

LOÉT GIÁC MẠC DO HỞ MI TRÊN BỆNH NHÂN LỖI MẮT ÁC TÍNH GRAVES BASEDOW THÔNG BÁO MỘT TRƯỜNG HỢP VÀ HỒI CỨU Y VẤN

NGUYỄN HỮU QUỐC NGUYÊN

TÓM TẮT

Mục tiêu: Loét giác mạc do hở mi do lỗi mắt ác tính có tỷ lệ mắc bệnh thấp. Chúng tôi thông báo hai trường hợp loét giác mạc do lỗi mắt ác tính trên hai bệnh nhân Graves Basedow có biểu hiện khá điển hình về lâm sàng và cận lâm sàng tại khoa mắt bệnh viện C Đà Nẵng, nhằm rút kinh nghiệm trong chẩn đoán, điều trị và theo dõi bệnh nhân. **Phương pháp nghiên cứu:** tổng quan ghi nhận về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng hồi cứu trong y văn. **Kết quả:** Hai bệnh nhân, một nam, một nữ, bị loét giác mạc do lỗi mắt gây hở mi trên bệnh nhân Graves Basedow đã được chẩn đoán xác định trên lâm sàng và cận lâm sàng. **Kết luận:** Chẩn đoán xác định hai bệnh nhân Graves Basedow có triệu chứng lỗi mắt ác tính cần phải can thiệp ngoại khoa.

SUMMARY

Objectives: Corneal ulcers caused by acute exophthalmos are not common; we report two cases of corneal ulcers caused by acute exophthalmos in patients of Graves Basedow with clinical and laboratory signs correlation of Graves Basedow in

Ophthalmology department - Da Nang C Hospital.

Method: Case study. **Results:** Two patients of Graves Basedow, one man, one woman have got corneal ulcers caused by exophthalmos.

Conclusion: Two patients were diagnosed Graves Basedow that have clinical acute exophthalmos .

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Các trường hợp lỗi mắt ác tính gây hở mi trên bệnh nhân Graves Basedow là một trong những bệnh lý hiếm gặp, tỉ lệ mắc bệnh là rất thấp. Trong thực tế lâm sàng các bệnh nhân bị bệnh Graves Basedow thường đáp ứng với điều trị nội khoa. Chúng tôi thông báo hai trường hợp này và hồi cứu y văn nhằm mục đích rút kinh nghiệm và bổ sung cho lâm sàng một tư liệu tham khảo trong chẩn đoán và theo dõi bệnh nhân bị loét giác mạc do hở mi trên bệnh nhân Graves Basedow.

Có những nét mới về quan niệm bệnh sinh và lâm sàng học của bệnh lý mắt GRAVES. Bệnh GRAVES BASEDOW có biểu hiện lâm sàng ở tuyến giáp, mắt và da nhưng về sinh bệnh học có những điểm khác biệt.

Những biểu hiện miễn dịch lâm sàng của cường giáp và bệnh lý mắt

NGHIÊN CỨU	CƯỜNG GIÁP	BỆNH LÝ MẮT
TTT	(+) Đối với mô tuyến giáp	(+) Đối với mô hốc mắt Thường giảm
Tế bào T hình hoa hồng trong máu ngoại vi	Bình thường	Tế bào T "xóa bỏ" tăng
Dòng phụ tế bào T đơn dòng T.S.	Tế bào T "xóa bỏ" giảm	Không liên quan
Kháng nguyên tương hợp tổ chức (HLA)	Gây cường giáp HLA – B8 – DR3	HLA – BW 35
Dòng phụ ngay trong nó	Tế bào T "xóa bỏ" trong biểu mô nâng	Chưa được biết
Kháng thể tuần hoàn	Tế bào T "giúp đỡ" trong mô kẽ	
	Globulin kháng giáp, kháng microsome	Kháng cơ ngoại nhãn

Phân loại mức độ bệnh lý mắt (Theo ATA)

Loại 0: Không có dấu hiệu thực thể và cơ năng khó tiên lượng

Loại I: Co rút mi trên
Không đồng vận nhãn cầu 2 bên
Thừa chớp mắt

Loại II: Co rút mi nhiều phù kết mạc, phù mi

Loại III: Lỗi nhãn cầu

Loại IV: Hạn chế vận nhãn

Song thị
Loại V: Lỗi mắt gây loét giác mạc
Charles Bell khi ngủ

Loại VI: Loét giác mạc nặng hoặc tổn thương thần kinh gây giảm thị lực.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

CÁC THỂ LÂM SÀNG

1. Thể tiền lâm sàng

Phải khám có hệ thống tất cả các bệnh nhân Basedow về nhãn khoa.

2. Thể lành tính:

Chiếm 60-70% trường hợp
Lỗi mắt 1 hoặc 2 bên kín đáo
Co rút mi (nhưng phải nhắm kín mắt khi ngủ).

3. Thể nặng (Giữa thể lành tính và ác tính)

Chiếm 20-30% trường hợp
Hình thành nhanh chóng các dấu chứng
Tổn thương giác mạc

Tổn thương thị thần kinh.

4. Thể ác tính

Chiếm 2-12% trường hợp
Phát biểu nhanh do điều trị nội khoa không chu đáo

Lồi mắt $\geq 25\text{mm}$ (hoặc lồi 1 mắt $> 6\text{mm}$)

Co rút mi nặng

Loét giác mạc

Đe dọa thị lực tức khắc

5. Thể di chứng

Thiểu năng vận động nhãn cầu.

ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị nội khoa
2. Điều trị nhãn khoa
 - Ngủ cao đầu về đêm
 - Collyre kháng sinh
 - Kháng sinh toàn thân
 - Khâu cò
 - Corticoide: Không sử dụng vì: Không đáp ứng

trong các lần điều trị trước; Giác mạc đang bị loét.

MT: Vết loét sẹo hóa

Fluorescein (-)

Bớt kích thích

Lồi mắt không tiến triển

Cho xuất viện.

BÀN LUẬN

Qua trường hợp này, tác giả đưa ra một số nhận xét sau:

Về cơ chế sinh bệnh: có 3 cơ chế giả định

1. Phức hợp miễn dịch Thyroglobulin – Anti-thyroglobulin và Thyroglobulin theo đường bạch huyết đến hốc mắt kết dính vào cơ ngoại nhãn.

2. Chất gây lồi mắt khả năng do hoạt tính của một mảnh phân tử TSH kết hợp với một Immunoglobulin gây phù mô hậu cầu.

3. Thay đổi chuyển hóa làm tích lũy Muchopolysaccharide gây phù mô hậu cầu.

Về thể lâm sàng:

Đây là trường hợp lồi mắt thể nặng vì hội đủ phần lớn các dấu chứng quy định.

Về độ lồi mắt:

Lồi độ V theo phân loại của ATA

Về điều trị:

Chủ yếu điều trị về bệnh lý mắt do loét giác mạc

Vấn đề điều trị phối hợp chưa được đặt ra do: Bệnh nhân đã có thời gian điều trị nội khoa kéo dài nhưng không hiệu quả và bệnh nhân từ chối phẫu thuật.

KẾT LUẬN

Qua trường hợp này, tác giả mong muốn nhắc lại vài nét trong cơ chế bệnh sinh và tiêu chuẩn hóa các dấu chứng nhằm ứng dụng trong lâm sàng

Bệnh án

Bệnh nhân: Nguyễn Thị Hồng P. 24 tuổi

Vào viện vì lý do: MT: mờ, xốn, chảy nước mắt.

Tiền sử: Basedow đã điều trị tại Bệnh viện trung ương trong 7 tháng

Lâm sàng:

Triệu chứng nhãn khoa:

- Giác mạc: MT loét giác mạc trung tâm, đường kính khoảng 2,5mm bờ rõ, nông. Bắt màu

Fluorescein

- Độ lồi: Hai mắt lồi thẳng trục
- Mi mắt: Co rút mi trên lộ củng mạc # 1mm đến 2mm. Nhắm mắt không kín, lộ giác mạc cực dưới (hở mi độ 3).

- Kết mạc: Phù nề bên trái nhiều hơn bên phải

- Nhãn áp: MP: 17mmHg.

- MT: Không đo được (do loét)

- Thị thần kinh: Chưa phát hiện bệnh lý dịch kính- võng mạc.

Điều trị: Khâu cò mi mắt

Bệnh nhân: Nguyễn Văn K. 28 tuổi

Vào viện vì lý do: MP: mờ, xốn, chảy nước mắt.

Tiền sử: Basedow đã điều trị tại Bệnh viện trung ương trong 11 tháng

Lâm sàng:

Triệu chứng nhãn khoa:

- Giác mạc: MP loét giác mạc trung tâm, đường kính khoảng 3,5mm bờ rõ, nông. Bắt màu Fluorescein

- Độ lồi: Hai mắt lồi thẳng trục

- Mi mắt: Co rút mi trên lộ củng mạc # 1mm đến 2mm. Nhắm mắt không kín, lộ giác mạc cực dưới (hở mi độ 3).

- Kết mạc: Phù nề bên trái nhiều hơn bên phải

- Nhãn áp: MT: 19mmHg.

- MP: Không đo được (do loét)

- Chưa phát hiện bệnh lý dịch kính- võng mạc, thị thần kinh.

Điều trị:

- Mỏ giảm áp hốc mắt và chỉnh lác mắt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bartalena I, Tanda ML. Clinical practice. Graves` ophthalmopathy. N Engl J Med. 2009;36:994–1001. [PubMed]

2. Perros P, Neoh C, Dickinson J. Thyroid eye disease. BMJ. 2009;338:560–560.

3. Ponto KA, Pitz S, Pfeiffer N, et al. Quality of life and occupational disability in endocrine orbitopathy. Dtsch Arztebl Int. 2009;106:283–9. [PMC free article] [PubMed]

4. McKenna TJ. Graves` disease. Eponym. Lancet. 2001;357:1793–6. [PubMed]

5. Weetman AP. Graves` disease. N Engl J Med. 2000;343:1236–47. [PubMed]

6. Young P, Finn C, Bruetman JE. La enfermedad de Graves, signos y sintomas. An Med Interna. 2007;24:10–10.

7. Ponto K. Graves` disease: Quality of life and occupational disability. Dtsch Arztebl. 2009;106:283–9.

8. Bahn RS. Graves` ophthalmopathy. N Engl J Med. 2010;362:726–38. [PubMed]

9. Gupta A, Sadeghi PB, Akpek EK. Occult thyroid eye disease in patients presenting with dry eye symptoms. Am J Ophthalmol. 2009;147:919–23. [PubMed]

10. Iglesias P, Devora O, Garcia J, et al. Severe hyperthyroidism: aetiology, clinical features and treatment outcome. Clin Endocrinol

11. Erbil Y, Ozluk Y, Giris M, et al. Effect of lugal solution on thyroid gland blood flow and microvessel

density in the patients with Graves` disease. J Clin
Endocrinol Metab. 2007;92:2182-9. [PubMed]
12. Cawood T, Moriarty P, O`Shea D. Recent

developments in thyroid
disease. BMJ. 2004;329:385-90. [PMC
article] [PubMed]

eye
free