

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ BẠCH BIẾN THỂ KHU TRÚ BẰNG BÔI TACROLIMUS KẾT HỢP CHIẾU ĐÈN EXCIMER

Nguyễn Thái Minh Hào¹, Đỗ Thị Thu Hiền^{1,2}

TÓM TẮT

Mở đầu: Ánh sáng excimer (308nm) là một trong những lựa chọn ưu tiên trong điều trị bạch biến thể khu trú những năm gần đây. Nguồn dữ liệu về phương pháp kết hợp chiếu đèn excimer và tacrolimus bôi trong điều trị bạch biến thể khu trú còn hạn chế.

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả điều trị bạch biến thể khu trú bằng bôi tacrolimus kết hợp chiếu đèn excimer.

Phương pháp: Thử nghiệm lâm sàng có so sánh trước - sau điều trị, thực hiện trên 30 bệnh nhân bạch biến thể khu trú tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 7/2019 - 9/2021. Đánh giá đáp ứng dựa trên mức thay đổi VASI trước và sau điều trị: đáp ứng rất tốt (76 - 100%), đáp ứng tốt (51 - 75%), đáp ứng trung bình (26 - 50%), đáp ứng kém (0 - 25%).

Kết quả: Sau 12 tuần điều trị, 53,3% số bệnh nhân đáp ứng tốt và rất tốt, 26,7% đáp ứng trung bình, 20% đáp ứng kém. Đáp ứng điều trị tăng lên theo thời gian, tỷ lệ đáp ứng rất tốt tăng từ 0 lên 20%, tỷ lệ đáp ứng tốt tăng từ 10% lên 33,3% sau 6 tuần và 12 tuần. Tác dụng không mong muốn xuất hiện ở 43,3% số bệnh nhân, gồm đỏ rát (43,3%), ngứa (10%) và phỏng nước (6,7%), đều ở mức độ nhẹ.

Kết luận: Phương pháp phối hợp bôi tacrolimus và chiếu đèn excimer có hiệu quả và an toàn trong điều trị bạch biến thể khu trú.

Từ khóa: Bạch biến; Khu trú; Tacrolimus; Đèn excimer.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bạch biến (vitiligo) là một rối loạn sắc tố, đặc trưng bởi các dát trắng giới hạn rõ trên da, do mất hoàn toàn tế bào sắc tố (melanocytes) tại thương tổn [1]. Bệnh không nguy hiểm đến tính mạng, nhưng ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ, tâm lý và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Hiện nay chưa có phương thức đặc hiệu chữa khỏi hoàn toàn bạch biến, nhưng phương pháp điều trị phù

hợp có thể giúp cải thiện và ngăn chặn sự tiến triển của bệnh.

Bạch biến chiếm 0,5 - 2% dân số thế giới [2]. Các nghiên cứu trên thế giới về phương pháp điều trị bạch biến cho thấy liệu pháp quang học là một trong những phương pháp điều trị chính, trong đó ánh sáng excimer gần đây bắt đầu được phát triển để sử dụng trong da liễu. Sự kết hợp quang trị liệu như ánh sáng excimer với thuốc bôi như tacrolimus cho thấy hiệu quả tương đối khả quan trong việc lấy lại sắc tố da tại các thương tổn bạch

1: Trường Đại học Y Hà Nội

2: Bệnh viện Da liễu Trung ương



biến thể khu trú. Tuy nhiên, các dữ liệu liên quan đến việc sử dụng kết hợp tacrolimus bôi và chiếu đèn excimer để điều trị bạch biến thể khu trú còn hạn chế.

Ở Việt Nam, các nghiên cứu về bạch biến trước đây mới chủ yếu tập trung tìm hiểu thay đổi sinh bệnh học, ảnh hưởng của bệnh đến chất lượng cuộc sống chứ chưa có nhiều nghiên cứu về điều trị [3]. Việc ứng dụng những phương pháp điều trị mới từ nghiên cứu trên thế giới có thể không khả thi do khác biệt về đặc điểm bệnh nhân, nên cần thiết có thêm nhiều nghiên cứu đánh giá các phương pháp điều trị để bổ sung vào cơ sở dữ liệu, giúp quản lý bệnh hiệu quả hơn. Trước đây, bạch biến chủ yếu được điều trị bằng tacrolimus bôi, tuy nhiên hiệu quả điều trị không cao. Liệu pháp phối hợp tacrolimus bôi và ánh sáng trị liệu hiện đang mở ra hướng đi mới cho bạch biến thể khu trú. Đã có một số nghiên cứu trong nước về hiệu quả điều trị bằng chiếu ánh sáng UVB đơn thuần và phối hợp với tacrolimus bôi, trong khi ánh sáng excimer được triển khai tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ năm 2018 và chưa có nghiên cứu nào đánh giá đáp ứng trên bệnh nhân. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả điều trị bạch biến thể khu trú bằng bôi tacrolimus kết hợp chiếu đèn excimer.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 30 bệnh nhân được chẩn đoán bạch biến thể khu trú điều trị ngoại trú tại Khoa Điều trị ban ngày Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 7/2019 - 9/2021.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán bạch biến thể khu trú, tuổi ≥ 2 , không phát sinh điều trị trong vòng 1 tháng qua và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Phụ nữ mang thai và cho con bú, bệnh nhân đang mắc bệnh toàn thân cấp tính, bệnh lý tăng nhạy cảm ánh sáng, có tiền sử ung thư da, hoặc dị ứng với tacrolimus bôi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thử nghiệm lâm sàng có so sánh trước - sau điều trị. Bệnh nhân được điều trị bằng bôi tacrolimus 0,1% 2 lần/ngày và chiếu đèn excimer 2 lần/tuần, đánh giá kết quả điều trị sau 6 tuần, 12 tuần. VASI (Vitiligo Area Scoring Index) là chỉ số mức độ nặng của bạch biến, được tính trước điều trị, sau 6 tuần, 12 tuần, từ đó đánh giá kết quả thông qua sự thay đổi VASI.

$$VASI = \sum \text{diện tích thương tổn (đơn vị bàn tay)} \times \text{phần còn lại mất sắc tố}$$

$$\text{Sự thay đổi VASI} = [(VASI \text{ trước} - VASI \text{ sau}) / VASI \text{ trước}] \times 100\%$$

Thang đánh giá đáp ứng điều trị dựa trên mức thay đổi VASI trước và sau điều trị: Đáp ứng rất tốt (76 - 100%), đáp ứng tốt (51 - 75%), đáp ứng trung bình (26 - 50%), đáp ứng kém (0 - 25%).

Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm STATA 14.

Đạo đức nghiên cứu

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu. Quá trình thăm khám điều trị đúng quy trình chuyên môn, kỹ thuật, thông tin cá nhân được bảo mật. Mọi số liệu thu thập được chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 30)

Đặc điểm chung		n	%
Tuổi	< 30	25	83,3
	≥ 30	5	16,7
Giới	Nam	15	50
	Nữ	15	50
Thể khu trú	Thể đứt đoạn	17	56,7
	Thể điểm	13	43,3
Thời gian mắc bệnh	< 1 năm	21	70
	≥ 1 năm	9	30
Tuýp da	III	2	6,7
	IV	28	93,3
Bệnh lý kèm theo	Có	4	13,3
	Không	26	86,7
Tiền sử gia đình	Có	6	20
	Không	24	80
VIDA	Hoạt động	27	90
	Ổn định	3	10

Có 30 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu, trong đó 83,3% số bệnh nhân < 30 tuổi và 16,7% bệnh nhân ≥ 30 tuổi. Số bệnh nhân nam và nữ bằng nhau. Các bệnh nhân được chẩn đoán bạch biến thể khu trú, trong đó có 56,7% thể đứt đoạn và 43,3% thể điểm. Thời gian mắc bệnh < 1 năm

chiếm 70% số bệnh nhân. Nhóm nghiên cứu có tuýp da III hoặc IV, với tuýp da IV chiếm đa số (93,3%). Có 13,3% số bệnh nhân có bệnh lý kèm theo, 20% có tiền sử gia đình. Mức độ hoạt động bệnh (VIDA) chủ yếu nằm trong giai đoạn hoạt động, chiếm tỷ lệ 90%.

3.2. Đánh giá kết quả điều trị

3.2.1. Đáp ứng điều trị theo thời gian

Bảng 2. Đáp ứng điều trị theo thời gian (n = 30)

Thời gian điều trị Đáp ứng điều trị	6 tuần		12 tuần	
	n	%	n	%
Đáp ứng kém (0 - 25%)	23	76,7	6	20,0
Đáp ứng trung bình (26 - 50%)	4	13,3	8	26,7
Đáp ứng tốt (51 - 75%)	3	10,0	10	33,3
Đáp ứng rất tốt (76 - 100%)	0	0	6	20,0
Fisher's exact	p = 0,001			



Nhận xét: Sau 6 tuần điều trị, tỷ lệ đáp ứng kém chiếm phần lớn với 76,7% số bệnh nhân, còn lại là 13,3% bệnh nhân đáp ứng trung bình và 10% đáp ứng tốt. Sau 12 tuần điều trị, có 33,3% số bệnh nhân đáp ứng tốt, xếp thứ hai là mức đáp ứng trung bình với 26,7% mức đáp ứng rất tốt và đáp ứng kém cùng chiếm 20% số bệnh nhân. Mức đáp ứng điều trị sau 12 tuần cao hơn sau 6 tuần với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,001 < 0,05$).

3.2.2. Liên quan giữa đáp ứng điều trị và thể lâm sàng

Bảng 3. Mối liên quan giữa đáp ứng điều trị và thể lâm sàng ($n = 30$)

Đáp ứng điều trị \ Thể lâm sàng	Thể đứt đoạn		Thể điểm	
	n	%	n	%
Đáp ứng kém (0 - 25%)	3	17,6	3	23,1
Đáp ứng trung bình (26 - 50%)	7	41,2	1	7,7
Đáp ứng tốt (51 - 75%)	5	29,4	5	38,5
Đáp ứng rất tốt (76 - 100%)	2	11,8	4	30,7
Tổng	17	100	13	100
Fisher's exact	$p = 0,241$			

Nhận xét: Bệnh nhân thể đứt đoạn có 41,2% đáp ứng trung bình, 29,4% đáp ứng tốt, 17,6% đáp ứng kém và 11,8% đáp ứng rất tốt. Bệnh nhân thể điểm có tỷ lệ đáp ứng tốt chiếm 38,5%, đáp ứng rất tốt chiếm 30,7%, 23,1% đáp ứng kém và 7,7% đáp ứng trung bình. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.2.3. Liên quan giữa đáp ứng điều trị và vị trí thương tổn

Bảng 4. Đáp ứng điều trị theo vị trí thương tổn ($n = 30$)

Đáp ứng điều trị \ Vị trí thương tổn	Mặt, cổ		Thân mình		Tay, chân	
	n	%	n	%	n	%
Đáp ứng kém (0 - 25%)	5	20,0	0	0	1	50,0
Đáp ứng trung bình (26 - 50%)	6	24,0	1	33,3	1	50,0
Đáp ứng tốt (51 - 75%)	8	32,0	2	66,7	0	0
Đáp ứng rất tốt (76 - 100%)	6	24,0	0	0	0	0
Tổng	25	100	3	100	2	100
Fisher's exact	$p = 0,697$					

Nhận xét: Vị trí mặt, cổ có mức đáp ứng cao nhất là mức tốt (chiếm 32%), sau đó là đáp ứng rất tốt và đáp ứng trung bình (mỗi nhóm 24%), đáp ứng kém chiếm tỷ lệ nhỏ nhất với 20%. Vị trí thân mình đáp ứng với điều trị ở mức tốt (chiếm 66,7%) và mức trung bình (33,3%), không có đáp ứng rất tốt. Vị trí tay, chân đáp ứng điều trị ở mức trung bình và kém. Tuy nhiên, sự khác biệt về mức độ đáp ứng giữa các vị trí không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.2.4. Hình thái tái tạo sắc tố tại thương tổn

Bảng 5. Hình thái tái tạo sắc tố tại thương tổn (n = 30)

Hình thái tái tạo sắc tố	n	%
Từ quanh nang lông	11	36,7
Từ viền thương tổn	5	16,6
Phối hợp từ quanh nang lông và viền thương tổn	14	46,7
Tổng	30	100

Nhận xét: Trong 30 bệnh nhân điều trị, có 14 bệnh nhân tái tạo sắc tố theo hình thức phối hợp cả từ quanh nang lông và từ viền thương tổn, chiếm tỷ lệ 46,7%. Hình thái tái tạo từ quanh nang lông chiếm 36,7% số bệnh nhân, và 16,6% bệnh nhân có tái tạo từ viền thương tổn.

3.2.5. Tác dụng không mong muốn

Bảng 6. Tác dụng không mong muốn (n = 30)

Tác dụng không mong muốn	n	%
Đỏ rát	13	43,3
Ngứa	3	10,0
Phồng nước	2	6,7

Nhận xét: Có 13/30 bệnh nhân (43,3%) xuất hiện tác dụng không mong muốn, gồm đỏ rát vùng điều trị (43,3%), ngứa (10%) và phồng nước sau chiếu (6,7%). Các tác dụng không mong muốn này ở mức nhẹ, không khiến bệnh nhân ngừng điều trị.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy đáp ứng điều trị tăng lên rõ theo thời gian, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau 6 tuần, tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng tốt chiếm 10%, đáp ứng trung bình chiếm 13,3% và 76,7% đáp ứng kém, không có đáp ứng rất tốt. Sau 12 tuần, có 20% số bệnh nhân đáp ứng rất tốt với điều trị, 33,3% đáp ứng tốt, 26,7% đáp

ứng trung bình và 20% ở mức độ đáp ứng kém. Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu nước ngoài như:

Erduran FB và Adisen E thực hiện nghiên cứu năm 2016 nhằm đánh giá hiệu quả của phương pháp chiếu đèn excimer khi dùng đơn trị liệu hay phối hợp với thuốc bôi trong điều trị bạch biến thể khu trú. Trong nghiên cứu, 29 bệnh nhân > 24 tuổi được điều trị bằng chiếu đèn excimer kết hợp bôi tacrolimus, cho kết quả 69% đáp ứng trung bình sau 24 buổi chiếu [4].

Ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về tacrolimus bôi kết hợp với chiếu đèn excimer trước đây. Nghiên cứu của Lê Thị Hoài Thu, Phạm Thị Lan (2018) trên 36 bệnh nhân điều trị bằng bôi tacrolimus kết hợp chiếu UVB dải hẹp cho kết quả tỷ lệ bệnh nhân có mức tái tạo sắc tố tốt và rất tốt chiếm tổng 2,3% sau 4 tuần, 18,6% sau 8 tuần và tăng lên 44,2% sau 12 tuần [5].

So sánh với các nghiên cứu khác trong nước, kết quả từ nghiên cứu này cho thấy phương pháp điều trị phối hợp chiếu đèn excimer với bôi tacrolimus có đáp ứng tốt hơn so với chiếu UVB dải hẹp kết hợp với tacrolimus bôi. Tuy nhiên cần thêm những nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng để kiểm chứng nhận định trên.

Bệnh nhân thể đứt đoạn có 11,8% đáp ứng rất tốt, 29,4% đáp ứng tốt, 41,2% đáp ứng trung bình và 17,6% đáp ứng kém. Bệnh nhân thể điểm có tỷ lệ đáp ứng rất tốt chiếm 30,7%, đáp ứng tốt chiếm 38,5%, 7,7% đáp ứng trung bình và 23,1% đáp ứng kém. Như vậy nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhìn chung thể điểm đáp ứng tốt hơn thể đứt đoạn, điều này phù hợp với đặc điểm của bạch biến thể đứt đoạn thường dai dẳng và khó điều trị hơn so với các thể bạch biến khác. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê, có thể do cỡ mẫu nghiên cứu chưa đủ lớn.



Vị trí mặt, cổ chủ yếu có mức đáp ứng tốt (32%) và rất tốt (24%). Vị trí thân mình đáp ứng với điều trị ở mức tốt (chiếm 66,7%) và trung bình (33,3%). Vị trí tay, chân đáp ứng điều trị ở mức trung bình và kém. Như vậy sau 12 tuần, mức độ đáp ứng rất tốt chỉ xuất hiện ở bệnh nhân có vị trí thương tổn ở vùng mặt, cổ, mức đáp ứng tốt chủ yếu ở vị trí mặt, cổ, không có đáp ứng tốt và rất tốt ở vị trí tay, chân. Tuy nhiên, sự khác biệt về mức độ đáp ứng giữa các vị trí không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Kết quả nghiên cứu này có sự tương đồng với các nghiên cứu trong nước và nước ngoài như: Nghiên cứu của Fenniche S, Zaouak A và cộng sự năm 2017 cho thấy điều trị bằng chiếu đèn excimer kết hợp Kellin đạt hiệu quả cao nhất ở các vị trí mặt, cổ; hay nghiên cứu của Đỗ Thị Hồng Nhung, Đỗ Thị Thu Hiền năm 2017 đánh giá hiệu quả điều trị bạch biến bằng chiếu UVB dải hẹp cho thấy vị trí thương tổn ở mặt có sự hồi phục sắc tố tốt nhất chiếm 63,9%, tiếp đó là vị trí thân mình, tay chân với 22,2% [6].

Nguyên nhân vùng mặt, cổ cho đáp ứng tốt hơn so với thân mình, tay chân có thể do đây là vùng da nhạy cảm với ánh sáng hơn các vùng khác, nên các tế bào sắc tố cũng dễ bị tác động tăng sinh hơn.

Trong số 30 bệnh nhân được điều trị, có 14 bệnh nhân tái tạo sắc tố theo hình thức phối hợp cả từ quanh nang lông và từ viên thương tổn, chiếm tỷ lệ cao nhất là 46,7%. Hình thái tái tạo chỉ từ quanh nang lông chiếm 36,7% số bệnh nhân, và 16,6% bệnh nhân có tái tạo chỉ từ viên thương tổn. Ánh sáng excimer và tacrolimus tác động vào tế bào từ hai nguồn: tế bào sắc tố sản sinh từ nang lông trên bề mặt thương tổn và tế bào sắc tố từ bờ viên, trong đó nguồn tế bào sắc tố từ đơn vị nang lông thường đóng vai trò chính để tạo ra đáp ứng tái tạo sắc tố trên thương tổn [7]. Kết quả nghiên

cứu cho thấy những tổn thương có đáp ứng kém với điều trị thường không có hình thức tái tạo sắc tố từ quanh nang lông, điều này có thể do nguồn tế bào sắc tố trên bề mặt thương tổn còn rất ít hoặc đã cạn kiệt. Những trường hợp bắt đầu tái tạo muộn sau 12 tuần và không có hình thức tái tạo sắc tố từ quanh nang lông có thể là một trong những dấu hiệu đánh giá bệnh nhân thích hợp hơn với phương pháp ghép tế bào thượng bì (lấy nguồn tế bào sắc tố từ vị trí khác bổ sung vào thương tổn để chúng tăng sinh trên vị trí đó) [8].

Trong quá trình điều trị, có 43,3% số bệnh nhân có triệu chứng đỏ rát, 10% có cảm giác ngứa, 6,7% xuất hiện phỏng nước. Tuy nhiên các tác dụng không mong muốn này đều ở mức nhẹ, không khiến bệnh nhân ngừng điều trị. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu tổng quan hệ thống của Lopes C, Trevisani VF và Melnik năm 2016 trên 6 nghiên cứu (411 bệnh nhân, 764 tổn thương) về hiệu quả và độ an toàn của việc điều trị bệnh bạch biến bằng đèn excimer cho thấy các tác dụng không mong muốn nhẹ, gồm ngứa, cảm giác bỏng rát và khô da, không có trường hợp nào làm gián đoạn quá trình điều trị [9].

Triệu chứng đỏ rát chiếm tỷ lệ lớn nhất có thể giải thích do thương tổn của mẫu nghiên cứu chủ yếu nằm ở vị trí đầu, mặt, cổ là vùng da nhạy cảm với ánh sáng, dễ bị kích thích bởi tia chiếu hơn. Cảm giác ngứa có thể là hậu quả của tình trạng khô da sau chiếu, hoặc tác dụng không mong muốn thường gặp của tacrolimus bôi khi mới sử dụng. Tình trạng phỏng nước có thể do khoảng cách giữa hai lần chiếu quá gần nhau khiến da không kịp đáp ứng, hoặc nền da của bệnh nhân quá nhạy cảm.

Tất cả các trường hợp phản ánh tác dụng không mong muốn đều ở mức nhẹ. Bệnh nhân được xử trí bằng cách bôi dưỡng ẩm và lùi thời gian chiếu hoặc điều chỉnh liều chiếu của lần tiếp theo.

Sau xử trí, triệu chứng cải thiện nhanh và không khiến bệnh nhân ngừng điều trị trước thời gian 12 tuần. Sau khi gặp phải tác dụng không mong muốn lần đầu tiên, bệnh nhân thường chú ý chăm sóc vùng thương tổn hơn sau mỗi lần chiếu, vì vậy giảm đáng kể nguy cơ xuất hiện triệu chứng những lần sau đó.

5. KẾT LUẬN

Điều trị bạch biến thể khu trú bằng bôi tacrolimus kết hợp chiếu đèn excimer cho đáp ứng tăng theo thời gian, sau 12 tuần có 53,3% số bệnh nhân đáp ứng tốt và rất tốt, 26,7% đáp ứng trung bình, 20% đáp ứng kém. Tác dụng không mong muốn xảy ra ở 43,3% số bệnh nhân nhưng đều ở mức nhẹ, gồm đỏ rát (43,3%), ngứa (10%) và phỏng nước (6,7%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wolff K, Johnson R, Saavedra A. Fitzpatrick's Color Atlas and Synopsis of Clinical Dermatology. 7th ed. McGraw Hil Education; 2017.
2. Kruger C, Schallreuter K. A review of the worldwide prevalence of vitiligo in children/adolescents and adults. *Int J Dermatol*. 2012;51(10):1206-1212.

3. Phạm Thị Mai Hương, Trần Lan Anh. Ảnh hưởng của bệnh bạch biến đến chất lượng cuộc sống người bệnh. *Y học Thực hành*. 2010;712(4):74-77.

4. Erduran FB, Adisen E. Comparison of the efficacy of 308-nm excimer lamp monotherapy with topical tacrolimus or clobetasol 17-propionate combination therapies in localized vitiligo. *Photodermatol Photoimmunol Photomed*. 2016;32(5-6):247-253.

5. Lê Thị Hoài Thu, Phạm Thị Lan. Hiệu quả điều trị bệnh bạch biến thể khu trú bằng bôi tacrolimus và chiếu UVB dải hẹp. *Y học Việt Nam*. 2018;470(2):81-84.

6. Đỗ Thị Hồng Nhung, Đỗ Thị Thu Hiền, Trần Hậu Khang. Hiệu quả điều trị bệnh bạch biến bằng chiếu UVB dải hẹp 311nm. *Y học Việt Nam*. 2017;461(1):100-104.

7. Falabella R. Vitiligo and the melanocyte reservoir. *Indian J Dermatol*. 2009;54(4):313-318.

8. Geel N, Goh BK, Wallaey E et al. A Review of Non-cultured Epidermal Cellular Grafting in Vitiligo. *J Cutan Aesthetic Surg*. 2011;4(1):17-22.

9. Lopes C, Trevisani VF, Melnik T. Efficacy and safety of 308-nm monochromatic excimer lamp versus other phototherapy devices for vitiligo: A systematic review with meta-analysis. *Am J Clin Dermatol*. 2016;17(1):23-32.

SUMMARY

EFFICACY OF THE COMBINATION OF TOPICAL TACROLIMUS AND EXCIMER LIGHT

IN TREATMENT OF LOCALIZED VITILIGO

Background: In recent years, excimer light treatments have come to the fore in localized vitiligo because of their high efficacy and safety. There is limited data regarding the use of combination of tacrolimus and excimer lamp for treatment of localized vitiligo in Vietnam.

Objectives: To evaluate the efficacy of combined topical tacrolimus and excimer lamp in treating localized vitiligo.



Methods: We performed a before - after clinical trial, including a total of 30 patients who were treated with excimer lamp and topical tacrolimus at National hospital of Dermatology and Venereology from 7/2019 to 9/2021. Patients were treated by excimer lamp 2 times per week and topical tacrolimus 0.1% twice a day. The effectiveness was evaluated by the changes in VASI before and after treatment: excellent response (76 - 100%), good response (51 - 75%), moderate response (26 - 50%) and poor response (0 - 25%).

Results: After 12 weeks, there were 53.3% good and excellent response, 26.7% moderate response and 20% poor response. The response rate increased significantly over time ($p < 0.05$), excellent response raised from 0 to 20%, good response from 10% to 33.3% after 6 weeks and 12 weeks, respectively. Side effects occurred in 43.3% of patients, including burning (43.3%), pruritus (10%) and mild blistering (6.7%), none of which interrupted treatment.

Conclusions: Combination therapy of topical tacrolimus 0.1% and excimer lamp appeared to be efficacious with a safety profile in treating localized vitiligo.

Keywords: *Localized vitiligo; Topical tacrolimus; Excimer lamp.*
