

5.22. MÀNG TRƯỚC VỠNG MẠC NGUYÊN PHÁT

1. Đại cương

Màng trước võng mạc (ERM) là 1 cấu trúc chứa tế bào sợi, vô mạch và trong suốt hình thành trên bề mặt võng mạc. Đây là 1 bệnh lý thuộc nhóm các rối loạn mắt phân cách dịch kính - hoàng điểm.

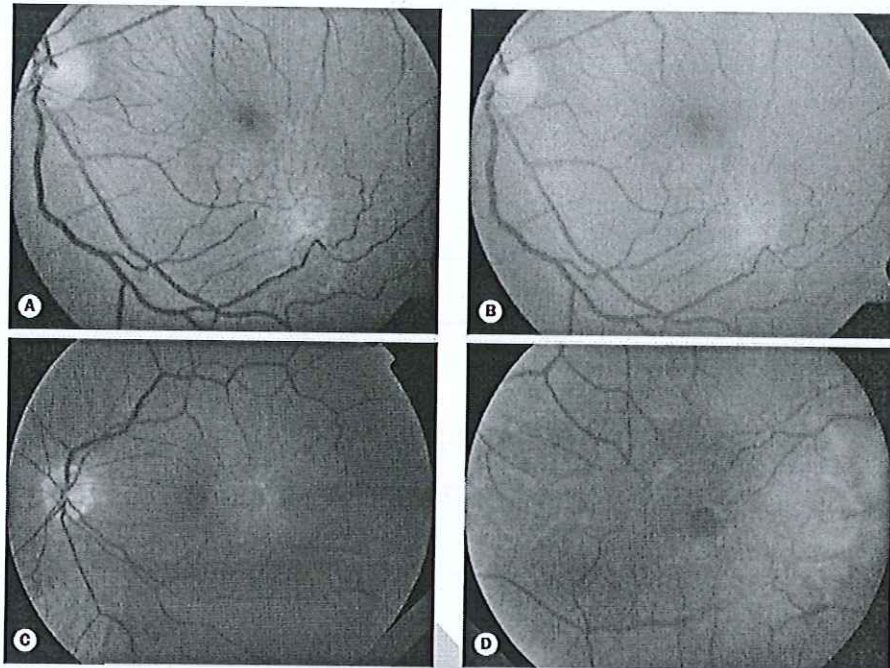
2. Triệu chứng lâm sàng

2.1 Cơ năng:

- Đa số màng trước võng mạc (ERM) nguyên phát giai đoạn sớm không có triệu chứng.
- Giai đoạn tiến triển: nhìn mờ và nhìn hình biến dạng. Nhìn đôi một mắt, nhìn hoa mắt ở trung tâm, nhìn hình to ra hoặc nhỏ đi.

2.2 Thực thể:

- Thị lực giảm: hiếm khi thị lực giảm dưới 1/10. Một khi ERM đã hình thành, thị lực thường ổn định
- ERM được chia thành 3 giai đoạn dựa trên khám lâm sàng:
 - + Giai đoạn 0 (*cellophane maculopathy* – hoàng điểm giấy bóng kính): màng trong suốt, không gây co kéo võng mạc.
 - + Giai đoạn 1 (*crinkled cellophane maculopathy*): màng trong suốt, gây nhăn võng mạc trong, không che lấp mạch máu bên dưới.
 - + Giai đoạn 2 (*macular pucker* – màng xơ hoàng điểm): màng mờ, che lấp các mạch máu bên dưới hoặc co kéo toàn bộ chiều dày võng mạc.
- Một số dấu chứng khác bao gồm:
 - + Chấm xuất huyết ở lớp võng mạc trong, vi phình mạch và dẫn bất thường mao mạch võng mạc
 - + Xuất tiết cứng
 - + Giả lỗ hoàng điểm (macular pseudohole)
 - + Sa hoàng điểm (macular prolapse)
 - + Bong võng mạc dạng dù (tabletop retinal detachment)
 - + Nang hoàng điểm (foveal cysts)



Hình 1. Màng trước võng mạc.

A/ màng giai đoạn 1 dưới đèn lọc ánh sáng đỏ. B/ hình màu đáy mắt của hình (A)
C/ màng giai đoạn 2. D/ màng trước võng mạc kèm giả lỗ hoàng điểm

3. Nguyên nhân

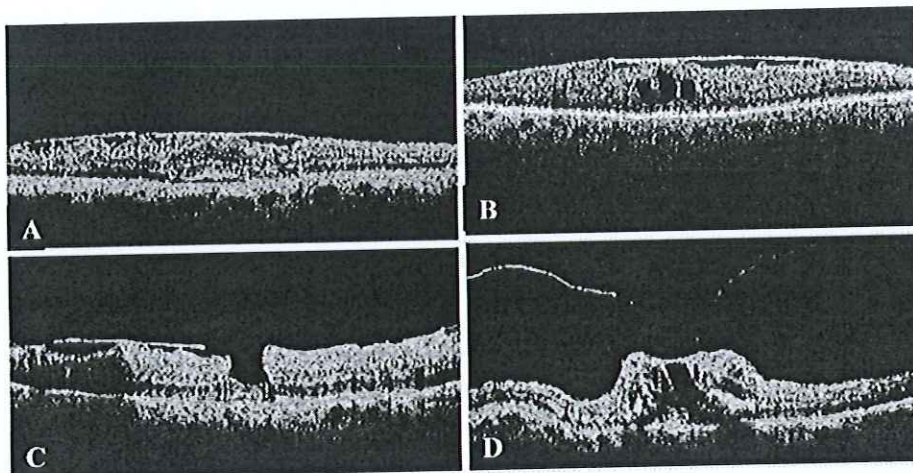
- ERM nguyên phát hay xảy ra ở mắt có co kéo dịch kính hoàng điểm rộng.
- Những chất còn sót lại của PLT trên bề mặt võng mạc (theo sau hiện tượng bong PLT sau) sẽ tăng sinh, tạo ra ERM nguyên phát.
- Thành phần tế bào chủ yếu của ERM nguyên phát là tế bào đệm (glial cells).

4. Chẩn đoán phân biệt

- ERM nguyên phát cần chẩn đoán phân biệt với ERM thứ phát (có nguyên nhân) như ERM sau các bệnh lý mạch máu võng mạc (Tắc tĩnh mạch võng mạc, võng mạc đái tháo đường...), ERM sau viêm màng bồ đào, ERM sau chấn thương, ERM sau phẫu thuật (bong võng mạc...)

5. Cận lâm sàng: Chụp cắt lớp cổ kết quang học (OCT)

- Hình ảnh ERM trên OCT: là dải tín hiệu phản xạ cao, nằm ngay trước võng mạc.
- ERM phân thành 4 dạng dựa trên OCT:
 - + Dạng phù lan tỏa (*diffuse edema*)
 - + Dạng phù hoàng điểm dạng nang (*cystoid macular edema*)
 - + Dạng giả lỗ hoàng điểm/ lỗ dạng lớp (*pseudo/lamellar hole*)
 - + Dạng co kéo dịch kính – hoàng điểm (*vitreomacular traction*)
- Sự gián đoạn liên kết IS/OS (inner segment/ outer segment junction) trên OCT tiên lượng kết quả thị lực kém sau điều trị



Hình 2. Các hình thái màng trước võng mạc nguyên phát trên OCT
A/ dạng lan tỏa, B/ dạng phù hoàng điểm dạng nang,
C/ dạng giả lỗ hoàng điểm, D/ dạng co kéo dịch kính – hoàng điểm

6. Điều trị

6.1 Điều trị ngoại trú:

ERM giai đoạn sớm (giai đoạn 1,2), không gây triệu chứng, thị lực không thay đổi đáng kể. Các trường hợp này có thể tiếp tục theo dõi, điều trị ngoại trú. Một số trường hợp thị lực tự cải thiện do ERM tự tách rời khỏi võng mạc tự phát.

6.2 Điều trị nội trú:

Khi ERM gây giảm thị lực dần dần, phù hoàng điểm, co kéo võng mạc tiến triển trên lâm sàng và OCT, cần cân nhắc phẫu thuật.

6.2.1 Chỉ định phẫu thuật

- Có hình ảnh màng trước võng mạc trên OCT
- BN có triệu chứng (giảm thị lực, biến dạng hình)
- Chú ý: nếu thị lực giảm nhiều, phải xem xét đến bệnh lý khác đi kèm (đục thủy tinh thể, thoái hóa hoàng điểm tuổi già).

6.2.2 Phương pháp phẫu thuật

- Cắt dịch kính
- Bong DK sau, bóc màng trước võng mạc, bóc màng giới hạn trong
- Có thể bơm chất độn nội nhãn trong trường hợp giả lỗ hoàng điểm

7. Chăm sóc hậu phẫu

- Kháng sinh tại chỗ: nhỏ 4-6 lần/ngày trong 7 – 14 ngày. Trong trường hợp cần thiết có thể sử dụng kéo dài hơn tùy theo diễn biến lâm sàng. Dùng một trong các loại sau:

- + Moxifloxacin 0.5%
- + Levofloxacin 0.5%
- + Levofloxacin 1.5%
- + Ofloxacin 0.3%

- + Tobramycin 0,3%
- Kháng viêm tại chỗ: Corticoid dùng trong 2-4 tuần, dùng một trong các loại sau:
 - + Prednisolone acetate 1% nhỏ 4-6 lần/ngày
 - + Dexamethasone 0,1% nhỏ 4-6 lần/ngày
 - + Fluorometholone 0,1% nhỏ 4-6 lần/ngày
 - + Loteprednol etabonate 0,5% nhỏ 4-6 lần/ngày
- Giảm đau toàn thân: paracetamol 10-15mg/kg, uống mỗi 4-6 tiếng

8. Theo dõi

- Tái khám sau phẫu thuật 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng
- Theo dõi: thị lực, nhãn áp, biến dạng hình, các biến chứng, hình ảnh võng mạc qua chụp OCT
- Thị lực sau phẫu thuật thường không cải thiện ngay mà cải thiện dần trong 3-6 tháng. Mức độ cải thiện thị lực phụ thuộc vào nhiều yếu tố như đặc điểm của màng trước phẫu thuật, thời gian bệnh, các bệnh lý về mắt đi kèm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Charles W, Andrew S and David H (2017). “*Ryan’s Retina*”. Elsevier
2. Salmon JF (2020). Kanski's Clinical Ophthalmology: A Systematic Approach. 9th edition. Elsevier.
3. Nika B, Brynn W and Charles C (2016). “*The Wills Eye Manual*”. Wolters Kluwer.

BỆNH VIỆN MẮT TP. HCM