

5.23. TÂN MẠCH HẮC MẠC DO CẬN THỊ

1. Triệu chứng lâm sàng

1.1 Cơ năng:

- Giai đoạn sớm thường gây giảm thị lực đột ngột và biến dạng hình.
- Giai đoạn muộn có thể gây ám điểm trung tâm và mất thị lực không hồi phục.

1.2 Thực thể:

- Tân mạch hắc mạc do cận thị (mCNV) điển hình ở người trẻ: thường biểu hiện tân mạch hắc mạc dạng cổ điển (CNV classic type) với sang thương có màng xám, giới hạn rõ, phẳng, nhỏ, có thể có bờ tăng sắc tố nếu bệnh mạn tính hoặc tái phát. Xuất huyết võng mạc, nếu có, thường rất ít, và phần lớn không có xuất tiết võng mạc. Bong võng mạc cảm thụ thường thấp, giới hạn và khó phát hiện khi soi đáy mắt.
- mCNV ở người lớn tuổi: thường rầm rộ hơn với xuất huyết và xuất tiết VM
- Ngoài ra có thể gặp các bất thường khác của mắt cận thị bệnh lý như dẫn phình võng mạc cực sau, teo hắc võng mạc, nứt sơn mài (lacquer cracks)

2. Nguyên nhân

- Cận thị

3. Chẩn đoán phân biệt

- Xuất huyết trong võng mạc/ cận thị nặng
- Viêm hắc – võng mạc do Histoplasma
- CNV do thoái hoá hoàng điểm tuổi già: có thể có tân mạch hắc mạc và hình ảnh hoàng điểm tương tự, nhưng thường có drusen và không có đặc điểm của gai thị cận thị.

4. Cận lâm sàng

4.1 Chụp mạch huỳnh quang (FFA): cho thấy sự hiện diện, phân loại, phạm vi và hoạt tính của mCNV, và giúp loại trừ các bệnh khác. Phần lớn mCNV biểu hiện dạng cổ điển trên FFA với tổn thương tăng huỳnh quang, giới hạn rõ thì sớm, dò huỳnh quang ở thì muộn.

4.2 OCT: có độ nhạy gần 97% trong việc phát hiện hoạt tính của mCNV.

- Giai đoạn hoạt tính, mCNV là sang thương nhô cao, dạng vòm, tín hiệu phản xạ cao trên lớp biểu mô sắc tố, với tụ dịch tối thiểu.
- Giai đoạn sẹo, có sự duy trì tín hiệu phản xạ cao trên bề mặt CNV do sự tăng sắc tố và giảm đáng kể tín hiệu phản xạ bên dưới (hiệu ứng bóng lưng – shadowing effect).
- Giai đoạn teo, sang thương CNV phẳng, tăng tín hiệu phản xạ từ hắc mạc do teo hắc võng mạc tỏa lan.

4.3 OCT A: có độ nhạy gần 90.48% và độ đặc hiệu 93.75% trong việc phát hiện mCNV tuy nhiên phương pháp này còn hạn chế trong việc đánh giá hoạt tính của mCNV.

5. Chỉ định nhập viện

- Chỉ định điều trị ngoại trú : Điều trị mCNV hoạt tính
- Chỉ định điều trị nội trú (không)

6. Điều trị

6.1. Nội khoa

- Thuốc kháng VEGF như là thuốc đầu tay điều trị bệnh lý này. Các thuốc anti-VEGF hiện có tại BV Mắt TP.HCM gồm: Ranibizumab (Lucentis) và Bevacizumab (Avastin), Aflibercept (Eylea)

Quy trình tiêm kháng VEGF vào dịch kính cho mCNV:

- + Sau khi chẩn đoán mCNV, bệnh nhân được tiêm 1 đến 3 mũi kháng VEGF (loading dose)
- + Sau đó bệnh nhân được điều trị theo kiểu tiêm khi cần (Pro re nata – PRN): tái khám hàng tháng (đo thị lực chỉnh kính tối đa, chụp OCT- bắt buộc, chụp lại FFA nếu cần) và được chỉ định tiêm tiếp nếu cần (nghiên cứu RADIANCE và REPAIR, MYRROR). Ở mỗi lần tái khám, bệnh nhân được chỉ định tiêm thuốc theo 2 tiêu chuẩn:
 - Tiêu chuẩn ổn định thị lực (không tiêm nếu thị lực chỉnh kính tối đa không thay đổi sau 2 lần tái khám liên tiếp)
 - Hoạt tính của mCNV (tiêm thuốc nếu giảm thị lực liên quan đến dịch trong võng mạc hoặc dịch dưới võng mạc, hoặc các dấu hiệu trên FFA/OCT gợi ý mCNV còn hoạt tính).
- Laser quang đông: trường hợp mCNV kích thước nhỏ, nằm ngoài hoàng điểm

6.2 Phẫu thuật (không)

7. Theo dõi

Nếu mCNV ổn định và không cần tiêm thuốc trong hai lần khám liên tiếp, bệnh nhân có thể được tái khám sau mỗi 3 tháng. Tỷ lệ bệnh tái phát sau 18 tháng là 33.6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nika B., and Brynn NW., 2017. *The Wills Eye Manual*. Wolters Kluwer
2. Cheung CM et al. *Ophthalmology*. 2017;124(11):1690-1711
3. Jain M, Narayanan R, Jana P, Mohamed A, Raman R, Verkicharla P, Padhy SK, Das AV, Chhablani J. Incidence, predictors and re-treatment outcomes of recurrent myopic choroidal neo-vascularization. *PLoS One*. 2022 Jul 21;17(7):e0271342