào biểu đồ 3, hiện tượng quan sát được chiếm tỷ lệ cao nhất trong các tổn thương là mất sắc tố quanh nang lông, chiếm 82,2%. Các dấu hiệu khác có khả năng quan sát cao là bờ tổn thương rõ, mạng lưới sắc tố mất, dấu hiệu tóc trắng, dấu hiệu vệt nổ sao, dát đỏ trong hoặc rìa tổn thương kèm theo giãn mao mạch, hiệu ứng micro Kobner, dấu hiệu tăng sắc tố viền tổn thương, hiệu ứng “cao lương sản” với tỷ lệ gặp lần

lượt là 72,9%; 44,9%; 39,3%; 37,4%; 36,4%; 35,5%; 33,6% và 32,7%. Các dấu hiệu sắc tố quanh nang lông, mạng lưới sắc tố đảo ngược, dấu hiệu đuôi sao chổi, bờ tổn thương mờ, mạng lưới sắc tố giảm có tỷ lệ gặp lần lượt là 30%, 27,1%; 25,2%; 24,3% và 23,4%. Hình ảnh ít quan sát thấy được là mạng lưới sắc tố dạng lưới và dấu hiệu ba màu với tỷ lệ gặp lần lượt là 6,5% và 2,8%.



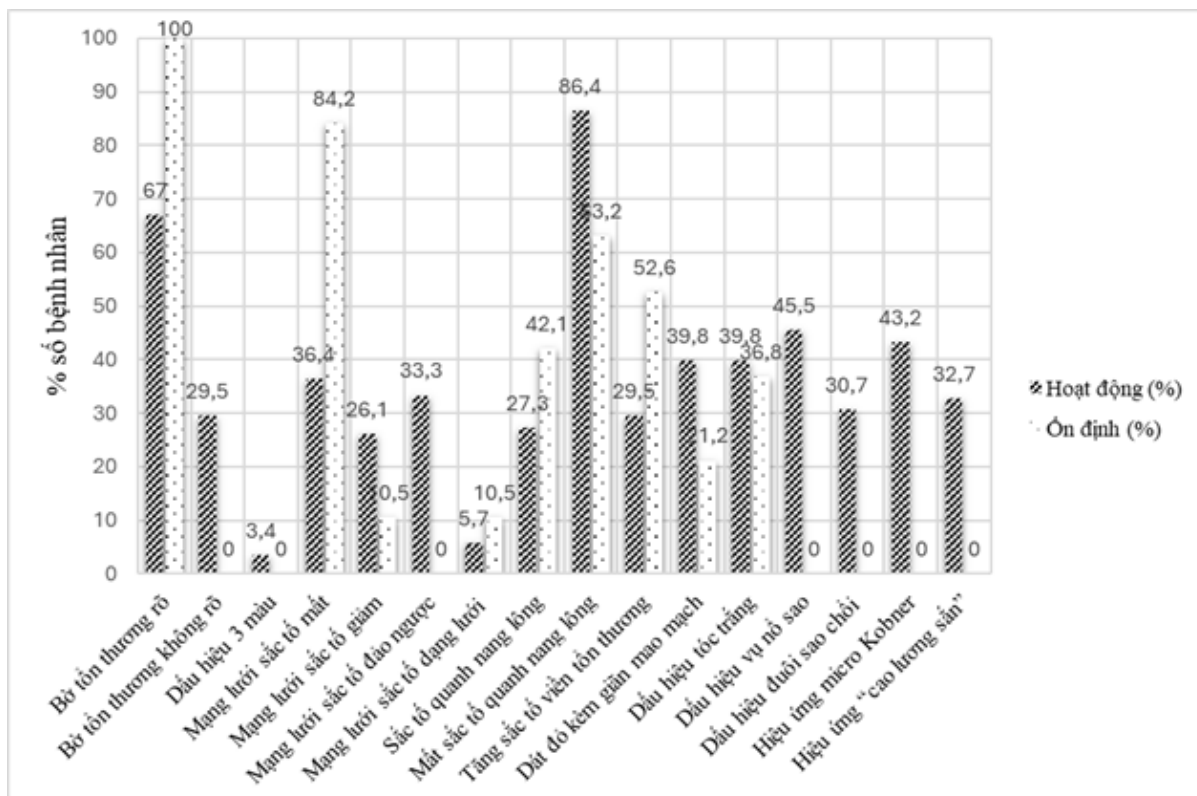
Biểu đồ 3. Đặc điểm tổn thương bệnh bạch biến trên Dermoscopy (N = 107)

3.5. Mối liên quan giữa đặc điểm hình ảnh trên dermoscopy và giai đoạn bệnh

Sử dụng kiểm định Chi-square và Fisher's exact test, có khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh giữa 2 nhóm ổn định và tiến triển của các dấu hiệu: bờ tổn thương, mạng lưới sắc tố mất, mạng lưới sắc tố đảo ngược, dấu hiệu vệt nổ sao, dấu hiệu đuôi sao chổi, hiệu ứng Micro kobner, hiệu ứng "cao lương sản" ($p < 0,05$).

Biểu đồ 4 cho thấy dấu hiệu bờ tổn thương rõ, vệt nổ sao, hiệu ứng micro Kobner, mạng lưới sắc tố đảo ngược, hiệu ứng "cao lương sản", dấu hiệu đuôi sao chổi chiếm tỷ lệ cao hơn trong nhóm bệnh tiến triển với tỷ lệ gặp lần lượt là 67%; 45,5%; 43,2%; 33,3%; 32,7% và 30,7%.

Các dấu hiệu: bờ tổn thương rõ, mạng lưới sắc tố mất, mất sắc tố quanh nang lông, tăng sắc tố viền tổn thương chiếm tỷ lệ cao trong nhóm bệnh giai đoạn ổn định với tỷ lệ lần lượt là 100%; 84,2%; 63,2% và 52,6%. Không ghi nhận các dấu hiệu: bờ tổn thương không rõ, dấu hiệu 3 màu, mạng lưới sắc tố đảo ngược, dấu hiệu vệt nổ sao, dấu hiệu đuôi sao chổi, hiệu ứng micro Kobner, hiệu ứng "cao lương sản" ở giai đoạn bệnh ổn định.



Biểu đồ 4. Mối liên quan giữa đặc điểm hình ảnh trên dermoscopy và giai đoạn bệnh (N = 107)

3.6. Mối liên quan giữa đặc điểm trên hình ảnh Demoscopy và thể bệnh bạch biến

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 2 thể bệnh chiếm số lượng lớn là thể không phân đoạn (66 bệnh nhân) và thể phân đoạn (39 bệnh nhân). Sử dụng kiểm định Chi-square và Fisher's exact test, khi so sánh 2 nhóm nhận thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các đặc điểm dấu hiệu tóc trắng và hiệu ứng micro Koener, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Hiệu ứng micro Kobner gặp nhiều hơn ở nhóm bạch biến không phân đoạn, trong khi dấu hiệu tóc trắng gặp nhiều hơn trong nhóm bạch biến thể đoạn.

Bảng 2. Mối liên quan giữa đặc điểm trên hình ảnh Demoscopy và thể bệnh bạch biến (N = 105)

Đặc điểm		Thể không phân đoạn (n1 = 66) n (%)	Thể đoạn (n2 = 39) n (%)	p
Bờ tổn thương	Rõ	47 (71,2)	29 (74,4)	0,4 ^a
	Không rõ	18 (27,3)	8 (20,5)	
	Dấu hiệu ba màu	1 (1,5)	2 (5,1)	
Mạng lưới sắc tố	Mất	32 (48,5)	15 (38,5)	0,3 ^a
	Giảm	12 (18,2)	13 (33,3)	0,08 ^a
	Dạng lưới	4 (6,1)	3 (7,7)	0,7 ^b
	Đảo ngược	20 (30,3)	8 (20,5)	0,3 ^a
Sắc tố quanh nang lông		20 (30,3)	12 (30,7)	0,5 ^a
Mất sắc tố quanh nang lông		51 (77,3)	35 (89,7)	0,1 ^a
Tăng sắc tố viền tổn thương		21 (31,8)	13 (33,8)	0,9 ^a
Dát đỏ trong/rìa tổn thương kèm theo giãn mao mạch		27 (40,9)	12 (30,8)	0,3 ^a
Dấu hiệu tóc trắng		20 (30,3)	21 (53,8)	0,02^a
Dấu hiệu vụ nổ sao		23 (34,8)	16 (41)	0,5 ^a
Dấu hiệu đuôi sao chổi		18 (27,3)	9 (23,1)	0,6 ^a
Hiệu ứng micro Kobner		29 (43,9)	9 (23,1)	0,03^a
Hiệu ứng “cao lương sản” (tổn thương vệ tinh)		24 (36,4)	10 (25,6)	0,3 ^a

^aChi bình phương test, ^bFisher’s exact test.

4. BÀN LUẬN

Trong 107 bệnh nhân của đề tài nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân nữ: nam là 1,2:1 cho thấy ảnh hưởng của bệnh đến đến thẩm mỹ và tâm lý cao hơn ở bệnh nhân nữ, nhưng đa số các nghiên cứu chỉ ra tỷ lệ bệnh nhân ở 2 giới là không có sự khác biệt⁹⁻¹¹. Về tiền sử gia đình mắc bệnh bạch biến, các nghiên cứu khác trong nước và trên thế giới có tỷ lệ dao động từ 5,3% đến 20%^{9,10,12-14}. Các bệnh nhân trong đề tài cũng ghi nhận một tỷ lệ 13,1% mắc các bệnh phối hợp như đái tháo đường, bệnh tuyến giáp, rụng tóc mảng là các bệnh lý cũng được đề cập liên quan đến bệnh lý bạch biến trong các nghiên cứu trước đó^{13,15,16}.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thể bệnh lâm sàng cho thấy 2 thể bệnh phân đoạn và không phân đoạn vẫn là 2 thể chính trong bạch biến, trong đó thể không phân đoạn chiếm tỷ lệ cao hơn. Kết quả này cũng tương đồng với một số nghiên cứu khác trên thế giới^{17,18}.

Về đặc điểm tổn thương bệnh bạch biến trên Dermoscopy, chúng tôi ghi nhận các dấu hiệu quan sát được bao gồm: Bờ tổn thương (mờ, rõ, dấu hiệu 3 màu), thay đổi mạng lưới sắc tố (giảm/mất/dạng lưới/đảo ngược), sắc tố quanh nang lông, mất sắc tố quanh nang lông, tăng sắc tố viền tổn thương, dát đỏ trong hoặc rìa tổn thương kèm theo giãn mao mạch, dấu hiệu tóc trắng, dấu hiệu vụ nổ sao, dấu hiệu đuôi sao chổi,



dấu hiệu ba màu, hiệu ứng micro Kobner, hiệu ứng “cao lương sản” (tổn thương vệ tinh). Trong đó dấu hiệu quan sát được nhiều nhất là mất sắc tố quanh nang lông (chiếm 82,2%), các dấu hiệu khác có khả năng quan sát cao là bờ tổn thương rõ (72,9%), mạng lưới sắc tố mất (44,9%), dấu hiệu tóc trắng (39,3%), dấu hiệu vụ nổ sao (37,4%), dát đỏ trong hoặc rìa tổn thương kèm theo giãn mạch (36,4%), hiệu ứng micro Kobner (35,5%), tăng sắc tố viền tổn thương (33,6%), hiệu ứng “cao lương sản” (32,7%). Theo Kumar Jha A. và cộng sự (2018)¹⁹, các dấu hiệu và tỷ lệ gặp mỗi dấu hiệu được đưa ra gồm: sắc tố quanh nang lông (63,3%), thay đổi mạng lưới sắc tố (58,3%), mất sắc tố quanh nang lông (36,7%), tăng sắc tố bờ tổn thương (28,3%), tóc trắng (23,3%), dấu hiệu đuôi sao chổi (21,7%), hình ảnh vụ nổ sao (16,7%), dát đỏ vùng trung tâm và quanh tổn thương kèm theo giãn mạch (16,7%), hiệu ứng micro-Koebner (8,3%), hiệu ứng cao lương sản (8,3%). Nghiên cứu của Siddharth và cộng sự (2019)²⁰, ghi nhận các đặc điểm trong bệnh bạch biến hay gặp gồm mất sắc tố quanh nang lông, sắc tố quanh nang lông, dát đỏ trong hoặc viền tổn thương kèm theo giãn mạch, tăng sắc tố viền tổn thương, dấu hiệu ba màu, dấu hiệu tóc trắng, dấu hiệu vụ nổ sao, dấu hiệu đuôi sao chổi, hiệu ứng micro Kobner, hiệu ứng “cao lương sản”.

Ngoài các dấu hiệu hay gặp trên dermoscopy của bệnh bạch biến, một trong những đặc điểm được quan tâm là khả năng dự báo giai đoạn ổn định của dermoscopy do tiên lượng giai đoạn ổn định hoặc tiến triển sẽ liên quan đến quyết định điều trị. Nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu đầu tiên so sánh các đặc điểm tổn thương của bệnh bạch biến trên dermoscopy giữa 2 nhóm bệnh ổn định và tiến triển, trong có 19 bệnh nhân giai đoạn ổn định và 88 bệnh nhân giai đoạn tiến triển. Các dấu hiệu có ý nghĩa tiên lượng giai đoạn tổn thương đang tiến triển bao gồm: Bờ tổn thương không rõ, mạng lưới

sắc tố đảo ngược, dấu hiệu vụ nổ sao, dấu hiệu đuôi sao chổi, hiệu ứng micro Kobner, hiệu ứng “cao lương sản”. Đối với giai đoạn bệnh ổn định, nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy tất cả các bệnh nhân đều có đặc điểm bờ tổn thương rõ nét và không ghi nhận các dấu hiệu bờ tổn thương không rõ, dấu hiệu vụ nổ sao, dấu hiệu đuôi sao chổi, hiệu ứng micro Kobner, hiệu ứng “cao lương sản”, ngoài ra dấu hiệu mạng lưới sắc tố mất cũng ủng hộ cho bệnh giai đoạn ổn định. Khi so sánh với nghiên cứu phân tích tổng hợp của Yang và cộng sự (2024)²¹ được thực hiện qua 13 nghiên cứu về các đặc điểm trên dermoscopy của bệnh bạch biến để dự đoán giai đoạn hoạt động, ổn định, chúng tôi nhận thấy điểm tương đồng là các nghiên cứu đã thực hiện trước đó đều chỉ ra các đặc điểm phổ biến được sử dụng để chẩn đoán giai đoạn bệnh hoạt động là sự hiện diện của bờ tổn thương không rõ, hiệu ứng “cao lương sản” (tổn thương vệ tinh), dấu hiệu đuôi sao chổi, hiệu ứng micro Kobner. Các dấu hiệu gợi ý giai đoạn bệnh ổn định gồm bờ tổn thương rõ, tăng sắc tố viền tổn thương, ngoài ra các dấu hiệu khác còn nhiều mâu thuẫn giữa các nghiên cứu. Giải thích cho sự khác biệt giữa các nghiên cứu, chúng tôi cho rằng các nghiên cứu đã tiến hành đa số có cỡ mẫu nhỏ, nghiên cứu lớn nhất có cỡ mẫu 97 bệnh nhân nên có thể chưa đại diện cho tất cả các bệnh nhân trong quần thể. Sự khác biệt còn phụ thuộc vào cách chọn mẫu bệnh nhân, ảnh hưởng bởi quá trình điều trị trước đó, điều mà phần lớn các nghiên cứu chưa đề cập đến. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân được lựa chọn chưa được điều trị gì trước đó để tránh ảnh hưởng bởi các dấu hiệu xuất hiện sau các phương pháp cũng như thời gian điều trị. Mặt khác, sự khác biệt giữa các nghiên cứu về mốc thời gian để xác định giai đoạn bệnh ổn định giữa các nghiên cứu cũng là một yếu tố cần xem xét. Thời gian xác định bệnh ổn định theo các nghiên cứu dao động từ 4 tháng đến 3 năm²¹, trong khi đó chúng tôi xác định thời

gian bệnh ổn định theo guideline của Hội phẫu thuật da liễu Ấn Độ là trong vòng 12 tháng không xuất hiện tổn thương mới và các tổn thương cũ không tiến triển thêm⁶.

Trong 107 bệnh nhân của đề tài nghiên cứu có 66 bệnh nhân thể không phân đoạn và 39 bệnh nhân thể phân đoạn. Khi so sánh 2 nhóm, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các đặc điểm: dấu hiệu tóc trắng và hiệu ứng micro-Koebner, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Hiệu ứng micro Kobner gặp nhiều hơn ở nhóm bạch biến không phân đoạn, trong khi dấu hiệu tóc trắng gặp nhiều hơn trong nhóm bạch biến thể đoạn.

Chúng tôi nhận thấy, hiện tại chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá so sánh khác biệt về đặc điểm trên dermoscopy giữa 2 nhóm thể bệnh phân đoạn và không phân đoạn. Về dấu hiệu tóc trắng, nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả của một số nghiên cứu trước đó cho thấy tình trạng dấu hiệu tóc trắng có liên quan nhiều hơn đến bạch biến thể đoạn. Hai nghiên cứu của Lee và cộng sự đã phát hiện đa số các bệnh nhân bạch biến thể đoạn đều có dấu hiệu tóc trắng^{22,23}, trong khi đó nghiên cứu khác của Khaitan và cộng sự cho thấy tỷ lệ gặp dấu hiệu tóc trắng ở bệnh nhân bạch biến thể đoạn là 86,1%²⁴. Nghiên cứu của Sabirov và cộng sự cho thấy tỷ lệ gặp dấu hiệu tóc trắng ở bạch biến thể đoạn là 53,8% cao hơn so với tỷ lệ trong bạch biến không phân đoạn là 10,8%¹⁷, dấu hiệu tóc trắng cũng cho thấy tiên lượng kém đáp ứng với điều trị^{22,23}. Dermocopy có thể hữu ích giúp phát hiện dấu hiệu tóc trắng ở những trường hợp lông ở vùng tổn thương nhỏ và khó để quan sát bằng mắt thường.

Hiệu ứng micro-Koebner là các tổn thương mất sắc tố dạng đường thẳng, phân bố dọc theo đường chấn thương hoặc xung quanh tổn thương chính, được đánh giá là liên quan nhiều tới giai đoạn bệnh hoạt động. Khác với dấu hiệu Koebner khi thăm khám lâm sàng là các tổn

thương xuất hiện ở vị trí sang chấn và dễ dàng nhận thấy, hiệu ứng micro-Koebner khó quan sát được bằng mắt thường và Dermoscopy là công cụ hữu ích để phát hiện dấu hiệu này. Hiện nay chưa có đề tài nghiên cứu về đặc điểm hiệu ứng micro-Koebner khi so sánh giữa 2 thể đoạn và không phân đoạn, tuy nhiên có nhiều kết quả nghiên cứu ghi nhận dấu hiệu Koebner xuất hiện nhiều hơn ở thể không phân đoạn và hiếm khi xuất hiện ở thể đoạn^{17,24,25}. Đặc điểm này cho thấy phù hợp giữa đặc điểm vi tổn thương là micro-Koebner cũng giống như dấu hiệu Koebner xuất hiện nhiều hơn ở bệnh bạch biến thể không phân đoạn.

5. KẾT LUẬN

Dermoscopy là một công cụ không xâm lấn, hữu ích trong hỗ trợ chẩn đoán bệnh bạch biến và giai đoạn bệnh hoạt động. Các đặc điểm gợi ý bệnh trong giai đoạn hoạt động gồm: Bờ tổn thương không rõ, mạng lưới sắc tố đảo ngược, dấu hiệu vụ nổ sao, dấu hiệu đuôi sao chổi, hiệu ứng micro Kobner, hiệu ứng “cao lương sản”. Dấu hiệu tóc trắng liên quan đến bạch biến thể đoạn, trong khi đó hiệu ứng micro-Koebner lại xuất hiện nhiều hơn ở bạch biến không phân đoạn và rất ít gặp ở bạch biến thể đoạn. Việc chẩn đoán giai đoạn bệnh bạch biến rất quan trọng trong việc tiên lượng và đưa ra hướng điều trị phù hợp, hiệu quả.

Lời cảm ơn: Các tác giả xin chân thành cảm ơn Phòng khám Chuyên đề Bạch Biến, khoa Khám bệnh, Phòng Chỉ đạo tuyến, Bệnh viện Da liễu Trung ương đã giúp chúng tôi hoàn thành nghiên cứu.

Cam kết không xung đột lợi ích: Các tác giả xin cam kết không có xung đột lợi ích trong đề tài này.



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alikhan A, Felsten LM, Daly M, Petronic-Rosic V. Vitiligo: A comprehensive overview. *J Am Acad Dermatol*. 2011;65(3):473-491. doi:10.1016/j.jaad.2010.11.061.
2. Ezzedine K, Eleftheriadou V, Whitton M, Van Geel N. Vitiligo. *The Lancet*. 2015;386(9988):74-84. doi:10.1016/S0140-6736(14)60763-7.
3. Frisoli ML, Essien K, Harris JE. Vitiligo: Mechanisms of Pathogenesis and Treatment. *Annu Rev Immunol*. 2020;38(1):621-648. doi:10.1146/annurev-immunol-100919-023531.
4. Purnima G, Gudivada NAT, Narasimharao TV. Dermoscopy - A tool to Assess Stability in Vitiligo. 2017;4(10). https://www.ijcmr.com/uploads/7/7/4/6/77464738/ijcmr_1704_v1.pdf.
5. Al-Refu K. Dermoscopy is a new diagnostic tool in diagnosis of common hypopigmented macular disease: A descriptive study. *Dermatol Rep*. 2018;11(1):7916. doi:10.4081/dr.2018.7916.
6. Parsad D, Gupta S. Standard guidelines of care for vitiligo surgery. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2008;74:37. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18688102/>.
7. Njoo MD, Das PK, Bos JD, Westerhof W. Association of the Köbner phenomenon with disease activity and therapeutic responsiveness in vitiligo vulgaris. *Arch Dermatol*. 1999;135(4):407-413. doi:10.1001/archderm.135.4.407.
8. Godínez-Chaparro JA, Roldán-Marín R, Vidaurre-de la Cruz H, Soto-Mota LA, Férez K. Dermoscopic Patterns in Vitiligo. *Dermatol Pract Concept*. 2023;13(4):e2023197. doi:10.5826/dpc.1304a197.
9. Krupa Shankar D, Shashikala K, Madala R. Clinical patterns of vitiligo and its associated co morbidities: A prospective controlled cross-sectional study in South India. *Indian Dermatol Online J*. 2012;3(2):114. doi:10.4103/2229-5178.96705.
10. Mchepange U, Gao X, Liu Y, et al. Vitiligo in North-eastern China: An Association between Mucosal and Acrofacial Lesions. *Acta Derm Venereol*. 2010;90(2):136-140. doi:10.2340/00015555-0799.
11. Alikhan A, Felsten LM, Daly M, Petronic-Rosic V. Vitiligo: a comprehensive overview Part I. Introduction, epidemiology, quality of life, diagnosis, differential diagnosis, associations, histopathology, etiology, and work-up. *J Am Acad Dermatol*. 2011;65(3):473-491. doi:10.1016/j.jaad.2010.11.061.
12. Vũ Mạnh Hùng, Đặng Văn Em. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số chỉ số miễn dịch trong bệnh bạch biến. 2008. <http://luanan.nlv.gov.vn/luanan?a=d&d=TTbGQyWySpYq2008.1.1>.
13. Phạm Thị Mai Hương, Trần Lan Anh. Nghiên cứu tình hình, đặc điểm lâm sàng bệnh bạch biến. *Tạp Chí Học Thực Hành*. 2010;714:56-59. <http://lib.yhn.edu.vn/handle/YHN/18332>.
14. Onunu AN, Kubeyinje EP. Vitiligo in the Nigerian African: a study of 351 patients in Benin City, Nigeria. *Int J Dermatol*. 2003;42(10):800-802. doi:10.1046/j.1365-4362.2003.01908.x.
15. Diallo A. Halo Nevi Association in Nonsegmental Vitiligo Affects Age at Onset and Depigmentation Pattern. *Arch Dermatol*. 2012;148(4):497. doi:10.1001/archdermatol.2011.351.
16. Dogra S, Parsad D, Handa S, Kanwar AJ. Late onset vitiligo: A study of 182 patients. *Int J Dermatol*. 2005;44(3):193-196. doi:10.1111/j.1365-4632.2004.01948.x.

- 17.Sabirov UYu, Yakubova AS, Arifov SS. Clinical features of segmental and non-segmental vitiligo. *Russian Journal of Clinical Dermatology and Venereology*.:140-144. doi: 10.17116/klinderma202120061140.
- 18.Christina Bergqvista, Khaled Ezzedinea,. Vitiligo: A Review. doi:10.1159/000506103.
- 19.Kumar Jha A, Sonthalia S, Lallas A, Chaudhary RKP. Dermoscopy in vitiligo: diagnosis and beyond. *Int J Dermatol*. 2018;57(1):50-54. doi:10.1111/ijd.1379.5
- 20.Varma K, Kumar U, Sethi S. Significance of dermoscopy in vitiligo. *IP Indian J Clin Exp Dermatol*. 6(4):356-360. doi:10.18231/j.ijced.2020.071.
- 21.Yang Y, Morriss S, Rodrigues M. Dermoscopy in vitiligo, diagnostic clues and markers of disease activity: a review of the literature. *Clin Exp Dermatol*. 2024;49(9):969-975. doi:10.1093/ced/llad365.
- 22.Lee D, Park J, Lee J, Yang J, Lee E. Is segmental vitiligo always associated with leukotrichia? Examination with a digital portable microscope. *Int J Dermatol*. 2009;48(11):1262-1262. doi:10.1111/j.1365-4632.2009.04172.x.
- 23.Lee D, Kim C, Park J, Lee J. The incidence of leukotrichia in segmental vitiligo: implication of poor response to medical treatment. *Int J Dermatol*. 2011;50(8):925-927. doi:10.1111/j.1365-4632.2011.04914.x.
- 24.Khaitan BK, Kathuria S, Ramam M. A descriptive study to characterize segmental vitiligo. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2012;78:715. doi:10.4103/0378-6323.102362.
- 25.Furue M, Kadono T. Nonsegmental vitiligo update. *Dermatol Sin*. 2016;34(4):173-176. doi:10.1016/j.dsi.2016.07.001.



SUMMARY

Original research

EVALUATION OF DERMOSCOPY IN DIAGNOSIS AND PROGNOSIS OF VITILIGO

Nguyen Thi Ngoc Anh^{1,2}, Do Thi Thu Hien¹, Nguyen Manh Tan^{1,2}, Hoang Van Tam^{1,2},
Pham Đình Hoa^{1,2}, Dao Nhat Quynh², Pham Thi Lan^{1,2}, and Pham Thi Minh Phuong^{1,*}

ABSTRACT

Objectives: Vitiligo is an acquired disorder; characterised by well-defined depigmented macules and patches. Determining whether vitiligo is progressive or stable will determine the effective treatment method. Dermoscopy serves as an auxiliary tool for diagnostic confirmation and additionally aids in the evaluation of disease activity.

Methods: An observational study of Dermoscopy was conducted on 107 patients of vitiligo in National hospital of Dermatology and Venereology, Hanoi, Vietnam. Based on the history and examination, a clinical diagnosis of the type of vitiligo was made. The results were statistically analysed, discussed and their correlation with clinical diagnosis was established.

Results: Our study showed that the mean age of patients in this study was 29 ± 20.4 years, with a female-to-male ratio of 1.2:1. The mean age at onset was 27 ± 19.5 years, and the mean duration of the disease was 2.2 ± 3.5 years. Most patients (94.4%) had no family history of vitiligo, and 87.9% had no comorbidities. Among the cases, the rate of progressive vitiligo group is 81% and the rate of stable is 19%. On dermoscopy, the most frequently observed finding was perifollicular depigmentation, seen in 82.2% of cases. Other common findings included well-defined borders (72.9%), absent of pigment network (44.9%), leukochitria (39.3%), starburst (37.4%), telangiectasia (36.4%), micro-Kobner phenomenon (35.5%), perilesional hyperpigmentation (33.6%), and the tapioca sago phenomenon (32.7%). Progressive vitiligo is characterized by blurred spot boundary, reversed pigmentary network pattern, followed by Satellite lesions (starburst appearance, tapioca sago appearance), comet-tail appearance, micro-Koebner phenomenon. Stable vitiligo is characterized by sharp boundary, absence of pigmentary network, and absence of starburst, tapioca sago, comet-tail, micro-Koebner phenomenon. The leukochitria is associated with segmental vitiligo, whereas the micro-Koebner phenomenon is more common in non-segmental vitiligo and very rare in segmental vitiligo.

Conclusions: Our findings suggest that dermoscopy is an effective, safe, and non-invasive method for monitoring disease activity and predicting disease prognosis.

Keywords: *Dermoscopy, progressive, stable, vitiligo.*

¹National Hospital of Dermatology and Venereology

²Hanoi Medical University

* Correspondence: phuongphamdv@gmail.com