

6.15. U GIẢ VIÊM HỐC MẮT

1. Triệu chứng lâm sàng

1.1. Cơ năng

- Diễn tiến có thể cấp tính, tái phát hoặc mạn tính. Khởi phát đau cấp là đặc trưng của u giả viêm hốc mắt nhưng chỉ xuất hiện ở 65% bệnh nhân.
- Đỏ mắt, đau quanh mắt hoặc đau hậu cầu gia tăng khi liếc mắt, mi mắt sưng phù, có hoặc không có song thị, nhìn mờ.
- Trẻ em thường có dấu hiệu tiền triệu (sốt, đau đầu, ói, đau bụng) và bệnh thường ở hai mắt, nhưng ở người lớn thì cả hai tính chất này đều không điển hình.

1.2. Thực thể

- Liên quan hốc mắt trước: phù mí và sụp mí; tuyến lệ sưng nề, có thể sờ đau, mi trên biến dạng hình chữ S (trong u giả viêm tuyến lệ).
- Liên quan nhãn cầu: lồi mắt và hoặc giới hạn vận nhãn, kết mạc cương tụ, phù, viêm màng bồ đào, viêm gai thị, bong võng mạc xuất tiết.
- Hình ảnh học cho thấy cấu trúc ở mắt bị ảnh hưởng nhiều mức độ:
 - + Cơ vận nhãn phì đại trong trường hợp viêm cơ; có thể viêm bao Tenon. Cùng mạc, bao Tenon, mỡ hốc mắt, tuyến lệ cũng có thể bị ảnh hưởng.
 - + Dày hắc cùng mạc trên CT scan/ MRI và gia tăng khoảng dưới Tenon trên siêu âm do viêm cùng mạc.
- Lưu ý: U giả viêm 2 mắt ở người lớn có thể xảy ra, trường hợp này cần đánh giá cẩn thận để loại trừ những nguyên nhân toàn thân (sarcoidosis, lymphoma, ung thư di căn).

2. Phân độ/phân loại bệnh lý

- U giả viêm trước: liên quan hốc mắt trước và nhãn cầu.
- U giả viêm thể tuyến lệ.
- U giả viêm thể cơ.
- U giả viêm thể đỉnh (tên gọi khác: hội chứng Tolosa Hunt): viêm khu trú tại đỉnh hốc, có xu hướng dẫn đến bệnh lý thị thần kinh.
- U giả viêm toàn bộ.

3. Nguyên nhân

- Hiện nay, nguyên nhân và bệnh học của u giả viêm hốc mắt còn chưa được biết rõ.

4. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm mô tế bào hốc mắt và/hoặc áp xe hốc mắt.
- Bệnh nhãn giáp.
- Lymphoma hốc mắt.

- Ung thư (carcinoma, sarcoma...) di căn.
- Dị dạng mạch máu, bao gồm dò động mạch cảnh xoang hoang.
- Bệnh cảnh viêm hốc mắt không nhiễm trùng khác: sarcoidosis, u hạt Wegener, viêm hốc mắt liên quan IgG4, viêm khớp dạng thấp, lupus ban đỏ hệ thống,...
- U sản nhái hốc mắt.

5. Cận lâm sàng

- Xét nghiệm để chẩn đoán xác định:
 - + Tổng phân tích tế bào máu: bạch cầu không cao.
 - + VS: tăng cao không đáng kể.
 - + Siêu âm B: mỡ hốc mắt phù lan toả hay khu trú, vùng bị ảnh hưởng có hình ảnh lốm đốm không đồng nhất, giới hạn không rõ. Khoảng giữa bao Tenon và thành nhãn cầu phía sau giãn rộng ra bởi phù. Các cơ vận nhãn bị phì đại (một hoặc nhiều cơ) gồm thân cơ lẫn gốc cơ. Dấu hiệu viêm có thể lan dọc thần kinh thị hiện rõ về phía sau như trong viêm thần kinh thị hậu cầu.
 - + CT scan hốc mắt có cản quang hoặc MRI hốc mắt có cản quang: cho thấy dấu hiệu dày cứng mạc sau ("ring sign" 360 độ), có thể kèm dày cơ vận nhãn (thân cơ lẫn gốc cơ), Hình ảnh trên MRI thể hiện thêm tình trạng thâm nhiễm mỡ hốc mắt, phì đại tuyến lệ, tăng quang dọc thần kinh thị (hình ảnh viêm bao thần kinh thị).
- Xét nghiệm bổ sung để chẩn đoán phân biệt:
 - + CT scan hốc mắt có cản quang giúp chẩn đoán phân biệt với u ác xâm lấn hoặc di căn có tổn thương xương (u giả viêm hiếm gây biến đổi ở xương).
 - + Xét nghiệm ACE, CT scan ngực khi nghi ngờ sarcoidosis.
 - + Xét nghiệm FT3, FT4, TSH, TrAb khi nghi ngờ nhãn giáp.
 - + Xét nghiệm ANA khi nghi ngờ lupus ban đỏ hệ thống.
 - + Xét nghiệm ANCA khi nghi ngờ u hạt Wegener.
- Xét nghiệm trước khi điều trị corticoid liều cao: khám nội, điện tâm đồ, đường huyết/ HbA1c, XQ tim phổi.
- Nếu có thể, nên làm sinh thiết mô hốc mắt trước khi bắt đầu liệu pháp corticoid (vì corticoid sau khi dùng có thể che dấu chẩn đoán chính xác). Tổn thương tuyến lệ đi kèm do u giả viêm thường gặp và tương đối dễ tiếp cận trong phẫu thuật, nên cân nhắc sinh thiết trong mọi trường hợp nghi có viêm tuyến lệ. Tuy nhiên, trong các trường hợp bệnh điển hình, nên tránh sinh thiết ở các cấu trúc khác như cơ vận nhãn, đỉnh hốc mắt; sinh thiết trong các trường hợp bệnh không đặc trưng hoặc tái phát. Luôn nghĩ tới di căn ở những bệnh nhân có tiền căn ung thư.

6. Chỉ định nhập viện

6.1. Chỉ định điều trị ngoại trú

- Khi điều trị thuốc uống và theo dõi: các trường hợp nhẹ (u giả viêm trước) không gây đe dọa thị lực.

6.2. Chỉ định điều trị nội trú

- Khi có chỉ định truyền corticoid: các trường hợp nặng (u giả viêm thể còn lại).

7. Điều trị

Có 3 phương pháp chính: corticoid liều cao, xạ trị và thuốc ức chế miễn dịch.

7.1. Corticoid liều cao

- Bệnh nhân được tư vấn tác dụng phụ tiềm ẩn của thuốc.
- Liều truyền: Methylprednisolone 0.04g (Pdsolone hoặc Solumedrol 0.04g) tiêm tĩnh mạch chậm ngày 1 lần, lần 2 ống, trong vòng 5 – 7 ngày. Sau đó chuyển sang corticoid liều uống.
- Liều uống: Khởi đầu bằng Prednisone 1 – 1.2 mg/kg/ ngày.
- Đánh giá lại sau 1 – 2 ngày. Bệnh nhân đáp ứng với corticoid sẽ được duy trì liều khởi đầu trong 3 – 5 ngày, sau đó giảm liều còn 40 mg/ngày trong 1 – 2 tuần, cứ mỗi 1 – 2 tuần thì giảm 10% liều trước đó cho tới khi dưới 20mg/ ngày. Liều tối thiểu có thể duy trì trong vài tuần.
- Thuốc phòng ngừa loét dạ dày kèm theo khi dùng corticoid: Esomeprazole (Stadnex) hoặc Omeprazole (Omeptul) 0.02g uống ngày 2 lần, lần 1 viên hoặc Pantoprazole (Pantoprazol) 0.04g uống ngày 1 lần.
- Thuốc bổ sung canxi/ vitamin D: Calsid 1250 uống ngày 2 lần, lần 1 viên.

7.2. Xạ trị

- Xạ trị liều thấp có thể bắt đầu với những trường hợp không đáp ứng với liệu pháp corticoid, tái phát khi đang giảm liều hoặc ở trường hợp chống chỉ định sử dụng corticoid hay bệnh nhân từ chối dùng corticoid. Xạ trị chỉ được đặt ra khi hốc mắt đã được sinh thiết để loại trừ những nguyên nhân khác.

7.3. Thuốc ức chế miễn dịch

- Thuốc ức chế miễn dịch có thể bắt đầu với những trường hợp không đáp ứng với liệu pháp corticoid, tái phát khi đang giảm liều hoặc ở trường hợp chống chỉ định sử dụng corticoid hay bệnh nhân từ chối dùng corticoid.
- Có 3 loại thông dụng: Azathioprine, Cyclosporine, Cyclophosphamide:
 - + Azathioprine uống liều 1-3 mg/kg/ngày. Liều cần thiết điều chỉnh dựa trên đáp ứng lâm sàng và tác dụng phụ.
 - + Cyclosporine uống liều 3-5 mg/kg/ngày chia làm 2 liều cách 12 giờ.
 - + Cyclophosphamide uống liều 1-3 mg/kg/ngày.

8. Theo dõi

- Tác dụng phụ của corticoid: tình trạng tiêu hóa (loét dạ dày tá tràng, xuất huyết đường tiêu hóa..), cân nặng, huyết áp, đường huyết, điện giải,...
- Sinh hiệu, tổng phân tích tế bào máu, chức năng gan, thận cần được theo dõi chặt chẽ khi điều trị bằng thuốc ức chế miễn dịch.
- Dấu hiệu tái phát của bệnh: sưng, đau, lồi mắt, song thị, nhìn mờ...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. The Will's Eye Manual 8th, 2022, page 431-435.
2. AAO Oculofacial Plastic and Orbital Surgery 2020-2021, page 67-70.
3. GS.TS. Lê Minh Thông, Bệnh học Thần kinh Nhãn khoa, 2013, trang 221-223, 241-249.

