

5.21. LỖ HOÀNG ĐIỂM NGUYÊN PHÁT

1. Đại cương

Lỗ hoàng điểm nguyên phát hình thành là do sự mất đi các tế bào thần kinh vùng hoàng điểm do thoái hóa (giả thuyết trước đây) hoặc do sự dịch chuyển ra khỏi vùng hoàng điểm của các tế bào cảm thụ (giả thuyết hiện nay).

2. Triệu chứng lâm sàng

2.1 Cơ năng:

- Giảm thị lực
- Nhìn hình biến dạng hoặc ám điểm trung tâm
- Tuổi từ 60 – 70, nữ gặp nhiều hơn nam, 10% gặp ở hai mắt

2.2 Thực thể:

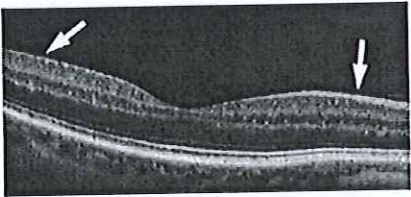
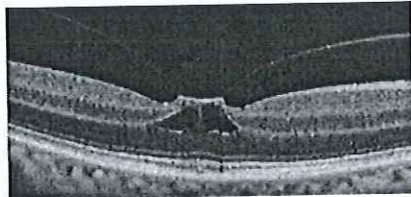
- Soi đáy mắt: đốm tròn đỏ ngay trung tâm hoàng điểm, bao quanh là quầng xám tạo ra do dịch dưới võng mạc

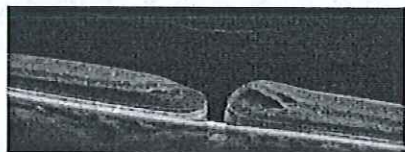
3. Phân loại bệnh lý

a. Phân độ lâm sàng theo Gass (1995)

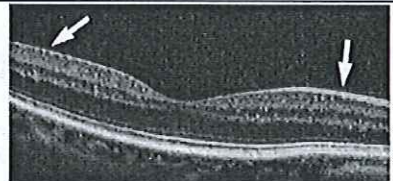
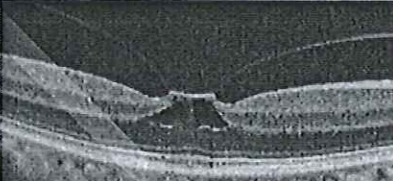
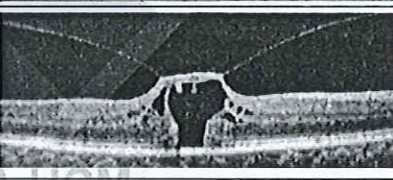
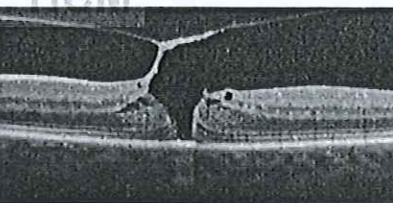
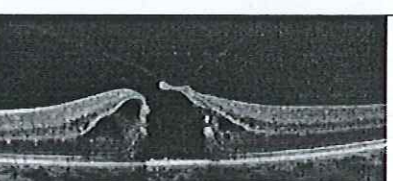
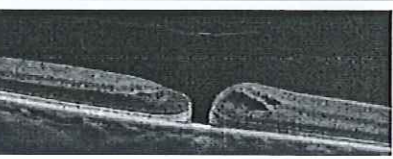
- Độ 1: sắp hình thành lỗ hoàng điểm
- Độ 2: lỗ hoàng điểm thật sự
- Độ 3: lỗ hoàng điểm với dịch trong võng mạc xung quanh nhưng chưa có bong dịch kính sau
- Độ 4: lỗ hoàng điểm với dịch trong võng mạc xung quanh và có bong dịch kính sau

b. Phân loại lỗ hoàng điểm theo International Vitreomacular Traction Classification System (IVTS) 2013

Phân loại theo IVTS				OCT
Dính vùng dịch kính – hoàng điểm (Vitreomacular adhesion)	Kích thước	Khu trú	≤ 1500 μm	
		Rộng	> 1500 μm	
	Đơn độc Kèm bệnh lý hoàng điểm khác			
Co kéo dịch kính – hoàng điểm (Vitreomacular traction)	Kích thước	Khu trú	≤ 1500 μm	
		Rộng	> 1500 μm	
	Đơn độc Kèm bệnh lý hoàng điểm khác			

Lỗ hoàng điểm (full – thickness macular hole)	Kích thước	Nhỏ	< 250 μm	
		Trung bình	> 250 – ≤ 400 μm	
		Lớn	> 400 μm	
	Dịch kính	Có co kéo dịch kính – hoàng điểm Không co kéo dịch kính – hoàng điểm		
	Nguyên nhân	Nguyên phát Thứ phát		

So sánh phân loại Gass (1995) và IVTS (2013)

Phân loại Gass (1995)		Phân loại theo IVTS (2013)	OCT
0		Dính vùng dịch kính – hoàng điểm (Vitreomacular adhesion)	
1A	Lỗ hoàng điểm sắp hình thành	Co kéo dịch kính – hoàng điểm (Vitreomacular traction)	
1B	Lỗ hoàng điểm sắp hình thành	Co kéo dịch kính – hoàng điểm (Vitreomacular traction)	
2	Lỗ hoàng điểm nhỏ (< 250 μm)	Lỗ hoàng điểm nhỏ - trung bình kèm co kéo dịch kính – hoàng điểm	
3	Lỗ hoàng điểm lớn (> 400 μm)	Lỗ hoàng điểm trung bình – lớn kèm co kéo dịch kính – hoàng điểm	
4	Lỗ hoàng điểm kèm bong phôi thể sau	Lỗ hoàng điểm không kèm co kéo dịch kính – hoàng điểm	

4. Nguyên nhân

- Nguyên phát: do co kéo dịch kính – hoàng điểm (VMT: vitreomacular traction)
- Các nguyên nhân khác: lỗ hoàng điểm thứ phát do màng trước võng mạc co kéo, chấn thương, phù hoàng điểm dạng nang. Được đề cập trong phác đồ khác

5. Cận lâm sàng

- Chụp OCT: giúp phân độ, theo dõi diễn tiến, và xác định mức độ co kéo của màng hyaloid sau, đánh giá kết quả phẫu thuật. Hỗ trợ chẩn đoán phân biệt:
 - + Màng trước võng mạc với giả lỗ hoàng điểm (pseudomacular hole)
 - + Lỗ lớp (lamellar hole)
 - + Bệnh lý võng mạc do ánh sáng mặt trời
 - + Nang trong võng mạc: phù hoàng điểm dạng nang mạn tính
- Chụp hình màu đáy mắt không huỳnh quang

6. Chỉ định nhập viện

- Điều trị ngoại trú: Lỗ hoàng điểm độ 1 – 2
- Điều trị nội trú: Khi có chỉ định phẫu thuật

7. Điều trị:**7.1 Điều trị nội khoa**

Lỗ hoàng điểm giai đoạn 1 – 2, thường không gây triệu chứng, 50% tự hồi phục.
Đa số trường hợp lỗ hoàng điểm tự hồi phục thường có kích thước nhỏ

7.2 Điều trị ngoại khoa

- Chỉ định phẫu thuật:
 - + Lỗ hoàng điểm độ 3 – 4
 - + Bệnh nhân có triệu chứng (thị lực giảm, ám điểm trung tâm, nhìn hình biến dạng)
- Phương pháp phẫu thuật: cắt dịch kính + bóc màng giới hạn trong + gas nội nhãn
- Thời điểm phẫu thuật tối ưu trong vòng 6 tháng đầu, tiên lượng cải thiện thị lực tốt hơn

7.3 Chăm sóc hậu phẫu

- Sau khi mổ:
 - + Băng mắt
 - + Uống thuốc giảm đau, có thể dùng kháng viêm steroid
Paracetamol 10 – 15 mg/kg, uống mỗi 4 – 6 giờ, dùng 2-3 ngày sau phẫu thuật
Prednisolon 20 – 40 mg, uống 01 lần, sau ăn no, dùng 5-7 ngày sau phẫu thuật
- Hậu phẫu ngày 1:
 - + Thay băng
 - + Khám hậu phẫu
 - + Thuốc uống: giảm đau, có thể dùng kháng viêm steroid

+ Thuốc nhỏ:

- Rửa mắt: nước muối sinh lý
- Kháng sinh: Sử dụng 1 trong các thuốc thuộc nhóm Nhóm Quinolone như Moxifloxacin 0,5%, Levofloxacin 0,5%, Levofloxacin 1,5%, Ofloxacin 0,3% nhỏ 4 – 6 lần/ngày, nhỏ 7 – 14 ngày. Trong trường hợp cần thiết có thể sử dụng kéo dài hơn tùy theo diễn tiến lâm sàng
- Kháng viêm: Sử dụng 1 trong các thuốc nhóm Steroid hoặc NSAID
 - Prednisolone acetate 1%, Fluorometholone 0,1%, Loteprednol etabonate 0,5% nhỏ 4 – 6 lần/ngày, dùng trong 2 – 4 tuần
 - Bromfenac 0,1%, Nepafenac 0,1%, Indomethacine 0,1%, ketorolac 0,5% nhỏ 2 – 4 lần/ngày, dùng trong 2 – 4 tuần
 - Liều lượng và thời gian dùng cần được điều chỉnh tùy thuộc vào đáp ứng lâm sàng và tình huống cụ thể

7.4 Biến chứng sau phẫu thuật:

- Tăng nhãn áp: điều trị nội khoa hạ áp
- Bong võng mạc: phẫu thuật bong võng mạc
- Lỗ hoàng điểm không đóng: phẫu thuật lần 2 (trao đổi dịch khí – gas, ghép võng mạc)

8 Theo dõi

- Tái khám sau phẫu thuật 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng
- Theo dõi: thị lực, nhãn áp, lỗ hoàng điểm đóng, tình trạng võng mạc
- Thị lực sau phẫu thuật thường không cải thiện ngay mà cải thiện dần nhiều tháng. Mức độ cải thiện thị lực phụ thuộc vào nhiều yếu tố: kích thước lỗ hoàng điểm, thời gian bệnh, bệnh lý hoàng điểm đi kèm
- Bệnh nhân có cận thị nặng cần tái khám ít nhất mỗi 6 tháng tầm soát bong võng mạc cực sau lỗ hoàng điểm. Dẫn dò bệnh nhân tái khám sớm hơn nếu có triệu chứng bong võng mạc (tăng chớp sáng và ruồi bay, bị che một phần thị trường) và theo dõi mắt còn lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Charles W, Andrew S, David H (2018), “*Ryan’s Retina*”, Elsevier.
2. Duker JS. *The international vitreomacular traction study group classification of vitreomacular adhesion, traction, and macular hole*. Ophthalmology 2013; 120(12): 2611-19
3. Gass JD. *Reappraisal of biomicroscopic classification of stages of development of a macular hole*. Am J Ophthalmol 1995; 119(6):752-9
4. Nika B, Brynn W and Charles C (2016). “*The Wills Eye Manual*”. Wolters Kluwer