Tạp chí DA LIỄU HỌC VIỆT NAM

Tạp chí Da liễu học Việt Nam – Bài Tổng quan

PHÁT BAN ĐA DẠNG DO ÁNH SÁNG

Nguyễn Mạnh Hùng[1], Quách Thị Hà Giang[2,*]

[1]Trường Đại học Y Hà Nội

[2]Bệnh viện Da liễu Trung ương

** Tác giả liên hệ: Quách Thị Hà Giang; email: drhagiang@gmail.com*

DOI:

TÓM TẮT

Phát ban đa dạng do ánh sáng (PMLE) là bệnh da nhạy cảm ánh sáng mắc phải, đặc trưng bởi các đợt phát ban ngứa tái diễn sau khi tiếp xúc ánh nắng, thường xuất hiện vào mùa xuân và đầu mùa hè. Bệnh gặp chủ yếu ở người trẻ từ 20–40 tuổi, nữ nhiều hơn nam, phổ biến tại khí hậu ôn đới và vùng cao. Cơ chế bệnh sinh được xem là phản ứng quá mẫn chậm với kháng nguyên nội sinh do tia UV gây ra, chủ yếu là UVA; yếu tố di truyền, rối loạn ức chế miễn dịch do UV và nội tiết tố (estradiol) có liên quan. Lâm sàng biểu hiện đa dạng: sẩn, mụn nước, dát chàm, mày đay hoặc tổn thương giống hồng ban đa dạng, phân bố đối xứng ở vùng da hở như tay, chân, ngực, cổ. Triệu chứng kèm theo có thể là ngứa, khó chịu, đôi khi sốt, buồn nôn. Chẩn đoán dựa vào tiền sử và loại trừ các bệnh nhạy cảm ánh sáng khác, mô bệnh học không đặc hiệu. Điều trị gồm tránh nắng, kem chống nắng phổ rộng, corticosteroid tại chỗ hoặc uống ngắn ngày, quang trị liệu gây dung nạp, hydroxychloroquine, nicotinamide. Tiên lượng nhìn chung tốt, bệnh cải thiện dần theo thời gian và thường nhẹ hơn sau mãn kinh ở phụ nữ.

Từ khóa: *phát ban đa dạng do ánh sáng, PMLE, bệnh da viêm, tia cực tím, UVA, UVB.*

1. Giới thiệu

Phát ban đa dạng do ánh sáng (PMLE) là bệnh da do ánh sáng theo mùa, mắc phải và tự phát, xảy ra vào mùa xuân và đầu mùa hè.

Nó cũng được gọi là dị ứng với ánh nắng mặt trời, ngộ độc ánh nắng mặt trời, phát ban/sẩn ngứa mùa hè hoặc bệnh chàm ánh nắng. Phát ban mùa xuân ở trẻ vị thành niên là một biến thể của PMLE.

2. Dịch tễ học

TCDLHVN-Số 50

Bệnh thường xuất hiện ở độ tuổi từ 20 đến 40. Phụ nữ mắc bệnh nhiều gấp 4 lần so với nam giới. Xuất hiện ở vùng khí hậu ôn đới và phổ biến hơn ở những nơi ít tiếp xúc với ánh nắng mặt trời. Được báo cáo là phổ biến hơn ở những vùng có độ cao lớn hơn so với mực nước biển.

Ảnh hưởng đến mọi chủng tộc và mọi loại da nhưng phổ biến hơn ở loại da Fitzpatrick I.

Bệnh nhân mắc PMLE có thể xuất hiện tình trạng dung nạp vào những tháng mùa hè.

3. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

Có 15–46% các trường hợp có tiền sử gia đình mắc bệnh.

PMLE là phản ứng quá mẫn chậm ở da với các kháng nguyên nội sinh do ánh sáng gây ra chưa được biết đến. Các yếu tố sau đây được xem xét:

- Nguyên nhân chủ yếu là do tia UVA (75–90%) hoặc tia UVB đơn thuần hoặc cả tia UVA và UVB đồng thời.
- Nó hiếm khi được gây ra bởi ánh sáng nhìn thấy.
- Tia UVA có thể xuyên qua kính cửa sổ và một số loại kem chống nắng không bảo vệ được tia này.
- Một số bệnh nhân đã báo cáo về phản ứng với tia UVC từ hàn hồ quang.

Tia UV thường thường gây phản ứng ức chế miễn dịch ở da, tuy nhiên bệnh nhân mắc PMLE có thể bị giảm phản ứng bình thường này. Ở bệnh nhân mắc PMLE, tia UV dẫn đến tăng số lượng tế bào lympho T CD4 và CD8 và phản ứng viêm tăng lên ở lớp thượng bì và trung bì. Hiện tại vẫn chưa rõ kháng nguyên quang học gây ra phản ứng này.

Một số bệnh nhân bị PMLE trong quá trình điều trị bằng liệu pháp quang trị liệu, được sử dụng để điều trị các bệnh vảy nến và viêm da cơ địa.

Vì PMLE phổ biến ở phụ nữ hơn nam giới, nên người ta đưa ra giả thuyết rằng có vai trò nội tiết tố trong cơ chế sinh bệnh. Estradiol có thể hoạt động như một chất ngăn chặn sự ức chế miễn dịch do tia UV, thường giúp giảm phản ứng quá mẫn.

4. Các đặc điểm lâm sàng

TCDLHVN-Số 50

Bệnh thường xảy ra vào mùa xuân và đầu mùa hè và thường biến mất hoàn toàn vào mùa đông. Hiện tượng này xảy ra vào mùa đông có thể là do đi tắm nắng hoặc đi nghỉ ở nơi có nhiều nắng hơn.

Khởi phát xảy ra trong vòng vài giờ đến 1–2 ngày sau khi tiếp xúc với ánh sáng mặt trời và thường không liên tục. Thời gian có thể kéo dài từ vài ngày đến vài tuần và nhanh khỏi hơn nếu tránh tiếp xúc với ánh nắng mặt trời.

Tái phát khả năng giảm dần khi mùa hè kéo dài do da "cứng lại" (xem bên dưới).

Các tổn thương rất đa dạng, có thể bao gồm:

- Sẩn
- Chàm (các dát và mảng khô, đỏ)
- Sẩn mụn nước
- Mày đay
- Hồng ban đa dạng (tổn thương hình bia bắn)

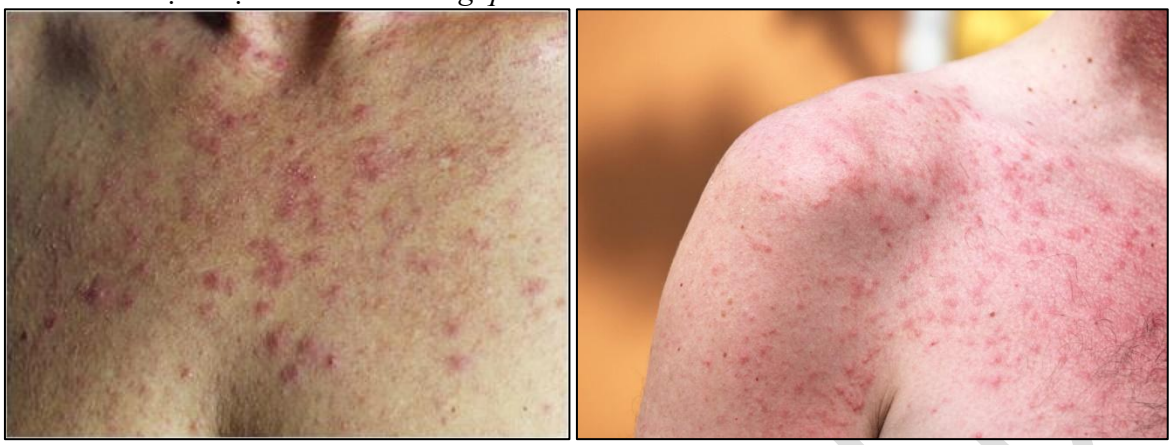
Tuy nhiên, hình thái luôn giống nhau ở mỗi bệnh nhân.

Tổn thương xuất hiện ở các vùng tiếp xúc với ánh sáng mặt trời như cánh tay, cẳng chân, vùng chữ V ở cổ và ngực. Mu bàn tay và mặt là những vị trí không phổ biến. Tổn thương thường phân bố đối xứng theo kiểu từng mảng và thường không bị toàn bộ vùng da tiếp xúc. Có thể ngứa nhẹ đến nặng và khó chịu, nhức đầu, sốt và buồn nôn có thể xảy ra trong một số trường hợp.

PMLE kéo dài trong vài ngày và có thể trở nên nặng hơn nếu vùng da bị ảnh hưởng tiếp xúc với ánh sáng mặt trời trước khi đợt phát ban trước đó thoái triển. Bệnh sẽ khỏi mà không để lại sẹo.

Hiệu ứng làm cứng da (Skin hardening effect): khi tiếp xúc lâu dài với ánh sáng mặt trời sẽ dẫn đến những thay đổi về da bao gồm tăng melanin và dày lớp sừng. Những thay đổi này được cho là có tác dụng phục hồi phản ứng ức chế miễn dịch bình thường của da đối với tia UV và do đó làm giảm hoặc giải quyết tình trạng PMLE theo thời gian. Điều này có thể giải thích tại sao vùng mặt hoặc mu tay ít có tổn thương do tiếp xúc lâu dài với ánh nắng mặt trời so với các vùng khác trên cơ thể.

TCDLHVN-SỐ 50



Hình 1, 2. Hình ảnh tổn thương của PMLE (Nguồn: Internet)

5. Chẩn đoán

Chẩn đoán lâm sàng dựa trên tiền sử phát ban, ngứa xảy ra sau khi tiếp xúc với ánh nắng mặt trời và xảy ra vào mùa xuân hoặc mùa hè. Chẩn đoán xác định dựa trên việc loại trừ các tình trạng nhạy cảm với ánh sáng khác.

Để loại trừ các tình trạng nhạy cảm với ánh sáng khác, có thể cân nhắc sinh thiết da. Mô bệnh học của PMLE không đặc hiệu và thay đổi bao gồm:

- Xốp bào
- Thâm nhiễm tế bào lympho quanh mạch và quanh phần phụ nông và sâu, thường có rải rác bạch cầu ái toan và bạch cầu trung tính.
- Phù nề nhú bì thường gặp ở những trường hợp bệnh tiến triển nặng.

Miễn dịch huỳnh quang trực tiếp cho kết quả âm tính.

Các xét nghiệm để xác định bệnh lupus ban đỏ hệ thống bao gồm công thức máu; kháng thể kháng nhân(ANA) và miễn dịch huỳnh quang trực tiếp trên mô bệnh học.

Có thể cân nhắc phototesting nhưng không thực hiện ở tất cả bệnh nhân PMLE:

- Test kích thích ánh sáng trong đó sử dụng tia UV để xác nhận chẩn đoán.
- 60% bệnh nhân có kết quả dương tính có biểu hiện lâm sàng và mô bệnh học phù hợp với PMLE.
- Lý tưởng nhất là bệnh nhân tiếp xúc với tia UVA (hoặc tia UVB) hàng ngày trong 3–5 ngày ở một vùng da nhỏ (như cẳng tay hoặc cổ), từ đó gây ra tình trạng phát ban.

TCDLHVN-Số 50

6. Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh lupus ban đỏ
- Bệnh porphyria
- Mày đay ánh sáng
- Viêm da tiếp xúc dị ứng ánh sáng
- Nhạy cảm ánh sáng do thuốc
- Viêm da dầu

7. Phương pháp điều trị

Biện pháp chung

- Kem chống nắng phổ rộng SPF 50+ UVA/UVB
- Quần áo chống nắng
- Tránh ánh nắng mặt trời, chọn nơi râm mát nếu ở ngoài trời và ngồi xa cửa sổ

Các biện pháp cụ thể

- Thuốc corticosteroid tại chỗ
- Liệu trình ngắn ngày dùng corticosteroid đường uống — prednisolone đường uống trong 1–2 tuần trong thời gian bùng phát hoặc trong thời gian tiếp xúc nhiều với ánh nắng mặt trời.
- Liệu pháp quang học - UVB hoặc UVA vào đầu mùa xuân để gây tình trạng dung nạp, có thể cần dùng corticosteroid tại chỗ hoặc uống trước để ngăn ngừa bùng phát.
- Hydroxychloroquine dùng liên tục trong mùa xuân và mùa hè.
- Thuốc bôi calcipotriol có thể có tác dụng phòng ngừa trước khi ra nắng.
- Afamelanotide
- Nicotinamide - thường được dùng 2–4 tuần trước thời điểm thường xảy ra PMLE trong năm.
- Nếu nghiêm trọng có thể dùng thuốc ức chế miễn dịch toàn thân như azathioprine hoặc ciclosporin

8. Tiên lượng

TCDLHVN-Số 50

PMLE có thể kéo dài suốt đời mặc dù 60% bệnh nhân cải thiện hoặc khỏi bệnh sau 15 năm và 75% số người thấy cải thiện hoặc khỏi bệnh sau 30 năm. Người ta nhận thấy rằng PMLE dường như ít xảy ra và ít nghiêm trọng hơn ở phụ nữ sau thời kỳ mãn kinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gruber-Wackernagel A, Byrne SN, Wolf P. Polymorphous light eruption: clinic aspects and pathogenesis. Dermatol Clin. 2019 Jul;32(3):315-34, viii.
2. Lembo S, Raimondo A. Polymorphic Light Eruption: What's New in Pathogenesis and Management. Front Med (Lausanne). 2020;5:252.
3. Choi D, Kannan S, Lim HW. Evaluation of patients with photodermatoses. Dermatol Clin. 2021 Jul;32(3):267-75, vii.

SUMMARY

Review Article

POLYMORPHIC LIGHT ERUPTION

Hung Manh Nguyen, MD[1], Giang Thi Ha Quach, MD[2,*]

[1]*Hanoi Medical University*

[2]*National Hospital of Dermatology and Venereology*

** Corresponding author: Giang Thi Ha Quach, MD; email: drhagiang@gmail.com*

ABSTRACT

Polymorphous light eruption (PMLE) is a common acquired photodermatosis characterized by recurrent pruritic eruptions following sun exposure, typically occurring in spring and early summer. It affects predominantly young adults between 20 and 40 years, with a female predominance, and is more frequent in temperate climates and at higher altitudes. The condition is considered a delayed-type hypersensitivity reaction to photo-induced antigens, mainly triggered by UVA radiation, though UVB and rarely visible light may also contribute. Genetic predisposition, impaired UV-induced immunosuppression, and hormonal influences such as estradiol are implicated in pathogenesis. Clinically, PMLE presents with polymorphic lesions including papules, vesicles, eczema-like patches, urticaria, or erythema multiforme-like eruptions, distributed symmetrically on sun-exposed areas such as arms, legs, chest, and neck. Symptoms

TCDLHVN-Số 50

include pruritus, discomfort, and occasionally systemic manifestations. Diagnosis is based on clinical history and exclusion of other photosensitive disorders, with histopathology being nonspecific. Management involves sun protection, broad-spectrum sunscreens, topical or systemic corticosteroids, phototherapy for tolerance induction, and agents such as hydroxychloroquine or nicotinamide. Prognosis is favorable, with gradual improvement over years, and reduced severity after menopause in women. PMLE remains a lifelong condition for some patients but often diminishes with time due to the skin hardening effect.

Keywords: *polymorphic light eruption, PMLE, inflammatory skin disease, ultraviolet radiation, UVA, UVB.*

TCDLHVN-Số 50