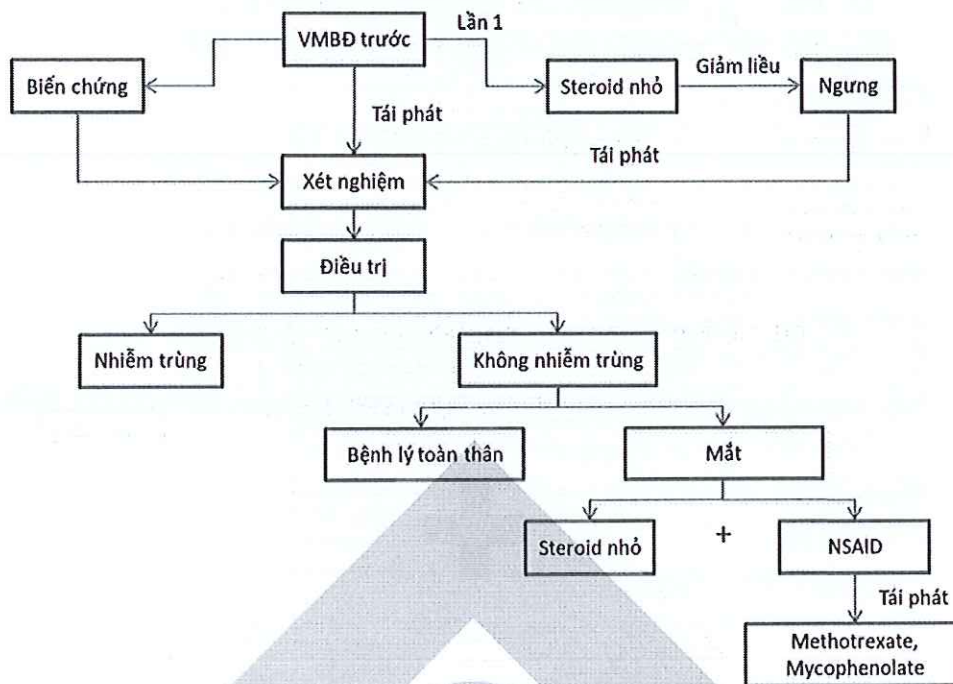
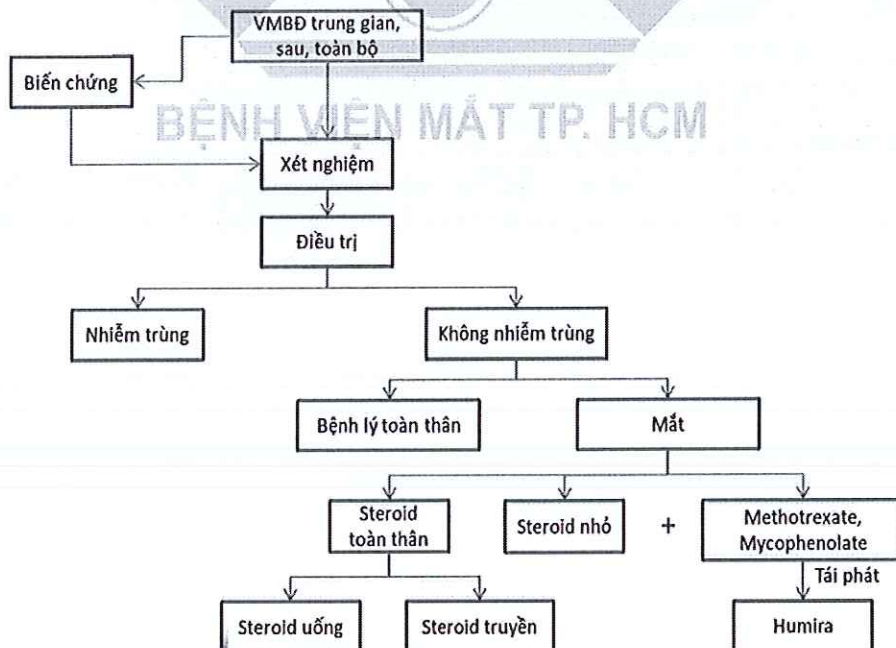


7.11. VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO TRẺ EM

Sơ đồ tiếp cận VMBĐ trước



Sơ đồ tiếp cận VMBĐ trung gian, sau, toàn bộ



1. Triệu chứng lâm sàng

1.1. Cơ năng

- Viêm màng bồ đào trước: mắt đau, đỏ, có thể nhìn mờ
- Viêm màng bồ đào trung gian: ruồi bay, giảm thị lực, thường xuất hiện ở hai mắt
- Viêm màng bồ đào sau: nhìn mờ, cảm giác ruồi bay

1.2. Thực thể

1.2.1. Viêm màng bồ đào trước

- Mắt cương tụ rìa.
- Giảm thị lực
- Phản ứng tiền phòng: cell, flare hoặc mủ tiền phòng
- Tủa nhỏ sau giác mạc và fibrin rải rác trên nội mô giác mạc
- Nốt mống mắt: Koeppe, Busacca, hoặc teo mống
- Dính bờ đồng tử vào mặt trước thủy tinh thể
- Biến chứng giác mạc dải băng, phù hoàng điểm dạng nang, đục thủy tinh thể, glaucoma

1.2.2. Viêm màng bồ đào trung gian

- Tế bào trong dịch kính, tập trung ở PLT dưới (snowballs), xuất tiết trắng ở vùng ora serrata và pars plana phía dưới (snowbank), bệnh nhân trẻ có thể có xuất huyết dịch kính, viêm mạch ngoại biên, phản ứng tiền phòng nhẹ, đục thủy tinh thể dưới bao sau, glaucoma thứ phát, bong võng mạc xuất tiết.

1.2.3. Viêm màng bồ đào sau

- Trong VMBĐ sau và toàn bộ: Tế bào trong dịch kính, đục PLT, tổn thương trên võng mạc và hắc mạc, viêm mạch võng mạc (viêm mạch máu và xuất tiết quanh mạch máu)
- Các triệu chứng khác: phù hoàng điểm dạng nang, tân mạch võng mạc, màng trước võng mạc

2. Phân độ/phân loại bệnh lý

- Viêm màng bồ đào trước
- Viêm màng bồ đào trung gian
- Viêm màng bồ đào sau
- Viêm màng bồ đào toàn bộ

3. Nguyên nhân

3.1 VMBĐ trước

- Không do nhiễm trùng
 - + Viêm khớp thiếu niên tự phát
 - + Bệnh lý cột sống huyết thanh âm tính
 - + Bệnh viêm ruột

- + Viêm thận kẽ ống thận và viêm màng bồ đào
- + Bệnh lý khác: bệnh Kawasaki, bệnh Behçet...
- Do nhiễm trùng: Herpesviruses (herpes simplex virus, cytomegalovirus, and varicella- zoster virus). Bệnh lý khác: Rubella, Bartonella, lao, giang mai...

3.2 VMBĐ trung gian

- Do nhiễm trùng
 - + Lao
 - + Bệnh Lyme
- Không do nhiễm trùng
 - + Viêm pars plana
 - + Bệnh đa xơ cứng rải rác
 - + Bệnh Sarcoidosis tại mắt

3.3 VMBĐ sau và toàn bộ

- Do nhiễm trùng
 - + Toxoplasmosis
 - + Toxocariasis
- Không do nhiễm trùng
 - + Bệnh Behçet
 - + Hội chứng Vogt- Koyanagi- Harada
 - + Bệnh Sarcoidosis
 - + Hội chứng Blau
- Bệnh lý khác: Bartonella, giang mai, lao, HTLV-1, TORCH, Zika virus,...

4. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm kết mạc cấp (không có tua sau giác mạc, thị lực không giảm, phản xạ đồng tử bình thường ...)
- Viêm loét giác mạc (có ổ loét giác mạc, có thể có mủ tiền phòng)
- Viêm mủ nội nhãn (đau nhức dữ dội, có mủ trong dịch kính)
- Một số bệnh có thể kèm với viêm MBD như: u nội nhãn ; u hắc tố; bệnh bạch cầu

5. Cận lâm sàng

- Không cần xét nghiệm nếu VMBĐ trước cấp ở 1 mắt, lần đầu, dạng không u hạt. Xét nghiệm đặt ra nếu VMBĐ trước cấp ở 2 mắt, mãn tính, tái phát nhiều lần, dạng u hạt.
- Cần thực hiện xét nghiệm ở tất cả các ca VMBĐ trung gian, sau và toàn bộ.
 - + XN máu tổng quát: CTM, TPTNT, chức năng gan thận, ion đồ.
 - + XN máu tìm nguyên nhân: HSV, VZV, CMV IgM IgG, HLA B27, ACE, Lysozym, VDRL, FTA-ABS, Quantiferon TB. Tùy bệnh cảnh: HIV, đếm

CD4, ANA, ANCA, HLA-A29, toxoplasmosis, toxocariasis IgM IgG, β 2-microglobulin niệu...

- + XN hình ảnh: OCT, siêu âm B, FA, X quang phổi, MRI (ngghi ngờ MS)
- + XN PCR dịch tiền phòng, dịch PLT:
 - PCR: HSV, VZV, CMV, Toxoplasmosis, lao, nấm.
 - Soi tươi, nuôi cấy, KSD, tế bào học.

6. Chỉ định nhập viện

6.1. Chỉ định điều trị ngoại trú: hầu hết các trường hợp

6.2. Chỉ định điều trị nội trú

- Hoại tử võng mạc cấp, VMBĐ toàn bộ do nhiễm trùng, VMBĐ toàn bộ đáp ứng kém corticosteroids
- Hội chứng Vogt – Koyanagi – Harada
- Nhãn viêm giao cảm

7. Điều trị

7.1 VMBĐ trước

7.1.1 Đợt cấp

- Liệt thể mi: scopolamine 0,25% 2 lần/ngày đối với viêm nhẹ và trung bình, Atropine 1% 2 lần/ngày nếu viêm nặng. Ngưng nếu VMBĐ không hoạt động (cell TP = 0).
- Kháng viêm steroid: Tại chỗ: thuốc nhỏ prednisolone acetate 1% (Predforte 1%)
 - + Mức độ nhẹ: 4-6 lần/ngày
 - + Mức độ trung bình: 10 lần/ngày
 - + Mức độ nặng:
 - 20 lần/ngày trong 3 ngày sau đó 10 lần/ngày trong 3 ngày
 - 8 lần/ngày trong 7 ngày sau đó 6 lần/ngày trong 7 ngày
 - 4 lần/ngày trong 2 tuần sau đó giảm 3, 2, 1 lần/ngày mỗi 2 tuần
 - 3 lần/tuần trong 2 tuần sau đó giảm 2, 1 lần/tuần mỗi 2 tuần
- Điều trị nguyên nhân: nếu biết.
- Điều trị phối hợp các chuyên khoa khi có bệnh lý toàn thân đi kèm.

7.1.2 Tái phát

- Trong các trường hợp VMBĐ trước tái phát khi giảm liều cần: loại trừ nhiễm trùng, kiểm tra sự tuân thủ thuốc của bệnh nhân hoặc do giảm liều quá nhanh.
- Điều trị VMBĐ trước mãn tính, tái phát, không do nhiễm trùng khởi đầu với IMT trong đó MTX là lựa chọn đầu tay. Các loại thuốc uống NSAID ít có tác dụng.
 - + Methotrexate: Có dạng thuốc viên, thuốc nước, tiêm dưới da. Liều. Trẻ em 10–15 mg/m²/tuần hoặc 0.3–0.6 mg/kg/tuần. Dạng uống có viên 2.5

- mg/viên. Có thể khởi đầu ở liều 15 mg/tuần và điều chỉnh dựa trên mức độ viêm và tác dụng phụ. Có thể tăng hoặc giảm 2.5 mg mỗi bậc. Uống ngày thứ 6 trong tuần có thể uống 1 lần hoặc chia sáng chiều. Uống kèm Acid folic 5mg mỗi ngày trừ thứ 6 và thứ 7. Tác dụng phụ methotrexate là một mối, lưu ý không được có thai hay có con khi sử dụng thuốc
- + Mycophenolate mofetil: Liều: 600 mg/m² uống 2 lần/ngày.
 - + Các xét nghiệm cần trước khi sử dụng: VDRL, FTA-ABS, Quantiferon TB, HbsAg, anti HCV, CTM, UA, chức năng gan, thận, beta HCG, X quang phổi. Theo dõi CTM, chức năng gan, thận, ion đồ mỗi 2 tháng.
 - Rất ít trường hợp VMBĐ trước cần sử dụng chế phẩm sinh học như adalimumab hoặc infliximab

7.2 VMBĐ trung gian

- Nguyên tắc: chỉ điều trị khi bệnh nhân có triệu chứng và biến chứng đe dọa thị lực. Nếu chỉ có tế bào trong pha lê thể mà bệnh nhân không có triệu chứng hoặc không có giảm thị lực thì có thể theo dõi
- Chống viêm bằng Corticosteroids
 - + Thuốc nhỏ Steroid tại chỗ: Prednisolone acetate 1% mỗi 1-2 giờ
 - + Chích cạnh nhãn cầu hay dưới bao tenon: 0.5ml triamcinolone 40mg/ml, có thể lặp lại sau 6 đến 8 tuần đến khi thị lực và phù hoàng điểm không cải thiện thêm.
- Nếu sau điều trị tại chỗ và chích cạnh nhãn cầu không đáp ứng điều trị có thể sử dụng đường toàn thân: methylprednisolone hoặc prednisone liều từ 0,5-1mg/kg/ngày và giảm liều tùy theo đáp ứng trên lâm sàng.
- Áp lạnh vùng snowbank nếu bệnh nhân không đáp ứng với điều trị trên hoặc có tân mạch võng mạc
- Phẫu thuật cắt dịch kính qua Pars plana có thể hữu ích trong các trường hợp kháng trị với steroid toàn thân hoặc để điều trị đục thủy tinh thể, bong võng mạc do co kéo, ERM và các biến chứng khác. Ngoài ra, sinh thiết dịch kính thông qua phẫu thuật cắt dịch kính pars plana có thể được chỉ định trong các trường hợp nghi ngờ có hội chứng Masquerada, đặc biệt là u lympho nội nhãn.
- Nhỏ thuốc hạ nhãn áp khi có dấu hiệu tăng nhãn áp

7.3 VMBĐ sau và toàn bộ

7.3.1 Đợt cấp

- Có thể khởi đầu điều trị với thuốc nhỏ nếu có VMBĐ trước đi kèm (như trên).
- Kháng viêm steroid: Dùng toàn thân thường cho sau khi đã có xét nghiệm loại trừ nhiễm trùng (sau 3-4 ngày)
 - + Uống methylprednisolone 0.8-1.6 mg/kg/ngày hoặc prednisone 1-2 mg/kg/ngày.

- + Liều tối đa 3-4 viên methylprednisolone 0.016g/ngày (60-80 mg prednisone)
- + Giảm liều:
 - Nếu liều >2 viên methylprednisolone 0.016g (> 40 mg prednisone), giảm 0.5 viên methylprednisolone 0.016g (10 mg prednisone /ngày) mỗi tuần
 - Nếu liều từ 2-1 viên methylprednisolone 0.016g (40-20 mg prednisone), giảm 0.5 viên methylprednisolone 0.016g (10 mg prednisone /ngày) mỗi 1-2 tuần
 - Nếu liều từ 4-2 viên methylprednisolone 0.004g (20-10 mg prednisone), giảm 1 viên methylprednisolone 0.004g (5 mg prednisone /ngày) mỗi 1-2 tuần
 - Nếu liều từ 2 viên methylprednisolone 0.004g (10 mg prednisone), giảm 0.5 viên methylprednisolone 0.004g (2.5 mg prednisone /ngày) mỗi 1-2 tuần
- + Truyền tĩnh mạch methylprednisolone 20–30 mg/kg/ngày trong 3 ngày trong thi tán công hoặc các bệnh lý đe dọa thị lực. Sau truyền tiếp tục thuốc uống.
- Điều trị tác nhân do nhiễm trùng theo phác đồ: nếu biết
- Không do nhiễm trùng: khởi đầu thuốc ức chế miễn dịch kết hợp với kháng viêm steroid toàn thân
 - + Methotrexate: Có dạng thuốc viên, thuốc nước, tiêm dưới da. Liều. Trẻ em 10–15 mg/m²/tuần hoặc 0.3–0.6 mg/kg/tuần. Dạng uống có viên 2.5 mg/viên. Có thể khởi đầu ở liều 15 mg/tuần và điều chỉnh dựa trên mức độ viêm và tác dụng phụ. Có thể tăng hoặc giảm 2.5 mg mỗi bậc. Uống ngày thứ 6 trong tuần có thể uống 1 lần hoặc chia sáng chiều. Uống kèm Acid folic 5mg mỗi ngày trừ thứ 6 và thứ 7. Tác dụng phụ methotrexate là mệt mỏi, lưu ý không được có thai hay có con khi sử dụng thuốc
 - + Mycophenolate mofetil: Liều: 600 mg/m² uống 2 lần/ngày.
 - + Các xét nghiệm cần trước khi sử dụng: VDRL, FTA-ABS, Quantiferon TB, HbsAg, anti HCV, CTM, UA, chức năng gan, thận, beta HCG, x quang phổi. Theo dõi CTM, chức năng gan, thận, ion đồ mỗi 2 tháng.

7.3.2 Tái phát

- Trong các trường hợp tái phát khi giảm liều cần: loại trừ nhiễm trùng, kiểm tra sự tuân thủ thuốc của bệnh nhân và giảm liều quá nhanh.
- Nếu tái phát nâng bậc điều trị với chế phẩm sinh học như adalimumab hoặc infliximab

- + Adalimumab: được chích dưới da với liều nạp 80 mg trong tuần đầu sau đó 40 mg mỗi 2 tuần ở người lớn (>30kg) hoặc 20 mg ở trẻ em (<30kg). Liều chích có thể được rút ngắn mỗi tuần hoặc kéo dài 3 tuần tùy theo đáp ứng.
- + Infliximab: được truyền tĩnh mạch liều 5-20 mg/kg. Có thể truyền phối hợp với methylprednisolone. Liều có thể giảm và khoảng cách truyền có thể giãn cách tùy theo đáp ứng.
- + Các xét nghiệm cần trước khi sử dụng: VDRL, FTA-ABS, Quantiferon TB, HbsAg, anti HCV, CTM, UA, chức năng gan, thận, beta HCG, X quang phổi

7.4 Biến chứng

- GM dài băng: có thể loại bỏ bởi hợp chất EDTA hoặc sử dụng Excimer laser PTK
- CME: khởi đầu điều trị với thuốc nhỏ NSAID kết hợp thuốc nhỏ Corticosteroids. Nếu thất bại có thể sử dụng thuốc nhỏ Interferon hoặc uống carbonic anhydrase inhibitors. Có thể sử dụng Corticosteroids toàn thân hoặc nội nhãn kết hợp với thuốc chế phẩm sinh học (infliximab, Adalimumab hoặc tocilizumab).
- Glaucoma: lưu ý chọc tiền phòng làm PCR tìm HSV, HZV, và CMV. Điều trị nội khoa với đầu tay với thuốc giảm tiết thủy dịch, hạn chế thuốc prostaglandin khi VMBĐ đang hoạt động. Nếu thất bại điều trị ngoại khoa
- Đục TTT: chỉ định phẫu thuật khi:
 - + TTT là nguyên nhân gây viêm
 - + Ảnh hưởng thị lực của bệnh nhân trên mắt hết viêm tiền lượng tốt
 - + Ảnh hưởng đến khám bán phần sau
 - + Ảnh hưởng đến phẫu thuật bán phần sau
 - + VMBĐ tái phát là nguyên nhân thường gặp nhất sau phẫu thuật đục TTT.Do đó cần chuẩn bị BN trước mổ:
 - Thuốc nhỏ prednisolone acetate nhỏ 1 giờ 1 lần 1 tuần trước mổ
 - Thuốc uống Prednisone 1mg/kg/ngày 1 tuần trước mổ
 - Truyền tĩnh mạch methylprednisolone 20-30 mg/kg 30 phút trước khi phẫu thuật.

8. Theo dõi

- Thị lực, nhãn áp.
- Phản ứng tiền phòng.
- Dịch kính.
- Vỡ mạc, gai thị: chụp OCT bán phần sau kiểm tra khi nghi ngờ phù hoàng điểm.

- Thở thủy tinh, giác mạc.

8.1 VMBĐ trước

- + Trong giai đoạn cấp: mỗi 1-7 ngày tùy theo mức độ nặng, mỗi 1-6 tháng trong giai đoạn ổn định
- + Mỗi lần khám cần đánh giá tiền phòng và đo nhãn áp
- + Cần khám dịch kính- võng mạc mỗi khi phản ứng viêm tăng lên, khi thị lực giảm, hoặc mỗi 3-6 tháng

8.2 VMBĐ trung gian

- + Giai đoạn cấp: mỗi 1-4 tuần tùy theo mức độ nặng
- + Giai đoạn mạn tính: mỗi 3- 6 tháng

8.3 VMBĐ sau

- + Giai đoạn cấp: mỗi 1-4 tuần tùy độ theo mức nặng
- + Giai đoạn mạn tính: mỗi 3- 6 tháng. Theo dõi phát hiện tân mạch: tế bào ở dịch kính sau, dịch kính mờ đục, tổn thương viêm của võng mạc hoặc hắc mạc, viêm mạch máu võng mạc, tân mạch võng mạc, phù hoàng điểm dạng nang, màng trước võng mạc, màng tân mạch hắc mạc

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Diagnosis and treatment of uveitis, 2nd edition, 2013, Jaypee Brothers Medical Publishers
2. Williams Harley's Pediatric Ophthalmology, Sixth Edition, 2015. Lippincott & Wilkins.
3. Pediatric Ophthalmology and Strabismus, 2017. Fourth edition, Elsevier Limited.
4. The Wills Eye Manual. Office and Emergency Room Diagnosis and Treatment of Eye Disease. Seventh Edition. 2017
5. https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2021/125057s4171bl.pdf. HUMIRA® (adalimumab) injection, for subcutaneous use.
6. American Academy of Ophthalmology, 2022-2023 BCSC, section 9. Uveitis and Ocular inflammation
7. Doycheva D, Deuter C, Stuebiger N, Biester S, Zierhut M. Mycophenolate mofetil in the treatment of uveitis in children. Br J Ophthalmol. 2007 Feb;91(2):180-4.
8. Sood AB, Angeles-Han ST. An Update on Treatment of Pediatric Chronic Non-Infectious Uveitis. Curr Treatm Opt Rheumatol. 2017 Mar;3(1):1-16.
9. Chaulk AL, Miller C, Barke M, Goldberg B, Goldberg A. Systemic Immunosuppression for the Treatment of Pediatric Uveitis. Int Ophthalmol Clin. 2022 Jan 1;62(1):155-175.