

4.11. GLAUCOMA GIẢ TRÓC BAO

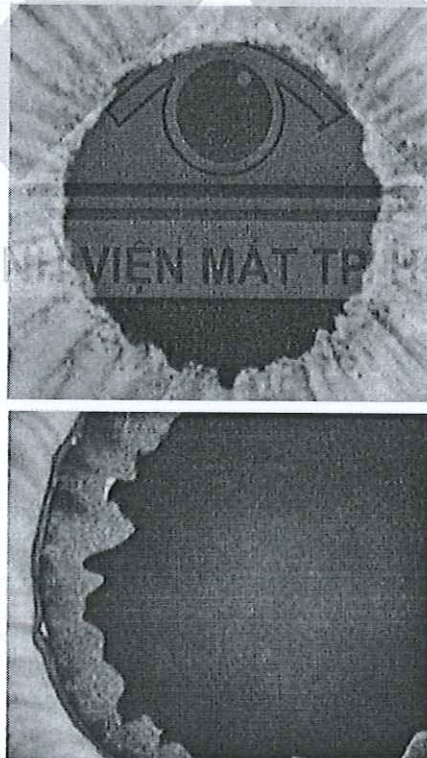
1. Triệu chứng lâm sàng

1.1. 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.

1.2. 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 bề 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)

2. Phân độ/ phân loại bệnh lý

Phân độ bệnh lý tương tự Glaucoma góc mở nguyên phát.

	Điểm	Tỉ lệ viền thần kinh mỏng nhất trên đĩa thị (rim/disc ratio) (Đĩa thị trung bình 1.5-2 mm)	Hình minh hoạ
Nguy cơ glaucoma	1	≥ 0.4	
	2	0.3 tới 0.39	
	3	0.2 tới 0.29	
	4	0.1 tới 0.19	
Tổn thương glaucoma	5	< 0.1	
	6	$0 (< 45^\circ)$	
	7	$0 (46^\circ - 90^\circ)$	
Glaucoma tuyệt đối	8	$0 (91^\circ - 180^\circ)$	
	9	$0 (181^\circ - 270^\circ)$	
	10	$0 (> 270^\circ)$	

3. Tiêu chuẩn chẩn đoán

Chẩn đoán chủ yếu dựa vào triệu chứng lâm sàng.

- Bệnh nhân được chẩn đoán Glaucoma góc mở.
- Kèm theo các triệu chứng lâm sàng của hội chứng phân tán sắc tố.

4. 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.

5. 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 mỏng ngoại 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 mỏng 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, chảy 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.

6. Cận lâm sàng

- Chụp hình màu gai thị
- Chụp OCT gai thị - hoàng điểm, lớp sợi thần kinh.
- Đo thị trường.
- Đo độ dày giác mạc trung tâm (CCT).
- Đếm tế bào nội mô giác mạc: Mật độ tế bào nội mô có thể thấp hơn bình thường.

7. Chỉ định nhập viện

7.1. Chỉ định điều trị ngoại trú: khi bệnh điều trị nội khoa

7.2. Chỉ định điều trị nội trú

Nhãn áp cao hoặc tổn thương tiến triển trên thị trường, gai thị khi đã phối hợp tất cả các loại thuốc nhỏ mắt, cần nhập viện để cân nhắc phẫu thuật.

8. Điều trị

8.1. Nội khoa

- Điều trị nội khoa tương tự như glaucoma góc mở nguyên phát nhưng thường thất bại hơn.
- Bắt đầu bằng một loại thuốc nhỏ mắt đơn trị liệu:
 - + Nhóm đồng vận prostaglandin là thuốc điều trị đầu tay: travoprost 0.004% (Travatan 0.004%) 1 giọt x 1 lần/ngày, tafluprost 0.0015% (Taflotan 0.0015%) 1 giọt x 1 lần/ngày, bimatoprost 0.03% (Lumigan 0.03% và Lumigan 0.01%) 1 giọt x 1 lần/ngày (nếu không có chống chỉ định).
 - + Chẹn beta: Timolol 0.5% (Timolol Maleate Eye Drops 0.5%) 1 giọt x 2 lần/ngày (nếu không có chống chỉ định).
 - + Nhóm đồng vận Alpha-2: Brimonidine tartrate 0,15% (Alphagan P 0.15%) 1 giọt x 2 – 3 lần/ngày (nếu không có chống chỉ định).
 - + Thuốc ức chế men carbonic anhydrase: Brinzolamide 1% (Azopt 1%) 1 giọt x 2 – 4 lần/ngày. Acetazolamide 250mg uống 4 viên/ngày, 2-4 lần/ngày
- Nếu nhãn áp không hạ tới mức cần thiết cần thử một loại thuốc khác hoặc chuyển sang loại khác cùng nhóm.
- Phối hợp nhiều loại thuốc khi nhãn áp không hạ tới mức mong muốn, có thể sử dụng các hợp chất có nồng độ cố định như:
 - + Chẹn beta phối hợp đồng vận prostaglandin: travoprost 0.004% phối hợp timolol 0.5% (Duotrav) 1 giọt x 1 lần/ngày; bimatoprost 0.3% phối hợp timolol 0.5% (Ganfort) 1 giọt x 1 lần/ngày; tafluprost 0.0015% phối hợp

timolol 0.5% (Taptiqom) 1 giọt x 1 lần/ngày.

- + Chẹn beta phối hợp đồng vận alpha-2: brimonidine tartrate 0.15% phối hợp timolol 0.5% (Combigan) 1 giọt x 2 lần/ngày.
- + Chẹn beta phối hợp ức chế men carbonic anhydrase: brinzolamide 1% phối hợp timolol 0.5% (Azarga) 1 giọt x 2 lần/ngày

8.2. Laser

- Laser tạo hình vùng bề (SLT) có thể hiệu quả hơn so với glaucoma góc mở nguyên phát, nhãn áp giảm trung bình 30% sau SLT.

8.3. Phẫu thuật

- Phẫu thuật cắt bề củng mạc có tỉ lệ thành công tương đương glaucoma góc mở nguyên phát.

9. Theo dõi

- 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.
- Tái khám sau mổ:
 - Khi nằm viện: khám mỗi ngày
 - Sau xuất viện: tái khám sau 1 tuần, 1 tháng, 3-6 tháng tùy tình trạng mắt
- Theo dõi ngoại trú, lịch tái khám tùy theo tiến triển của bệnh.
- Kiểm tra khi tái khám: Dựa trên các dữ liệu đã được ghi nhận trong lần thăm khám đầu tiên để so sánh với các lần thăm khám sau, từ đó có thể xác định Glôcôm và sự tiến triển của bệnh
 - Đo thị lực, nhãn áp
 - Tình trạng khúc xạ
 - Đánh giá lồi gai, chụp hình màu gai thị
 - Đo thị trường và chụp OCT
 - Siêu âm B khi không thể soi đáy mắt được

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.