

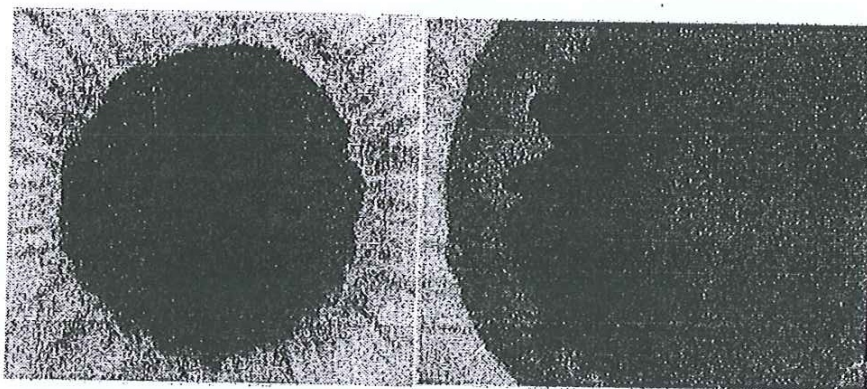
3.11. GLAUCOMA GIẢ TRÓC BAO

1. Triệu chứng cơ năng

- Giai đoạn sớm thường không có triệu chứng
- Hai mắt thường không tương xứng hoặc chỉ ở một mắt cho đến giai đoạn trễ.
- Lâm sàng giống glaucoma góc mở với nhãn áp cao và tổn thương thị trường.

2. Triệu chứng thực thể

- Chất giả tróc màu trắng, như bông tuyết trên bờ đồng tử.
- Mặt trước thủy tinh thể lắng đọng chất giả tróc tại trung tâm, thường có bờ cuộn lên, vùng giữa trong và vùng ngoại vi mờ đục)
- Có thể thấy lắng đọng chất giả tróc ở nội mô giác mạc.
- Lắng đọng sắc tố bất thường trên vùng bè chủ yếu ở phía dưới: lắng đọng sắc tố đen như viền vỏ sò ở đường Schwalbe (đường Sampaolesi) trên soi góc.
- Thoái hoá mỏng mắt gần bờ đồng tử. Teo mỏng, đồng tử dẫn kém ở giai đoạn nặng, thứ phát sau teo cơ tia đồng tử.
- Tiền phòng có thể nông, có thể thấy hiện tượng rung mỏng mắt, thủy tinh thể do dây chằng Zinn yếu.
- Tổn thương gai thị dạng glaucoma.



Hình: Chất giả tróc trên bờ đồng tử (trái), trên mặt trước thủy tinh thể (phải)

3. Nguyên nhân

- Rối loạn màng đáy ở toàn thân
- Lắng đọng chất dạng sợi đặc hiệu ở phần trước nhãn cầu và các cơ quan trên cơ thể. Chất này tương tự như một chất dạng tinh bột.
- Chất fibrin làm tắc nghẽn sự lưu thông thủy dịch qua vùng bè.

4. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm màng bồ đào tăng áp: lắng đọng nội mô giác mạc có thể hiện diện ở cả glaucoma giả tróc bao và viêm màng bồ đào tăng áp. Nhãn áp dao động nhiều ở cả 2 bệnh. Hình ảnh dính mống ngoài vi thường thấy ở viêm màng bồ đào khác với glaucoma giả tróc bao. Viêm màng bồ đào thường có sợ ánh sáng.
- Glaucoma sắc tố: thoái hoá mống mắt ở vị trí gần chu biên. Sắc tố lắng đọng nội mô giác mạc và vùng sau xích đạo thủy tinh thể. Tiền phòng sâu. Thường gặp ở mắt cận thị.
- Bong tróc bao thể thủy tinh (tróc bao thật): thường gặp sau chấn thương, cháy nổ, hoặc viêm màng bồ đào nặng có thể dẫn đến một màng mỏng làm tróc bao trước thể thủy tinh. Glaucoma ít gặp.
- Amyloidosis nguyên phát: lắng đọng amyloid dọc bờ đồng tử hoặc bao trước thể thủy tinh. Có thể dẫn đến glaucoma.
- Hội chứng viêm màng bồ đào – glaucoma – xuất huyết tiền phòng.

5. Cận lâm sàng

- Mật độ tế bào nội mô có thể thấp hơn bình thường.
- Đánh giá glaucoma nên tương tự glaucoma góc mở nguyên phát.

6. Điều trị

- Điều trị nội khoa tương tự như glaucoma góc mở nguyên phát nhưng thường thất bại hơn.
- Laser tạo hình vùng bè (SLT) có thể hiệu quả hơn so với glaucoma góc mở nguyên phát, nhãn áp giảm trung bình 30% sau SLT.
- Phẫu thuật tán nhuyễn thể thủy tinh có thể làm hạ nhãn áp đáng kể, tuy nhiên sẽ kiểm soát nhãn áp tốt hơn nếu kết hợp với cắt bè cùng mạc, nguy cơ biến chứng cũng cao.
- Phẫu thuật cắt bè cùng mạc có tỉ lệ thành công tương đương glaucoma góc mở nguyên phát.

7. Theo dõi

- Mỗi 1-3 tháng tương tự glaucoma góc mở nguyên phát, chú ý do tổn thương tiến triển nhanh.
- Với hội chứng giả tróc bao không có glaucoma, cần tái khám mỗi 6-12 tháng vì có nguy cơ mắc glaucoma, nhưng không điều trị trừ khi nhãn áp tăng.

Tài liệu tham khảo

- (1) The Wills Eye Manual, ấn bản lần thứ 7, năm 2017.
- (2) Kanski's Clinical Ophthalmology, ấn bản lần thứ 9, năm 2019.
- (3) Shields' Textbook of Glaucoma, ấn bản lần thứ 7, năm 2020.