

7. Rozen W. M., Ashton M. W., Le Roux C. M., Pan W. R., Corlett R. J. The perforator angiosome: a new concept in the design of deep inferior epigastric artery perforator flaps for breast reconstruction. *Microsurgery*. 2010;30(1): 1-7. doi:10.1002/micr.20684

8. Dung P. T. V., Sơn T. T., Dung V. T., Hậu N. X., Nghĩa P. T. Techniques of inserting deep inferior epigastric perforator flap obliquely in immediate breast reconstruction after total mastectomy. *JPRAS Open*. Jun 2023;36:1-7. doi:10.1016/j.jprra.2023.01.001

ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG MIH VỚI ÁNH SÁNG XUYÊN THẤU

Phạm Kim Thành¹, Phan Thanh Tường², Võ Trương Như Ngọc³,
Lê Hoàng Anh⁴, Nguyễn Vinh Quang⁴, Võ Nhật Minh³, Nguyễn Thùy Linh⁵

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm tổn thương MIH với ánh sáng xuyên thấu ở một nhóm trẻ em có răng mắc MIH tại thành phố Sa Đéc, tỉnh Đồng Tháp. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 35 trẻ em có răng cửa mắc MIH. **Kết quả:** Trong 35 trẻ nghiên cứu, 31 trẻ có răng cửa mắc MIH thể nhẹ, 04 trẻ có răng cửa chỉ mắc MIH thể nặng, không đồng thời mắc thể nhẹ ở răng cửa, loại 1 chiếm tỷ lệ 51,02% (25/49), loại 2 chiếm tỷ lệ 26,53% (13/49), loại 3 chiếm tỷ lệ 22,45% (11/49), răng cửa giữa hàm trên hay gặp tổn thương nhất (28/49 răng, chiếm tỷ lệ 57,14%). **Kết luận:** Đèn xuyên thấu có giá trị trong hỗ trợ chẩn đoán và tiên lượng kế hoạch điều trị, từ phân loại theo ánh sáng xuyên thấu có thể tiên lượng được số răng có nguy cơ vỡ bề mặt. Răng cửa giữa thường gặp tổn thương, loại 1 chiếm đa số hơn trong 3 loại tổn thương khi thăm khám với ánh sáng xuyên thấu. **Từ khóa:** tổn thương MIH, đèn xuyên thấu, răng hàm lớn vĩnh viễn, răng cửa vĩnh viễn.

SUMMARY

CHARACTERIZATION OF MIH LESIONS USING TRANSILLUMINATION LIGHT

Objective: The aim is to describe the characteristics of MIH lesions using transillumination light in a group of children with teeth affected by MIH in Sa Dec City, Dong Thap Province. **Materials and methods:** This study is a descriptive cross-sectional study involving 35 children affected by MIH. **Results:** 35 patients contributed 49 teeth to the study. Of the 35 children, 31 had incisors with mild MIH, while 4 had severe MIH only, without any cases of simultaneous mild and severe MIH. In terms of lesion type, 25 teeth were classified as type 1 (51.02%), 13 teeth as type 2 (26.53%), and 11 teeth as type 3 (22.45%). The most commonly affected teeth were

the upper central incisors, accounting for 28 teeth (57.14%). **Conclusion:** The use of transillumination light is valuable in supporting diagnosis and providing treatment prognosis. The classification based on transillumination light usage can help predict the number of teeth at risk of post-eruptive enamel breakdown (PEB). The upper central incisors are frequently affected, with type 1 lesions being the most prevalent among the three lesion types when examined with transillumination light.

Keywords: MIH lesions, transillumination, permanent molars, permanent incisors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

MIH được định nghĩa là "hiện tượng kém khoáng hóa có nguồn gốc hệ thống, biểu hiện là các khiếm khuyết về chất lượng có màu đục ở men răng của một hoặc bốn răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất, tổn thương này cũng thường xuất hiện kèm theo ở các răng cửa". [1]

Năm 2003, MIH được mô tả thêm là một khiếm khuyết về chất lượng trong quá trình phát triển của men răng do giảm quá trình khoáng hóa từ đó giảm các thành phần vô cơ, tăng thành phần hữu cơ đặc biệt protein dẫn đến kết cấu men răng xốp, dễ đổi màu và gãy vỡ. [2]

Tổng quan hệ thống của Jälevik (2010) cho tỷ lệ MIH dao động từ 2,4-40,2% [3]. Lopes (2021) đã kết luận tỷ lệ MIH là 13,5% [4]. Tại Việt Nam, Võ Trương Như Ngọc và cộng sự (2021) đã tiến hành nghiên cứu trên 5294 học sinh tại một số tỉnh thành như Bình Định, Thanh Hóa và Hải Phòng đã kết luận tỷ lệ MIH chung của học sinh từ 12 - 15 tuổi là 20,1% [5]

Cơ sở phân loại thường dựa theo tiêu chí của EAPD 2021 dựa theo mức độ [6]

MIH được đánh giá là nhẹ khi mảng trắng đục có ở răng hàm lớn hoặc răng cửa, không có sự phá hủy men sau khi mọc răng và cảm nhẹ khi có tác động cơ học. MIH đánh giá nghiêm trọng khi các đốm trắng có ranh giới rõ, xuất hiện vỡ men hoặc sâu răng và có cảm giác nhạy cảm dai dẳng tự nhiên. Mathu-Muju and Wright 2008 chia làm 3 loại: nhẹ, trung bình, nặng [7].

Việc đánh giá một số tiêu chí như vị trí và

¹Nha khoa Phương Thành, Tp. Sa Đéc, tỉnh Đồng Tháp

²Bệnh viện Mắt - Răng Hàm Mặt Thành phố Cần Thơ

³Trường Đại học Y Hà Nội

⁴Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

⁵Trường Đại học Kinh doanh và Công nghệ Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thanh Tường

Email: phanthanhtuong67@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.6.2024

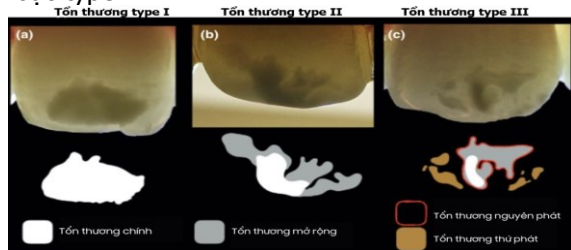
Ngày duyệt bài: 8.7.2024

mức độ lan tỏa là biến số cần giải quyết trước điều trị. Đèn xuyên thấu hiện đại có thể được sử dụng để ước lượng các tiêu chí trên dựa vào mức độ cản quang của tổn thương. Tỷ lệ protein càng cao thì tổn thương càng sẫm màu và càng sát so với đường ranh giới men - ngà. Các tổn thương thấy rõ ranh giới thường nằm nông so với bề mặt và ngược lại, các tổn thương có ranh giới không rõ ràng thì nằm sâu so với bề mặt men răng. Tổn thương càng sâu, càng dày thì tiên lượng càng khó trong việc điều trị. Omar Marouane và David J.Manton chia làm 3 loại [8]

- Type 1: Tổn thương đơn lẻ, giới hạn rõ ràng, đồng nhất.

- Type 2: Tổn thương đơn lẻ, giới hạn rõ ràng, không đồng nhất với phần mở rộng ít mờ đục hơn so với tổn thương chính.

- Type 3: Đa tổn thương, các mảng đục xuất hiện rõ ràng được ngăn cách bởi các vùng men lành - tổn thương xuất hiện dưới dạng thứ phát nằm liền kề với tổn thương nguyên phát type 1 hoặc type 2.

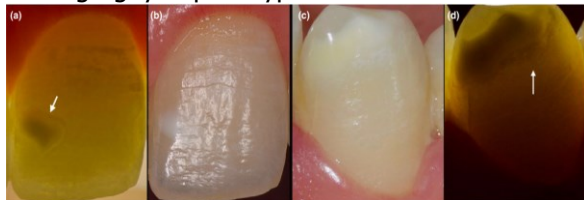


Hình 1. Việc phân loại tổn thương dựa số lượng, độ mờ đục của tổn thương chính và các tổ chức lân cận được chia làm 3 loại theo Omar Marouane, David J Manton [8]

Type I (a) - Tổn thương có độ mờ đồng nhất, ranh giới rõ ràng, xuất hiện đơn lẻ.

Type II (b) - Sự khác biệt về độ mờ đục của phần mở rộng so với tổn thương chính; giới hạn rõ ràng, xuất hiện đơn lẻ.

Type III (c) - Đa tổn thương, các tổn thương có ranh giới riêng biệt và được ngăn cách bởi men răng lành; xuất hiện như tổn thương thứ phát và có sự khác biệt về độ mờ đục với các tổn thương nguyên phát type I và II.



Hình 2. Các răng được thăm khám (b), (c) và hình ảnh đối chứng khi chiếu đèn Eplight. Tổn thương "vòng sáng" là vùng mờ mỏng, bao quanh 1 phần hoặc toàn bộ tổn thương. Khiếm

khuyết trên không được xem xét khi phân loại theo Omar Marouane, David J Manton [8]

Trong khi sử dụng các bằng chứng cận lâm sàng, bao gồm X - quang hai chiều thường quy hoặc CT Cone Beam là không có giá trị nhiều để chẩn đoán, sử dụng đèn xuyên thấu đáp ứng được tiêu chí như: Hỗ trợ đánh giá mức độ nông - sâu, độ dày, đánh giá được kết quả điều trị một cách dễ dàng. Đèn xuyên thấu còn hỗ trợ phát hiện các bệnh lý khác như sâu răng, nứt răng, cao răng dưới lợi. Khi xác định được mức độ tổn thương theo các tiêu chí trên, thái độ can thiệp và các hướng xử trí sẽ được đặt ra nhằm bảo toàn tối đa mô cứng, tạo điều kiện cho nhựa xâm nhập tối đa và tiết kiệm vật liệu trong điều trị; đồng thời chứng minh hiệu quả điều trị một cách khách quan.

Chính vì thế, chúng tôi nghiên cứu đề tài này với các mục tiêu: *Mô tả đặc điểm tổn thương MIH với ánh sáng xuyên thấu ở một nhóm trẻ em có răng mắc MIH tại thành phố Sa Đéc, tỉnh Đồng Tháp.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện trên 35 trẻ em được chẩn đoán mắc MIH theo tiêu chuẩn của Học viện Nha khoa trẻ em Châu Âu. Người bệnh được tuyển chọn vào nghiên cứu khi đáp ứng được các tiêu chuẩn sau: Tuổi từ 7-10 tuổi, đã có răng cối thứ nhất và răng cửa vĩnh viễn; được chẩn đoán mắc MIH, tự nguyện tham gia nghiên cứu, được đồng ý của gia đình và nhà trường. Người bệnh không hợp tác nghiên cứu, gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu, bố mẹ không nhớ tiền sử, không trả lời được các câu hỏi trong bộ câu hỏi khảo sát thì không được lựa chọn vào nghiên cứu.

Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán MIH của Học viện Nha khoa trẻ em Châu Âu (EAPD) đưa ra vào năm 2010 [8]. Theo tiêu chuẩn này MIH được chẩn đoán theo hai mức độ như sau:

- MIH nhẹ: Các mảng màu đục xuất hiện trên răng cối hoặc răng cửa mà không có sự phá hủy men sau mọc răng. Độ nhạy cảm răng bình thường và không có vấn đề về thẩm mỹ.

- MIH nặng: men răng bị phá hủy ngay sau khi mọc răng, phá hủy thân răng, sâu răng liên quan đến răng bị ảnh hưởng, có tiền sử nhạy cảm răng và có các vấn đề về thẩm mỹ. MIH được ghi nhận trên mặt nhai, mặt ngoài, mặt trong và mặt bên của các răng cối lớn và các răng cửa vĩnh viễn. Các tổn thương được ghi nhận khi có kích thước lớn hơn 1mm theo EAPD. MIH được chẩn đoán khi một răng cối lớn hoặc răng cửa vĩnh viễn

bị ảnh hưởng bởi kém khoáng hóa.

Nhóm nghiên cứu được tập huấn và triển khai nghiên cứu theo các bước trong đề cương nghiên cứu đã được phê duyệt bởi Hội đồng đạo đức y sinh học của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ số 23.319.HV/PCT-HĐĐĐ ngày 12 tháng 04 năm 2023.

Số liệu sau khi thu thập sẽ được làm sạch, và nhập vào máy tính bằng phần mềm SPSS 16.0, phân tích số liệu với các thuật toán phù hợp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Thực tế chúng tôi đã thu thập được 35 trẻ mắc MIH, trong đó có 31 trẻ có răng cửa mắc MIH thể nhẹ, 04 trẻ có răng cửa chỉ mắc MIH thể nặng, không đồng thời mắc thể nhẹ ở răng cửa. 31 trẻ có răng cửa mắc MIH thể nhẹ đã được điều trị với nhựa xâm nhập (Tổng răng điều trị 49 răng, trong đó có 45 răng thể nhẹ, 4 răng thể

nặng), kết quả điều trị sẽ được báo cáo trong 1 bài báo khác khi đã đủ thời gian theo dõi, trong bài báo này chúng tôi chỉ tập trung mô tả đặc điểm tổn thương với ánh sáng xuyên thấu.

Bảng 3.1. Số răng mắc MIH ở các răng cửa với ánh sáng xuyên thấu theo Marouane và cộng sự phân bố theo giới (N=49 răng)

Phân loại	Số răng của Nam	Số răng của Nữ
Loại 1	13	12
Loại 2	4	9
Loại 3	1	10

Nhận xét: Trong số 35 trẻ mắc MIH, có 1 trẻ mắc cả 3 thể theo phân loại của Marouane. Ở cả hai giới, loại 1 chiếm tỷ lệ nhiều hơn so với loại 1 và loại 2. Trong số 49 răng mắc MIH, loại 1 chiếm tỷ lệ 51,02% (25/49), loại 2 chiếm tỷ lệ 26,53% (13/49), loại 3 chiếm tỷ lệ 22,45% (11/49).

Bảng 3.2. Số răng cửa mắc MIH theo từng loại khi sử dụng ánh sáng xuyên thấu (N=49)

Phân loại	Răng cửa giữa hàm trên	Răng cửa bên hàm trên	Răng nanh hàm trên	Răng cửa giữa hàm dưới	Răng cửa bên hàm dưới	Răng nanh hàm dưới
Loại 1	13	2	0	8	2	0
Loại 2	8	2	0	2	1	0
Loại 3	7	1	0	1	2	0
Tổng	28	5	0	11	5	0

Nhận xét: Trong 49 răng mắc MIH, có 25 răng type 1, 13 răng type 2, 11 răng type 3. Răng cửa giữa hàm là loại răng hay gặp bệnh lý nhất, trong 49 răng mắc bệnh, có 28 răng cửa giữa hàm trên (chiếm tỷ lệ 57,14%), răng cửa bên chiếm 10,20% (5/49), răng cửa giữa hàm dưới chiếm tỷ lệ 22,45% (11/49), răng cửa bên hàm dưới là 10,20% (5/49).

Bảng 3.3. Đối sánh phân loại răng cửa mắc MIH theo học viện nha khoa châu Âu với phân loại của Marouane và cộng sự

Phân loại	Thể nhẹ theo phân loại của EAPD	Thể nặng theo phân loại của EAPD (vỡ bề mặt)
Loại 1	23	2
Loại 2	12	1
Loại 3	10	1
Tổng	45	4

Nhận xét: Trong 25 răng type 1 có 2 răng bị vỡ bề mặt (chiếm tỷ lệ 8%), 13 răng loại 2 có 1 răng bị vỡ bề mặt (chiếm 8%), trong 11 răng type 3 có 1 răng bị vỡ bề mặt (chiếm tỷ lệ 10%).

IV. BÀN LUẬN

Trong số các đối tượng bị mắc MIH, tỷ lệ mắc các tổn thương loại I, loại II, loại III theo phân loại lần lượt là 51,02% (25/49), 26,53% (13/49), 22,45% (11/49). Trong khi đó, nghiên

cứ của Omar Marouane, David J.Manton cho thấy tỷ lệ 58,7% là tổn thương loại I, 15,7% là loại I và 25,6% là loại III, ngoài ra các tổn thương "vòng sáng" không nằm trong phân loại chiếm tỷ lệ 25,6%.

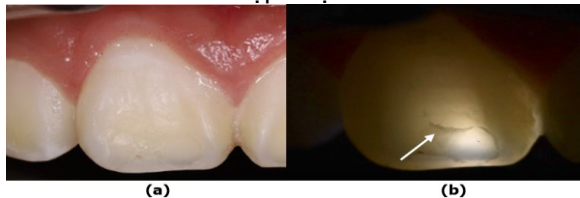
Trong mẫu nghiên cứu, tỷ lệ mắc MIH chung ở các răng cửa giữa hàm trên là 57,14% (28/49), răng cửa bên chiếm 10,20% (5/49), răng cửa giữa hàm dưới chiếm tỷ lệ 22,45% (11/49), răng cửa bên hàm dưới là 10,20% (5/49). Một nghiên cứu của Omar Marouane, David J.Manton cho kết quả tỷ lệ mắc MIH ở các răng cửa giữa hàm trên là 63,6%, răng cửa bên hàm trên là 6,6% và răng nanh hàm trên là 5,5%. Nghiên cứu trên cũng chỉ ra tỷ lệ mắc MIH ở các răng cửa giữa hàm dưới là 14%, răng cửa bên hàm dưới là 7,4% và răng nanh hàm dưới là 3,4%. Như vậy nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Omar Marouane và cộng sự, răng cửa giữa hàm trên là răng thường gặp tổn thương MIH hơn so với các răng cửa khác.

Trong 25 răng type 1 có 2 răng bị vỡ bề mặt (chiếm tỷ lệ 8%), 13 răng loại 2 có 1 răng bị vỡ bề mặt (chiếm tỷ lệ 8%), trong 11 răng type 3 có 1 răng bị vỡ bề mặt (chiếm tỷ lệ 10%). Nghiên cứu của Omar Marouane, David J.Manton cho thấy hiện tượng vỡ men bề mặt chỉ xuất

hiện ở các tổn thương type I theo phân loại. Kết quả này có sự khác biệt so với chúng tôi. Đây cũng là điểm khác biệt khi so sánh nhiều nghiên cứu với nhau.

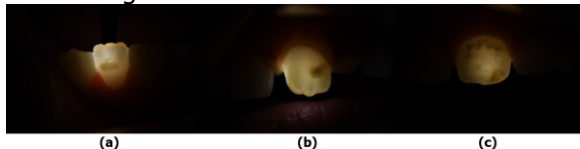
Nhiều bằng chứng cho thấy phương pháp truyền ánh sáng đơn sắc bằng đèn xuyên thấu có khả năng phát hiện tổn thương triệt để; đồng thời mang lại các thông tin có giá trị về mặt tiên lượng, chẩn đoán và điều trị so với môi trường ánh sáng phản xạ thông thường [8]. Chiếu đèn xuyên thấu cho phép phát hiện tốt hơn các vết mờ trên men răng ở các răng trước bằng cách hỗ trợ phân biệt ranh giới giữa men răng khỏe mạnh và men răng có tổn thương kém khoáng hóa, tránh bỏ sót tổn thương trong điều trị dưới ánh sáng phản xạ [9].

Thông thường, các tổn thương MIH nằm sát đường ranh giới men ngà, được che phủ bởi lớp men răng lành mạnh phía trên. Việc phát hiện bằng mắt thường hay dựa trên bằng chứng cận lâm sàng như X - quang hai chiều thường quy hoặc CTCB là không khả thi. Sử dụng đèn xuyên thấu có thể phát hiện các tổn thương MIH bằng hình ảnh cản quang đậm màu hơn so với các vị trí lân cận. Các tổn thương MIH có tỷ lệ protein cao gấp 15 lần so với men răng lành, độ cản quang càng đậm màu thì tổn thương càng dày, nằm càng sâu so với bề mặt men răng. Các hệ quả trên mang lại giá trị tích cực trong điều trị, bao gồm các thủ thuật hỗ trợ tăng hiệu quả vì mài mòn và thâm nhập nhựa.



Hình 4. Răng cửa giữa hàm trên bên phải (a) được chiếu đèn Eplight (b)

Tổn thương vòng sáng mỏng bao quanh tổn thương chính hoặc các tổn thương type I. Khiếm khuyết trên không được xem xét khi phân loại tổn thương.



Hình 3. Phân loại tổn thương dựa số lượng tổn thương, độ mờ đục của tổn thương chính và các tổ chức lân cận, được chia làm 3 loại theo Omar Marouane, David J Manton

Type I (a) - Tổn thương có độ mờ đồng nhất, ranh giới rõ ràng, xuất hiện đơn lẻ.

Type II (b) - Sự khác biệt về độ mờ đục của phần mở rộng so với tổn thương chính; giới hạn rõ ràng, xuất hiện đơn lẻ.

Type III (c) - Đa tổn thương, các tổn thương có ranh giới riêng biệt và được ngăn cách bởi men răng lành; xuất hiện như tổn thương thứ phát và có sự khác biệt về độ mờ đục với các tổn thương nguyên phát type I và II.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu ở 35 trẻ mắc MIH ở răng cửa với ánh sáng xuyên thấu, chúng tôi thấy tổn thương loại I là loại hay gặp chiếm tỷ lệ 51,02% (25/49), răng cửa giữa hàm trên thường gặp tổn thương hơn chiếm tỷ lệ là 57,14% (28/49), tỷ lệ vỡ bề mặt chưa thấy rõ sự khác biệt nhiều, cần có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để có thể có những kết luận khách quan hơn. Đèn thăm khám với ánh sáng xuyên thấu qua các tài liệu và kinh nghiệm cho thấy là phương tiện có giá trị cao để chẩn đoán MIH nói riêng và các đốm trắng nói chung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Weerheijm K, Jalevik B, Alaluusua SJCr.** Molar-incisor hypomineralisation. 2001;35(5):390.
2. **Almuallem Z, Busuttill-Naudi AJBdj.** Molar incisor hypomineralisation (MIH)—an overview. 2018;225(7):601-609.
3. **Jälevik BJEaOPD.** Prevalence and diagnosis of molar-incisor-hypomineralisation (MIH): a systematic review. 2010;11:59-64.
4. **Lopes LB, Machado V, Mascarenhas P, Mendes JJ, Botelho JJSr.** The prevalence of molar-incisor hypomineralization: a systematic review and meta-analysis. 2021;11(1):22405.
5. **Võ Trương Như Ngọc, Hoàng Bảo Duy,** Mối liên quan giữa thực trạng kém khoáng hóa men răng (MIH) và chấn thương răng sữa, răng sữa mất sớm ở học sinh 12 - 15 tuổi tại một số tỉnh thành ở Việt Nam, Tạp chí Y học Việt Nam, tập 496, tháng 11, số 2, năm 2
6. **Lygidakis, N. A., Garot, E., Somani, C., Taylor, G. D., Rouas, P., & Wong, F. S. L.** (2022). Best clinical practice guidance for clinicians dealing with children presenting with molar-incisor-hypomineralisation (MIH): an updated European Academy of Paediatric Dentistry policy document. European archives of paediatric dentistry: official journal of the European Academy of Paediatric Dentistry, 23(1), 3–21. <https://doi.org/10.1007/s40368-021-00668-5>
7. **Mathu-Muju K, Wright J T.** Diagnosis and treatment of molar incisor hypomineralization. Compend Contin Educ Dent 2006; 27: 604–610.
8. **Omar Marouane, David J. Manton** (2021): The use of transillumination in mapping demarcated enamel opacities in anterior teeth: A cross – sectional study. International Journal of Pediatric Dentistry Vol 32 – No1.
9. **Marouane O.** The use of transillumination in detecting subclinical extensions of enamel opacities. J Esthet Restor Dent.2019;31(6):595-600

BỆNH ROSAI-DORFMAN NGUYÊN PHÁT CỦA DA VÙNG LƯNG: BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP HIẾM GẶP

Ngô Thị Tuyết Hạnh^{1,2}, Phạm Văn Tấn¹, Nguyễn Phạm Ngọc Châu³,
Nguyễn Thị Hòe³, Trần Hương Giang^{1,3}

TÓM TẮT

Bệnh Rosai-Dorfman là bệnh lý mô bào hiếm gặp, lành tính và có xu hướng tự giới hạn. Bệnh thường gặp ở bệnh nhân trẻ tuổi và nam giới thường gặp hơn. Bệnh điển hình xảy ra ở hạch vùng cổ, ảnh hưởng chỉ ở da rất hiếm gặp, được xem là có đặc điểm bệnh học khác với bệnh ở hạch hoặc các cơ quan ngoài hạch khác, dễ chẩn đoán nhầm với các bệnh lý khác. Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân nam, 54 tuổi, phát hiện tổn thương dạng nốt màu đỏ bầm ở da vùng lưng phải từ 6 tháng. Tổn thương da lớn dần, không đau, không kèm sốt. Đánh giá mô bệnh học cho thấy lớp bì và hạ bì gồm nhiều mô bào có hiện tượng "emperipolesis" (bào tương hiện diện các tế bào viêm nguyên vẹn). Những mô bào này biểu hiện với CD68, S100, Cyclin D1 nhưng không biểu hiện với CD1a. Chẩn đoán bệnh Rosai-Dorfman nguyên phát của da được thiết lập dựa trên các bằng chứng lâm sàng và mô bệnh học có được sau khi loại trừ sự liên quan của bệnh ở hạch và các cơ quan ngoài hạch khác. Sau 3 tháng phẫu thuật cắt hoàn toàn tổn thương ở da cho thấy vết thương lành tốt và không ghi nhận dấu hiệu tái phát bệnh.

Từ khóa: Bệnh lý mô bào, bệnh Rosai-Dorfman, bệnh Rosai-Dorfman nguyên phát của da.

SUMMARY

PRIMARY CUTANEOUS ROSAI-DORFMAN DISEASE OF THE BACK: A RARE CASE REPORT

Rosai-Dorfman Disease is a rare, benign, and self-limiting histiocytosis. The disease predominantly affects young adults, with a male predominance. It also predominantly affects the cervical lymph nodes, affecting only the skin very rarely, and is considered a distinctive clinicopathologic entity, easily misdiagnosed with other entities. We present a case of a 54-year-old man who had a bruised red nodular lesion on the right part of his back for about six months. The skin lesion was slowly progressing, painless, without fever. Histopathological evaluation revealed that the dermis and hypodermis consist of histiocytes containing "emperipolesis" (intact intracytoplasmic inflammatory cells). These histiocytes were expressed with CD68, S100, and Cyclin D1 but not with CD1a. The primary cutaneous Rosai-Dorfman disease was established based on the clinical and histopathological evidence

¹Đại học Y Dược TP HCM, Việt Nam

²Bệnh viện Nguyễn Tri Phương, TP HCM, Việt Nam

³Bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM, Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Tấn

Email: phamvantantg@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.6.2024

Ngày duyệt bài: 5.7.2024

obtained after excluding the disease's involvement in the lymph nodes and other extranodal organs. After three months of post-surgery of completely removing the skin lesion, the wound exhibited good healing with no signs of disease recurrence noted.

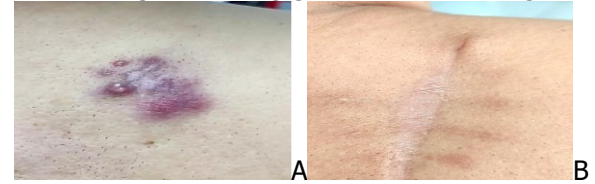
Keywords: Histiocytoses, Rosai-Dorfman disease, primary cutaneous Rosai-Dorfman disease.

I. GIỚI THIỆU

Bệnh Rosai-Dorfman là một bệnh lý mô bào,¹ được mô tả lần đầu tiên vào năm 1965 bởi Destombes, và sau đó được hai tác giả Rosai và Dorfman mô tả lại vào năm 1969.² Bệnh Rosai-Dorfman là bệnh lý mô bào hiếm gặp, lành tính và có xu hướng tự giới hạn. Bệnh thường gặp ở nam giới trẻ tuổi và thường nhất ở hạch vùng cổ. Những trường hợp bệnh ảnh hưởng chỉ ở da rất hiếm gặp, được xem là có đặc điểm bệnh học khác với bệnh ở hạch hoặc các cơ quan ngoài hạch khác, dễ chẩn đoán nhầm với các bệnh lý khác.

II. BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP

Bệnh nhân nam, 54 tuổi, phát hiện các nốt tổn thương da kích thước 3-6mm, màu đỏ bầm, tương đối cứng, một số nốt hợp lại với nhau. Các nốt tổn thương không đau, không ngứa. Bệnh nhân không ghi nhận sốt hoặc bất kỳ triệu chứng nào khác. Hạch lympho lớn không ghi nhận khi đánh giá bằng khám lâm sàng, siêu âm bụng và X quang ngực thẳng. Kết quả tổng phân tích tế bào máu ngoại vi trong giới hạn bình thường.



Hình 21. Tổn thương da vùng lưng

A. Tổn thương trước điều trị gồm các nốt 3-6mm, đỏ bầm, viêm nhẹ da xung quanh; B. Sẹo phẫu thuật cắt hoàn toàn tổn thương lành tốt sau 3 tháng

Phẫu thuật cắt trọn tổn thương được tiến hành. Mẫu mô mặt cắt màu trắng vàng được cố định trong dung dịch Formalin 10% và vùi trong Paraffin, sau đó tiến hành nhuộm H&E và hóa mô miễn dịch các dấu ấn S100, CD68, Cyclin D1 và CD1a. Lớp bì và hạ bì thâm nhập nhiều tế bào viêm tạo thành các vùng sáng màu và tối màu xen kẽ nhau. Vùng sáng màu ưu thế các mô bào