

# PHỐI HỢP PHẪU THUẬT CẮT DỊCH KÍNH 23 G KHÔNG KHẪU, PHACO TRÊN MẮT SAU VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO CÓ ĐỤC THỂ THỦY TINH VÀ BỆNH LÝ BÁN PHẦN SAU

CUNG HỒNG SƠN, Bệnh Viện Mắt Trung Ương

## TÓM TẮT

**Mục đích:** Đánh giá kết quả thị lực và các biến chứng khi phẫu thuật phối hợp bệnh nhân sau viêm màng bồ đào có đục thể thủy tinh và bệnh lý bán phần sau. **Phương pháp:** 19 mắt (19 bệnh nhân) có bệnh lý bán phần sau do viêm màng bồ đào mạn tính, được phẫu thuật cắt dịch kính bằng đường hầm củng mạc 23 G không khâu phối hợp với mổ phaco đặt thể thủy tinh nhân tạo (TTT NT). Bóc màng xơ trước võng mạc và laser nội nhãn trong quá trình cắt dịch kính. Theo dõi bệnh nhân sau mổ 6 tháng. **Kết quả:** Sau mổ 6 tháng: 12 mắt (63,2%) có thị lực  $\geq 2/10$ , 6 mắt (31,6%) thị lực  $\geq 5/10$ . Phù hoàng điểm trước khi phẫu thuật 16 mắt, phù hoàng điểm sau khi phẫu thuật 12 mắt. Biến chứng sớm sau mổ: phù giác mạc tạm thời 5 mắt (26,3%), xuất tiết dịch đồng tử 3 mắt (15,8%), đồng tử dính mặt trước TTT NT 4 mắt (21%). Tăng nhãn áp 1 mắt 5,2%. Đục bao sau cần điều trị bằng laser YAG sau 6 tháng là 5 mắt (26,3%). **Kết luận:** Cắt dịch kính 23 G không khâu phối hợp phaco và đặt TTT NT trên mắt viêm màng bồ đào có đục thể thủy tinh và bệnh lý bán phần sau cho kết quả tốt.

**Từ khóa:** viêm màng bồ đào, đục thể thủy tinh

## SUMMARY

SUTURELESS COMBINED 23-GAUGE VITRECTOMY AND PHACOEMULSIFICATION FOR MANAGEMENT OF UVEITIC CATARACT ASSOCIATED WITH POSTERIOR SEGMENT DISEASE

**Purpose:** To report visual outcomes and complication associated with one-stage surgery for the management of uveitic cataract associated with posterior segment disease. **Methods:** 19 eyes (19 patients) with posterior segment involvement due to chronic uveitis underwent sutureless scleral tunnel incision phacoemulsification combined with vitrectomy using 23 gauge instrument and posterior chamber intraocular lens (PC-IOL) implantation. Membrane peeling and endolaser photocoagulation were performed when indicated. **Results:** After a minimum 6 months follow-up, visual acuity  $\geq 2/10$  in 12 eyes (63,2%); 6 eyes (31,6%) had visual acuity of had visual acuity of  $\geq 5/10$ . 16 eyes had cytooid macular edema before surgery and 12 eyes had cytooid macular edema after surgery. Early postoperative complication included the following: transient corneal edema 5 eyes (26,3%), fibrin reaction 3 eyes (15,8%), posterior synechiae 4 eyes (21%). Glaucoma was 1 eye (5,2%). 5 eyes (26,3%) needed YAG laser capsulotomy during 6 months. **Conclusion:** Sutureless combined 23-gauge total vitrectomy, phacoemulsification, and PC-IOL implantation in uveitic eyes with significant cataract and coexisting posterior segment disease for restoring useful vision.

**Keywords:** uveitic cataract associated, posterior segment

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật mắt sau viêm màng bồ đào có bệnh lý võng mạc dịch kính kèm theo đục thể thủy tinh hiện nay còn có nhiều ý kiến khác nhau (1). TTT đục gây ảnh

hưởng đến thị lực và khi khám đáy mắt, vì vậy cần phẫu thuật đục TTT khi cắt dịch kính. Tuy nhiên phục hồi thị lực trên sau mắt viêm màng bồ đào khi phẫu thuật phaco và cắt dịch kính đặc biệt trên người trẻ là vấn đề khó khăn, vì vậy tiến hành phẫu thuật này trong những năm gần đây được nhiều phẫu thuật viên chú ý quan tâm (2,3) Phẫu thuật Phaco với thời gian ngắn, làm giảm phần ứng viêm sau mổ, thị lực phục hồi tốt, cùng với sự phát triển của hệ thống cắt dịch kính không khâu 20 G, 23 G và 25 G làm tăng tính hiệu quả và phục hồi nhanh sau phẫu thuật.

Nghiên cứu của chúng tôi trên những bệnh nhân sau viêm màng bồ đào có đục TTT và bệnh lý bán phần sau, được tiến hành cắt dịch kính bằng 23G không khâu, phaco và đặt TTT NT hậu phòng trong cùng 1 lần phẫu thuật để phục hồi thị lực.

## PHƯƠNG PHÁP

19 mắt của 19 bệnh nhân sau viêm màng bồ đào với các nguyên nhân khác nhau có kèm theo bệnh lý bán phần sau được tiến hành phẫu thuật do 1 phẫu thuật viên từ tháng 1/2010 đến tháng 8/2010 tại Khoa Đáy Mắt – Màng Bồ Đào, Bệnh Viện Mắt Trung ương, loại trừ những mắt có tiền sử chấn thương. Phẫu thuật được tiến hành sau khi đã điều trị viêm màng bồ đào ổn định sau thời gian ít nhất là 3 tháng.

Bệnh nhân được giải thích và chuẩn bị trước khi mổ, sau khi gây tê tại chỗ. Tiến hành phẫu thuật phaco với đường hầm giác mạc ở vị trí 10 giờ, bơm chất nhầy vào tiền phòng, tách dính màng mắt và mặt trước TTT, nếu đồng tử còn co nhỏ, có thể dùng hook hoặc chop kéo giãn đồng tử hoặc dùng kéo cắt viên đồng tử. Sau khi xé bao trước TTT, tách nước, xoay nhân TTT, Phaco tán và hút hết nhân bằng kỹ thuật phaco chop. Sau đó rửa hút chất nhân, bơm chất nhầy vào tiền phòng và bao TTT, đặt TTT NT mềm vào bao TTT. Dùng trocar 23 G qua đường hầm củng mạc và kết mạc cách rìa giác mạc 3 mm, qua 3 vị trí thái dương dưới ngoài dùng để luồn kim nước, thái dương trên ngoài và mũi trên trong tại 2 vị trí 10h và 2h cho đường đầu cắt dịch kính và đường ánh sáng lạnh, nếu trường hợp cần thiết chúng tôi dùng 20G không khâu để sử dụng hệ thống Camera nội nhãn.

Bệnh nhân sau mổ được sử dụng thuốc kháng sinh và corticoid toàn thân và tra tại chỗ bằng dung dịch Olovid 3 lần ngày và mỡ Masitrol 1 lần ngày. Trong 4 tuần sau mổ. Khám và theo dõi sau mổ: 1 ngày, 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng hoặc khi có bất thường xảy ra.

## KẾT QUẢ

Đặc điểm của bệnh nhân trước phẫu thuật được tóm tắt trong bảng 1 và 2. Tuổi của bệnh nhân từ 15 đến 58 tuổi. Trong đó 7 nam và 12 nữ. Với chẩn đoán: 8 mắt viêm màng bồ đào nguyên phát, 7 mắt viêm pars plana, 2 mắt hội chứng Harada, 1 mắt bệnh Behcet, 1 viêm màng bồ đào dạng Fuch. Thời gian bị bệnh trước khi phẫu thuật từ 8 tháng đến 48 tháng. Thời gian theo dõi ít nhất là 6 tháng.

Bảng 1: Đặc điểm và kết quả phẫu thuật cắt dịch kính 23G + TTT NT

Bệnh nhân	Mắt (%)
Tuổi	
< 30	2 (21,1)
31 -50	4 (21,1)
> 50	11 (57,8)
Nam/nữ	7/12 (36,8 / 63,2)
Thị lực trước mổ	
5/10 – 10/10	0
2/10 – 4/10	3 (15,8)
ĐNT 3m □ 1/10	7 (36,8)
ĐNT ≤ 2m, BBT, ST	9 (47,4)
Thị lực sau mổ	
5/10 – 10/10	6 (31,6)
2/10 – 4/10	6 (31,6)
ĐNT 3m □ 1/10	6 (31,6)
ĐNT ≤ 2m, BBT, ST (+)	1 (5,2)
Phù hoàng điểm dạng nang trước mổ	
Có	16 (84,2)
Không	3 (13,8)
Phù hoàng điểm dạng nang sau mổ	
Có	12 (63,1)
Không	7 (36,8)
YAG laser đục bao sau	
Có	5 (26,3)
Không	14 (73,7)

Bảng 2: Đặc điểm bệnh viêm màng bồ đào trước khi phẫu thuật

Chẩn đoán	Số mắt
Viêm màng bồ đào nguyên phát	8
Viêm Pars Plana	7
Harada	2
Bệnh Behcet	1
Viêm màng bồ đào Fuch	1

Thị lực trước và sau khi phẫu thuật ở bảng 1. Sau phẫu thuật thị lực đạt 63,2% ≥ 2/10, và 31,6% ≥ 5/10. Nguyên nhân chủ yếu gây giảm thị lực là: Phù hoàng điểm dạng nang, tăng nhãn áp, sẹo hoàng điểm (Bảng 1 và 3).

Bảng 3: Biến chứng của phẫu thuật

Biến chứng	Số mắt
Biến chứng trong phẫu thuật	
Rách võng mạc (laser nội nhãn)	1 (5,3)
Biến chứng sau phẫu thuật	
Sớm	
Phù giác mạc tạm thời	5 (26,3)
Dính mống mắt vào TTT NT	4 (21)
Xuất tiết điện đồng tử	3 (15,7)
Muộn	
Tăng nhãn áp	1 (5,3)
Sẹo hoàng điểm	2 (10,5)
Teo gai thị	1 (5,3)
Teo nhãn cầu	1 (5,3)
Màng xơ trước TTT NT	1 (5,3)

Phù hoàng điểm dạng nang trước phẫu thuật 16 mắt (84,2%), phù hoàng điểm dạng nang sau phẫu thuật 12 mắt (63,1%). Sau 6 tháng theo dõi bệnh nhân có 5 mắt (26,3%) đục bao sau được điều trị bằng laser YAG.

Trong quá trình phẫu thuật có một mắt (5,3%) rách võng mạc, chúng tôi đã sử dụng laser nội nhãn để hàn vết rách võng mạc, theo dõi sau mổ võng mạc áp sát tốt không có biến chứng bong võng mạc. Biến chứng sớm sau mổ thường gặp nhất là giác mạc phù tạm thời 5 mắt (26,3%) thường khoảng 5 đến 7 ngày sau giác mạc trong trở lại và không để lại di chứng. Xuất tiết điện đồng tử có 3 mắt (15,7%), dính mống mắt vào mắt trước TTT NT 4 mắt (21%), không có trường hợp nào dính bít hoàn toàn điện đồng tử. Tăng nhãn áp gặp 1 trường hợp

(5,3%), sẹo hoàng điểm 1 mắt (5,3%), teo gai thị 1 mắt (5,3%), teo nhãn cầu 1 mắt (5,3%), màng xơ trước TTT NT 1 mắt (5,3%).

### BÀN LUẬN

Phục hồi thị lực đối với những mắt viêm màng bồ đào kèm theo bệnh lý bán phần sau là một thách thức khó khăn đối với phẫu thuật viên (4). Nhiều phẫu thuật viên đã tiến hành trình tự các bước khác nhau như: lấy TTT đặt TTT NT trước sau đó mới gửi bệnh nhân đến phẫu thuật viên bán phần sau tiến hành cắt dịch kính (5). Cũng có những tác giả tiến hành phẫu thuật đồng thời cắt dịch kính, lấy TTT và đặt TTT NT trong 1 lần mổ (3).

Trong quá trình phẫu thuật chúng tôi tiến hành đồng thời cắt dịch kính và phaco, nếu môi trường không trong suốt khó nhìn khi dùng lăng kính hoặc Biom, chúng tôi sử dụng hệ thống camera nội nhãn và trocar 20 G không khâu, giúp ta soi rõ chi tiết những tổn thương ngoại vi. Với hệ thống trocar không khâu 23 G, cho phép phẫu thuật đơn giản hơn, nhanh hơn và ít gây ra những biến chứng khác, sau mổ bệnh nhân cảm thấy thoải mái hơn, thị lực phục hồi sau mổ cũng nhanh hơn khi phải khâu cũng mạc bằng chỉ 7/0. Trong khi cắt dịch kính chúng tôi tiến hành có thể xử lý khác khi cần thiết như: Laser võng mạc, bóc màng xơ trước võng mạc, trao đổi dịch – khí...

Với hệ thống cắt dịch kính 23 G không khâu giảm được sang chấn tối đa lên củng mạc cho bệnh nhân, củng mạc tự liền sau phẫu thuật, tăng hiệu quả của phẫu thuật, phục hồi sau mổ nhanh hơn. Kỹ thuật này có thể rất thích hợp với mắt sau viêm màng bồ đào vì giảm viêm sau phẫu thuật, trước mổ cần kiểm tra siêu âm cẩn thận để phát hiện và xử lý bong võng mạc nếu có. Tuy nhiên sử dụng đầu cắt nhỏ, như vậy ánh sáng cũng ít và thu hẹp trường mổ hơn, và phẫu thuật viên đòi hỏi phải tích lũy kinh nghiệm dần.

### KẾT LUẬN:

Kết quả của chúng tôi với cắt dịch kính không khâu 23 G, phối hợp với phaco và đặt TTT NT trong 1 lần phẫu thuật có kết quả tốt hơn khi sử dụng loại 20 G phải khâu củng mạc (4,6). Nếu phẫu thuật ít sang chấn củng mạc hơn, sau mổ sẽ ít phản ứng viêm hơn nhất là trên mắt đã có viêm màng bồ đào. Thời gian phẫu thuật giảm, phẫu thuật nhanh hơn và thị lực cũng như vết thương phục hồi nhanh hơn.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tasman W. Are there any retinal contraindication to cataract extraction and posterior chamber lens implant? Arch Ophthalmol 1986; 104: 1767 – 1768.
2. Duane WE. Phacoemulsification. In: Tasman W, Jaeger EA, eds. Duane's Clinical Ophthalmology. Revised ed. Vol 5. Philadelphia; JB Lippincott; 1993.
3. Koenig SB, Mieler WF, Han DP, Abrams GW, Combined phacoemulsification, pars plana vitrectomy and posterior chamber intraocular lens insertion. Arch Ophthalmol 1992; 110: 1101 – 1104.
4. Androudi S, Ahmed M, Fiore T, et al. Combined pars plana vitrectomy and phacoemulsification to restore visual acuity in patients with chronic uveitis. J Cataract Refract Surg 2005; 31: 472 – 478.
5. Foster CS, Fong LP, Singh G. Cataract surgery and intraocular lens implantation in patients with uveitis. Ophthalmology 1989; 96: 281 – 288.
6. Kokame GT, Flynn HW Jr, Blamkeship GW. Posterior chamber intraocular lens implantation during diabetic pars plana vitrectomy for complications of proliferative diabetic retinopathy. Am J Ophthalmol 1989; 108: 1-5.